Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009

Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat

Av Ole Berg

Helsetilsynet TILSYN MED BARNEVERN, SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

RAPPORT 7/2020 NOVEMBER 2020

Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering
En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009
Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat
Rapport fra Helsetilsynet, 7/2020
November 2020

Boken kan bestilles fra
Statens helsetilsyn,
Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
Telefon 21 52 99 00,
E-post trykksak@helsetilsynet.no

Forsidebilde: Roar Hagens kommentar til striden mellom helsedirektør Torbjørn Mork og statsråd i Sosialdepartementet Jon Ola Norbom. I bakgrunnen ser vi Gro Harlem Brundtland som på den tiden var leder for opposisjonen i Stortinget. Tegningen sto på trykk i VG 11. mars 1992, med overskriften «Bortebom for Norbom-utvalg». Gjengitt med tillatelse fra Roar Hagen.

Design og elektronisk versjon: Helsetilsynet

Statens helsetilsyn
Postboks 231 Skøyen, 0213 Oslo
Telefon 21 52 99 00
E-post postmottak@helsetilsynet.no

Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009

Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat

Av

Ole Berg

Statens helsetilsyn
2020

Statens helsetilsyns forord

Bind 1 av professor Ole Bergs historieverk om Statens helsetilsyn og forløperne omfattet årene fra 1809 til 1983. Dette bindet er begrenset til ti år.

Helseforvaltningen fikk oppleve et drama som knapt har sin like: kampen om Helsedirektoratet 1990–92 med Torbjørn Mork og Jon Ola Norbom i hovedrollene. Vi får kampen beskrevet i en detalj som gir lukt og smak til det indre liv i byråkratiet, og med Ole Bergs evne til også å vise de store sammenhengene.

Helsedirektoratet i 1980-årene beskrives som en institusjon i villrede om hvor den skulle. Mål- og resultatstyringen – nyttestatligheten med Bergs ord – ble derfor grepet med større kraft enn i mange andre statsetater, og dette ble et av grunnlagene da moderne tilsyn ble vårt redskap. De som sto i front i Helsedirektoratet så ikke selv alle sammenhenger og konsekvenser klart. Vi tror at også disse delene av boken – og gjennomgangen av lovgivningshistorien og oppgavene med behovsovervåking, tilsyn, klagebehandling og kvalitetspolitikken – vil være spennende lesning for flere enn de som har yrkestilknytning til helseforvaltningen.

Vi vil rette stor takk til Ole Berg for det svært omfattende arbeidet han har gjort. Som lærer og rådgiver har han vært sentral i alt som har med ledelse av norsk helsevesen å gjøre, og vi er glad for at han har valgt å bruke tiden sin til å skrive helseforvaltningshistorie. De intervjuede fortjener takk for den velviljen og åpenheten de har vist.

Jan Fredrik Andresen, direktør

Forord

Våren 2008 ble jeg spurt av direktør for Helsetilsynet, Lars E. Hanssen, om jeg ville skrive Helsetilsynets historie. Han spurte fordi det i juni 2009 ville være 200 år siden det første norske sivile sunnhetsforvaltningsorgan, Sundheds-Collegiet, ble opprettet. Jeg svarte at jeg skulle forsøke, men ville da ta for meg hele den sentrale helseforvaltning. Det ble også snart klart at jeg ikke ville klare å skrive hele historien på bare ett år. Helsetilsynet godtok at jeg delte prosjektet og startet med historien frem til 1983, altså til delingen av Helsedirektoratet og til overgangen til en ny helseforvaltningstid.

Første bind kom ut til jubileet. Det neste bind vokste snart i omfang. Nå foreligger det, men omfatter altså bare tiden fra delingen i 1983 til omdannelsen av direktoratet til helsetilsyn i 1994. Den omdannelsen skapte opptakten til en dyptgripende institusjonell spesialisering. Helsetilsynet fortsatte fra 2002 som et rent tilsynsorgan, og snart for mer enn bare den tradisjonelle helsesektor. Resten av det gamle helsedirektorat, og litt til, ble til et nytt helse- og sosialdirektorat, fra 2009 avgrenset til et helsedirektorat. Samtidig ble Folkehelseinstituttet utvidet til å bli et nesten generelt folkehelseinstitutt og Statens legemiddelkontroll gjort til et kombinert tilsyns- og kontrollorgan, kalt Statens legemiddelverk. Jeg håper å få anledning til å komme tilbake til denne nyeste del av historien siden.

Det har tatt lenger tid å få ferdig dette bindet enn jeg hadde tenkt. Det skyldes først og fremst at jeg etter hvert valgte å gå mer detaljert til verks enn jeg først hadde tenkt. Det skyldes imidlertid også at jeg de siste år før den formelle pensjonering – i 2014 – og i de tre neste år, hadde svært mye undervisning.

Jeg har skrevet både det første og dette andre bindet med base ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. Avdelingen er fortsettelsen av det Senter for helseadministrasjon som jeg var med på å skape ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo i årene 1983 til 1986. Avdelingens, og Institutt for helse og samfunns, ledere har hele tiden gitt meg god støtte i arbeidet med disse historieverkene. Mine fagkolleger ved avdelingen har utgjort et miljø som har gjort det inspirerende å arbeide med helseforvaltningshistorien.

Helsetilsynet har vært en interessert og hyggelig oppdragsgiver. Det har lagt forholdene godt til rette for meg, og gitt meg full frihet som forfatter. Jeg takker Helsetilsynets direktører, Lars E. Hanssen (2001–2012), og Jan Fredrik Andresen (2012–) for det. Min opprinnelige oppdragsgiver, Lars E. Hanssen, har fulgt mitt arbeid med spesiell interesse. Han har lest dette andre bindet ekstra nøye og kommet med mange og verdifulle kommentarer. Han har også, hele tiden, vært forståelsesfull – med min tidsbruk – og oppmuntrende. Da jeg hadde det første møte med herr Hanssen, våren 2008, var også underdirektør Helge Høifødt tilstede. Han skulle ta det mer praktiske ansvar for kontakten med meg. Helge Høifødt har, som sin daværende sjef, vært usedvanlig behagelig å samarbeide med. Han har vært hjelpsomheten selv. Han har også, som en medarbeider i direktoratet gjennom nesten hele den perioden jeg skriver om, vært en viktig kilde til informasjon. Tidligere assisterende direktør i Helsetilsynet, Geir Sverre Braut, har jeg også sett på som en av mine oppdragsgivere. Han har vært en svært oppmuntrende og hjelpsom sådan.

Seniorrådgiver Magne Braaten i Helsetilsynet har vært en hjelpsom og dyktig billedredaktør. Anne Alvik og Anne Berit Gunbjørud har stilt private bilder til disposisjon og takkes for det. Tidligere avdelingsdirektør Terje Jensen tok seg på en god måte av de formelle sidene med det oppdraget jeg fikk. Direktørens rådgiver, Solbjørg Røisland, har vært behjelpelig med assistanse av ulike slag. I Helsetilsynets bibliotek har seniorrådgiverne Signe E. Romuld og Toril Skarsgard vært til stor hjelp. Arkivtjenesten, ved Ola Madsen Devold, har vært arkivfaglig hjelpsom, men også svært interessert i den historien jeg forteller. Anette Marie Andresen har laget navneregisteret; også det har vært litt av en oppgave. Jeg takker alle dem jeg her har nevnt. Takke vil jeg også gjøre de mange jeg har fått hjelp av ved Universitetsbiblioteket i Oslo og Nasjonalbiblioteket (Oslo).

Flere har lest hele, eller deler av, mitt manuskript, til dels flere ganger, og gitt verdifulle kommentarer, inkludert korrigerende sådanne. Det gjelder, foruten Lars Hanssen og Helge Høifødt, spesielt to av de personene jeg skriver mest om, Anne Alvik og Jon Ola Norbom. Også Leif Arne Heløe, Astrid Nøklebye Heiberg, Kjell Bjartveit, Tove Strand, Wenche Frogn Sellæg og Tove Veierød, alle sentrale personer i dette bindet, har lest og kommentert deler av manuskriptet.

Jeg har, foruten dem jeg nettopp har nevnt, intervjuet mange av dem som arbeidet i helseforvaltningen i den perioden jeg her skriver om. De har gitt meg rikelig med tid, vist meg stor tillit, og bidratt med uvurderlig informasjon. Hvem de er, fremgår av listen over personer jeg har intervjuet. Jeg takker dem alle.

Mange av mine fagvenner har bidratt med informasjon, synspunkter og oppmuntring. Det gjelder spesielt Paulina Due-Tønnessen, Charlotte Haug, Odd Arild Haugen, Olav Molven, Berit H. Munkeby, Inger Johanne Pettersen og Ole Johan Sandvand. Jeg takker dem så mye. Jeg har alltid satt det faglige arbeidet høyt. Det har jeg kunnet gjøre ikke minst fordi jeg har hatt støtte fra mine nærmeste, min sønn Erik, min svigerdatter Siw og mine barnebarn Christine og Christoffer. Men aller viktigste i denne henseende har min kone gjennom 52 og et halvt år, og kjæreste gjennom 55 år, Eldbjørg, vært. Hun har alltid oppmuntret meg. Hun har alltid vært der. Hun fikk oppleve at jeg ble ferdig med dette bindet, men ikke at det fysisk forelå. Hun døde den 26. januar i år (2020), etter en tids sykdom. Dette arbeidet gies ut også til minne om henne.

Gaustad, 9. mars 2020

Ole Berg

Innhold

STATENS HELSETILSYNS FORORD 3

FORORD 4

1. INNLEDNING 14

I ORGANISASJONSUTVIKLINGEN: DE STORE LINJER 18

2. FORHOLDET DEPARTEMENT – DIREKTORAT, 1983/84–1989: DELINGEN BLIR TIL PRAKSIS 18

KONFRONTASJON: EN TEORETISK INNLEDNING 19
KONFRONTASJON 1984: EN EMPIRISK REDEGJØRELSE 22
"Black Friday": Mot en avklaring 31
Mot en løsning? Heiberg-gruppens forslag 37
"Knirkeperioden": Forholdet departement – direktorat 1985–1989 41
Harald E. Hauge, Torbjørn Mork og Makten 50

3. UTVIKLINGEN 1989/90–1992: "NORBOM-PROSESSENE" 57

BAKGRUNNEN 57
REGJERINGSSKIFTE 59
NORBOM I: "WESERÜBUNG" 64
DET "HEMMELIGE" DOKUMENTET 68
Statsråd Sellæg, omordningen og den videre politikk 78
Staur 84
Etter Staur: Direktoratet og det jonsbuske notat 90
NORBOM II: STYRINGSGRUPPENS ARBEID OG BEGIVENHETENE RUNDT DET 95
Prosessen settes i gang 95
Utredningsprosjektet: første fase, november – desember 1990 101
Møter, møter…: utredningsprosessen åpnes litt 106
Utredningsprosjektet: annen fase, desember 1990 – juni 1991 110
Funksjonene bestemmes 110
Behovet for utredningsbistand vokser 113
Hovedprosjektet: modeller prøves ut 115
Hovedprosjektet: planen blir til og delprosjektene bestemmes 117
Utover vinteren og våren 1991: Styringsgruppen informerer, og blir informert 128
Delprosjektprosessen: ultimo januar til ultimo mai 1991 139
Delprosjektene 142
Informasjonsseminaret i juni 1991 og noen ettervirkninger 158
Styringsgruppeprosessen 161
Et nordisk sideblikk 169
Utredningsprosjektet: Styringsgruppens innstilling gjøres klar 174
Den grønne bok 177
NORBOM III: VEIEN TIL STORTINGET 184
Norbom II-prosessen avsluttes og den "politiske" forhåndsbehandlingen av innstillingen tar til 184
Mot 19. august: det spisser seg til 194
Departementsledelsens vei(er) 204
NORBOM III-PROSESSEN KOMMER IGANG: 19. AUGUST – 21. OKTOBER 1991 207
Departementet utreder (videre) og direktoratet mobiliserer til politisk dragkamp 207
Innstillingens første mottagelse: pressen som aktør, og som medium, de første par ukene; politikernes flaggtoning 211
Departementsråden "goes public", og følges av statsråden 220
Duellen vi ikke fikk: Mork vs. Norbom 222
Remissrunden 228
Direktoratets uttalelse 231
Fylkeslegenes uttalelser 238
Statens helseundersøkelsers uttalelse 241
Remissuttalelsenes mottagelse 242

NORBOM III – DEN POLITISK-ADMINISTRATIVE OG POLITISKE BEHANDLING AV SAKEN, SPESIELT I NOVEMBER OG DESEMBER 1991 244
Regjeringen bestemmer seg *253*
NORBOM III – PROPOSISJONS- OG OMSTILLINGSPROSESSENE – HØSTEN 1991, VINTEREN 1992 259
Stram styring *259*
Proposisjons- og meldingsarbeidet *262*
Lovendringsarbeidet 263
Meldingsarbeidet 277
DEN POLITISKE DRAGKAMP OM PROPOSISJONEN – VINTEREN OG VÅREN 1992 286
Januar/februar 1992 ..... *287*
Mars 1992: Skjebnemåneden – for Mork, for Veierød og for Norbom *293*
Omstillingsprosjektene, på nivå to/tre og på nivå én *310*
Prosjektgruppen for omorganisering av den statlige helseforvaltning: Kjell Knudsens gruppe 311
Offentlig strid om omstillingsarbeidet *318*
Arbeidet i personalgruppen og departementsgruppen *320*
Rapportene fra Knudsens omstillingsgrupper 323
"Ikke-rapportene" fra Mauritzens grupper *332*
Budsjettendringsproposisjonen: Skal den forberedes? *332*
Dragkampen om proposisjonen i og rundt Sosialkomiteen *335*
Ideen om et helsetilsyn *345*
AVGJØRELSEN: NORBOM-PROSESSENE KONKLUDERES 348
Sosialkomiteens innstillinger *348*
15. og 16. juni: "dommens" dager *352*
Etter dommen *362*
Følelser 362
Noen presseoppslag 365
Hvorfor gikk det som det gikk? 366

4. JON OLA NORBOM: ØKONOM, POLITIKER OG FORVALTNINGSMANN 370

1923–1966: UNGE ÅR 370
1966–1973: DET POLITISKE LIV 376
POLITIKK OG FORVALTNING, LEGMANNSSTYRE OG FAGSTYRE: NORBOMS FILOSOFI 379
1984: TILBAKE TIL NORGE IGJEN, SOM DEPARTEMENTSRÅD 384
DEPARTEMENTSRÅDEN SOM FORVALTNINGSLEDER 390
NORBOM I DEN DEPARTEMENTALE HVERDAG 394
JON OLA NORBOM: AVSLUTTENDE KOMMENTARER 397

5. MOT EN NY SENTRAL, SIVIL HELSEFORVALTNING: PERIODEN JULI 1992 TIL JULI 1994 399

Å KOMME I GANG IGJEN 399
DEPARTEMENTET: EN NY LEDELSE OG DELVIS ET NYTT DEPARTEMENT 402
Valget av Werner Christie som helseminister *403*
Christies styringsfilosofi *407*
ETTER NORBOM: OMORDNINGEN LANGS DEN VERTIKALE DIMENSJON, 1992–1994 409
Nordbø-gruppen: premissene for den nye helseforvaltning legges; organiseringen av arbeidet *412*
Nordbø-gruppen: Innstillingen 414
Nordbø-gruppen: Konkretiseringen av forslagene 418
Omordningen av departementet 419
Omordningen videre nedover i helseforvaltningen 422
Omordningen i linjen departement – helsetilsyn – fylkesleger: Røynesdal-gruppen 422
Legemiddelforvaltningens ordning: Holst-undergruppen 423
Ordningen av fylkeslegeetaten: Gunbjørud-gruppen 424
Ordningen av det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid: Hellandsvik-gruppen 428
Overgangen til den nordbøske orden *433*
DEN LANGE DRAGKAMPEN (1983–1994) AVSLUTTES: HELSEDIREKTORATET BLIR TIL STATENS HELSETILSYN 434
Den formelle etablering av Helsetilsynet *436*
Den nye instruks; delegasjon av oppgaver 437
Helsetilsynets oppgaver: strategisk plan 1994–97 441
Statens helsetilsyn markerer overgangen fra direktorat til tilsyn 445

Statens helsetilsyns "nye" ham ... 446

II ORGANISASJONSUTVIKLINGEN: DE SMÅ LINJER ... 451

6. SOSIALDEPARTEMENTETS HELSEFORVALTNING: DEN INDRE ORGANISASJONSUTVIKLING ... 451

DEPARTEMENTETS SEKTORISERING ... 451
SOSIALDEPARTEMENTETS POLITISKE LEDELSE ... 457
HELSEAVDELINGEN ... 459

7. HELSEDIREKTORATET: DEN INDRE ORGANISASJONSUTVIKLING ... 463

DET POSTMEDIKRATISKE DIREKTORAT VOKSER FREM ... 463
DET POSTMEDIKRATISKE DIREKTORAT: UTVIKLINGEN 1983–1989 ... 467
Begynnelsen: mellom gammelt og nytt ... 468
Mot en ny tid: den nye ledelsesfilosofi som dynamikkskaper ... 473
Ledelsesorganiseringen ... 474
Ledelsesutviklingen ... 482
Organisasjonsutviklingen ... 486
Omorganiseringen blir til prosjekt, med bistand fra Asplan Analyse ... 488
Omorganiseringen og det fornyede helsedirektorat ... 498
Direksjonen ... 505
Målledelsen konkretiseres: Helsedirektoratet innfører virksomhetsplanlegging ... 508
Første, søkende fase – 1986 ... 508
Annen, søkende fase – 1987 ... 513
Hovedfasen – våren og sommeren 1988 ... 516
Hovedfasen – høsten 1988 ... 522
Virksomhetsplanen for 1989 ... 525
Virksomhetsplanen som praksis: 1989–1994 ... 529
Virksomhetsplanarbeidet – en epilog ... 536

8. HELSEFORVALTNINGENS SPESIALISERING OG PROFESJONALISERING 1983–1994, I TALL ... 539

FAGSAMMENSETNINGEN ... 539
ENDRINGER I BEMANNINGEN ... 544
DEN DEMOGRAFISKE UTVIKLING: ALDER OG KJØNN ... 548

9. HELSEDIREKTØR TORBJØRN MORK – 1983–1992 ... 551

AMBISJONER OG FØLSOMHET: DE «TO» PERSONER – ET SAMMENDRAG ... 552
TORBJØRN MORK ÅPNER SEG MER – PRIVAT ... 554
REITGJERDET-SAKEN: EN DOBBEL UTFORDRING FOR TORBJØRN MORK ... 557
TORBJØRN MORK – STRATEGI OG KAMP ... 561
TORBJØRN MORK SOM AKADEMIKER, SKRIBENT OG FOREDRAGSHOLDER ... 571
TORBJØRN MORK SOM DAGLIG LEDER AV HELSEDIREKTORATET ... 574
Helsedirektørens timeplan ... 579
OPPDRAGET FÅR SIN BRÅ AVSLUTNING: TORBJØRN MORK DØR ... 581
TORBJØRN MORK: MELLOM INTEGRITET OG AVMAKT ... 588

III HELSEFORVALTNINGENS OPPGAVER ... 591

10. FORVALTNINGSOPPGAVENE: OPPSTRØMSSIDEN ... 592

DEN MEDISINSKE BEHOVSOVERVÅKNING ... 592
Behovsovervåkningen og den faglige rådgivningen ... 601
Behovsutviklingen: en kort karakteristikk ... 602
Fremgangens annen side: nye behov skapes ... 605
Tilbudsovervåkningen ... 611
Ressursovervåkningen ... 611
Den medisinske og teknologiske utvikling ... 615
PLANLEGGING, STRATEGI- OG POLITIKKUTVIKLING ... 618
Forvaltningens «politisering» og mål- og resultatstyringen ... 619
Statsbudsjettet (med mer) som styringsplan ... 622
Offentlige og andre utredninger ... 627

Andre planleggingsperspektiver *629*
Planlegging: en oppsummering *632*

11. POLITIKKEN OG DENS FORVALTNING: NEDSTRØMSSIDEN SOM POLITIKK OG SOM FORVALTNING 634

NOEN GENERELLE BETRAKTNINGER 634
IVERKSETTELSE SOM POLITIKK 635
Iverksettelsen og medikratiet *639*
Iverksettelsen, nutrixokratiet og den delvis enhetlige ledelse *642*
Iverksettelse og upresise mål: Uintendert remedikratisering *644*
IVERKSETTELSEN SOM FORVALTNING 646
IVERKSETTELSEN SOM PROFESJONALISERT KONTROLL 649

12. POLITIKKEN OG DENS FORVALTNING: KONTROLLVIRKSOMHETENS JURIDISKE GRUNNLAG OG NEDSTRØMSSIDEN SOM TILSYN OG KLAGEBEHANDLING 652

TILSYN: INNLEDENDE BETRAKTNINGER 652
LOVGIVNINGEN OG GRUNNLAGET FOR TILSYNET 656
Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984) *657*
Helsetilsynsloven – forslag til Forskrift om egenkontroll og organisering av statlig tilsyn i helsevesenet 666
Kjerneinstitusjonslovene: Lov om helsetjenesten i kommunene (1982) *677*
Kjerneinstitusjonslovene: Spesialisthelsetjenestelovene *680*
Lov om psykisk helsevern (1961) 681
Lov om sykehus (1969) 685
Tannpleielovgivningen: Lov om folketannrøkt av 1949 og Lov om tannhelsetjenesten av 1983 687
Lovgivningen om apotekvesenet og legemiddelsektoren *696*
Lov om drift av apotek m. v., 1962 698
Lov om legemidler og gifter m. v., 1964 701
Apotek- og legemiddellovgivningen, en oppsummering 703
Lov om legemidler, 1992 706
Ordning for tilsyn og kontroll med medisinsk utstyr m.v. *707*
Statens institutt for strålehygiene 708
Det særlige tilsyn med elekromedisinsk utstyr (STEM) 709
Nemnda for medisinsk engangsutstyr (SIFF) 709
Andre kontrollorganer 710
Norsk institutt for sykehusforskning – meldeordning 712
Det norske Veritas – kvalitetssikring 716
Lov om medisinsk utstyr, 1994 718
Institusjonslovgivningen – en tilleggskommentar *719*
Helsepersonellovgivningen *720*
Legelovene, 1927 og 1980 722
Annen helsepersonellovgivning 735
Lovgivning knyttet til pasienters og befolkningens interesser *745*
Pasientrettighets- og personvernlovgivningen 746
Folkehelsearbeidet og folkehelselovgivningen 768
Smittevernlovgivningen 783
Næringsmiddelovgivningen *787*
Næringsmidler og næringsmiddelforsyningskjeden: ulike formål og interesser. Den første lovgivning om kontroll med kjeden 787
Sprikende lovgivning og forsøk på integrasjon 790
Næringsmiddeltilsynets utvikling: en oppsummering 792

13. POLITIKKEN OG DENS FORVALTNING: TILSYNSPRAKSIS, EN OVERSIKT 795

INNLEDNING 795
TILSYNSPRAKSIS VED BEGYNNELSEN AV PERIODEN OG FREM TIL 1988–89 795
Larssen-utredningen om fylkeslegerollen *796*
Fra Larssen- til Ånstad-utredningen: fylkeslegene skaper gradvis en ny fylkeslegerolle *800*
Schjønsby-utvalgets tilsynsutredning (1989) *806*
TILSYNSPRAKSIS ETTER 1990 – HELSEDIREKTORATETS ROLLE 808
MISNØYEREAKSJONER: SPESIELT OM KLAGEBEHANDLINGEN 813
Misnøyereaksjoner: en klassifikasjon *814*

Misnøyereaksjoner: de uformelle ... 815
Misnøyereaksjoner: de formelle ... 817
KLAGE OG TILSYN: DIPRIVAN-SAKEN ... 825
Saken(e)s art ... 825
Sakenes første fase: høsten 1991 – sommeren 1992. Helsedirektoratets første reaksjon ... 825
Erstatningssaken, første runde. Legenes reaksjoner ... 827
Domstolene: sak etter sak ... 829
Domstolsbehandlingen og etterreaksjonene ... 834
Diprivan-saken og det nye tilsynet ... 835
KLAGEBEHANDLING, EN SLUTTKOMMENTAR ... 837
TILSYN – EN SLUTTKOMMENTAR ... 838

14. POLITIKKEN OG DENS FORVALTNING: KVALITETSPOLITIKKEN OG KVALITETSFORVALTNINGEN ... 841

KVALITETSREVOLUSJONEN: EN INNLEDNING ... 841
KVALITETSSIKRING OG KVALITETSUTVIKLING ... 842
De to ledende kvalitetsteoretikere: Deming og Juran ... 842
Total kvalitetsledelse ... 846
Medisinen og kvalitetsbølgen ... 846
KVALITETSPOLITIKKENS FREMVEKST I NORGE ... 849
En nasjonal kvalitetsstrategi ... 851
Kvalitetsutvalg ... 855
HELSEDIREKTORATET, HELSETILSYNET OG KVALITETSBØLGEN: EN OPPSUMMERING ... 857
Kvalitet, et vanskelig begrep ... 858
Kvalitet, departementet og Helsetilsynet: noen avsluttende betraktninger ... 859

15. EN OPPSUMMERING ... 861

DE ORGANISATORISKE ENDRINGER ... 861
TO LEDERSKJEBNER OG HVORDAN DE PREGET HVERANDRE ... 865
HELSEFORVALTNINGENS FUNKSJONER: NYTTESTATLIGHETEN SETTER SEG ... 866
Oppstrømsoppgavene: behovs- og tilbudsovervåkning; planlegging ... 866
Nedstrømsoppgavene: Iverksettelse, tilsyn og kontroll ... 869
Kvalitetsforvaltning – den nye nedstrømsoppgave ... 877

16. EN EPILOG: TEORI, METODE OG ETIKK ... 880

TEORI ... 880
METODE ... 882
ETIKK ... 887

PERSONER VI HAR INTERVJUET ... 889

LITTERATURLISTE ... 891

NAVNEREGISTER ... 906

ČOAHKKAIGASSU ... 916

ENGLISH SUMMARY ... 917

THE TRANSFORMATION OF THE MACRO STRUCTURE OF THE CENTRAL HEALTH ADMINISTRATION ... 917
THE MINISTRY'S PERMANENT SECRETARY: JON OLA NORBOM ... 920
THE INTERNAL RE/ORGANIZATIONS OF THE MINISTRY'S HEALTH DIVISION AND OF THE DIRECTORATE ... 920
THE DIRECTOR GENERAL OF HEALTH, TORBJØRN MORK ... 921
THE FUNCTIONS OF THE CENTRAL HEALTH ADMINISTRATION ... 922
QUALITY ASSURANCE – THE NEW DOWNSTREAM FUNCTION ... 927

Figur- tabell- og faksimilefortegnelse

Figur 1.1: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt

Tabell 2.1: Chicken-spillet

Tabell 2.2: Fangen(e)s dilemma-spillet

Faksimile 2.1: VGs oppslag om dragkampen mellom helseavdelingen/Harald Hauge og Helsedirektoratet/Torbjørn Mork, 30. oktober 1984

Faksimile 2.2: Helsedirektør Torbjørn Morks innlegg i Aftenpostens morgennummer 10. november 1984, s. 2. Innlegget var en del av hans forsøk på å avdramatisere striden om Helsedirektoratet

Faksimile 2.3: Aftenpostens førsteside oppslag om helsedirektoratsaken lørdag 10. november 1984

Faksimile 2.4: Helsedirektør Torbjørn Mork og hans «røykevenner» blåser ut over to sider i VG, dagen etter at forslaget til ny «røykelov» var behandlet i statsråd

Faksimile 3.1: Ikke-dokumentet, eksemplar 7 av 25. Dokumentet var Thomas Mauritzens

Figur 3.1: Den «hemmelige» Norbom-gruppens forslag til omordning av den sentrale helseforvaltning 24.10. 1990

Tabell 3.1: Deltagere på møtet på Staur Gjestegård 26.-27.10.90

Figur 3.2: Skisse til ny statlig helseforvaltning, forslag med størst grad av horisontal funksjonsfordeling. Forslag av 21.1. 1991 fra styringsgruppens sekretariat

Tabell 3.2: Delprosjektene under omorganiseringsprosjektet for den statlige helseforvaltning, 1990-1991

Tabell 3.3: Styringsgruppens (departementsledelsens) møter med institusjoner og tillitsvalgte vinteren og våren 1991

Tabell 3.4: Antall deltagere på informasjonsseminaret om delprosjektrapportene 10.6. 1991

Faksimile 3.2: «Den grønne bok» - Styringsgruppens innstilling, omslaget

Faksimile 3.3: Styringsgruppens forslag til ny ordning av den sentrale helseforvaltning i Norge

Figur 3.3: Styringsgruppens forslag til nyordning av den sentrale helseforvaltning, satt opp etter funksjonelle kriterier og knyttet til helsevesenet som helhet

Faksimile 3.4: Kopi av den intern info Anne Alvik sendte til medarbeiderne i Helsedirektoratet 9.8. 1991

Faksimile 3.5: Klassekampens Hallvard Skauge kommenterer den 12.8.91 forslaget om å fjerne helsedirektørembedet

Faksimile 3.6: En av de sentrale personer i aksjonskomiteen i Helsedirektoratet, Martin Bjerke, ble intervjuet i sin lokalavis, Romerikes Blad 14.8. 1991

Faksimile 3.7: Jon Ola Norbom intervjuet av Aftenpostens Hilde Harbo 24. august 1991

Figur 3.4: Fylkeslege Asbjørn Haugsbøs forslag til nyordning av den sentrale helseforvaltning; remissuttalelse til styringsgruppens forslag høsten 1991

Faksimile 3.8: Bortebom for Norbom-utvalg. Tegning av Roar Hagen, VG 11.3. 1992

Faksimile 4.1: Første side av Jon Ola Norboms artikkel i Weltwirtchaftliches Archiv, 7. årg., 1955, s. 139-158.

Faksimile 5.1: Helsetilsynets strategiske plan, 1994-97

Faksimile 5.2: Tilsynssyklusen, etter Statens helsetilsyns strategiske plan 1994-97

Figur 5.1: Statens helsetilsyn, organisasjonskart, 1.april 1994

Figur 6.1. A: Sosialdepartementets oppbygning senhøstes 1983

Figur 6.1. B: Sosialdepartementets oppbygning senhøstes 1988

Figur 6.1. C: Sosialdepartementets oppbygning 1994

Figur 7.1: Det semimedikratiske helsedirektorat (inntil 1975-76) og dets forhold til minister og det utøvende helsevesen

Figur 7.2: Det postmedikratiske helsedirektorat (1984) og dets forhold til Sosialdepartementet og det utøvende helsevesen

Figur 7.3: Helsedirektoratets ledere, etter omorganiseringen i 1983

Figur 7.4: Helsedirektoratets direksjon 1983-1994

Figur 7.5: Asplans forslag til ny organisering av Helsedirektoratet, 13. juni 1988

Tabell 7.1: Helsedirektoratet, oppbygning og stillingsfordeling fra 1989

Figur 7.6: Forslag til målstruktur for Helsedirektoratet, 31.5.88

Tabell 7.2: Eksterne tjenester, brukere og ressursbruk, Helsedirektoratet, 31.8. 1988

Tabell 7.3: Årsverk, fordelt etter oppgavekategori, Helsedirektoratet 1988 (beregnet aug./sep. 1988)

Figur 7.7: Målstruktur for Helsedirektoratet – Virksomhetsplanen for 1989

Tabell 7.4: Fordelingen av ressursandeler (prosent) på de ulike «idealiserte» mål, etter Helsedirektoratets virksomhetsplan for 1989

Tabell 8.1: Sosialdepartementes helseforvaltning 1984-1993, antall ansatte etter type stilling

Tabell 8.2: Helsedirektoratet 1984-1994, antall ansatte etter type stilling

Tabell 8.3: Sosialdepartementets helseforvaltning 1984-1993, antall ansatte (konsulent og høyere) etter ansattkategori og fagbakgrunn

Tabell 8.4: Helsedirektoratet 1984-1994, antall ansatte (konsulent og høyere) etter ansattkategori og fagbakgrunn

Tabell 8.5: Bemanningen av topplederstillingene i helseavdelingen og Helsedirektoratet 1983-1994

Tabell 8.6: Ansiennitet for ledere og saksbehandlere i helseavdelingen/departementet og Helsedirektoratet, 1985 og 1993, for rådgivere 1993

Tabell 8.7: Aldersfordelingen i helseavdelingen og Helsedirektoratet i 1985 og 1993

Tabell 8.8: Kjønnsfordelingen i helseavdelingen og Helsedirektoratet i 1985 og 1993

Figur 1.1-A: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt (kap. 10)

Tabell 10.1: Forventet levealder (år) ved fødselen i utvalgte år, 1850-2000

Tabell 10.2: Vekst i levealder (måneder pr år) i forskjellige perioder 1846-2010

Figur 1.1-B: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt (kap. 10)

Figur 1.1-C: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt (kap. 11)

Figur 12.1: Kontroll- og klagesaksprosesser i helsevesenet

Figur 12.2: Den regelbaserte styring og ledelse av pre/klinikken, tilsynshierarkiet og det generelle hierarki

1. Innledning

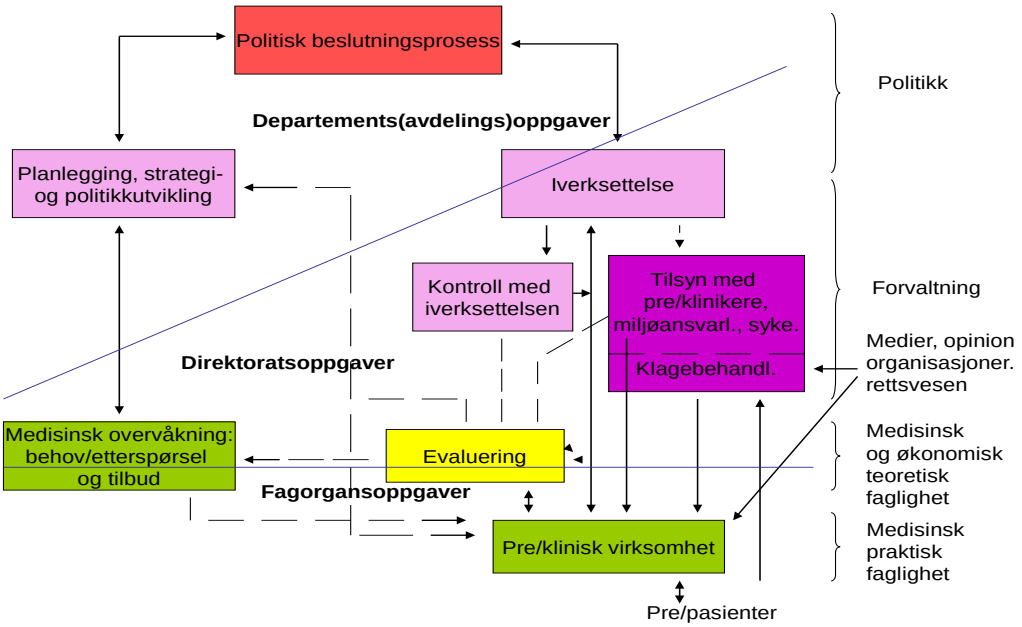
Den 21.11. 1983 ble det gamle helsedirektorat delt. En del av dets oppgaver ble lagt til den nyopprettede helseavdeling i Sosialdepartementet. Med det skjedde den første nye og viktige, institusjonelle spesialisering av den sivile statlige helseforvaltning i Norge. Planleggingsoppgaven og den politiske beslutningsoppgaven ble tatt helt ut av det delvis medikratiske Helsedirektoratet og lagt til Sosialdepartementet og dets nyopprettede helseavdeling. Helsedirektoratet ble sittende igjen med de tidlige "oppstrømsoppgaver", altså oppgavene knyttet til behovs- og etterspørselsovervåkningen og overvåkningen av tilbudsutviklingen, og de utpregede "nedstrømsoppgaver", altså forvaltnings-, kontroll- og tilsynsoppgavene. Vi kan altså si, med referanse til vår illustrasjon av forvaltningssyklusen i figur 1.1, at mens departementsavdelingen fikk oppgavene til venstre og oppe, fikk Direktoratet oppgavene til høyre og nede. Vi har i figuren markert skillet med en blå linje.

Som vi har sett i første del av denne beretningen var helseforvaltningen delt, omtrent på den måten den nå ble delt, også i perioden 1891–1941. Det spesielle med den nye delingen er at den innleder en videre funksjonell spesialisering, men også profesjonalisering. Den innvarsler det virkelig moderne gjennombrudd i helseforvaltningen, altså det "endelige" brudd med den oppgaveintegrasjon den tradisjonelle medikratiske forvaltning hadde representert. Den forrige delingen, den i 1891, hadde bare vært "midlertidig". Delingen i 1891 hadde representert juristenes tilbakekomst i den tautrekningen med legene som hadde startet i 1815. Den nye samlingen i 1941, eller snarere i 1945, representerte legenes siste tradisjonelle tilbakekomst. Men legene, med Karl Evang (1902–1981) i spissen, kom etter hvert på defensiven og med Torbjørn Morks komme i 1972 ble det snart åpenbart at den medikratiske æra sang på siste vers.

Den "endelige" delingen i 1983 var krevende, både maktmessig og i den forstand at det var teknisk vanskelig å adskille oppgavene klart. Direktoratet skulle fortsette å bidra noe på planutviklingssiden og departementsavdelingen ønsket å gå et stykke "ned" på iverksettelsessiden. Den sistnevnte gjorde også det. Delingen skapte slik gode betingelser for dragkamp. Som vi skal se, bidro en del av de sentrale personer til å utnytte disse betingelser, ja, til å "overutnytte" dem.

Der viste seg snart å være flere revir- og avgrensningsproblemer enn dem som gjaldt forholdet mellom departementsavdelingen og direktoratet. På venstresiden gjaldt det direktoratets forhold til de mer utpregede (helse)fagorganer, altså organer på tredje nivå. Det gjaldt, men i svært varierende grad, til organer som Statistisk sentralbyrå, Statens institutt for folkehelse, Kreftregisteret, Statens legemiddelkontroll, Statens institutt for strålehygiene, Statens rettstoksikologiske institutt, Statens tobakkskaderåd, Statens skjermbildefotografering (fra 1986 Statens helseundersøkelser) og Rusmiddeldirektoratet. Problemene gjaldt i disse tilfeller både overvåkningsoppgavene og de mest faglig pregede iverksettelsesoppgaver. Flere av disse faglig pregede organene hadde følt seg "hemmet" under det gamle Helsedirektoratet og så nå, med en egen helseavdeling i departementet, muligheten for å komme under mer "liberal", altså departemental, forvaltning. På venstresiden fortsatte ellers "linjen" videre nedover, altså til det "rent" helsefaglige nivå, uten at dét nå skapte avgrensingsproblemer, mot deler av forskningsinstitutt- og universitetssektoren. På høyresiden var det imidlertid uklart hvordan oppgavene skulle fordeles mellom den sentrale helseforvaltning, for så vidt både avdelingen og direktoratet, og den lokale statlige utøvende etat, fylkeslegeetaten. Ja, det var et problem i

seg selv at der nå skulle gå to linjer nedover, én fra departementet direkte, altså utenom direktoratet, og én fra direktoratet.



Figur 1.1: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt

Med delingen i 1983 ble Helsedirektoratet, alment sagt, et helsefaglig forvaltnings- og tilsynsorgan. Tilsynsoppgaven ble, relativt sett, stadig viktigere. Det ble markert ved at direktoratet i 1992 ble vedtatt omdøpt til helsetilsyn. Fra 1994 var dets navn formelt Statens helsetilsyn. Tilsynsoppgavene fortsatte å få økende oppmerksomhet, samtidig som forvaltningsoppgavene, både de til venstre og de til høyre i vår figur, i større grad ble flyttet både opp, til departementet, og ned, til fylkeslegeetaten og for så vidt til kommuner og fylkeskommuner. Én forvaltningsoppgave ble flyttet ut (til siden), nemlig legemiddelforvaltningen.[1] Det gamle direktorats legemiddelavdeling ble, sammen med den gamle Legemiddelkontrollen (fra 1974) og deler av Rikstrygdeverket, plassert i et "nytt" Statens legemiddelverk, men først i 2001. Innad i Helsetilsynet førte profesjonaliseringen av tilsynsoppgavene til at der ble sterkere spenninger mellom disse oppgavene og forvaltningsoppgavene. I 2002 ble så forvaltningsoppgavene tatt ut av Helsetilsynet og lagt til et nyopprettet helsedirektorat, inntil 1. april 2008 kalt Sosial- og helsedirektoratet. For så vidt kunne ordningsarkitektene ha gjort noe annet, nemlig latt forvaltningsoppgavene bli igjen, omdøpt Helsetilsynet til Helsedirektoratet og skilt tilsynsoppgavene ut – og lagt dem til et utskilt helsetilsyn. Vi skal komme nærmere tilbake til hvorfor det ikke ble gjort slik, eller, hvorfor det ble gjort som det ble gjort.

I 2002 ble også de fleste av de andre, mer helsefagnære og mer spesialiserte, fagforvaltningsoppgaver på det prekliniske (miljørettet forebyggende) område lagt inn under det gamle prekliniske organet, Statens institutt for folkehelse, nå omdøpt til Nasjonalt folkehelseinstitutt (etter engelsk mønster: *National Institute of Public Health*).

[1] Også det relevante tilsynet ble flyttet med til det nye SLK, som vi skal komme tilbake til.

Vi skal i det følgende se hvordan helseforvaltningens spesialisering og profesjonalisering utvikler seg frem til 1994. 1994 er ikke noe virkelig skjellsettende år. Det representerer et skritt på veien mot det ”endelige” moderniserende gjennombrudd. Det kom i 2001 og 2002, i helseforvaltningen som i helsevesenet for øvrig. Men 1994 er viktig for så vidt som det representerte det prinsipielle gjennombruddet for moderniseringen og profesjonaliseringen av tilsynsoppgaven, og slik gav viktige premisser for noe av det som skjedde i 2002: Den ”endelige” moderniseringen og profesjonaliseringen av de egentlige forvaltningsoppgaver. Moderniseringen av tilsynsoppgaven startet gjennom delingen av Helsedirektoratet i 1983. Det var denne delingen som gav premisser for at Helsetilsynsloven ble vedtatt våren 1984. Men konsekvensene av denne vedtagelsen kom for alvor først fra 1994. Den perioden vi nå skal omtale kom imidlertid i økende grad til å stå i tilsynsoppgavens lys. Den ble en periode hvor helseforvaltningslederne diskuterte og kivet om oppgavens innhold og rolle, til dels også om ansvaret for den: Kunne departementet instruere direktoratet i dets utøvelse av tilsynsrollen?

Helseforvaltningspolitikk er også personpolitikk, i denne som i de foregående perioder. De to viktigste personer i første del av perioden, altså frem til sommeren 1989, er helsedirektør Torbjørn Mork (1928–1992) og ekspedisjonssjef i departementets nyopprettede helseavdeling (1983), Harald E, Hauge (1936–2006). De to selvbevisste leger trakk i mange henseender, på vegne av sine organisasjoner, i ulik retning. Gradvis kommer departementsråd Jon Ola Norbom (1923–2020), som hadde tiltrådt som departementets øverste faste embedsmann våren 1984, til å spille rollen som Morks ”motstander”. Norbom hadde begynt som en slags megler, men endte med å overta Hauges rolle som Morks viktigste utfordrer. Perioden preges tildels av disse tre og deres dragkamper. Mork ble helsedirektør i 1972, og fortsatte i 1983/84, i det delte og halvt selvstendiggjorte direktorat. Hauge og Norbom kom begge nå. Alle tre forsvant like før periodens utløp. Mork døde høsten 1992, ikke så lenge etterpå gikk Norbom av for aldersgrensen og gradvis skulle fra nå av Hauge bli skjøvet til side. For så vidt kan man si at neste periode, perioden 1994–2002, egentlig (tyv)startet senhøstes 1992.

Også den neste periode, årene 1994–2002, har innslag av dramatikk, men ikke helt i samme grad. Den er heller ikke i samme grad preget av sterke og til dels steile menn. Tiden er iferd med å bli en annen. Også dens ledere blir mer ”profesjonelle” og mer profesjonalitetsopptatt, i moderne forstand. De viktigste blir også, en tid, to kvinner, den nye helsedirektør Anne Alvik (f. 1937) og den nye departementsråd, Eldrid Nordbø (f. 1942). Den siste går imidlertid snart (1996) av og forholdet mellom departement og direktorat blir etter en tid mindre fortrolig igjen. Gjennom en spesiell tilsynssak, den såkalte Bærumssaken, topper igjen spenningen mellom de to organer seg. Spenningen utløses ved at Anne Alvik i 2000 går av som helsedirektør. Hennes avgang markerer også, kan man si, den mer definitive avslutning av den evangsk–morkske æra.

Personene, spesielt dem vi har nevnt, men også andre, og deres politisk foresatte, spiller en viktig rolle i den historie vi skal fortelle. Det er samtidig slik at de er bærere av ulike, og delvis spenningsfylte, måter å forstå helseforvaltning og helsepolitikk på. De er derfor mer uttrykk for noe prinsipielt enn for noe personlig. Og i det lange løp er det det prinsipielle som er det viktige; også store personligheter er ”strå i vinden”. Det er de dypere tendenser, og de som, mer eller mindre tilfeldig er kommet til å representere dem, som etter hvert ”seirer”. Stikkordene for disse er altså modernisering og profesjonalisering.

Vi skal i dette bind delvis følge samme disposisjon som i første bind. Vi skal imidlertid i større grad integrere presentasjonen. Vi har i første bind sondret klarere mellom det

organisatoriske og det funksjonelle, mellom det vi har kalt spesialisering og det vi har kalt profesjonalisering (av oppgaver). Vi har, når det gjelder det første, sondret mellom vertikal og horisontal spesialisering. I dette bindet skal vi legge stor vekt på dragkampen mellom gammelt og nytt, mellom direktorat og departement, og det fordrer at den organisatoriske spesialisering og den funksjonelle profesjonalisering i stor grad sees i sammenheng. Det fordrer også, hva det første angår, at den vertikale og horisontale spesialisering integreres.

Fremstillingen er todelt. I første del, hvor dragkampen mellom departement og direktorat, helsedirektør og departementsråd, er det sentrale, er det de store linjer og makroorganiseringen som står i sentrum for oppmerksomheten. I annen del er det utviklingen av de enkelte organisasjoner, spesielt departement og direktorat og helseforvaltningsoppgavene som spesielt behandles. Første del av denne fremstillingen gjelder særlig det organisatoriske, altså spesialiseringen, andre del gjelder særlig det funksjonelle, altså profesjonaliseringen. I første del behandler vi mot slutten det som skjer med organiseringen av de ulike deler av den sentrale helseforvaltning, altså de organisatoriske virkningene av den lange dragkampen. Slik behandler vi i første del også sider ved mikrostrukturen, sider vi kunne behandlet i siste del. Vi gjør det fordi jo dragkampen til syvende og sist måtte gi også mikroorganisatoriske konsekvenser. Disse konsekvenser blir viktige for å forstå hva dragkampen førte til, nemlig noe annet enn de viktigste kombattanter hadde tenkt seg. I et lengre perspektiv kan man si at dragkampen ble av mindre betydning. Den var uttrykk for de «smerter» den dypere modernisering av helseforvaltningen skapte. Den kastet slik et interessant lys over det regimeskifte som så smått startet under Evang, og som ble ført videre under Mork og siden Alvik.

I Organisasjonsutviklingen: de store linjer

2. Forholdet departement – direktorat, 1983/84–1989: Delingen blir til praksis

Med delingen den 21. november 1983 ble Helsedirektoratets forhold til Sosialdepartementets politiske ledelse en annen. Det ble "utvendig" og formelt. Helsedirektøren kunne ikke lenger, iallfall ikke normalt, forholde seg direkte til statsråden eller andre i den politiske ledelse. Han måtte i de fleste saker gå via departementets administrative ledelse; ja, formelt måtte han gå via departementet mer alment. Helsedirektøren og hans direktorat var jo nå plassert utenfor og under departementet. Helsedirektoratet var blitt den viktigste del av Sosialdepartementets *utøvende* apparat på helsevesenets område. Helseforvaltningen hadde fått et nivå til: Først kom Sosialdepartementet, med helseavdelingen, så Helsedirektoratet og endelig de mest helsefagpregede institusjoner, blant annet Statens institutt for folkehelse, og fylkeslegene. Vi skal imidlertid se at denne ordningen, med tre nivåer, snart kom under press: I endel henseender begynte helseavdelingen å forholde seg direkte til institusjonene på nivå nummer tre. Den begynte å gå utenom direktoratet. Institusjonene på det siste nivå svarte med å godta det, og endog bidra til det. I praksis utviklet det seg på denne måten i noen grad en ordning med to nivåer, og et saklig mer spesialisert direktorat, en ordning departementet i 1992 forsøkte å formalisere og gjøre permanent.

Med delingen ble også Helsedirektørens rolle som institusjon langt på vei, skjønt ennå ikke helt, borte. Han skulle (etterhvert) ikke ha makt gitt direkte av Stortinget (gjennom lover), men først og fremst makt og myndighet delegert ham fra Sosialdepartementet, som sjef for Helsedirektoratet. Men i den grad direktoratet nå ble et utøvende apparat under departementet, og det ble det i økende grad, ble det for de fleste praktiske formål et utøvende apparat under departementets helseavdeling. Avdelingens ekspedisjonssjef, Harald E. Hauge, ble dermed i mange henseender direktoratets og Torbjørn Morks nye sjef. Hauge ble statsrådens nærmeste helsepolitiske rådgiver og den som skulle se til at politikken ble oversatt til praksis, i stor grad gjennom direktoratet. Hauge ble en slags overhelsedirektør.

Det er, som vi har påpekt i bind 1, ikke tilfeldig at flere av Morks nærmeste medisinske rådgivere, Medisinalråden medregnet, søkte det embede de hadde ment ikke burde ha kommet, ekspedisjonssjefsembedet. Vi må her dog føye til at Hauge formelt fikk en mann mellom seg og statsråden, nemlig departementsråden. Fra våren 1984 var det sosialøkonomen Jon Ola Norbom. Den nye råden var den første som også ble helseråd. Inntil delingen hadde jo Helsedirektøren selv vært helseråd. Norbom ble altså en slags over-overhelsedirektør. Men ennå var han ikke kommet helt inn i sitt embede og Hauge fikk derfor en friere rolle enn han siden skulle få. Det fikk nok noen konsekvenser: Hauge hadde også, som Mork, mye av legens, ja duxens, selvbevissthet. Han kom slik, som Mork, til å fungere litt medikratisk, dog uten å "ideologisere" rollen. Hauges holdning kom til uttrykk på en mer indirekte ideologisk måte: Han talte om at helsesektoren var så "spesiell". Han hevet seg, på vegne av sektoren, litt over de andre ekspedisjonssjefer og deres mindre statustunge sektorer.[2] I noen grad viste han

[2] Flere av dem vi har talt med bekrefter dette, blant andre Egil Danielsen (6.1.09), Andreas Disen (26.8.09), Øyvind Sæbø (2.7.09), Ellen Thorbjørnsrud 16.6.09 og Hans Ånstad (29.10.10).

det ved av og til å "skulke" ekspedisjonssjefsmøtene; han syntes de ble for meget preget av løst prat, og prat om de "andre" sektorene, som jo interesserte ham mindre.[3] Det ble imidlertid tiltagende vanskelig for ham å fungere "overdanig". Allerede utpå høsten i det første året under den nye ordning begynte departementsråd Norbom å komme inn også i helsepolitikken og helseforvaltningen. Det skyldtes ikke minst de to rivaliserende helsesjefer.

Helsedirektøren ble ikke fratatt all selvstendig myndighet, altså lovbestemt myndighet, i og med delingen. Han beholdt myndighet etter endel lover, selv om departementet etterhvert forsøkte å redusere mest mulig av denne myndighet. Spesielt viktig var det imidlertid at han fikk stadfestet endel av den myndighet han formelt, og delvis uformelt, hadde hatt som øverste tilsynsmann i helseforvaltningen. Det skjedde gjennom vedtagelsen av tilsynsloven våren 1984, altså *etter* delingen. Vi skal se at den myndighet han slik fikk skulle få avgjørende betydning for den videre utvikling, og spesielt for det som skjedde fra 1990 til 1992. Det var den som skulle gjøre Helsedirektøren (om) til "vaktbikkje". Det var ikke minst den som gjorde at han skulle forbli en (egen) institusjon. Det var også den departementet, da det spisset seg til i 1992, ville ha bort.

Den oppgavespesialisering som skjedde høsten 1983 ble altså uklar. Det viste seg straks at det var vanskeligere å adskille de ulike oppgaver så klart som delingen forutsatte. Det var saklig vanskeligere enn reformatorene hadde trodd og det ble personlig vanskeligere enn de hadde håpet. Mye av den medikratiske måten å planlegge og forvalte på, lot seg ikke bare oppheve. Når departementet kom til, omenn uformelt, å gjeninnføre de to nivåer, eller, mer alment, å forholde seg mer pragmatisk til nivåskiller overhode, skjedde det fordi det var saklig vanskelig å unngå den integrerende måten å tenke og arbeide på, oppstrøms som nedstrøms, som var typisk for det tradisjonelle medikratiet. Departementsavdelingen kom slik i mange henseender til å spille den rollen det gamle helsedirektorat hadde gjort. Hauge ble slik også, som vi har antydet, litt helsedirektør.

Samtidig tok Mork med seg mye av den gamle helsedirektørrollen inn i sin nye helsedirektørrolle, og til dels med jusen som formelt grunnlag. Blant annet gjennom den nye tilsynsloven ble han jo stadig gitt en institusjonell rolle. Men det at Helsedirektoratet nå ble plassert utenfor og under departementet gjorde at Mork etter hvert fikk en interesse av å begrense helseavdelingens (departementets) direktoratslige ekspansjonisme og dermed gradvis til å bli en slags forsvarer av delingen i 1983. Som vi skal se, skulle Mork også etter hvert oppdage at den filosofi som lå til grunn for delingen, den nyttestatlige, ikke bare stadig ble viktigere, men også var, *nyttig* for ham i kampen for en klarere avgrensning av departementets rolle. I tillegg kom det at utviklingen innen medisinen selv gjorde at det tradisjonelle medikrati holdt på å tape posisjon og bli erstattet av en mer nyttestatlig tilpasset, og "underdanig", fagstyrefilosofi.

Konfrontasjon: en teoretisk innledning

Delingen hadde vært spenningsfylt. Den hadde skapt en gjensidig skepsis mellom Torbjørn Mork og de fleste på departementssiden. Denne skepsis tok de aktuelle personer med seg

[3] Opplyst blant annet av daværende byråsjef i helseavdelingen, Egil Danielsen (6.1.09). Danielsen ble de første årene brukt til mangt av Hauge, til dels endog i stedfortrederroller. Arbeiderpartimannen (ED) samarbeidet godt med høyremannen (HH).

videre. Selv om de i mange henseender tok fatt med en fremadskuende og samarbeidsorientert innstilling, pliktbevisste som de var, klarte de ikke å legge historien helt bak seg. Mistenksomheten overfor den annen part lot seg ikke jage bort, og ganske snart fikk mistenksomheten ny næring og satte seg. Den av deltagerne som hadde vært mest diplomatisk i delingsprosessen, statsråden, var den som tydeligst fortsatte å være ikkemistenksom og som bestrebet seg på å finne minnelige løsninger og utveier.

Den nye departementsråden, Jon Ola Norbom, var også innstilt på at dette skulle ”gå seg til”. Ja, for ham var det ekstra viktig: Gikk det seg ikke til, ville det jo være et uttrykk forat han ikke hadde lykkes. Hauge var for så vidt i samme stilling. Han var avhengig av å få Mork med for å lykkes. Etterhvert tapte han imidlertid mer og mer av troen på Morks gode vilje og kom til slutt til å bruke den hierarkiske makt han og departementet hadde. Mork på sin side hadde langt fra glemt historien. Han ventet seg intet godt ovenfra, og var skeptisk til de fleste, bortsett fra statsråden, så lenge denne het Leif Arne Heløe (H) (f. 1932). Forholdsvis snart ble han også på vakt overfor departementsråden. Til slutt skulle ”slaget” om hans direktorat ikke minst bli et slag mellom ham og departementsråden.

Heløe, Leif Arne (f. 1932): Han er fra Harstad, ble cand. odont. i 1956 og dr. odont. og professor (i samfunnsodontologi ved Universitetet i Oslo) i 1975. Som tannlege nordpå engasjerte han seg i politikken for Høyre. Han var formann i Troms Høyre fra 1966 til 1968 og satt som ordfører i sin hjemby fra 1968 til 1969. Fra 1977 til 1981 var han visepresident i Den norske tannlegeforening. Fra 1981 til 1986 var han sosialminister. Fra 1988 til 1991 var han administrerende direktør i Norges Almenvitenskapelige forskningsråd og fra 1991 til 2000 fylkesmann i Troms. Siden har han vært gjesteforsker ved Norsk institutt for by- og regionforskning. Heløe var en «lyseblå» høyremann, og hadde en forsiktig stil som politiker. Han ble møtt med en viss skepsis da han kom til et mer venstreorientert departement i 1981, men ble snart godt likt av sine medarbeidere. Han fortsatte den styrings- og ledelsesomlegging som var startet under arbeiderpartiregimet i 1970-årene, og fikk blant annet ansvaret for å gjennomføre den radikale omleggingen av primærhelsevesenet. Her fikk han, og enda mer da han i 1983 delte og flyttet ut av departementet «restdirektoratet», helsedirektør Mork imot seg. Heløe fikk allikevel et godt personlig forhold til Helsedirektøren. På bildet til høyre fremstår en erfaren statsråd som noe mer alvorstynget. Dette bilde er fra 1985. (Foto: Inge Gjellesvik NTB)

Scenen var altså fra starten av satt for konfrontasjon. Det vil si, den var satt for en fortsettelse av konfrontasjonen, eller, om man vil, maktkampen. Stiliserte konfrontasjoner omtales i spillteorien som ”Chicken-spill” (”feigingsspill”). Dette spill er illustrert i tabell 2.1. Konfrontasjonen mellom Helsedirektøren og hans ”motspillere” i departementet kunne se ut til å ha likhetstrekk med dette spillet. De to parter, representert ved Hauge og Mork, opptrådte institusjonelt egennyttemaksimerende, og gjorde det på en pågående (risikovillig) måte. Sosiologien, de ytre maktforhold, gjorde at konfrontasjonen i noen grad kan sees på som likeverdig. Departementet hadde et formelt overtak, og kunne i prinsippet diktere ”løsningene”. I praksis var imidlertid departementets dikteringsmuligheter begrenset av den støtte, og den faktiske autoritet, Helsedirektøren hadde i innflytelsesrike helsemiljøer, til dels også i deler av det politiske miljø (Arbeiderpartiet) og i folket, og av den formelle myndighet han var gitt gjennom lovgivningen. I tillegg kommer at departementet var mer splittet enn direktoratet; statsråden spesielt var jo ikke innstilt på konfrontasjon. Det skyldtes igjen hans

psykologi – hans forståelsesfullhet og risikouvillighet, men nok også maktvurderinger: Han hadde for meget å tape på at Helsedirektoratet ikke gjorde det det skulle, og mer enn Helsedirektoratet hadde å tape på at ”ting stanset opp”. Men statsråden kunne ikke, blant annet av hensyn til sin autoritet innad i departementet, helt ut diktere sine embedsmenn, spesielt ikke når Helsedirektøren var så konfronterende.

Chicken-spillet innebærer at partene får det verste utfall (rute 4 i tabell 2.1.) hvis de begge velger konfrontasjonslinjen. I en tidlig fase av en konfrontasjon mellom risikovillige aktører er det ofte slik. Hvis spillet kan gjentaes, og det faktisk gjentaes en del ganger, skjer det imidlertid ofte endringer både i holdninger (preferanser) og sosiologi (maktforhold), endringer som endrer spillets karakter. Denne ”konfrontasjonen” hadde ”gjentatt” seg mange ganger, eller, rettere sagt, den hadde fortsatt lenge. Den er en fortsettelse av den konfrontasjon som preget delingsprosessen, og den igjen er en fortsettelse av den spenning som lenge, helt tilbake til Evangs tid, hadde eksistert mellom Helsedirektøren og et medikratiskeptisk departement. Ja, den er tildels en spenning som går tilbake til iallfall 1815, og til den spenning mellom medikrati og juristeri som da ”oppstod”. For mange av de viktige aktører var derfor, for lengst, et utfall i rute 4 ikke det verste, men det nest verste. Det verste utfall befant seg i rutene 2 (for spiller 1) og 3 (for spiller 2). Historien hadde skapt en gjensidig skepsis, både psykologisk og sosiologisk, som hadde gjort at det å tape for den annen part var blitt mer alvorlig og det å vinne over den annen, viktigere. Det var blitt begge deler fordi tap og seier hadde fått betydning for omdømmet, partenes syn på seg selv (selvfølelsen eller ”egenomdømmet”) og omgivelsenes syn på dem (deres egentlige omdømme). Det er dette som kommer til uttrykk når det tales om at det er ”gått prestisje” i en sak.

Hvis vi har rett i denne holdningsantagelsen, var ”spillet” snarere et avmakts- enn et vanlig konfrontasjonsspill. Avmaktsspillet er, ulikt konfrontasjonsspillet, et ”stabilt” spill. Det er det spillet som i spilleteorien omtales som Fangen(e)s dilemma-spillet. Spillets oppbygning er vist i tabell 2.2. Partene har alltid den samme dominerende strategi som den beste for seg,

Tabell 2.1: Chicken-spillet

Aktør 1 \ Aktør 2	Myk	Hard
Myk	Nest best Nest best	Best Nest verst
Hard	Nest verst Best	Verst Verst

Tabell 2.2: Fangen(e)s dilemma-spillet

Aktør 1 \ Aktør 2	Myk	Hard
Myk	Nest best Nest best	Best Verst
Hard	Verst Best	Nest verst Nest verst

nemlig den harde strategien. Man skulle ha ventet at Mork og hans ”våpendragere” etter hvert ville ha innsett at maktforholdene (sosiologien) var blitt så endret at deres fortsatte kamp for det tradisjonelle medikrati var dømt til å mislykkes – statsrådens mildhet til tross, og at det hadde endret deres holdninger til utfallenes rekkefølge. Men her har nok både personlig og institusjonell historie forsterket hverandre og gjort at ”pietisten” Mork har reagert tiltagende ”luthersk”: Han kunne ikke annet.

Konfrontasjon 1984: en empirisk redegjørelse

Det var en hektisk tid både før, under og etter delingen av direktoratet. Delingen bidro i seg selv til det, men i tillegg kom den meget krevende dragkampen om reformen i almenhelsevesenet, en dragkamp som ble spesielt intens høsten 1983 og våren 1984. Vi har omtalt den nærmere i første bind. Der var også andre saker som tok mye oppmerksomhet, som debatten om egenandeler og den tiltagende polemikk om sykehusfinansieringen og de voksende pasientkøer ved sykehusenes dører.

Departementsavdelingen, som var under dannelse og utbygging, skulle bistå statsråden med ”alt”. Den oppdaget straks at den behøvde direktoratets bistand. Ja, den oppdaget at den gjorde det i svært stor grad. Den trengte spesielt bistand på ”oppstrømssiden”, altså i spørsmål knyttet til etterspørselssituasjonen[4] og til utvikling av politikken på de mest kritiske områder. Hva det siste angikk krevdes bistand både av mer almen planutviklende karakter og av mer akutt, krisehåndterende karakter; kfr. de sakene vi har nevnt i avsnittet ovenfor. Der krevdes også bistand til å utforme statsrådens og departementets måte å håndtere selve debatten på, for eksempel i form av utarbeidelse av svar på spørsmål i Stortinget og i utarbeidelse av utkast til viktige taler statsråden skulle holde.

For Helsedirektoratet kunne denne situasjonen ha gitt det mulighet for å komme litt tilbake, og for så vidt til å hovere. Det kunne brukt alle henvendelsene, formelle, men også mange uformelle, om bistand som middel til å gjenopprette ”heisstatusen”.[5] Ja, det kunne ha sett på avdelingens stadige henvendelser, formelle som uformelle, som uttrykk for at avdelingen selv var iferd med å gjenskape Helsedirektørens heisstatus, og i noen grad trekkke direktoratet inn i departementet igjen. Men Mork brukte ikke henvendelsene slik. For ham gikk jo nå heisen bare opp til ”over-helsedirektør” Harald E. Hauge og hans folk, sjelden til statsråden. Invitasjonen til samarbeid ble slik, for Mork, en løpende påminnelse om hans og hans organisasjons underordnede, ja, betjenende, status. Da var det langt mer fristende for ham å insistere på den uavhengighet han var blitt pådyttet. Som uavhengig direktorat, eller fagdirektorat, som han gjerne sa, hadde han en helt annen anledning til å markere en selvstendig, ja, politisk-kritisk, linje, f.eks. som tilsynsmann, enn han hadde som et departementsbetjenende embedsmann. Det var som om han nå oppdaget de muligheter utskillelsen hadde skapt, og raskt bestemte seg for å benytte seg av dem.

[4] Det gjaldt ikke den samfunnsdiagnostiske oppgaven alment, men den del av den som løpende var av politisk interesse.
[5] Vi har i første del redegjort for hvordan Helsedirektoratet før delingen i 1983 både var en departementsavdeling og et selvstendig fagdirektorat: Det hadde en slags ”heisstatus”.

Han forstod nok det å være fagdirektorat som ikke bare å være faglig-teknisk offensiv, men tillike å være normativt offensiv – på vegne av helseverdiene, egalitært forstått. Han kunne nå gjøre sitt direktorat til et kamporgan for helsefremme, spesielt for de svake. Han kunne, og ville, heller være tjenende nedover enn betjenende oppover. Demonstrativt skrev han således i Helsedirektoratets nye meddelelsesblad, *H.DIR intern melding*, i juni 1984: ”Vi er ikke lenger ”sekretariat for statsråden”. Vi er heller ikke en saksbehandlingsinstans for helseavdelingen. Vi er blitt et frittstående direktorat”.[6] Noe senere i samme ”leder” pekte han på hva den frittstående status innebar. Han pekte blant annet på at direktoratet hadde ”et ansvar for å fungere som det Axel Strøm (1901–1985) har kalt ”de politiske myndigheters årvåkne og sorte samvittighet””.

Den politisk utfordrende stil han hadde anlagt fra 1972, kunne han altså nå følge opp, uten de formelle hindre hans gamle dobbeltstatus hadde innebåret. Han talte ennå ikke om sitt direktorat som en ”vaktbikkje” for pasientene, og de svake. Det skulle han gjøre da han utkjempet sin siste kamp – og var blitt hundeeier. Men den holdningen han nå inntok, eller førte videre, gjorde at han begynte å ane at han igjen kunne komme på offensiven med sitt direktorat. Han så det neppe tydelig slik, men han ante det. Ser vi fremover, kan vi si at han på denne måten også la premissene både for de konflikter som skulle komme til å prege resten av hans tid som helsedirektør og for omdannelsen av Helsedirektoratet til et helsetilsyn.

At direktoratet ikke lenger var et politisk sekretariat, betydde ikke at det ikke også kunne og skulle bidra ”oppstrøms”. Mork skulle jo komme til å bidra sterkt selv, med sin mer uavhengige ”politisering”. Men for å bidra på departementets premisser måtte direktoratet ha tid og ressurser. Det måtte dessuten kunne bidra på en måte som ikke satte dets uavhengighet på spill. Etter delingen var direktoratet ressursmessig svært presset når det gjaldt de mange og ofte tidkrevende nedstrømsoppgaver det hadde: forvaltningen av mange lover, veiledningen knyttet både til jusen og helsefagligheten, og de utvidede tilsynsoppgavene. Direktoratet kunne utnytte ressurssituasjonen til å begrense sin betjenende rolle oppover. I avdelingen mente imidlertid stadig mange at den formelle argumentasjonen var et påskudd for å gjøre det vanskelig for den, altså avdelingen. Kunne direktoratet svekke avdelingens evne til å betjene den politiske ledelse var det nærmest å betrakte som en ”bonus” – for direktoratet. Men direktoratet kunne spille uskyldig og henvise til at det måtte sette beslutninger fattet av Stortinget foran statsrådens politiske ønskemål; Stortinget stod jo over både statsråd og regjering.

Vi har nevnt at helseavdelingen med én gang begynte å ”bruke” direktoratet, og folk i direktoratet. Mork slo straks ned på det. Hans direktorat skulle nå være helt uavhengig. Hans ansatte kunne ikke disponeres mer eller mindre fritt av departementet, uten at han var blitt spurt og hadde godtatt det. Administrasjonsavdelingen hadde allerede en måned etter delingen (27.12.83) i et notat til medarbeiderne i departementet gjort det klart at de skulle ”bruke brevs form i skriftlige henvendelser til Helsedirektoratet”, ikke den gamle notatformen. Denne påminnelsen ble raskt glemt. I et brev til Sosialdepartementets administrasjonsavdeling av 31. januar minnet Mork om notatet av 27.12. Han skrev:

> *Helsedirektoratet mottar fremdeles uformelle notater og kopier av brev og lignende med påtegninger med anmodning om opplysninger, uttalelser osv. I enkelte tilfeller er*

[6] Dette stensilerte bladet begynte å komme ut i april (1.4.) 1984. Det het i det første nummer at bladet skulle komme hver fjortende dag. Det gjorde aldri det. Det kom knapt månedlig. Sitatet er fra åpningsartikkelen (s. 1) i juninummeret (nr. 3) og er kalt ”Kom med gode ideer – Helsedirektøren har ordet”.

dette adressert til bestemte seksjoner eller medarbeidere i Helsedirektoratet. En slik uformell fremgangsmåte vanskeliggjør en administrativ forsvarlig behandling av slike saker i Helsedirektoratet.

Helsedirektøren ber derfor om at Administrasjonsavdelingen tar saken opp med medarbeidere i Sosialdepartementet, slik at forholdene så vel formelt som reelt, kan bli mer tilfredsstillende.[7]

Administrasjonsavdelingen forhastet seg ikke med å reagere. Først den 12. april sendte det ut et notat på én side om saken, og minnet om at "offisielle henvendelser" måtte skje gjennom "brev undertegnet på det nivå saken tilsier". Men avdelingen var på langt nær så formalistisk som Helsedirektøren bad om at den måtte være. Avdelingen uttalte således:

Nevnte retningslinjer (av 27.12.) er ikke til hinder for mer uformelle kontakter på ulike plan mellom enheter/medarbeidere i departementet og direktoratet for innhenting av konkrete opplysninger som ledd i saksbehandlingen. Det anses ønskelig med varierte og fleksible samarbeidsformer. Slikt uformelt samarbeid må imidlertid ikke få et slikt omfang at det skaper administrative problemer i de enkelte avdelinger.[8]

Departement og direktorat var samlokalisert i Grubbegaten 10 (S-blokken). Det gjorde det enkelt å ta personlig kontakt for medarbeidere på begge sider. Mork var imidlertid nå konsekvent formalistisk: Han ønsket ikke slik kontakt. Det gjorde at stemningen i gangene ble litt "underlig", ja, nesten "angstbitersk", uttaler i dag en av saksbehandlerne fra den tiden, Ellen Thorbjørnsrud.[9] En av underdirektørene i helseavdelingen, Andreas Disen (f. 1945), forteller at han en dag stod og pratet på gangen med to medarbeidere i direktoratet, da en av de siste bemerket at "egentlig har jeg ikke lov å snakke med deg nå, jeg".[10] Men som sagt, skulle direktoratet virkelig bli et uavhengig organ, måtte det opptre så formalistisk. Det måtte spille så hardt. Akkurat på dette punkt ble dog situasjonen noe lettere fra sommeren 1987. Da flyttet direktoratet til egne, og nye, lokaler i Calmeyers gate 1.

Mork kunne altså bruke ressursproblemene offensivt. Samtidig var disse problemene også et virkelig problem for ham. De gjorde at han og direktoratet ble "hengende etter" og ble sårbare for kritikk, ikke minst fra departementet. Han fremstilte ressursproblemene som uttrykk for departementets uvilje overfor ham, ja, som løftebrudd. I et brev til Sosialdepartementet den 25. januar, om delegasjonsarbeidet i Helsedirektoratet, påpeker han således at "En av grunnforutsetningene fra den politiske ledelse da Helsedirektoratet ble skilt ut, var at etaten skulle styrkes faglig. Hittil har det motsatte helt åpenbart vært tilfelle".[11] Han fortsetter, med ujevne mellomrom utover våren og sommeren, å minne om løftebruddet. Utpå høstparten "sprekker" det for ham. I et brev til statsråden, datert den 6. september, skriver han at

[7] Brevet har overskriften "Korrespondanse til Helsedirektoratet" og arkivreferansen 2282/84 V 2 TM/LM.

[8] Notatet har overskriften "Korrespondanse og andre former for kontakt med Helsedirektoratet" og arkivreferansen 1459/84 II A HLo/beh.

[9] Ellen Thorbjørnsrud i samtale 16.06.09.

[10] Andreas Disen, samtale 26.8.09. En annen ung saksbehandler, Jo Kittelsen, som begynte i direktoratet 1. januar 1984, altså like etter delingen, gir uttrykk for det samme: Stemningen var spesiell og Mork var opptatt av at skillet mellom direktorat og avdeling ble opprettholdt, forteller hun. (Jo Kittelsen 23.06.09.)

[11] Brev til Sosialdepartementet med tittelen "Delegasjonsarbeide i Helsedirektoratet". Arkviref.: 1906/84 V 2 RD/US.

Helsedirektoratet nå er ”kommet i en situasjon som innebærer at man i løpet av meget kort tid ikke på en forsvarlig måte vil kunne gjennomføre de oppgaver det er pålagt gjennom instruks og delegert myndighet”. Han nevner at problemene ikke bare skyldes underbemanningen. Bemanningsproblemene forverres av ”den fastsatte organisasjonsstruktur”, ”den fastsatte stillingsstruktur og stillingsrammene”, funksjonsfordelingen mellom avdelingen og direktoratet og stillingsnormeringen (lønnsvilkårene), spesielt for ledere og ”annet fagpersonell”.[12]

Mork ber i brevet om å få et møte med statsråden og om at han til møtet må få ta med seg sine avdelingsdirektører. Statsråden gikk med på det, og et møte fant sted 18. september. Det førte til at statsråden tilsynelatende kom Helsedirektøren i møte på flere punkter. Han redegjør nærmere for disse imøtekommelsene i et brev av 3. oktober (1984). Hva ressurssituasjonen angikk, var statsrådens viktigste bidrag at han lovet å ta kontakt med Forbruker- og administrasjonsdepartementet med sikte på å få forbedret lønnsforholdene for enkelte medarbeidere i Helsedirektoratet. Ellers valgte statsråden å svare på Morks utfordringer ved å sette ressursproblemene inn i en videre organisatorisk sammenheng. Han ville således oppnevne en arbeidsgruppe til å se nærmere på arbeidsfordelingen mellom avdeling og direktorat. Dette var kanskje et ”snedig” trekk, for så vidt som det satte ressursproblemene inn i en videre sammenheng, en sammenheng som gjorde det lettere for departementet å vise direktoratets medansvar for de problemer som var oppstått. Arbeidsgruppen fikk statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg (1936–2020) som leder, og ellers som medlemmer departementsråd Jon Ola Norbom og ekspedisjonssjef Harald E. Hauge. Mork meldte straks tilbake at direktoratet skulle være representert ved ham selv og hans juridiske sjef, Knut Munch-Søegaard. Selv om statsråden også skrev at han ønsket å ha regelmessige møter med direktoratsledelsen, var hele svaret et uttrykk for hvor makten lå.[13]

[12] Brevet har overskriften ”Arbeidssituasjonen i Helsedirektoratet” og har arkivreferansen 16291/84 V TM/BB.
[13] I mandatet for arbeidsgruppen, oppnevnt i brev av 3.10., ble arbeidsgruppen blant annet bedt om å ”..gå gjennom den nåværende arbeidsfordeling mellom Helsedirektoratet og helseavdelingen i departementet med sikte på å komme frem til en klarere demarkering av ansvarsforholdet mellom de to enheter og derved sikre en både effektiv og forsvarlig behandling av helsespørsmål i sentraladministrasjonen. Gruppen vil videre følge opp og evaluere de fremskritt som er gjort i forbindelse med beslutninger som lå til grunn for omorganiseringen i fjor, særlig når det gjelder delegering av myndighet fra Helsedirektoratet til andre organer som for eksempel fylkesleger”.

Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936): Hun var psykiater og hadde nettopp disputert, da hennes venn Leif Arne Heløe bad henne om å bli hans statssekretær i Sosialdepartementet. Hun kunne ikke mye om politikk og forvaltning da hun høsten 1983 inntok plassen som nummer to i Sosialdepartementet. Men hun kom raskt inn i rollen og satte seg snart i respekt blant eldre mannlige forvaltningsledere. Heløe gav henne ofte de mest personlig krevende oppgaver, som å stå for utskillelsen av Helsedirektoratet fra departementet. Det førte til flere konfrontasjoner med Helsedirektøren, men hun lot seg aldri vippe av pinnen. Den opprinnelig partiløse psykiateren ble, like før regjeringen Willoch gikk av, forbruker- og administrasjonsminister. Hun fortsatte som politiker og var i 1990–91 nestleder i Høyre. Som «aktivistisk» pensjonist ble hun fra 2013 til 2016 igjen statssekretær (i Helse- og omsorgsdepartementet). Bildet er tatt foran Stortinget den 26. mai 1986, like etter at regjeringen Willoch hadde fratrådt og hun var gått av som forbruker- og administrasjonsminister. (Foto: Rolf M. Aagaard / Aftenposten)

Så kom statsbudsjettet. Det bekreftet forøvrig hvor makten lå. Torbjørn Mork kommenterer budsjettforslaget for direktoratet i *H.DIR intern melding* nr. 6. Meldingsbladet er udatert, men den må ha kommet ut like før midten av oktober. I sin innledende artikkel bemerker han at direktoratet lenge hadde fått høre fra oven at ressursproblemene ”skulle rettes opp senere”. Han og hans medarbeidere hadde derfor ”sett fram til budsjettet for 1985”. Han fortsetter:

> *I dag kan det med rette sies at i hvert fall noen av oss har vært utillatelig godtroende. Regjeringen har sagt sitt gjennom budsjettet, og våre forventninger er gjort sørgelig til skamme. Ingen nye stillinger til tross for nye oppgaver… Budsjettet byr også på reell nedskjæring på kontorbudsjettet, og dermed bl.a. mindre muligheter for bruk av sakkyndig bistand fra andre fagmiljøer. Vi foreslo midler til bl.a. EDB-utstyr som et hjelpemiddel for å rasjonalisere og effektivisere arbeidet i Helsedirektoratet. Strøket av budsjettet. Den samme skjebne har vårt forslag om midler til informasjons- og forsøksvirksomhet fått”.* [14]

Han føyer til (s. 2) at ”Hver enkelt medarbeider får trekke sine egne slutninger av de ”dobbeltsignaler” vi har fått fra politisk hold”, men antyder, for sin egen del, at ”Hvis vårt arbeid (som en følge av ressursmangelen) ikke kvalitativt holder mål har Helsedirektoratet

[14] ”Helsedirektøren har ordet – Forventninger og realiteter”, H.DIR intern melding, nr. 6, 1984, s. 1.

ingen berettigelse". Han nevner at det kan ligge et lite håp i det ""fremstøt" vi nylig har gjort overfor statsråden" (kfr. ovenfor), men gjør det ellers klart at direktoratet nå må prioritere enda strengere enn før og oftere si nei til anmodning om bistand. Med det siste tenkte han nok på anmodninger fra departementet.

Selv om arbeidet i den nye Heiberg-gruppen skred greit fremover ble det preget av spenningene mellom partene, og av maktulikheten. Statssekretæren hadde bedt Mork og Hauge om å lage en redegjørelse for de problemer arbeidsdelingen mellom direktorat og avdeling skapte. Mork svarte den 10. oktober, i et utførlig notat, med flere vedlegg. Han nevner eksempler på faglig overprøving (i Avdelingen), uklar ansvarsdeling, manglende informasjon (til direktoratet) og dobbeltarbeid. Til slutt redegjør han for hvordan ressurssituasjonen tvinger direktoratet til en streng prioritering. Han henviser til Hauges uttalelse på møtet i gruppen 5.10. om "problemer med prioritering av Helsedirektoratets arbeidskraft", og svarer i notatet til statssekretæren at direktoratet måtte la "pliktløpet" få første prioritet, altså de oppgaver hvor direktoratet "er tillagt selvstendig myndighet og ansvar i medhold av lov, forskrifter og delegert myndighet". Til slutt kommer han igjen tilbake til avdelingens manglende evne til å respektere direktoratets uavhengighet, altså den deling av direktoratet som den sittende statsråd hadde gjenomført i 1983. Han skriver således at han finner det ansvarsmessig uheldig at hans folk deltar i felles arbeidsgrupper, og legger til:

> *Helsedirektoratet vil i denne forbindelse også peke på den tendens man har sett fra Helseavdelingens side til å oppfatte Helsedirektoratet og dets medarbeidere som et "sekretariat" som Helseavdelingen kan spille på utfra sine egne prioriteringer og øyeblikkelige behov. Det er ikke uvanlig at saksbehandlere så vel som personer i ledende stillinger innenfor Helseavdelingen tar direkte kontakt på saksbehandlerplan i Helsedirektoratet og ber om øyeblikkelig bistand i forbindelse med saker vedkommende arbeider med.*[15]

Harald Hauge sendte sitt notat til statssekretæren den 12.10. Det var på åtte sider. Det begynner med konklusjonene og fortsetter med eksempler. Vi siterer fra konklusjonene:

> *Ut fra Helseavdelingens vurdering er Helsedirektoratets virksomhet kjennetegnet av en meget sterk prioritering av egne forvaltningsoppgaver og det Helsedirektøren kaller "pliktløpet" og en tilsvarende svak prioritering av saker der Helseavdelingen er ansvarlig, men direktoratet er forutsatt å yte større eller mindre del av grunnlagsmaterialet.*
>
> *Det er også et gjennomgående trekk at Helsedirektøren ofte motsetter seg arbeid med større saker i felles arbeidsgrupper eller prosjektgrupper, fordi han angivelig er redd for at ansvarsforholdene derved pulveriseres….*
>
> *Det tredje gjennomgående trekk er at Helsedirektoratet sier nei til alle nye oppgaver. Som grunn anføres at bemanningen er særdeles hardt presset, og at det derfor ikke er mulig å gjøre noe nytt uten nye stillinger…*
>
> *På saker fra Helseavdelingen er det ofte svært lang saksbehandlingstid i Helsedirektoratet. Tidsfrister følges ikke, og purringer er ofte bortkastet…*

[15] Notat til statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg, datert 10. oktober 1984. Arkivref.: 18760/84 V TM/aak. Sitatet er fra s. 3.

Det tar tid å nå rette vedkommende i Helsedirektoratet via brev. All post til og fra Helsedirektoratet går via Helsedirektøren, mens Helseavdelingen ofte sender brev fra seksjonene..[16]

Det er en avgjørende forutsetning for bedring at Helsedirektoratet får fart på en mer omfattende delegering i henhold til foreslåtte retningslinjer for å frigjøre arbeidskapasitet.[17]

Hva eksemplene angår, og de er mange, nevner Hauge (s. 6) blant annet at "Budsjett- og økonomisaker følges dårlig opp i forhold til den *sykehussjefsfunksjon* direktoratet ble tiltenkt gjennom omorganiseringen". Han føyer her til at direktoratet "er preget av mangel på vilje til å styre og eventuelt ta belastninger i forhold til institusjonene når det gjelder tiltak for å holde budsjettet".

Hauge var altså langt krassere i tonen enn Mork. Han skrev også med større grad av maktbevissthet. Han var paternalistisk nedlatende. Også Mork var spiss i tonen, men mer formalistisk defensiv. Han var presset til hard prioritering som følge av den ressurssituasjon departementet hadde satt ham i. Men den uavhengighet, ja makt, departementet gjennom delingen hadde gitt ham, gav ham samtidig det formelle (makt)grunnlag for å prioritere ned helseavdelingens saker. Avdelingen og departementet fikk derfor nå som fortjent, mente Mork. Han henstilte for øvrig til Hauge om å trekke sitt notat. Henstillingen ble ikke tatt til følge.

"Konfrontasjonsspillet", som for lengst hadde antatt form av et avmaktsspill (Fangens dilemma-spill), hadde utviklet seg siden delingen og nådde nå, i begynnelsen av oktober – i forbindelse med den nye Heiberg-prosessen og fremleggelsen av statsbudsjettet – et foreløpig høydepunkt. Men høydepunktet kunne bare bli foreløpig. De to notatene måtte skape reaksjoner i avdelingen og direktoratet, men særlig i direktoratet. Dermed var det også bare et spørsmål om tid før konfrontasjonen ville bli offentlig kjent.

Hauges notat skapte "røre" i direktoratet. Mork gav straks beskjed om at avdelingene skulle kommentere Hauges påstander. De, og en del enkeltmedarbeidere, gjorde det. Noen skrev helt saklige og "rolige" kommentarer, endog

VG Tirsdag 30. oktober 1984

ÅPEN KRIG

Av ARNE SKOGSETH

Gjensidige beskyldninger om vrangvilje og trenering, unødvendig dobbeltarbeid og manglende informasjon, feil prioritering og manglende ressurser.

Det er nærmest «åpen krig» mellom Helsedirektoratet og helseavdelingen i Sosialdepartementet, knapt ett år etter at direktoratet ble omorganisert.

«Redd»

Faksimile 2.1: VGs oppslag om dragkampen mellom helseavdelingen/Harald Hauge og Helsedirektoratet/Torbjørn Mork, 30. oktober 1984

[16] I den versjon av notatet som befinner seg i Helsetilsynets (fjern)arkiv har Helsedirektøren til denne bemerkningen fra Hauge i margen skrevet "Smil". (Skriften tyder på at det er Mork som har skrevet det.)
[17] Notatet fra Harald Hauge har overskriften "Helsedirektoratets funksjon – forholdet mellom Helsedirektoratet og Helseavdelingen" og er datert 12.10.84. Det har ingen arkivreferanse, bare signaturen HEH/gh. Sitatet er fra s. 1 og 2.

med bemerkninger om at partene var i samme båt.[18] Andre skrev lange, utførlig dokumenterte kommentarer, uten direkte å vise engasjement.[19] Atter andre dokumenterte også, men slapp mye temperament til. O. V. (Ole Vedeler (1922–2002)) skriver at han har lest Hauges notat ”flere ganger for å forsøke å få med meg det saklige innholdet og ikke la meg overmanne av det usaklige innholdet” (s. 1). Han nevner så den høye utskiftningsandelen i direktoratet og forutskikker: ”Ekspedisjonssjefens uforskammetheter av 12. oktober vil nok ikke senke denne prosenten”. Ellers ser han på direktoratets problemer som en følge av at helseavdelingen behandler det frittstående direktorat som ”et slags underordnet sekretariat i Helseavdelingen” (s. 1).

29. oktober svarer Mork, på vegne av direktoratet, på Hauges notat. Han skriver innledningsvis at ”Notatet har vakt sterke reaksjoner blant de av Helsedirektoratets medarbeidere som har lest det”. Han fortsetter: ”De subjektive vurderinger i notatet vil ikke bli imøtegått. De får stå for ekspedisjonssjefens regning. Kommentarene vil bli knyttet til de konkrete momenter som er anført i notatet”.[20] Det blir de også. Morks kommentarer er mange og utførlige, og de presenteres uten moralisering. Helt til slutt må han imidlertid igjen slippe ut litt luft:

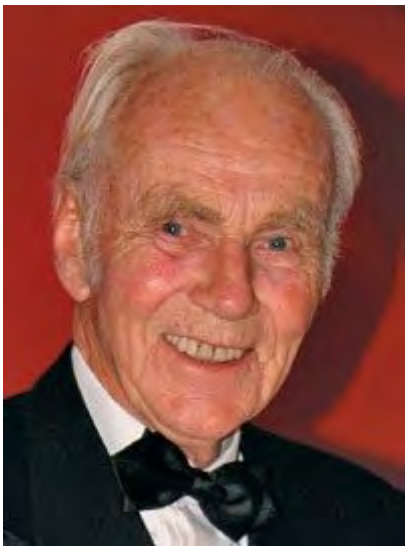
> *Helsedirektøren har i dette brev ikke funnet å ville kommentere en rekke tendensiøse formuleringer for øvrig i notatet. Det er for øvrig vanskelig å forstå at et notat som inneholder så mange direkte feil når det gjelder faktiske forhold, kan være et hensiktsmessig utgangspunkt for en ”evaluering” av omorganiseringen og Helseavdelingens og Helsedirektoratets funksjon.* (s. 8)

Den nye Heiberg-gruppen ble oppnevnt for å rydde opp i de problemer den vertikale delingen hadde ført til. I første omgang førte den altså til det motsatte: Problemene ble satt mer på spissen. Strategiene partene fulgte ble tiltagende harde. Følelsene, på begge sider, fikk komme tydeligere til uttrykk. Men mens det var Mork og direktoratet som tidligere hadde vært mest engasjert, var det nå Hauge og helseavdelingen det sprakk for. At det sprakk for Hauge og hans folk gjorde så at det sprakk for Mork og hans folk.

[18] Et eksempel er notatet fra overlege Ole B. Hovind av 24.10. (vedlegg 3 til Helsedirektørens kommentarnotat til statssekretæren). Hovind konstaterte for eksempel at notatet fra Hauge viste ”at vi er gjensidig avhengige av hverandre og dermed at samarbeidet fungerer bra”.

[19] Et eksempel er R. C.s (Runar Carlsen) av 17.10. (vedlegg 1). R. C. påpeker først i sitt notat den vanskelige ressurssituasjon: I direktoratets 152 faste stillingshjemler hadde det i de 11 første måneder etter delingen vært 40 ”ledigheter”, altså en utskiftning på litt over 26 prosent. Han omtaler den som ”enorm”.

[20] Brevet er adressert til statssekretæren. Det har ingen overskrift. Arkivreferansen er 20|00/84 V 2. Sitatet er fra s. 1.



Egil Willumsen (1929–2010): Etter endt medisinsk utdannelse (Bergen, 1956) praktiserte han særlig innen almenmedisin og psykiatri. Han ble assisterende fylkeslege i Rogaland i 1964, fylkeslege i Sør-Trøndelag i 1975, medisinalråd i 1978 og fylkeslege i Rogaland fra 1985. Han ble, etter en lengre prosess, i 1978 medisinalråd og helsedirektør Morks nestkommanderende. Han og Mork var nokså forskjellige av legning, Willumsens stil var noe mer uformell og mer sosial enn Morks, og samarbeidet dem imellom ble derfor aldri tett. Etter delingen og utflyttingen (fra departementet) av direktoratet i 1983 vantrivdes Willumsen mer i direktoratet og dro altså etter halvannet år til sin hjemby Stavanger og ble fylkeslege. Han forble det resten av karrieren (til 1994). Om Willumsen hadde en annen stil enn Mork var han, som ham, en tilhenger av et sterkt statlig styrt, og egalitært orientert helsevesen. Han kunne omtale seg som en av de siste «evangelister». Han ble som eldre mann opptatt av aldersomsorgen og lot seg velge inn i bystyret i Stavanger for Pensjonistpartiet. (Foto: Tidsskrift for Den norske legeforening, nr. 6, 2010)

Like før Morks brev ble sendt, ble konfrontasjonen mellom Hauge og Mork offentlig kjent. Det skjedde gjennom et intervju med Mork i Adresseavisen. I intervjuet uttalte Mork at hvis direktoratet ikke ble gitt bedre arbeidsforhold og flere dyktige fagfolk, kunne det like godt nedlegges. Verdens Gang fulgte opp den dagen Mork sendte sitt brev til statssekretæren, altså den 29. oktober (s. 3). ”Helsedirektoratet: RAKNER etter reformen”, var overskriften. Avisen henviste også til at nok en lege, endog Morks nestkommanderende, Egil Willumsen (1929–2010), var iferd med å forlate direktoratet. Han hadde sagt opp i protest mot den faglige svekkelse og ressursmessige utarming av direktoratet.[21] Notatene Hauge og Mork hadde sendt statssekretæren var nå åpenbart kjent i flere aviser. Verdens Gang fulgte således opp saken dagen etter (30.10.), under overskriften ”ÅPEN KRIG” (s. 3); kfr. faksimile 2.1. Sosialminister Heløe svarte avisen at det slett ikke dreiet seg om noen krig, men om problemer med å finne den riktige oppgavefordeling. Dette var, fortsatte han, problemer man måtte vente ville komme i en så krevende deling som dette. Hans statssekretær uttalte til Aftenposten samme dag at ”Morks uttalelser kom meget overraskende på meg”. Hun var altså ikke forhåndsvarslet av Helsedirektøren. Hun sa imidlertid også at den arbeidsgruppen hun ledet allerede var kommet til ”enighet om konkrete tiltak for å løse problemene, noe som styrker troen på at barnesykdommer og innkjøringsproblemer lar seg overvinne efterhvert”.[22]

Men Heløe og Heibergs beroligende uttalelser var ikke nok til å få tatt dramatikken ut av saken. Dramatikken økte istedenfor. Striden ble generalisert ved at særlig Helsedirektoratet fikk ytre alliansepartnere. Lægeforeningen, ved dens president Bengt-Lasse Lund (f. 1945), ytret seg sterkt kritisk om det Foreningen så på som en alvorlig faglig, altså medisinsk, svekkelse av Helsedirektoratet. Han uttalte til Aftenposten (9.11., s. 4) at Foreningen hadde ”mottatt en rekke klager fra legehold om manglende faglig støtte i direktoratet”. ”Dette skyldes ikke barnesykdommer i forbindelse med omorganiseringen”, la han til, med et stikk til statssekretæren. Sykepleierforbundet uttalte i et brev til Sosialministeren at det med

[21] I et NTB-intervju sa han også: ”Vi sitter her i hver vår etasje i samme bygg og sender brev til hverandre. Møter mellom Helsedirektoratet og Sosialdepartementet har vanskelig for å fungere konstruktivt” (her gjengitt etter VG 29.10.), tilsynelatende uten å tenke på at det var Mork som hadde insistert på å formalisere skillet så sterkt.

[22] Aftenposten morgennr. 30.10. 1984, s. 10. Oppslaget har overskriften ”Statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg: -Helsedirektoratets vansker kan løses”.

”tiltagende uro” hadde fulgt utviklingen i direktoratet etter omleggingen. Forbundet bad om en ”uavhengig” gjennomgåelse av erfaringene med omorganiseringen. Den som sendte brevet var forbundets nye leder, Aud Blankholm (f. 1947), Heløes første personlige sekretær (1981–1983). Sykepleierne utnyttet også det faktum at Idunn Heldal Haugen (f. 1928), sjefen for det gamle Sykepleiekontoret, nå forlot direktoratet. Omorganiseringen var en grunn til det. Etter omorganiseringen er det ”ikke noe sykepleiefaglig miljø ..[i direktoratet] lenger”, sa hun til Verdens Gang 6. november (s. 3). Helseavdelingen, på sin side, fikk bare støtte fra indre partnere, i første rekke de andre avdelinger i departementet. Dét syntes imidlertid ikke utad.

Torsdag den 8. november ble Helsedirektøren intervjuet i Aftenpostens morgennummer (s. 4). Her setter han saken ytterligere på spissen. Med henvisning til ressurskrisen i direktoratet sier han at ”Har helsemyndighetene til hensikt å utslette Helsedirektoratet, er de på god vei mot målet”. Han har imidlertid valgt å bli på sin post fordi han ser direktoratets funksjon som så viktig, at den er verdt å kjempe for. Aftenpostens journalist fortsetter: ”Samtidig gjør han det klart, at hvis det nå ikke snart vises betydelig vilje til å styrke direktoratets faglige miljø, slik forutsetningene har vært, kan også han ta sin hatt og gå”. På spørsmål om han er enig med statssekretæren om at problemene er å betrakte som barnesykdommer svarer han:

> *Det er virkelig fare på ferde hvis statssekretæren ser på disse problemer som barnesykdommer. I løpet av det siste året har mellom 25 og 30 prosent av direktoratets ansatte enten sluttet eller tatt permisjon… I enhver annen organisasjon ville dette blitt oppfattet som alvorlige sykdomstegn og ikke som barnesykdommer.*

Denne aften ble Torbjørn Mork og Astrid Nøklebye Heiberg invitert til NRKs Dagsrevyen. Det førte til en frisk konfrontasjon. Statssekretæren spurte blant annet Helsedirektøren om han følte at han ikke ble hørt av ledelsen i departementet. Han svarte ja, og hun gav da uttrykk for at hun var begynt å tvile på Helsedirektørens gode vilje. Hun mente at problemene omorganiseringen hadde skapt burde vært tatt opp innad. Det var jo også derfor hennes gruppe, hvor Mork var medlem, var nedsatt. Mork svarte at de problemene han hadde pekt på, spesielt personellsituasjonen, gikk langt utover det mandat gruppen hadde. Det mente han befolkningen hadde rett til å få kjennskap til.

”Black Friday”: Mot en avklaring

Dagen etter, fredag den 9. november, kom avklaringen. Striden omkring Helsedirektøren var nå blitt en politisk belastning for regjeringen, og statsminister Willoch grep inn. Statsministeren sendte om morgenen sin statssekretær, Arne Skauge (f. 1948), over gaten til Sosialdepartementet. Skauge hadde der møte med sosialministeren, statssekretæren og departementsråden, på sosialministerens kontor. Møtet var i seg selv et signal: Det måtte ryddes opp i striden om Helsedirektoratet. Mork kunne bli ”farlig”.

Det første møtet ble fulgt opp med et nytt møte, med Helsedirektøren til stede. Da var departementsråden gått. Tilfeldighetene ville at han denne dagen måtte til Bergen.

Møtet hos ministeren fikk et dramatisk preg. Den tilsynelatende så sindige og milde bergenser, Arne Skauge, er ikke uten temperament. Nå viste han det. ”Han gav Mork en

overhøvling jeg sjelden har hørt maken til", beretter Astrid Nøklebye Heiberg.[23] Også Heløe var stram i tonen. Mork ble nærmest stilt overfor et ultimatum. Skulle han fortsette som helsedirektør måtte han opptre som en lojal embedsmann og samarbeide med den politiske ledelse. Han strakk og trakk fagligheten for langt, mente hans politisk foresatte.

Arne Skauge (f. 1948): Skauge utdannet seg som siviløkonom (1971). Han hadde en karriere preget av veksling mellom næringslivsvirksomhet og politikk. I yngre år tok politikken mest plass. Etter at han i 1993 forlot Stortinget (hvor han hadde sittet siden 1977) ble han bankmann og siden leder for finansnæringens organisasjon (fra 1998). Han spilte en rolle, en temperamentsfull sådan, i vår historie først da han, som Statsministerens statssekretær, høsten 1984 kom med klare krav til Sosialministeren og Helsedirektøren om at de måtte ordne opp i konflikten mellom departement og direktorat, og så da han som finansminister våren 1990 ble skarp i tonen overfor sosialminister Sellæg i saken som endte som «eldremilliarden». (Foto: Knut Falch / NTB)

Men det var ikke bare statsministeren og sosialministeren som handlet raskt etter dagsrevyinnslaget torsdag aften. Også opposisjonens leder, Gro Harlem Brundtland, gjorde det. Hun ankom Stortinget like før klokken ni og oppsøkte straks Stortingets kontorsjef. Hun bad ham varsle sosialministeren om at hun ville ta opp "Mork-saken" i Stortinget samme ettermiddag. Kontorsjefen varslet Heløe pr. telefon, mens han ennå satt i møte med Skauge, Heiberg og Mork. Meddelelsen gjorde det, om mulig, enda mer nødvendig å få en rask avklaring av krisen i helseforvaltningen. Hvis opposisjonen for alvor mobiliserte til støtte for Mork kunne forsøket på å bruke myndighet for å stanse det konfronterende avmaktsspill mellom Hauge og Mork mislykkes: Opposisjonsmakten kunne i noen grad oppveie posisjonsmakten, og man kunne få en farlig forlengelse av avmaktsspillet.

Men der kom en avklaring. Regjeringens maktbruk kom i tide. Før saken for alvor var blitt en stortingssak fikk Skauge og Heløe satt Helsedirektøren "på plass", iallfall i noen grad. Resultatet viste seg i form av en pressemelding Helsedirektøren, etter avtale, sendte ut etter møtet hos Heløe, og i god tid før stortingsmøtet. Den lød slik:

> *OMORGANISERINGEN AV DEN SENTRALE HELSEFORVALTNING*
>
> *Helsedirektøren viser til den offentlige debatt som det de siste dager har vært omkring organiseringen av den sentrale helseforvaltning. Jeg finner det beklagelig at saken i media er blitt fremstilt som en personstrid mellom Helsedirektøren og departementets politiske ledelse. Hovedproblemene er å finne i et stillingsmønster og en bemanning som vil føre til at direktoratet ikke kan løse sine oppgaver innen den nye forvaltningsstrukturen på en effektiv og forsvarlig måte.*
>
> *Helsedirektøren vil på bakgrunn av drøftelsen med sosialminister Heløe idag gi uttrykk for at det arbeid som nå pågår, og der helsedirektøren deltar, vil kunne gi*

[23] Samtale 5.1. 2009.

tilfredsstillende løsninger på de akutte problmene i direktoratet. Videre vil dette arbeidet trekke opp retningslinjer for en mer langsiktig tilpassing mellom direktoratets oppaver og dets muligheter for å løse disse.

Det er altså i hovedsak Helsedirektøren som nå "kryper til korset". Han forteller at han har stor tro på at Heiberg-gruppen skal finne gode løsninger. Han sier det imidlertid fordi han har fått, omenn uspesifiserte, konsesjoner hva gjelder stillinger og lønnsplasseringer. Ja, konsesjonene går også i medikratisk retning, både hva gjelder midler og titler. Striden gjaldt mer enn det, men for Mork var slike konsesjoner viktige. Hans mest akutte problem var tapet av leger, og problemene med å få tak i nye leger.

Etter møtet hos Heløe, var både Heiberg og Mork preget av det som hadde skjedd. De trengte å "debriefe", begge to. Mork var nok blitt satt litt på plass. At det ble grepet inn ovenfra var imidlertid også, som nevnt, et signal om at Statsministeren ikke var fornøyd med hvordan Sosialdepartementets politiske ledelse håndterte forholdet til Helsedirektoratet og Helsedirektøren. Med Gro Harlem Brundtlands intervensjon ble saken enda mer alvorlig for regjeringen. Skulle Mork få Arbeiderpartiets tydelige støtte, ville han bli en enda farligere mann for regjeringen.

Heiberg og Mork avreagerte med å røyke "fredspipe". Heiberg bommet en sigarett av Mork.[24]

Med pressemeldingen, og de løfter fra Heløes side som lå bak pressemeldingen, var mye av dramatikken i saken borte. Gro Harlem Brundtland hadde nok sett at saken gav en mulighet for henne til å ramme regjeringen, men når hun gikk inn i den er det ikke sikkert det var med stor entusiasme. Striden om helsedirektøren nå minnet henne om hvem det var som skulle ha vært helsedirektør, hennes far. Hvorom alt er, hennes intervensjon gjorde det enda viktigere for Heløe å få en rask avklaring av striden med og om Mork.

Da stortingsforhandlingene var avsluttet for dagen denne fredag ettermiddag, spurte Presidenten: "Ber noen om ordet før dette møtet heves?" Det gjorde Arbeiderpartiets parlamentariske leder, Gro Harlem Brundtland. Hun innledet slik:

I de siste dagene er det blitt klart at vi midt oppe i løsningen av store og viktige samfunnsoppgaver innenfor vår helsetjeneste står overfor et meget dyptgående krise i selve den sentrale styringen av det norske helsevesen. Det rår stor uro og usikkerhet omkring faglig ansvar og kompetanseforhold i vår sentrale helseadministrasjon, som idag framstår som todelt, handlingslammet og i strid med seg selv.[25]

Hun henviste til at Arbeiderpartiet året før hadde ment delingen burde vært forelagt Stortinget som egen sak og ikke bare omtalt som budsjettsak. Hun nevnte også at hennes parti hadde yttrykt bekymring for at måten delingen skulle skje på kunne føre til dobbeltarbeid og uklare kompetanseforhold. "I dag er det dessverre blitt klart at utviklingen har tatt nettopp den retning som det var grunn til å frykte", fortsatte hun.

[24] Opplyst av Astrid Nøklebye Heiberg i samtale 5.1.09. Våre vurderinger her baserer seg også på samtaler med daværende departementsråd Jon Ola Norbom (21.07.09) og daværende statsråd Leif Arne Heløe (18.12.08).
[25] *Stortingstidende* (SF 7a. (1984-85), 9. november 1984, s. 773. Sitatene fra GHB nedenfor er fra s. 774.

Hun gav uttrykk for at Arbeiderpartiet alment mener regjeringen bør stå nokså fritt når det gjelder organiseringen av departementene. Nå var imidlertid situasjonen innen helseforvaltningen blitt så alvorlig at hun måtte ta den opp i Stortinget. ”Det haster nå med å gjenreise tilliten til den faglige styrke og kompetanse i styringen av norsk helsevesen”, fortsatte hun. Hun avsluttet med å spørre statsråden hva han ville ”foreta seg i forbindelse med den akutte krisesituasjon som nå foreligger innenfor ledelsen av det norske helsevesen, og som er til skade for hele vår helsetjeneste”.

Statsråd Heløe hadde forberedt seg godt og la an en forsonlig tone. Han uttrykte forståelse forat opposisjonslederen tok opp spørsmålet om helseforvaltningens ordning, en sak som hadde vært gjenstand for mange utredninger siden 1970. Etter å ha henvist til endel av utredningene, nevnte han, igjen, saksordfører Gunnar Skaugs (1940–2006) ett år gamle positive omtale av regjeringens delingsplaner. Han fortsatte med å peke på at en så stor omordning som den som nå var gjennomført i helseforvaltningen måtte man vente ville skape noen problemer. De problemene ble imidlertid nå vurdert av en arbeidsgruppe, der Helsedirektøren deltok. Han forskutterte så noen av gruppens konklusjoner, nemlig de konsesjoner han tidligere på dagen hadde gitt Mork, og som lå bak pressemeldingen:

> *Den arbeidsgruppen jeg nevnte, har ennå ikke avlevert sin rapport, men det er allerede klart at den vil foreslå en rekke positive tiltak. Det vil bl.a. bli foreslått en oppnormering av stillinger i direktoratet, slik at direktoratet også lønnsmessig kan konkurrere bedre. Dessuten vil det bli foretatt en klarere grenseoppgang mellom Helsedirektoratets og departementets virkefelt, slik at arbeidsdelingen blir klarest mulig. Jeg vil også nevne at man gjennomgår direktoratets arbeidsoppgaver med henblikk på ytterligere delegasjon av oppgaver.*[26]

Han avsluttet med å sitere fra Helsedirektørens uttalelse. Han la til en setning: ”Hans uttalelser er også dekkende for mitt syn”.

[26] *Ibid*., s. 774-775.

Med dette var i praksis saken ferdigbehandlet i Stortinget. Seks talere tok riktignok ordet, men Gro Harlem Brundtland var ikke blant dem. Heller ingen andre fra hennes parti var det. Én representant for hvert av de andre partiene tok ordet, Hanna Kvanmo (1926–2005) fra Sosialistisk Venstreparti, Petter Thomassen (1941–2003) fra Høyre, Harald Synnes (1931–2012) fra Kristelig Folkeparti, Johan Buttedahl (f. 1935) fra Senterpartiet, Carl I. Hagen (f. 1944) fra Fremskrittspartiet og Hans Hammond Rossbach (1931–2012) fra Venstre. Fru Kvanmo var igjen kritisk til sitt gamle "trillebarn", men uten å være spesielt spiss.[27] Representantene for regjeringspartiene og Venstre tilførte ikke saken nytt engasjement eller nye synspunkter. Herr Hagen gjorde forsåvidt heller ikke det, men han satte inn noen stikk som opposisjonslederen neppe kan ha likt. Han uttalte at delingen hadde skapt endel kompetanseuklarhet.

Lørdag 10. november 1984 Aftenposten

PERSPEKTIV

Trenger vi Helse-direktoratet?

Av helsedirektør Torbjørn Mork

«Helsedirektoratet ødelegges» var den dramatiske overskrift på et innlegg i dagspressen 16. oktober. Dermed var mediasøkelys igjen rettet mot Helsedirektoratet. Det var «grasrota» i norsk helsevesen som slo alarm. Innlegget var skrevet av en almenpraktiserende lege. Bakgrunnen var utviklingen i Helsedirektoratet i det året som er gått siden landets sentrale helseforvaltning ble delt i en egen helseavdeling i Sosialdepartementet og et frittstående Helsedirektorat.

Det er i historisk perspektiv ikke noe nytt organisasjonsmønster Regjeringen vedtok 25. oktober 1982 på grunnlag av et forslag utarbeidet av statssekretær Noldehye Hellberg. I 1891 — etter at landets første helsedirektør var død — vedtok den daværende regjering en lignende deling. Ordningen, som bestod frem til den annen verdenskrig, kom under stadig stigende kritikk, først fra de lokale ledd i helsetjenesten, men etterhvert også ut fra mer generelt forvaltningsmessige vurderinger. Nå er det naturligvis ikke uten videre gitt at en organisasjonsmodell som har spilt fallitt i én tidsperiode, ikke kan være velykket i en annen tid med andre problemer og samfunnsforhold.

For kort tid gått

Det er gått for kort tid siden omorganiseringen ble iverksatt ord. Det er gode intensjoner som alle kan slutte opp om. Resultatet er dessverre blitt et annet. Knapt ett år efter at omorganiseringen ble gjennomført, har mellom en fjerdel og en tredjedel av de ansatte sagt opp eller søkt permisjon, derav en tredjedel av de legene som var i Helsedirektoratet ved omorganiseringen. Begrunnelsen som er gitt fra noen av de mest kvalifiserte faglige medarbeidere, er de vanskelige arbeidsforhold omorganiseringen har ført til. Vanskeligheten rammer ikke bare legene. Også de andre personellkategoriene på alle nivåer i Helsedirektoratet har i tiden siden omorganiseringen hatt en sterkt presset arbeidssituasjon. De har gjort en innsats som for enkelte har gått på helsen løs. Det skjer en faglig utarming av Helsedirektoratet. Det faglige miljøet som var hvorpå oppvendig med en sentral instans som bl.a. har som oppgave å følge den vitenskapelige og teknologiske utvikling og vurdere kritisk dens betydning for løsning av de oppgaver den utøvende helsetjeneste til enhver tid står overfor.

Dette krever høyt kvalifisert personale samlet i et faglig miljø av en viss minstestørrelse og med muligheter for å trekke på den høyspesialiserte kompetanse vi har innen våre nasjonale helsefaglige forskningsmiljøer. Dette er nødvendig dersom de politiske myndigheter på sentralt, fylkeskommunalt og kommunalt nivå skal ha et forsvarlig beslutningsgrunnlag også faglig når de skal treffe sine avgjørelser om helsetjenesten. En slik faglig kunnskapsmessig ressursbase er også nødvendig som rådgiver og veileder for de

— Jeg tror det vil være klok politikk å legge forholdene til rette for gjenoppbyggingen av en faglig sterk sentral helseadministrasjon, poengterer helsedirektør Torbjørn Mork.

enkelte pasient. Ikke minst i økonomisk trange tider er det også en sentral faglig oppgave å medvirke til at ikke de helsefaglige forskningsmiljøer nedbygges gjennom innsparingstiltak. Uten et sterkt nasjonalt forskningsmiljø reduseres våre muligheter for å omsette resultatene av internasjonal medisinsk forskning i praktiske helsetjenester for befolkningen. Dynamikken i den medisinske utvikling er slik at stagnasjon så vel i nasjonal forskning som i videreutviklingen av den utøvende helsetjeneste betyr en relativ tilbakegang i kvaliteten av de ydelser. Grunnleggende dreier dette seg om den enkeltes rettssikkerhet — at den lovfestede rett til nødvendig helsehjelp blir en realitet for den enkelte når behov oppstår.

Det er vanskelig å spå om fremtiden. Det vi vet med sikkerhet er at endringer i befolkningens aldersammensetning og en fortsatt rask samfunnsomforming, vil stille helsetjenesten overfor nye oppgaver og utfordringer i de nærmeste 10 år.

Omlegninger

Det er heller ingen grunn til å

Faksimile 2.2: Helsedirektør Morks innlegg i Aftenpostens morgennummer 10. november 1984, s. 2. Innlegget var en del av hans forsøk på å avdramatisere "striden" om Helsedirektoratet.

> *Fru Harlem Brundtland mente at dette utelukkende skyldes den organisasjonsmodellen som ble valgt. Jeg mener det også bør nevnes at når det oppstår strid i en organisasjon, kan den være både av organisasjonsmessig og av personellmessig karakter.*
>
> *Jeg vil få minne om at da statssekretær Torbjørn Mork ble utnevnt til helsedirektør, var han innstilt som nr. 3 etter bl.a. Gudmund Harlem.*[28]

Avisene fortsatte enda noen dager å skrive om striden,[29] men politisk var den nå over. Arbeiderpartiet, og spesielt dets leder, var ikke fristet til å forsøke å skape mer politikk av

[27] Som nevnt i første bind hadde Hanna Kvanmo vært trillepike for Leif Arne Heløe i slutten av 30-årene. De bodde like ved hverandre i Harstad.

[28] *Ibid.*, s. 776.

[29] Arbeiderbladet forsvarte redaksjonelt (for eksempel 9.11.) Mork, og mente kritikken av ham var politisk motivert. Avisen mente den politiske ledelse uttalte seg som om Helsedirektøren "skulle ha taushetsplikt overfor forhold på eget arbeidssted. Det strider mot alt det som er grunnleggende prinsipper for forholdet mellom offentligheten og forvaltningen…. Helsedirektøren har ikke bare en selvfølgelig rett til å uttale seg om forhold innen den institusjon han leder. Det er hans forbannede plikt å gjøre det". Neste lørdag, den 17. november, hadde avisen et helsides portrettintervju med Helsedirektøren under overskriften "-TROLL KAN IKKE TEMMES". Her gjør han ikke mer ut av delingssaken, men uttaler ellers, nærmest som en advarsel til politikere både til høyre og venstre, at han vil fortsette å peke på hvordan helseforhold har sammenheng med politiske

delingssaken. Hun hadde ingen planer om å gå tilbake på delingen og igjen få Mork inn i departementet. Det skulle siden vise seg at hun og hennes parti heller ville ha ham enda lenger bort.

Helsedirektøren selv bidro også til å avpolitisere saken gjennom et lengre innlegg i Aftenpostens morgennummer allerede lørdag den 10. november (s. 2); kfr. faksimile 2.2. Under overskriften "Trenger vi Helsedirektoratet?" skriver han at det ennå er for tidlig å si om den modellen som ble valgt i 1983 (med deling), vil vise seg å være god i dag, selv om den tidligere (1891–1940) "har spilt fallitt". Problemet nå er ressurskrisen i direktoratet, fremholder han, før han går over til å peke på hvorfor vi trenger et faglig sterkt helsedirektorat. Hva det siste angår, henviser han til de tidlige oppstrømsoppgavene, kunnskapsovervåkning og epidemiologisk overvåkning og de sene nedstrømsoppgavene, veiledning og tilsyn. Aftenposten omtaler også stortingsbehandlingen den samme dag, og som en seier for statsråd Heløe; kfr. faksimile 2.3.

I løssalg: Det nye, store...

NY-PRIS PÅ LØRDAG! Kr. 6,00

Aftenposten

Magasinet ...nå med TV & RADIO

Morgenutgave lørdag 10. nov. 1984. Nr. 519. 125. årg. kr. 6,00. Fly/ekspress: Vest-/Midt-Norge kr. 6,50. Nord-Norge kr. 7,00.

STRIDEN OM HELSEDIREKTORATET SØKES LØST:

Heløe sier ifra hvor skapet skal stå

Helsedirektoratet skal styrkes. I Stortinget igår varslet sosialminister Leif Arne Heløe også enda klarere grenseoppgang og arbeidsdeling mellom direktorat og politisk ledelse. Konflikten statsråd — helsedirektør (bildet) er neppe over. Problemene drøftes videre internt. Torbjørn Mork poengterer i dagens Perspektiv-artikkel at en faglig sterk, sentral helseadministrasjon må gjenoppbygges. (Foto: Erik Berglund)

SIDE 2 OG 8

Faksimile 2.3: Aftenpostens førstesideoppslag om helsedirektoratsaken lørdag 10. november 1984.

Mork hadde utfordret departementets ledelse. Han viste slik både mot og styrke. Han var nå blitt satt litt på plass, men var samtidig iferd med å oppnå noe. Før vi kommer nærmere tilbake til presist hva han oppnådde, er det også grunn til å peke på hans sårbarhet. Han var blitt ydmyket gjennom delingen året før. Han måtte se at mange av hans viktigste folk, endog hans medisinalråd, hadde latt seg friste av den makt den nye avdelingen så ut til å skulle representere: De søkte seg dit, selv om de færreste kom dit. Men ikke bare lederne foretrakk avdelingen; også mellomlederne og saksbehandlerne gjorde i stor grad det. Resultatet ble at der snart oppstod en følelse i helseavdelingen at den hadde fått "de beste", og var best, og at direktoratet utgjorde et B-lag.[30] Det hjalp ikke på Morks og hans medarbeideres selvfølelse at direktoratet stadig mistet viktige folk og fikk problemer med å rekruttere dyktige erstattere. Mork måtte utover i 1984 se hvordan hans nye rival, Harald Hauge, utfoldet seg som en slags overhelsedirektør i helseavdelingen. Avklaringen i striden mellom Hauge og Mork kom den 9. november. 12 dager senere var det ett år siden delingen skjedde. Tannlegen Ole Willy Sandbekk (f. 1945) kommenterte i H.DIR intern melding nr. 8 (desember) (s. 21) ettårsdagen slik: "Helseavdelingen feiret dagen med "skrytemøte" på Bygdøy. Her i huset ble dagen forbigått i stillhet".

avgjørelser. Også Dagbladet hadde oppslag om striden om Mork. "Mork får så øra flagrer", het det i en firespaltet overskrift i en artikkel i avisen den 9.11. Dagbladet (ved Ragnar Kvam jr.) inntar en nøytral holdning til striden. Redaksjonelt viser avisen forståelse for den politiske vingeklipping av Mork. Avisen finner det ikke urimelig at direktoratets virksomhet "tilpasses de politiske mål regjeringen og departementets ledelse har".

[30] Dette er opplyst av flere som på den tiden arbeidet i departementet, bl.a. Øyvind Sæbø (08.7.09) og Andreas Disen (26.8.09).

At Mork mistet dyktige folk, ikke minst leger, og fikk problemer med å skaffe seg nye, hadde selvsagt med arbeidspresset å gjøre, til dels også med lønnsplasseringen av en del av stillingene. Det hadde imidlertid også med alminneliggjørelsen, og "degraderingen", av direktoratet å gjøre. En del av alminneliggjørelsen var opphevelsen av heisstatusen. Direktoratet tapte slik nærheten til Makten. For noen ble det på den måten et mer perifert og uinteressant organ. En annen del av alminneliggjørelsen var at direktoratet ble organisert på en måte som økte dets avstand til fagmiljøene der ute, og, ikke minst at legene og de andre helsefagfolkene mistet sine profesjonstitler og ble "alminnelige" byråkrater: Overlegene (flest) ble for eksempel underdirektører, og mistet den direkte tilgang til Helsedirektøren. De kunne fortsatt beholde sine fagtitler, men formelt var de nå underdirektører. Gradvis forsvant nå også legenes, og fylkeslegenes, adgang til å bruke en dag i uken til å være "virkelige" leger, et annet sted. Medisinaldirektøren var i tillegg formelt borte; Helsedirektørens nestkommanderende var en av avdelingsdirektørene.

Morks svakhet og sårbarhet hadde flere sider. Vi skal komme tilbake til dem.

♦

Departementsråd Norbom, ennå en slags "læregutt" i departementet, berømmet etterpå statsråden for måten han hadde håndtert "Mork-krisen" på. "Den saken kom du deg ut av uten riper i lakken" bemerket han. Statsråden så på sin fremste embedsmann og sa, forsiktig belærende, at "selv om bilen er uten riper på den ene siden kan den ha en bulk på den andre". Han tok det meget alvorlig at Statsministerens kontor hadde grepet inn.[31] Ingen, hverken statsråden og departementet, eller Helsedirektøren og direktoratet hadde egentlig vunnet på striden. Den avmaktssyklus de var fanget i hadde snarere fått en ny omdreining.

Mot en løsning? Heiberg-gruppens forslag

Heiberg-gruppen hadde nå tidsnød. Gruppens innstilling var av statsråden lovet meget raskt. Den kom den 23. november, bare et par uker etter stortingsintermezzoet. Da hadde gruppen siden 5. oktober hatt 13 møter, altså nesten to pr. uke.[32]

Gruppens innstilling var på 20 sider, pluss vedlegg. Forslagene i innstillingen er dels kvalitative og dels kvantitative. De siste, de gjelder først og fremst stillinger, er langt de viktigste. Gjennom disse oppnådde Helsedirektøren endel. De innebar at han fikk tilslutning til sin påstand om at direktoratet både var underbemannet og hadde for lite å tilby høyt kvalifiserte fagfolk. Gruppen foreslo at Helsedirektoratet skulle få disse nye embeder og stillinger:

-ett medisinalrådembede (l.tr. 37)
-én spesiallegestilling (l.tr. 31) (psykiatri)
-én kontorsjefstilling (l.tr. 28)
-to konsulentstillinger (én for en jurist og én for en fysioterapeut) (l.tr. 18–22)

[31] Fortalt av Jon Ola Norbom i samtale 21.7.09.
[32] Rapporten har ingen arkivreferanse, men befinner seg i boks 7 under kategori 0020 i Helsetilsynets fjernarkiv.

Gruppen foreslo disse omgjøringer:

-fem avdelingsdirektører flyttes fra lønnstrinn 32 til lønnstrinn 35
-syv underdirektører flyttes fra lønnstrinn 30 til lønnstrinn 32 og endrer tittel til fagsjefer
-fire saksbehandlerstillinger inndraes og erstattes med fire spesiallegestillinger (l.tr. 31)
-én kontorsjefstilling inndraes og erstattes med en underdirektørstilling (l.tr. 30)

Gruppen foreslo også noen mindre tilleggsbevilgninger.

Gruppens forslag var enstemmige. I helseavdelingen syntes, som vi skal komme tilbake til, flere at Mork hadde fått for mye.[33] Norbom, som den sentrale person på departementssiden, hadde ønsket å være raus. Han ville slik bidra til at partene kunne komme ut av avmaktssyklusen.

Mork fikk for så vidt det han bad om. Han hadde også bedt om at alle seksjonsledere burde gies lønnstrinn 32, men aksepterte at han ikke fikk departementets folk med seg på det. Forslagene representerte en almen styrkelse av direktoratets stab, men, og det var nesten like viktig, de representerte også en tydelig remedikratisering av staben. Mork fikk tilbake medisinalrådsembedet som eget embede; det var både symbolsk og reelt viktig. I tillegg fikk han i virkeligheten fem spesiallegestillinger; én var en ny stilling, de andre var omgjorte stillinger. Vi skal siden se at disse stillingenes plassering skulle skape en del diskusjon, en diskusjon som hadde med remedikratiseringen å gjøre. Det var ellers medikratisk viktig at Mork fikk oppjustert avdelingsdirektørstillingene. I to av dem satt det leger, men en oppjustering var også viktig for i fremtiden å kunne få leger inn i disse stillingene.

Vi merker oss ellers at Mork fikk gruppen med på å foreslå at underdirektørstillingen i seksjon for organisering og planlegging i kommunehelsetjenesteavdelingen, den stillingen Idunn Heldal Haugen nylig hadde forlatt, skulle forbli en sykepleierstilling, og at alle sykepleiere i direktoratet skulle samles i denne seksjonen. Med andre ord: Sykepleiekontoret skulle, i noen grad, gjenopprettes som en seksjon, men i en avdeling som i prinsipper bare skulle ha med kommunehelsevesenet å gjøre. Det var ikke bare det medisinske fagstyre som skulle få en liten renessanse; der skulle i noen, skjønt bare i noen, grad komme en mer almen helsefaglig renessanse.[34]

Gruppens kvalitative forslag, altså forslagene som gjaldt arbeids- og ansvarsdelingen mellom avdeling og direktorat, var i beskjeden grad avklarende. Innstillingen er preget av at Gruppens medlemmer ikke "orket" å gå skikkelig inn i arbeidsdelingsspørsmålene og i hovedsak nøyde seg med å omtale de to siders ulike syn og så konkludere så godt de kunne, gjerne i form av henstillinger. Når det for eksempel gjelder direktoratets påståtte overprioritering av egne saker, nøyer gruppen seg med å si at det er enighet både om at direktoratet skal ta seg av andre oppgaver enn egne forvaltningsoppgaver og om at direktoratet etter delingen har vært

[33] Samtale med Jon Ola Norbom 24.7.09, med Thomas Mauritzen 11.8.09 og med Andreas Disen 26.8.09.

[34] Norsk Sykepleierforbund satte pris på at sykepleiens plass i direktoratet slik kunne bli styrket, men fant måten det ble foreslått gjort på, unaturlig. Seksjonen det gjaldt skulle jo ikke bli en almen sykepleierseksjon. Forbundet ville derfor heller ha en egen sjefsykepleierstilling, en stilling hvis innehaver skulle plasseres i direktørens stab. I tillegg ønsket forbundet stillinger øremerket for sykepleiere, som for leger, i flere seksjoner og på ulike nivåer. (Brev til Sosialministeren fra NSF, 28.11.84.) Statsråd Heløe svarte NSF i brev av 20.12. (St.r.nr. 1785, 1846, 1994/84), der han sa at gruppens forslag ikke gjaldt organiseringen mer alment, men at de synspunkter NSF nå kom med kunne bli nærmere vurdert i forbindelse med Direktoratets "løpende organisasjonsutviklingsarbeid".

underbemannet og derfor har hatt vanskelig for å kunne ta seg skikkelig av ”fremmedoppgaver”. Gruppen henviser så til forslagene om å utvide bemanningen og regner med at det skal hjelpe på ”prioriteringsproblemet”.

På noen punkter ble det foreslått retningslinjer. Spesielt var det tilfelle hva gjaldt spørsmålet om hvordan direktoratet skulle skjøtte sin rolle som ”sykehussjef” for de statlige sykehus. Retningslinjene er på seks omfattende punkter, til sammen to og en halv side. De preges av at sykehussjefrollen i mange henseender er delt; departementet vil passe en del på. I punkt 3.9. (s. 5) heter det således: ”Når Helsedirektoratet avholder kontaktmøter med statsinstitusjonene om viktige budsjettspørsmål og større prinsipielle saker, skal Sosialdepartementet inviteres”. Det er ikke åpenbart hva som er ”viktige budsjettspørsmål” eller ”større prinsipielle saker”. I noen grad beholdes slik rolleuklarheten. Retningslinjer var selvsagt også svaret hva den vanskelige saken om delegering fra direktoratet til fylkeslegene angikk, men på dette punkt kom ikke gruppen særlig meget lenger. Når det gjaldt personalautoriseringen hadde forslaget om å delegere myndigheten til utdannelsesinstitusjonene strandet på motstand fra Kultur- og vitenskapsdepartementet (s. 14).

Det hadde vært naturlig å foreslå en slags overordnet løsning på fordelingsproblemene, nemlig faste, for eksempel ukentlige, møter mellom lederne i de to forvaltningsorganer. Gjennom slike møter kunne fordelingsproblemene ett for ett vært avklart. Gruppen foreslo ikke et slikt møte. Istedenfor foreslo den, som statsråd Heløe allerede på forhånd hadde tatt initiativ til, at der skulle holdes ukentlige møter mellom de to ledelser, under statsrådens ”nøytrale” ledelse (s. 19). På et slikt møte var det imidlertid ikke naturlig å ta opp de mer prosaiske spørsmålene om oppgave- og ansvarsfordeling.

De nye stillingene og omgjøringene til tross, var ikke de grunnleggende spørsmål om oppgave- og ansvarsfordeling løst. Det var grunn til å vente at dragkampen ville fortsette.[35] Det var ikke minst det ettersom forholdet mellom Hauge og Mork ikke var blitt noe bedre som følge av arbeidet i gruppen. Mistenksomheten overfor den annen hadde satt seg, for godt, hos begge.

Statsråden og regjeringen tok gruppens forslag til følge og stillingsforslagene ble lagt frem for Stortinget som St.prp. nr. 1, Tillegg nr. 16 (1984–85). Stortinget gav forslaget sin tilslutning gjennom budsjettsalderingen den 18. desember 1984. Dermed var første fase i dragkampen mellom den nye helseavdeling og det utskilte helsedirektorat over. Men dragkampen, eller fangenes dilemma-spillet, skulle altså fortsette. ”Knirkeperioden”, som departementsråd Norbom kalte den, stod for døren.

♦

Det møte mellom direktorat og avdeling som statsråden hadde tatt initiativ til høsten 1984, i forbindelse med Heiberg II-prosessen, og som han selv ledet, ble ingen brobyggende institusjon. Snarere ble møtet en anskueliggjøring av hvor anspent forholdet mellom Hauge og Mork var og forble. Statsråden og de to ledelser møttes omlag annen hver uke, men fikk lite

[35] Heiberg-gruppens rapport ble presentert på en pressekonferanse den dagen den ble lagt frem, altså den 23.11. Her stilte både statssekretæren og Helsedirektøren opp og fremstod som svært samstemte. ”Det var lutter smil og glede, ja den rene idyll, da han (Mork) og statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg i går møtte pressen”, skriver Aftenposten (m.nr. 24.11.84). Heiberg redegjorde ellers i en større artikkel i samme avis, samme dag, under overskriften ”Bedre helseforvaltning”, for sin gruppes forslag.

til. Møtet ble etterhvert omtalt som ”Vennskapssambandet”, etter en annen forening, Vennskapsambandet Norge-Sovjetunionen. ”Vennskapssambandet” forvitret etterhvert, og ble ikke ført videre av Heløes etterfølger, Tove Strand Gerhardsen (f. 1946).

♦

I forbindelse med delingen i 1983 fikk Helsedirektøren ansvaret for det internasjonale samarbeid. Statsråden bekreftet i brev av 3.10.84 at det stadig skulle være slik. Mork tolket det dithen at han i internasjonale saker rapporterte til Utenriksdepartementet, ikke Sosialdepartementet. Utenriksdepartementet forholdt seg imidlertid ikke i tråd med denne morkske forståelse. Det fortsatte lenge å sende henvendelser om internasjonale saker til departementet. Slik minnet det også helseavdelingen på hvor uheldig den syntes det var at slike saker var lagt til Helsedirektoratet. Etterhvert reagerte helseavdelingen. I et notat den sendte departementsråden den 5.11.85 heter det blant annet:

> *Helseavdelingen har fått minimal informasjon om hva som skjer i internasjonale organer og har heller ikke så vidt vites blitt anmodet om bistand eller uttalelse til spørsmål som har vært oppe i internasjonale fora (bortsett fra et seminar om helseøkonomi). Det innebærer at Helsedirektoratet også når det gjelder spørsmål av helsepolitisk karakter opererer uten kontakt med Helseavdelingen.*

Avdelingen nevner så noen eksempler på saker det ”burde” vært orientert om og avslutter med å peke på at den nåværende arbeidsdeling kan føre til ”at man overser de forpliktelser Norge har påtatt seg i det internasjonale samfunn og som burde avspeiles innad i avdeling(en)s tilrådninger og aktivitetsplaner”. Det kom etterhvert til å skape noen problemer, blant annet mente Hauge og helseavdelingen at de ikke ble godt informert om hva som skjedde ute.

Heløe ville imidlertid ikke utfordre Mork hva disse sakene angikk. Hans statssekretær syntes heller ikke det var noen grunn til å gjøre det. Hun mente at jo mer Mork var ute av landet jo bedre var det. Var Mork fraværende kunne hans nye medisinalråd fra mai 1985, Anne Alvik, styre ”butikken”, gjerne i samarbeid med statssekretæren. Alvik og Heiberg var kullvenninner fra medisinerstudiet og holdt litt kontakt gjennom ”Naalens hvile”, en uformell klubb for de omlag 15 kvinner fra deres kull.[36] Noe ”alternativt maktsentrum” ble de to imidlertid ikke. Til det var de for meget preget av sin ”sosiologi”, sine ulike roller.

Da Tove Strand Gerhardsen overtok som statsråd ble de internasjonale problemene også problemer på politisk nivå. I mai 1987 markerte den nye statsråden det ved å sende sin statssekretær, samfunnsmedisineren Bjørn Martin Aasen (f. 1944), til WHO-kongressen i Genève. Helsedirektøren likte ikke denne markeringen. Ei heller likte han at statsråden året etter besøkte det regionale WHO-kontor i København, og der hadde et møte med (den norske) regionaldirektør Jo E. Asvall (1931–2009).[37]

[36] Klubbens navn reflekterte en av dens grunnleggende regler: Det var forbudt å ha med sy- og strikketøy på møtene. Venninnene møttes privat, men ikke særlig ofte mens de fortsatt var mest yrkesaktive. Senere, fra 2003, har de møttes til et døgnseminar på Soria Moria en gang hver høst. Opplysningene har vi fått av Anne Alvik, 24.11.09 og Astrid Nøklebye Heiberg 5.1.09.

[37] Opplyst av Bjørn Martin Aasen i samtale 10.9. 2009.

”Knirkeperioden”: Forholdet departement – direktorat 1985–1989

Der skjedde ikke så mye påfallende nytt hva gjelder det formelle forholdet mellom departementet og direktoratet i løpet av annen halvdel av åttiårene. På det subjektive plan hadde imidlertid holdningene satt seg. Torbjørn Mork og Harald Hauge fortsatte å være mistenksomme overfor hverandre, og kontakten forble nokså formell og ikke hyppigere enn det som var nødvendig. Det gjaldt også forholdet mellom Mork og den øvrige administrative ledelse i departementet, spesielt departementsråd Jon Ola Norbom og ekspedisjonssjef Jan Madsen (1925–2012). Det vi har kalt avmaktsspillene fortsatte, og fikk stadig nye omdreininger. Statsråd Heløe fortsatte dog å ha et godt forhold til Mork. Da Mork fylte 60 år, 17. november 1988, holdt Heløe en personlig tale, fylt av respekt for Mork. Mork satte tydelig pris på den.[38] Men forholdet til statssekretær Heiberg, den som hadde måttet stå i spissen for delingen i 1983, forble formelt og distansert. Det ble også åpenbart litt etter at hun var gått av som statssekretær (og Forbruker- og administrasjonsminister) og var stortingsrepresentant for Høyre fra Oslo. I et avisinnlegg i Aftenpostens morgennummer 15. januar 1987 (s. 2) skriver hun, under overskriften ”Mork på krigsstien”:

> *Nå er helsedirektøren på krigsstien igjen, ikke med ”jeg alene vite”, men med ”jeg alene har rett til å mene”.*
>
> *Bekjempelse av AIDS-epidemien er et medisinsk spørsmål, sier Mork. Politikernes oppgave er å legge forholdene til rette, stille ressurser til rådighet, og så er det opp til den medisinske ekspertise å bestemme hvordan midlene skal brukes.*
>
> *Hvor arrogant kan en lege egentlig bli?*
>
> *Det er **ikke** et medisinsk spørsmål om HIV-testing skal gjøres obligatorisk, hvilke grupper det i tilfelle skal omfatte, hvordan informasjon skal bli gitt. Det dreier seg om å få opplyst at man kanskje er smittet av en dødelig sykdom uten utsikt til noen effektiv behandling.*
>
> *Det dreier seg om hele debatten om enkeltmenneskets rett til å bestemme over seg selv og sitt liv i forhold til samfunnets rett og behov for å beskytte de øvrige medlemmene mot smitte. Det skal godt gjøres å finne et spørsmål som sterkere berører samfunnets verdier.*
>
> *Men helsedirektøren hevder altså at dette ikke er et politisk spørsmål. Det er naivt. Og naiv er vår helsedirektør ikke. Er det hans fagprestisje som hindrer ham i å se klart? Han er selv epidemiolog. Eller er dette faktisk et politisk utspill i ly av fagekspertisen?*

[38] Opplyst av Anne Alvik i samtale 24.11. 2008.

Tove Strand Gerhardsen/Tove Strand (f. 1945): Hun var sosialminister fra 1986 til 1989, og sentral i forløpet for Norbom-prosessene. Hun var arbeids- og administrasjonsminister fra 1991 til 1992. Da hun ble sosialminister kom hun fra lederstilling på Rikshospitalet. Etter å ha hatt flere offentlige lederstillinger etter 1992, hadde hun fra 2005 direktørstillinger ved Ullevål og Oslo universitetssykehus. Hun representerte som statsråd Arbeiderpartiet. Som sådan var hun engasjert på vakt overfor de privatiseringstendenser som ble mer synlige i helsevesenet mot slutten av 1980-årene. Den tidligere håndballspilleren var også svært opptatt av folkehelsespørsmål og fremmet like før jul i 1987 et forslag om forbud mot røyking i lokaler og på transportmidler hvor almenheten hadde adgang – uten applaus fra sin underordnede, Helsedirektøren. Hun er samfunnsøkonom. Bildet er tatt under et nyttårsintervju med henne lille julaften 1990. Hun var da arbeidsminister. (Foto: Lise Åserud / NTB)

Mork bevarte håpet om at alt skulle bli bedre når en ny statsråd kom. Slik var det også da han fikk ny statsråd i mai 1986, sosialøkonomen Tove Strand Gerhardsen. Han la straks godviljen til, men antydet også for henne at han kunne tenke seg å oppheve den delingen som var skjedd i 1983**.** Hun var imidlertid ikke innstilt på å gå tilbake til den evangske orden, en type orden som hennes svigerfar, Einar Gerhardsen, i 1955, iallfall indirekte, hadde erklært tilhørte en forgangen tid. Selv kjente hun godt byråkratiet og den byråkratiske kultur. Hun hadde blant annet vært personlig sekretær i Handelsdepartementet og personlig sekretær og statssekretær (1981) i Finansdepartementet.[39] Hun kjente også helsevesenet, og Helsedirektoratet godt, som avdelingsdirektør ved Rikshospitalet. Som avdelingsdirektør hadde hun Helsedirektoratet som styringsorgan, eller ”sykehussjef”.

Men Mork forble seg selv og kom snart til å utfordre også den nye, unge statsråden med sine undertiden spisse offentlige uttalelser. ”Han kunne være både hyggelig og interessant i samtaler på tomannshånd”, sier Tove Strand i dag, og fortsetter: ”Men så kunne han like etterpå uttale seg offentlig på måter som bragte meg i forlegenhet”. Med sin tidvis nokså offensive stil drev han slik statsråden ifra seg. Hun ble etter hvert usikker på hans lojalitet, og tok konsekvensen av det. Forholdet mellom statsråd og direktør ble mer distansert enn det hadde vært noen gang siden Torbjørn Mork tiltrådte som helsedirektør. Et litt spesielt uttrykk for det var det intervju han, sammen med den tidligere arbeiderpartiformannen Reiulf Steen (1933–2014), den kjente skuespillerinnen Kari Simonsen (f. 1937) og den tids mest omtalte høyesterettsadvokat, Alf Nordhus (1919–1997), gav til Verdens Gang den 19. desember 1987,

[39] Hun hadde sittet som medlem av bystyret i Oslo for Arbeiderpartiet 1971-76 og vært politisk sekretær i Handelsdepartementet og Finansdepartementet fra 1976 til 1977 og fra 1979 til 1981. Hun var gift med lokalpolitikeren (Ap), Rune Gerhardsen (f. 1946), sønn av tidligere statsminister Einar Gerhardsen. Hun hadde slik et stort politisk nettverk og mange forutsetninger for å spille en betydelig politisk rolle i årene som kom. Mork hadde derfor mange grunner til å få et godt forhold til henne. Opplysningene i første del av avsnittet bygger på samtale med Tove Strand 10.7. 2009 og med Jon Ola Norbom 21.7. 2009.

dagen etter at den nesten asketiske statsråden hadde lagt frem sin stortingsproposisjon om "røykeloven"[40]; kfr. faksimilen. Her "blåste" han bokstavelig talt i sin sjef.[41]

Bjørn Martin Aasen (f. 1944): Han har virket som offentlig lege på Nord-Vestlandet, spesielt i Herøy kommune, siden han ble cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1970. Han er spesialist i samfunnsmedisin og almenmedisin. Han har hatt verv i Lægeforeningen/Offentlige legers landsforening og deltatt i både lokal, regional og nasjonal politikk. I årene 1986–87 og 1990–92, var han statssekretær i Sosialdepartementet i regjeringene Brundtland II og III. Han har også hatt andre verv, blant annet som styreleder ved Statens institutt for folkehelse 1988–1990. Han spilte en sentral rolle ved etableringen av den norske pasientskadeerstatningsordningen. Han var, i begge sine perioder som statssekretær en profilert politiker. I mange år var han en myndig (med)dirigent ved Legeforeningens landsstyremøte. (Foto: Sunnmørsposten, 19. september 2012)

Men minst like viktig som slike enkeltsaker var de gnisninger det skapte at statsråden og hennes statssekretær, sunnmøringen og legen Bjørn Martin Aasen, var tilhengere av den lokale drift av helsetjenestene mens Mork var skeptisk til den. Aasen minnet stadig om at "det er i kommunane folk bur" og at det derfor er der velferden skapes, eller ikke skapes.[42]

LØRDAG VG LØRDAG

Røykernes utblåsning i VG

– frels oss ikke med makt

Faksimile 2.4: Helsedirektør Torbjørn Mork og hans "røykevenner" blåser ut over to sider i VG, dagen etter at forslaget til ny "røykelov" var behandlet i Statsråd.

Tilskyndet av irriterte fylkeskommuner og kommuner, og et like irritert Norske Kommuners Sentralforbund, forsøkte Aasen og hans sjef ved flere anledninger å få Mork og hans direktorat til å dempe sin tilsynskritikk av de lokale myndigheter. De syntes den undertiden ble for unyansert og for meget preget av distansert retthaveri og mangel på

[40] Lov om vern mot tobakkskader ble vedtatt i 1973, men det var først med endringen som regjeringen Brundtland II foreslo at prinsippet om rett til å puste i røykfrie rom ble fastlagt (§ 12). Lovendringen trådte i kraft fra 1. juli 1988. Selve ordet «røykeloven» ble populæruttrykket for den nye paragrafen (12).

[41] Uttalelsene, samt en del av opplysningene, som er gjengitt i dette avsnitt, bygger på samtale med Tove Strand 10.7.09.

[42] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 9.9. 2009 og av Bjørn Martin Aasen i samtale den 10.9. 2009.

forståelse av hvordan det stod til i kommunene. Mork, på sin side, skulle siden komme tilbake til at han flere ganger var blitt bedt av departementet om å "ligge lavt". Vi skal se at denne spenningen kom til å spille en viktig rolle i det drama som skulle utspille seg i begynnelsen av nittiårene.

Departementsråd Norbom hadde fra han kom (i mars 1984) vært opptatt av å bedre forholdet mellom departementet, særlig helseavdelingen, og direktoratet. Han ville heller være megleren enn den som utøvet formell myndighet. I Heiberg-gruppen (II) hadde han derfor bidratt til at Helsedirektoratet ble styrket stillingsmessig, og kanskje mer enn han som gammel finansdepartementsmann "burde" ha gjort og som flere av hans embedsmenn, blant annet underdirektøren i helseavdelingens økonomiseksjon, Andreas Disen, syntes han burde ha gjort.[43] Han hadde trodd, eller iallfall håpet, at forholdene etter hvert, som vi har nevnt, skulle "gå seg til", altså at avmaktsspillet skulle begynne å gå "i revers". Han trodde det ville utvikle seg en klarere myndighets- og arbeidsdeling og at denne etterhvert ville oppheve virkningene av den psykologiske uforenlighet. Med andre personer hadde det kanskje også gjort det, mener han i ettertid. Men det dårlige forholdet mellom Hauge og Mork hadde satt seg, og de fortsatte å rivalisere. Psykologien beholdt overtaket på sosiologien, det vil si, den faktiske myndighets- og arbeidsdeling. Dermed fortsatte også "knirkingen", som altså var det navn den underfundige departementsråd gav dragkampen, gnisningene og sammenstøtene mellom Hauge og Mork, avdelingen og departementet. Det ble heller ikke mindre av den. Siden det var de to "helsedirektører" som passet på hverandre, og slik sett ikke "fungerte", falt ansvaret for å gjøre noe på departementsråden, som "over-overhelsedirektør".

Tove Strand Gerhardsen gikk nesten med én gang inn i problemene knyttet til ordningen av helseforvaltningen. Sommeren og høsten 1986 hadde hun samtaler med Helsedirektøren om problemene. Etter et møte mellom ledelsen i departementet og direktoratet den 17. oktober foreslo departementsråden overfor statsråden at "Administrative problemer vedrørende enkeltsaker og vedrørende rutiner…", samt "Problemer av mer generell og prinsipiell natur som går på arbeidsdeling og ansvarsdeling mellom departementet og direktoratet" skulle drøftes nærmere av medisinalråden og departementsråden.[44] Det skjedde. De drøftet blant annet om det burde foretaes "en mer omfattende gjennomgåelse av det mønster som ble lagt til grunn" i 1983. Statsråden var ikke fremmed for det, men departementsråden nølte. Han ønsket fortsatt å komme videre gjennom mer pragmatiske tiltak. Hans samtalepartner, medisinalråden, ønsket at det skulle utnevnes et mer tradisjonelt utvalg, med eksterne representanter. Statsråden fulgte utpå vårparten i 1987 rådet fra departementsråden:

> *Man er … kommet til at det på det nåværende tidspunkt vil være hensiktsmessig å se nærmere på den myndighetsfordeling etter helselovgivningen mellom departement og direktorat som ble fastlagt ved omorganiseringen, og i denne forbindelse også vurdere en del spørsmål om arbeidsdeling og samarbeidsrutiner spesielt på det juridiske saksfelt.*[45]

En uke senere, 15. april 1987, ble det så nedsatt en arbeidsgruppe for å gjøre dette. Til å lede gruppen ble satt den sentrale byråkrat fra delingsprosessen i 1982–1983, avdelingsdirektør i administrasjonsavdelingen, Thomas Mauritzen (f. 1935), den etter hvert juridisk godt skolerte

[43] Opplyst av Jon Ola Norbom 9.9. 2009.
[44] Notat fra departementsråden datert 16.10.86. Det har bare denne referansen: JON/mes.
[45] Brev av 7.4. 1987 fra Sosialministeren til Helsedirektoratet. Ref.: 4512/87 II (saksområde 003.20). Brevet var ført i pennen av Thomas Mauritzen.

filolog. Mauritzen skulle bli en av de mest sentrale personer også i de neste og store ”prosesser”, Norbom-prosessene.

I gruppen fikk Mauritzen med seg lederen av helseavdelingens juridiske enhet, Ingeborg Webster (f. 1940), samt to fra Helsedirektoratet, avdelingsdirektør (og overapoteker) Bjørn Jøldal (f. 1932) og juristen, kontorsjef Marianne Hambo (f. 1948). Gruppen leverte sin grundige innstilling 30. november (1987). Gruppen konstaterte at helselovgivningen nå omfattet 37 lover, med 462 myndighetsbestemmelser. 171 av bestemmelsene var ikke delegert, mens 291 var delegert. Utvalget foreslo at ytterligere 38 bestemmelser burde delegeres (til Helsedirektoratet).[46] Hva gjaldt arbeidsdelingen og arbeidsrutinene, først og fremst på det juridiske område, understreket gruppen betydningen av å ha et ”trafikkregelsett”, men mente det ikke lot seg gjøre å lage generelle og presise regler. Forslagene var av to slag. For det første foreslo gruppen å etablere fôra for samarbeid og for å regulere samarbeidsformene bedre. For det annet foreslo gruppen å skjerpe bevisstheten om, ”som hovedregel”, å gå tjenestevei. Hva det første angikk, konstaterte gruppen at det (ukentlige) kontaktforum, et møte mellom statsråden og lederne i departementsavdeling og direktorat som kom i stand høsten 1984 (som følge av Heiberg II), etter hvert hadde forvitret og etter statsrådsskiftet ikke lenger eksisterte. Gruppen foreslo at det nå ble opprettet et fast kontaktorgan for ledelsen i avdelingen og direktoratet. Gruppen mente organet burde møtes fast, for eksempel månedlig og ha faste rammer (dagsorden, referat etc.). Gruppen foreslo videre å gi bruken av felles arbeidsgrupper fastere rammer.[47]

Bjørn Jøldal (f. 1932): Han begynte i Helsedirektoratets apotekkontor i 1958, tre år etter apotekereksamen. Han ble byråsjef og leder for kontoret i 1964. I 1970 ble hans tittel endret til overapoteker. Han fikk «endelig» den tittel han og farmasøyter generelt mente allerede hans forgjenger burde ha fått, men for Evang var ikke en farmasøyt og apoteker, eller for den saks skyld en tannlege, helt det samme som en lege. Overapotekeren ble da også lønnsmessig plassert lavere enn overlegene. Apotekkontoret fortsatte som egen enhet, dvs. som en legemiddelavdeling også etter omorganiseringen i 1983. Jøldal bestyrte den, men nå formelt som avdelingsdirektør, inntil han i 1991 overtok Sandvika apotek som apoteker. Under Jøldal kunne legemiddelavdelingen fortsette som en del av et nokså tradisjonelt styrt apotekervesen. «Opprivingen» av dette vesen skulle komme noen år etter at han var gått av som avdelingsdirektør, men mens han satt som apoteker. Han merket imidlertid at skepsisen til det fagstyrte apotekervesen ble tydelig mot slutten av 1980-årene. Mork viste Jøldal stor tillit. De to samarbeidet svært godt. (Foto: Arbeiderbladet / Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek)

[46] Kfr. ”Myndighetsfordeling, arbeidsdeling og samarbeidsrutiner mellom Sosialdepartementet og Helsedirektoratet”, Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialdepartementet, avgitt 30. november 1987. Kfr. s. 10 og 11.
[47] Kfr. rapporten, *op. cit.*, s. 23-30.

Arbeidsgruppens forslag var eksempler på hvordan den tenkte seg at forholdet mellom avdelingen og direktoratet, gjennom formelle tiltak, kunne ”gå seg til”. Vi kan si at gruppens medlemmer forutsatte at med en ny og bedre, formell ”sosiologi”, ville etter hvert psykologien følge etter. Gruppen klarte ikke å komme frem til helt klare regler på alle punkter, spesielt ikke hva samarbeidsformene angikk, så noe gjenstod slik, også om man hadde stått overfor organisasjoner ”uten mennesker”. Men det skulle snart vise seg at gruppen overvurderte hva som kunne oppnåes gjennom juridisk-organisatoriske tiltak. Avdelingen og Direktoratet var, spesielt på toppen, i noen henseender mer ”mennesker” enn ”organisasjoner”. Psykologien skjøv den formelle sosiologien tilside. Så selv om gruppens forslag i hovedsak ble godtatt av begge ”parter”, og stort sett tatt til følge, bidro ikke det til at de psykologisk-kulturelle problemer ”fordunstet”. Forslaget om å delegere mer myndighet ble fulgt opp av departementet gjennom delegasjonsskriv av 16. mai 1988. Alment kan vi si at den mest ”politiske” lovgivning fortsatt skulle forvaltes av departementet. Det gjaldt særlig helsevesenslovene (lovene for kommune- og fylkeskommunehelsevesenene) og politisk følsomme bestemmelser i noen av de mer helsefaglig pregede lovene, som abortloven og ”røykeloven”. Den øvrige lovgivning, som helsepersonellovgivningen, smittevernlovgivningen og legemiddellovgivningen, ble det i hovedsak direktoratets oppgave å forvalte.[48] Forslaget om felles møter ble tatt til følge av Sosialdepartementet i brev av 26. september 1988. Møtene skulle kalles ”kontaktmøter”. Det første møte ble holdt den 11. oktober 1988. Vi skal si litt om disse møtene.

Det het i departementets brev at møtene skulle være for direktoratets og avdelingens ledere og holdes vekselvis i departementet og direktoratet.[49] Andre kunne inviteres i forbindelse med spesielle saker. På møtene skulle ”prinsipielle saker og andre større enkeltsaker” taes opp. Kontaktmøtet skulle ikke i seg selv være et vanlig beslutningsorgan. Det ble en kombinasjon av et samordnings- og forhandlingsorgan, hvor det for så vidt kunne fattes en slags beslutninger, altså oppnåes enighet om hvordan saker skulle behandles videre. Tilstede på møtene, som hadde en tidsramme på en time, var normalt fra avdelingen Harald Hauge, hans nestkommanderende, avd.dir. Andreas Disen, underdirektørene (seksjonslederne), samt rådgiver Egil Danielsen (f. 1926), og fra direktoratet Torbjørn Mork, medisinalråd Anne Alvik og avdelingsdirektørene.[50] Møtene ble stort sett holdt en gang i måneden.

Stemningen på møtene var lite hjertelig. Spesielt var forholdet mellom Hauge og Mork kaldt. Men begge parter bestrebet seg på å opptre saklig og formelt og klarte det. Møtene ble slik nyttige. De forholdsvis utførlige referatene vidner om det. Møtene bidro imidlertid ikke til å skape en bedre samarbeidskultur. Forholdet mellom avdelingen, men etter hvert særlig departementet som sådant, og direktoratet utviklet seg jo også fra ondt til verre i løpet av Norbom-prosessene. Da de prosessene var over (sommeren 1992), ble stemningen i Helsedirektoratet langt lettere. Direktoratet fikk nå en slags ny start. Det skulle bli helsetilsyn og det skapte, da sjokket over Morks bortgang i november 1992 hadde lagt seg, en følelse av

[48] En del myndighet kunne Direktoratet delegere videre, som forvaltningen av deler av helsepersonellovgivningen (for ”høyskolegruppene”). Det bør ellers nevnes at Helsedirektoratet var tillagt myndighet direkte gjennom en del lover, for eksempel tilsynsloven.

[49] Det ble holdt på de likebehandlende formaliteter, også slik at møteledelsen og referatskrivingen vekslet, ja, endog slik at oversikten over deltagere var satt opp slik at vertsorganets representanter var ført opp først. Det var alltid sendt ut dagsorden før møtene. Begge parter kunne komme med forslag til punkter på dagsordenen.

[50] Hauge var alltid til stede ved disse møtene. Mork var undertiden borte, mens Anne Alvik møtte fast etter at hun, da Mork døde, ble konstituert som helsedirektør. Munch-Søegaard var bare noen få ganger tilstede på møtene.

spennende nye utfordringer. De siste kontaktmøtene (før etableringen av Statens helsetilsyn i 1994) kunne derfor foregå under en lettere atmosfære.

Da Senter for helseadministrasjon, det nye (1986) ledelsesutdannelsessenter for helsepersonell ved Universitetet i Oslo, 6. oktober 1988 hadde seminar med Mork, og han ble spurt om han kunne si noe om hvordan forholdet mellom Helsedirektoratet og Sosialdepartementet rent formelt var, svarte han, forsiktig smilende, "det er meget formelt".[51] Vi har ovenfor sett at han etter 1983 insisterte på at forholdet skulle være formelt; hans direktorat ble jo i og med delingen plassert utenfor departementet. Men han tenkte nok ikke bare på dette da han svarte som han gjorde. Han kan også ha hatt i tankene forholdet til de politiske og administrative ledere i departementet, Gerhardsen og (Bjørn Martin) Aasen, Norbom og Hauge: Det var blitt preget av avstand og skepsis.

I 1988 satte Helsedirektoratet, med konsulentfirmaet Asplans bistand, i gang sin egen indre omordning. Det bidro til at statsråden, som lenge hadde vært opptatt av å gi det "prekliniske" (forebyggende) arbeid mer oppmerksomhet – og som understreket det gjennom den nasjonale helseplan hun la frem våren 1988[52] – vurderte å opprette to "direktorater", ett for prekliniske tjenester, basert på Statens institutt for folkehelse, og ett for kliniske tjenester, basert på et redusert helsedirektorat. Hun tenkte seg at disse "direktorater" skulle ledes fra to avdelinger i departementet, den nåværende helseavdeling, som tjenesteavdeling, og en ny forebyggelsesavdeling, som avdeling over SIFF. Slik ville også formelt Torbjørn Mork og Bodolf Hareide bli likestilt (f. 1937). Departementsråden advarte mot dette. Han syntes det var for drastisk og mente de berørte organer var for lite forberedt på en slik reform.[53] I stedet ble det, i oktober 1988, opprettet en Prosjektgruppe for forebyggende helsearbeid (FE – Forebyggingsenheten) i departementet. Den ble, interessant nok, lagt under departementsråden, altså ikke under helseavdelingens sjef, selv om dens sekretariat ble plassert i helseavdelingen.[54] Slik ble det altså gjort en organisatorisk endring som på toppen "forberedte" statsrådens reformforslag.

Samtidig ble det etablert et statssykehuskontor. Det skjedde fordi departementet ikke syntes Helsedirektoratet styrte Rikshospitalet godt, altså stramt, nok. Statssykehuskontoret fikk dog bare ansvaret for økonomistyringen; den øvrige styring ble liggende i Helsedirektoratet. Statssykehuskontoret ble lagt til administrasjonsavdelingen, departementets "finansavdeling", ikke helseavdelingen. Der kom nå også i departementet et Sekretariat for modernisering og

[51] Vi (forfatteren) var Senterets leder og ledet også dette møtet. Sitatet baserer seg på hukommelse og møtenotater.

[52] St. meld. Nr. 41, *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. I planen legges det svært stor vekt på forebyggelse, kfr. kap. 13. Forebyggelse, og tidlig behandling (primærmedisin) hadde fått økende oppmerksomhet fra begynnelsen av 1980-årene, blant annet som en følge av den sterke økning i sykehusutgiftene i 1970-årene: Willoch-regjeringens sosialminister, Leif Arne Heløe, ville legge mer vekt på den "prekliniske" omsorg, blant annet for å begrense behovet for (kostbare) sykehusinnleggelser. Brundtland II-regjeringens sosialminister førte denne politikken videre, og forsterket den. Professor Peter F. Hjort, grunnleggeren av helsetjenesteforskningen i Norge, ble den sentrale premissgiver for statsråd Gerhardsens forebyggelsespolitikk.

[53] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 7.8. 2009.

[54] Denne løsningen ble imidlertid ikke nå valgt for å forberede opprettelsen av en ny avdeling. FEs sekretariat "skulle" i sin helhet vært plassert i helseavdelingen, men statsråden ønsket ikke å legge enheten under Harald Hauge. Det var et alternativ å legge den i planleggingsavdelingen, men den avdelingens sjef, Jan Madsen, sa nei til det. (Jon Ola Norbom, 29.9.11.) Dermed ble FE faglig plassert under departementsråden. FE arbeidet med utgangspunkt i helseavdelingen, men hadde formelt også medlemmer fra de øvrige fagavdelinger og Helsedirektoratet (Johs. Wiik).

effektivisering (SME), et sekretariat det saklig sett hadde vært minst like naturlig å plassere i direktoratet. Der skjedde, kan vi si, en begynnende ”sosialisering” (til departementet) av styringen av helsevesenet. Vi kan også si det slik: Der ble bygget opp helseorganer i departementet som til sammen fikk et mer direktoratlig preg. Helsedirektøren registrerte det som skjedde, og mislikte det, men så nok ikke hva disse mindre organisasjonsendringer pekte frem mot.

Departementsråd Norbom gjorde nå også det siste av sine moderate og diplomatisk pregede forsøk på å komme videre med de ”hierarkiske” problemer. Han opprettet det såkalte ”konsernlederforum”. Dette skulle være et forum for alle de øverste nasjonale helseforvaltningsledere. Han hadde etter hvert erfart at problemene med helseforvaltningen gjaldt mer enn forholdet mellom departementet og direktoratet direkte. De gikk videre. Under direktoratet var det en rekke nasjonale institusjoner av kombinert helsefaglig og forvaltningsmessig art, men også noen statlige tjenesteytende institusjoner, blant annet Rikshospitalet. Departementet hadde ikke (hatt) direkte kontakt med dem, bare indirekte, via Helsedirektoratet. Helsedirektoratet administrerte dem, men ledet dem knapt nok, mente Norbom. Mange av institusjonene selv var nokså misfornøyd med måten de ble administrert på, spesielt var Statens institutt for folkehelse og Statens helseundersøkelser det. Deres ledere, Bodolf Hareide (f. 1937) og Kjell Bjartveit (1927–2011), hadde ikke stort bedre forhold til direktoratet og Helsedirektøren enn det departementet hadde. De ville mer enn gjerne ut av direktoratets favntak.[55]

Ved å opprette et såkalt *konsernlederforum* håpet Norbom å få bundet de nasjonale forvaltnings- og faginstitusjoner nærmere sammen. Ja, i navnet lå det en dristig ambisjon, en ambisjon som fortonet seg som nyttestatlig: helsevesenet skulle i større grad sees på som et konsern og forvaltningen som konsernets ledelse. Tiltaket var imidlertid i praksis langt fra så ambisiøst som navnet kunne tyde på. Forumet skulle være et forum for utveksling av synspunkter og for kulturbygging. Det skulle ikke være et beslutningsorgan. Det var, kan man si, bare et forsiktig forsøk på å ta et skritt i konsernbyggende retning. Det var også et forsiktig forsøk på å styrke departementets styrende rolle.

Departementet, ved departementsråden, ledet forumet. Det kunne slik, gjennom forumet, forholde seg direkte til alle underliggende etater. Slik kunne det i praksis også gå ”utenom” Helsedirektoratet, samtidig som de etater som formelt lå under Direktoratet nå kunne møte i forumet som om de var sidestilt med direktoratet. Tiltaket var slik utfordrende for Helsedirektøren. Han oppfattet det også slik.[56] Han insisterte på at det skulle være et formelt organ, som møttes i arbeidstiden. Da Norbom engang foreslo at forumets deltagere, alle etatslederne og de statlige sykehusdirektører, skulle møtes til en middag, på departementets regning, satte Mork seg imot det. Mork holdt seg også i noen grad borte fra møtene i forumet.[57] Etter delingen i 1983 la Mork stor, og stadig større, vekt på direktoratets uavhengighet og status som fag- og tilsynsorgan. Slik sett var for ham Norboms konsernlederforum en trussel.

[55] Samtaler med Jon Ola Norbom (21.7.09, 24.7.09, 7.8.09 og 9.8.09) og Kjell Bjartveit (7.11.08).
[56] Bodolf Hareide sier i intervju med Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen den 16.2. 1993 at han tydelig merket dette. (Intervjureferatet, som vi har fått bruke, finnes i Vetviks arkiv.)
[57] Vi baserer oss her på ulike skriftlige kilder, men også på samtaler med flere av deltagerne på møtene i Konsernlederforumet, i første rekke Jon Ola Norbom (21.7. 2009) og Anne Alvik (24.11. 2008).

Konsernlederforumet møttes med litt ujevne mellomrom, gjerne en gang i måneden. Det første møte fant sted 14. februar 1990. Det fungerte til ut i 1991. Det var et utpreget "norbomsk" forum. Det hadde noe "politokratisk" over seg; det skulle, om enn forsiktig, bidra til å styrke den politiske styring med helsevesenet. Det ville slik også tone ned betydningen av skillene mellom nivåene og organene: Alle skulle se seg som medlemmer av ett lag. Under det første møtet omtalte han forumet som et "eksperiment". Han sa at han håpet "at dette uformelle forum vil kunne bidra til bedre innsikt, forståelse og samordning av oppgaver i den statlige helseforvaltning,.."[58]

Departementsråd Norbom hadde på denne tiden, altså mot slutten av åttiårene, også tanker om at departementet, som andre departementer, en gang i året burde ha et bredere møte med alle sine underliggende etater. På dette møte kunne Helsedirektøren holde en årstale. Norbom tenkte seg altså noe à la den tale sentralbanksjefen én gang i året holder for landets politiske og finansielle elite. Mork avviste også dette forslaget.[59]

♦

Departementets ledere, både de politiske og de administrative, kom etterhvert til å gi opp troen på, og håpet om, at Hauge og Mork ville endre stil og holdning. De kan nok ha ønsket at de to hadde funnet seg noe annet å gjøre, men så ikke tegn til at det skulle skje. Begge hadde investert for mye prestisje i at de ikke skulle gi etter (for den annen). De hadde viklet seg grundig inn i avmaktsspillet (Fangens dilemma-spillet). Statsråd og departementsråd begynte derfor nå, mot slutten av åttiårene, å vurdere mer omfattende organisatoriske endringer, endringer som kunne gjøre motsetningene mellom Hauge og Mork, og de tos "frispill", mindre krevende for departementsledelsen. Men nå så de ikke lenger bare på motsetningen som en motsetning mellom Hauge og Mork. Den var også blitt en motsetning mellom departementet og direktoratet. Departementsledelsen hadde ikke tatt "parti" for Hauge, ham var de, men særlig den politiske ledelse, blitt tiltagende skeptisk til. Den hadde tatt "parti" for departementet, og seg selv, og var begynt å se på Mork og direktoratet som en trussel mot departementets evne til å styre helsepolitisk. Statsråd Gerhardsen og departementsråd Norbom var imidlertid bare så vidt kommet igang med sin radikale reformtenkning da det stundet til valg. Valget høsten 1989 førte til regjeringsskifte. Mindretallsregjeringen Brundtland II (Arbeiderpartiet) ble erstattet av mindretallsregjeringen Syse (Høyre, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet).

Den avgående statsråd hadde ingen "politisk", ei heller noen forvaltningspolitisk, samtale med den tiltredende, Wenche Frogn Sellæg (f. 1937) fra Høyre. Vaktskiftet ble seremonielt og formelt. Det var departementsråden som satte den nye statsråd inn i situasjonen, også hva angikk helseforvaltningen. Den nye statsråden var en handlekraftig og handleglad statsråd og etter noen måneder, nemlig på nyåret 1990, gav hun klarsignal for en større omordningsprosess i helseforvaltningen. De såkalte Norbom-prosesser, eller den første av dem, var med det igang. To dramapregede år fulgte.

[58] Referat fra konsernlederforumets første møte 14.2.90, datert 16.2.90. Referatet finnes i arkivet i Helse- og omsorgsdepartementet (dokumentasjonsenheten), Organisasjonsgjennomgåelsen 1990-92, 612.1, kas. 4.
[59] Samtale med Jon Ola Norbom, 21.7.09. Medisinalråd Anne Alvik hørte ikke noe om dette forslaget (skriftlig kommentar 15.10.94.).

Før vi ser på hva som skjedde, skal vi først si mer om hvordan forholdet mellom Harald Hauge og Torbjørn Mork, de to, delvis hierarkisk forbundne, ”helsedirektører” utviklet seg etter delingen (1983). Som vi har sett er forholdet mellom de to viktig for å forstå forholdet mellom departementet og direktoratet, selv om det fra slutten av åttiårene ble mindre viktig. Vi skal også karakterisere Hauges lederstil. Det er viktig for å forstå hvorfor hans posisjon innad i departementet etterhvert ble svekket.

Harald E. Hauge, Torbjørn Mork og Makten

I den første tiden etter delingen bidro det til Morks problemer oppover at Harald Hauge så ut til å lykkes så godt i departementet. Høyremannen Hauge var utnevnt etter statsrådens ønske, og fikk straks et godt forhold til ham. Hauge var, som Mork, en intellektuelt velutrustet mann. Som ham hadde han også store talegaver og betydelig utstråling. Han lignet ellers på Mork på det vis at han ingen asket var. Lungelegen Hauge røkte, som ”lungeepidemiologen” Mork, og nøt alkohol, som Mork. De kunne begge charmere kvinner, og gjorde det. Det skapte noen forviklinger, også profesjonelle, for dem begge. Det vil si, det hadde gjort det for Mork, i hans første år som helsedirektør. Det skulle snart gjøre det for Hauge.

Harald E. Hauge (1936–2006): Han var spesialist i lungesykdommer. Etter noen år ved ulike sykehus i Oslo-området, arbeidet han fra 1970 til 1983 som spesiallege og i en periode sjeflege ved Gjøvik fylkessykehus. Han ble ekspedisjonssjef for den nye helseavdelingen i Sosialdepartementet i 1983 og satt som det til 1997. I årene 1995 til 1997 virket han som spesialrådgiver for Den norske EU-delegasjonen i Brussel. Fra 1999 var han direktør for sekretariatet i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling og fra 2002 til han døde avdelingsdirektør i avdeling for sosial- og helsepersonell i det nye Sosial- og helsedirektoratet. Han var utover i 1970-årene aktiv i Lægeforeningen og var foreningens president fra 1980 til 1983. Han viste i Lægeforeningen at han var en mesterlig forhandler. Han viste også at han var en elegant møteleder. Han hadde ordet i sin makt. Disse egenskapene viste han også i departementet. Han startet som en meget offensiv avdelingsleder, men kom snart til å utfordre helsedirektør Torbjørn Mork, til dels også noen av de statsråder han virket under. Hans posisjon i departementet ble etter hvert mer usikker, men som leder for undervisningssaker i det nye direktoratet, hadde han full oversikt og fikk et godt forhold til sine medarbeidere. (Foto: Den norske legeforening)

Mork både så ut som og levde som en kulturradikaler. Det ble for alvor tydelig i siste halvdel av 70-årene, etter at at han hadde tatt NRK-journalisten Wenche Margrethe Myhre (f. 1940) til livsledsagerske. Hauge forble mer av en åndssnobb. Han trivdes best i de elegante salonger og i de forfinede miljøer. Høyremannen så oppover. Arbeiderpartimannen Mork så mer nedover, iallfall ideologisk, men ville gjerne også bli anerkjent ”oppover”; på dette vis lignet han Evang. Hauge talte også oppover, til Makten, men ikke utfordrende. Han talte, iallfall

ennå en tid, tilpassende. Hvis Mork talte oppover, var det gjerne mer utfordrende enn lojalitetsbekreftende. Han talte på vegne av ”de svake”. Hauge talte moralsk nøytralt og, ennå en tid, lojalitetsbekreftende: Han var der for statsråden mer enn for ”de svake”. Mork talte i korte, huggende vendinger, med stor moralsk snert. Han talte slik at han begeistret, begeistret de allerede ”frelste”, men derfor også slik at han støtte mange fra seg, etter hvert også sine politisk overordnede. Han ble en mann få forholdt seg nøytral til. Hauge talte på en dvelende, velformulert måte. Han opplyste gjennom elegante sammenfatninger av kompliserte spørsmål. Han imponerte, ja, kunne, iallfall en tid, forføre. Lenge kunne han også kamuflere egne verdier og preferanser. Han la til rette for beslutningstagerne, sine herrer og damer. Han understreket at det var deres, ikke hans, preferanser som gjaldt. Kamuflasjen kunne en tid være så virkningsfull at han selv fremstod som nesten preferanseløs. Som vi snart skal komme tilbake til, skulle det imidlertid etterhvert vise seg at han hadde, eller fikk, preferanser, og at det fikk konsekvenser for hans stil og væremåte.

Hauge og Mork: Helseforvaltningen var i årene 1983 til 1992 preget av spenningen mellom ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets helseavdeling, Harald E. Hauge og helsedirektør Torbjørn Mork. Her prater de avslappet sammen på et hotellrom, Mork til venstre og Hauge i midten. Til høyre sitter en konsentrert jurist, Vidar Oma Steine (1949–2009). Steine var knyttet til Finansavdelingen i Finansdepartementet (til 1988), men skulle fra slutten av 1990-årene spille en sentral rolle i den omfattende reorganisering av helseforvaltningen som skjedde i 2001–2002. På dette hotellrommet befant altså en god del av tidens (80-årenes) og fremtidens (1997–2009) helsemakt seg. Bildet er antagelig fra slutten av 1980-årene. (Foto: privat)

Da Hauge fylte 50, den 21. mars 1986, ble han portrettintervjuet i Aftenpostens morgennummer (den 20.03., s. 16). Intervjuet åpner med at journalisten, May Britt Nilssen, slipper ekspedisjonssjefen til:

> *Idealister har ingen plass i den statlige administrasjon. Lojalitet er en viktig profesjon, uansett hvilken regjering man representerer. Meg selv har jeg valgt å betrakte som pragmatiker.*

Hauge var ikke utdannet for å bli byråkrat, men ble det altså. Han gikk rett fra presidentvervet i Lægeforeningen til sjefstillingen i den nye helseavdelingen i Sosialdepartementet. Han ble toppbyråkrat direkte. Han oppfattet intuitivt sin rolle som rent tjenende. Antagelig trodde han den skulle oppfattes slik: Han skulle jo stå til tjeneste for sine politisk foresatte, enten de nå sto til venstre eller til høyre. Det er imidlertid ingen grunn til å tro at mange av hans kolleger, de som hadde gått gradene i forvaltningen, og var utdannet for den, forstod byråkratrollen som han gjorde. Han presenterer seg som et ”redskap”, som ”a hired gun”. Han er lojal, men altså i forhold til hva som helst, og bare oppover, til den nærmeste overordnede. I en del henseender er det slik politiske ledere forventer at deres nærmeste embedsmenn skal opptre,

men ikke bare slik. Embedsmannsrollen er også tradisjonelt, som den i Norge ble utviklet under rettsstatens fremvekst etter 1814, en slags profesjonsrolle, ikke så ulik dommerrollen: Embedsmannen er underlagt rettsstatligheten, og for så vidt budsjettansvarligheten. Det er innenfor de rammer disse, men også i noen grad mer uformelle politiske spilleregler, representerer, at han skal tilpasse seg, altså være lojal. Men vil politikere gå utover disse rammer, skal han sette foten ned, eller i det minste si ifra. I ytterste fall er altså også han eller hun idealist. For andre, litt mindre typiske embedsmenn, kan andre former for "idealisme", eller verdiforpliktelse gjelde – for økonomer og mange tekniske eksperter, kan det gjelde samfunnsnytten, for (medikratiske) leger folkehelsen, eller pasienters helse.

Hauge presenterer seg altså som "grenseløst" lojal. Han inntar en ny embedsmannsrolle. Han har nok satt det på spissen, og spilt litt opp til journalisten. Han får også "napp"; hun trekker uttalelsen frem som ingress. Men Hauge eksponerer nok også en del av seg selv gjennom uttalelsen: Han var en svært pragmatisk ekspedisjonssjef. Vi skal snart se at det hadde en del konsekvenser han kanskje ikke så, iallfall ikke på det tidspunkt han ble intervjuet, nemlig da han stod på toppen av sin makt.

Men uttalelsen kan nok også være mer polemisk enn journalisten har ant: Den hadde åpenbart også brodd mot Mork. Når han sa at idealister ingen plass har i statsforvaltningen sa han også at Mork ingen plass har i denne forvaltningen. For Mork var lojalitet oppover ingen profesjon. Han var, som nevnt, snarere lojal "nedover", om han enn var det "via" en del av helselovgivningen.

Den kanskje litt betatte journalist får noen motforestillinger og spør: "-Føler man seg ikke efterhvert litt selvmotsigende, eller er det virkelig mulig å skifte ham alt eftersom været tilsier?"

Hauge svarer:

> *Nye oppgaver, nye lojaliteter, er et motto jeg har lært meg å leve efter. Et profesjonelt menneske må kunne skifte lojalitet, alt efter hvilken gruppe man er talsmann for. Egentlig har jeg hele tiden deltatt i det samme spillet. Jeg har bare skiftet brikker.*

Mork skiftet ikke brikker. For ham var ei heller helseforvaltningslivet et spill. Det var et livsdrama.

Med en så forskjellig innstilling til sine roller måtte det bli spent mellom de to "helsedirektørene". Med sin holdning ønsket jo Hauge at Mork skulle være lojal overfor ham, og via ham overfor departementsråden og statsråden.

Harald Hauge skulle bygge opp en ny avdeling. Han skulle gjøre det, uten forvaltningserfaring, men med en stab som hadde det. Det kunne være utfordrende nok. Det ble enda mer utfordrende ettersom de fleste av dem kom fra det gamle Helsedirektoratet og hadde vært underordnet Mork. Men Hauge kom raskt i gang, og fikk satt seg i respekt. Morks gamle folk ble snart, iallfall de fleste, Hauges og departementets. Bare tre kom utenfra, Hauge selv, samt økonomen Andreas Disen og statsviteren Jan Tvedt (f. 1944) (begge fra planavdelingen i Sosialdepartementet). Det kom Hauge til hjelp at han mente han fikk de

”beste”, og at disse raskt kom til å se på seg som det. Avdelingen ble preget av en offensiv pionerånd.[60] De gamle direktoratsfolk ble raskt nye departementsfolk.

Andreas Disen (f. 1945): Han var i de årene dette bindet omfatter og resten av karrieren en sentral leder i Sosialdepartementet, og de departementer som fulgte i dets kjølvann. Han ble planseksjonssjef ved opprettelsen av helseavdelingen i departementet høsten 1983, siden avdelingsdirektør (1988) og fra 1991 ekspedisjonssjef for plan- og utredningsavdelingen (fra 1994 forebyggings- og utviklingsavdelingen). Han er samfunnsøkonom. Han satt karrieren ut i Sosialdepartementet og dets etterfølgelsesdepartementer, og ble en engasjert talsperson for det syn at et departement skulle være et lojalt sekretariat for statsråden. Han ble en viktig tradisjons- og kulturbærer i det som ble til Helse- og omsorgsdepartementet. Bildet er fra 7. januar 2002, fra et møte om uroen omkring den ferske fastlegeordningen. (Foto: Erlend Aas / NTB)

For Hauge ble den største utfordringen å definere og markere sin departementsfunksjon overfor Mork og hans helsedirektorat. Han snakket stadig om denne utfordringen og var opptatt av å utvikle det han kalte en ”etatsstyring”, altså en direkte styring av Helsedirektoratet, og gjennom det, av de øvrige helseforvaltningsinstitusjoner. Det var ikke lett å utvikle en slik etatsstyring, med en så motvillig etatsleder. Han lyktes heller aldri med oppgaven. Han lyktes endog i synkende grad.

La oss en siste gang komme tilbake til journalisten. Hun avsluttet med å spørre hvor og hvordan jubilanten skulle feire dagen. Jo, den skulle feires i Paris, med ektefelle Anne-Berit (f. 1939). De hadde nå også vært gift i 25 år. Paret skulle nyte våren og besøke fine restauranter og spennende billedgallerier. Ekspedisjonssjefen elsket de franske impresjonister.

Journalistens utfordrende spørsmål om Hauges samtidig absolutte og relativistiske syn på lojalitet pekte mot det som etter hvert skulle bli, vi kan vel si, hans bane. Hvis man er ”grenseløst” lojal går lojaliteten i siste instans i oppløsning. Den grenseløse lojalitet reiser jo spørsmålet om hvorfor den lojale er så lojal, og svaret blir at det ikke skyldes en identifikasjon med dem han eller hun til enhver tid har over seg, eller en ”sak”, eller bestemte verdier (utover den formale lojalitet), eller interesser, men med ham eller henne selv: Den restløst lojale er lojal fordi han tror det ”lønner seg”, for ham selv. Lojaliteten gir utbytte i form av posisjoner (formell makt) og gjennomslagskraft (uformell, men reell makt). For Hauge gav

[60] Opplyst av flere, bl.a. Egil Danielsen (6.1.09), Andreas Disen (26.8.09) Jan Grund (12.2.09) og Øyvind Sæbø (2.7.09).

denne lojalitetsoppfatning seg utslag i at han, særlig i de første år, ventet med å ta standpunkt, eller skjulte sitt standpunkt. Det ble etter hvert oppfattet av mange som utfordrende: Statsråder vil ofte ha et klart råd, og kan føle det som ubehagelig "underdanig" om embedsmenn hele tiden forsøker å "second-guess them". Å gi råd uten å synliggjøre et standpunkt innebærer, i prinsippet, å presentere, som Jon Ola Norbom skrev i 1971, "en abstrakt oppregning av alternativer".[61] Med slik rådgivning blir politikere snart hjelpeløse. De må ha råd som også inneholder "politiske" premisser, altså verdi- og interessepremisser.

En politisk nøytral, og underdanig, rolle "kledde" imidlertid ikke en så skarpsindig og selvbevisst mann som Hauge, og hans hang til å skjule sine kort, kunne derfor lett virke "sleip". Heller ikke det skapte tillit oppover.

Snart viste det seg også at han slett ikke var uten meninger. Ja, egentlig trengte han meninger for å lykkes. Han hadde nok en stund håp om formelt å komme videre, for eksempel å bli departementsråd: Norbom måtte senest gå i 1993. Han mente også at han var den klart mest kvalifiserte av ekspedisjonssjefene til å overta etter Norbom.[62] Men det gikk gradvis opp for ham at hans muligheter var begrensede. Han måtte derfor ha løpende bevis på sin vellykkethet. Det kunne han bare få ved å vinne frem med sine standpunkter. Men hans standpunkter var ikke tydelig ideologiske, som Morks, de var "faglige", særlig i medisinsk, men også i "styringsteknisk" forstand: Han likte å bruke sitt gamle fag både strategisk og taktisk, men ville gjerne også boltre seg litt med sitt nye fag, "styringsfaget". Han kunne derfor bli engasjert argumenterende overfor sine overordnede. Da kom den gamle, meget dyktige, forhandleren frem i ham. "Han forhandlet i alle situasjoner og brukte mye ord, flere ord enn det passet seg i kontakten med den politiske ledelse", sier en av dem som kunne observere ham på nært hold gjennom mesteparten av hans tid.[63] Også hans umiddelbart overordnede, departementsråd Norbom, kom etter hvert til å se slik på ham, som en pågående forhandler, altså som en som skulle ha rett.[64]

De første årene, årene med Heløe, fremstod altså Hauge som en vellykket og innflytelsesrik ekspedisjonssjef, men skepsisen hadde da begynt å melde seg hos både departementsråden og flere av hans ekspedisjonssjefskolleger.[65] Hauge fikk et annet forhold til Heløes etterfølger, Tove Strand Gerhardsen. Sosialøkonomen og håndballspilleren fra Kongsvinger var ingen typisk rasjonalist, men en person som la stor vekt på verdier og følelser. Hun var, og er, et ekspressivt menneske. Hun passet ikke godt til den behendige rasjonalisten Hauge, og Hauge ikke til henne.[66] Med det startet også for alvor Hauges problemer. Departementsråden gikk en del imellom, som hans oppgave var. Også Andreas Disen, en av statsrådens gamle studiekolleger, gjorde til tider det. Disen hadde et meget godt forhold til statsråden, men også til Hauge. Hauge gjorde etter hvert Disen til avd.direktør og sin nestkommaneredende.[67] Men

[61] Jon O. Norbom, "Den økonomisk-politiske beslutningsprosess", i Knut T. Giæver (f. 1926) m. fl., red., *Økonomi og politikk*, Oslo: Aschehoug 1971, s. 36 (hele artikkelen, s. 34-47). (Boken er festskrift til Ole Myrvoll på hans 60- årsdag, 18. mai 1971.) Vi kommer tilbake til denne artikkelen i portretteringen av Norbom i kap. 4.
[62] Flere av hans medarbeidere fra 1980-årene gir uttrykk for dette, men spesielt gjelder det Hauges spesiallege, og fagkollega, Hans Ånstad. Ånstad hadde et svært godt forhold til Hauge og hadde hyppig fortolige samtaler med ham. (Opplyst i samtale med Hans Ånstad 28.10.10.)
[63] Øyvind Sæbø, samtale 2.7. 2009.
[64] Samtale med Jon Ola Norbom 22.7.09.
[65] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 22.7.09.
[66] Opplyst av Tove Strand i samtale 10.7.09. Også Tove Strand Gerhardsens statssekretær, Bjørn Martin Aasen (samtale 10.9.09), fikk, men ikke like umiddelbart som Statsråden, et anstrengt forhold til Hauge.
[67] Jon Ola Norbom, samtale 22.7.09.; Andreas Disen, samtale 26.8.09.

Norboms og Disens diplomati hindret ikke at tilliten mellom statsråd og ekspedisjonssjef forvitret. Tillitsforvitringen mellom den politiske ledelse og ekspedisjonssjefen skulle fortsette under den neste statsråd, Wenche Frogn Sellæg. Sellæg syntes Hauges lojalitet og "nøytralitet" nesten fikk ham til å fremstå som servil. Samtidig var han jo langt fra nøytral i maktmessig sammenheng. Det bidro til at han undertiden "silte" synspunkter som kom fra direktoratet. Statsråd Sellæg måtte fra tid til annen, irritert, etterlyse Helsedirektoratets og Helsedirektørens uttalelser.[68]

Hauge fikk nokså raskt et anstrengt forhold til sin nye statsråd, og fra da av startet hans "politiske" nedtur. Hauges "politiske" problemer svekket ham også i noen grad overfor medarbeiderne i departementsstaben, men den svekkelsen gikk langt saktere, og gjaldt ikke alle i samme grad. Det bidro til denne svekkelsen innad og nedad at han nå fant en ny livsledsagerske, og fant henne i sin egen stab. Slik begynte det altså å rakne, opover som nedover, for den tidligere så suverene ekspedisjonssjef. Ettersom det skjedde, ble også forholdet mellom Hauge og Mork noe mer avslappet. For Mork overtok departementsråden gradvis rollen som motstanderen.[69]

♦

Dr. Mork ble aldri noen embedsmann. Det ble ei heller dr. Hauge. Det var nok hovedgrunnen til at de ikke lyktes som de hadde tenkt seg. Men Hauges begynnende "fall from grace", velkomment som det på et vis kunne være, var til liten hjelp, og dermed knapt nok trøst, for Mork. Ja, på et vis var endog Hauges voksende problemer et problem også for Mork. Det gjorde hele den sentrale helseforvaltning til et problem, et problem det burde gjøres noe med. Da det nærmet seg valget i 1989 var, som sagt, Tove Strand Gerhardsen, og minst like meget hennes departementsråd og ledende folk i helseavdelingen, kommet til at det ikke kunne fortsette som før. Noe måtte gjøres organisatorisk, snarere enn bare personalpolitisk. Personalpolitisk var det for så vidt også vanskelig å gjøre noe. Arbeiderpartistatsråden skulle imidlertid ikke selv få anledning til å gjøre noe. Hun leverte "stafettpinnen" videre til sin etterfølger, Høyres Wenche Frogn Sellæg. Det vil si, det var departementsråden som gjorde det, på hennes vegne, men like meget, på sine egne. Departementsråden, den fordums politiker, var igjen på vei inn i politikken, men nå forvaltningspolitikken. Man kan si det var en lang prosess. Lenge forsøkte han seg på embedsmannsaktig vis, og på vegne av statsråden, overfor Mork, ikke så meget overfor Hauge, men etter hvert mistet han tålmodigheten – og ble "politiker". Til sist var statsråden reelt, om ikke formelt, nesten hans "tjener".[70]

Vi skal siden komme tilbake både til Hauge og Mork, og Norbom, og til spørsmålet om embedsmannens rolle. Her skal vi avslutte denne historien om hvordan skjebnen bragte de to leger sammen, og fikk dem til, igjen og igjen, å kollidere i et gjensidig ødeleggende spill, med

[68] Opplyst av Wenche Frogn Sellæg i samtale 12.8. 2009. Vi snakket med dr. Sellæg også høsten 1989, da hun var statsråd, og da gav hun, engasjert, uttrykk for det samme. Også Anne Alvik (samtale 28.10.10) opplyser at Sellæg fortalte at hun var opptatt av å få Helsedirektoratets oppfatninger av en sak og at hun ikke alltid automatisk fikk det.

[69] Anne Alvik forteller det i samtale med Einar Vetvik 23.2. 1993. (Referatet fra intervjuet har vi fått av Vetvik i november 2011.)

[70] Vi mener med det at den politikken Statsråden etter hvert fremmet ble skapt og utviklet av Norbom, etter hvert også av dem han skulle samarbeide med som forvaltningsutredere, men ikke at han "lurte" Statsråden. Han var, som vi skal komme tilbake til, svært opptatt av hele tiden å drøfte saken med sin statsråd, og ikke å fremme en politikk ikke Statsråden kunne identifisere seg med.

å nevne at de iallfall på ett punkt kunne møtes. Det var på det punkt der deres private liv ble politisk, i ”røyken”. Over en røyk kunne de to i noen grad slappe av sammen, og dele sin vemmelse over den stadig mer moralistiske tobakkspolitikk. De fikk noen slike muligheter, for de trengte begge stadig en røyk, og den kunne de nå ikke lenger nyte under møtene: De måtte ha pauser.

Harald Hauge tør nok ha smilt anerkjennende da han åpnet landets største løssalgsavis, Verdens Gang, lørdag den 19. desember 1987, og fant sin ”nikotinlige” meningsfelle, Torbjørn Mork, sammen med tre andre, ”blåse” ut sin forakt mot statsråd Gerhardsens dagsgamle forslag til innstramning av ”røykeloven”.

3. Utviklingen 1989/90–1992: ”Norbom-prosessene”

Bakgrunnen

Departementsråd Norbom begynte altså arbeidet med å forberede omordningen av helseforvaltningen før valget i september 1989. En viktig avklaring kom på et møte han hadde på sitt kontor med sentrale folk i departementet 12. juli det året. Det var, som det het i overskriften til referatet, et ”Møte for å se på forholdet mellom Sosialdepartementet og Helsedirektoratet”. Men før dette møtet ble holdt hadde en rekke saker, spesielt tilsynssaker, gjort at forholdet mellom Helsedirektoratet og departementet, hadde tilspisset seg. Også andre saker hadde skapt uro omkring helseforvaltningen, blant annet en del skjærmysler mellom direktoratet og SIFF, og mellom dets sjefer Torbjørn Mork og Bodolf Hareide. Også disse ”sakene” bidro til at Norbom og hans folk etter hvert fikk nok. Før vi sier mer om møtet i juli, skal vi kort omtale litt av den tilsynskrangel som utspant seg i pressen like før møtet.

I juni ble det en omfattende pressedebatt om legenes lange vakter. Lederen av Stortingets sosialkomité, Gunn Vigdis Olsen-Hagen (Ap) (1946–1989) sa til Aftenposten (morgennummeret) den 14. (s. 4): ”Personlig liker jeg slett ikke tanken på at en kirurg skulle skjære i meg etter et døgn i strekk på jobben”.[71] Hun ville ta saken opp med Sosialministeren. Avisen ringte medisinalråd Anne Alvik, som toet sine hender og sa at Helsedirektoratet ikke kunne blande seg inn i arbeidstidsforholdene; dem var det partene i arbeidslivet som fastsatte. Avisen prøvde så departementet og fikk snakke med nestkommanderende i helseavdelingen, avdelingsdirektør Andreas Disen. Den ellers så sindige og ”sky” avdelingsdirektør svarte at det er partene lokalt som har ansvar for vaktordningene, men går de for langt er det ”nok av regler og lover på området” til at fylkeslegene kan gripe inn. Han fortsatte: ”Det er mulig at tilsynet ikke har vært ført så aktivt i det enkelte sykehus og den enkelte kommune som man burde”. Medisinalråden var tilbake i samme avis to dager etterpå (den 16., s. 4): ”Det er drøyt å be fylkeslegene føre et mer aktivt tilsyn med sykehusene – og samtidig kutte ned på deres budsjetter”. Men Alvik føyer, ironiserende, til i et brev hun sendte departementet litt senere: ”Dette er nye signaler fra departementet”. Hun henviser til at direktoratet tidligere, ved flere anledninger, var blitt bedt om å ”ligge lavt” med tilsynet overfor fylkeskommunene. Blant annet nevner hun et møte hos

> *sosialministeren i august 1986, hvor Helsedirektoratet fikk klar beskjed fra statsråden om å trekke tilbake en henstilling til en fylkeskommune om å bedre visse forhold ved enkelte sykehjem. Bakgrunnen var tilsynsbesøk fra fylkeslegen og senere også fra Helsedirektoratet, som påviste klart utilfredsstillende forhold.*[72]

[71] Aftenposten (morgennummeret) hadde lørdag den 10. og mandag den 12. hatt større oppslag om legers, særlig sykehuslegers, lange vakter.

[72] Her sitert fra NTB-melding 10.7.89. Utgangspunktet for saken var et tilsyn fylkeslegen i Møre og Romsdal i juni 1986 hadde gjennomført ved fem sykehjem i fylket. Fylkeslegens rapport til direktoratet (27.6.) ble sendt i kopi til fylkesrådmannen, som reagerte med å sende et brev til Helsedirektøren (10.7.). Helsedirektoratet gjennomførte så et tilsyn ved sykehjemmene. Etter tilsynet sendte direktoratet 18. august (1986) et brev til fylkeskommunen med fem ”påbud” om forbedringstiltak (arkivref., Helsedir.: 13948/86). Fylkeskommunen fant påbudene ”urimelige” og bad om et møte med departementsledelsen. Møtet ble holdt den 29. august, altså nokså kort tid etter at fylkeskommunen hadde mottatt ”refselsesbrevet” fra direktoratet. Tilstede var både statsråd og statssekretær (Bjørn Martin Aasen, selv fra Møre og Romsdal), representanter for helseavdelingen, Kommunaldepartementet og Finansdepartementet og avd.dir. Jørgen Jonsbu fra direktoratet (forfatteren av

Denne saken gjaldt et sykehjem i Møre og Romsdal, statssekretær Aasens hjemfylke. Hun henviser for øvrig til at det er kommet flere lignende signaler. I tillegg er budsjettreduksjoner et uttrykk for noe av det samme, mener medisinalråden på vegne av Helsedirektoratet. Hun henviser til at budsjettreduksjoner har vært begrunnet med at tilsynsomfanget kunne reduseres. Anne Alvik skriver også at hvis departementet mener tilsynsloven kan brukes til å sette tilside tariffavtaler, ”må vi bli nærmere informert enn gjennom et intervju i Aftenposten”.

Disen repliserte før dette brevet kom, at direktoratet ikke kunne unnskylde seg med ”stramme budsjetter”: ”Det er snakk om å prioritere en oppgave”.[73]

Vi ser altså her at nå er også Helsedirektørens og helseavdelingssjefens nestkommanderende utad blitt en del av det avmaktspregede konfrontasjonsspill deres sjefer viklet seg inn i straks etter delingen i 1983.

La oss legge til at denne polemikken er interessant også fordi den er et forvarsel om den profesjonalisering av tilsynsoppgaven som snart skulle komme, og som skulle markere slutten på Morks annen periode og begynnelsen på den neste, men første ”etter-morkske”. Vi skal imidlertid merke oss at det her særlig dreide seg om tilsyn med arbeidsgivere. Som vi har sett var det nettopp det Morks og direktoratets ”vaktbikkjerolle” gikk ut på.

Vi skal gå tilbake til møtet hos Norbom den 12. juli.

Tilstede på møtet var, foruten Norbom, Fredrik Hoffmann (f. 1939), ekspedisjonssjef i Sosialavdeling II, Thomas Mauritzen, avd.dir. i administrasjonsavdelingen, Andreas Disen, Hans Ånstad (f. 1932), spesiallege i helseavdelingen, og leder for Forebyggingsenheten (som sorterte under departementsråden) og Olaf G. Aasland (f. 1944), rådgiver i sosialavdeling I, foruten referenten, konsulenten og Norboms personlige sekretær, Marit Stadheim (f. 1947). Harald Hauge var ikke med på møtet; han var på ferie. Det var et møte mellom forholdsvis ”likesinnede”. De ville alle ”gjøre noe” med ordningsspørsmålet. I møtereferatet heter det at saken må taes ”opp igjen med statsråden når hun er tilbake etter ferien”, og i tilfelle regjeringsskifte ”må også den nye statsråden kunne settes inn i situasjonen raskt”. Det nevnes videre i referatet at det har vært holdt uformelle møter mellom medisinalråden og departementsråden for å ta opp saker av felles interesse, uten at det har gitt særlige resultater. Forøvrig sies det at kontaktmøtene mellom avdelingen og direktoratet ifølge Hauge har fungert godt, og ifølge Mork mindre godt. Alle i gruppen som møttes hos Norbom var enige om at nå var spørsmålet ”hva man kan gjøre for å bedre situasjonen”. Flere mulige organisasjonsendringer ble løselig vurdert. Referatet avsluttes med disse ord:

> *Norbom sa at man ikke kan gi noen konkret tilråding, men at den eneste muligheten er en gradvis reduksjon av direktoratets funksjoner.*

påleggsbrevet). Under møtet stilte fylkeskommunens folk spørsmålstegn ved Helsedirektørens adgang til å gi slike pålegg og påpekte også at det ikke var tatt hensyn til at forholdene ikke var særlig annerledes i andre fylker. Statsråden uttrykte under møtet forundring over Helsedirektørens handlemåte og sa hun skulle ta saken opp med ham. (Opplysning gitt i notat til Helsedirektøren av 1.9.86, forfattet av Jørgen Jonsbu.) Det var under det påfølgende møte med ham hun bad ham, som han oppfattet det, å ”ligge lavt” i slike saker (om lokal prioritering).

[73] Aftenpostens morgennummer 21.6.89, s. 16.

Det kan virke som direktoratet bruker mye tid og arbeid på "det interne spill" på bekostning av store og viktige oppgaver. Man må også i framtiden regne med avisoppslag ang. samarbeidet mellom direktorat og departement, men dette må ikke forhindre de sentrale helsemyndigheters funksjon.

"De andre i gruppen var enige i at jeg skulle gå til statsråden så snart hun var tilbake fra ferie", sier Norbom idag.[74]

Mauritzen, Thomas (f. 1935): Han begynte som medarbeider i NRK Dagsnytt, men ble snart forvaltningsmann. Via stillinger i Kirke- og undervisningsdepartementet og Kommunaldepartementet, begynte han i 1982 som avdelingsdirektør i Sosialdepartementets administrasjonsavdeling. I den stillingen forble han til 1993. Han gikk da over i en rådgiverstilling i avdelingen og satt i den til han gikk av i 1999. Han ble raskt en sentral medarbeider for departementsråd Norbom. Han var den som i stor grad førte Norboms utredninger i pennen. I 2001 gav han ut skriftet *"-- å verne befolkningens liv og helse-- ": en historie om helsemessig og sosial beredskap*. Det ble publisert av Sosial- og helsedepartementet. Han er cand.mag. av utdannelse. Bildet er fra ca. 1980.
(Foto: Privat)

Norbom hadde bestemt seg. Rubicon måtte krysses. Han kunne ikke fortsette som megler mellom Mork og Hauge, mellom avdelingen og direktoratet. Han måtte bruke sin formelle myndighet, ikke for å bistå den ene, Hauge og avdelingen, men for at departementet igjen, som han sa, "kunne fungere normalt på helsepolitikkens område".

Da statsråden var tilbake etter ferien hadde departementsråden møte med henne om "forvaltningsspørsmålet". Statsråden sa da at hvis hun skulle fortsette (som statsråd etter valget) ville hun gjøre noe. Hun bad også departementsråden tenke over hva som burde gjøres. Men selv hadde hun egentlig ikke tenkt å gjøre så meget. Hun hadde allerede gitt Statsministeren beskjed om at hun ikke kunne tenke seg å fortsette som sosialminister, selv om Arbeiderpartiet skulle vinne valget. Hun hadde kommet til Sosialdepartementet med en liste over *politiske* saker hun ville ha gjennomført og hadde nå i all hovedsak fått dem gjennomført.[75] Forvaltningssaken hadde ikke stått på hennes liste.

Regjeringsskifte

Valget førte altså til regjeringsskifte, men det satt langt inne for Høyre, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet å bli enige om å danne (mindretalls)regjering, og å sikre seg Fremskrittspartiets støtte. Den nye regjering, ledet av Høyres Jan P. Syse (1930–1997), fikk altså Høyres Wenche Frogn Sellæg (f. 1937), lege og spesialist i indremedisin, som sosialminister. Den nye

[74] Samtale 7.8.09.
[75] Opplyst av Tove Strand i samtale 10.7.09. Statsråden hadde ikke opplyst departementsråden om at hun i alle tilfeller ville gå av som sosialminister etter valget. (Samtale med Jon Ola Norbom, 22.7.11.)

statsråden hadde politisk erfaring, blant annet som miljøvernminister (1981–1983) og justisminister (1985–1986) i regjeringen Willoch, som stortingsrepresentant i perioden 1985–1989 og som nestleder i Høyre fra 1988 (til 1990).

Den nye regjering og den nye statsråd tiltrådte den 19. oktober 1989.

Den avtroppende og den påtroppende sosialminister hadde, som vi har nevnt, et mer formelt "vaktskifte". De hadde ingen politisk samtale. Departementsråd Jon Ola Norbom orienterte imidlertid straks den nye statsråden om departementets mange aktuelle saker. Han la spesielt vekt på saken om "forvaltningssituasjonen". Han redegjorde da for de synspunkter han hadde lagt frem i embedsmannsgruppen i juli og anbefalte den nye statsråd å starte forberedelsene til å handle så raskt som mulig. Den tålmodige og forsiktige byråkrat var blitt utålmodig og dristig. Han var blitt forvaltningspolitiker. For ham var det omstendighetene som hadde gjort ham til det. Han hadde, som vi har sett, nølt lenge, men nå var det ikke plass for mer nølen. Nå var det han, departementets grå eminense, som var blitt den drivende kraft i utviklingen. Han hadde, som vi har sett, vært politiker, omenn fagpolitiker. Men politikken trodde han han hadde forlatt for godt i 1973. Nå fant han seg igjen i en politisk, dog bare forvaltningspolitisk, rolle. Det skulle etterhvert gi ham mer medieoppmerksomhet enn han satte pris på; endog mer enn han hadde opplevd som Lars Korvalds finansminister (1972–1973). Men "krigen" ligger ennå et stykke inn i fremtiden. Vi må fortsette med å redegjøre for det vi har kalt bakgrunnen.

Wenche Frogn Sellæg var ikke noe overraskende valg som sosialminister. Som tidligere statsråd, som nestleder i Høyre, og som medlem av Høyres forhandlingsdelegasjon, var det mer spørsmål om hvilket departement hun skulle få, enn om hun skulle inn i regjeringen. Hun fikk altså Sosialdepartementet. Indremedisineren og geriateren hadde intet imot det. Hun gledet seg til å ta fatt, men var klar over at den regjering hun gikk inn i var skjør. Fremskrittspartiet var et usikkert "støtteparti" og ett av regjeringspartiene, Senterpartiet, hadde et par stortingsrepresentanter som hadde foretrukket en arbeiderpartiregjering. For Senterpartiet, og dermed regjeringen, var de tilstundende EØS-forhandlinger, en meget vanskelig sak. Den avgående statsminister, og EF-medlemsskapstilhenger, Gro Harlem Brundtlands manøvreringer, gjorde den ikke mindre vanskelig.

Regjeringen hadde det slik sett travelt. Den måtte raskt på offensiven. Det passet en utålmodig og handlelysten sosialminister. Allerede før jul hadde hun bestemt seg hva angikk "forvaltningsspørsmålet". Hun ville handle. Det satte Norbom og hans folk pris på. Hauge bemerket at det Tove Strand Gerhardsen ikke hadde klart på tre år klarte Wenche Frogn Sellæg på tre måneder.[76] Men hvor de, embedsmennene, hadde henne, var de ikke helt klar over. Vi skal komme tilbake til det.

Det gav seg ikke selv hvordan departementet skulle handle, ei heller hvordan det skulle *vurdere* hvordan det skulle handle. Spørsmålet om forvaltningsreform var drøftet på regjeringens budsjettkonferanse på ettervinteren 1990. Finansdepartementet syntes det var naturlig at spørsmålet ble vurdert i Sosialdepartementets konsernlederforum. Det skjedde også, blant annet på et møte den 27. mars. Det notat departementet hadde lagt frem i sakens anledning ble kritisert, særlig av Helsedirektøren og medisinalråden, blant annet for å gi "et helt skjevt inntrykk av de instanser som er omtalt". Helsedirektøren foreslo at hvis departementet ville gjennomgå helseforvaltningen igjen, burde det "bruke de vanlige

[76] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 21.7. 2009 og Thomas Mauritzen, 17.3. 2011.

prosedyrer, for eksempel ved et formelt nedsatt utvalg eller ved å anmode Statskonsult om å foreta en gjennomgang". Norbom svarte at forumet i den videre diskusjon kunne se bort fra det utsendte notatet, men at "Departementet måtte arbeide videre med framlegg til hva slags prosedyre som skal velges for den nødvendige gjennomgang".[77] Diskusjonen viste imidlertid Norbom at spørsmålet om den videre prosedyre ikke kunne behandles i konsernlederforumet. Forumet ble stilt på sidelinjen, men fikk spille en indirekte rolle en stund: Der ble nedsatt en gruppe bestående av SIFFs Bodolf Hareide, Hans Ånstad fra departementet og Anne Alvik fra Helsedirektoratet for å se på hvordan det forebyggende arbeid kunne bli bedre samordnet. Gruppen leverte et kort notat den 3. august, et notat Anne Alvik i noen grad distanserte seg fra.[78] Notatet fikk ingen direkte konsekvenser.

Christian Hambro (f. 1946): Han var i de årene dette bindet omhandler en sentral forvaltningsleder. Han begynte som fersk jurist i Justisdepartementets lovavdeling (1971). Han fortsatte så karrieren som byråsjef og underdirektør i Miljøverndepartementet fra 1977. Han ble advokat hos Regjeringsadvokaten i 1980, direktør for Statens forurensningstilsyn i 1981, direktør for Statskonsult i 1986, divisjonsdirektør i Saga petroleum i 1992 og direktør for Norges forskningsråd fra 1995 til 2004. Siden 2004 har han vært advokat og partner. Han var i årene 1990 til 1992 en viktig person i utredningene om hvordan helseforvaltningen skulle omorganiseres. Hambro var en offensiv talsmann for ideene bak «den nye staten». Han hadde Høyre-aner, men ble selv en moderniserende sosialdemokrat, blant annet som statssekretær i Justisdepartementet i 1986 (regjeringen Brundtland II). Bildet er tatt den 26. februar 1998. (Foto: Heiko Junge / NTB)

Den videre fremgangsmåte ble altså bestemt på nivået over konsernlederforumet. Norbom visste nå, på ettervinteren 1990, at han ikke ville anbefale utvalgsveien. Det var å åpne for bråk umiddelbart, kanskje så mye bråk at hele prosessen ville bli blokkert. Selv om utvalgsveien på et vis skulle føre frem, ville den forøvrig bli altfor tidkrevende. Blant annet ville en delt utvalgsinnstilling sørge for det. Norbom var blitt 66 (i 1989) og ville gjerne ha omordningen "i havn" før han gikk av. Statsråden godtok avvisningen av utvalgsveien. Et alternativ var da å be "to kloke hoder" fra to regjeringer om å "ta" saken. Norbom tenkte på Astrid Nøklebye Heiberg fra Willoch-regjeringen og Tove Strand Gerhardsen fra Brundtland II-regjeringen; begge var personer han visste hvor han hadde. Men heller ikke det var noe "ukontroversielt" og godt alternativ: Begge de to siste regjeringene var jo kommet på kant med Helsedirektøren. De to prominenser, Heiberg og Gerhardsen, var også det, ja, *særlig* de. Dette alternativet ble derfor raskt forkastet. Overveielsene pekte slik i retning av en mer lukket prosess. Spesielt gjorde de det for Norbom; den som egentlig orkestrerte prosessen. For ham stod det nå slik at en åpen prosess ville forsterke den konfliktfylte dragkamp mellom departement og direktorat som var utviklet siden 1984, altså gjøre galt verre. Han var derfor, utpå vinteren 1990, kommet til at statsråden, gjennom en liten gruppe av utredere, fikk tenke seg om og så ta et standpunkt før prosessen ble åpnet. For statsråden nevnte han dog at det

[77] Sitert etter Anne Alvik, "Fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn – en titt bak kulissene", i Ole Berg m.fl., red., *Medisin og samfunn*, Oslo: Unipub, 2003, s. 25-26 (hele artikkelen s. 23-31).
[78] *Ibid.*, s. 24-27.

kunne være en tanke å trekke Statskonsult inn i arbeidet. Hun var imidlertid usikker på fornuften i det. Statskonsult hadde av og til havnet på ett standpunkt, av og til på et annet i "direktoratsspørsmål". Dermed ble prosessen nesten helt lukket. Norbom kunne da tenke seg å bruke 1983-modellen, altså en modell hvor en liten gruppe, ledet av statssekretæren, gjennomførte en rask utredning. Statsråden ønsket imidlertid ikke å "politisere" saken så tidlig og det endte med at hun bad Norbom om å lede utredningen. Han fikk med seg to fagfolk, Statskonsults administrerende direktør Christian Hambro (f. 1946) og administrasjonsavdelingens nestleder, avdelingsdirektør Thomas Mauritzen.[79] Dermed satte statsråd Sellæg i gang den første Norbom-prosessen.

Med denne beslutningen abdiserte hun også selv, for en tid, som aktiv forvaltningspolitiker. Den rollen gav hun i første omgang sin departementsråd. Han skulle gi henne et grunnlag for å vurdere hva slags omordning man skulle sette igang, ikke binde henne. I 1983 hadde hennes partifelle, Leif Arne Heløe, handlet annerledes. Han hadde tatt det viktige standpunkt på forhånd; han var forvaltningspolitiker fra starten av: Direktoratet burde deles, og han satte sin statssekretær, Astrid Nøklebye Heiberg, til å konkretisere hans politikk. Sellægs statssekretær, Geir Kjell Andersland (f. 1948), ble sittende helt på sidelinjen i Norbom I-prosessen. For "politokraten" Norbom var dette allikevel en politisk styrt prosess: Han og hans lille gruppe skulle tenke seg om på statsrådens vegne. Siden de utredet på statsrådens vegne, passet Norbom på å ha hyppig kontakt med statsråden underveis.

Det var ikke unaturlig for Norbom å tenke på Hambro som medtenker. Gjennom ham kunne Norbom allikevel få inn Statskonsult: Hambro hadde siden 1986 vært sjef for Statskonsult. Ja, han hadde i 1986 omdannet det gamle Statens rasjonaliseringsdirektorat til nettopp Statskonsult.[80] Det hadde han gjort som et ledd i arbeidet med å skape "den nye staten", altså den mer ledelsesprofesjonaliserende, mer målstyrende, staten. Han var blitt en offensiv talsmann for disse tankene, som hadde sitt utspring i Storbritannia under Margaret Thatcher (1925–2013) og USA under Ronald Reagan (1911–2004), og som var introdusert i Norge under regjeringen Willoch (1981–1986) og ført videre av regjeringen Brundtland II (1986–1989). Juristen Hambro hadde også, som medlem av et statlig utvalg ledet av finansråd Tormod Hermansen (f. 1940), nettopp (i 1989) vært med på å utarbeide rapporten *En bedre organisert stat*.[81] Økonomen Norbom hadde forståelse for disse tanker, uten selv å være "ideologisk" fenget av dem: Han var, som vi har påpekt, preget av sin politiske bakgrunn, og var blitt en utpreget pragmatiker. Men Hambro var også av andre grunner attraktiv for Norbom. Han hadde vært sjef for Statens forurensningstilsyn (1981–1986), og som sådan en tid hatt mye, og god, kontakt med miljøvernminister fra 1981 til 1983, Wenche Frogn Sellæg. Sosialminister Sellæg ville gjerne ha ham som utreder for seg nå. Hans måte å forstå etatsdirektørrollen på hadde tiltalt henne. Kanskje kan Hambro også ha vært attraktiv både for statsråden og departementsråden av mer diffuse politiske grunner: Han tilhørte et Høyre-dynasti, som sønn av Edvard Hambro (1911–1977), professor og tidligere

[79] Vi har fått opplysninger til dette avsnitt fra Wenche Frogn Sellæg (12.8.09), Jon Ola Norbom (21.7.09), Christian Hambro (6.1.10) og Thomas Mauritzen (11.8.09).
[80] Institusjonen ble opprinnelig etablert i 1947 som Rasjonaliseringskontoret, fra 1948 kalt Statens rasjonaliseringsdirektorat, og fra 1986 Statskonsult (egentlig Direktoratet for forvaltningsutvikling). Han satt som sjef for R-direktoratet til 1992.
[81] Som et ledd i statsmoderniseringen kom det fra 1987 en rekke programmer og utredninger: *Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen*, Forbruker- og administrasjonsdepartementet, 1987; NOU 1989: 5, *En bedre organisert stat*; St.prp. nr. 87 (1989-90), *Om videreutvikling av statens organisasjons- og budsjettsystem*, Finansdepartementet. Vi skal komme tilbake til disse dokumenter og den forvaltningspolitikk de er uttrykk for.

høyrestortingsmann, og sønnesønn av den gamle høyrekjempen, C. J. Hambro (1885–1964), men var selv arbeiderpartimann (statssekretær i Justisdepartementet i 1986). Norbom kjente jo også indirekte til Christian Hambro: Han hadde hatt kontakt med hans far, Edvard, da denne i årene 1973 til 1976 var norsk ambassadør ved EFTA og FN-organisasjonene i Geneve. Allikevel, Hambro var nok mer enn tidstypisk nyttestatsmann enn Norbom. Det skulle etter hvert, særlig i Norbom II-prosessen, vise seg.

Å ta med Thomas Mauritzen i den hemmelige utredningsgruppen var heller ikke unaturlig. Mauritzen hadde lang erfaring med forvaltningsarbeid. Han var sentral i delingsprosessen i 1983 og hadde, som vi har sett, medvirket i de fleste omordningssaker etter delingen. Han var blitt departementets fremste "forvaltningsteoretiker". Han var diskret, forsiktig og embedsmannskorrekt. At han kom fra administrasjonsavdelingen kunne også være en fordel; formelt var han ikke en av "partene". Han hadde også Norboms fulle tillit.

Den gruppen Norbom satte sammen var formelt en partsnøytral gruppe. Norbom selv representerte, som departementsråd, "helheten". På et vis gjorde også Mauritzen det; den avdeling han kom fra var jo, innen departementets virkefelt, sektor- og interesseovergripende. Hambro representerte den uavhengige styringsfaglighet. Helseavdelingen, og dens sjef, Harald Hauge, var altså holdt bevisst utenfor: Alle fra helseavdelingen var formelt "partiske". Man kan kanskje si at ved å holde helseavdelingen utenfor legitimerte Norbom og departementet at de også holdt det viktigste underordnede forvaltningsorgan, Helsedirektoratet, utenfor.[82]

Men denne nøytraliteten var i og for seg ikke det sentrale for Norbom. Her dreide det seg om å utvikle ny (forvaltnings)politikk, og da var det den statsrådslige, altså den politiske, autoritet som hadde forrang for ham. Han og resten av departementet var da egentlig bare statsrådens forlengede arm; ja, de *var* på et vis statsråden. Det tradisjonelle medikratiet, som innebar at også politikk i noen grad skulle utvikles nedenfra i helsevesenet, representerte derfor en styringsmåte som ikke passet inn i den norbomske måte å tenke på. Slik var det i hovedsak også i 1983: Heiberg-gruppen, som forberedte delingen av Helsedirektoratet, var nedsatt for å konkretisere statsrådens ønsker.[83]

Politikkutvikling skulle på denne måten utvikles ovenfra og ned. Den skulle imidlertid det fordi det var demokratisk: Nedenfrastyringen kom inn via nasjonalforsamlingen og fortsatte til regjeringen før den eventuelt gikk tilbake til Stortinget for så å iverksettes med utgangspunkt i regjeringen. Som vi viste i første bind, ble imidlertid etter krigen, og særlig fra slutten av 1950-årene, denne måten å utforme politikk på, den parlamentarisk-demokratiske, i mange tilfeller modifisert ved at de "mest berørte" parter ofte fikk delta i den første fase av politikkutformingen. Der kom et innslag av korporatisme i det norske politiske system. Norboms første gruppe var altså ikke en slik korporativ gruppe. Gruppen var et uttrykk for at statsråden tenkte (seg om). Den "var" altså statsråden. Mauritzen hadde ikke problemer med denne måten å se det hele på. Hambro hadde det nok i noen grad.

Da Norbom ringte til Hambro, var han hemmelighetsfull. Han spurte om Hambro kunne komme til hans kontor, men ville ikke si hva saken gjaldt. Hambro måtte også holde tett med

[82] Norbom var opptatt av dette nøytralitetsspørsmålet i 1989, fremgår det av vår samtale med ham den 24.7. 2009.
[83] Ett av medlemmene av gruppen var riktignok Anne Alvik, som den gang var assisterende fylkeslege i Akershus, og slik sett kom fra fagmiljøet. Hun fungerte imidlertid på statsrådslige premisser; kfr. bind 1.

at Norbom hadde ringt ham.[84] Hambro sa straks ja til å komme til Norbom.[85] Han var både litt beæret og litt pirret. Da Norbom la frem saken for Statskonsult-sjefen hadde den siste noen innvendinger. Han sa at han godt kunne plukke ut en gruppe av fremragende utredere i sin egen organisasjon til å stå for utredningsarbeidet. Selv så han nå på seg mer som en leder enn som en utreder, selv om han forlengst var blitt en av de mest aktive talsmenn for statlig modernisering. ”Modernisering” var det ”overtalende”, eller ”forførende”, ord som nå gjerne ble brukt om styrings- og ledelsesprofesjonaliseringen av staten. Hambros underliggende syn var slik at retts- og særlig nyttestatligheten ikke bare skulle være underordnet, og en forlengelse av, ”politokratiet”. Den skulle til dels spille en fristilt rolle. Hambro var heller ikke like sikker som Norbom på om det var så viktig å holde arbeidet hemmelig for de mest berørte parter. På et eller annet tidspunkt måtte man i alle fall ”face the music”, partenes synspunkter, mente han. Ofte var det bedre å gjøre det før enn senere, mente Hambro.[86] Han lot seg imidlertid, og vi kan vel si selvsagt, ”overtale”, men fikk, nølende, Norboms tillatelse til å rådføre seg litt med sin medarbeider i Statskonsult, sosialøkonomen Terje Haugli Nilsen (f. 1952).[87] Slik ble han også etter hvert, både en litt nølende og en nokså engasjert talsmann for den norbomske måte å tenke på.

Norbom I: ”Weserübung”

Norbom, Hambro og Mauritzen satte igang rundt 9. april 1990, altså rundt femtiårsdagen for det tyske angrep på Norge.[88] Norbom, som hadde fått føle okkupasjonen på kroppen – han hadde sittet tre måneder på Grini før han i 1943 ble sendt til Tyskland, først til Sennheim, siden til Buchenwald og Neuengamme – syntes da det var naturlig å fleipe om det ”hemmelige” fremstøtet som ”Weserübung”. Dette kodeordet gikk jo igjen i avisene i dagene omkring 9. april.[89]

De tre utredere møttes ganske hyppig til lange luncher på Norboms kontor. Deltagerne ble traktert med kaffe, rundstykker og wienerbrød, betalt av departementsråden. Få i departementet var kjent med hva de tre hadde fore. Statsråden hadde det selvsagt; hun hadde løpende kontakt med Norbom. Det fulgte av hans styrings- og forvaltningsfilosofi: Departementet *er* Statsråden. Ellers hadde de mest sentrale ekspedisjonssjefer, Jan Madsen, Finn Høvik (1924–2008) og Harald Hauge[90], det. Statssekretær Geir Kjell Andersland var hverken involvert eller informert; han var travelt opptatt med andre helsepolitiske saker.[91]

[84] Da Hambros mor, Elisabeth (1916-2014), og fru Ellen Norbom (1930-2016) noe senere møttes i et selskap og den siste nevnte at fru Hambros sønn og hennes mann nå samarbeidet, stanset fru Hambro raskt fru Norbom: Dette kunne de ikke snakke om, for det var hemmelig. Hambro hadde altså ikke kunnet dy seg for å røpe litt til sin mor, men videre skulle det ikke gå. (Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 22.7. 2011.)
[85] De hadde møttes før, iallfall ved en anledning, nemlig ved et departementsrådsmøte, men kjente hverandre ikke godt.
[86] Opplyst av Christian Hambro i samtale den 6.1. 2010.
[87] *Ibid.*
[88] Antagelig satte de i gang noen dager før, men siden det var omkring denne spesielle dagen, ble starten for arbeidet forbundet med denne datoen.
[89] Ordet var imidlertid ment som en spøk fra Norboms side. Spøken var imidlertid typisk norbomsk.
[90] Hauge ville gjerne ha informert sin nestkommanderende, Andreas Disen, om den hemmelige utredningen, men Norbom sa nei til det. (Opplyst av Disen i intervju med Einar Vetvik 4.3. 1993. Referatet av dette intervju har vi fått av Vetvik.)
[91] Opplyst av Geir Kjell Andersland i samtale 7.9.09.

Mange i administrasjonsavdelingen lurte på hva Mauritzen holdt på med – han var fristilt fra annet arbeid for fire måneder, og de fikk, eventuelt, til svar at han arbeidet med "beredskap".[92] Mange spurte også seg selv, og andre, hvorfor departementsråden hadde så lange møter med Christian Hambro. Men alle var diskret nok til ikke å spørre aktørene selv.[93] Helsedirektøren var, det lå i prosjektets natur, ikke informert. Han fikk heller aldri i løpet av prosessen noen mistanke om hva som skjedde på Norboms kontor.[94]

Mauritzen var formelt gruppens sekretær, men var i virkeligheten minst like mye medlem av gruppen som de to andre. Mauritzen førte, i all hovedsak, rapporten i pennen. De to andre, men særlig Hambro, bidro med notater og muntlige synspunkter. Muntlig var Hambro den mest offensive. Men mens Norbom og Mauritzen var nokså preget av konfliktene i helseforvaltningen, og hadde som et siktemål å beskjære Helsedirektørens mulighet for å stikke kjepper i hjulene for departementets ledelse, altså for den *politiske* styring, var Hambro vel så meget opptatt av å tilpasse den statlige helseforvaltningen til "den nye staten". Hambro representerte derfor mer av en fristillelsesfilosofi enn Norbom. På den annen side var han, som en som også hadde vært litt politiker, opptatt av at politikkutformingen skulle skje under statsrådlig kontroll. Han var åpen for at det ikke alltid skjedde i helsepolitikken. Han hadde lest Trond Nordbys (f. 1943) nylig utkomne (1989) biografi over Karl Evang,[95] og var slik blitt gjort oppmerksom på hvilken rolle medikratiet, altså legestyret, hadde spilt i helse*politikken*. Han fikk nå høre at Mork i noen grad hadde forsøkt å føre legestyret videre, delingen av forvaltningen i 1983 til tross. Han hadde intet imot å fortsette den avvikling av det gamle regime som var startet under regjeringen Willoch, men var samtidig opptatt av at det ikke bare burde skje gjennom en departemental "sosialisering" av styringen: Som en "ny statmann" ønsket han at mye av iverksettelsen av styringen skulle skje på et fristilt, faglig grunnlag, som han selv hadde praktisert det i Forurensningstilsynet, og som han nå ellers bidro til, som sjef for Statskonsult.

Rapporten, eller rettere sagt, "notatet", som er på 122 sider, samt noen vedlegg, ble skrevet under stort tidspress. Den ble også skrevet under et stort "politisk" press: Gruppens medlemmer, men først og fremst Norbom, visste at dens forslag ville skape støy. De brukte derfor lang tid på å trekke konklusjoner. Disse ble ikke trukket før utpå sommeren (1990). "Ingen visste hvordan vi, i Himmelens navn, skulle kunne løse dette problemet, for å si det sånn, med minst mulig blod", bemerker Norbom mange år senere.[96]

Da det nærmet seg slutten av arbeidet med "notatet" skrev departementsråden et *strengt fortrolig* notat til statsråd Wenche Frogn Sellæg. Det er datert 10. oktober (1990). Her omtaler Norbom arbeidsformen slik:

> *Arbeidsformen har vært samtaler mellom Hambro, Mauritzen og meg selv, ofte basert på notater skrevet av de to førstnevnte. Det har også vært en god del direkte kontakt*

[92] Mauritzen hadde jo beredskap som sin spesialinteresse, så det var fristende å "lyve" om det. (Opplysning gitt av Jon Ola Norbom i samtale med Einar Vetvik 11.3. 1993. Referatet av dette intervju har vi fått av Vetvik.)
[93] Fremstillingen her og i det følgende er i stor grad basert på samtaler med Wenche Frogn Sellæg, Jon Ola Norbom, Christian Hambro og Thomas Mauritzen.
[94] Opplyst av Anne Alvik i samtale 28.10.10.
[95] Trond Nordby, *Karl Evang – En biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.
[96] Jon Ola Norbom, samtale 9.9.09.

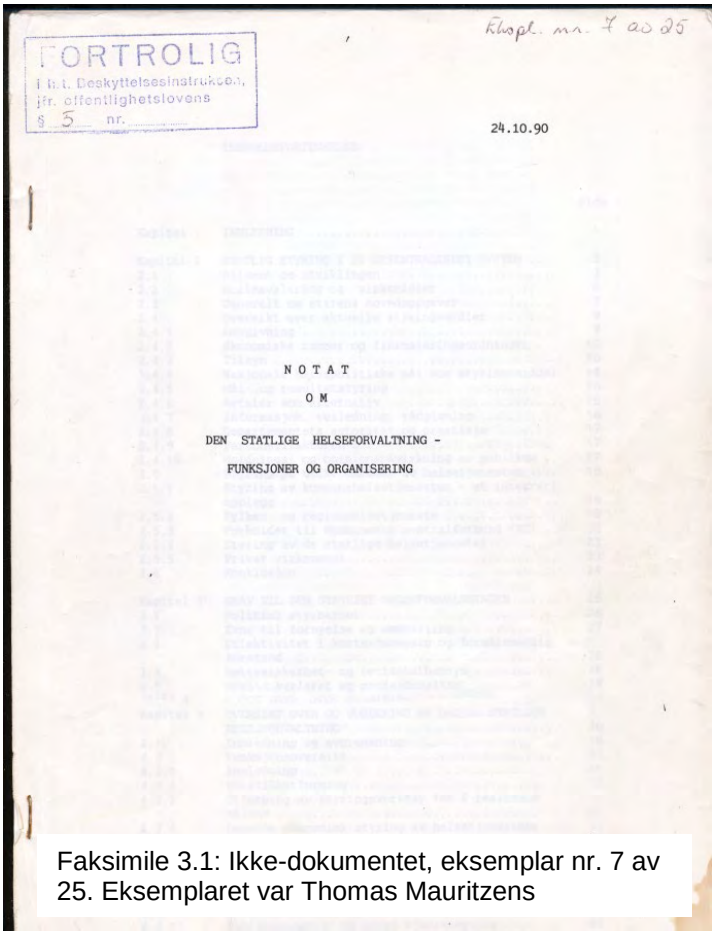
mellom Hambro og Mauritzen. Mauritzen har vært drivkraften i arbeidet og notatet er ført i pennen av ham.[97]

Norbom hadde som sagt hatt løpende kontakt med statsråden under arbeidet med det notatet gruppen skulle utarbeide, men nå, 10. oktober, ber han om signaler hva angår konklusjonen: ”Først etter samtale med deg vil den endelige konklusjonen i notatet bli skrevet og tatt inn i innledningskapitlet”. Han føyer til: ”Likeledes vil vi gjerne diskutere med deg opplegg til oppfølging”. Hambro, som jo fra starten av hadde vært opptatt av å få de berørte organer i tale, foreslo at notatet skulle fremlegges i et møte med representanter for nettopp disse organer. Forslaget ble fremlagt for statsråden, som umiddelbart aksepterte det. Slik ble lederne for de viktigste statlige helseforvaltningsinstitusjoner, altså Norboms konsernlederforum, pluss noen til, invitert til et møte for å diskutere notatet. Norbom ønsket at dette møtet skulle holdes på et konferansested utenfor Oslo. Slik ble det også. Møtet ble holdt på Staur Gjestegård i Stange (se bildet) vestbygd ved Mjøsas bredd fredag den 26. og lørdag den 27. oktober 1990, to og tre dager etter at notatet var ferdig.

[97] Notatet, på én side, er stilet til Statsråden og har bare referansen JON/MES. Det er altså gjort ”STRENGT FORTROLIG”.

Staur Gjestegård hvor møtet om "Ikke-dokumentet" fant sted den 26. og 27. oktober

Før vi omtaler møtet på Staur, skal vi se nærmere på hva gruppen kom frem til. Notatet, som var stemplet "FORTROLIG", ble trykket i 25 nummererte eksemplarer. Den hadde den tørre tittelen "Notat om den statlige helseforvaltning – funksjoner og organisering"; kfr. faksimile 3.1.[98] Vi må føye til at når Norbom var så opptatt av å benevne rapporten, eller utredningen, hans gruppe hadde laget som "notat", så hadde det bestemte grunner. Et notat er et internt arbeidsdokument, en rapport eller utredning eller lignende, er et mer endelig produkt, noe som noen offisielt stiller seg bak, for eksempel et korporativt sammensatt utredningsutvalg, og som har en formell autoritet og status. Et notat kan, som arbeidsdokument, unntaes fra offentlighet, eller iallfall behandles bare innad i departementet. En rapport eller lignende må, eller bør, gjøres mer alment kjent. At gruppens produkt forble et notat var altså et ledd i den sentraliserte styring av omordningsprosessen departementet, etter forslag fra departementsråden, og godkjennelse av statsråden, drev.


FORTROLIG
i h.t. Beskyttelsesinstruksen, jfr. offentlighetslovens § 5 nr.

Kopi nr. 7 av 25

24.10.90

N O T A T

O M

DEN STATLIGE HELSEFORVALTNING -

FUNKSJONER OG ORGANISERING

Faksimile 3.1: Ikke-dokumentet, eksemplar nr. 7 av 25. Eksemplaret var Thomas Mauritzens

♦

Norbom og gruppen fikk virkelig arbeide i fred. Noen få på toppen i departementet visste, som vi har sett, hva gruppen holdt på med, men denne kretsen vokste neppe underveis. Noen kan nok ha ant noe; blant annet Hans Ånstad, men kanskje ikke flere.[99] Der lekket heller intet ut fra Gruppens arbeid. Torbjørn Mork og Anne Alvik ante intet. Den eneste "remissinstans" gruppen hadde, var den svært travelt opptatte statsråd. Hun ble løpende orientert av departementsråden og fattet

[98] Det var datert 24.10.90.

[99] En dag, trolig sent på våren, kom Mauritzen til ham og stilte noen spørsmål om kommunehelsetjenesten og om hvordan staten skulle forholde seg til de i prinsippet frie kommunene. Det gav Ånstad noen indikasjoner om hva det var Norboms lille gruppe arbeidet med. Ånstad var imidlertid ingen "farlig" mann å gi "anelser". Han tilhørte Norboms lojale medarbeidere, og gikk heller ikke videre med sine "anelser". Denne informasjonen fikk vi av Ånstad i samtale 28.10.10.

økende interesse for saken, til tross for alle de andre sakene som krevde så mye av hennes oppmerksomhet: endog regjeringens eksistens var truet. ”Pennefører” Mauritzen erindrer at statsråden ved en anledning sa, ”gi meg mer”: ”Dette er spennende som en kriminalroman”.[100] Gruppeformann Norbom følte hele tiden at han hadde statsråden med seg, selv om notatet jo forble et arbeidsdokument og ikke på noen måte forpliktet statsråden. Men den positive interesse fra toppen ble en kilde til inspirasjon for lønnkammertenkerne.

Statsråden, som siden, som stortingsrepresentant, skulle komme i opposisjon til Norbom, er i dag mer forbeholden i sin omtale av hvordan hun stilte seg til ”notatet”. Hennes erindringer kan være påvirket av det standpunkt hun senere inntok, men som vi skal se kan det også tenkes hun hadde en del, ennå ikke tydelig formulerte motforestillinger mot den norbomske tenkning. Hennes tidlige utspill, som vi skal komme tilbake til, om at Helsedirektøren ikke lenger behøvde å ”ligge lavt”, er et tegn på det. Hun hadde jo også fra sin tid som miljøvernminister følt ordningen med et selvstendig fagdirektorat, det forurensningsdirektorat Hambro ledet, som god. Den ordningen lignet jo dessuten den man etter omordningen i 1983, gjennomført av Willoch-regjeringen, hadde på helseområdet. Hva selve utredningsarbeidet angikk, er det nok imidlertid grunn til å tro at Norbom og hans medutredere oppfattet hennes signaler som oppmuntrende. Hadde de ikke gjort det, ville de ikke kunnet stå på som de gjorde. De var jo helt avhengig av at de følte at hun gav deres prosjekt sin fulle politiske støtte. Hele det norbomske prosjekt stod og falt med statsrådsstøtten: Det var et hierarkisk fundert, et ”maktfundert”, prosjekt.[101] Som vi har sett skulle det også, etter Norboms styringsfilosofi, være det.

Det ”hemmelige” dokumentet

Norbom, Hambro og Mauritzens rapport er formelt helt sosiologisk. Den gjelder helseforvaltningens *ordning*. Den er taus om det som har med psykologi, med personer, å gjøre. Psykologien er en bakgrunn, men slår allikevel indirekte inn i dokumentet. Det er imidlertid åpenbart at det ikke var så vanskelig for gruppen å finne sosiologiske (ordningsmessige) grunner til å se på forvaltningens oppbygning og foreslå reformer som ”passer” med ”psykologien”, personhensynene. Som vi har sett, innebærer den lange tendensen i forvaltningsutviklingen økende spesialisering og profesjonalisering. De tre ser det og tar konsekvensen av det. I noen grad er det imidlertid én spesialiserings- og profesjonaliseringsmulighet de tre ikke helt får fulgt opp. Det skal få viktige konsekvenser.

Notatet har seks kapitler. Det første er et innledningskapittel. Det annet gjelder ”Statlig styring i et desentralisert system”. Utrederne tar altså utgangspunkt i noe av det som hadde skjedd i syttiårene og begynnelsen av åttiårene, og som for så vidt var noe av bakgrunnen for delingen av Helsedirektoratet i 1983, nemlig desentraliseringen av ansvaret for tjenesteytelsen. I dette kapitlet omtales imidlertid også forvaltningspolitikkens utvikling, eller fremveksten av det som etter hvert skal kalles en ”ny offentlig ledelse”. Den historiske og pre-diagnostiske analysen i kapittel 2 konkluderes i kapittel 3, kalt ”Krav til den statlige helseforvaltning”. Her pekes det på hvordan utviklingen av både helse- og forvaltningspolitikken stiller en del krav til organiseringen av helseforvaltningen. Diagnosen

[100] Opplyst av Mauritzen i samtale 11.8.09. Mauritzen fortalte den gang dette til Norbom, som stadig husker det (samtale 7.8.09).
[101] Redegjørelsen her er delvis basert på samtaler med Norbom, 9.9.09, med Sellæg 12.8.09, med Mauritzen 11.8.09 og med Hambro 6.1.10.

stilles så i kapittel 4, kalt ”Oversikt over og vurdering av dagens statlige helseforvaltning”. I kapittel 5 drøfter notatforfatterne de mulige ”terapier”. De har kalt kapitlet ”Alternative skisser til ny organisering”. Til slutt, i kapittel 6, vurderer forfatterne de ”Administrative og økonomiske konsekvenser” av sine forslag. Notatet er altså bygget opp med en tydelig logikk.

Når notatforfatterne i den (pre)diagnostiske delen tar utgangspunkt i to utviklingstendenser, tendensen mot ”sosialisering” av det utøvende ansvar og fremveksten av en stadig mer målorientert offentlig styring, tar de utgangspunkt i to former for logikk, den politiske legmannslogikk og den økonomisk-modernistiske nyttelogikk. Den første logikk kommer imidlertid i to utgaver, en lokal og en sentral. Den sosialisering av det utøvende ansvar som var skjedd fra midten av 1970-årene, var en lokal sosialisering. Det skapte utfordringer for den som ønsket nasjonal sosialisering, og som dertil ønsket å kombinere en slik sosialisering med den nye, nyttestatlige, målstyringen. Norbom og hans medutredere forsøkte å kombinere de tre logikker. Som en statsrådslojal departementsråd hadde ikke Norbom noe valg. Han måtte ta til etterretning den lokale politisering; den var jo vedtatt, eller ført videre, av dem han først og fremst skulle betjene, sine politisk foresatte. Men han måtte også forene denne styringen, og den nasjonal-politiske, med målstyringen; også målstyringen var jo nasjonal-politisk bestemt.

Nyttestatstenkningen innebærer en mer mål- eller resultatorientert styring; altså den type styring som kommer med ”den nye staten” og ”den bedre organiserte staten”, eller mer alment, med den ”nye offentlige ledelse”. Denne styringsmåten, som for alvor slo igjennom i Norge i slutten av åttiårene, fordrer stor grad av frihet for de målrealiserende institusjoner, i dette tilfelle preklinikken og klinikken. Målstyringen måtte altså kombineres med rammestyring; eller stor grad av fristillelse og enten rammebudsjettering eller finansiering gjennom salg av tjenester. Det var slik styring det nå ble lagt til rette for, også for de tjenestegrener kommuner og fylkeskommuner hadde (fått) ansvaret for. Men satt på spissen innebar jo denne styring at de tjenesteytende institusjoner bare skulle forholde seg til den statlige styring, ikke den lokale, legmannsbaserte. De nyttestatlige styringstenkeres håp var at kombinasjonen av mål- og rammestyring ville gjøre lokalpolitikerne til mer profesjonelle ledere, og de lokale helsevesener til en slags fylkeskommunale og kommunale foretagender. Den skjellsettende St. meld. nr. 9 (1974–75), som Stortinget sluttet seg til våren 1975, pekte tydelig i en slik retning. De sa det aldri eksplisitt slik, Jo Asvall (1931–2010) og helseplanleggerne fra 1970-årene, eller de nyttstatlige forvaltningsstrategene fra 1980-årene. Heller ikke den hemmelige Norbom-gruppen gjorde nå det. Det kunne den ikke. Det ville utfordret ”politokratiets” lokale representanter for sterkt. Man kan imidlertid si at de i noen grad tenkte slik, eller at deres håp gikk i denne retning

Men med sine resonnementer understreker de hvorfor de mener tiden er løpt fra det store, og på gammeldags vis styrende, helsedirektorat. De understreker slik også hvordan de mener Helsedirektoratet ikke har oppdaget den nye tid. Direktoratet fortsetter i altfor stor grad å (detalj)forvalte. Meget mer av denne forvaltningen bør bort, helt bort. Meget av den som ikke ennå kan taes bort, kan overlates til fylkeslegene. Norboms gruppe var oppmerksom på at Helsedirektoratet nå hadde startet arbeidet med selv å innføre målstyring og, mer alment, virksomhetsplanlegging. For gruppen hadde imidlertid ikke det ennå gitt seg utslag i en særlig mer nyttestatlig holdning overfor det utøvende helsevesen. Gruppen syntes Helsedirektoratet hadde en for utvendig og halvfordøyet holdning til den nye tid, og dens ledelse. Men forholdet var jo at Helsedirektøren bare motvillig hadde avfunnet seg med lokalpolitiseringen av mesteparten av klinikken. Det andre omtalte som desentralisering av klinikken var for

Helsedirektøren først og fremst en avmedikratisering av den: faglinjen nedover var svekket, ja, nesten fjernet.

Den nye offentlige ledelse, med mål- og rammestyring, var en overordnet styring. Den måtte ha departementet som utgangspunkt. Den krevde at plan- og strategiutviklingen skjedde i departementet. Den krevde også at den overordnede iverksettelsen, og den var i grunnen en stor del av iverksettelsen, skjedde i regi av departementet. Endelig krevde den at meget av kontrollen – og tilsynet kunne delvis defineres som en form for kontroll – nå måtte skje i regi av departementet. Den ville jo i stor grad bli preget av resultatrapportering. Den nye styring og ledelse krevde altså en styrkelse av departementet. Alle egentlige styringsoppgaver måtte samles i departementet, iallfall så lenge direktoratet ikke ville være et *styrt* direktorat, som de teknisk pregede direktoratene i stor grad var.

La oss legge til: Siden det utøvende ansvar for helsevesenet var lagt til lokal-politiske organer kunne ikke styringen fra toppen være rent målorientert og nyttestatlig. Den måtte også være leg-politisk. Iverksettelsen av politikken innebar politikk. Bare det øverste politiske organ, altså departementet, kunne iverksette slik. Direktoratets ”medikratisk-kasuistiske” måter å gjøre det på, var nå blitt helt ”umulig”. Men denne lege styringen ovenfra illustrerte jo også en spenning i Norbom og hans folks måte å tenke på. Jo mer legmannspreget styringen blir ovenfra, og så nedenfra, jo mer utfordres målstyringen. Norbom så det, og var ingen ideologisk nyttestatsmann, om han enn var økonom. Når politikken, altså demokratiet, krevde det, måtte nytteprofesjonaliteten vike. Norbom hadde ikke glemt sin tid som politiker.

Men hvis styringsoppgavene nå skulle ”sosialiseres” (til departementet), hvilke nasjonale helseforvaltningsoppgaver ville så bli igjen, og hvor skulle de legges?

Som det var, hadde staten stadig ansvaret for en del tjenesteytende virksomheter. Ikke alle slike var fristilt gjennom desentraliseringen. Det gjaldt en del sykehus, blant annet Rikshospitalet og Det Norske Radiumhospital, som var administrert delvis under statssykehuskontoret i Sosialdepartementets administrasjonsavdeling (budsjett- og økonomiforvaltning) og delvis under Helsedirektoratets administrative avdeling (lønns- og personalsaker). Det gjaldt også flere statlige institusjoner som ytte tjenester av preklinisk art (forebyggelse, helsefremme), som (delvis) Statens institutt for folkehelse, Statens institutt for strålehygiene og Statens helseundersøkelser, og som nå lå under Helsedirektoratet.

Nyttestatlig sett skulle ikke slike institusjoner ledes som om de var en del av forvaltningen. De skulle fristilles og ledes på en profesjonell, resultatorientert måte. Sykehusene kunne overlates til (fylkes)kommuner, men de prekliniske institusjoner fungerte nasjonalt og måtte være statlige. Gruppen foreslo ikke å overføre sykehusene til én eller to (fylkes)kommuner. Den foreslo i stedet å la alle de tjenesteytende statlige institusjoner, eller deler av dem, bli samlet i ”Driftsorganet statssykehusene og andre tjenesteytende virksomheter m. v.” Dette organ skulle så få et såkalt ”profesjonelt styre”. Gruppen antydet også at det burde vurderes å slå sammen, både organisatorisk og fysisk, de prekliniske tjenesteytende enheter.

Oppgaven med å overvåke behovet for helsetjenester, den samfunnsdiagnostiske, eller epidemiologiske, oppgave, og oppgaven med å følge helsefagutviklingen (tilbudsutviklingen), var spredt på mange institusjoner, blant annet Helsedirektoratet, Statens institutt for folkehelse og de epidemiologiske registre. Disse oppgavene er svært helsefaglig preget, men tydelig forskjellige. Samtidig er de av stor styrings- og forvaltningsmessig betydning, både oppstrøms og nedstrøms. De som tar seg av oppgavene trenges oppstrøms som premissgivere i plan- og

strategiutviklingsarbeidet, og nedstrøms som rådgivere overfor tjenesteytende institusjoner og til dels også overfor publikum (hva gjelder forebyggelse og helsefremme).

Gruppen ville samle arbeidet med disse oppgavene i et nytt, nokså stort, helsefaglig kompetansesenter. Det skulle altså være et rådgivende organ, oppover og nedover, og som sådant nokså selvstendig. Egentlig skulle det være en kombinert akademisk og forvaltningsmessig institusjon. Ved at alle kompetanseorganer (av dette slag) ble samlet, skulle det få en helt annen slagkraft enn dagens mange institusjoner hadde. Det ville bli et nasjonalt institutt for helse.

Gruppen var klar over at dette kompetanseorganet representerte det mest uvanlige i dens skisse til organisasjonsforslag. ”Et rendyrket kompetanse- og rådgivningsorgan av den type og det omfang det her er tale om, vil formodentlig være en nyskapning i forvaltningen, og bryte med vanlig forvaltningspraksis”, skriver gruppen, og fortsetter: ”På den måten kan en slik løsning ses på som et innovativt eksperiment som kanskje kan ha mer allmenn interesse. – På den annen side kan en slik nyskapning bli vanskelig å forholde seg til for omverdenen, ..”[102] Men helt uvanlig var ikke gruppens kompetansesenter. Det representerte jo delvis en samling av allerede eksisterende ”kompetanseorganer”, nemlig epidemiologiske (samfunnsdiagnostiske) sådanne. Forslaget var mer nyskapende for så vidt som det ville lage en institusjon som også systematiserte det å følge tilbudsutviklingen (helsefagutviklingen). Man kan si det slik kom en utvikling som var iferd med å komme, litt i forkjøpet – etableringen av sentre for teknologivurdering og kunnskapsovervåkning. Det var også nå den beslektede idé om en evidensbasert medisin var iferd med å bli lansert. Det skjedde i 1990.[103]

Der gjenstod to, kanskje tre, oppgaver. Den første var den ”gjenstående” forvaltningsmessige iverksettelse. Den, eller de to, andre var tilsynet og klagebehandlingen. Gruppen ville gå langt i retning av å sende de tradisjonelle forvaltningsoppgavene myndighetene ville bli sittende igjen med, også etter overgangen til mål- og rammestyring, ned til fylkeslegene. Den var samtidig klar over at dette ville ta tid og at det ville bli vanskelig å bli kvitt, eller få delegert, all forvaltning. Gruppen ”krøp derfor til korset” og la de gjenværende tradisjonelle forvaltningsoppgaver til det kompetanseorgan den foreslo. Dette ble slik ”Kompetanse- og forvaltningsorganet”. Det var ikke helt risikofritt: Forvaltningsoppgaven kunne lett kan bli en gjøkunge i kompetanse- og forvaltningsorganet. Organet kunne slik nesten bli en videreførelse av det direktorat gruppen ville ha bort. Nettopp derfor ville imidlertid dette organet også kunne oppfattes som mindre provoserende for Helsedirektøren. Gruppen foreslo ellers å la fylkeslegene forvaltningsmessig sortere under kompetanseorganet, selv om den også ville la departementet få ha en linje ned til fylkeslegene.

Tilsynsoppgaven forståes i notatet (s. 84) som informasjonsbearbeidelse og formidling nedover og oppover, ”normering” i fag- og jussaker, det å gi ”visse forskrifter”, veiledning til ”ytre etat”, det å gi pålegg om klanderverdige forhold og endelig det å ”Føre tilsyn med apotekene”. De fire første oppgavene er det i hovedsak mer naturlig å se på som

[102] *Notat om den statlige helseforvaltning – funksjoner og organisering*, s. 78.

[103] Det var miljøet i klinisk epidemiologi omkring David Sackett ved McMaster’s University i Canada som utviklet ideen om evidensbasert medisin. Den som fant på betegnelsen (våren 1990) var den amerikanske lege og matematiker David M. Eddy (f. 1941). Kfr. David M. Eddy (1990). "Practice Policies— Where Do They Come from?", 263. *Journal of the American Medical Association*, b. 263, s. 1265, 1269, 1272, 1275. Kfr. også Evidence-Based Medicine Working Group, ”Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine”, *Journal of the American Medical Association*, b. 268, nr. 17, 1992, s. 2420-2425 og Jeremy Howick, *Evidence-Based Medicine*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2011, s. 15.

iverksettelsesoppgaver av juridisk og pedagogisk art. De to siste er de egentlige tilsynsoppgaver, altså det å se til at de institusjoner og fagpersoner som yter helsetjenester og selger medikamenter gjør det på en helsefaglig og etisk forsvarlig måte, og at de har gode ordninger for egentilsyn. Disse oppgaver foreslo gruppen å legge dels til departementet, dels til kompetanse- og rådgivningsorganet og dels til fylkeslegene. Diskusjonen på dette punkt er imidlertid ikke klar, så det er vanskelig å si nøyaktig hva gruppen foreslo. Under diskusjonen på sidene 84 til 87 virker det som om de egentlige tilsynsoppgaver i hovedsak er flyttet opp (til departementet) og ned (til fylkeslegene), men særlig det siste. Det nevnes at departementet i stor grad kan delegere tilsynsmyndighet til fylkeslegene, for så vidt utenom det organ fylkeslegene ellers skal sortere under, kompetanseorganet. Kompetanseorganet ser først og fremst ut til å være tiltenkt en rådgivende rolle, oppover og nedover, i tilsynsspørsmål. I det organisasjonskart som finnes på s. 115 er imidlertid Kompetanse- og tilsynsorganet tillagt "den sentrale tilsynsfunksjon".

Ansvaret for klagesaksbehandlingen i første instans, foreslo gruppen å legge til organer hos eierne av de tjenesteytende institusjoner, altså kommunene, fylkeskommunene og staten (driftsorganet). Fylkesmennene kunne så være saksbehandlere i annen instans, mente gruppen.[104] Gruppen drøftet muligheten for å ha en sentral klagenevnd, noe à la Trygderetten, men valgte altså å gå inn for den lokale ordning. For gruppen samsvarte den mest med den mer almene desentralisering av ytelsen av helsetjenester som var kommet til å prege norsk helsevesen siden syttiårene.

Gruppens forslag kan illustreres som vist i figur 3.1.

Vi skal kommentere noen sider ved forslaget.

Det preges altså særlig av en kombinasjon av nasjonalpolitisk og nyttestatlig logikk. Den nasjonale politiske logikk er den overordnede, hele den strategiske rolle samles således i departementet, men den skal omsettes til praksis på en mest mulig nyttestatlig måte. Spesielt kommer nyttestatsorienteringen til uttrykk i forslaget om å opprette et driftsstyre og driftssekretariat for de tjenesteytende institusjoner; kfr. venstresiden i figuren. Betoningen av nyttestatligheten forsterkes i dette henseende ved at gruppen ser sitt forslag i sammenheng med det ferske forslaget fra det såkalte Andersland-utvalget om å profesjonalisere ledelsen av sykehus.[105] Indirekte kan man si den lokale overtagelse av tjenesteyterrollen (fra 1970-årene av) forståes på en kombinert "politokratisk" og nyttestatlig måte. Rettsstatslogikken er ikke borte, men den er gjort mer instrumentell og er tilpasset nyttestatslogikken. Noe av dette kommer dog mer til uttrykk hva virkemåte enn hva struktur angår: Gruppen tenker seg at den

[104] For statsinstitusjonene skulle det i hovedsak bli Fylkeslegen i Oslo. Diskusjonen av klagebehandlingsoppgaven finnes i notatet på sidene 88 til 91.

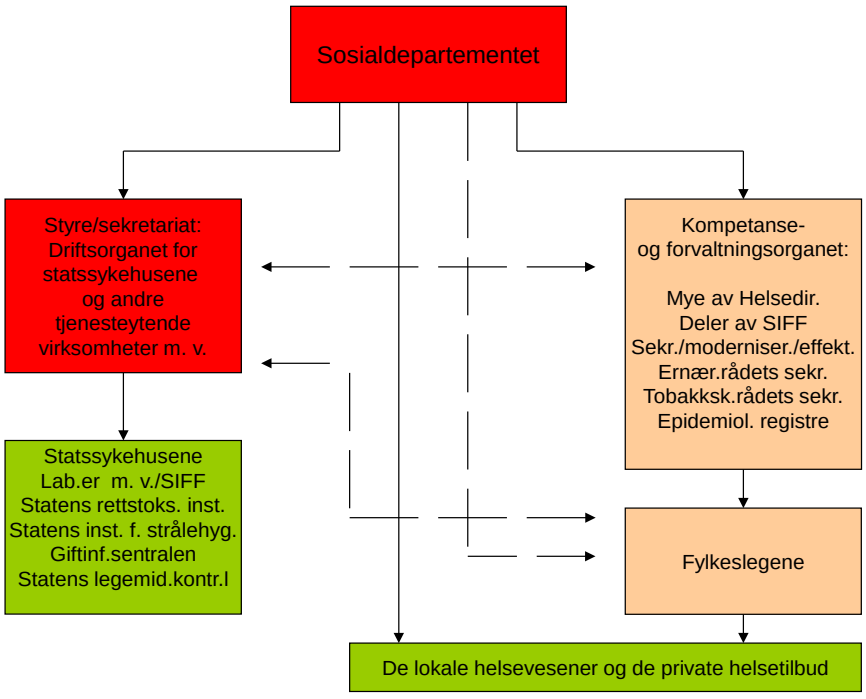
[105] Utvalget, eller arbeidsgruppen som den ble kalt, ble oppnevnt av Sosialministeren den 17. januar 1990 og leverte sin (enstemmige) innstilling i september samme år. Utvalget var ledet av Sosialministerens statssekretær, Geir Kjell Andersland (f. 1948). De drivende personer i utvalget var imidlertid de to meget kjente næringslivsdirektører Jan Erik Langangen (f. 1950) og Kjeld Rimberg (f. 1943). De fikk med seg utvalget for øvrig på å foreslå en selvstendiggjort, profesjonell ledelse av sykehus, en ledelse de, etter den amerikanske ledelsesrådgiveren George Kenning (1913-1988), kalte ansvarsledelse. I utvalget satt, foruten lederen og de to næringslivsfolkene, overlege Kolbjørn Forfang (f. 1935), sjefsykepleier Marit Lund Hamkoll (f. 1946), pasientombud Anne Ording Haug (f. 1942), viseadm. dir. Nils Wisløff (KS) (f. 1951) og eksp.sjef Harald E. Hauge. Innstillingen fikk tittelen *Ledelse i sykehus*, og ble publisert i september 1990 av Sosialdepartementet, altså ikke som en NOU.

tradisjonelle lovstyring delvis erstattes av målstyring, og en dertil tilpasset juridisk styring, nemlig en ramme- og fullmaktsstyring.

Organisasjonsfaglig er notatet vel gjennomarbeidet. Det er godt bygget opp, og preget av presis argumentasjon og tydelig poengtering. Det har imidlertid noen styringsfaglig svake punkter. De gjelder særlig forvaltningsoppgaven, tilsynsoppgaven og klagebehandlingsoppgaven.

Sett fra en nyttestatlig synsvinkel hadde det naturlige vært å skille ut og spesialisere forvaltningsoppgaven (iverksettelsesoppgaven) i langt større grad enn det gruppen foreslår, og å legge den til et forholdsvis fristilt direktorat, men gi den et innhold mer tilpasset den nyttestatlige målstyringen. Når Gruppen unnlot å gjøre det, altså å gå videre med 1983-ordningen, har det nok delvis med psykologi, altså personhensyn, å gjøre.

Gruppens frykt for å gi direktoratet forlenget liv, iallfall som det nå fungerte, var for stor til at den kunne antyde noe slikt. Erfaringen etter 1983 hadde jo vist at Mork ikke ville gå inn i en rolle som en tradisjonell direktør for et fagdirektorat. Han hang fortsatt i stor grad igjen i medikratitenkningen og var for opptatt av å gjenopprette sin "heisrolle", sin tilgang til Statsråden[106], og sin linje nedover til klinikken, mente gruppen. Samtidig insisterte han på, så lenge 1983-ordningen bestod, at direktoratet ikke bare kunne "brukes" som det passet helseavdelingen. Delingen skulle være skarp.[107] Spesielt for Norbom var det derfor nødvendig at direktoratet, som det nå fungerte, måtte bort. Like nødvendig var det at rollen som (institusjonell) helsedirektør forsvant. Restene av direktoratet måtte lenger ut, samtidig som mye av den myndighetsutøvelse som fortsatt lå i direktoratet, for eksempel tilsynsmyndigheten, måtte "sosialiseres", altså flyttes opp til departementet.



Figur 3.1: Den "hemmelige" Norbom-gruppens forslag til omordning av den sentrale statlige helseforvaltning 24.10. 1990

[106] Under den ordning som eksisterte fra 1945 (tildels 1941) til 1983 var Helsedirektøren både eksp.sjef (dep.råd) for helsesaker og selvstendig fagdirektør. Han hadde også direkte adgang til statsråden og var slik dennes rådgiver i helsepolitiske spørsmål. På begge måter befant han seg derfor i en heissituasjon: Han kunne virke på vegne av, og gjennom, statsråden, men også på vegne av seg selv. Dette er omtalt nærmere i første bind.
[107] Som vi skal se kom han også etter hvert til å se mer forståelsesfullt på delingen; han ble mer av en nyttestatsmann.

Nyttestatlig sett var en så stor grad av ”politisering” av styringen som gruppen foreslo, tvilsom. Den kunne overbelaste, og dermed hemme, ledelsen. Den nyttestatlig orienterte departementsråden hadde i Finansdepartementet erfart at det var hensiktsmessig å ”avpolitisere” en del oppgaver ved å overlate dem til direktoratlignende organer. I Sosialdepartementet erfarte han etterhånden at Helsedirektoratet ikke var som Norges Bank, eller (det tidligere) Riksskattestyret, eller Statistisk sentralbyrå, eller andre ”frittstående” sentrale forvaltningsorganer. Direktoratet måtte derfor bort, iallfall så lenge det ble styrt som det nå ble. Det var derfor det ble så viktig for Norbom og hans medtenkere mest mulig å begrense forvaltningsoppgavens plass i det senteret de foreslo. De klarte imidlertid ikke å fjerne den helt, og klarte heller ikke å definere tydelig hvilken del av den som må bli liggende i kompetanseorganet. De uklarheter i arbeidsfordelingen som delingen i 1983 hadde skapt, kunne dermed, iallfall i noen grad, komme til å bestå.

Men hvorfor var notatet så upresist hva angikk tilsynsoppgaven? Gruppen var slett ikke uoppmerksom på oppgaven og dens betydning. Med utgangspunkt i den nye loven som kom våren 1984, Tilsynsloven, ”oppdaget” Helsedirektoratet gradvis sin nye rolle. Også andre, særlig kommuner og fylkeskommuner, oppdaget denne rollen: De fikk føle dens virkninger. De sa også fra om det, til departementet. Det førte, som vi har sett, til at Helsedirektøren endog fikk beskjed fra politisk hold om å ”ligge lavt” i tilsynssaker. Kanskje er det her hunden ligger begravet? Gruppen var ikke uoppmerksom på tilsynet, men opptatt av å ”avpolitisere” utøvelsen av det. Ved å dytte flest mulig av tilsynsoppgavene ned på fylkeslegenivå, kunne de behandles ferdig nær fagutøvelsen og i et mer politikkfritt rom. Det var ”tryggere” å gjøre det slik enn å la mange av dem sendes opp til Helsedirektoratet, med den fare for utfordrende politisering det skapte. Helsedirektoratet fungerte undertiden som en megafon for vanskelige tilsynssaker, for eksempel saker om pleiestandarden ved sykehjem (i små kommuner). Gruppen ville at slike, potensielt pikante, saker ble sendt utenom ”megafonorganet” og direkte til departementet. Der kunne de underkastes ikke bare et medisinsk-juridisk, men også et politisk, skjønn. Departementet kunne ta tilbørlig hensyn til de institusjonelt tjenesteansvarlige, fylkeskommunene og kommunene; direktoratet gjorde ikke det. Det var blitt en pågående ”vaktbikkje”. I den sammenheng er det viktig at det foreslåtte kompetanseorgan ikke skulle ha myndighet, for eksempel til å gi institusjonene bestemte pålegg, eller beordre dem stengt.

At Helsedirektøren etter 1984 ble en ”vaktbikkje”, var ikke hans intensjon og slett ikke de medikratiskeptiske reformatorers *intensjon*. Men det var en ikke så unaturlig *funksjon*. I og med at de nye lovene og institusjonsendringene som var kommet i løpet av 1970- og første halvdel av 1980-årene overførte myndighet fra distriktsleger og overleger til kommunale og fylkeskommunale organer og tjenestepersoner, ble de sistnevnte adressater for det viktigste av den kritikk som nå kom. Det var fortsatt, ja, mer enn før, relevant å rette et kritisk blikk mot leger og annet helsepersonale. Men for så vidt som Helsedirektørens kolleger, de offentlige legene, nå alle var blitt arbeidstagere, var det, for Helsedirektøren mer, ja, langt mer, fristende å rette sitt kritiske blikk mot arbeidsgiverne. Denne kritikken ble imidlertid mer politisk enn kritikken mot helsetjenesteytere. Den ble en kritikk av bevilgningspolitikken. Ja, den ble en del av den generelle kritikk av politikere og arbeidsgivere som, etter avmedikratiseringen, var kommet til å bli et viktig, om ikke ganske nytt, innslag i den medisinske kultur. Helsedirektøren ble slik, sin posisjon som forvaltningsmann til tross, den fremste helsepolitiske opposisjonsmann. Vi kunne også si: Han ble et ”helseombud”. Tilsynsloven var forholdsvis åpen. Den kunne brukes strengt juridisk-faglig, men den kunne også brukes politisk-faglig. Den siste rollen er ombudsrollen. Torbjørn Mork ble, som vaktbikkje, like meget et ombud som en juridisk orientert tilsynsmann. Men det var en rolle som også hadde

noe tradisjonelt medikratisk over seg: Medikraten er verdiforpliktet og verdiforsvarende. Torbjørn Mork la nå spesielt vekt på helse og velvære, egalitært forstått. Han var, som vi har nevnt, først og fremst, skjønt ikke alltid,[108] en venstremedikrat.

Delingen av helseforvaltningen i 1983, og vedtagelsen av tilsynsloven i 1984, gjorde det vanskelig for Norboms første gruppe å fjerne Helsedirektørens vaktbikkjerolle nå, spesielt med den innstilling Mork hadde. Det var heller ikke så lett å *si* at det var dét gruppens medlemmer ønsket. Kanskje var det derfor den ble så vag hva angikk tilsynsoppgaven? Men ved å omdefinere Helsedirektoratet til et kompetanseorgan kunne man, iallfall i stor grad, ta fra det tilsynsoppgaven, samtidig som man kunne legge større vekt på de oppgavene som var knyttet til helsefagkompetansen. Ved å gjøre det siste kom man jo også Helsedirektoratet i møte på et viktig, og litt sårt, punkt.

Tilsyn var blitt viktigere siden 1983, selv om heller ikke Mork og Helsedirektoratet egentlig hadde startet profesjonaliseringen av oppgaven. Hadde de gjort det, hadde neppe Norboms gruppe behandlet tilsyn som den nå gjorde. Norboms gruppe kunne ha ”sett” den kvalitets-, kontroll- og tilsynseksplosjon som stod for døren ikke bare i Norge, men også internasjonalt: Vesten var på vei inn i det den britiske revisjonsprofessor Michael Power kaller ”The Audit Society”, ”revisjonssamfunnet”.[109] Gruppen så ikke det. Den gjorde det antagelig ikke også fordi det ”passet” den ikke å gjøre det. Den var for opptatt av de eksisterende problemer, det at Helsedirektoratet ”brukte” tilsynet politisk og politiserende. Den *måtte* redusere direktoratets mulighet for å fortsette å gjøre det.

I noen grad undervurderte nok Norbom og hans to utrederkolleger også styrken i den eksplosjon i rettighetsbevissthet som var iferd med å komme, og som skapte en klagebølge. Denne bølge var selvfølgelig nært knyttet til den revolusjon som skapte kravet om tilsynsprofesjonalisering. Forslaget om å desentralisere klagebehandlingen til fylkeslegene var et forslag om å forebygge, eller iallfall forsinke, spesialiseringen og profesjonaliseringen av klagebehandlingsoppgaven. Det var samtidig, som vi har påpekt, et forslag om å holde klagesakene på et nivå som skulle gi mindre politisk ”støy”. Det tør også være typisk for gruppens tenkning at den ikke vurderte å se tilsyns- og klagebehandlingen i sammenheng. Fra et profesjonaliserende synspunkt kunne de to oppgaver med fordel sees i sammenheng.

Disse ”svakhetene” i gruppens forslag, men spesielt svakheten hva tilsyn angår, skulle forplante seg til neste Norbom-prosess. Det skulle få alvorlige konsekvenser. Prosessenes *maestro*, Jon Ola Norbom, ergrer seg stadig over at han og hans medarbeidere i to runder ikke skulle se hva som var iferd med å komme. De var ikke alene om ikke å gripe fremtiden før den var der. Også ”vaktbikkja” selv, Helsedirektøren, var ”blind”. Men det kan nok være at Helsedirektørens ”politiserende” og konfronterende adferd bidro til at Norbom & Co. ikke så så godt så hva som var iferd med å komme. Mork hadde gjort dem nokså ensidig opptatt av å finne en ordning som frigjorde departementet fra hans hemmende favntak. De måtte ”uskadeliggjøre” ham. Da passet det ikke å gi tilsynsoppgaven en stor, ja en langt større, og mer fagliggjort, rolle.

[108] I endel henseender var han en tradisjonell forsvarer av legeinteresser, for eksempel i spørsmålet om legekonkurrenters, altså ”alternative” behandleres, plass i helsevesenet. Dette var et poeng som ble trukket frem av noen i striden om Helsedirektoratets videre skjebne i 1991-1992. Vi skal komme tilbake til det.
[109] Michael Power, *The Audit Society: Rituals of Verification*, Oxford: Oxford University Press, 1997.

♦

Gruppen vurderer i egne avsnitt de ulike institusjoners måte å virke på. Omtalen er forholdsvis nøytral hva gjelder de fleste institusjoner, men er utpreget kritisk hva gjelder Helsedirektoratet. Mer alment henviser gruppen til at Helsedirektoratet er preget av en tradisjon den omtaler som "(sentralistisk) fagstyre".

> *Den innebærer at helsevesenet fortrinnsvis bør styres av fagfolkene, og fra sentralt hold. Dette bygger igjen på det syn at de faglige hensyn bør være de overordnede, de politiske, økonomiske og andre hensyn bør være underordnede.*

Gruppen nevner at den tradisjonelle tildeling av myndighet til Helsedirektoratet og Helsedirektøren gjennom lovgivningen, er et uttrykk for dette fagstyre. Gruppen fortsetter:

> *Den nevnte tradisjon står i motsetning til en annen forvaltningsoppfatning, som vel er den vanlige: De faglige hensyn og vurderinger må inngå i og innordnes en samlet politisk og samfunnsmessig vurdering der en rekke hensyn – ikke minst de økonomiske – avveies mot hverandre. Det er dette sistnevnte syn som må legges til grunn også for den statlige helseforvaltningen.*[110]

Gruppen gjør det på denne måten klart at det som måtte være igjen av medikratiinnslag i Helsedirektoratets måte å virke på, måtte bort. Samtidig gir gruppen gjennom notatet uttrykk for at den viktigste av forutsetningene for at direktoratet skal representere et offensivt fagstyre allerede er borte: Direktoratet er ikke lenger "det ledende helsefaglige kompetanseorgan" (s. 60). Gruppen tegner et bilde av direktoratet som en stagnerende institusjon. Det evner ikke lenger å fungere som avansert helsefaglig rådgivningsorgan oppover, eller for den saks skyld nedover, heter det. Istedenfor har det redusert seg, eller latt seg redusere, til et enkeltsaksbehandlende forvaltningsorgan. Det er blitt et halvjuridisk "pliktløpsorgan". Den medikratiske rollen, eller fagstyrerollen, spiller direktoratet mest når det kommer med utfordrende politiske råd til departementetet og statsråden, gjerne gjennom pressen, eller når det spiller refserens rolle. Det siste gjør det, som vi har sett, særlig som tilsynsorgan.

Hvorfor evnet ikke lenger direktoratet å fungere som et ledende kompetanseorgan? Gruppen av byråkrater gir det svaret vi kan si den indirekte mener direktoratet selv burde ha gitt, nemlig at kompetanserollene, den epidemiologiske og den kunnskapsovervåkende, burde spesialiseres og profesjonaliseres. Direktoratet hadde hele tiden, fantasiløst, klaget over mangel på penger, men hadde oversett det viktigste: å ta inn over seg den nye rolle kompetanse ville spille. Direktoratet henger igjen, sier "byråkratene" indirekte, i kompetanse som noe i stor grad praktisk erfaringsbasert. Vi kan også si det slik: "Byråkratenes" indirekte måte å argumentere på er en del av deres nyttestatlig orienterte måte å angripe det tradisjonelle medikrati på. De vil beholde fagligheten, men vil nå at den skal sees på og behandles som annen teknisk kunnskap. De foregriper i noen grad det kunnskapssyn som snart for alvor bryter frem, også innad i medisinen som vitenskap – nemlig at kunnskapen er teoretisk og ikke praktisk basert – og som skal legge premissene for å underordne medisinen nyttestatligheten, eller nyttesamfunnet.

Økonomen Norbom, juristen Hambro og filologen Mauritzen argumenterer, som vi har sagt, *indirekte* slik. Vi har tillatt oss å stilisere og "modernisere" deres argumentasjon. Vi har gjort

[110] Begge sitatene er fra *Notat om..., op. cit.*, s. 59.

det for å vise slektskapet mellom deres form for argumentasjon og den som snart skal få en helt annen tyngde og som for alvor skal bringe den gamle medikratiske kultur på defensiven. Vi har også gjort det for å vise hvor ”skummelt” utfordrende de ikke-medisinske herrers argumentasjon var for Mork og hans legekolleger.

Gruppen er også kritisk til den måte Helsedirektoratet fungerer på som sykehussjef for statssykehusene, men også som forvalter av de mange kombinert faglige og forvaltningsmessige helseinstitusjoner, som SIFF og Statens helseundersøkelser. Det er for forvaltningspreget og for lite ledelsesprofesjonelt. Hva gjelder statssykehusene har direktoratets medikratiske innstilling således etterhvert gitt seg utslag i en ukritisk og passiv styring. Spesielt professorene på Rikshospitalet og Radiumhospitalet har fått det for meget som de vil, mener gruppen. Ja, at statssykehuskontoret ble opprettet i 1988 skjedde nettopp for å begrense det ”kameraderi” som preget forholdet mellom direktoratet og de ”professorale” klinikker; da fikk det heller være at dette innebar at klinikkene kom under dobbel ledelse.

I tråd med rettsstatlige hensyn peker gruppen også på at den medikratiske oppgaveintegrasjon gjør Helsedirektoratet inhabilt som tilsynsorgan overfor statssykehusene (og de øvrige statlige institusjoner).

♦

Norboms ”hemmelige” gruppe hadde noen ”politiske” problemer. Noen, blant annet knyttet til tilsynsoppgaven, har vi omtalt ovenfor. Her skal vi trekke frem et annet, politisk-prosessuelt, problem.

At gruppen hadde arbeidet i lønndom ville i seg selv bli et problem når notatet ble mer kjent: I norsk forvaltning er forventningene om medvirkning fra berørte parter sterkt forankret, både formelt, gjennom forvaltningsloven (1967), og uformelt, eller sedvanemessig. Den skjulte arbeidsmåten måtte man derfor vente ville bli brukt som et argument mot notatets innhold. Gruppen selv så imidlertid ikke på sin utredning først og fremst som et dokument som skulle føre til umiddelbar beslutningsfatning. Utredningen var først og fremst det, en utredning i statsrådens regi – et grunnlag for diskusjon og så konkretisering. Den skulle være et utgangspunkt for en offentlig prosess, ikke en erstatning for en sådan. Og slik sett, mente gruppens medlemmer, var den ikke spesielt uvanlig: En statsråd må kunne ”tenke seg om” på departementsplan før hun gjør prosessen offentlig. Spesielt for ”politokraten”, den parlamentarisk-demokratisk orienterte Jon Ola Norbom, var dette en selvfølge.

Gruppens forslag var videre, som vi nettopp har sett, svært utfordrende for de to største berørte institusjonene, Helsedirektoratet og SIFF, men særlig for Helsedirektoratet. Forslaget kan nok leses slik at det innebar at Helsedirektoratet skulle leve videre, fratatt endel oppgaver, men også gitt store oppgaver. Det kunne bli en ganske stor institusjon. Men gruppens forslag om å kalle det ”nye” Helsedirektoratet noe helt annet, og gruppens understrekning av at det ”nye” organet var en helt ny institusjon – riktignok en (teknisk) faginstitusjon (kalt kompetanseorgan), gjorde det svært sannsynlig at Helsedirektøren ville sette seg på bakbena. SIFF og dets myndige sjef siden 1984, Bodolf Hareide (f. 1937), ville trolig gjøre det samme, for så vidt som SIFF ville bli splittet opp og delene lagt både til driftsorganet og kompetanseorganet. De mindre institusjonene ville bli lagt inn i disse større organer, og slik miste både identitet og frihet. Det var derfor knapt noen grunn til å vente applaus fra disse heller. Men departementet ville selvsagt reagere positivt – på et forslag som det egentlig selv

hadde laget. Det var den store "vinner", slik forslaget så ut. Det ville bli markert styrket som det sentripetale organ. Styringsmakten skulle jo, slik Norbom så det, samles der den politisk-demokratisk hørte hjemme, hos statsråden, og indirekte hennes oppdragsgivere i regjering, storting og folk.

Det ganske omfattende notatet ble, som sagt, ferdigstilt den 24. oktober. Det ble lagt frem til en første, og siste, diskusjon på det allerede nevnte møtet på Staur Gjestegård bare to-tre dager senere, nemlig den 26. og 27. oktober. Offentliggjort (nedgradert) ble det imidlertid aldri.

Statsråd Sellæg, omordningen og den videre politikk

Før vi "drar" til Staur, skal vi komme tilbake til statsråd Sellægs tanker om omordningen av helseforvaltningen.

Arbeidet i tremannsgruppen startet analytisk. De tre begynte sitt arbeid med å klassifisere forvaltningsoppgavene, fortsatte med å tegne et bilde av hvor og hvordan oppgavene ble utført og drøftet så hvor godt oppgavene ble utført og hvor godt de ulike organer virket. De satt nesten som i en "boble". Den politiske dramatikk som utfoldet seg rundt dem, mer registrerte de enn de tok den inn over seg. De var oppslukt av sitt arbeid. De arbeidet godt sammen. De følte at de fikk det til. Statsråden fikk etter hvert se utkastene og meldte tilbake, som vi har sett, at dette så spennende ut. Hennes reaksjoner var slik oppmuntrende og inspirerende for gruppen. De følte at de hadde henne med seg. Den følelsen tok de med seg da de tok fatt på den "terapeutiske" del av arbeidet. Det gjorde de imidlertid først mot slutten, altså utover sommeren, og da var kontakten med statsråden nødvendigvis mindre nær. For henne var den politiske dramatikk langt fra bare støy fra omgivelsene. Den var den egentlige virkelighet, ja, den eksistensielle virkelighet.

Gruppen på tre og statsråden levde egentlig slik i nokså ulike "verdener". Mens gruppen, og spesielt dens hovedskribent, Mauritzen, men i noen grad også Norbom, befant seg i kulissene, opptatt med sitt – altså sitt utredningsarbeid[111] – var Statsråden stadig på scenen, eller scenene. Den ene saken avløste den annen. Noen skapte hun, andre fikk hun "i fanget". Hun startet, som flere av sine kolleger, med å skape saker. Etter hvert fikk hun dem, og snart flere til, i fanget. For så vidt fikk hun en skjebne som ble typisk for regjeringen Syse: Etter en trang fødsel kom der mange utspill, fra mer eller mindre yre statsråder. Mange av utspillene fikk utspillerne snart i retur. Slik kom de på defensiven. Da så de saker "virkeligheten" snart dyttet på dem kom, kom de enda mer på defensiven. "Angriperne" ble "forsvarere". Det gjaldt også kollektivt: Den angripende regjering ble den forsvarende regjering. Forsvaret ble også snart mer og mer eksistensielt preget. Det gjaldt regjeringens overlevelse, men også den enkeltes overlevelse, ja, historiske overlevelse. Spørsmålet om regjeringens og dens statsråders ettermæle meldte seg i aktørenes bevissthet.

Da regjeringen hadde sittet, eller stått, i 100 dager, summerte Verdens Gangs politiske kommentator, Olav Versto (1950-2011), situasjonen opp slik:

[111] Mauritzen var, som nevnt, fristilt for å arbeide med utredningen på heltid. Norbom mener han (samtale 22.7.11) kanskje bare brukte 20 prosent av sin tid på saken inntil sommeren 1991. Psykologisk opptok den ham imidlertid mer enn det.

I dag har Jan P. Syses regjering sittet i hundre dager. Det er ikke grunn til å feire. Landets problemer er større enn da Regjeringen tok over. Syse sier at det er viktig å nå se fremover. Men han bør gløtte litt bak seg også. Det er en tiltagende fare for at Senterpartiet dolker ham i ryggen.[112]

Sosialministeren var blant de yre i starten. Hun var "høyreyr". Hun varslet således at hun ville si ja til legeentreprenøren Jens Moes (1943–2000) Ring Medisinske Senters ønske om å få bli sykehus (10 senger).[113] Hun ville ellers gå videre med den forrige regjeringens forsøk med stykkprisfinansiering av sykehustjenester og ville nedsette et utvalg for å se på spørsmålet om det ikke burde innføres en mer profesjonalisert, faguavhengig, ledelse ved sykehus. Hun gav også generelt uttrykk for at hun ikke var noen utgiftspolitiker.

Wenche Frogn Sellæg (f. 1937): Hun har gjennom mye av karrieren pendlet mellom legegjerning og politikk. Hun var fra 1973 og til hun gikk av med pensjon knyttet til Namsos sykehus/Sykehuset Namsos, som indremedisiner. I de siste år virket hun spesielt som geriater. Fra begynnelsen av 1980-årene tok imidlertid politikken det meste av hennes tid. Hun var blant annet miljøvernminister fra 1981 til 1983, justisminister fra 1985 til 1986 og sosialminister fra 1989 til 1990. Det var under hennes siste statsrådsperiode Norbom-prosessene for alvor startet. Da departementsråd Norbom la frem sin styringsgruppes forslag til nyordning av helseforvaltningen fikk han Sellæg imot seg. Wenche Frogn Sellæg har hatt en rekke verv i ulike organisasjoner, foruten sitt parti, Høyre. Som ung lege var hun et år misjonslege i Bhutan. I første halvdel av 20-årene var hun håndballspiller; 42 ganger stod hun i mål for det norske kvinnelandslaget. Bildet er fra 10.10. 1989, altså fra en uke før hun tiltrådte som sosialminister. (Foto: Knut Falch / NTB)

Sosialminister Sellægs to første utspill skapte straks politisk støy, også innenfor koalisjonen: Senterpartiet kom med advarsler hva angikk sykehusprivatisering og Kristelig Folkeparti uttrykte skepsis overfor matbetalingen. Arbeiderpartipolitikere tok hennes utspill opp i spørretimen i Stortinget. Like over nyttår 1990 begynte avisene å skrive at hun kanskje ikke ville bli gjenvalgt som Høyres første nestleder. Hun var blitt nestleder knapt to år før, etter en opprivende dragkamp med Kaci Kullmann Five (1951–2017), hennes nåværende regjeringskollega (handelsminister). Hun hadde ikke lyst til å gi seg allerede nå, men gav seg (i slutten av februar) da hun skjønte at hun ikke ville bli innstilt til gjenvalg. Men allerede før det var skjedd, nemlig i begynnelsen av februar, begynte "eldreopprøret" – et opprør som 5. april skulle føre til at Stortinget bevilget én milliard kroner til eldreomsorgstiltak. Sosialministeren hadde, etter en vanskelig dragkamp med Finansdepartementet og Finansministeren**,** foreslått 300 millioner.[114] Også en del andre saker tok oppmerksomhet,

[112] *Verdens Gang*, 24.1. 1990, s. 2. Kommentaren er ledsaget av en tegning hvor en dresskledd Syse forskrekket snur seg. Han har fått en møkkgreip i baken. I skaftet er bokstavene J. J. J. (Johan J. Jakobsen) risset inn.
[113] Jens Moe etablerte, sammen med åtte sykehusleger og næringslivsmannen Gustav A. Ring, Ring medisinske senter i det gamle bygget til Gustav A. Ring på Volvat i Oslo. Senteret var til 1988 eid av Ring-familien. Ny eier ble Foinco Invest. Da senteret i 1992 overtok bygningen over gaten fra Ringhuset etter Aker elektrisitetsverk, som hadde brukt den som kontorbygning, skiftet senteret navn til Volvat medisinske senter.
[114] Daværende underdirektør Andreas Disen var i "siste runde" med statsråden og statssekretæren i et møte i Finansdepartementet om eldrebevilgningen. Finansminister Arne Skauge (H) var meget stram i tonen overfor

blant annet kommunaliseringen og avinstitusjonaliseringen av omsorgen for de psykisk utviklingshemmede (som skulle tre i kraft fra 1991), ventelistegarantien (sykehusene) og dimensjoneringen av det nye Rikshospitalet.

Den viktigste saken *regjeringen* fikk "i fanget", var den som nesten hadde torpedert hele regjeringsprosjektet før det kom i gang, EF- og EFTA-saken, altså spørsmålet om hvordan Norges fremtidige samarbeid med EF skulle ordnes. Spesielt skapte industrikonsesjonslovens status, det vil si overlevelse, en stor rolle. Handelsminister Five arbeidet energisk og profesjonelt med den, som med europapolitikken generelt, men så prinsipielt uenige som Høyre og de to andre partier var om Europa-spørsmålet, var regjeringssamarbeidet nesten dømt til å gå i oppløsning. Det begynte å skje utover sommeren. Da hadde Senterpartiets parlamentariske fører og snart dominerende leder, Anne Enger Lahnstein (f. 1949), inspirert av partiets generalsekretær, John Dale (f. 1940), bestemt seg: Regjeringen Syse måtte bort.[115]

Det er ikke underlig om Norbom-gruppens arbeid fanget statsråd Sellægs oppmerksomhet i litt mindre grad enn gruppens medlemmer fikk inntrykk av. "Distraksjonene" var for mange og for bydende. Men litt fulgte hun med. Etter hvert fulgte hun mer med. Men spesielt fulgte hun oppmerksomt med *etter at* hun var gått av som statsråd. Da ble hun endog en særdeles viktig aktør. Som statsråd hadde hun ikke fått til de kursendringer hun i begynnelsen hadde tatt til orde for. Irritasjonen syntes på henne: Hun hadde et tydelig kroppsspråk. Av og til gav hun også uttrykk for noe av det hun følte. Da hun midt i januar 1990 fikk ansøkningen fra Ring Medisinske Senter om å få drive 40 sykehussenger var hun innstilt på å si ja til det. Hun ble stanset av Anne Enger Lahnstein. Lahnstein godtok de 10 sengene Ring nå skulle få tillatelse til å drive, men ikke flere. Statsråden svarte at senterpartipolitikeren med sin uttalelse brøt med Lysebu-erklæringen.[116]

Det at hun ikke lyktes som reformstatsråd, iallfall ikke i den grad hun hadde håpet, gjorde det mer påtrengende for henne å lykkes etterpå. Hun kunne ikke ha håp om å gjøre det helsepolitisk. Det politiske tyngdepunkt ble jo flyttet til venstre i og med regjeringsskiftet. Hun kunne imidlertid ha håp om å gjøre det forvaltningspolitisk. Det tok ikke så lang tid etter regjeringsskiftet før hun så det. Hun har nok imidlertid vært klar over det før det også. Hun visste at forholdet mellom Helsedirektoratet og helseavdelingen var betent, og for så vidt politisert. Under Tove Strand Gerhardsen var Arbeiderpartiet for alvor kommet på kant med helsedirektør Torbjørn Mork. Hun så at de tanker departementsråd Norbom og hans medarbeidere i utredningsgruppen hadde, innebar et oppgjør med Mork og det morkske

Sosialdepartementet og dets sjef. Det endte med at den siste i sinne forlot møtet, mens statssekretæren og Disen ble igjen og fikk til en slags enighet. Da de kom tilbake til departementet satt statsråden på sitt kontor, fortsatt vred, men de fikk henne med på kompromisset. (Opplyst av Andreas Disen i samtale 26.8. 2009.)

[115] Anne Enger Lahnstein kom inn på Stortinget i 1985. Den sykepleier- og diakonutdannede nye parlamentariske leder hadde i 1978–79 vært leder for Folkeaksjonen mot fri abort og ble lenge sett på med skepsis av venstresiden i Senterpartiet. Etter at abortsaken kom i bakgrunnen fremstod hun utover i 1980-årene som en mer venstre-liberal politiker. Nå, i 1990, var det således hun, mer enn partiets viktigste mann i regjeringen, kommunalminister Johan J. Jakobsen, som, sammen med John Dale, dominerte partiet og snart skulle peke på Gro Harlem Brundtland som den naturlige nye statsminister. Det er fristende å se på det som skjedde nå som begynnelsen på Senterpartiets politiske sideskifte: Lahnstein tok sitt parti med seg mot venstre og mot det som skulle bli til et såkalt rødgrønt samarbeid (fra 2005). Vi kan også si at Lahnstein bidro til at Senterpartiet fant tilbake til 1935, til det året da det åpnet veien for Arbeiderpartiets langvarige maktovertagelse. Lahnsteins tiltagende skepsis til borgerlig samarbeid med Høyre kommer tydelig frem i hennes erindringer: Anne Enger Lahnstein , *Grønn dame, rød klut*, Oslo: Aschehoug, 2001; kfr. spesielt s. 124–143.

[116] Kfr. *Aftenposten*, morgennummeret 19.1. 1990, s. 4.

regime. Utover høsten 1990, og enda tydeligere utover i 1991, så hun at hennes etterfølger ville ta dette oppgjør. Hun fornemmet samtidig at støtten for et slikt oppgjør var usikker. Hun kunne altså spille en rolle. Det gjorde hun.

Statsråd Sellæg var seg bevisst sin status som lege. Hun ønsket at legene, som fagpersoner, skulle spille en viktig premissgivende rolle. Da hun var miljøvernminister hadde hun, som vi har nevnt, sett at fagfolkene gjorde det innen miljøvernet: Statens forurensningstilsyn var et aktivt og utfordrende fagtilsyn. Hun satte pris på det. Hun så gjerne at Helsedirektoratet spilte en lignende rolle på helseområdet. Hun ville ha et direktorat som spilte en fri og uredd rolle som forvaltningsorgan, på "oppstrømssiden" likså vel som på "nedstrømssiden". Men like mye ville hun ha et organ som, nærmest fra utsiden av nedstrømsprosessene, førte kontroll og tilsyn med helsevesenets utøvende institusjoner. Hun ville, kan man nesten si, ha et organ som mer var et helsetilsyn enn et helsedirektorat. Ettersom Norbom-prosessene utviklet seg, kom hun mer og mer til å mene det. Også hun ble nok imidlertid revet med av begivenhetene, sin egen argumentasjon og sitt eget engasjement.

De første signalene om sin holdning gav hun allerede høsten 1989. I begynnelsen av desember benyttet Mork den anledning statsrådsskiftet gav til å skrive brev til den nye sosialminister og spurte om også hun mente han burde "ligge lavt" i tilsynssaker. Wenche Frogn Sellæg svarte raskt, men først gjennom avisene. –Jeg vil starte med å trekke tilbake pålegget om at helsedirektøren skal ligge lavt, sier hun til Aftenposten, og fortsetter: [117]

> *Det er uriktig at tilsyn og kontroll med sykehusene nedprioriteres. I utgangspunktet skal sykehusene kontrollere seg selv. Men de skal også vite at statlige myndigheter kan overprøve dem. Hvis ikke fylkeslegene driver regelmessig kontroll av rutiner og vaktordninger, kan det føre til mindre årvåkenhet fra institusjonenes side. Dette må vi bidra til å rette opp – før noe galt skjer.*

En uke senere uttaler Helsedirektøren at han tar statsrådens uttalelse "til efterretning", men avventer et formelt brev fra departementet. Han vil imidlertid "med glede" følge opp statsrådens beskjed. Det hører med til bildet at statsråden i sitt første møte med fylkeslegene, senhøstes 1989, understreket at de måtte legge vekt på tilsynsoppgaven.[118] Kommunenes sentralforbunds formann (1984–1992), Jakob Eng (f. 1937), Kristelig folkepartimann fra Karmøy, minnet imidlertid samtidig om hvorfor saken ikke var politisk enkel. Han nevnte således at pålegg fra Helsedirektoratet kunne føre til "enorme utgifter til forbedring av institusjonene – en uønsket oppriorítering i forhold til de begrensede ressurser fylkeskommunene har". Han mente fylkeslegene var en "levning fra forrige århundre" og at de ressursene som nå gikk til dem og til direktoratet heller burde vært bedre brukt "i den direkte pasientbehandlingen".[119]

Utover vinteren uttalte ikke statsråd Sellæg seg igjen om dette spørsmål. Det var nå andre saker som tok hennes oppmerksomhet. Hun hadde begynt "foroverlent". Nå var hun på defensiven. Hun var, som vi har sett, iferd med å bli dyttet ut av Høyre-ledelsen og hun kom, om hun aldri så mye var "eldrelege", "bakpå" under eldreopprøret. Det stod kanskje om hennes politiske overlevelse, og iallfall ettermæle som vellykket politiker. Men utpå våren

[117] *Aftenposten*, morgennummeret, 5.12. 1989, s. 6.
[118] Opplyst av Wenche Frogn Sellæg i samtale 12.8. 2009. Sellæg forteller at det ble lagt merke til og vakte tilfredshet.
[119] *Aftenposten*, morgennummeret, 12.12. 1989, s. 16.

måtte hun igjen si noe om forvaltningsspørsmålet. Senterpartiets og Kristelig Folkepartis gamle irritasjon over Helsedirektoratets sentraliserende holdning kom atter til overflaten. Nå var det særlig Senterpartiets sosialpolitiker, Kari Tove Viken (1942–2016) som sa fra. Bakgrunnen for at hun sa fra var kommunenes bekymring over de utgifter reformen i omsorgen for de psykisk utviklingshemmede ville føre med seg. I en samtale med sitt partis hovedorgan, *Nationen*, sier hun den 30. april:

> *Jeg mener det er mye å hente innenfor sosialbudsjettet ved å bygge opp en ny organisasjonsform. I sosialdepartementet er det en avdeling som jobber med det samme som Helsedirektoratet. Har vi råd til det?*

Helsedirektøren ville ikke kommentere forslaget.[120] Han visste hvor han hadde Senterpartiet, og for så vidt også Kristelig Folkeparti, men trodde også at han visste hvor han hadde statsråden, nemlig med seg. Ved å uttale seg spisst i sakens anledning kunne han skape bryderi for henne.

Men om Helsedirektøren ikke ville ”arrestere” Viken, var det en annen som ville gjøre det. Arbeiderpartiets radikale stortingsrepresentant, og sosionom, Eirin Faldet (f. 1944), stilte straks et spørsmål til statsråden:

> *Senterpartiets Tove Kari Viken har uttalt at Helsedirektoratet bør nedlegges fordi det samme arbeidet utføres også i departementets fagavdeling. Er dette en oppfatning som deles av de øvrige samarbeidspartiene i regjeringen?*

Som Helsedirektøren hadde ikke statsråden noe ønske om å skape uro om forvaltningssaken nå. Hun hadde nettopp gitt Norbom klarsignal for å begynne å arbeide med saken og ville la ham og hans gruppe få arbeide i fred. Hun nevnte derfor heller ikke i sitt svar at departementet arbeidet med forholdet mellom departementet og direktoratet. Hun svarte derfor med å ta utgangspunkt i delingen i 1983. Den hadde, sa hun, gjort at epartementet skulle konsentrere seg om helsepolitiske spørsmål og direktoratet om de øvrige. Hun fortsatte:

> *Det vil alltid være vanskelig å komme fram til en ideell arbeidsdeling mellom departementet og et underliggende fagdirektorat. Det er også rom for forbedringer i så henseende i forholdet mellom Sosialdepartementet og Helsedirektoratet, noe som er under løpende vurdering. Det må likevel hevdes at den beskrivelse av arbeidsdelingen som framgår av spørsmålet er lite treffende. Derfor har naturlig nok heller ikke den problemstilling som bygger på denne beskrivelse vært drøftet, verken i Regjeringen eller mellom de partier som inngår i den.*

Med noen snirklete formuleringer får altså statsråden på en forsiktig måte tatt avstand fra Vikens uttalelse samtidig som hun får stanset Faldets forsøk på å skape politikk av forvaltningssaken. Eirin Faldet svarte da også at ”Det var betryggende å høre statsrådens svar”. Hun la til at hun ”håper .. at statsrådens holdning som nå framgår av svaret, ikke svekkes ved at mer eller mindre veloverveide utspill fra Senterpartiet og Kristelig Folkeparti får gjennomslag”.[121] Hun skulle visst hva Norbom og hans to medutredere snart skulle foreslå.

[120] *Aftenpostens aftennummer* 30.4. 1990, s. 12.
[121] Spørretimen fant sted den 9. mai 1990. Kfr. Stortingsforhandlingene 1989–90, s. 3401.

♦

Vi kan trolig konstatere at statsråden og departementsråden, iallfall i prinsippet, så litt ulikt på spørsmålet om tilsynets plassering. Departementsråden ville i noen grad "sosialisere" det, forsåvidt følge den linje den forrige statsråd, Tove Strand Gerhardsen, allerede hadde begitt seg inn på. Statsråd Sellæg ville avpolitisere tilsynet (igjen). Det er kanskje et uttrykk for det at hennes statssekretær Geir Kjell Andersland i et innlegg i Dagbladet 15. mars 1990, altså like før *Weserübung* ble satt i gang, skriver at han tror "en sterkere *faglig* tilsynsmyndighet nettopp er den sikkerhetsventil vårt desentraliserte beslutningssystem trenger.."[122] Kanskje kan vi også si at statsråden mer alment, men det kom ikke nå tydelig til uttrykk, var skeptisk til en markert "styringssosialisering", altså en sentralisert samordning av all styring: Den høyre-liberale, og i noen grad var nok Sellæg det, er skeptisk til muligheten for slik samordning. For en høyre-liberal vil det å forsøke å skape slik samordning gjøre mer skade enn gavn. Ja, den høyre-liberale kan endog se på det å *spre* makt, også i styringsapparatet, som fornuftig. Slik sett var det å ha et delvis uavhengig tilsynsorgan, og for så vidt også et på lignende vis uavhengig forvaltningsorgan, noe som skulle tiltale en høyre-liberal politiker som Wenche Frogn Sellæg. Det direktorat 1983-reformen hadde skapt, kunne slik i prinsippet sees på som et skritt i høyre-liberal retning, et skritt som langt på vei kombinerte det nyttestatlige og det rettsstatlige. Det var også denne høyre-liberale utviklingen Sellæg, med en viss suksess, fra høsten 1991 skulle bidra til å fremme.

Om departementsråden også på mange måter var en nyttestatsmann, var han en mer venstre-liberal sådan enn Sellæg. Han var åpnere enn henne for å gi det legpolitiske styre stor plass. Han hadde derfor, som Sellægs statsrådsforgjenger, Tove Strand Gerhardsen, færre motforestillinger enn henne mot å sosialisere mye av styringen. Men Norbom var forsåvidt også en pragmatiker, det fulgte av hans syn på legmannsstyrets rolle, og erfaringene fra "knirkeperioden" bidro i stor grad til at han valgte en så styringssosialiserende linje.

På mange, og viktige, punkter, var imidlertid statsråd Sellæg og hennes departementsråd på bølgelengde, også hva "politiske instinkter" angikk. De var enige om at arbeidsdelingen mellom departement og direktorat burde gjøres klarere. Også for henne var revirstriden noe mer enn uttrykk for sunn maktdeling; den var uakseptabel. Hun var også helt enig med ham i at noe burde gjøres med helseforvaltningen på nivåene under departementet. Hun fant helseforvaltningen som helhet for oppstykket og uoversiktlig og, slik sett, også for lite styrbar. En viss maktkonsentrasjon ønsket også hun. Spesielt syntes hun det forebyggende, eller prekliniske, arbeid var for oppstykket og for mye preget av uklare ansvarsforhold, ja, tildels av rivaleri. Hun mente også det var blitt for stor avstand mellom departementet og de "andre" faglig-forvaltningsmessige organene, som Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser, Kreftregisteret etc. Slik sett hadde hun tidlig en slags sympati for det forslag som skulle komme i neste Norbom-prosess, nemlig forslaget om å redusere nivåene under departementet fra to til ett.[123]

Statsråden så på det hemmelige notatet som et interessant diskusjonsgrunnlag. Hun var imidlertid også opptatt av at det ikke skulle sees på som den politiske ledelses forslag. Det var

[122] Geir Kjell Andersland, "Statlig styring i 90-åra", *Dagbladet* 15.3. 1990, s. 3. Andersland var, som vi har nevnt, ikke engasjert i arbeidet med forvaltningsordningen, men han gir i denne artikkelen uttrykk for tanker som passer statsrådens og som nok reflekterer den daværende politiske ledelses syn.
[123] Vi har her empirisk basert oss på samtale med Wenche Frogn Sellæg 12.8. 2009, til dels også på en samtale vi hadde med henne mens hun var statsråd, i september 1990.

utarbeidet av Norbom, Hambro og Mauritzen og skulle stå for deres regning. Men notatet var jo utpreget politisk, for så vidt som det la opp til en radikal omordning av hele det (sivile) nasjonale styringsapparat innen helsesektoren. Med sin, vi tør vel si uformelle, politiske "abdikasjon" gjorde slik statsråden Norbom og hans to "musketerer" til "politikere". Indirekte skapte hun slik også "Norbom-partiets" motpart, nemlig det annet "forvaltningsparti", "Mork-partiet". Da striden for alvor skulle bryte ut skulle de ordinære politikere fylke seg bak de to "forvaltningspartier". Det var ikke slik det vanligvis var, og er, i politikken. For departementsråd Norbom var det ulykkelig: Han arbeidet for henne og som en forlengelse av henne; ikke hun for ham og som en forlengelse av ham.

Staur

Det fortrolige notatet ble altså ferdig den 24. oktober (1990). Det ble trykket i 25 nummererte eksemplarer (notateks.nr. i parentes i tabell 3.1.) og ble sendt ut med bud fra departementsrådens kontor til dem som skulle delta på Sosialministerens møte med konsernlederforumet på Staur forsøksgård i Stange kommune. Budet bad om kvittering for mottagelsen av notatet. Notatet ble ikke samlet inn etter møtet. Notatet ble sendt ut den 25., dagen før møtet skulle finne sted. Den formelle møteinnkallelsen var sendt den 16. oktober. I vedleggsbrevet til notatet, undertegnet av Jon Ola Norbom, står det:

> *Det er bare deltakerne i møtet på Staur som får det* [notatet] *utlevert i denne omgang. Det er stemplet fortrolig i henhold til beskyttelsesinstruksen. Dette innebærer at bare møtedeltakerne skal gjøres kjent med dokumentets innhold.*[124]

Bortsett fra ledelsen ved Rikshospitalet, møtte alle medlemmer av konsernlederforumet, samt verten, statsråden og hennes statssekretær, Norboms to medutredere og noen sentrale byråkrater.[125] Møtet startet fredag ettermiddag (26.10.). Om aftenen var det middag. Møtet fortsatte frem til lunch lørdag.

Tabell 3.1: Deltagere på møtet på Staur Gjestegård 26.–27.10.90

Institusjon	Deltager	Institusjon	Deltager
Sosialdepartementet	Statsråd Wenche Frogn Sellæg (1) Statssekretær Geir Kjell Andersland (2) Dep.råd Jon Ola Norbom (3)	Fylkeslegenes arbeidsutvalg	Fylkeslege Asbjørn Haugsbø (14) Fylkeslege Øyvind Rolstad (15)
		Radiumhospitalet	Adm. dir. Jan Vincents Johannessen (13)

[124] Vedleggsbrevet har tittelen "Møte i konsernlederforum 26.10.90 på Staur gård" og er datert 24.10.90. Det finnes i departementsarkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1., kas. 2.
[125] Departementet tok med seg også avd.dir. Andreas Disen og spesiallege Hans Ånstad; for å kompensere denne ekstra departementsdeltagelsen ble også Jørgen Jonsbu fra Direktoratet invitert med.

	Eksp.sjef Harald E. Hauge (4) Avd.dir. Thomas Mauritzen (7) Avd.dir. Andreas Disen (12) Spesiallege Hans Ånstad (5) Konsulent Britt Venner (sekretær) (6)	Statens institutt for folkehelse	Adm. dir. Bodolf Hareide (10)
		Statens helseundersøkelser	Adm. overlege Kjell Bjartveit (11)
Helsedirektoratet	Helsedirektør Torbjørn Mork (8) Ass. helsedirektør Anne Alvik (9) Avd.dir. Jørgen Jonsbu (17)	Statskonsult	Adm. dir. Christian Hambro (16)

Møtet åpnet med en kort innledning av departementsråden. Han redegjorde for foranledningen til møtet og gav så ordet til statsråden. Statsråden pekte på at grunnlaget for møtet var de diskusjoner om "institusjonsmønsteret i den statlige helseforvaltning" som hadde funnet sted i konsernlederforumet. Nå forelå et notat fra gruppen departementsråden hadde ledet. Statsråden ønsket å høre hva deltagerne mente om beskrivelsen av "de funksjoner som skal ivaretas på statlig nivå". Hun inviterte også til en åpen diskusjon om en "mulig modell for organisering av den statlige helseforvaltning for å skape et mer funksjonelt institusjonsmønster".

Men hun gav også noen normative signaler. De sprang i hovedsak ut av Norbom-gruppens forslag – premissene for hennes innlegg kom i stor grad fra Mauritzen. Hun ville ha et klarere skille mellom departementet og alle underliggende organer: Departementet skulle styrkes som politisk-strategisk organ. De tjenesteytende statlige institusjoner ville hun, som gruppen, organisere under et slags konsernstyre. Her markerte hun en tydelig høyre-liberal, nyttestatlig holdning, og henviste også til Andersland-utvalget. Hun tok selvsagt ellers til etterretning at det øvrige helsevesen allerede var "fristilt", men under lokalpolitisk ledelse. Hun ville gjerne ha et faglig sterkt og uavhengig kompetanse- og rådgivningsorgan; altså det organ Norbom-gruppen knyttet særlige "eierfølelser" til. Hun kan ha sett på dette organ som Helsedirektoratet, men sa ikke det. Hun nevnte heller ikke tilsynsoppgaven, og for den saks skyld klagesakene, og tanken om å spesialisere dem. Hun avsluttet med å understreke at det var viktig å se på "nye organisatoriske løsninger... på fritt grunnlag i forhold til nåværende institusjonsmønster".[126]

Med sin innledning støttet i praksis statsråden gruppen. Det vil si, Norbom og gruppen oppfattet det slik, tildels også de andre deltagere. Hun lanserte således ingen tanker som pekte utover det gruppen hadde foreslått, for eksempel om tilsyn. Hun unnlot imidlertid å

[126] Sitatene er tatt fra Britt Venners referat fra møtet, s. 2 og 3. De er ikke nødvendigvis en ordrett gjengivelse av statsrådens innledning. Referatet er datert 1. november. Det har ingen arkivreferanse. Det er "u. off. § 5".

identifisere seg prestisjemessig med den modell Norbom og hans gruppe hadde lansert. Hun ville, som vi har påpekt, ikke gjøre gruppens notat til et ”politisk” dokument. Hun inviterte til en fri diskusjon.

Møtet på Staur var et nokså ”skjevt” møte. Det var kommet istand etter forslag fra departementsråden. Departementsråden hadde tatt initiativet til og ledet selv gruppen som utarbeidet det ”notat”, altså den omfattende utredning, møtedeltagerne skulle diskutere. Ingen av institusjonsrepresentantene kjente til notatet, før de like før møtet fikk det i hendene. Det ble kalt sammen til møtet, på kort varsel, som nevnt etter forslag fra Hambro. De ”uvitende” deltagerne fikk egentlig ikke mer enn et døgn på seg til å lese det omfattende, og utfordrende notatet, og ikke alle fikk heller lest det skikkelig.[127] Regjeringen, ved statsrådene og statssekretærene i Sosialdepartementet, Finansdepartementet og Administrasjons- og arbeidsdepartementet, hadde også to dager før Staur-møtet langt på vei bestemt seg for hvordan saken skulle følges opp, nemlig ved at det skulle oppnevnes en styringsgruppe for å lede det videre, mer åpne, omordningsarbeidet. Premissene for denne beslutningen hadde Norbom formulert i et notat hans statsråd hadde sendt til sine statsrådskolleger i de to andre aktuelle departementer. Her ble det påpekt en rekke mangler ved den statlige helseforvaltning. statsråden, eller Norbom, skriver så: ”Jeg ser det nå som nødvendig at det foretas en gjennomgang av hele den statlige helseforvaltning..” Hun, eller han, peker så på hva som bør oppnåes gjennom en slik gjennomgåelse, og her kommer synspunktene fra det som skulle bli kalt «Ikke-dokumentet» frem. Det heter så at hun, statsråden, om ”få dager” (på Staur) skal drøfte saken med ”sentrale ledere i den statlige helseforvaltning på grunnlag av et fyldig fortrolig notat som jeg har latt utarbeide”. Deretter vil hun, heter det, straks legge frem et R-notat om saken. R-notatet er altså allerede langt på vei skrevet. I notatet til sine statsrådskolleger skriver hun at R-notatet ”i hovedsak” vil ha ”følgende konklusjon”:

> *Det settes umiddelbart i gang en gjennomgåelse av den statlige helseforvaltning. Sosialdepartementet utformer mandat for arbeidet i samsvar med de retningslinjer som er skissert i det foregående. Hovedkonklusjonene av gjennomgangen bør foreligge i tide til å bli innarbeidet i forslaget til statsbudsjett for 1992.*[128]

Departementsråden var, selv om det ikke sies nå, tiltenkt hvervet som leder for denne gjennomgåelsen.

Staur-møtet var altså et møte for å prøve ut de synspunkter som lå i notatet fra Norboms gruppe. Det var et møte som hadde til formål å bringe på det rene i hvilken grad den neste, offentlige, og ”egentlige” utredningsruppe, eller ”styringsgruppe”, kunne bygge på notatets beskrivelser og vurderinger.

Møtet ble slik sett ikke udelt vellykket. De ”andre”, altså de ikke-departementale, deltagerne, reagerte nok, men først og fremst ”selvopptatt”. De fleste var også forbeholdne. Ja, de fleste var mer avvisende enn støttende. Spesielt var den desidert viktigste av de ”andre” deltagerne,

[127] Helsedirektoratets folk, Torbjørn Mork, Anne Alvik og Jørgen Jonsbu hadde lest dokumentet, opplyser Anne Alvik (samtale 28.10.10). Jonsbu omformulerte like etter Staur sitt utkast til virksomhetsplan for sin avdeling (helsetjenesteavdelingen) på en måte som viser at han hadde satt seg godt inn i Ikke-dokumentet. Vi kommer nedenfor tilbake til Jonsbus notat. Hans Ånstad, en av representantene for departementet, hadde andre oppgaver da dokumentet kom, og fikk ikke lest det ordentlig på forhånd (samtale 28.10.10).

[128] Notatet har overskriften ”Endringer i den statlige helseforvaltning” og er datert den 23.10.90, men var i all hovedsak ferdig den 21.10. Det finnes i departementsarkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 2.

Mork, avvisende. Han påpekte hva han mente var faktiske feil i beskrivelsen av Helsedirektoratet og dets oppgaver. Han grep fatt i det han oppfattet som urimelige "diagnostiske" vurderinger av Helsedirektoratets innsats. Han stilte seg selvsagt også helt uforstående til det han oppfattet som Norbom-gruppens viktigste forslag, forslaget om å erstatte Helsedirektoratet med et nytt og delvis annerledes organ. Men mest reagerte han på måten utredningsarbeidet hadde skjedd på, nemlig som en lukket prosess.[129] Han og hans direktorat var blitt overkjørt, igjen, mente han. Forrige gang, i 1983, skjedde det i regi av statssekretær Heiberg, men da hadde i det minste ikke utredningsarbeidet foregått i hemmelighet.

Bare én av deltagerne, Radiumhospitalets direktør, Jan Vincents Johannessen (f. 1941), følte seg mer som tilskuer enn som interessent. Som sådan kunne han spille en stemningslettende rolle. Det var en rolle han trivdes med. Han bemerket således, at siden de to herrer som nå stod mot hverandre, Norbom og Mork, jo begge begynte å trekke på årene, var det kanskje best å vente med den store omordning til de var gått av.[130] Men kreftsykehusdirektørens, patologens, kunstmalerens, melodiskriverens, ja, altmuligmannens, inngripen forble en digresjon. For Norbom var det blitt maktpåliggende å få igjennom omordningen *før* han gikk av. Mork kunne for så vidt tenke seg at man "ventet", og gjerne langt lenger enn de år han hadde igjen til han ville falle for aldersgrensen.

Bare én forsøkte å spille en mer forsonende og meglende rolle, diplomatsønnen Christian Hambro. Andreas Disen bemerket i et intervju halvannet år etterpå at "Hambro var meget flink til å tolke og forklare". Det hjalp imidlertid ikke så meget, selv om Mork "roet seg noe ned" etter hvert.[131]

Norbom og andre fra hans gruppe tok ikke til motmæle mot Mork og andre kritikere, men svarte, informerende, på spørsmål og innvendinger. Da Norbom kunne konstatere at der var mye motstand mot de vurderinger og løsninger hans gruppe hadde lagt frem, sa han at notatet ikke skulle brukes i den videre saksbehandling. Han sa ikke at omordningsarbeidet skulle legges på is. Det skulle fortsette, men det skulle ikke ha notatet som utgangspunkt. Notatet var nå, fremholdt departementsråden, å betrakte som et "ikke-notat". Notatet ble siden bare kalt "Ikke-dokumentet", eller "Det ikke-eksisterende dokument". I oppsummeringen av møtet gir allikevel statsråden uttrykk for at det videre arbeid skal ta utgangspunkt i de konklusjoner Norbom & Co. var komme til i Ikke-dokumentet. Det heter i referatet, eller oppsummeringen, fra møtet at "drøftingene har underbygget behovet for å gå videre med det arbeid som er satt i gang". Selv om man ennå ikke kunne trekke konklusjoner, fremholdt hun at siktemålet for det videre arbeid måtte være å styrke "den helsefaglige kompetanse- og rådgivningsfunksjonen utenfor departementet", å skape et klart organisatorisk skille mellom denne funksjonen og "den overordnede forvaltning av statssykehusene og annen tjenesteytende statlig virksomhet", å avlaste departementet for løpende forvaltningsoppgaver og sørge for at der ble et klarere skille mellom departementet og "underliggende kompetanse- og rådgivningsorgan".

Det heter i referatets konkluderende avsnitt at "Den videre gjennomgang må foregå under styring fra Sosialdepartementet og gjennomføres i løpet av forholdsvis kort tid". Det heter videre at det vil bli opprettet "en liten styringsgruppe" for å lede det videre omordningsarbeid.

[129] Anne Alvik, samtale 28.10.10. Kfr. også Anne Alvik, "Fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn – en titt bak kulissene", *op. cit.*
[130] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 31.8. 2010.
[131] Fra Einar Vetviks intervju med Andreas Disen 4.3. 1991; *op. cit.*

Det heter enn videre at gruppen bør bestå av representanter for Sosialdepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Statskonsult, og at sekretariatet bør legges til Sosialdepartementet. For øvrig nevnes det at informasjonsplikten overfor organisasjoner og ansatte skal ivaretaes og at representanter for disse skal trekkes ”konstruktivt med i prosessen” (referatet s. 8).

”Tilbaketrekningen” av Norbom-gruppens notat var altså mer en formalitet enn en realitet. Notatets viktigste premisser skal, forteller referatet, legges til grunn for det videre arbeid. Det understreker dette at det heter at Sosialdepartementet skal lede det videre arbeid. Det kunne for så vidt nesten stått at departementsråden skulle gjøre det, altså skulle føre videre Norbom I-prosessen. Han, eller departementet, skulle ha med seg representanter for regjeringens forvaltningsfaglige organer, Administrasjonsdepartementet og Statskonsult. Departementsråden kan nok ha tenkt at representanten for Statskonsult ville bli herr Hambro. Understrekningen av at arbeidet skulle skje fort, var en understrekning av hvor styrt den videre prosess skulle bli. Tidspresset måtte innebære at det ville bli vanskelig å bestille spesialutredninger og å ha omfattende samtaler med de mer eller mindre ”berørte parter”.

Referatet fra møtet er ikke noe vanlig referat; det er for så vidt heller ikke formelt kalt det, men ”notat”. Statsråden refereres innledningsvis og mot slutten, men ellers er alle omtaler av hva møtedeltagerne hadde sagt helt almene og referanseløse. Statsråden konkluderte, som vi har sitert ovenfor, med at ”drøftingene underbygget behovet for…” Her trakk altså Statsråden en slags konklusjon, uten at det går frem om det var stor enighet om ”behovet for” eller om det var hun som mente at diskusjonene på møtet, for henne, hadde underbygget dette ”behovet”. De konklusjoner som så refereres, er dog åpenbart ikke konklusjoner ”møtet” kom frem til. Det er konklusjoner departementet selv trakk, og som egentlig var trukket på forhånd. Her redegjøres det jo for hva som videre skal skje, og det var i grove trekk klarert før møtet. Departementsråden drøftet imidlertid med statsråden fredag aften hva som nå skulle gjøres. Det var så han, ikke sekretæren, som formulerte referatet på dette punkt.

Møtereferatet ble ikke sendt deltagerne til godkjennelse. De fikk det allikevel tilsendt.[132] Det forble imidlertid først og fremst et ”internt” dokument, til bruk for departementet. Som nevnt er det også unntatt offentlighet. Det er på åtte sider, og var ferdig fredag 1. november, altså i løpet av en uke. Når vi spør Norbom hvorfor referatet ikke ble skrevet mer som et vanlig, nøytralt referat, hvor synspunkter og eventuelle konklusjoner refereres svarer han: ”I og med at vi ikke kunne ha en prosess, hvor deltagerne skulle godta referatet, så måtte vi gjøre det på den måten”. Han legger til at det var sånn han hadde lært å gjøre det i GATT (i Geneve): ”Når det var stor uenighet, da var det ikke noe skikkelig referat. Da var det bare ”points raised and discussed””. Departementsråden var etter hvert blitt en habil ”Sir Humphrey”.[133]

Måten departementsråden håndterte Staur-diskusjonen på, og også det at han trakk tilbake den utredningen han hadde vært med på å lage, viste at det var han som hadde ”kommandoen”.

[132] Det fremgår av et notat skrevet av Jørgen Jonsbu, datert 5.11.90; kfr. bl.a. s. 26. Dette notatet er omtalt nærmere nedenfor. Vi nevner også at det ble utarbeidet et noe kortere notat (vel fem sider) fra møtet enn det mer ”offisielle” notat, kalt ”Oppsummerende notat”. Dette notatet, som ikke er datert og ikke har et referentnavn, er enda mindre refererende enn det ”offisielle” notat, og et renere ”normativt” (politisk) notat.

[133] Sir Humphrey Appleby spilte i den britiske fjernsynsserien *Yes Minister* og *Yes, Prime Minister* departementsråd (permanent secretary) i ”Administrasjonsdepartementet”. Ved hjelp av sin suverene beherskelse av det engelske språk, sitt nettverk og sine ”manipulatoriske” evner fikk han det stort sett som han ønsket overfor ministeren, Jim Hacker. Men mens Sir Humphrey stort sett var opptatt av at ingen endringer skulle skje, var ”Sir Jon Ola” nå blitt en endringsagent.

Det var en Norbom-prosess, ikke for eksempel en Sellæg-prosess. Nå var Norbom I over. Nå begynte Norbom II. Norbom I førte "sømløst" over i Norbom II. Ikke-dokumentet var slik sett langt fra noe ikke-dokument. Det viste Staur-referatet, eller like meget, Staur-notatet: Det gav, iallfall i første omgang, de viktigste premisser for det videre arbeid.

♦

Helsedirektøren hadde, ikke uten grunn, oppfattet Ikke-dokumentet først og fremst som et angrep på ham og hans direktorat. Møtet fikk derfor i stor grad karakter av å være en litt underlig konfrontasjon mellom ham og utrederne, i praksis særlig Norbom. Konfrontasjonen var underlig fordi den, som vi har nevnt, var mer indirekte enn direkte. Mork sa hva han mente, men uten at Norbom egentlig tok igjen. Det ble ingen krangling mellom dem. Stemningen var imidlertid fortettet. Morks holdning og væremåte satte tonen. Helsedirektøren var mørk og dyster. Han var spent og anspent. Hendene skalv. Stemmen dirret. Dog hevet han den ikke. Han var nesten demonstrativt saklig og saksrettet. Overfor Ikke-dokumentets budskap, og like meget dets budbringere, stilte han seg kaldt avvisende. Stemningen rundt bordet ble preget av det.[134]

"Den var ubehagelig", sier daværende statsråd Sellæg i ettertid. Andre, men ikke alle, bekrefter det. Andreas Disen er en av dem som ikke oppfattet møtet som følelsesladet.[135] Hvorom alt er, stemningen løstes opp utover aftenen. Også Helsedirektøren kom, som han gjerne gjorde når det led på, i god feststemning. Han ble, etter middagen, snart samtalens og selskapets midtpunkt. Departementsråden var nå trådt til side; han drøftet strategi med sin statsråd. Da møtet ble avsluttet lørdag til lunch sa Helsedirektøren at det videre arbeid ikke skulle stå på ham.

De tre menn bak Ikke-dokumentet reiste sammen hjem i godværet lørdag ettermiddag, i Mauritzens bil, slett ikke utilfredse. De hadde fått prøvet ut sine synspunkter overfor en del av dem som ville bli mest berørt av en omordning og var, en del motstand til tross, mer opprømt enn nedstemt. De var ikke i tvil om at de ville gå videre. De startet, eller fortsatte, også arbeidet straks, nemlig mandag morgen, altså den 29. oktober (1990). At regjeringen i løpet av helgen brøt sammen, og den samme mandag innleverte sin avskjedsansøkning til H. M. Kongen, affiserte dem ikke så mye. Allerede i løpet av mandagen hadde således departementsråden klart et forslag til R-notat om det videre arbeid med saken. Forslaget var imidlertid i virkeligheten langt på vei gjort klart like forut for Staur, altså i forbindelse med at Ikke-dokumentet ble ferdigstilt. Det skjedde gjennom et møte mellom sosialminister Sellæg, finansminister (Arne) Skauge og administrasjonsminister (Kristin) Clemet (f. 1957).[136] Staur var derfor, kan man nesten si, for Norbom mer en "rundingsbøye" enn et sted hvor politikk skulle, og ble, skapt. Den videre kurs var allerede lagt.

Notatet, som var klart denne mandagen, ble formelt utarbeidet som et notat til regjeringen Syse. Nå ble det, meget raskt, et notat til Regjeringen Brundland III.

[134] Vi har her basert oss på samtaler med Anne Alvik (28.10.10), Kjell Bjartveit (7.11.08), Andreas Disen (26.8.09), Jon Ola Norbom (31.8.10), Wenche Frogn Sellæg (12.8.09) og Hans Ånstad (28.10.10).
[135] Wenche Frogn Sellæg, samtale 12.8.09. Andreas Disen, samtale 26.8.09.
[136] Jon Ola Norbom, 9.9.09 og 31.8.10. Se også Tom Christensen, *Politisk styring og faglig uavhengighet*, Oslo: TANO, 1994, *op. cit.*, s. 122.

Regjeringsskiftet, om det var aldri så ventet, ble også en utfordring for Norbom & Co. De hadde fått Sellæg med seg, og ville hatt henne med videre. Hadde de fått tilbake den forrige statsråd, Tove Strand Gerhardsen, hadde det også gått greit. Det var jo nesten hun som hadde gitt klarsignal for Norbom I. Men den nye statsråden, Tove Veierød (f. 1940), kjente de ikke. Hun var filolog, og hadde vært adjunkt ved Heggen videregående skole i Harstad fra 1966 til 1986. Hennes interesser gikk således mer i retning skole- og kulturpolitikk enn helsepolitikk, for ikke å tale om helseforvaltningspolitikk. Hun kom med i politikken i 1983 og hadde siden sittet i fylkestinget, fra 1987 tillike i fylkesutvalget i Troms fylkeskommune. Hun hadde vært statssekretær i Kultur- og vitenskapsdepartementet fra 1986 til 1988, men dro så tilbake til Harstad, for å gjøre noe helt nytt: Hun ble informasjonssjef i Norsk Hydro (fra 1990 med base i Oslo). Hun så slik ut til å være på vei ut av den politikken hun bare hadde hatt et mer begrenset møte med. Hun var således ikke bare et lite opplagt valg som minister, hun var også, hvis hun først skulle inn i regjeringen, et lite opplagt valg som sosialminister. Men sosialminister ble hun, på tampen av "kaballeggingen". Den påtroppende statsminister, Gro Harlem Brundtland, hadde først spurt den politisk nokså uerfarne, frisk-fyr-aktige Matz Sandmann (f. 1948), rådmann i Bærum, om å bli sosialminister. Hun ble imidlertid advart mot å ta Sandmann, av Sandmann. Sandmann lot seg dog overtale til å ta det mindre krevende Familie- og forbrukerdepartementet, for en tid.[137] Når så Veierød til slutt ble valgt, kom "ytre" egenskaper til å spille en ikke uvesentlig rolle: Hun var nordfra og hun var kvinne. Hun sa det også selv: "Når jeg er blitt med i regjeringen, er det også som nordnorsk representant".[138] I regjeringen Brundtland III fikk hun forøvrig med seg en annen med de samme ytre egenskaper, den politisk mer erfarne Oddrunn Pettersen (1937-2002).

Valget av Tove Veierød som sosialminister var så vidt uventet at man må kunne si at det var et uttrykk for at sosial- og helsepolitikken ikke ble sett på som spesielt politisk vanskelig nå. Statsministeren, og partiet, kunne valgt å fortsette med sin forrige sosialstatsråd, den godt "innkjørte" og politisk og administrativt erfarne Tove Strand Gerhardsen, men hun hadde jo allerede i 1989 gitt uttrykk for at at hun ikke, selv om det skulle bli aktuelt, ønsket å fortsette som sosialminister (etter valget). Gerhardsen ble nå istedenfor Arbeids- og administrasjonsminister. Dog ble kontinuiteten fra Brundtland II-regjeringen beholdt i Sosialdepartementet for så vidt som kommunelege Bjørn Martin Aasen kom tilbake som statssekretær.

Etter Staur: Direktoratet og det jonsbuske notat

Staur, og selvsagt enda mer utgangspunktet for Staur, Ikke-dokumentet, satte en støkk i Helsedirektøren og hans nærmeste medarbeidere. De skjønte at departementet, og spesielt departementsråden mente alvor. At det nå kom et regjeringsskifte gav knapt Helsedirektøren noen forhåpninger. Han hadde hatt slike i 1986; nå hadde han ingen. Konfrontasjonene med Brundtland II-regjeringens sosialminister, Tove Strand Gerhardsen, hadde vært for mange og for tillitsundergravende. Selv om Gerhardsen nå ikke skulle ta over igjen som sosialminister, hadde Mork ingen illusjoner. Hun fortsatte jo også som statsråd, endog som forvaltningsminister.

[137] Gro Harlem Brundtland, *Dramatiske år. 1986–1996*, Oslo: Gyldendal, 1998, s. 215.
[138] Aftenpostens morgennummer 5.11.90, s. 6.

Helsedirektøren måtte velge en mer konstruktiv, men også en mer offensiv strategi. Selv hadde han ikke så mye å bidra med. Som vi har påpekt i første del av dette arbeidet var ikke Mork noen strateg. Han kunne selge en strategi, men knapt skape den. Men først og fremst var han en kampens mann. Hans naturlige tilbøyelighet nå var å ta igjen overfor Norbom og departementet, altså fortsette med det han hadde gjort siden delingen i 1983. Men det bragte jo ikke direktoratet offensivt videre. Han trengte andres bistand for å komme på offensiven. Det fikk han. Utgangspunktet ble Helsedirektoratets pågående arbeid med å lage virksomhetsplan (for 1991).

Som følge av regjeringens planer for "den nye staten" skulle alle statlige etater lage en virksomhetsplan. I Helsedirektoratet var arbeidet med å lage denne planen (for 1991) allerede godt i gang. En av dem som hadde vært med på Staur, Morks mest offensive og mest strategisk bevisste avdelingsdirektør, Jørgen Jonsbu (nå 50 år), så straks at Staur representerte signaler av stor betydning for direktoratets virksomhetsplan. Selv hadde han allerede laget et utkast til plan for sin egen avdeling, avdeling for helsetjenesten, en plan han nå skjønte han måtte revidere og bygge ut, skulle den bli relevant. For ham ble Staur marsjordre. Han satte straks i gang. Resultatet ble noe mye mer enn en Staur-tilpasset plan for helsetjenesteavdelingen. Det ble, langt på vei, en ny strategisk plan for hele direktoratet. Den var ferdig allerede 5. november (1990). Det ble altså utarbeidet i løpet av en drøy (arbeids)uke etter Staur. Det første plannotatet fra Jonsbu var datert 29. august (1990), og var kalt "Helsetjenesteavdelingens strategi – kort beskrivelse av en del viktige oppgaver/saksområder i 1990". Jonsbu omtaler det nye notatet, eller den nye planen, som en ajourføring av det gamle notatet (s. 5). Det er noe langt mer enn det. Det representerer i viktige henseender et linjeskifte. Linjeskiftet kommer til uttrykk allerede i det 34 sider lange notatets overskrift: "Nasjonalt helsefaglig kompetansesenter – tanker om innhold og organisering".[139] Gjennom overskriften varsles det altså at Helsedirektoratet godtar det "identitetsskifte" Norbom og hans hofftenkere mente var påkrevet. Taktskiftet kom til uttrykk i at Jonsbu flere steder i notatet understreket at direktoratet nå skulle forsterke reformarbeidet.

Som vi har sett, gikk departementskritikken av direktoratet særlig ut på at det ikke klarte å fylle "kompetansefunksjonen" godt nok og at dét ikke minst skyldtes at direktoratet var for meget av et forvaltningsorgan, et "pliktløpsorgan". I sitt siste notat redegjør Jonsbu for hvordan direktoratet faktisk siden 1983 i stor grad har beveget seg fra å være et forvaltnings- til å bli et kompetanseorgan. Han skriver at hvis de i hans egen avdeling i 1990 hadde fortsatt med alle de forvaltningsoppgaver de hadde i 1989 ville disse ha utgjort 89 prosent av virksomheten. De utgjorde imidlertid bare 37 prosent (s. 7). Offensivt understreker han at hans avdeling, og indirekte hele direktoratet, skal fortsette denne omleggingen fra forvaltnings- til kompetanseorgan. Men som sådant, som kompetanseorgan, skal avdelingen og direktoratet fortsette å utvikle seg: Avdelingen, og slik også direktoratet, skal fremstå som en "forandringsorganisasjon": "målet er at vi skal endre våre oppgaver med minst 30 % hvert år": For å få til dette, må vi "angripe" alle faste oppgaver, dels ved å delegere oppgaver, dels ved å rasjonalisere og effektivisere" (s. 7).

Som vi har sett, tok Norbom I-tenkerne utgangspunkt i et både vidt og litt utydelig avgrenset kompetanseorganbegrep. Det var dog åpenbart at begrepet omfattet både "oppstrøms-" og

[139] *Nasjonalt helsefaglig kompetansesenter – tanker om innhold og organisering*, notat skrevet av avd.dir. Jørgen Jonsbu, Avd. 2, Helsedirektoratet, 5.1. 1990. Notatet er skrevet som vedlegg nr. 2 til (utkast til) Avdelingens virksomhetsplan.

”nedstrømsaktiviteter”, men uten at disse ble klart identifisert. Også for Jonsbu er det slik. Siden oppgavene ikke ble klart identifisert, ble det heller ikke sagt så meget om hvordan de skulle utføres. Det ble imidlertid lagt vekt på to forhold, begge av pedagogisk art: Fagfolk i direktoratet måtte bli litt ”studenter”, altså sørge for at de løpende kunne være faglig à jour. Fagfolkene måtte, for det annet, bli litt ”lærere” eller ”rådgivere”. De måtte bruke sin faglighet til å gi råd, delvis ”nedover”, til praktiserende fagfolk, utøvende helseinstitusjoner og publikum, og delvis ”oppover”, til dem som formulerte politikken på helsevesenets område, men til dels også på andre områder av helsebetydning. Men med denne ensidige betoningen av de pedagogiske virkemåtene, trakk Norbom og hans medtenkere Helsedirektoratet ut av linjen, og gjorde det i praksis (langt på vei) om til et stabsorgan, dog et både oppad- og nedadvirkende stabsorgan. Det er ikke så overraskende at Jonsbu, og direktoratet, så på en slik stabsstatus som utilfredsstillende. Jonsbu, og Mork, og Alvik, og de andre i ledelsen i direktoratet, ville at direktoratet skulle forbli også et direktorat, altså et myndighetsutøvende organ. Selv om Jonsbu ville utvikle direktoratet først og fremst som kompetanseorgan, ville han beholde dets myndighetsstatus. Det fremgår ikke tydelig av hans redegjørelse hva grunnene til at direktoratet bør fortsette med å være et forvaltningsorgan, er. Vi kan imidlertid tolke ham i en slags ”maktretning”: Å gi råd uten tillike å være et maktorgan, vil svekke direktoratets autoritet nedad, og indirekte også oppad. Et organ som *de facto* er et stabsorgan vil etterhånden gli inn i avmaktens skygge.

Det er påfallende at Jonsbu i denne sammenheng ikke nevner klagesaksbehandling og tilsyn. Det er en helsefaglig preget virksomhet, men en virksomhet som fordrer ”makt”, altså et innslag av jus. Ved å gå tydelig inn for å (fortsette å) legge tilsynet til direktoratet, ville han hatt gode argumenter for å la direktoratet forbli et myndighetsorgan. Norbom og hans gruppe hadde i noen grad ”tryllet” bort klagesaksbehandlingen og tilsynet, eller gjort disse saker mindre distinkte, og åpenbart med suksess: Jonsbu ble ”fortryllet” og glemte slik å omtale de saker som om halvannet år skulle snu opp ned på hele forvaltningsdiskusjonen.

Jonsbus ”fotryllelse” kan kanskje i noen grad skyldes den forførende mulighet Jonsbu så i å bevege seg i den retning Norbom hadde pekt ut. Å bli et helsefaglig kompetansesenter betyr jo å bli et mer medisinsk orientert organ, ja, kanskje endog et mer medikratisk organ (igjen). Jonsbu ber nærmest om unnskyldning for at direktoratet ikke tydeligere har sett det og derfor har beveget seg så sakte i remedikratiserende retning: ”Det har over årene skjedd en utvikling i retning av en mer helsefaglig profil, men utviklingen har ikke gått fort nok,..” (s. 25). Han sier, og igjen er han selvkritisk, at direktoratet ”ikke har vært gode nok” til å skape en ”kultur for forandring”. Men nå har ”utenforstående” folk, som Norbom & Co. ”rystet” direktoratets ledere både til innsikt og viljesmobilisering:

> *Helsedirektoratet oppfatter signalene fra Staur slik at direktoratets fremtidige eksistens vil avgjøres av viljen og evnen til å foreta den nødvendige omstilling. Det er ledelsens og direksjonens klart forpliktende intensjon at man skal gå helhjertet inn i denne prosessen* (s. 26).

Jonsbu fortsetter, på vegne av direktoratet, og på samme, nesten påfallende samarbeidsorienterte og ydmyke, måte:

> *Møtet på Staur, grunnlagsdokumentet for møtet, og referatet fra møtet formulerer klart de mål Helsedirektoratet må sette seg dersom det ønsker å bli det kompetansesenter som beskrives. Retningen for den framtidige virksomheten er således fastlagt, men det gjenstår å konkretisere målene* (s. 14).

Med uthevet skrift avsluttes avsnittet slik: ”VP-91 vil således når den foreligger klart dokumentere direktoratets vilje og evne til å tilpasse seg de nye mål som følger av Staur-møtet” (s. 27).

Direktoratet har, nesten entusiastisk, underkastet seg Staur, og Norbom, lenge før det, eventuelt, må gjøre det. Retningen er fastlagt, konstaterer Jonsbu – altfor tidlig, skulle det vise seg.

Underkastelsen er dog betinget, for så vidt som Jonsbu forutsetter at direktoratet får forbli et maktorgan. Den går imidlertid langt utover det som er vanlig for hans sjef, Helsedirektøren. Kanskje kan man også si at som Jonsbu uttrykker seg, kunne ikke Mork ha gjort det. Jonsbu var en mer diplomatisk direktoratsleder enn sin sjef og var opptatt av å snu konfrontasjonsforhold til samarbeidsforhold. Samtidig hadde Mork og de andre lederne sluppet Jonsbu til på vegne av seg: Også de, Mork medregnet, var nå skremt. Jonsbu hjalp dem, og seg selv, på to måter: Han viste at Norboms tanker kunne snues fra å være en trussel til å bli en mulighet, endog en spennende mulighet, og han gjorde med det noe som kunne bringe forholdet til departementet inn på et mer konstruktivt spor.

Men her var et problem, for Jonsbu og for hans direktoratskolleger. Det gjaldt den ”muligheten” kompetanseveien gav. Det var et problem han neppe så klart.

Direktoratet kunne ikke forbli et rent helsefaglig, eller medisinsk, kompetanseorgan. Da var det dømt til å forbli et utenforbasert stabsorgan. Det så også Jonsbu. Han så at direktoratet måtte gi råd basert på en kombinasjon av medisinske og andre premisser. Han skrev derfor at rådene, nedover som oppover, også måtte være ”tilpasset og avstemt mot de gjeldende politiske forutsetninger” (s. 5). Han antyder annetsteds at ”avstemmingen” også måtte skje overfor andre hensyn, altså ”styringsfaglige”, det vil si juridiske, økonomiske og alment styrings- og ledelsesmessige. Ser vi slik på det, oppstår en annen situasjon. Det vi har kalt de styringsfaglige hensyn kan betraktes som det, som styrings*faglige*. Ja, vi kan endog, som antydet, sondre mellom de mer teknisk-faglige styringshensyn og de almene sådanne. De almene går da ut på, på en profesjonell måte, å avstemme alle spesialfaghensynene, samt de legmannspolitiske, mot hverandre. At Jonsbu ikke ser dette, fremgår av siste ledd i den setningen vi ovenfor har sitert en del av. Han skriver at selv om fagfolkene avstemmer sine råd mot politiske hensyn, må ”fagligheten i rådene selvfølgelig .. ivaretas”. For ham er de andre hensyn, iallfall her, tilsynelatende ikkefaglige, og kanskje ikke-fagliggjørbare. De krever bare leg erfaring og innsikt. Skulle det nye direktoratet bli et fullstendig kompetanseorgan måtte det også inneholde styringsfaglig kompetanse.

Forsåvidt som Jonsbu, og dermed Mork, ikke tenker seg det nye direktoratet slik, øker det sannsynligheten for at det må bli et ”utenfororgan”. Med den økende bevissthet om styringsprofesjonalisering som preget tiden, ville departementet selv måtte stå for den egentlige premissavstemming. Departementsråd Norbom tenkte tydelig slik, og hadde gjort det siden han satt som statssekretær i Finansdepartementet i Borten-regjeringen. Det var derfor, som vi skal komme tilbake til, han ville ha medisinsk kompetanse i departementets helseavdeling og det var derfor han mente at de styringsprofesjonelle forvaltere måtte ta innover seg politikkens logikk.[140] Men med hans syn på styring, måtte det å gjøre

[140] Kfr. Jon Ola Norbom, ”Den økonomisk-politiske beslutningsprosess”, s. 34–47, i Knut T. Giæver, Preben Munthe, Arnljot Strømme Svendsen og Knut Getz Wold, red., *Økonomi og politikk*, *op.cit.*

Helsedirektoratet om til et rent helsefaglig kompetanseorgan være å dytte det lenger unna makten og nærmere den egentlige faglighet, den man fant i klinikken, i preklinikken og i forskningsmiljøene. Man kan også se Norboms ønske om delvis å flytte tilsynet opp til departementet som et uttrykk for denne tenkning: Tilsyn krevde at man kombinerte helsefaglige og juridiske hensyn; ja, for Norbom betydde tilsyn også at man kombinerte helsefaglige og legpolitiske hensyn.

Norboms forslag var mer skumle for maktinteresserte direktoratsledere enn de var klar over.

Før vi avslutter diskusjonen av Jonsbus notat må vi nevne at det inneholdt nok et poeng som viste at direktoratet ikke bare underkastet seg. Mot slutten av notatet henvises det til Ikke-dokumentets ”meget kritisk(e) beskrivelse av direktoratet, og direktoratets måte å fungere på” (s. 27). Siden de forhold Ikke-dokumentet trekker frem som kritikkverdige, delvis er ”en følge av manglende initiativ, respons og bistand fra overordnet organ, finner vi det nødvendig å påpeke dette”, heter det videre. Jonsbu fortsetter: ”Vi vet det kan irritere, men vi føler det må være vår rett, og også plikt, etter den ”usminkede” beskrivelsen som er blitt oss til del” (s. 27). Jonsbu nevner så eksempler på hvordan direktoratet er blitt ”sviktet” av departementet. Ikke minst peker han på at direktoratet ikke er blitt gitt de juridiske og økonomiske forutsetninger for å kunne drive en kompetanseoppbyggende personalpolitikk. Han konstaterer også at direktoratet ikke får reaksjoner på sitt arbeid med de nye virksomhetsplanene: ”Helsedirektoratet fikk ikke et eneste signal på at de to foregående års virksomhetsplaner ikke var i samsvar med departementets ønsker”, skriver han (s. 28). Med andre ord: Det er direktoratet, ikke departementet, som tar de forholdsvis ferske nyttestatlige vedtak alvorlig.

♦

Jonsbus notat, og de direktoratssignaler det gir, åpnet for en mer samarbeidspreget organisasjonsutviklingspolitikk. Notatet representerte nye toner, etter mange års gjensidig polemikk og mistillitsutvikling. Men det var for sent. Norbom hadde lenge vært åpen for et pragmatisk samarbeid, men nå hadde han tapt troen på det. Nå krevdes der ”kirurgi”, mente han. Han var allerede godt i gang med denne. Mork gjorde heller ikke, så vidt vi kan se, noe for å følge opp Jonsbus mer radikale Staur-tanker, selv om han støttet Jonsbus planer om å fortsette overgangen fra forvaltnings- til kompetanseorgan. Mork hadde ikke noe nært forhold til Jonsbu, og selv om han så at Jonsbu med sin iver og originalitet representerte noe Helsedirektoratet trengte, ble det aldri naturlig for ham å slå inn på Jonsbus samtidig myke og offensive strategi. Mork var for mye på vakt.[141]

Signalene fra direktoratet ble ikke, selv om de var påfallende positive, besvart av departementet. Etter det vi kan se, ble de ikke engang ordentlig registrert.

Den siste mulighet for å finne en utvei som ikke fordret at minst én av de to, Norbom eller Mork, falt, var dermed forskuslet. Jonsbus notat endte som vedlegg 6 til et orienteringsnotat direktoratet sendte Statskonsult 22. februar 1991. Notatet ble sendt som en orientering om helsetjenesteavdelingen. Alle Staur-tilknyttede refleksjoner var da tatt ut.

[141] Vi har ikke i direktoratsarkivet funnet notater som viser at Mork hadde tenkt å gå videre med Jonsbus Staur-påvirkede tanker. To personer som satt nær Mork på denne tiden, Anne Alvik (samtale 27.10.10) og Helge Høifødt (samtale 26.10.10), mener i dag at Jonsbus utspill forble det, et utspill.

Norbom II: Styringsgruppens arbeid og begivenhetene rundt det

Prosessen settes i gang

Etter nøkkeloverrekkelsen den 3. november 1990 bad den avgående minister om en samtale med den inngående. Det var én sak Wenche Frogn Sellæg spesielt ønsket å ta opp med sin etterfølger, nemlig forvaltningssaken. Hun understreket, forteller Tove Veierød i dag, hvor viktig det var at ansvarfordelingen i helseforvaltningen ble bedre og at det krevde en endring av organisasjonsformen.[142] Veierød fikk samtidig overlevert referatet, eller notatet, fra Staurmøtet – det var akkurat ferdig (1. november) - og Ikke-dokumentet. Sellæg var, som vi har sett, gradvis blitt "dratt inn i" arbeidet med saken, og da Staur kom, var saken blitt viktig for henne. Norbom følte også at han nå hadde henne med "på laget", selv om han kanskje ikke hadde det i den grad han trodde. Tilsynssaken og spørsmålet om den fagdirektoratlige uavhengighet lå der som "tikkende bomber", selv om de nå var trengt noe i bakgrunnen. Norbom fikk for så vidt også bekreftet Sellægs positive engasjement da det nærmet seg jul (1990). Han fikk da julekort fra den tidligere statsråd, hvor hun takker for "et usedvanlig hyggelig og givende samarbeid i året som er gått" og forteller at hun følger med litt "fra sidelinjen". "Ikke minst" skriver hun, "ser jeg med spenning fram til det som skjer med den sentrale helseforvaltning".[143] Men bare på "sidelinjen" var ikke den nettopp avgåtte sosialminister. Selv om hun, naturlig nok, nå ikke satt i Sosialkomiteen, spilte hun utover høsten 1990 en aktiv rolle i forvaltningssaken. Hun hadde god kontakt med komiteen gjennom sin partifelle, Sosialkomiteens sekretær, Thea Knutzen (1930-2016), og var med på å få komiteen til å sende en "hilsen" til departementet i sakens anledning.[144] I Sosialkomiteens budsjettinnstilling til Stortinget kom denne "hilsen", dog bare underskrevet av de borgerlige partiers representanter, til å lyde slik:

> *Stortinget ber regjeringen om å iverksette arbeid for å få en ny modell for organisering av den totale statlige helseforvaltning. Det pekes spesielt på behovet for en gjennomgang av helseavdelingens arbeidsoppgaver sett i sammenheng med helsedirektoratets oppgaver. Målet med en ny organisasjonsstruktur, må være å skape en mer hensiktsmessig organisering.*[145]

Men før vi fortsetter skal vi gå litt tilbake i tid.

For departementsråden var det viktig nok at han hadde den nye opposisjonen med seg. Skulle han komme videre måtte han også ha den nye posisjonen, og i første omgang betydde det statsråden, med seg. Sellægs pågåenhet var nok velkommen for departementsråden, men også potensielt skummel. Hvordan ville arbeiderpartistatsråden reagere på høyrestatsrådens henstillinger? Utover i 1970-årene hadde Arbeiderpartiet reagert negativt på den borgerlige "hakkingen" på Mork og Helsedirektoratet (kfr. bind 1), selv om mange i partiet også hadde en forståelse for den. Det som hadde skjedd etter at Arbeiderpartiet overtok makten i mai 1986 betydde imidlertid at Arbeiderpartiet nå hadde bestemt seg; noe måtte gjøres med helseforvaltningen, igjen. Det var en indirekte garanti for at den bestemmelsen ikke skulle bli

[142] Tove Veierød, i samtale 5.8. 2009.
[143] Julekort fra Wenche Frogn Sellæg til Jon Ola Norbom, datert 17.12.90.
[144] Wenche Frogn Sellæg, samtale 11.8. 2010.
[145] *Budsjett-Innst. S.* nr. 11, 1990–91, s. 36–37. (Stortingsforhandlinger 1990–91, 6A II.)

glemt at Tove Strand Gerhardsen ble minister for forvaltningssaker. Den nye sosialministeren trengte heller ikke så mye overtalelse. Hun kjente ikke saken fra før, men ble raskt overbevist. Sellægs argumentasjon virket tung og saklig. Den avtroppende statsråd hadde jo heller ingen åpenbare politiske formål med sitt saksengasjement: Dette var hverken en sak med klart partipolitisk preg[146] eller spesielt folkelig interesse. Den ferske statsråden manglet jo også saksinnsikt til å ha så mye å stille opp med mot Sellæg, for ikke å tale om mot Norbom. Og Norbom hadde det travelt.

Thea Knutzen (1930–2016): Fra slutten av femtiårene hadde hun verv i lokale organisasjoner og i kommunestyret i Sortland, etter hvert også i Nordland fylkeskommune og på nasjonalt plan. Hun møtte på Stortinget som vararepresentant i perioden 1981–1985 og fra da av og til 1993 som fast representant. Under den siste perioden var hun sekretær i Sosialkomiteen og under den avgjørende debatten i Odelstinget om Helsedirektoratets skjebne var hun sitt yngre bysbarn (Harstad), statsråd Tove Veierøds, skarpeste kritiker. Bildet er tatt 5. oktober 1989. (Foto: Fotograf Bjørn-owe Holmberg / NTB)

Som nevnt hadde han allerede den dagen regjeringen Syse brøt sammen, den 29. oktober, klar et utkast til notat til regjeringen i sakens anledning. Det tok ikke så lang tid før den nye statsråden hadde sluttet seg til notatet og det ble, med små endringer lagt frem for regjeringen i regjeringskonferansen den 22. november (1990).

Det heter i det knapt tresidige notatets første punkt:

> *I et overveiende desentralisert helsevesen har statens rolle skiftet karakter. Hovedvekten ligger på å trekke opp nasjonale helsepolitiske målsettinger, angi hovedprioriteringer, etablere finansieringsordninger og andre rammebetingelser. Detaljstyring viker plass for ramme- og målstyring, samt påvirkning gjennom rådgivning, rettledning, veiledning og dialog.*

Filosofien er, som vi ser, den samme som den Ikke-dokumentet er basert på. På den ene side ”aksepteres” den politisk-demokratiske logikks krav om overføring av makt til fylkeskommuner og kommuner. På den annen side ”omfavnes” den forholdsvis nye, bedriftsledelsesinspirerte mål- og resultatstyringen; det som utover i 1990-årene skulle bli omtalt som ”den nye offentlige ledelse”, og som vi omtaler som nyttestatlig styring og ledelse. De spenninger der er mellom den profesjonaliseringspregede målstyringen og den

[146] Forvaltningspolitikk er, som vi hele veien har vist, også politikk. I dette tilfelle var imidlertid de politisk-ideologiske sider ved de tanker Norbom hadde ikke uten videre åpenbare for den nye, forvaltningspolitisk uerfarne statsråd. Å gjøre noe med helseforvaltningen var dessuten allerede blitt et prosjekt Arbeiderpartiet hadde gjort til sitt. Sellæg hadde egentlig mer ”arvet” Gerhardsens prosjekt enn lansert sitt eget, høyrepregede.

”legpolitiserende” desentraliseringen, sees det her bort fra. Det passet også å gjøre det: Desentraliseringen kunne brukes som et ”våpen” mot Helsedirektøren og hans direktorat.

I de neste seks punkter stilles en slags diagnose. Budskapet er for det første at den eksisterende statlige helseforvaltning er for tilfeldig bygget opp: Den er vokset frem stykkevis, og fungerer slik altfor lite helhetlig. Til dels har oppstykkingen ført til lite vellykkede improvisasjoner, som innen den forebyggende helsepolitikk (p. 7) og innen forvaltningen av statssykehusene (p. 4). For det annet er budskapet at Helsedirektoratet ikke ”får det til”, altså at det opptrer for lite profesjonelt. Hva det siste angår, står det blant annet i notatet, punkt 2, at ”Helsedirektoratet har vanskeligheter med å fylle kompetanse- og rådgivningsfunksjonen”. Det utdypes i punkt 3: ”Helsedirektoratet preges fortsatt i for stor grad av ”pliktløp” med et stort antall enkeltsaker på bekostning av kompetanse- og utviklingsoppgaver”. Men problemene med direktoratet er flere (p. 3): ”Delegering til fylkeslegene er ikke ført langt nok. Direktoratets profil har skapt problemer for faglig posisjon og rekruttering”.

Diagnostisk konkluderes det i punkt 8 med at det ”nå er på tide å gjennomgå hele den statlige helseforvaltning for å tilpasse den dagens og morgendagens behov,..” Dette bør skje, heter det, ut fra de krav ”som er formulert av Hermansen-utvalget”.

Det konkluderes slik i R-notatet (punkt 9):

> *På denne bakgrunn bør det foretas en gjennomgang av hele den statlige helseforvaltning med følgende siktemål:*
> *a) Styrke den helsefaglige kompetanse- og rådgivningsfunksjonen utenfor departementet og gjøre den mer tilgjengelig både for den statlige og den kommunale forvaltning, bl.a. gjennom konsentrasjon og bedre utnyttelse av ressurser.*
> *b) Skille den overordnede forvaltning av statssykehusene og evt. andre helsefaglige institusjoner fra kompetanse- og rådgivningsfunksjonen, og gi disse institusjonene større grad av fristilling i henhold til Hermansen-utvalgets anbefalinger.*
> *c) Avlaste departementet og andre sentralorganer for løpende forvaltningsoppgaver – bl.a. gjennom betydelig delegering til fylkeslegene, og eventuelt overføring til lokalforvaltningen.*
> *d) Klarere grenseoppgang mellom departement og underliggende kompetanse- og rådgivningsorgan.*

Ånden fra Ikke-dokumentet lever altså videre. De forslag som antydes her speiler tydelig tankegangen i Ikke-dokumentet. Spesielt legger vi merke til at den viktigste reformidé fra Ikke-dokumentet, ideen om ”kompetansefunksjonen”, men nå som et rendyrket sådan, lever videre. Den var utgangspunktet for å få tatt ”knekken” på direktoratet som det fungerte under Mork. Ikke-dokumentet var altså bare et ikke-dokument en svært kort stund. Den øyeblikkspregede karakteriseringen av det som sådant, var også knapt alvorlig ment. Noe annet er at den nye virkelighet som etter hvert materialiserer seg, skal føre til at dokumentet i viktige henseender, skjønt mer praktisk enn ”filosofisk”, overlates til arkivet og historien.

Det understrekes i R-notatet at vurderingene som skal gjøres ”må skje på helt fritt grunnlag i forhold til nåværende institusjonsmønster”. Departementet vil altså ha frihet til å gjøre ”hva som helst”, ikke minst med Helsedirektoratet. Det vil også ha frihet til å gjøre det ”hierarkisk”: ”Gjennomgangen må foregå under tett departemental styring” (p. 11). Her kommer det norbomske syn på det nasjonale demokrati frem. Endelig, og delvis for å sikre det

hierarkiske "trykk", vil departementet at endringene skal gjennomføres raskt: "Det tas sikte på å nedfelle forslag til ny hovedstruktur i St.prp. nr. 1 (1991-92) med sikte på at gjennomføring kan skje pr. 1. januar 1992" (p. 14). For så vidt som prosessen nå skulle åpnes – både de lokale myndigheter, de berørte institusjoner og de ansatte og deres organisasjoner skulle trekkes "konstruktivt med i prosessen" (p. 11) – var dette et ambisiøst tidsperspektiv. En omfattende nyordning skulle tre i kraft om bare vel 13 måneder.

I R-notatet foreslåes det at arbeidet skal ledes av "en liten styringsgruppe" og at denne bør være sammensatt av "representanter på høyt administrativt nivå fra Sosialdepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet og Statskonsult". Sekretariatet burde legges til Sosialdepartementet (p. 11). Vi nærmest "ser" Norboms intensjon: Ved at "tungvekterne" i de tre i denne sak viktigste departementer, pluss "den tyngste" i Statskonsult, stod for ledelsen, var man garantert både at "den nye tids" filosofi ble lagt til grunn og at vurderingene løpende kunne klareres med statsrådene. Men hva minst like viktig var, med denne sammensetningen sikret Norbom seg at utredningen skjedde på en styrt måte, det vil si på en måte han hadde styring med: Ordet "styringsgruppe" passet. Man kan si at styringen ble sikret hvis han fikk med seg ledere fra de, hva denne forvaltningssaken angikk, viktigste andre departementer – og Statskonsult. Saken var da både maktmessig og faglig godt forankret.

I notatet heter det også, i punkt 10 at "Foranstående spørsmål ble drøftet med sentrale ledere i den statlige helseforvaltning på en to-dagers konferanse i oktober". Det legges, underfundig, til at "Det er gjennomgående enighet om at det bør foretas en totalgjennomgang under medvirkning fra sektoren".

Sosialministeren, og indirekte også departementsråden, fikk regjeringen med seg. Dermed var formelt, og for alvor, den annen Norbom-prosess i gang. Det var for så vidt ikke så overraskende at Sosialministeren fikk regjeringen med seg. I en administrativ sak skal det mye til før regjeringen stanser en fagstatsråd. Nå var kanskje ikke denne saken en helt vanlig administrativ sak. Statsminister Gro Harlem Brundtland var klar over det. Hun husket godt den støy delingen i 1983 skapte og var oppmerksom på de gnisninger der siden hadde vært mellom direktorat og departement(avdeling). Hun hadde jo også, som vi har vist, stilt spørsmål i Stortinget om den akutte konflikten som oppstod høsten 1984. Hun forstod således godt hvorfor helseforvaltningens organisering igjen var kommet på dagsordenen. Nå var det en borgerlig regjering som hadde startet prosessen og hennes sosialminister som ville føre den videre. Saken skulle slik ikke være politisk vanskelig. Hun hadde også, forteller hun nå, alltid den holdning at arbeid som var satt i gang i forvaltningen burde føres videre, hvis det ikke var politiske grunner til noe annet. At Helsedirektøren var skeptisk til den forestående organisasjonsgjennomgåelsen var ikke for henne noen grunn til å sette foten ned. Statsministeren hadde et distansert forhold til Torbjørn Mork.[147] De øvrige statsråder hadde intet å bemerke til saken, som naturlig er i slike saker. Administrasjonsminister Tove Strand Gerhardsen kunne, som fagminister, og som tidligere sosialminister, ha ytret seg, men mente nå at hennes situasjon gjorde at hun burde være ekstra forsiktig. Hun ville ikke "tråkke for mye i Toves bed".[148]

[147] Opplysningene om hvorfor Gro Harlem Brundtland gav klarsignal til organisasjonsgjennomgåelsen ble gitt i en samtale 25.3. 2011.

[148] Uttalt av Tove Strand Gerhardsen i intervju med Einar Vetvik 2.3. 1993. Vi har fått intervjuet av Einar Vetvik i november 2011. "Tove" i sitatet er naturligvis Tove Veierød.

Styringsgruppens sammensetning ble som den nå måtte bli: Departementsråd Jon Ola Norbom ble dens leder. Han fikk med seg, som han hadde ønsket, resten av gruppen som hadde utformet Ikke-dokumentet, altså Statskonsults sjef, Christian Hambro, og avdelingsdirektør Thomas Mauritzen. I tillegg tok han med sin departementsrådskollega fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Knut Grøholt (f. 1942) og "sosialdepartementsmannen" fra Finansdepartementets finansavdeling, den allerede legandariske avdelingsdirektør Nils Holm (f. 1945) – "keiseren" som han undertiden ble kalt. Da Holm utpå vårparten gikk til Oslo kommune, ble han erstattet av en annen sentral mann fra Finansavdelingen, statsviteren Steinar Stokke (f. 1955). Mauritzen ble i tillegg til å være medlem av styringsgruppen, leder for gruppens sekretariat. Gruppen og sekretariatet ble slik i praksis samlet; sekretariatet skulle ikke bli noe utgangspunkt for alternativ tenkning. Mauritzen fikk med seg i sekretariatet først to, så ytterligere to personer: Utredningsleder Ólafur Pétursson (1938-2016) og konsulent Marit Stadheim var med fra starten av, siden kom rådgiver (i Departmentet) Øyvind Sæbø (1. mai 1991) og spesialrådgiver (Statskonsult) Terje Haugli Nilsen (1. juni 1991) til. Sekretariatet skulle også snart knytte til seg rådgiver Kristin Amundsen (f. 1961) og spesialrådgiver Knut Klepsvik (f. 1955), begge fra Statskonsult, som bistandsytere i prosjektplanleggingen og prosjektstyringen.

Vi kan konstatere at den gruppe styringsgruppen skulle styre, var gruppen selv. Vi kan også konstatere at styringsgruppen i all hovedsak var en gruppe basert på det overordnede perspektiv. Gruppen fikk ingen "partsrepresentanter", ingen deltagere fra Helsedirektoratet eller helseavdelingen, eller Statens institutt for folkehelse, eller… ja, egentlig ingen som skulle se på seg som *representanter*.[149] Styringsgruppens medlemmer representerte alle den *samlende* fornuft. Én av de to medarbeidere sekretariatet fikk mot slutten, Øyvind Sæbø, kom fra helseavdelingen, men skulle dog fungere som fagperson.

Norbom, Hambro og penneknekt Mauritzen var allerede "varme" etter arbeidet med Ikke-dokumentet. For dem var det bare å fortsette det arbeidet de var godt i gang med. Herrene Grøholt og Holm kunne så komme gradvis med. For så vidt kom de, men særlig Holm, forholdsvis raskt med. Holm kjente Sosialdepartementet godt som dets "finansdepartementsmann" gjennom mange år. Grøholt kom mer utenfra, og hadde andre store oppgaver som krevde hans oppmerksomhet.

For Norbom fortonte nå utsiktene seg lyse. Han hadde selv styringen med prosjektet, og skulle bruke endel av sin tid, og mer av sin oppmerksomhet, på det. Han hadde med seg folk han nå kjente godt. Men like viktig var det at han hadde nesten hele det politiske miljø med seg. Høyre hadde han, mente han, fått med seg under det nettopp fallerte ministerium. Han trodde endog at han gjennom Wenche Frogn Sellæg hadde fått Høyre *aktivt* med seg. De to mindre "Venstre-avleggerne" så det også, som vi har sett, ut til at han hadde med seg. Nå hadde tillike det store arbeiderpartiet gått med ham. Regjeringsskiftet, som først hadde vært en mulig trussel, fremstod nå som en velsignelse. Jon Ola Norbom hadde, så det ut til, nesten full støtte oppover. Det var situasjonen oppover han, som "politokrat", la mest vekt på. Hans prosjekt skulle gjennomføres med "makt", men demokratisk forankret makt. Han var imidlertid ikke spesielt bekymret over situasjonen nedover heller. Han hadde lært sektoren å kjenne etter hvert og han hadde registrert at han hadde med seg de fleste av lederne for de institusjoner som i viktige henseender var plassert under Helsedirektoratet og Helsedirektøren, mange av fylkeslegene medregnet.

[149] Det var bevisst fra Norboms side. Samtale 13.10.10.

Det så altså lovende ut. Hans siste store prosjekt, senhøstes 1990 fylte han 67, skulle gjøre en forskjell. Han skulle sette ytterligere spor etter seg; viktige, kanskje varige, spor.

♦

Vi skal gå tilbake til Stortinget og det borgerlige komiteforslag.

Arbeiderpartiet syntes forslaget, eller "hilsenen" som vi ovenfor har kalt det, var unødvendig, og derfor litt "masete". Reformarbeidet gikk jo sin gang i departementet. Det nye regjeringspartiet sluttet seg derfor ikke til forslaget. For Sosialistisk Venstreparti var forslaget utidig. Partiet så ikke det reformbehov de fire borgerlige partier, og nå også Arbeiderpartiet, så.

Men påminnelsene stanset ikke med budsjettanmerkningen. Ut i februar (1991) kom der nok en sådan fra borgerlig hold, denne gangen fra Senterpartiets Tove Kari Viken. Hun og hennes parti hadde også, som Kristelig Folkeparti, en høne å plukke med Helsedirektøren: For bondepolitikerne var han en farlig sentraliseringsmann; han hadde jo forsøkt å forhindre kommunaliseringen av almenhelsevesenet frem mot 1982-1984 og ville gjerne overføre sykehusene fra fylkeskommunenes til statens eie. I spørretimen 6. februar 1991 spurte hun:

> *Ved behandlingen av sosialbudsjettet for 1991 bad et flertall bestående av Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet om en gjennomgang av arbeidsoppgavene til helseavdelingen i Sosialdepartementet, sett i sammenheng med Helsedirektoratet – dette med sikte på en ny og mer hensiktsmessig organisasjonsstruktur.*
>
> *Hva har sosialministeren gjort for å få utredet denne problemstillingen?*[150]

Spørsmålet var innholdsmessig nokså likt det borgerlige komiteforslag fra den nylige budsjettbehandlingen, og for så vidt som statsråden under budsjettdebatten den 6. desember hadde sagt at organisasjonsutredningen allerede var i gang, virket spørsmålet unødig geskjeftig på Sosialministeren. Hun svarte imidlertid saklig og redegjorde kort for det arbeid som var i gang. Viken takket for svaret, men fulgte opp med å minne om at den desentralisering av ansvaret for helsepolitikken som hadde skjedd siden 1970-årene, burde føre til "sterkere innstramming sentralt".

Men om noen av de borgerlige politikere "maste" mer enn nødvendig var, var "maset" også velkomment. Det bekreftet, som vi har nevnt, at Sosialministeren, og departementsråden, stadig hadde en form for politisk kontroll. Den viste at de hadde de borgerlige partier, tydeligst Høyre og Senterpartiet, men trolig også Kristelig Folkeparti, med seg. Det var imidlertid nå begynt å gå opp for departementets ledelse at den opprinnelige, meget ambisiøse tidsplanen kunne sprekke. Statsråden sa at forvaltningsutredningen "er meget høyt prioritert arbeid" og at planen stadig var å være ferdig innen 1. juli (1991). Hun la imidlertid til: "Om vi dermed klarer å få vurdert alle sider av organisasjonsgjennomgangen i budsjettet og iverksatt alle deler av den pr. 1. januar 1992, vil vel være mer usikkert".[151]

[150] Stortingsforhandlingene 1990–91, 7b, *Tidende S.*, s. 2242–2243.
[151] *Ibid.*, s. 2243.

Utredningsprosjektet: første fase, november – desember 1990

Når utredninger skal foretaes i statlig regi er det vanlig at det oppnevnes et utredningsutvalg. Dette får en leder, ofte en kyndig, men ”uavhengig”, person. Utvalget er ellers gjerne sammensatt av fagfolk, relevante departementsrepresentanter og representanter for de mest berørte parter, og som regel med departementskonsulenter som sekretærer. Utvalg fungerer altså demokratisk-korporativt. Det innebærer at departementets ledelse mister noe av kontrollen over den tidlige fase i politikkutformingen, altså, formelt, at det numeriske demokrati i noen grad begrenses.[152]

I dette tilfelle ble det altså ikke oppnevnt noe utvalg. Tanken om et slikt var jo egentlig avvist allerede da departementsledelsen bestemte seg for å starte Norbom I-utredningen. Så følsomt som ordningsspørsmålet var, ville medlemmene i et utvalg ikke kunne enes om noe ”fornuftig”. Ja, utvalget ville kanskje bryte sammen. Det måtte, mente først og fremst Norbom, stram styring til. Det hadde det vært under den første utredningen. Det måtte det fortsette å være nå, under Norbom II. Istedenfor et korporativt utredningsutvalg, ble det derfor oppnevnt en ikke helt vanlig institusjon, en styringsgruppe. Man kunne tenke at en slik gruppe skulle fungere som et slags styre for den egentlige utredningsgruppe. Det er det vanlige. Men det var ikke tanken nå, og ble heller ikke realiteten. Gruppen kom til å fungere svært aktivt, som et målrettet utredningsutvalg. Den stod for utredningen, og, gjennom Mauritzen, også for det meste av skrivearbeidet: Mauritzen ledet jo gruppens sekretariat; ja, gjennom ham ble styringsgruppen og sekretariatet ett. Den ikke helt vanlige benevnelse på den egentlige utredningsgruppe, *styringsgruppe*, passet slik utmerket: Den utredet styrende. At det i mandatet kom til å understrekes at gruppen stod fritt hva gjaldt organisasjonsløsninger, mere understreket enn begrenset arbeidets *styrte* status. Utrederne kunne gjøre (nesten) hva de ville.[153] Prosessen fikk slik beholde noe av den status Norbom I-prosessen hadde hatt, nemlig statusen som et politisk prosjekt. I referatet fra styringsgruppens møte den 6. desember konstateres det at ”organisasjonsgjennomgangen baseres på en beslutning i regjeringen og derfor (er) en styringssak. Den er ikke en vanlig utvalgsutredning”.[154]

Norbom I var, som tradisjonen hadde utviklet seg etter krigen, forvaltningsmessig ”annerledes”, selv om man ser på denne prosessen som intern, og som en prosess for statsråden: I sine potensielle konsekvenser gjaldt den jo så mange at mange (av disse) fant lukketheten utfordrende. Den korporativt pregede utredningen var nå blitt det normale i norsk politikk. Norbom II fortsetter annerledeshetstradisjonen, men nå altså med regjeringen, ikke bare statsråden, som utgangspunkt. Annerledeshet representerer imidlertid alltid en ekstra

[152] Uttrykket ”numerisk demokrati”, har vi hentet fra statsviteren Stein Rokkan (1921–1979). Han brukte det for den beslutningsprosess som starter med valg der hver stemme teller omtrent likt. I de korporative prosesser – Rokkan talte om ”korporativ pluralisme” – er det i første rekke de som har sterke interesser i en sak, eller spesiell sakkyndighet, som deltar. Kfr. Stein Rokkan, ”Norway: Numerical Democracy and Corporate Pluralism”, i Robert A. Dahl., red., *Political Oppositions in Western Democracies*, New Haven/London: Yale University Press, 1966, s. 70–115.

[153] Norbom kan ikke idag erindre at det var noen spesiell grunn til at gruppen ble kalt *styringsgruppe*. Han peker dog på at den skulle se på hele institusjonsspekteret; altså være forvaltningsmessig altomfattende, men også engasjere alle institusjonene til samtale om det fremtidige ordningsmønster. (Samtale 13.10.10.)

[154] Referatet fra møte i styringsgruppen 6.12. 1990, med alle tilstede. Referatdatoen er ikke påført. Sos.dep.s arkiv, 612.1. Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, kas. 8.

fare. I dette tilfelle representerte den faren for en ”ukontrollert” politisk reaksjon, i første omgang fra berørte grupper. Det kunne bli en reaksjon som kunne gjøre at styring ble til styringssammenbrudd. Listen ble altså lagt høyt og fallhøyden ble gjort stor. Departementsråden investerte ikke selv så lite av sitt offentlige ettermæle. Som ”med-investor” trakk han med seg en ennå, hva denne saken angikk, nokså uvitende statsråd.

♦

Regjeringen behandlet R-notatet torsdag (22.11.). Allerede mandag 26.11. hadde Sosialdepartementet, det vil i praksis si departementsråden, mandatet for styringsgruppens organisasjonsgjennomgåelse, klar. Det hastet. Mer prosaisk enn poetisk, får man si, lød mandatet slik:

> *Det nedsettes en styringsgruppe til å forestå en gjennomgåelse av hele den statlige helseforvaltning. Gruppen skal bl.a.:*
> *-foreta en faktisk beskrivelse av dagens statlige helseforvaltning,*
> *-gi en oversikt over de funksjoner som den statlige helseforvaltning bør ivareta innen et overveiende desentralisert helsevesen,*
> *-vurdere hvordan og i hvilken grad disse funksjonene dekkes av dagens statlige helseforvaltning, og om den institusjonelle ramme er hensiktsmessig, herunder også spørsmålet om funksjonsfordelingen mellom departementet og underliggende institusjoner,*
> *-vurdere på fritt grunnlag dagens institusjonsmønster i forhold til sentrale overordnede krav som stilles til statlig forvaltning, jfr. NOU 1989: 5 (Hermansen-utvalgets innstilling),*
> *-foreslå på fritt grunnlag endringer i den organisatoriske struktur samt andre tiltak med sikte på en bedre ivaretakelse av de funksjoner staten fortsatt skal ivareta og en effektiv utnyttelse av de samlede ressurser,*
> *-klargjøre administrative og økonomiske konsekvenser av forslagene, herunder spørsmålet om lokaler, spesialisert og kostbart utstyr, samt endringer i lover og forskrifter.*[155]

Selv om mandatet er prosaisk formulert og også litt teknisk preget, har det en ”politisk” tendens. Det henger slik sammen:

Mandatet sier at styringsgruppen skal ta utgangspunkt i en ”funksjonsanalyse”, altså en analyse av hvilke funksjoner, eller oppgaver, en nasjonal helseforvaltning bør ivareta eller oppfylle. Mandatet gir altså styringsgruppen beskjed om å starte ”abstrakt”. Den skal, det første ”beskrivende” punkt til tross, ta utgangspunkt ikke i virkeligheten, men i et nyformulert ideal, et sett av ”nødvendige” funksjoner, altså oppgaver. Denne ideen hadde spilt en rolle også da Ikke-dokumentet ble skrevet, som det fremgår av dokumentets tittel, men nå ble den gitt større vekt. Den var godt egnet til radikal reformering. Ved å ta utgangspunkt i nødvendige, men abstrakte funksjoner (oppgaver), kunne man se bort fra det ”tilfeldige” institusjonsmønster historien hadde skapt. ”Tilfeldig” var et ord Norbom & Co. hadde brukt i Ikke-dokumentet, og nå skulle fortsette å bruke. For dem var det et ”frigjørende” ord.

[155] Sitert etter styringsgruppens sluttrapport, *Gjennomgang av den statlige helseforvaltning med forslag til organisasjonsmessige endringer*, Sosialdepartementet, 19. august 1991, s. 4.

Styringsgruppen, eller de som særlig styrte den, visste hva de gjorde, men forsøkte samtidig å gjøre det utgangspunkt de hadde valgt til å høres nøytralt ut: "..det er formålstjenlig å ta utgangspunkt i funksjoner når det skal gjøres organisatoriske overveielser", heter det i gruppens endelige innstilling (s. 21).

Men la oss, før vi går til empirien, fortsette analytisk:

Når de nødvendige funksjoner, altså idealet, er definert, skal, heter det videre i mandatet, styringsgruppen sammenholde det med realiteten. I den grad den finner mangler, skal den foreslå reformer som kan bringe realiteten i harmoni med idealet. Som reformator skal styringsgruppen stå fritt, og altså kunne se bort fra de fleste av de "tilfeldige" realiteter som fortiden har skapt; det var et poeng som også ble understreket i Ikke-dokumentet. Det er underforstått at disse realiteter også gjelder de interesser de representerer.

Det er ikke uvanlig at offentlige utredninger har innslag av slik radikal og deduktiv tenkning, men i praksis er de fleste utredninger mer konservative og induktive: Reformene får "gro frem" på grunnlag av påvisninger av konkrete, gjerne avgrensede, problemer, altså av noe som ikke fungerer tilfredsstillende. Å reformere på denne måten fører til stykkevis (inkrementell) og pragmatisk endring. Å reformere, som styringsgruppen ble bedt om, fører gjerne til omfattende og drastiske endringer. Man kan si at man lager et slikt deduktivt preget mandat når man har i tankene en større endring. I dette tilfelle var "man" formelt departementet og dets statsråd, men reelt var det først og fremst departementets øverste faste embedsmann, dets "Permanent Secretary", Jon Ola Norbom. Vi kan føye til at sammensetningen av styringsgruppen bekrefter dette "reformopplegg": Gruppen bestod av folk som satt høyt oppe, var vant til å tenke styrende, og som, for flertallets vedkommende, allerede på forhånd var kommet til at der trengtes radikal reformering. Hadde styringsgruppen istedenfor vært en utredningsgruppe, og hadde omfattet representanter for de viktigste berørte parter, ville den vært en gruppe for "induktiv", stykkevis reformering.

Det er ikke bare noe radikalt, men også noe venstreliberalt nyttestatlig over styringsgruppens funksjonelle utgangspunkt. Det er det forsåvidt som det innebærer at gruppen kan se rent instrumentelt på ordningsspørsmålet. Gruppen er imidlertid ikke helt slik orientert. Da måtte den tatt utgangspunkt i helsepolitikkens konkretiserte mål. Ved å ta utgangspunkt i funksjoner løsriver den seg noe fra (de kanskje litt ustabile) målene – om vi ser bort fra målet, og midlet, lokal klinikk, og har som formål å skape en ny ordning, en ordning som iallfall skal ha en viss permanens. På den måten reflekterer den mer en høyreliberal enn en venstreliberal nyttestatlighet, en nyttestatlighet som i praksis har meget av det tradisjonelt rettsstatlige over seg: Staten skal styre ved hjelp av "stående" institusjoner og gjennom "stående" lover. Det kunne passe Norbom. Som embedsmann var han påvirket av jusen og var etterhånden blitt litt forvaltningskonservativ, om enn på *sin* måte. I dette tilfelle kan nok imidlertid i tillegg hans standpunkt være preget av de konkrete erfaringer han hadde gjort: Han trengte institusjonelle rammer som gjorde det mulig å sikre et tydelig og stramt politikerstyre, og da nyttet det ikke å ha en ordning som gjorde det tradisjonelle medikratis, og den både selvbevisste og frustrerte medikrats gjenkomst, mulig. En "deduktiv" tilnærming til ordningsspørsmålet var da utvilsomt å foretrekke.

Den deduktive strategien gav ikke bare muligheten for å tegne opp helseforvaltningen "på nytt", den gav også, på denne måten, muligheten for å "kamuflere" det som var det avgjørende, historiske, og for så vidt "induktive", utgangspunkt for Norbom-prosessene, å få

fjernet det problem Helsedirektoratet og Helsedirektøren var: Eventuelle radikale forslag hva Helsedirektoratet angikk, kunne fremstå som en del av en helhetlig reform.

Det forsterker mandatets deduktive og styrende preg at det understrekes at det haster. Det sies således i mandatteksten at "Forslag til ny hovedstruktur bør foreligge senest 1. juli 1991 og nedfelles i St.prp. nr. 1 (1991-92) med sikte på at gjennomføring kan skje pr. 1. januar 1992".[156] Den svært korte fristen gjorde det nærmest umulig å ha annet enn en svært "deduktiv" og styrt prosess: På et halvt år skulle "alt" sees på og om nødvendig snues på. Den korte fristen ble for så vidt derfor også en slags begrunnelse for å avvise en mer induktiv, eller korporativt-pluralistisk utredningsmåte. At en ny ordning skulle settes ut i livet bare kort tid etter at utredningen var levert, betydde at mandatutformerne hadde sett for seg at statsråd og regjering nærmest umiddelbart ville slutte seg til det forslaget som ble fremmet, at det ikke ble tid til noe som lignet på en tradisjonell (korporativ) remissprosess og at Stortinget uten for mye om og men sa ja til forslaget. Tidspresset understrekes når vi ser at gruppens innstilling skulle foreligge (senest) 1. juli, altså midt i ferien og på et tidspunkt da det meste i statsbudsjettet var bestemt.

Da vi spurte Norbom om den tidsfrist som ble satt for omordningsprosjektet var så knapp skyldtes at han og hans medutredere var engstelige for at det omstridte prosjektet skulle "dø", svarte han:

> *Det var jo ikke bare saken* (prosjektet) *som kunne dø, hele helseforvaltningen kunne dø. Vi var i en situasjon hvor vi ikke hadde noen brukbare mekanismer. Altså, vi hadde ikke fått Heløe-ordningen til å virke. Det var det som var problemet og som gjorde hastverket.*[157]

Det passer med den deduktive måten å tenke på at styringsgruppen var så "hierarkisk", så maktmessig, forankret, og at interesserepresentantene var holdt utenfor. Men helt deduktivt formulert var mandatet ikke. Det inneholdt, nærmest (politisk) selvsagt, også noen modifikasjoner. De kom, ikke minst, som noen konsesjoner til det korporativt-pluralistiske, altså til de såkalte berørte parter. Det ble sagt at "Den høyt spesialiserte og ledende helsefaglige kompetanse som finnes i dagens statlige helseforvaltning må tas vare på". Dette var dog ingen "konsesjon" som kostet noe; den representerte ingen binding for styringsgruppen. "Konsesjonen" var mest å betrakte som en hyggelig beroligelse overfor helsefagfolkene. En del av dem fryktet hva Norbom II kunne føre til for dem. At "Det samlede antall institusjoner må reduseres, og antall stillinger vurderes", var mer en støtteerklæring for gruppen enn en begrensning av dens frihet eller vilje til å bruke friheten.

Viktigere var imidlertid denne, litt almene, konsesjonen: "I tillegg til organisasjonsstruktur må det legges vekt på forhold som hensiktsmessige styringssystemer, ledelse og organisasjonskultur". Konsesjonen ser kanskje ikke umiddelbart så alvorlig ut. Den kunne imidlertid bli et utgangspunkt for angrep fra noen "berørtes" side. Utredningen ble i første rekke lagt opp som en organisasjonsutredning. Den ble således (til slutt) kalt "Gjennomgang av den statlige helseforvaltning med forslag til organisasjonsmessige endringer". Den var intendert som en utredning som skulle se på helseforvaltningens "anatomi". Ja,

[156] Styringsgruppen, "Gjennomgang…", *op. cit.*, s. 5.

[157] Uttalt av Jon Ola Norbom i samtale den 13.10.10.

departementsråden og hans folk hadde som siktemål å *bruke* ”organisasjonsanatomiske” virkemidler for å forebygge at den uheldige ”fysiologi” (virkemåte) de mente hadde utviklet seg mellom nivåene i forvaltningen, skulle få et videre liv. Med ”konsesjonen” til ”fysiologien” gav de en åpning for at noen kunne skyve denne frem og si at de problemer som eksisterte burde løses, eller håndteres, her, altså innen den ”fysiologiske” sfære. For å fortsette den medisinske analogi, kunne man si at problemet var medisinsk og krevde medisinsk, ikke kirurgisk, terapi. Noen av utrederne kom også til å tenke slik.

Mandatet inneholdt også en direkte henvisning til de ”berørte parter”. Det het, nesten til slutt i mandatet, og for så vidt som en tradisjonell selvfølge:

> *Det skal legges stor vekt på å følge opp intensjon og bestemmelser i hovedavtalen i forhold til ansatte og deres organisasjoner. Både ansattes organisasjoner og eventuelt andre interessenter gis plass i en referansegruppe og i spesielle arbeidsgrupper som det kan bli aktuelt å opprette for deler av arbeidet.*

Vi ser at konsesjonen først og fremst gjelder de ”syndikalistiske” interessenter; de andre, for eksempel helseforvaltningsinstitusjonene selv, kan *eventuelt* få et ord med i laget. De fikk i noen grad det, blant annet gjennom det etter hvert nokså anemiske konsernlederforumet, og ellers ved at de fikk besøk av styringsgruppen. Men gitt tidsfristen for arbeidet, er det åpenbart at interessentene, også de syndikalistiske, i den første fase av Norbom II, er tiltenkt bare en moderat påvirkende rolle. I praksis kom de allikevel snart til å få en noe større rolle.

Det heter ellers i mandatet at arbeidet skal ha et eget sekretariat, ikke bare sekretærer, som utredningsutvalg vanligvis har. Sekretariatet skal altså ligge i Sosialdepartementet. Ja, det ligger jo delvis inne i styringsgruppen, hos medlemmet Mauritzen, som til daglig befinner seg i kort gangavstand fra gruppens leder, departementsråd Norbom. Integrasjonen av gruppe og sekretariat ble understreket da Mauritzen ble utsatt for en ulykke på forsommeren (1991) og måtte tre tilbake både fra gruppen og sekretariatet: Da overtok gruppens leder, Norbom, også som sekretariatsleder.

♦

Norbom og Mauritzen hadde hatt det hektisk siden 9. april. Forvaltningssaken opptok dem stadig mer. Det kulminerte, i første omgang, med Staur-møtet i slutten av oktober. Så startet, umiddelbart, neste omgang. Den skulle bli enda mer oppmerksomhetsabsorberende. Ja, den ble livet for de to frem til sommeren 1991, og for Norbom frem til sommeren 1992. Overordnet visste de hvordan de skulle gå frem, nemlig styrt, av dem, men på vegne av statsråden og regjeringen. De hadde også lagt mange av premissene for innholdsarbeidet; ja, de hadde egentlig lagt dem under den første prosessen: makt skulle sosialiseres ytterligere – til departementet, og de andre statlige organer skulle i stor grad enten være kompetanseorganer eller konsernledelsesorganer. De var også oppmerksom på at de i denne, mer offisielle prosess, i større grad måtte trekke inn andre deltagere. På den ene siden trengte de en viss faglig utredningsbistand og på den annen side måtte de gjøre et politisk ”fotarbeid”. Ved ”vanlige” utredninger samles, som vi har nevnt, dette arbeidet, ja, alt arbeidet, i et utredningsutvalg. Det var naturlig å søke utredningsbistanden i fagetaten Statskonsult, altså hos fagfolk hos et av styringsgruppens medlemmer, Christian Hambro.

Det politiske arbeid ”nedover” – ”oppoverarbeidet” var for så vidt allerede vel ivaretatt gjennom styringsgruppen selv – måtte skje gjennom informasjon snarere enn involvering. I

noen grad kunne også noe av det politiske arbeid skje gjennom Statskonsults utredningsarbeid: Statskonsults konsulenter kunne, som de vanligvis foretrekker, konsultere dem de skulle gjøre til gjenstand for utredning. Allikevel ble det å gi informasjon, endog forsiktig informasjon, mer enn det å samtale, den "politiske" strategi styringsgruppen valgte. Gruppen presenterte aldri sine "innerste" tanker for dem den møtte, heller ikke så sent som i juni da gruppen møtte de berørte parter til et stort seminar. Også overfor utrederne holdt styringsgruppen kortene tett til brystet. Gruppen overlot aldri noen del av det konstruktive arbeid til utrederne.

Utrederne skaffet mye verdifulle data til veie om helseforvaltningen, og drøftet også, men nokså oppdragsstyrt, mulige måter å omordne forvaltningsorganene på. Styringsgruppen brukte en del, men bare en del, av den informasjon Statskonsult og de andre konsulentene samlet inn og de utredninger de gjorde, men stod i praksis for det konstruktive arbeid selv. Mye av Statskonsults og andres utredningsarbeid forble underutnyttet eller uutnyttet. I noen grad ble Statskonsult og de andre utrederne arbeidende litt på siden av en travel, litt innadvendt, styringsgruppe. Styringsgruppen slapp aldri fra seg styringen, heller ikke med konsulentene. En av Statskonsults mest sentrale menn i Norbom II-prosessen, Terje Haugli Nilsen, ble på forsommeren knyttet til styringsgruppens sekretariat, men da var Statskonsult ferdig med sitt oppdrag og førstekonsulent Nilsen ble styringsgruppens mann, nesten til tross for en del av de vurderinger han hadde vært med på å legge frem som utreder i ett av de såkalte delprosjekter.

Møter, møter…: utredningsprosessen åpnes litt

Regjeringen sa altså "sett i gang!" den 22. november. Norbom hadde klart mandatet for styringsgruppen den 26. Samtidig ble samtalene med Statskonsult innledet. En uke ut i desember var arbeidet godt i gang. Oversikten over møter og andre viktige begivenheter er et vidnesbyrd om hvor raskt det hele skjedde. Oversikten ser slik ut:

Tirsdag 27.11.:	Styringsgruppen holder sitt første møte
Onsdag 28.11.:	Konserneledermøte avholdes: "Institusjonslederne bør gis en orientering før deres ansatte "får ballen"".[158]
Fredag 30.11.:	Styringsgruppen har møte, i Helsedirektoratets lokaler, med lederne i de helseforvaltningsetater som ligger under Sosialdepartementet, med unntagelse av fylkeslegene
Mandag 03.12.:	Styringsgruppen orienterer fylkeslegene; høstens fylkeslegemøte (Soria Moria)
Mandag 3.12.:	Møte mellom Styringsgruppens sekretariat og Statskonsult, ved Chr. Hambro, rådgiver Kristin Amundsen og spesialrådgiver Knut Klepsvik, om Statskonsults bistand og tidsrammen for den (m.m.)

[158] Fra referatet (5.12.90) fra første møte i styringsgruppen; ref. kfr. *op. cit.*

Tirsdag 04.12., mrg.: Statsråden/Styringsgruppen orienterer de aktuelle hovedsammenslutninger; R4 (NRK fjernsynet tilstede)

Tirsdag 04.12., fmd.: Styringsgruppen orienterer tillitsvalgte ved de berørte institusjoner (ca. 40 tilstede)

Tirsdag 04.12., emd.: Styringsgruppen orienterer helseavdelingens ansatte

Tirsdag 04.12.: Brev med orientering om utredningsarbeidet sendes alle ansatte i alle de berørte institusjoner

Onsdag 5.12.: Avtale Sosialdepartementet/Statskonsult om bistand fra Statskonsult for ukene 49, 50 og 51 (1990); fire ukeverk

Onsdag 5.12.: Foreløpig forslag til arbeidsplan for styringsgruppen klar

Torsdag 6.12.: møte i styringsgruppen

Torsdag 6.12.: Debatt om Sosialkomiteens budsjettinnstilling; Stortinget vedtar med 67 mot 50 stemmer et forslag fra de borgerlige partier om å be ”regjeringen om å iverksette arbeid for å få en ny modell for organiseringen av den totale statlige helseforvaltning”

Tirsdag 11.12.: Styringsgruppen har nytt møte med hovedsammenslutningene

Onsdag 12.12.: Statskonsult, ved Amundsen/Klepsvik, legger frem liste over aktuelle utredningsprosjekter i forbindelse med organisasjonsgjennomgåelsen

Torsdag 13.12.: Møte i styringsgruppen

Som vi ser startet, eller snarere fortsatte, utredningsarbeidet med mange møter. Samtidig ble det skrevet. Møtene skulle ha papirunderlag. Det ble skrevet i sekretariatet, først og fremst av Thomas Mauritzen, og det ble skrevet i Statskonsult, først og fremst av Kristin Amundsen og Knut Klepsvik. Det ble først og fremst skrevet notater av planleggende karakter, men også, av Mauritzen & Co., av informerende art. Møtene avfødte også referater (med et par unntagelser), gjerne ført i pennen av utredningsleder Ólafur Pétursson og konsulent Marit Stadheim, Mauritzens to medarbeidere i Sekretariatet. Møtereferatene fra styringsgruppens møter, som var forholdsvis utførlige, ble av Norbom, selvfølgelig, fra møte nr. to (6.12.) definert som ”huskelister” eller ”huskelapper”. Styringsgruppemøtene ble for øvrig, fra 9. januar 1991 stort sett holdt annen hver onsdag kl. 1100, hos departementsråden, som nokså lange luncher, med kaffe og rundstykker: Norbom I-prosessen ble på så mange vis ført videre.

”Åpningen” av prosessen, og Norbom og Mauritzen understreket til stadighet hvor viktig den var, skapte nye utfordringer. Den innebar jo at interessentene ble sluppet mer til. Den kunne lett ført til noe som nærmet seg en vanlig korporativisering av hele prosessen. Da ville Norbom & Co. mistet mye av kontrollen over prosessen. Møtene med de berørte parter var en av ”åpningsarenaene”. Konsernlederforumet, hvor de viktige forvaltningslederne satt, var en annen. Det var også åpenbart at utredningslederne måtte gjøre mer: De måtte opprette en eller annen form for rådgivende grupper eller fôra for interessentene. De måtte også ha møter med

de ulike institusjoner. Sist, men ikke minst, var konsulentene en mulig kilde til korporativisering: De utredninger de skulle foreta, ville jo i noen grad involvere alle de viktigste interessenter. Norbom og hans folk kunne jo heller ikke vite sikkert hvor konsulentene personlig stod hva angikk interessentmedvirkning.

Utredningslederne ”åpnet” imidlertid ikke for noen stor ”åpning”. Man kan nesten si at de fra første dag sørget for at åpningen forble liten: Utredningen skulle skje uten for stor løpende støy. Innsynet måtte begrenses, og ble begrenset. Det én-sides orienteringsbrev (4.12.) som ble skrevet om styringsgruppens mandat, sa ikke interessentene så mye. Det ble henvist til at det

> *ikke tidligere har vært foretatt noen samlet vurdering av den statlige helseforvaltning og dens funksjoner og oppgaver i et desentralisert helsevesen. Etter Regjeringens oppfatning bør dette nå gjøres med sikte på å få en omstillingsdyktig forvaltning som er best mulig tilpasset dagens og morgendagens behov.*

Det nevnes så at der i et vedlegg er orientert nærmere om ”organisasjonsgjennomgåelsen” (eller «–gjennomgangen»). Men i vedlegget (2,5 sider) sies det ikke mer enn det som ble kjent da det ble vedtatt å starte prosessen. Det konkluderes derfor, helt abstrakt, med at gjennomgåelsen skal føre frem til en ny ”struktur”, og at forslag til en slik skal foreligge innen 1. juli 1991, ”med sikte på gjennomføring pr. 1. januar 1992”. I brevet til de berørte parter, undertegnet av Norbom, står det i siste avsnitt: ”Jeg vil gjerne uttrykke håp om et konstruktivt engasjement i det arbeid som nå settes i gang”. Han vil ha et konstruktiv *engasjement,* ikke en ditto *medvirkning.*

Men varslet om en ”ny struktur” var jo for interessentene, og kanskje aller mest for Helsedirektøren, alarmerende. For dem som hadde sett Ikke-dokumentet var det ekstra alarmerende. Det kan derfor virke underlig at presset for å åpne prosessen ikke ble større. Bare fra fagforeningshold kom det ønsker om å få bli med i styringsgruppen. Det var noen av de såkalte hovedsammenslutninger, blant annet Akademikernes Fellesorganisasjon, som gav uttrykk for et ønske om å få være mer med. Hovedsammenslutningene ville være med først og fremst fordi det pleide de å være. De tenkte korporativt, og mer syndikalistisk enn forvaltningspolitisk. Det var neppe noe spesielt de fryktet; de ville bare markere sin ”rett” til å være med i utredninger som så åpenbart berørte deres medlemmer. Men styringsgruppen avviste dem, uten mye om og men. Det skjedde i styringsgruppemøtet den 6.12. Styringsgruppen henviste igjen til at utredningen var ”politisk”, men kunne også konstatere at om det skulle vært tatt flere med i styringsgruppen, ville den blitt altfor stor til å være handledyktig. Helsedirektøren, eller direktøren for SIFF, eller sjefen for SHUS, eller sjefene for andre av de mest berørte institusjoner, kom ikke med krav om å få være med. De visste at saken var ”politisk” og at det derfor nærmest ville virke uprofesjonelt om de skulle be om å få være med. Mange, antagelig de fleste, av institusjonslederne var nå underordnet Helsedirektoratet og ønsket å komme ut av den posisjonen. De hadde fått inntrykk av at den muligheten var tilstede, men skulle de få det slik, altså komme ut av Helsedirektoratets ”jerngrep”, var det best om styringsgruppen fikk forbli som den var, og spesielt at den ikke hadde noen representant for Helsedirektoratet.

Helsedirektøren selv syntes nok han burde vært representert i styringsgruppen, men han visste at Norbom & Co. ikke ville ha ham med. Han så på utredningen som et initiativ for å få ham så langt bort som mulig. Han følte nok også at det kom til å skje: Han hadde sett at *viljen* til å fjerne ham var tilstede. Nå så han at *evnen* til å gjøre det, også var der. Han ville derfor ikke

ydmyke seg ved å be om en medvirkning han visste han ikke ville få. Han kunne eventuelt håpe på at saken, som var definert som politisk, i neste runde virkelig ville bli det, altså bli en offentlig sak. Men et par små forsøk gjorde han på å vingestekke styringsgruppen. I konsernlederforum den 28.11. (1990) sa han at han forutsatte at "det dokument som ble fremlagt på Staur, med etterfølgende notat fra møtet, ikke ligger til grunn for regjeringens informasjon og beslutning". I referatet fra møtet i forumet (datert 13.12.90) heter det (videre): "Norbom bekreftet at dette er korrekt. De to dokumenter er kun å anse som privat eie for deltakerne". Men Mork tør nok ha visst at denne forsikringen ikke betydde så mye. Det var Norbom I-folkene som skulle lede utredningsarbeidet og de var neppe istand til helt å fjerne tankene fra den første prosessen fra sine hoder. Ved å si det han sa, markerte imidlertid Mork hvor han stod, og for så vidt hva han syntes om den nye "øvelsen". Han viste sta stolthet. Det andre forsøket på å vingestekke styringsgruppen kom han med litt senere under møtet da han understreket at "en i denne prosessen må bestrebe seg på å skille mellom fakta og vurderinger".[159] Det var en påminnelse ikke minst til økonomen Jon Ola Norbom, oppdratt som han var, av Ragnar Frisch (1895-1973) – og indirekte av Max Weber (1864-1920) – om betydningen av å skille klart mellom sak og vurdering, er og bør.

Det kunne ha vært naturlig å trekke Statskonsult med i styringsgruppen. På ett vis var organisasjonen med, gjennom Christian Hambro, men den var ikke med gjennom de utredende konsulentene hans. For så vidt som konsulentene, gjennom en avtale av 5. desember, først bare ble engasjert for fire uker, var det ikke så underlig. Allerede mot slutten av disse ukene, altså rundt juletider 1990, var det imidlertid klart at styringsgruppen ville ha mer omfattende bistand fra dem. Det ble allikevel aldri vurdert å ta en konsulent eller to med i styringsgruppen. Styringsgruppen var oppdragsgiver, konsulentene bistandsytere. Styringsgruppen valgte å definere hele utredningsarbeidet som et prosjekt, med delprosjekter, og med Thomas Mauritzen som hovedprosjektleder. Slik sett kan man si konsulentene var representert i styringsgruppen, nemlig ved deres leder, sekretariatsleder Mauritzen. Styringsgruppen hadde på denne måten full styring med det "ytre" utredningsarbeid, men i denne betydning: Den definerte arbeidets mandater, men styrte ikke innholdet i den konsulentfaglig pregede virksomheten, eller de elementer av korporativ medvirkning som en del av utredningsarbeidet skulle bli preget av. Styringen bestod derfor i siste instans i at hovedprosjektlederen bestemte hvilke premisser fra konsulentutredningene som skulle påvirke styringsgruppens vurderinger. Dog forsøkte han, og Norbom, og forsåvidt styringsgruppen for øvrig, å styre konsulentarbeidet så godt de kunne også i forkant, gjennom mandatutformingen. Vi skal snart komme tilbake til den, og til hva konsulentarbeidet førte til.

For å forebygge at konsulentarbeidet skulle skape "premature" politiske prosesser ble det straks bestemt at det skulle betraktes som fortrolig arbeid, inntil styringsgruppen bestemte noe annet. Konsulentarbeidet ble også "ufarliggjort" ved at det, i stor grad kom til å forbli et arbeid som foregikk litt på siden av styringsgruppens arbeid. Det kom også til å starte for sent til at det kunne få virkelig betydning for styringsgruppens vurderinger.

Et uttrykk for at mye av utredningsarbeidet kom for sent i gang og forble liggende litt på siden av det skrivearbeid som skjedde i styringsgruppens sekretariat, er at det allerede under styringsgruppens andre møte, den 6. desember, ble konstatert at medlemmene tidlig i prosessen måtte begynne å tenke på "løsninger/konklusjoner". Det var også åpenbart fra mandatarbeidet, og fra det funksjonsbeskrivelsesarbeidet som straks kom i gang og allerede

[159] Referat fra møtet i konsernlederforumet 28.11.90, s. 1 og 3. (Sos.dep. arkiv, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1. kas. nr. 4).

12.12. hadde resultert i et 12 siders notat,[160] at noen skisser til løsninger allerede var funnet. Spesielt ble det antydet at alt som lignet på styrende oppgaver (funksjoner) måtte "sosialiseres", altså legges til departementet, og at mest mulig av den "ikke-politiske" forvaltning måtte desentraliseres, altså overlates til fylkeslegene. Det var også klart at der ikke ville bli to sentrale nivåer under departementet; Helsedirektoratets etatstyrende rolle ville altså forsvinne. Igjen i "midten", altså i de sentrale institusjoner på det som skulle kalles nivå nr. to, ville der da bli organer knyttet særlig til to oppgaver (funksjoner), kompetanse- og rådgivningsoppgaver og konsernlederoppgaver (for tjenesteytende statlige organer, bl.a. en del sykehus), men kanskje også noen oppgaver av forvaltende og tjenesteytende karakter. Endelig var det klart at den hermansenske målstyringstenkning, modifisert av politiske hensyn, skulle prege prosjektet. De politiske hensyn var knyttet til det forhold at helsepolitikken var svært politisk følsom og at det fordret en større grad av politisk sosialisering av styringen, både lokalt og sentralt, enn målstyringsteorien egentlig tilsa. Den nye utredningen pekte altså i påfallende grad i en "staursk" retning. Egentlig gjenstod det "bare" å bestemme utformingen av nivå nr. to, samt å detaljere planene for de andre nivåene. Vi skal se at det først og fremst er hva nivå nr. to angår at styringsgruppens forslag skulle komme til å adskille seg fra Norbom I-gruppens forslag.

Selv om Norbom og hans folk bestrebet seg på å la utredningsarbeidet skje på en svært styrt måte, åpnet de i virkeligheten litt opp for "korporativ" påvirkning. Vi har sett at de trodde de hadde full politisk ryggdekning. Møtene med de berørte parter, og samarbeidet med medvirkningsorienterte konsulenter, minnet dem om at hele prosjektet også trengte korporativ støtte hvis det skulle lykkes. De kunne ikke regne med Morks, og direktoratets, støtte. Det betydde at de trengte støtte fra andre viktige personer og grupper i helseforvaltningen, som mange av de andre forvaltningsinstitusjonene, særlig SIFF, og fylkeslegene. Der ble intet gjort direkte overfor disse for å få dem med "på laget". Men som vi skal se, ble de endelige forslag i ikke liten grad tilpasset dem. Som vi også skal se, betydde det at de endelige forslag ikke ble så mye en funksjon av den innledende funksjonsanalyse og deduktive tenkning, som intensjonen var. Norbom og hans "kumpaner" ble mer distrahert nå enn tilfellet hadde vært under den enda mer lukkede, og nesten idylliske, prosessen.

Utredningsprosjektet: annen fase, desember 1990 – juni 1991

Funksjonene bestemmes

Norbom II-prosessen ble altså organisert ikke som en tradisjonell utredningsprosess, men som et prosjekt. Den var i utgangspunktet "deduktivt" og planstyrt, ikke "induktivt", problemidentifiserende og interesseavveiende, selv om den altså ble mer av det siste etterhvert. Styrerne var styringsgruppens fem mann. De engasjerte, som vi har sett, rådgivere utenfra, i første rekke fra Statskonsult, men i noen grad også fra de berørte institusjoner. De styrte imidlertid også dem forholdsvis stramt. Rådgiverne gav nok allerede tidlig i prosessen,

[160] Notatet hadde tittelen "Funksjoner i statlig helseforvaltning – mulig inndeling" og var altså datert den 12.12. En ny versjon av notatet, også det på 12 sider, kom den 18.12. Det første notatet var da diskutert i styringsgruppens møte den 13.12. Endringene var små; alle de opprinnelige "funksjoner" var bevart i det nye notatet. Notatene finnes i Sos.dep.s arkiv, 612.1. Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92.

det vil si fra slutten av november 1990, mer almene råd om prosjektorganisering og –styring,[161] men først og fremst ble de, og etter hvert de andre rådgiverne og utrederne, først og fremst brukt til å gjennomføre mer avgrensede prosjekter. Styringsgruppens prosjekt ble snart omtalt som ”hovedprosjektet”. De avgrensede, bestilte, prosjektene ble omtalt som delprosjekter. De to konsulentene, og flere som snart kom til, skulle aldri bli sluppet inn i styringsgruppen, eller få kjennskap til dens indre overlegninger. Unntagelsen er den mest aktive av konsulentene, Terje Haugli Nilsen, som altså fra 1. juni 1991 ble engasjert av styringsgruppen for å arbeide i dens sekretariat.

I styringsgruppens mandat, et mandat den, ved to av medlemmene av gruppen (Norbom og Mauritzen), i praksis hadde gitt seg selv, het det at gruppen skulle beskrive dagens helseforvaltning, gi en oversikt over ”de funksjoner som den statlige helseforvaltning bør ivareta innenfor et overveiende desentralisert helsevesen” og ”vurdere hvordan og i hvilken grad disse funksjonene dekkes av dagens statlige helseforvaltning, og om den institusjonelle ramme er hensiktsmessig, herunder også spørsmålet om funksjonsfordelingen mellom departementet og underliggende institusjoner”.[162]

Allerede fra de første dager av Norbom II-prosessen, altså idet Norbom I-prosessen formelt var over, i månedsskiftet oktober-november, men før Statskonsult formelt var inne i bildet, så man altså konturene av delprosjektene, spesielt det første, det å beskrive status quo. Nå, altså i begynnelsen av desember, kom utrederne til at det ikke var nok å la institusjonene få kartlegge, altså beskrive og vurdere, seg selv og sitt forhold til omgivelsene. Institusjonene burde også beskrives og vurderes av de viktigste brukerne av deres tjenester og ”ofre” for deres beslutninger. Det som skulle bli delprosjekt 1, ble slik komplettert med en brukerundersøkelse, siden kalt 1B. Det kunne, mente utrederne, være nyttig å få en slik utenfravurdering. Departementsledelsen hadde grunn til å tro at en del av den misnøye den selv, som en slags bruker oppover, hadde med deler av helseforvaltningen, ikke minst med Helsedirektoratet, ble delt av mange av brukerne nedover, de andre sentrale institusjoner, en del av fylkeslegene og de lokale myndigheter.

Annen del av mandatet, det å bestemme helseforvaltningens ”nødvendige” funksjoner (oppgaver), var, gitt styringsgruppens ønske om å styre utredningen, en så overordnet oppgave at det sa seg selv at styringsgruppen ville ta seg av den selv. Skulle styringsgruppen trukket inn utenforstående for å ta denne oppgaven, ville den mistet ”taket” på omordningsprosjektet og i praksis sluppet ”utenforstående” inn i styringsgruppens lukkede rom.

Tredje del av mandatet måtte konkretiseres som flere prosjekter, selv om noen av de viktigste premissene for hvilke dette burde bli, allerede var lagt. De viktigste premissene gjaldt det som etter hvert ble omtalt som den vertikale og den horisontale dimensjon, altså styringslinjen og dens nivåantall, og graden av institusjonell spesialisering. Ellers var det åpenbart at den sentrale funksjon (oppgave) i Ikke-dokumentet, kompetansefunksjonen, måtte bli gjort til

[161] I avtalen av 5.12.90 het det at Statskonsult skulle ”gi bistand til etablering av prosjektstyring og kvalitetssikring av prosjektet ”Organisasjonsgjennomgang og samlet vurdering av den statlige helseforvaltning””. Omtalen av Statskonsults rolle baserer seg også, mer generelt, på samtaler med Kristin Amundsen 31.12. 2011 og Knut Klepsvik 27.4. 2011.

[162] Sitert fra ”Foreløpig forslag til arbeidsplan”, datert 5.12.90, fremlagt for styringsgruppen til behandling i dens møte 6.12. Notatet finnes i Sos.dep.s arkiv, 612.1. Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92.

gjenstand for særlig analyse. Etter samtaler med sekretariatet, la Statskonsults to rådgivere den 12. desember frem en liste over mulige delprosjekter. Listen inneholdt forslag til 16 slike.

Men før delprosjektene ble nærmere definert arbeidet Mauritzen med det grunnleggende normative utgangspunkt for hele prosjektet. For så vidt som funksjonsanalysen skulle gi grunnlag for de endelige forslag fra styringsgruppen, ”måtte” det gjøres slik. Det var jo også åpenbart en fordel å la den empiriske kartlegging av helseforvaltningen være basert på en funksjonsanalyse. Slik kunne kartleggingen tilpasses de forslag som ble fremmet. Det var mest naturlig, både av ressursmessige grunner og av medvirkningsgrunner, å la institusjonene selv stå for mye av kartleggingen. Hvis man bad dem gi opplysninger basert på styringsgruppens funksjonsliste, kunne man både få en godt systematisert kartlegging og bidra til å gjøre institusjonslederne mer fortrolige med gruppens funksjonstenkning, ja, med hele dens styringsfilosofi. Denne ”mauritzenske” funksjonsanalyse ville imidlertid virke enda mer styrende på konsulentene og deres medutredere i delprosjektene. Det var jo gjennom denne de skulle tolke sine oppdrag. Det hastet derfor med å få funksjonsanalysen ferdig. Som vi har sett kom den i gang allerede da Norbom II-prosessen kom i gang. Nå skjøt den fart, og Mauritzen skrev som ”gal”. 12. desember forelå et første utkast til funksjonsoversikt. Det var på 12 sider. Det ble drøftet i styringsgruppemøtet dagen etter, og i all hovedsak godtatt. Mauritzen selv kunne dog konstatere at funksjonene nødvendigvis må gå litt over i hverandre. Han fremholdt, ikke overraskende, at kompetansefunksjonen ville bli særlig viktig. Etter møtet fortsatte straks Mauritzen å skrive. Neste utkast til funksjonsoversikt forelå fem dager senere, 18. desember. Også det var på 12 sider og ikke så meget forandret. Dette utkastet ble lagt til grunn for kartleggingen.

Funksjonsoversikten så slik ut:

1. Utforming av politikk og styringsverktøy
2. Ressursstyring
3. Faglig styring
4. Faglig kompetanseforvaltning og rådgivning
5. Helsefaglig og helsepolitisk pådriverfunksjon
6. Tjenesteytelse
7. Forvaltning
8. Institusjonsstyring
9. Beredskap

Den er ikke satt opp etter en bestemt logikk, for eksempel à la vår forvaltningssyklus, med oppstrøms- og nedstrømsaktiviteter. Den har slik sett, kan man si, et slags induktivt utgangspunkt, selv om tanken er å bruke den ”deduktivt”. Allikevel kan de fleste av funksjonene (oppgavene) plasseres etter syklusmodellen; kfr. figur 1.1. Ja, man kan nesten si det er den modellens logikk som er lagt til grunn; dog slik at logikken skjules: funksjonene kommer i en ”rotete” rekkefølge.

Kompetansefunksjonen (nr. 4) kan vi i stor grad plassere nede til venstre i vår modell, men den spiller også en rolle nedover mot klinikken og preklinikken: Med utgangspunkt i overvåkningen av behovs- og etterspørselsutviklingen, og i tilbudsutviklingen, gies det premisser oppover, til planleggerne og politikkutformerne, knyttet til funksjon 1 (oppe til høyre og øverst i vår modell), og nedover, til iverksetterne og klinikkene og preklinikkene (nederst til høyre). Så følger i vår modell politikkens iverksettelse, og den er knyttet til styringsgruppens funksjoner nr. 2, delvis nr. 3, nr. 5 (opinionspåvirkning, påvirkning av

aktører i andre sektorer etc.), nr. 7 og nr. 8. Nedstrømsfunksjonen tilsyn er ”gjemt” bort under merkelappen ”Faglig styring” (3), mens klagebehandlingen er plassert under ”Forvaltning” (7). Funksjonen tjenesteytelse er i vår modell siste nedstrømsledd.

Den eneste funksjon som bryter med sykluslogikken er den siste, ”Beredskap”. Man kan si at hele helsevesenet er et defensivt vesen, et svar på at det skjer noe trist, at sykdom og skader skjer, at noen fødes med lyter og at døden ofte inntrer ”for tidlig”. Preklinikken er det minst defensive svar på dette triste, klinikken et mer defensivt svar. Begge institusjoner kan sees på som beredskapsinstitusjoner. Så lenge det triste skjer på en forholdsvis forutsigbar måte, med et forholdsvis forutsigbart volum og med en forholdsvis forutsigbar alvorlighet, kan beredskapen være ”normal”. Fordi det kan skje noe uforutsigbart, med stort omfang og av stor alvorlighet, har preklinikken og klinikken også planer for ulike typer høynet beredskap. Men slik beredskapspolitikk er egentlig ”bare” en potensert del av den vanlige beredskapspolitikk og beredskapsvirksomhet, altså av den vanlige helsepolitikk og helsetjenesteytelse. Men jo mer den potenserte beredskapspolitikk institusjonelt er skilt ut fra den ”vanlige” helsepolitiske og forvaltninsmessige syklus, jo mer kan man for så vidt tale om den som en egen funksjon, skjønt den er da egentlig en (mer eller mindre) egen syklus.

At den er tatt med i styringsgruppens liste, kan imidlertid også være en følge av at herr Mauritzen er funksjonslistens far: Mauritzen var spesielt opptatt av beredskap og skulle snart skrive en egen, lengre historisk beretning om beredskapspolitikkens utvikling.[163] Siden det virkelig ”uventede” triste krever en nesten kvalitativt annen politikk enn det ”forventede” triste, var det imidlertid ikke så unaturlig at styringsgruppen valgte å tale om beredskapen som en egen funksjon: Det var den måten de nå kunne synliggjøre den på. Det hører dessuten med til bildet at 1990-årene var det tiår da det ”tilfeldige” fikk en helt annen systematisk oppmerksomhet enn det hadde fått tidligere. Den tyske sosiolog Ulrich Beck gav ord til denne nye tilfeldighetsopptatthet. Han talte om ”risikosamfunnet”.[164] Når alt kommer til alt, ble dog tilføyelsen av beredskap på funksjonslisten bare en formalitet. Styringsgruppen kom, som organisasjonskirurger, til å ”glemme” beredskap.

Behovet for utredningsbistand vokser

Omordningsprosjektet ble administrativt lagt til Sosialdepartementets administrasjonsavdeling, der den erfarne og noe formelle 66-årige juristen Finn Høvik satt som ekspedisjonssjef. Sekretariatsleder og styringsgruppemedlem Thomas Mauritzen kom også fra administrasjonsavdelingen. Mauritzen tok med seg sin avdelings utredningsleder,

[163] Thomas Mauritzen, *”…å verne om befolkningens liv og helse…” En historie om helsemessig og sosial beredskap*, Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.
[164] Ulrich Beck, *World Risk Society*, Cambridge: Polity Press, 1998. Den økte opptattheten av risiko frem mot og særlig utover i 1990-årene, kan imidlertid også sees på som et uttrykk for den mer generelle opptattheten av sannsynlighet og tilfeldighet, som over lengre tid, men særlig siden 1920-årene fundamentalt hadde påvirket fysikken og etterhvert hele samfunnet. Kfr. den interessante boken *The Empire of Chance: how probability changed science and everyday life*, av Gerd Gigerenzer, Zeno Swijtink, Theodore Porter, Lorraine Daston, John Beatty and Lorenz Krüger. Boken kom første gang ut på Cambridge University Press i 1989. Kfr. også fremveksten, særlig etter at den digitale datamaskinen kom, av den såkalte kaosteori, teorien om dynamiske systemer som er sensitive for de igangsettende betingelser. (James Gleick har, på en ikke spesielt teknisk måte, redegjort for teoriens fremvekst og utvikling i boken *Chaos – Making a New Science*, London: Heinemann, 1988.)

økonomen Ólafur Pétursson, til sekretariatet. Den andre saksbehandler i sekretariatet, Marit Stadheim, var Norboms sekretær; fra 1990 med tittelen konsulent. Å legge omordningsprosjektet til administrasjonsavdelingen, og til departementets øverste ledelse, var et uttrykk for Norboms uavhengighetslinje: Departementsråden og administrasjonsavdelingen var "hevet over" striden i helseforvaltningen, altså striden mellom de viktigste "partiske" organer, helseavdelingen og Helsedirektoratet. De representerte statsråden, det *politiske* utgangspunkt for omordningsarbeidet. I den sammenheng var det snarere en fordel enn en ulempe at de sentrale personene kjente hverandre så godt. Norbom og Mauritzen hadde hatt en viss kontakt siden Norbom begynte som departementsråd i 1984 og hadde jo samarbeidet spesielt nært under Norbom I-prosessen. Norbom og Høvik var gamle gymnasiekamerater. Man kan si denne "uavhengighetslinjen" ble ført videre i Norbom II-prosessen for så vidt som Norbom ledet styringsgruppen og Mauritzen både var med i den og ledet sekretariatet, men også for så vidt som de tre øvrige medlemmer av styringsgruppen kom fra de tre i denne sammenheng mest overordnede statlige forvaltningspolitiske organer, Statskonsult (Hambro), Arbeids- og administrasjonsdepartementet (Grøholt) og Finansdepartementet (Holm).

Men *alt* forble altså ikke utredningsmessig begrenset til denne gruppen av overordnede, og i stor grad svært godt kjente, forvaltningsledere. Konsulentene Amundsen og Klepsvik ble trukket inn i arbeidet, om enn på utsiden av styringsgruppen, i slutten av november. Deres bidrag pekte fra første stund både fremover og utover, og det som skulle vært et kortvarig engasjement (avtale 5.12.), ble et "varig" engasjement. Det var for så vidt ikke så overraskende. Det oppdrag hovedutrederne, gjennom mandatet, hadde "gitt seg selv", forutsatte, som vi har sett, både et empirisk og et analytisk utredningsarbeid styringsgruppen og dets sekretariat ikke hadde kapasitet og kompetanse til å foreta selv. Dertil kom at et slikt arbeid kunne bidra til å gi hele prosjektet legitimitet, så vel faglig som forvaltningspolitisk. Allerede den 14. desember spurte derfor departementet Statskonsult om det kunne ta ansvar for både kartleggingen og brukerundersøkelsen.[165] Det endte med at Statskonsult sa ja til å ta kartleggingen, mens departementet selv skulle ta brukerundersøkelsen. Dermed var Statskonsult allerede knyttet til prosjektet et godt stykke inn i 1991.

Det var imidlertid nå åpenbart at styringsgruppen trengte bistand også til de andre utredningene mandatet nærmest forutsatte, og ingen var nærmere til å gi den enn det allerede nokså involverte Statskonsult. På årets siste dag (31.12. 1990) henvendte så departementet seg igjen formelt til Statskonsult og bad om mer bistand. I brevet, undertegnet av Finn Høvik og parafert av Ólafur Pétursson, heter det blant annet at departementet fortsatt "i en periode fremover" vil "ha behov for bistand med henblikk på prosjektstyring og kvalitetssikring". Det heter videre: "Slik vi vurderer situasjonen nå anslår vi at behovet for bistand vil bli størst i januar, men vi vil gjerne at avtaleperioden blir forlenget ut mars 1991".[166] En ny avtale om "prosjektstyring og kvalitetssikring" ble undertegnet den 14. januar (1991). Etter denne avtalen skulle Statskonsult bidra med seks ukeverks rådgivning i løpet av vinteren. Den skulle ytes av de to som allerede var aktive prosjektrådgivere, Knut Klepsvik og Kristin Amundsen. Det het i avtalen at "Statskonsults kostnader til prosjektet (inkl. reiser, seminarer, trykkeutgifter, materiell) er anslått til kr. 0,-". Men bistanden skulle bli langt større, omfatte flere rådgivere og vare delprosjektperioden ut, altså til begynnelsen av juni: Det ene tok det

[165] Kfr. Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen, *Den sentrale helseforvaltningen. Evaluering av en omorganiseringsprosess*, Oslo: Diakonhjemmets Høgskolesenter, Forskningsavdelingen Rapport nr. 5/1993, s. 25.

[166] Brevet har overskriften "Organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning – anmodning om bistand". Det finnes bl.a. i Sosialdepartementets (Helse- og Sosialdepartementets) arkiv, "Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92", 612.1, kas. 2. Arkivref.: 12502/90.

annet. Dertil kom, som nevnt, at en av Statskonsults menn, Terje Haugli Nilsen, da delprosjektperioden var over, gikk inn i sekretariatet. (Her går en setning ut.) Det hører med til bildet at Statskonsults videre bistand ble utvidet uten at noen ny skriftlig avtale ble inngått: Det ble etter hvert svært hektisk og en del formaliteter ble av mindre betydning.[167] Statskonsult var jo en del av staten og bistod ikke departementer på forretningsmessig grunnlag.

Før vi går nærmere inn på delprosjektene skal vi redegjøre for styringsgruppens arbeid med løsningene, eller modellene, og møtene med de mest berørte interessenter.

Hovedprosjektet: modeller prøves ut

Vi har sett at styringsgruppens medlemmer, ikke minst gruppens ledende penneknekt, Thomas Mauritzen, nokså umiddelbart begynte å tenke på løsninger. Formelt skulle han kanskje ikke ha gjort det. Statskonsult mente man burde se på hele prosjektet som firefaset. Først skulle der komme en informasjonsfase, så en kartkleggingsfase, så en vurderingsfase og endelig en fase hvor modellforslagets økonomiske og administrative konsekvenser ble vurdert. Den første fasen skulle stort sett gå ut høsten 1990, den annen frem til juni 1991, den tredje og for så vidt fjerde frem til sommeren.[168] Men denne konsulentpregede måten å tenke på passet ikke Norbom og Mauritzen. De hadde allerede lenge vært i vurderingsfasen og hadde, som vi har sett, fått viktige deler av sine vurderinger inn i mandatet for organisasjonsgjennomgåelsen. Med sin politisk-deduktive måte å tenke på, var det derfor for dem ingen grunn til å vente med å lete etter svarene. Det første notat som eksplisitt drøfter ulike løsninger, altså organisasjonsmodeller, forelå da også allerede den 21. januar, altså før de ulike kartlegginger, delprosjektene medregnet, for alvor var satt igang.[169] Mauritzens notat er på fire og en halv side, med vedlegg. Vedleggene inneholder tre sett av forslag til modeller, ett sett (på to) knyttet til forvaltningsoppgavene, i hovedsak nedstrømsoppgaver, et annet sett (på tre) knyttet til kompetanse- og rådgivningsoppgaven, særlig, men ikke bare, en oppstrømsoppgave, og et tredje sett (på to) knyttet til den overordnede institusjonsforvaltning, en nedstrømsoppgave. I tillegg var det i noen grad et spørsmål om hvor de tjenesteytende oppgaver noen forvaltningsorganer tok seg av, skulle plasseres. Samtidig arbeidet Mauritzen og styringsgruppen med den overordnede prosjektplan. Planen ble utarbeidet i flere omganger. Det siste utkastet forelå den 4. februar og den endelige plan den 11. februar. De to notatene gir et innblikk i styringsgruppens tenkning på dette tidspunkt. Vi skal først se på modellnotatet og modellantydningene.

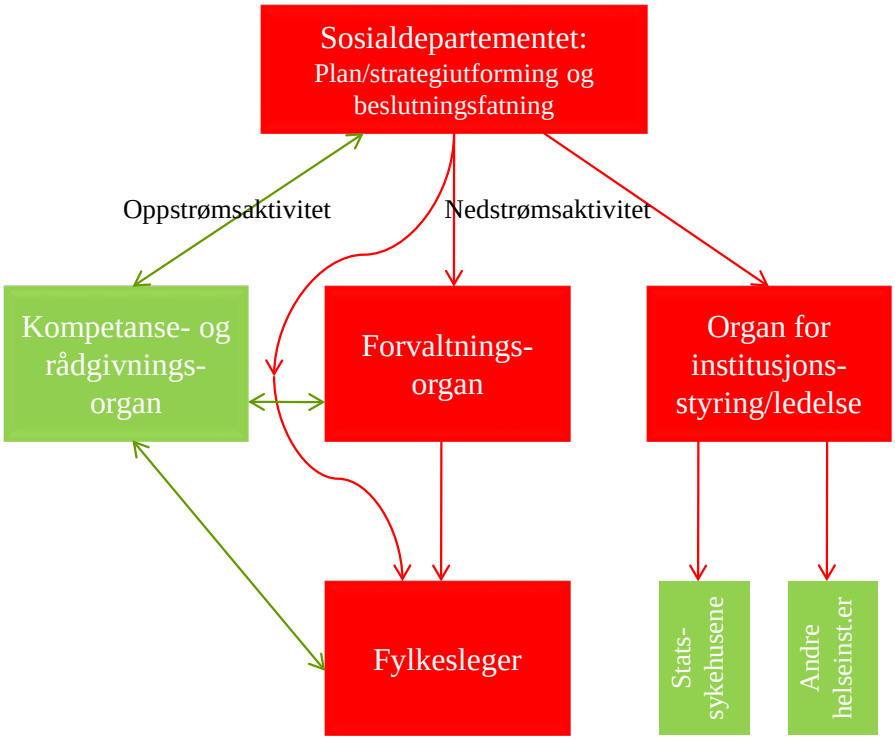
Modellnotatet og modellene er preget av at utrederne tenkte langs de to linjer, den vertikale og den horisontale, og at den første kom først: Spørsmålet var om utrederne skulle foreslå to eller tre sentrale nivåer, altså om de skulle beholde direktoratet som et viktig koordinerende organ på nedstrømssiden eller ei. Mauritzen skriver intet eksplisitt om nivåer i sitt notat. Alle hans modellforslag viser imidlertid at allerede nå var den gamle ordningen, med Helsedirektoratet som et koordinerende organ på nivået under departementet, sett på som

[167] Kfr. Vetvik, *op. cit.*, s. 25.

[168] Kfr. Vetvik og Jacobsen, *Den sentrale helseforvaltning*, *op. cit.*, s. 42.

[169] Notatet har overskriften ”Mulige organisatoriske løsninger”. Det er kalt utkast og er altså datert 21.1.91. Det finnes i departementsarkivet, 612.1., i kas. 8.

uaktuell. Den sentrale samordning skulle skje i regi av departementet. Her føres linjen fra Ikke-dokumentet udiskutert videre, trolig etter innspill både fra styringsgruppen for øvrig og fra Statskonsults folk.[170] Men skulle utrederne få det til, var de avhengig av at funksjonsdelingen på nivå nr. to, altså den horisontale funksjonsdelingen, gav "det nye direktoratet" en viktig og tydelig, men samtidig bare stabspreget, funksjon. Én løsning meldte seg straks som en naturlig løsning, nemlig at de tre hovedoppgavene under den politisk-strategiske oppgaven, oppstrømsoppgaven kompetanseforvaltning og kompetansebasert rådgivning[171] og nedstrømsoppgavene forvaltning, institusjonsstyring (særlig av sykehus) og tjenesteytelse, ble lagt til hver sine organer (tre eller fire). Man ville da få en ordning som vist i figur 3.2.



Figur 3.2: Skisse til ny statlig helseforvaltning; forslag med størst grad av horisontal funksjonsfordeling. Forslag av 21.1. 1991 fra Styringsgruppens sekretariat

Etter denne løsningen blir Kompetanseorganet et nytt organ, satt sammen av deler av Helsedirektoratet og SIFF, av rådene og av registrene. Forvaltningsorganet blir det reduserte Helsedirektoratet og institusjonsstyringsorganet blir et nytt organ, men med komponenter tatt fra Helsedirektoratet og departementet. De tjenesteytende organer utenom sykehusene er i første rekke enheter tatt fra SIFF, Statens rettstoksikologiske institutt, SHUS, Giftsinformasjonssentralen, Statens institutt for strålehygiene, Statens legemiddelkontroll med flere.

[170] Mauritzen selv husker idag ikke bestemt i hvilken grad andre bidro til de notater først og fremst han førte i pennen, men mener både styringsgruppens medlemmer og, av og til, Statskonsults folk, på dette tidspunktet særlig Amundsen og Klepsvik, kom med synspunkter han innarbeidet i notatene. Mauritzen arbeidet innenfor et lite, men tett, miljø og hans notater kan slik sett også sees på som uttrykk for tenkningen i dette miljøet. (Samtale med Thomas Mauritzen, 17.3. 2011.)

[171] Som det fremgår har denne oppgaven her også en nedstrømsside – til fylkesleger og fylkeskommuner/primærkommuner, men da går den direkte nedover og ikke via departementet.

Med en slik løsning ville altså ”problemet” Helsedirektoratet bli et noe mindre problem enn det var. Det ville det også bli hvis de to nedstrømsoppgavene til høyre i figuren ble kombinert, noe som var en annen løsning Mauritzen pekte på. De to siste typer løsninger han lanserte, innebar at enten forvaltnings- og kompetanseoppgavene, eller forvaltnings- og tjenestestyringsoppgavene ble kombinert. Disse løsninger innebar at mer av Helsedirektoratet ville få leve videre i ett organ. Særlig ville den første være gunstig for direktoratet. Det ville da fortsette å være et kombinert oppstrøms- og nedstrømsorgan.

Den første, og mest funksjonsspesialiserte, løsningen tør ha vært den Mauritzen og styringsgruppen nå følte seg mest komfortabel med. Den er den løsningen som reduserer ”problemet” Helsedirektoratet mest, og også er mest i tråd med den lange utviklingen mot funksjonsspesialisering. Kanskje er det overraskende at Mauritzen ikke nå lanserer en enda mer radikal løsning, en løsning helt uten et direktoratlignende organ, altså et forvaltningsorgan. Han tar jo på denne måten et skritt tilbake sammenlignet med *Weserübung*smodellen. Betraktninger om hva som var politisk mulig kan ha begynt å spille en rolle, men det er også åpenbart at Mauritzen har vært usikker på om det var mulig å klare seg helt uten et forvaltningsorgan. En slik løsning ville kunne innebære at departementet ble overbelastet. Ut fra den målstyringstenkning som nå, etter ”Den nye staten” og ”Den bedre organiserte staten”, preget statsforvaltningstenkerne, ikke minst i Statskonsult, var det nok liten tvil om at forvaltningsoppgaven burde skilles fra det man, med et ord som ble brukt i det 18. århundre, kunne kalle guverneringsoppgaven.[172]

Vi merker oss ellers at nedstrømsoppgavene, tilsyn, kontroll og klagebehandling, bare så vidt nevnes – og da enten som overordnede oppgaver eller som forvaltningsoppgaver – og ingen plass får i de modeller som presenteres.[173]

Vi vender oss nå til arbeidet med hovedprosjektplanen, og ser hvordan vi gjennom det kan komme nærmere inn på styringsgruppens tenkning utover vinteren 1991.

Hovedprosjektet: planen blir til og delprosjektene bestemmes

Hovedprosjektplanen, først og fremst ført i pennen av Thomas Mauritzen, men preget også av de øvrige styringsgruppemedlemmers tanker og av konsulentene Amundsen og Klepsvik, ble altså ferdig den 11. februar. Den er på 37 sider. På de første seks sidene redegjøres det for bakgrunnen for prosjektet (organisasjonsgjennomgåelsen), for mandatet og for målene med prosjektet. Her står det ikke mye nytt. Redegjørelsen ender med at det konstateres at departementet må styrkes som styrende organ, antydes at det gamle direktoratet må ut av styringslinjen og konstateres det at det bør bli en samling av organer på nivået under departementet.

[172] Kfr. det engelske ordet ”governance”, som teoriene om ”den nye offentlige ledelse” har gjort mer relevant igjen.

[173] Nederst på s. 1 i notatet står det, etter at muligheten for å fjerne direktoratet helt er nevnt: ”Forutsetningen er imidlertid at departementet ikke skal få flere forvaltningsoppgaver. Den sentrale tilsynsfunksjon er av særlig interesse i denne sammenheng”. Det siste henviser antagelig til at også brorparten av tilsynsoppgavene må overlates til fylkeslegene – og arbeidsgiverne.

Resten av hovedprosjektplanen, og dermed mesteparten av planen, gjelder i hovedsak premissene for de såkalte delprosjekter. Disse premissene er omfattende og, ikke overraskende, nokså styrende. Det heter for eksempel i innledningen til oppdraget til delprosjektene at delprosjektlederne skal "påse at konklusjoner i delprosjekter er i samsvar med overordnet mål for hele prosjektet" (s. 9). Det heter videre i oppdraget for alle delprosjektene at delutrederne *skal* utrede bestemte alternativer (løsninger). Disse forsøkene på å styre delutrederne er imidlertid grove og til dels tvetydige. De er grove blant annet fordi målene med hele prosjektet er grove. De er tvetydige fordi det også understrekes at delutrederne kan se på andre alternativer (løsninger) enn dem de er pålagt å se nærmere på. Det heter for sikkerhets skyld også at "Delprosjektlederen bestemmer delprosjektets konklusjoner og tilrådinger".

Delprosjektenes rolle i hele prosjektet er altså uklar. På den ene siden forsøker Mauritzen, og bak ham Norbom, å bidra til at de premisser for hele arbeidet som de to, og etter hvert hele styringsgruppen, la vekt på, skulle prege delutredningene, men også debatten omkring den "nye" helseforvaltningen. På den annen side var det viktig, av politiske legitimeringsgrunner, at delutrederne fikk føle at de stod nokså fritt. Delutredningsgruppene ble jo også sammensatt på en halvt korporativ måte. Det ville være fint om delutrederne kom med "riktige", eller iallfall "nyttige" forslag, men det var ikke avgjørende. Om de ulike gruppene skulle komme til "motstridende konklusjoner" (s. 8), var det heller ikke så farlig: "Det er styringsgruppens ansvar å legge frem et helhetlig og avstemt forslag til ny hovedstruktur" (s. 8). At styringsgruppen bestemte at det var hver delprosjektgruppes heltidsengasjerte leder som hadde ansvaret for gruppens konklusjoner, kan man se på som et uttrykk for at styringsgruppen ville dempe "faren" den korporative åpningen representerte. Delprosjektlederne var jo valgt av styringsgruppen, selv om Statskonsults Klepsvik og Amundsen her bidro meget. Styringsgruppen sørget også på to andre måter for å dempe faren med den korporative åpningen. Den bestemte, gjennom hovedprosjektplanen, at "Rapporter og delrapporter fra delprosjektene er interne arbeidsdokumenter til bruk for styringsgruppen" (s. 9-10) – inntil junimøtet med de mest berørte instanser. Ellers hadde den jo allerede fra første stund av bestemt at dens egne notater og møtereferater var unntatt offentlighet, også overfor delprosjektgruppene og deres ledere.

Delprosjektene var nyttige for styringsgruppen: De kunne gi empiriske og normative premisser styringsgruppen kunne bruke, og de kunne bidra til å legitimere prosessen som sådan. Samtidig ble, som vi har nevnt, delprosjektene for sikkerhets skyld holdt helt utenfor den "egentlige" prosess, den som skjedde i styringsgruppen og dens sekretariat. Norbom sier i dag: "Vi var klar over at vi ikke kunne utrede oss frem til en løsning. Vi måtte finne på noe."[174]

I tabell 3.2. har vi skjematisk gitt en oversikt over de seks delprosjektene.

Tabell 3.2: Delprosjektene under omorganiseringsprosjektet for den statlige helseforvaltning, 1990-1991

Prosjekt nr.	Temaer	Prosjektleder	Øvrige delt.	Rapport-omfang	Kommentarer

[174] Uttalt av Norbom i samtale den 7.3. 2011.

1	Kartlegging av funksjoner og innhenting av synspunkter på virkemåte og organisering	Spes.rådgiver Terje Haugli Nilsen, Statskonsult (Prosjekt-ansvarlig: avd.dir. Therese Johnsen)	Rådgiver Dag Solumsmoen, rådgiver Mette Haarstad, f.kons. Thor Vidar Lyngmo (alle Statskonsult)	18 s.	Delvis kvant. sammenfatning av institusjonenes svar. Svarene samlet i egen, upaginert, men omfattende rapport
1 B	Brukerundersøkelse	Sos.dep.		26 s.	Kval. sammen-fatning av 138 brukeres svar
2	Rolleavklaring og arbeidsdeling m.v. i forholdet mellom Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og fylkeslegene	Tidl. trygdedir. Kjell Knudsen	Rådgiver Øyvind Sæbø, Sos.dep., avd.dir. Per Bærum, H.dir., f.lege i Vestfold, Asbjørn Haugsbø	56 s.	Konklusjonene er prosjekt-lederens
3	Den sentrale kompetanse-forvalter- og råd-givningsfunksjonen	Spes.rådgiver Terje Haugli Nilsen, Statskonsult (Prosjekt-ansvarlig: avd.dir. Therese Johnsen)	Spes.lege Hans J. Ånstad, Sos.dep., ktr.sj. Finn Aasheim, H.dir., f.lege i Buskerud, Anne Berit Gunbjørud, avd.overlege Erik Dybing, SIFF, rådgiver Bente Vindedal, Statskonsult, rådgiver Roar Hind, Statskonsult	64 s.	Flertallet (5) fulgte THN; Ånstad, Gunbjørud dissenterte på noen punkter
4	Overordnet styring av statssykehusene og øvrige statlige helseinstitusjoner	Spes.rådgiver Knut Klepsvik, Statskonsult (Prosjekt-ansvarlig: avd.dir.	Rådg. Astrid Paulsrud, Statsk., rådg. Stein Grøtting, Statsk., u.dir. Andreas Bjelde,	51 s.	Konklusjonene er prosjekt-lederens

		Therese Johnsen)	Sos.dep., u.dir. Steinar Stokke/f.kons. Petter Skarheim, Fin.dep.		
5	Gjennomgang av statlig spesialisert forvaltning og tjenesteyting m. v.	F.lege i Hedmark, Hans P. Schjønsby	Fagsjef Jon H. Iversen, H.dir., overlege Ivar Ørstavik, SIFF	25 s.	Konklusjonene er prosjekt-lederens
6	Gjennomgang av de epidemiologiske registre i den statlige helseforvaltningen	Fylkeslege i Sør-Tr.lag, Paul Hellandsvik	Rådgivere/ SIFF: prof. Leiv Bakketeig, overlege Per Magnus	44 s.	Konklusjonene er prosjekt-lederens

Rapportene hadde til dels omfattende vedlegg. Disse er ikke tatt med i sidetallsinformasjonen.

De første delprosjektene (1 og 1 B) er i prinsippet prosjekter for nøytral kartlegging av hvordan den statlige helseforvaltning fungerer. I det første prosjektet skal det innhentes informasjon fra institusjonene selv – om dem selv, i det annet skal det innhentes informasjon fra institusjonenes brukere, som brukerne ser dem. Kartleggingen er i noen grad styrt, spesielt i det første tilfelle. Svarerne skal besvare spørsmål om forhold utrederne er interessert i. Spørsmålene til institusjonene er mest styrt, for så vidt som de er basert på styringsgruppens funksjonsanalyse. Gjennom spørsmålene betinges institusjonene til å tenke gjennom styringsgruppens kategorier. Det er spesielt viktig når kategoriene er uvanlige, som tilfellet er med kategorien ”kompetanseforvalterfunksjonen”.

De fem øvrige delprosjekter er normativt orienterte utredningsprosjekter. Delprosjekt nr. 2 dreier seg særlig om den vertikale dimensjon, altså om antallet nivåer. De øvrige delprosjekter omhandler først og fremst den horisontale dimensjon, altså den saklige funksjonsfordeling. Av disse prosjekter er særlig nr. 3 av interesse. Det omhandler den viktige, og altså ”nye” funksjonen, kompetanseforvalterfunksjonen. Delprosjekt 4 er det mest ”naturlige” ”horisontale” delprosjekt: Det er et prosjekt som utreder spørsmålet om statssykehusene bør samles under en samlet konsernledelse. Som vi har sett besvarte Norbom I det spørsmålet med et ja. De to siste delprosjektene omhandler de litt ”uryddige” restene av det horisontale feltet, altså det store SIFF og alle småinstitusjonene.

De oppdrag styringsgruppen gir delprosjektgruppene gjennom hovedprosjektplanen representerer i liten grad noen bevegelse i styringsgruppens tenkning. Gjennom oppdraget til delprosjektgruppe to, bekrefter styringsgruppen at den tenker seg to sentrale nivåer og at den spesielt er opptatt av løsninger der direktoratet enten er fjernet, eller er nokså ribbet for forvaltningsoppgaver. Det forutsettes, som et minimum, at to alternative løsninger drøftes: ”Ett alternativ med et direktorat med betydelig reduserte forvaltningsoppgaver, og ett alternativ uten et slikt direktorat”.[175]

[175] *Overordnet prosjektplan*, 11.2.91, s. 17.

Gjennom oppdraget til delprosjektgruppe tre viser styringsgruppen hvor opptatt den er av kompetanse- og rådgivningsfunksjonen, altså den funksjon den skal bruke til å få direktoratet mest mulig ut av den vertikale linjen. Men det har ikke vært lett for styringsgruppen å formulere dette oppdraget. Den ser på kompetansefunksjonen som en nøkkelfunksjon i sitt reformarbeid, men får ikke, ikke denne gangen heller, helt tak på den og er derfor usikker på hvilke ordninger den vil delprosjektgruppen spesielt skal vurdere. Den ber derfor, over nesten syv sider, om dobbel hjelp, hjelp til å avklare funksjonens innhold og hjelp til å gi den en tydelig, og betydelig, organisatorisk forankring – altså finne et sted styringsgruppen kan plassere Mork. Hva det første, og vanskeligste, angår, konstaterer styringsgruppen at det "er tale om en ganske sammensatt funksjon", og at "det vil være ulike oppfatninger om hvilke elementer som bør inngå i den, og på hvilken måte". Istedenfor å forsøke å "fange" funksjonen analytisk, nøyer gruppen seg derfor med å liste opp aktiviteter den ser på som viktige kompetanseaktiviteter. Siden funksjonen er så vanskelig å avgrense, finner gruppen det naturlig at der er "delte meninger om den mest hensiktsmessige måten å organisere funksjonen på".[176] Den antyder imidlertid noen løsninger, eller bestillinger, og igjen à la dem den foreslo i modellbetraktningene i januar. Som første løsning den vil ha utredet, fører den opp det rene kompetanseorgan, det organ gruppen nå foretrakk. Som andre løsning nevner den det kombinerte kompetanse- og forvaltningsorgan og som tredje og fjerde løsning et kombinert kompetanse- og tjenesteytelsesorgan (et nasjonalt folkehelseinstitutt) og et kombinert kompetanse-, tjenesteytelses- og forvaltningsorgan (et større folkehelseinstitutt).[177]

Styringsgruppens opptatthet av kompetansefunksjonen er, som vi har sett, en videreførelse av departementets misnøye med den helsefaglige bistand den, helt siden delingen i 1983, fikk fra Helsedirektoratet. Misnøyen førte under Norbom I til forslaget om et eget kompetanse- og forvaltningsorgan (kfr. fig. 2.1). Nå vurderer altså Norbom og hans folk i styringsgruppen å foreslå opprettet et rent kompetanseorgan. Å gjøre det, innebærer å føre funksjonsspesialiseringen videre på moderniserende premisser. Omordningsstrategene vil ha kompetanseorganet utenfor og under departementet, men er usikre på om organet i noen grad skal omfatte flere funksjoner enn kompetansefunksjonen, for eksempel tjenesteytende funksjoner. De er også usikre på om det skal omfatte alle kompetansefunksjoner, altså ikke bare de som nå befinner seg i direktoratet, men også de som befinner seg i SIFF og de andre småorganene, registrene innbefattet; ja, endog de mer forskningspregede funksjoner. Det virker dessuten, men her er de ikke klare, som om de er usikre på om de prekliniske (folkehelsefaglige) og kliniske kompetansefunksjoner bør samles eller holdes adskilt. Mot å samle dem i et stort kompetanseorgan trekker åpenbart forvaltningspolitiske hensyn: Hvis de foreslår en full samling får de ikke bare Mork og hans folk på nakken, men også Hareide og hans folk.

Styringsgruppens usikkerhet reflekterer åpenbart forvaltningspolitiske hensyn, men ikke bare det. Gruppen så ikke helt hva moderniseringen som prinsipp innebar på kompetanseområdet, og ble derfor i noen grad "hengende igjen" i den gamle integrerende og for så vidt tradisjonelt medikratiske måte å tenke på: Når "alt henger sammen med alt", som den nye statsministeren fremholdt, er det naturlig å la mange funksjoner samles i større organer. Det var derfor Evang og Mork ville ha et direktorat som omfattet nesten alt, også de politiske funksjoner, og som

[176] *Ibid*., s. 19.
[177] *Ibid*., s. 23.

hadde styringsretten over det det ikke omfattet. Men Evang og Mork ville ha en viss spesialisering: helsevesenet måtte beholdes intakt som vesen, og styres med utgangspunkt i premisser som i prinsippet kom nedenfra, fra medisinen som vitenskap, altså som kompetanseinstitusjon. Men for de to helsedirektører, og de aller fleste leger, var det ikke slik at kompetansefunksjonen som forvaltningsfunksjon kunne løsrives fra de andre funksjoner, som den grunnleggende forskning på den ene side og den praktiske iverksettelse av politikken på den annen side. Som vi har vist i første bind gikk det medikratiske standpunkt ut på at de leger som utformet og iverksatte politikk løpende måtte hente næring fra pre/klinikken, helst ved stadig å tilbringe tid der: De skulle ha det vi kalte ”heisroller”. For de fleste av de ulike forvaltende leger og andre helsefagfolk, betydde det viss grad av spesialisering, men i all hovedsak en institusjonell spesialisering. De befant seg over ”sine” deler av helsevesenet. Evangs og Morks (til 1983) helsefaglige kontorledere (overleger etc.) var ledere for sykehusvesenet, distriktshelsevesenet, det psykiatriske helsevesen, apotekervesenet, tannhelsevesenet, etc. Også SIFF og alle småorganene hadde i noen grad en slik institusjonell status, gjerne slik at de selv var og drev hele institusjonen, eller de var små fagpolitiske enklaver. Moderniseringen innebar at problemet med alts avhengighet av alt ble løst på toppen, gjennom fastsettelse av presise rammer for den underliggende spesialisering. Var rammene presise nok, og ”riktige”, ville samordningen i prinsippet gå av seg selv og de spesialiserte institusjoner kunne gi full oppmerksomhet til sine oppgaver, *innen* de rammer de hadde fått.

Kunne kompetansefunksjonen nå defineres så presist at den kunne legges til ett eller flere rene kompetanseorganer? Det var i 1991 ikke åpenbart at den kunne det, men det var, så vidt, iferd med å bli det. Kompetanseoppgaven kan, som vi har sett, sies å ha både empirisk deskriptive og normative sider. I begge tilfeller kan man sondre mellom behovs- og etterspørselsbaserte og tilbudsbaserte sider. De første går, hva behovssiden angår, ut på systematisk å følge og beskrive utviklingen i en befolknings helsetilstand. Denne oppgaven kan man si er epidemiologisk. Den normative oppgaven, altså den anvendt epidemiologiske oppgaven, er på behovssiden å stille en folkehelsediagnose: Hva er mer og mindre alvorlig, hva bør man, i større eller mindre grad, gjøre noe med? De deskriptive oppgaver på tilbudssiden har særlig gått ut på å følge den institusjonelle utviklingen, altså kartlegge de ulike tilbuds faktiske utvikling (tall for helsepersonell, helseinstitusjonsplasser, laboratoriekapasitet, etc.). Den normative oppgave på tilbudssiden går ut på å stille ”tilbudsdiagnoser” og, med disse som utgangspunkt, foreslå endret politikk i et eller flere henseender. Men noe var nå, internasjonalt, iferd med å komme i tillegg. Det ble lagt stadig mer vekt også på det å overvåke helsepersonellets faktiske adferd og å studere hvilke virkninger, heldige og uheldige (uhell, feil etc.), de hadde. Endelig ble det nå også lagt mer vekt på å overvåke den rene fagutvikling (utviklingen av ny teknologi, ny kunnskap).

Tradisjonelt hadde kompetanseoppgavene vært knyttet til det å kartlegge og vurdere helsetilstanden og den institusjonelle tilbudsutviklingen. Mye av det empiriske arbeidet var overlatt til Statistisk sentralbyrå, mens den normative vurderingen av det ble i første rekke foretatt i Statens institutt for folkehelse hva angikk behovsutviklingen og i Helsedirektoratet og i noen grad de mindre institusjonene hva angikk tilbudssiden, dog ikke på en særlig fast og faglig systematisert måte. Ei heller ble byråets kartlegging styrt på en helsefaglig systematisk måte. På enkelte fagområder var det imidlertid etter hvert vokset frem mer faglig ambisiøse både kartleggings- og analysemiljøer hva gjaldt behovsutviklingen, blant annet i SIFF, i SHUS og i registrene.

De nye kunnskapsoppgaver, som hadde sitt utspring i forholdsvis ny forskning, nemlig den statistikkbaserte helsetjenesteforskningen, som hadde vokst frem i 1960-årene, og den like statistikkbaserte vurderings- og "utfallsforskningen" ("outcomes studies"), som også begynte å komme i 1960-årene, men fikk full tyngde først i 1980-årene, hadde så langt i liten grad ført til en mer aktiv kunnskapspolitikk og kunnskapsforvaltning. Det var imidlertid denne forskningen som etter hvert skulle skape grunnlaget for den nye, spesialiserte og mer praksisdistanserte kunnskapsstyringen. Helsetjenesteforskningen gav grunnlag for nesten løpende å overvåke hvordan forebyggere oppførte seg, hvordan leger og annet helsepersonell praktiserte, hvordan kliniske institusjoner fungerte og hvordan det alle tilbydere gjorde, virket.[178]

Utfallsforskningen videreførte virkningsforskningen og kom etter hvert, det vil si fra den tiden styringsgruppen arbeidet, men for alvor fra midt i 1990-årene, til å gjøre virkningsforskningen til en internasjonal (vestlig) bevegelse. Denne forskningen skulle snart komme til helt å endre måten preklinisk (folkehelsefaglig) og klinisk forskning, den såkalte helseteknologivurderingen ("health technology assessment") inkludert, skulle foregå på. Samtidig skulle den altså gi grunnlag for en ny, mer offensiv kunnskapspolitikk. Mellom "primærforskningen" og forvaltningen skulle det oppstå kunnskapsinstitusjoner som delvis var forskningsinstitusjoner og delvis forvaltningsinstitusjoner. De skulle, på grunnlag av systematisk "oppsummerende" og forskningsovervåkende studier, utforme praksisanbefalinger – anbefalinger som etter hvert mer og mer skulle få preg av å være befalinger. Det siste skulle dog skje i regi av forvaltende organer. Et rent kompetanseorgan skulle være uavhengig, og skulle for så vidt bli et bestillingsbasert organ. Det er, kan man si, det styringsgruppen gir uttrykk for når den omtaler funksjonen også som en *rådgivningsfunksjon*, og når den tenker seg at én mulig løsning er å ha et rent kompetanse(forvaltnings)organ.

Til å begynne med skulle de nye kunnskapsfolkene være ensidig medisinsk og helsefaglig orientert. De retningslinjer for praksis de skulle utarbeide, og som for så vidt nå var iferd med å komme, skulle være knyttet til medisinske utfall. Men forholdsvis snart skulle også økonomiske problemstillinger melde seg: Det skulle fremstå, også for legene, som urimelig at de skulle anbefale en ny teknologi, et nytt medikament, en ny prosedyre, hvis dens medisinske nytte var lav og dens pris høy, altså hvis det i stor grad gikk utover andre former for nytte. Vurderingen av nye tiltak skulle slik i økende grad bli medisinsk-økonomiske. Dette skulle igjen gjøre det mulig for de styrende og forvaltende organer å styre mer kunnskapsbasert og vesentlig mer nærgående.

Interessant nok antesiperer styringsgruppen denne utviklingen, for så vidt som den i oppdraget til delprosjektgruppe 3 skriver: "Analyse av økonomiske sammenhenger og konsekvenser, spørsmål om prioriteringer og økonomiske insentiver anses likeledes å være elementer i funksjonen".[179] Det "hjelper" allikevel ikke. Styringsgruppen griper ikke helt det som skal skje og klarer derfor ikke å bestille det som skal bli fremtiden. Den er ikke engang presis hva gjelder en eventuell profesjonalisering av de tradisjonelle behovs- og tilbudsovervåkende oppgaver.

[178] Styringsgruppen uttaler blant annet om helsetjenesteforskningen: "..dens forhold til kompetanse- og rådgivningsfunksjonen på den ene siden og til andre typer forskning på den annen, er ikke tilstrekkelig avklart" (s. 21).
[179] *Overordnet prosjektplan, op. cit.*, s. 20.

La oss føye til at den nye kunnskapsrevolusjon i helsefagene skulle gi premisser for at den egentlig moderne produksjonslogikk, den industrielle, nå for alvor skulle innføres i folkehelsearbeidet, men særlig i klinikken. Det var slik mye Norbom og hans folk "mistet" i denne runden. De var litt for tidlig ute.

Vi kan se "kunnskapsglippet" som enda mer konsekvensrikt. Det var nemlig den gryende kunnskapsrevolusjon, og med den industrialiseringen, som gav mye av grunnlaget for det *nye* tilsynet: Helsetjenesteforskningen gav grunnlag for den systematiske overvåkning av personell og institusjoner, utfallsforskningen gav premisser for å bedømme det som ble funnet gjennom overvåkningen. Men tilsynets politisering gjennom 1980-årene gjorde at styringsgruppen ikke så dette. Det er en skjebnens ironi at det var tilsynsfunksjonens hyperpolitisering et år senere som skulle gjøre at tilsynets tilknytning til kunnskapsrevolusjonen, skulle "oppdages".

Oppdraget til gruppen som fikk ansvaret for delprosjekt 4, det vi kunne kalle sykehusprosjektet, er kortfattet. Her trekkes to løsninger frem som viktige, én hvor det opprettes et organ under departementet – der skal jo bare være to nivåer – og én hvor statssykehusene og andre helsefaglige institusjoner styres direkte fra departementet. Den første løsningen er den målstyringsmessig "riktige". Etter denne skal sykehusene ha en konsernledelse som, gitt noen mål og noen rammer, leder sykehusene (etc.) på en fristilt måte, som om sykehusene var bedrifter. Dette er den løsningen som lanseres i Ikke-dokumentet, og som man kan si foregriper den senere foretagsorganisering, og tiltagende industrialisering, av sykehusene. Den andre løsningen er den styringssosialiserende og "politokratiske" løsningen. At den pekes på nå, kan være et uttrykk for Norboms opptatthet av at politikken skal være politisk-demokratisk forankret.

Oppdraget til gruppen som ble ansvarlig for delprosjekt 5, et prosjekt vi skal kalle folkehelseprosjektet, er mer preget av et defensivt ønske enn en offensiv plan. Styringsgruppen konstaterer innledningsvis, som den har gjort før, at folkehelseinstitusjonene er mange og nå danner et "tilfeldig" mønster. Den *ønsker* – den *krever* ei – at gruppen vurderer "alternative muligheter for et forenklet institusjonsmønster med færre institusjoner".[180] I oppdraget til gruppen som skulle stå for delprosjekt 6, "registergruppen", følges dette forsiktige ønske opp: "Som et minimum utarbeides det et alternativ med samling av registrene i en organisatorisk enhet".[181] Styringsgruppen kunne ha bedt "5-gruppen" og "6-gruppen" om, eventuelt sammen, å utrede et alternativ med et folkehelseinstitutt som omfattet alle folkehelseorganer. Den gjorde ikke det. Ved å la folkehelseinstitusjonene bli vurdert i to delprosjekter markerte den at den ikke tenkte seg en større samling. Ved å la delprosjekt 5 også få ansvaret for å se på en institusjon som mer var knyttet til klinikken enn preklinikken (folkehelseinstitusjonen), nemlig Statens legemiddelkontroll, bidro den ytterligere til å "forebygge" at det skulle komme forslag om en full institusjonell folkehelsesamling.

Mangelen på klarhet og "trykk" her, skyldes nok delvis at styringsgruppens hovedengasjement fortsatt var knyttet til den vertikale dimensjon, og horisontalt, til kompetansefunksjonen. For så vidt som departementet allerede fra tidlig i 1980-årene, og i stigende grad, var blitt opptatt av folkehelsearbeidet – og nå hadde en stortingsmelding om dette på beddingen, kan det synes underlig. Det kan nok i noen grad også skyldes, hva Norbom nå for så vidt bekrefter, at selv om styringsgruppen ønsket sammenslåinger var den

[180] *Overordnet prosjektplan, op. cit.,* s. 31.
[181] *Ibid*., s. 34.

begynt å tenke på hva som var forvaltningspolitisk mulig: Norbom & Co. ville jo få Mork, direktoratet og direktoratets støttespillere mot seg. De kunne ikke også få alle "småkongene" imot seg.[182] Overveielser av dette slag er et uttrykk for prosessens "åpning" innenfra: Utrederne "lar" noen "der ute", særlig "småkongene", få innflytelse – uten disses vitende.

Men igjen kunne styringsgruppen ha foregrepet utviklingen på en interessant måte. Folkehelsearbeidet var, som departementet selv stadig påpekte, preget av at det nasjonalt var institusjonelt fragmentert og lokalt ennå i noen grad var en del av, og tidligere (til 1984) nærmest underordnet, det almenmedisinske arbeid (i kommunehelsevesenet). Den gradvise lokale adskillelse av det prekliniske fra det kliniske arbeidet, utvidelsen av det helserelevante arbeidet innen andre sektorer, gjorde en adskillelse av den prekliniske og kliniske politikkutformingen og politikkiverksettelsen på nasjonalt nivå mer naturlig: Helseavdelingen i departementet kunne få en folkehelseavdeling ved siden av seg, og folkehelsesarbeidet i direktoratet kunne flyttes over til et markert utvidet folkehelseinstitutt. Det prekliniske arbeid hadde i tillegg en karakter som gjorde dets spesialisering, nasjonalt som lokalt, naturlig: Mye av arbeidet hadde og har en fagforvaltningsmessig og en befolkningspedagogisk side. Det første var særlig tilfelle for det miljørettede arbeid, det annet for det adferdsrettede (livsstilsrettede) arbeid. Annerledes sagt, arbeidet er i langt mindre grad enn det kliniske arbeid orientert mot en tjenesteytelse som er organisert i, eller kan organiseres i, bedriftslignende, institusjoner. Slike tanker spilte åpenbart en rolle i styringsgruppens overveielser, men klart utviklet var de ikke. Dessuten kan nok hensyn til hva som var politisk mulig ha bidratt til å hindre at slike moderniseringstanker fikk ordentlig grobunn. På vårt spørsmål om styringsgruppens folk faktisk tenkte "politisk" da de etter hvert ble mindre opptatt av samlingen av de preklinisk virkende organene, svarer Norbom, mange år senere, at de tenkte ""convenient", om ikke politisk". Han fortsetter: "Altså, å få alle disse såkalte etatsjefer mot oss, det…." Norbom ler, og holder frem: "Hvis jeg i to setninger skulle summere opp inntrykket fra høringene, som vi hadde da vi besøkte dem alle, var det: –Bli kvitt Mork! –Gi meg og mitt organ større myndighet og bevilgninger!"[183]

Tanken om en spesialisering helt på toppen, altså om å få en egen folkehelseavdeling i departementet, skulle imidlertid aktualiseres. Den passet "politokraten" Norbom godt.

I en tidlig fase av prosjektplanarbeidet, altså rundt årsskiftet, hadde Statskonsults folk foreslått at der, i tillegg til de seks delprosjekter styringsgruppen gikk videre med, skulle lages delprosjekter omkring ytterligere tre emner, fylkeslegeetatens organisering og sentrale tilknytning, styringsverktøy og hovedstrukturen.[184] Styringsgruppen avviste forslagene. At den avviste det siste, er knapt overraskende. Å utarbeide forslag til ny "hovedstruktur" var jo styringsgruppens egentlige oppgave. Sett fra en tradisjonell utredningssynsvinkel gav forslaget mening: En, delvis korporativt basert, gruppe kunne se på strukturspørsmålene, *ledet* av styringsgruppen. Men som vi har sett var det ikke en slik styringsgruppe styringsgruppen skulle være. Forslaget illustrerer imidlertid Statskonsults tradisjonelle tilbøyelighet til å ville kombinere målstyring med delvis korporativt fundert politisk styring. Norboms preferanse var å kombinere målstyring med strengt parlamentarisk fundert politisk styring. Forslaget om å ha et eget fylkeslegeprosjekt var også følsomt. Det berørte den vertikale linjen og spørsmålet om der var behov for et direktorat. Noe av problemstillingen ville jo også bli tatt opp i delprosjekt

[182] Norbom har i flere samtaler gitt uttrykk for slike synspunkter: 3.8. 2009, 9.9. 2009, 13.10. 2010.

[183] Norbom, i samtale 9.9. 2009.

[184] Kfr. Vetvik og Jacobsen, *Den sentrale helseforvaltning*, *op.cit.*, s. 42.

2, men det viktigste ved den, ville styringsgruppen ha hånd om selv. Også forslaget om en styringsverktøysgruppe berørte styringsgruppens ”territorium” for meget.

Kjell Knudsen (f. 1931): Fra 1990 arbeidet Kjell Knudsen som utredningsleder i Sosialdepartementet. Han spilte en aktiv og viktig rolle for departementet og Norbom under siste fase av Norbom-prosessene, blant annet som leder av det viktige delprosjekt 2 om forholdet mellom Sosialdepartementet, Helsedirektoratet og fylkeslegene, 1990–91. Han arbeidet ved NSB fra 1948 til 1973 og som statssekretær i Sosialdepartementet fra 1973 til 1977. Han arbeidet ved NSB fra 1948 til 1973 og som statssekretær i Sosialdepartementet fra 1973 til 1977. Fra 1977 til 1979 var han avdelingssjef i sekretariatet ved Nordisk ministerråd og fra 1980 til 1990 trygdedirektør. Knudsen representerte Arbeiderpartiet. Han var fylkesordfører i Akershus fra 1969 til 1975. (Foto: Kraftmuseet - Norsk vasskraft- og industristadmuseum)

Vi kan slik konkludere at delprosjektene politisk i stor grad fikk ”ufarlige” oppdrag. De to kartleggende prosjektene var viktige, men ”ufarlige”, for styringsgruppen. Delprosjekt nr. 2 var viktig, og potensielt farlig, men her var ”faren” vesentlig redusert ved at Kjell Knudsen, den nettopp ”åremålsutgåtte” trygdedirektør ble utnevnt til leder. Knudsen satt i departementet og hadde fra tid til annen lunch med Norbom. ”Han skjønte nok mer av prosessen enn de andre”, sier Norbom nå.[185] Knudsen så på seg som departementets mann; han var en del av den parlamentariske styringskjeden. Han var, eller ble, det i den grad at Norbom også engasjerte ham til å lede det ambisiøse omstillingsprosjekt som kom i gang et knapt år senere. Delprosjekt 3 ”skulle” ikke være ”farlig”, selv om det angikk den kritisk viktige kompetansefunksjonen. 3-gruppen skulle jo mer gjøre en analytisk enn en organisatorisk innsats. At dette delprosjektet allikevel ble ”farlig”, er noe annet.

♦

Det prosjekt Norbom II-prosessen utgjorde, var et nesten todelt prosjekt. Det omfattet styringsgruppens prosjekt og det omfattet de seks, eller snarere fem (2-6), delprosjekter. De var koblet sammen i den forstand at delprosjektene var oppdragsprosjekter for styringsgruppens prosjekt. Som oppdragsprosjekter ble delprosjektene på ett vis stramt styrt. Oppdragene var således, som vi nettopp har vist, konklusjonsantydende. I tillegg hadde delprosjektgruppene stramme tidsfrister. Delprosjektplanene skulle foreligge til godkjennelse den 22. februar, delrapporter avleveres (delprosjektene 2, 3 og 5) innen den 22. mars eller 10. april og de endelige rapporter innen 30. april (6) eller 31. mai. Men samtidig som

[185] Opplyst av Norbom i samtale 7.3. 2011.

delprosjektene var stramt styrt, ble de også, i noen grad for sikkerhets skyld, plassert på sidelinjen. Styringsgruppen satt ikke og ventet på delprosjektgruppene. Den tenkte og overla selv, og kom aldri til å bruke delprosjektutredningene, når vi ser bort fra kartleggingene under delprosjekt 1.

Vi har sett at styringsgruppens sentrale folk fra starten av visste hva den ville og til dels hvor den ville. De var imidlertid usikre på hvordan de skulle gå frem. De visste at de måtte gå frem både mer empirisk undersøkende og mer åpent enn i forrige runde. Det første innebar at de nå måtte kartlegge den faktiske situasjon på en grundig måte. De var i første runde blitt kritisert av noen av institusjonslederne, særlig av Mork, for at omtalen av de ulike institusjoner var unøyaktig og til dels misvisende. Norbom var derfor opptatt av at de nå skulle få en grundigere oversikt over de institusjonelle forhold. Det gav seg slik selv at han og styringsgruppen trengte en kartlegging. Ikke uten grunn valgte Norbom å la den kartleggingen skje på grunnlag av institusjonenes, dog lett styrte, egenbeskrivelser.[186] Slik ble det straks klart, altså i løpet av desember, at der trengtes iallfall ett ”delprosjekt”. Men Norbom kom også straks til å se det slik at han ville ha institusjonenes egenbeskrivelser ”balansert” av ”andrebeskrivelser”, altså beskrivelser gitt av dem som ble truffet av, eller brukte, institusjonenes beslutninger. Slik kom der til et delprosjekt 1 B.

Det var fra starten av åpenbart for Norbom og hans folk at de trengte bistand for å få gjort disse kartlegginger. Men, som vi har påpekt, kom styringsgruppens folk snart også til å mene at de trengte en noe mer grundig og analytisk kartleggingsbistand, blant annet hva gjaldt den viktige kompetanseforvaltningsfunksjonen. Statskonsult var det naturlige organ å henvende seg til for å få slik bistand. Styringsgruppen, ved Mauritzen og Pétursson, holdt et møte om disse mulige andre prosjekter med Terje Haugli Nilsen og tre andre konsulenter fra Statskonsult, de fire som skulle stå for delprosjekt 1. Møtet ble holdt den 8.1. ”Det var enighet om at en prosjektorganisasjon med prosjektleder/prosjektmedarbeidere og en referansegruppe var å foretrekke fremfor en arbeidsgruppe i sekretariatet”, heter det i møtereferatet”.[187] At styringsgruppen foretrakk å gjøre det slik, er ikke overraskende. Skulle den første spesialutredningen, og kanskje også de andre utredninger, plasseres inne i sekretariatet ville ikke bare hele prosjektet bli stort og vanskelig styrbart, men styringsruppen ville gi mange, vanskelig styrbare, folk innsyn i styringsgruppens tenkning. Det kunne svekke ”tettheten” i styringsgruppen og øke sannsynligheten for lekkasjer.

Som vi har nevnt fikk snart prosessen med spesialutredninger sin egen dynamikk. Det som opprinnelig primært var tenkt som kartleggings- og analyseprosjekter ble til mer ordinære, delvis korporativt pregede, utredningsprosjekter. Men helt ble de ikke det, siden delprosjektenes ledere skulle stå personlig ansvarlig for rapportene, og derfor også ha frihet til

[186] I en kommentar til den vurdering av utredningsprosjektet som Diakonhjemmets Høgskolesenter, på oppdrag fra Administrasjonsdepartementet, foretok, skriver styringsgruppens medlemmer: ”Det er riktig at rapporten (til Staur-møtet) ble erklært som et ikke-dokument. Grunnen til dette var i hovedsak den at institusjonslederne ikke var enige i den beskrivelsen i dokumentet av enkelte av institusjonene og deres virksomhet. Dette var en viktig grunn for at kartleggingsprosjektet ble gjennomført. Institusjonenes skulle gis anledning til selv å beskrive sin organisasjon og sin virksomhet”. Notat/brev, skrevet av styringsgruppens medlemmer samt Pétursson og Sæbø fra sekretariatet, datert 11. juni 1993 og sendt til Diakonhjemmets Høgskolesenter ved dosent Einar Vetvik. Brevet har Pétursson som avsender og fremstår slik ikke som et departementsbrev. Det finnes ikke i departemensarkivet. Vi har fått Norboms kopi av brevet.

[187] De øvrige statskonsultdeltagere var Mette Haarstad (Avd. for organisasjons- og serviceutvikling), Dag Solumsmoen og Thor Vidar Lyngmo (begge Avd. for forvaltningsnanalyser). T. H. Nilsen, som snart ble Statskonsults viktigste person i hele organisasjonsgjennomgåelsen, representerte Avd. for økonomistyring.

å si og foreslå hva de måtte ønske. Slik kunne prosjektlederne føle at de fikk fungere som frie fagfolk, samtidig som styringsgruppen stod fritt til å se bort fra de rapporter de laget.

Som delprosjektene etter hvert utviklet seg, tapte imidlertid Norbom og styringsgruppen mer og mer interessen for delprosjektutredningene. ”Jeg må innrømme at jeg kanskje ikke studerte disse dokumentene (delprosjektrapportene) særlig nøye. Jeg lyttet til Hambro og Mauritzen”, sier Norbom idag.[188]

Utover vinteren og våren 1991: Styringsgruppen informerer, og blir informert

Den annen side ved styringsgruppens ”åpning” av prosessen var møtene med de mest berørte parter. Som vi har sett, ble de fem første møtene, møter hvor styringsgruppen i fire av dem nokså ensidig informerte, holdt før jul (1990). Det femte møte, møtet i konsernlederforumet, var nødvendigvis mer samtalepreget. Fra begynnelsen av januar og ut april 1991 holdt så styringsgruppen en rekke informasjonsmøter med de mest berørte parter. I tillegg til institusjonslederne, de ulike arbeidstagerinstansene og konsernlederforumet, som styringsgruppen fortsatte å møte, møtte den i januar en kort fungerende ”rådgivende arbeidsgruppe” og senere på vinteren også ledergruppen i hver av de ulike institusjonene, vidt forstått. Med unntagelse av de to møtene med arbeidsgruppen var disse møtene først og fremst informasjonsmøter. Det hører med til ”møtebildet” at departementets ledelse hadde noen møter med andre instanser, blant annet Kommunenes Sentralforbund.

Styringsgruppen la altså opp til et svært omfattende informasjonsprogram, et informasjonsprogram som ble avsluttet 10. juni med et stort informasjonsseminar for alle de berørte parter. Med dette seminaret var kartleggings- og utredningsfasen i hele prosjektet over og styringsgruppen kunne trekke seg tilbake for å gjøre ferdig sin endelige innstilling. I tabell 3.3 har vi gitt en oversikt over møtene vinteren og våren 1991. Møtene med ulike arbeidsgiverinstanser er markert med rødt, med arbeidstagerinstanser med grønt og med enkeltinstitusjonene med blått. De mer dialogiske møter er ført opp med sort.

Tabell 3.3: Styringsgruppens (departementsledelsens) møter med institusjoner og tillitsvalgte vinteren og våren 1991

Dato	Berørte parter (repr.)	Deltagere fra Styr.gr. og Statskonsult	Deltagere fra parter
4. 1.	Kommunenes Sentralforbund	Statsråden, Mauritzen	KS-ledelsen
8. 1.	Fylkeshelsesjefene	Mauritzen	Fylkeshelsesjefene
14. 1.	Rådgivende arb.gr.	St.gr.: Mauritzen, Pétursson Statskonsult: T. H. Nilsen, T. V. Lyngmo	H. E. Hauge, A. Alvik, K. Munch-Søegaard, P. F. Hjort, K. Bjartveit
21. 1.	Rådgivende arb.gr.	Do.	Do.

[188] Samtale den 9.9. 2009.

31.1.	Institusjonslederne	Norbom, Mauritzen, T. H. Nilsen	Institusjonslederne
4.2.	Hovedsammenslutn.: Kartellet, YS, AF	Norbom, Mauritzen, T. H. Nilsen	Representanter
5.2.	Hovedtillitsvalgte v. institusjonene	Norbom, Mauritzen, T. H. Nilsen	Hovedtillitsvalgte
28.2.	Konsernlederforum		
5. 3.	Giftinformasj.sentr.	Styringsgruppen	Inst.ledelse
5. 3.	Fylkeslegen/A.hus	Styringsgruppen	F.lege med stab
6. 3.	Statens rettstoks. in.	Styringsgruppen	Inst.ledelse
6. 3.	Statens legem.kontr.	Styringsgruppen	Inst.ledelse
13. 3.	Kreftregisteret	Styringsgruppen	Inst.ledelse
13. 3.	Statens in./strålehyg.	Styringsgruppen	Inst.ledelse
3. 4	F.legen i Sør-Tr.lag	Styringsgruppen	Inst.ledelse
9. 4	Statens helseundersøkelser	Styringsgruppen	Inst.ledelse
17. 4.	Statens tobakksk.råd	Styringsgruppen	Inst.ledelse
23.4., kl. 1000	Hovedsammenslut-ningene	Norbom, Mauritzen, Hambro, S. Stokke	Repr. fra YS, AF, Kartellet
23.4., kl. 1130	Referansegruppen	Norbom, Mauritzen, Hambro, T. H. Nilsen, Kjell Knudsen, Jon H. Iversen (delpr. 5)	6 fra hver av org.ene Kartellet, YS, AF, + to vararep. fra YS
23.4., kl. 1330	Institusj.lederne	St.gruppen, unnt. Hambro; T. H. Nilsen, Kjell Knudsen, J. H. Iversen	Instit.lederne m.m, evt. stedfortreder (bl.a. Alvik istf. Mork)
23.4.	Hovedtillitsvalgte v. institusjonene	Norbom, Mauritzen, T. H. Nilsen	Hovedtillitsvalgte
24.4.	Kommunenes Sentralforbund	Statsråden, Norbom	KS-ledelsen
25.4.	Helsedirektoratet	Styringsgruppen	Inst.ledelse
26.4.	Helseavd./Sos.dep.	Styringsgruppen	Inst.ledelse
26. 4.	Statssykehusktr./Sos.	Styringsgruppen	Kontorledelsen
30. 4.	Statens inst. for folkehelse	Styringsgruppen	Inst.ledelse
10. 6.	Seminar for alle berørte parter	Styringsgruppen/ delprosjektlederne	106 deltagere tilsammen

På arbeidstagersiden møtte i desember og februar styringsgruppen delvis de hovedtillitsvalgte ved hver institusjon i helseforvaltningen og delvis de hovedsammenslutninger som organiserte de aktuelle ansatte, altså Statstjenestemannskartellet,[189] Yrkesorganisasjonenes

[189] Statstjenestemannskartellet, opprettet i 1939, omfattet en rekke LO-forbund for statsansatte. Kartellet skiftet fra 1996 navn til LO Stat.

Sentralforbund og Akademikernes Fellesorganisasjon. Hovedsammenslutningene ble på møtet i april representert av seks personer fra hver hovedsammenslutning og inngikk i det som nå ble kalt en referansegruppe.

Den rådgivende arbeidsgruppen kom bare til å befatte seg med delprosjektene og deres organisering, og da delprosjektene var vel i gang hadde den utspilt sin rolle. Ingen organer med ”parter”, ja, ingen organer med ”utenforstående”, ble sluppet inn i styringsgruppens indre gemakker. Styringsgruppens dør var kun åpen oppover, til statsråden.

Hva gjelder arbeidsgruppen, skal vi legge til at den på sitt første møte blant annet diskuterte Mauritzens funksjonsinndeling, og spesielt kompetanse- og rådgivningsfunksjonen. Styringsgruppen hadde alt fått mange av ”partene” til å tenke som seg, altså funksjonalistisk. Slik sett var det ”smart” av styringsgruppen at den hadde fått én person fra hver av de to store institusjoner, Helsedirektoratet og SIFF, Anne Alvik og Peter F. Hjort (1924-2011) til å lage hvert sitt notat om kompetansefunksjonen.[190]

Møtene med Kommunenes Sentralforbunds ledelse var institusjonaliserte møter. På møtene denne vinteren, var det naturlig å informere også om Norbom II-prosessen.

Styringsgruppen så i prinsippet på alle disse møtene som informasjonsmøter, altså møter som var ledet av styringsgruppen og som ikke skulle ha noe deltagende innhold. Allikevel måtte de ha et visst tosidig preg, endog et slags politisk innhold. På den ene side var møtene selvsagt rent informerende: Styringsgruppen fortalte om arbeidet, skjønt først og fremst om delprosjektene; intet ble røpet om styringsgruppens egne strategiske tanker. Samtidig forsøkte den i noen grad å markedsføre hele prosjektet. Kunne den skape en viss entusiasme – den brukte det ordet av og til – var det selvsagt til stor hjelp for styringsgruppen på lengre sikt. På den annen side var styringsgruppen også interessert i at det skulle informeres den annen vei, altså fra partene til styringsgruppen. Gruppen ville gjerne høre, se og føle hvordan stemningen var i de ulike institusjoner og miljøer. Det passet med dette uteskende formål at partene var interessert i å markedsføre seg selv og sine interesser. For dem var møtene med styringsgruppen en påvirkningsmulighet, men også i noen grad en mulighet for å få stillet sin nysgjerrighet. Bare én part så bort fra muligheten for å påvirke. Bare én part var unysgjerrig. Den parten var Helsedirektoratet. For direktoratet generelt, og Mork spesielt, var Norbom-II-prosessen bare en fortsettelse av det konfliktfylte og mistillitspregede forhold som oppstod mellom direktorat og departement ved delingen i 1983. For Mork og hans folk var informasjonsmøtet 25. april et møte ikke med en vanlig utredningsgruppe, men med en motpart.

[190] Anne Alviks tosiders notat (datert 7.1., med helsedirektoratsreferansen 90/10594) het «Helsefaglig kompetanse i statlig helseforvaltning». Alviks budskap var at den kompetanse som først og fremst trengtes, for å bedømme den spesialiserte fagligheten og gi råd til politiske organer, var en ”helhetlig samfunnsmedisinsk kompetanse”. Hun definerer ikke nærmere denne kompetanse, og knytter den således ikke til den ”nye” samfunnsmedisin, basert på den pre/kliniske epidemiologi. Heller ikke Peter Hjort, som jo representerte den nye helsetjenesteforskningen, henviste i sitt notat, ”Tanker om ”kompetansefunksjonen” i den statlige helseforvaltning”, skrevet allerede 31.12.90 (som brev til Thomas Mauritzen, basert på en telefonsamtale 20.12.), til fremveksten av Sackett og den pre/kliniske epidemiologi. I stedet sondret han, på sine egne premisser, mellom ”saksbehandlingskompetanse” og en mer dynamisk, forskningsbasert ”spisskompetanse”. Staten trenger begge, konstaterte han. Vi finner ikke spor hverken av Alviks eller Hjorts tanker i det styringsgruppen senere skriver om kompetansefunksjonen.

Noen av møtene, som møtene med KS-lederne og, særlig, møtene i konsernlederforumet, hadde et mer dialogisk formål. I praksis kom allikevel konsernledermøtene til å fungere nesten like informerende som de andre møtene: Norbom røpet intet om de modelltanker han og hans gruppe arbeidet med, og kunne derfor heller ikke få noen kommentarer til dem.

♦

Møtene var godt forberedt. Det var også satt av rimelig med tid til dem. Det måtte ikke gies inntrykk av hast, het det i referatet fra styringsgruppemøtet den 6.2.[191] Norbom hadde ellers ikke noe imot at møter trakk litt ut og passet det slik, sørget han for at møtene også ble myket opp med en lett servering. For de viktigste av institusjonsbesøkene, besøkene til Helsedirektoratet og Statens institutt for folkehelse, var det satt av fire timer.

Møtene kom til å *få* en åpnende rolle, først og fremst ved at de utløste, eller førte videre, og forsterket, den politisering av ordningsspørsmålet som startet med fremleggelsen av Ikke-dokumentet og som ble forsterket da styringsgruppen ble nedsatt. De ulike parters møter med styringsgruppen, men for så vidt også arbeidet i og med delprosjektene, bidro til at ordningsspørsmålet ble et stadig viktigere samtaleemne innad i institusjonene. For så vidt som både ledere og ansatte i institusjonene lite visste, og lite fikk vite, selv om de spurte, ble samtalene rundt lunchbordene, i gangene og på kontorene til dels preget av spekulasjoner. Noen synspunkter ”satte” seg, naturlig nok, mer enn andre, som at det ville bli foreslått å nedlegge Helsedirektoratet. I styringsgruppen ble slike synspunkter, lett bekymret, omtalt som ”rykter”. I styringsgruppen var det ”enighet om at alle skulle bidra til å dempe rykteflommen”.[192] Det var dog ikke meningen at gruppens medlemmer skulle gjøre det ved å røpe sin tenkning, utover å understreke at ingen slutninger var trukket.

Den politisering, eller mobilisering, som skjedde utover vinteren og våren innebar altså at ulike parter begynte å ta standpunkt, ta standpunkt til det de trodde ville bli foreslått, eller fremmet egne standpunkter. Politiseringen trakk selvsagt i ulike retninger, men kom gradvis til å dreie seg om Helsedirektoratet og dets skjebne, eller rolle. ”Ryktene” ble slik mer forsterket enn svekket. For så vidt var ikke det overraskende. Direktoratet var blitt flyttet ut av departementet i 1983, men satt der i midten, som et organ alle var avhengige av. Departementet trengte faglige råd fra det, og var avhengig av det for å få sin politikk iverksatt. Alle de andre var styrt av det. Det var direktoratets måte å spille sin ”mellomrolle” på, særlig overfor departementet, som hadde beveget departementet til å starte organisasjonsgjennomgåelsen, men som før den kom i gang hadde fått Norboms første gruppe til å foreslå et nokså omdannet direktorat. Styringsgruppens rolle ble, i tillegg til å lytte – altså skaffe seg stemningsinformasjon – å forsøke å dempe de spenninger som måtte komme til uttrykk, spesielt fra helsedirektoratsiden.

Politiseringen gjaldt imidlertid ikke bare modellene som skulle foreslåes. Den gjaldt også måten partene fikk delta i prosessen på. Den lukkede prosessen fortsatte å irritere, særlig i Helsedirektoratet, men også i de ansattes organisasjoner mer alment. Mens Mork og de fleste ansatte i direktoratet klaget på korporative premisser (forvaltningsloven og sedvane), klaget organisasjonene (særlig) på bedriftsdemokratiske premisser (Hovedavtalen). I februar

[191] Referatet er datert 15.2. og befinner seg i departementets arkiv for Omorganiseringen av den statlige helseforvaltning (612.1), kas. 8.
[192] *Ibid*.

kommer der et brev fra forskerforeningen ved Statens institutt for strålehygiene, hvor det klages over at Hovedavtalens intensjoner og bestemmelser ikke følges opp. Mauritzen svarer, på vegne av statsråden, i et brev den 21. februar at den gjennomgåelse som nå foretaes er av "politisk karakter i hovedavtalens forstand" og derfor ikke "forhandlingsgjenstand". Her minner altså departementet om hvordan det fra begynnelsen av har definert organisasjonsgjennomgåelsen, men legger til at "Det er i gjennomføringsfasen det kan bli aktuelt med forhandlinger".[193]

Vi skal i det følgende se på begge sider ved politiseringen, men legge vekten på den første, altså dragkampen om modellvalget. Vi skal begrense oss til å gi noen inntrykk av hvordan "åpningen", eller politiseringen, av organisasjonsgjennomgåelsen artet seg, og hvordan styringsgruppen reagerte på den.

I møtet med institusjonslederne den 31. januar tok Helsedirektøren opp tråden fra møtet før jul. Han var bekymret for at de reelle alternativer allerede var bestemt, og dermed implisitt at det bar mot en løsning han ikke likte. Styringsgruppen, nå ved Hambro, fortsatte med sin beroligelsespolitikk fra før jul. Det er "ikke .. gitt at det må bli organisasjonendringer", sa han. Han føyde til at det kan være andre grunner enn de styringsgruppen er oppmerksom på som ligger til grunn for problemene. "Vi kan godt ende opp med helt andre løsninger enn de som er foreslått", sa han, ifølge referatet.[194] Hambro gikk nok her lenger enn Norbom ville gjort. Hambro var preget av holdninger i Statskonsult, særlig holdninger Terje Haugli Nilsen målbar, og som Hambro stadig kom tilbake til, men til slutt ikke skulle følge opp. Norbom forholdt seg taus til synspunktutvekslingen mellom Hambro og Mork.

Denne meningsutvekslingen fortsatte på konsernlederforumet den 28. februar. Igjen ble "rykter" utgangspunktet. Den som på dette møtet representerte SHUS, Sidsel Graff-Iversen (f. 1948), syntes det var "underlig" at "relativt perifere personer" allerede visste hva resultatet ville bli. Helsedirektøren fremholdt at ryktene gjorde at arbeidssituasjonen ble opplevd som usikker flere steder. Han pekte også på at det var presentert noen modeller for delprosjektene. "Disse er trolig ikke grepet ut av luft", la han til og antydet slik at uroen mange følte, ikke var uten grunn. Rikshospitalets direktør, Odd Arild Haugen (f. 1940), mente ryktene tilsa at det ble skapt "mer åpenhet om realitetene i prosessen". Norbom konstaterte bare kort at "Det er helt klart at ingen vet hva utfallet blir".[195] Han hadde rett. Han visste det ikke selv heller.

På møtet med den nye arbeidstagergruppen, referansegruppen, den 23. april ble det blant annet grepet fatt i diskusjonen i delprosjektrapport 2 om behovet for et sentralt tilsyn. En fra Juristforbundet (AF) spurte om denne diskusjonen var en diskusjon "for/mot" Helsedirektoratet. Delprosjektleder Kjell Knudsen svarte at det ikke ligger "noe i rapporten som kan tolkes i en bestemt retning når det gjelder for/mot direktoratet". Hambro tok så ordet for å berolige, igjen. Han påpekte at tilsynsfunksjonen først måtte drøftes "ideelt sett", før man kunne ta opp spørsmålet om hvordan den kan innpasses i "systemet". Han bemerket også at han håpet det nært forestående besøk i Helsedirektoratet kunne dempe noe av den uro som der syntes å herske.[196]

[193] Brev fra Statsråden til forskerforeningen ved SIS. Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 2.
[194] Referat fra møtet med institusjonslederne 31.1. 1991, Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 4.
[195] Sitatene er tatt fra møtereferatet, datert 3.4.91. Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 4.
[196] Møtereferatet er datert den 25.3.91. Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 3.

Styringsgruppens møter med, eller snarere besøk hos, institusjonene var preget av at disse både forsøkte å markedsføre seg selv, altså den rolle de spilte for å skape et sunnere Norge, og å peke på hvordan de kunne spille denne rollen enda bedre. Alle hadde forberedt seg godt og begynte gjerne sin markedsførende presentasjon med å redegjøre for institusjonenes historie. De redegjorde så mer utførlig for hvordan institusjonen nå var bygget opp og fungerte. Hva interessehevdelsen angikk ønsket nesten alle institusjoner som nå sorterte under Helsedirektoratet å komme ut av denne situasjonen. De ville oppover heller knyttes til departementet. Spesielt gjaldt det SHUS, SIS, Tobakkskaderådet og SIFF. SHUS-sjefen Kjell Bjartveit, som fra iallfall sin statssekretærtid (1972-73) hadde hatt et anstrengt forhold til Mork, gav uttrykk for at institusjonen ble neglisjert av direktoratet. Det var "som å rope over et gjerde". SIS klaget over noe av det samme; direktoratet svarte ikke, men også her kan spenninger på lederplan ha spilt en rolle, spenninger som blant annet kom til uttrykk etter Tsjernobylulykken i 1986. Etter SIS-møtet skrev avdelingsoverlege Jon B. Reitan (f. 1944) til Mauritzen og fortalte at han følte "ubehag" etter møtet. Han utdypet: "Jeg fastholder min frustrasjon over den dårlige kontakt med direktoratet, og forbauselsen over at direktoratet ikke synes særlig interessert i å benytte sin egen underlagte fagekspertise". Samtidig la han, herav ubehagsfølelsen, til at SIS ikke var "helt uten skyld" i de dårlige forhold.[197] Tobakkskaderådets folk uttrykte seg slik: "De resultater som er oppnådd er ikke takket være, men til tross for Helsedirektoratet". Også i dette tilfelle spilte nok imidlertid personlig uenighet en rolle. Røykeren Mork likte ikke å skulle bli frelst med makt, som han sa til Verdens Gang i det minnerike intervjuet den 19. desember 1987 (nevnt tidligere).

Men mest alvorlig var storinstitusjonen SIFFs ønske om å komme seg løs fra direktoratets og Morks grep. SIFFs direktør, Bodolf Hareide, sa under styringsgruppens besøk at Helsedirektoratet etter delingen i 1983 "aldri ble det fagdirektorat det skulle bli. Forvaltning og enkeltsaker fordrev det faglige. Det ble en diskrepans mellom ambisjoner og kompetanse". Hareide nevnte også dragkampen om oppgaver mellom hans institutt og direktoratet. Direktoratet hadde blant annet "tatt" både HIV/AIDS-oppgaven og arbeidet med EDB i helsevesenet fra SIFF. SIFF fikk heller ikke, sa han, svar på henvendelser til direktoratet om hvilken rolle direktoratet mente SIFF skulle spille. SIFF hadde derfor svart med å henvende seg til departementet, altså gå utenom direktoratet, for så vidt ikke uten suksess. Det hører med til dette bildet at også hva gjelder forholdet SIFF-direktoratet hadde der oppstått et anstrengt forhold mellom de to institusjoners sjefer – den selvbevisste hardingen (TM) og den like selvbevisste sunnmøringen (BH).

[197] Brev datert 9.4. 1991. (Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 4.) Reitan, som var utdannet onkolog, gikk i april 1992 til Radiumhospitalet, men fortsatte i deltidsstilling ved SIS. Han var også på denne tiden styremedlem ved Statens atomstilsyn.

Bodolf Hareide (f. 1937): Han var en markert direktør for Statens institutt for folkehelse fra 1984 til 2001, og som sådan en av de viktigste ledere på nivå tre i den nasjonale helseforvaltningen. Under ham ble instituttets rolle gradvis utvidet, men den store sammenslåingen av folkehelserelaterte institusjoner kom i 2002–2003. Hareide er lege og var i yngre år også politisk aktiv (H). Bildet er fra 7. januar 1989. (Foto: Eystein Hanssen / NTB)

De andre institusjonene under direktoratet hadde et mindre spent forhold til direktoratet. Statens legemiddelkontroll ville gjerne ta over legemiddelavdelingen fra direktoratet, men var ikke så opptatt av om et samlet legemiddelverk ble plassert under direktoratet eller departementet. Morks gamle institusjon, Kreftregisteret, ville helst være mest mulig ”i fred”; faglig hadde det lite å hente både i direktoratet og departementet, bemerket instituttoverlege Frøydis Langmark (f. 1941). Hun gav imidlertid, som hennes kollega fra Statens institutt for rettstoksikologi, uttrykk for en positiv holdning overfor direktoratet. I fred ville ellers helst alle de mindre institusjonene være. De så for seg, ikke uten grunn, at de kunne bli spist opp av det ekspansive, og ekspansivt ledede, SIFF, og mente ”saken” (deres) ville tape på det.[198]

Spenningene mellom direktoratet og departementet, i praksis spesielt helseavdelingen, kom naturlig nok særlig til uttrykk i møtene styringsgruppen hadde med helseavdelingen og direktoratet. Vi har et utvidet grunnlag for å uttale oss om det som kom frem på disse møtene for så vidt som begge hadde forberedt seg skriftlig, direktoratet dog særlig gjennom kartleggingsprosjektet (delprosjekt 1).

Helseavdelingen, ved Harald Hauge og Hans Ånstad, skrev den 21. februar et notat, stilet til statsråden, etter anmodning fra henne, kalt ”Samarbeidet med Helsedirektoratet etter omorganiseringen i 1983”.[199] Notatet er selvsagt like meget skrevet til styringsgruppen, og kan for så vidt betraktes som en forberedelse av avdelingens møte med styringsgruppen en drøy måned senere. I notatet drøftes i fem punkter kontroversene mellom de to sentrale helseforvaltningsorganer. Første punkt er det mest utpreget helsepolitiske og gjelder spørsmålet om hvordan den helsepolitiske myndighet skal fordeles mellom staten og lokale myndigheter. Annet punkt gjelder spørsmålet om fordelingen av kompetanseoppgavene mellom de to organer. De to siste punkter gjelder spørsmålet om hvordan myndigheten til å

[198] Vi baserer oss her på referatene fra de skriftlige møtene (Dep.arkivet) og samtaler med Jon Ola Norbom (3.8.09), Thomas Mauritzen (17.2.11), Christian Hambro (6.1.10) og Knut Grøholt (16.3.11).
[199] ”Samarbeidet med Helsedirektoratet etter omorganiseringen i 1983”, notat fra helseavdelingen til statsråden, 21.2. 1991. Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 7.

styre henholdsvis fylkeslegene og de ”andre” sentrale helseinstitusjoner skal fordeles mellom avdeling og direktorat.

Hva angår det første, påpeker Hauge og Ånstad at den kommunalisering av det utøvende ansvar for helsevesenet som for alvor begynte i begynnelsen av 1970-årene har Helsedirektøren, og dermed direktoratet, vært i konsekvent opposisjon til. Det begynte, skriver de, i 1978, og tenker formodentlig på at det for alvor var da, eller egentlig høsten 1977, Mork snudde i synet på kommunaliseringen, og avmedikratiseringen, av distriktshelsevesenet og ble en svært tydelig, nasjonalt orientert fagstyremann. Hauge og Ånstad skriver at direktoratet har ytt ”konsekvent og hard motstand” i ”de fleste større saker”. De henviser så særlig til omordningen av kommunehelsevesenet i 1984, men nevner også at direktoratet gikk ”imot innføringen av rammefinansieringen” av sykehusene i 1980 og ”hardt imot” den rammefinansiering av det kommunale helse- og sosialvesen som fulgte i kjølvannet av 1984-reformen. Avdelingen peker videre på at direktoratet var ”negativ til sykehjemsreformen (1988) og HVPU-reformen (1991)”. Hva de to siste reformene angår bemerker Hauge og Ånstad at de ”kunne ha vært lettere å gjennomføre med direktoratets positive støtte”. I møtet med styringsgruppen den 25. april sier Hauge at hans avdeling har vært, og er, en ””spydspiss” i desentraliseringen”, men at de i avdelingen ”hadde følelsen av at resten av spydet av og til løsner.”[200] Han henviser selvsagt til direktoratet, et direktorat han altså mener opptrer illojalt overfor ikke bare statsråden og regjeringen, men Stortinget.

Hva gjelder det annet punkt, om fordelingen av helsefagansvaret, sier Hauge og Ånstad at når direktoratet av og til opplever at helseavdelingen ”overprøver” det, misforstår det: Hensynet til ”økonomiske og administrative konsekvenser” gjør ”ofte” at direktoratets forslag ”må endres”. De to legene i avdelingen belærer direktoratet om hva det vil si å kombinere viktige hensyn.

Angående punkt tre, styringsforholdet overfor fylkeslegene, bemerker avdelingen at det nok er blitt mer preget av den uklarhet som ble skapt i 1983 enn godt er. Departementet skulle etter 1983-ordningen, sier Hauge og Ånstad, ha planansvar for fylkeslegene, men har fått mer enn det. De to herrer sier at det har gjort at ”direktoratet i mange viktige saker er blitt en blindtarm,..” De ”innrømmer”, skriver de, at departementet ikke har ”gjort nok for å få klare linjer på dette punkt”.[201]

Når det så endelig gjelder punkt fire, forholdet til institusjonene under direktoratet, skriver Hauge og Ånstad at direktoratet ofte blir et forsinkende mellomledd, begge veier. Det blir det når departementet må ha raske svar, for eksempel i forbindelse med spørretimesvar og det blir det når institusjonenes saker blir liggende lenge i direktoratet. I begge tilfeller har det ført til at de utålmodige instanser i stigende grad går utenom direktoratet. Hauge og Ånstad føyer til at de ikke finner det underlig at institusjonene på nivå nr. 3, ”helhjertet har støttet omorganiseringsprosessen, nesten uten unntak”.

Helseavdelingens standpunkt er altså langt på vei ikke bare at Helsedirektoratet er overflødig, som en ”blindtarm”, men også er til skade: Det motarbeider statsråden og hennes politikk. Norbom syntes å være på linje med sin helseavdeling. Han bemerket på møtet med avdelingen at ”tre statsråder har kommet fram til at en organisasjonsgjennomgang måtte settes i gang. Det

[200] Fra referatet fra møtet. Referatet er datert 27.4. Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 10.
[201] Fra helseavdelingens notat av 21.1.91, *op. cit.*

har vært vanskelig å gjøre noe fordi ingen ville ta belastningen ved at Helsedirektøren skulle bli betraktet som "de sykes venn", i motsetning til statsråden".[202]

Helge Høifødt (f. 1957): Han er cand.mag., med historisk-samfunnsvitenskapelig fagkrets. Han begynte i Helsedirektoratet som førstekonsulent i 1986. I 1989 ble han utredningsleder i Helsedirektoratet, knyttet til administrasjonsavdelingen. Han var de første årene en aktiv tillitsvalgt. Gjennom dette virket ble han etter hvert også både interessert i og en ekspert på organisatoriske spørsmål. Gradvis ble han slik mer en del av direktoratets ledelse enn en representant for en del av de ansatte. Han spilte en sentral rolle i arbeidet med omorganiseringen av direktoratet i 1989 og med den samtidige innføringen av virksomhetsplanlegging i direktoratet. Under Norbom-prosessens avgjørende faser var det i stor grad han som laget notater og skrev remissuttalelser på vegne av direktoratet. Han søkte ikke formell makt. Han trivdes best i rollen som (stadig mer) sentral utreder og grå eminense. Slik ble det også etter vår periode. Høifødt hadde og har andre interesser, fra radikal politikk i ungdommen (Pax Leksikon, Oslo Bokcafé) til lokalhistorie i moden alder. (Foto: Privat)

I forbindelse med delprosjekt 1, kartleggingsprosjektet, skulle alle institusjoner fylle ut et skjema om hvor mye ressurser de brukte på de ulike, forhåndsdefinerte, funksjoner og et annet, hvor de ble bedt om å si hva de mente om en del påstander om helseforvaltningens måte å virke på (fra enig (1) til uenig (5)). Helseavdelingen fylte ut skjemaene seksjonsvis, i hovedsak for hånd og uten samlende kommentarer. Rapporteringen derfra fremstår som raskt utført, dog nøkternt formulert. Helsedirektoratet sendte, som vedlegg 4, med en samlende kommentar, kalt "Vurdering av sentrale spørsmål – forslag til organisatoriske endringer". I tillegg sendte direktoratet med ytterligere vedlegg på til sammen 55 sider. Direktoratets rapportering, ledet av direktoratets samvittighetsfulle organisasjonsmann, utredningsleder Helge Høifødt (f. 1957), er svært grundig og i sin helhet maskinskrevet. Den er nøktern, ikke polemisk, utformet. Det er ikke tilfeldig, men det skyldes mer Høifødt enn Mork. Høifødt mente at jo bedre direktoratet argumenterte, jo vanskeligere ville det bli for styringsgruppen å komme med forslag som kunne være "farlige" for det. Høifødt sier i dag: "Vi visste hvem som var våre venner og hvem som var våre fiender og hvem som var mer usikre. Det var viktig å overbevise de siste, og da var saklig tyngde viktig".[203] Mork skrev imidlertid, i forbindelse med kartleggingen av institusjonene (delprosjekt 1), et håndskrevet notat hvor han kommenterte 16 påstander kartleggerne ville ha institusjonenes synspunkter på. Her kom hans skepsis til departementet tydelig frem, men formulert på en sindig måte. Til påstanden om at departementet ikke har avklart sin styringsfunksjon overfor den desentraliserte helsetjenesten, svarer han bekreftende og peker på at departementet ikke engang bruker "de virkemidler lovgivningen gir for å sikre oppnåelse av nasjonale helsepolitiske mål..". "Mottoet synes å være "minst mulig innblanding". Departementet reagerer ofte sent på "signaler" fra ytre etat,

[202] Fra referatet fra styringsgruppens møte med helseavdelingen, 26.4.91, *op.cit.*
[203] Samtale med Helge Høifødt 26.05. 2011.

og da ofte med ad hoc-pregede kriseløsninger i form av ”tiltakspakker” ("Eldremilliarden”, ”hoftepakke”, ”stærpakke”, ”hjertepakke”)”.[204]

Under styringsgruppens besøk i Helsedirektoratet den 25. april merkes et tydelig innslag av spenning, og frustrasjon, fra direktoratets, det vil si Helsedirektørens, side. Således henviser han, i følge referatet fra besøket, til det som skjedde i 1983, da man gikk fra to til tre nivåer i helseforvaltningen. I en del henseender, sier han, har vi nå fått tilbake to nivåer, for så vidt som helseavdelingen nå ofte opptrer som om det var det gamle direktoratet: ”I grunnen har vi nå to direktorater hvorav det ene også har departementsfunksjoner”.[205] Han tenkte da både på at helseavdelingen har ansatt flere leger og på den måten mener det ikke trenger helsefaglig bistand utenfra, og at det ofte forholder seg direkte til så vel fylkesleger som de andre sentrale helsefaglige institusjoner, blant annet SIFF. Mork hadde utvilsomt et poeng, endog et poeng Hauge knapt kunne ha gått imot; kfr. Hauges uttalelse om direktoratet som en blindtarm. Men de fortolket jo situasjonen, altså at 1983-reformen ikke hadde virket etter hensikten, ulikt, dog like normativt; kfr. det vi tidligere har påpekt om de to ”helsedirektørers” avmaktsspill.

Mork og hans folk hadde ikke bare lagt ned et betydelig arbeid i sin rapport til delprosjekt 1 – mer enn noen annen institusjon – men hadde også forberedt seg saklig godt til møtet med styringsgruppen. Ifølge referatet fra møtet åpnet Mork med å redegjøre for den historiske utvikling av helseforvaltningen, fra medisinaldirektør Ludvig Dahls (1826-1890) tid – Mork hadde en spesiell sans for den nokså frittalende psykiateren (kfr. bind 1) – og fremover til delingen av helseforvaltningen i 1983, og videre til i dag (1991). Morks redegjørelse viser at han fremdeles var medikrat, men også at han ikke bare var det på den tradisjonelle måten. Han var iferd med å ta inn over seg premisser fra den neste form for medikrati, eller post-medikrati, en form som skulle komme med den nye kunnskapsmedisinen og som innebar at medisinen både skulle alliere seg med, og til dels underordne seg, nyttestatstenkningen. Epidemiologen Mork var således opptatt av den nye helsetjenesteforskningen og de signaler som begynte å komme fra de ”nye” epidemiologer, som David Sackett (1934-2015) ved McMaster University, altså signaler om en ny form for overvåkning av, og tilsyn med, klinikken. Han sa at direktoratet hadde forsøkt å ”fremme normer for å sikre visse standarder”. Han fortsatte, og nå en smule polemisk: ”Det har ikke vært særlig vellykket bl.a. pga. forholdet mellom fylkeskommunene og staten. Fylkeskommunene har lite bakgrunn for å utøve tilsyn med sykehus”.[206] Han pekte også på at hans direktorat virkelig, med liv og lyst, hadde tatt inn over seg den nye nyttestatens tanker om målstyring og virksomhetsplanlegging. Slik sett var han egentlig, mente han, mer lydig oppover enn helseavdelingen, som ikke brydde seg så mye om virksomhetsplanleggingen at den engang kommenterte direktoratets planer.

Direktoratets opptreden, både som den kom til uttrykk på møtet med styringsgruppen og som den viste seg gjennom svarene til Nilsens registreringsprosjekt, viser at kivet med helseavdelingen hadde tatt på, og fortsatt gjorde det. Direktoratet legger vekt på å vise at det selv har opptrådt konstruktivt og fremtidsrettet, og fortsatt gjør det. I sin oppsummerende kommentar til herr Nilsen gjør direktoratet det således klart at det, på nyttestatlig vis, godtar delingen fra 1983, men legger til, og løfter nå pekefingeren litt, at det er helseavdelingen som ikke helt har gjort det: Den har jo, som nevnt, også opptrådt som direktorat. Direktoratet

[204] Håndskrevet notat av Torbjørn Mork, skrevet ca. 20.2.91, s. 1. Notatet finnes i Helsetilsynets arkiv, 003.20, Omorganisering, kas. 8, boks I.
[205] Fra referatet fra styringsgruppens møte med Helsedirektoratet, 25.4.91. Referatet er datert 29.4. Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen, 612.1, kas. 10.
[206] Ibid.

mener derfor "at det neppe kan sies å foreligge noe absolutt behov for gjennomgripende endringer i organisasjonsstruktur dersom man får en klarere funksjonsdeling og [bedre] instruksjons- og kommunikasjonslinjer". Direktoratet foreslår derfor at forvaltningen forblir som den er, med den unntagelse at forvaltningen av statssykehusene samles i en egen konsernledelse (under departementet) og at de epidemiologiske registre, SHUS medregnet, samles i SIFF. Endringene direktoratet foreslår begrunnes nyttestatlig og til dels "post-medikratisk" (registrene).[207]

Før møtet mellom KS-ledelsen og statsråden og Norbom, hadde den første skrevet et notat om sine prinsipielle synspunkter på statlig styring av kommunesektoren generelt og innen helsesektoren spesielt. KS-ledelsen var her kontant: Det het blant annet i notatet at "Statsorganer som har til oppgave å detaljregulere og kontrollere virksomheten i kommuner og fylkeskommuner bør nedlegges". KS var, på "vårt" område, derfor spesielt opptatt av at ikke bare direktoratet ble bygget ned, eller avviklet, men også at fylkeslegeembedene ble det. For KS var direktoratet og fylkeslegene endel av den unødvendig detaljstyrende staten. KS var spesielt kritisk til "kontroll- og tilsynsfunksjonene ved fylkeslegeembetet" og ville ha dem nedbygget. Det som måtte bli igjen, kunne "vurderes lagt i en felles helse- og sosialavdeling hos Fylkesmannen".[208] Under møtet i styringsgruppen den 30.4. orienterte Norbom om KS-møtet og konstaterte at KS gjerne så at både Direktoratet og fylkeslegeembedene ble nedlagt. Irritasjonen over ikke bare den statlige detaljstyring, men også Helsedirektøren personlig, hadde satt seg i Kommunenes Sentralforbund. Ja, som vi har sett, var KSs reaksjon på direktoratets tilsynsiver noe av premissgrunnlaget for den pågående organisasjonsgjennomgåelse. For Norbom ble nok KSs statsanimositet noe overdreven, men sentralforbundets holdninger var mer til nytte enn til skade for ham.

Det må nevnes at Norbom alene i slutten av mai besøkte fylkeskommunene i Nordland og Troms (21.5.), samt Trondheim kommune (22.5.).[209] Det bør videre nevnes at Norbom spesielt, men også andre i styringsgruppen og sekretariatet, hadde mange uformelle, tildels tilfeldige, møter med ledere og fagpersoner i og rundt helsevesenet. De fleste av disse møter har ikke avleiret seg i skriftlige notater vi har kommet over. Ett som har gjort det, var et møte Norbom hadde med ernæringsprofessor og tidligere dekanus ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, Kaare R. Norum (f. 1932). Møtet fant sted i slutten av april og er nevnt i referatet fra styringsgruppens møte den 30.4. Ifølge referatet hadde Norum uttalt at Helsedirektoratet "ingen kompetanse" har og at det heller ikke har "evne til å utnytte kompetanse". Han fant bemanningen i direktoratet "begredelig". Norum uttalte ellers om SIFFs kompetanse: den "holder ikke vitenskapelige mål".[210] Norum, som hadde hatt, og fortsatt, hadde mange hverv i norsk helsevesen og forskning, var en helsepolitisk strateg, og reflekterte holdninger som var utbredt i det medisinsk-akademiske miljø. En annen medisinerprofessor, epidemiologen Dag S. Thelle (f. 1942), på den tiden knyttet til Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, gav i et brev til Norbom i slutten av mars uttrykk for oppfatninger som trakk i samme retning som Norums, spesielt hva gjelder

[207] "Vurdering av sentrale spørsmål – forslag til organisatoriske endringer", vedlegg 4 til direktoratets rapport til Statskonsult (delprosjekt 1), 22.2.91, saksnummer 90/10594 (Helsedirektoratet).
[208] Fra notatet *Gjennomgang/revisjon av statlig helseforvaltning*, Kommunenes Sentralforbund, notat til møte med Sosialministeren 24.4. 1991. Sosialdepartementets arkiv, 612.1, kas. 7.
[209] Norbom fikk her erfare at synspunktene spriket en del lokalt og at ikke alle var så sentraliseringsskeptiske som KS og dets leder Jacob Eng. (Referert på styringsgruppemøte 29.5. Sosialdepartementets arkiv, 612.1, kas. 11.**)**
[210] Referat fra møtet i styringsgruppen 30.4., datert 2.5., punkt 2. Sosialdepartementets arkiv, 612.1, kas. 10.

folkehelseinstitusjonene. Der mangler epidemiologer til å analysere de data som samles inn. Akademisk står Tromsøs samfunnsmedisinske institutt sterkest, "mens den institusjon som har størst kapasitet til å innsamle, lagre, kople og behandle helsedata er Statens helseundersøkelser". SIFF, skriver han videre, bygger nå opp en epidemiologisk avdeling, men har ennå langt fra SHUS' brede kapasitet og kompetanse.[211] Norums, og til dels Thelles, syn på direktoratets og SIFFs faglighetsnivå var for Norbom og styringsgruppen en bekreftelse på at deres opptatthet av helseforvaltningens kompetanserolle var riktig.

♦

Møtene med institusjonene, og i noen grad de berørte parter generelt, ble viktige for styringsgruppen. Det gav gruppens medlemmer en mer eksistensiell følelse av hvor dypt animositetene gikk, horisontalt, men særlig vertikalt. De vertikale spenninger knyttet seg ikke bare, eller først og fremst til forholdet helseavdelingen-helsedirektoratet. De dreide seg kanskje like meget om forholdet mellom direktoratet og mange av folkehelseinstitusjonene – særlig SIFF, SHUS, Rusmiddeldirektoratet og Strålevernet. Styringsgruppens medlemmer ble også slått av hvor personlig preget spenningene var blitt. Norbom hadde, som vi har sett, vært med på å sette i gang organisasjonsgjennomgåelsen fordi spenningene mellom avdeling og direktorat var så store, og så personlig pregede. Også Mauritzen hadde sett disse spenningene og vært med i forsøkene på å gjøre noe med dem. Nå fikk de "utenforstående" medlemmer av Styringsgruppen, Hambro, Grøholt og Holm (Stokke), erfare det samme.[212] Nå fikk alle, også Norbom og Mauritzen, tydeligere se at spenningene også gjaldt videre nedover, altså mellom direktoratet og mange av folkehelseinstitusjonene, endel av fylkeslegene og store deler av kommune-Norge. Spørsmålet meldte seg derfor nå for styringsgruppen om det var tilstrekkelig for den som reformator å tenke helt "ahistorisk" og "deduktivt". Det vil si, spørsmålet ble hvor "organisasjonspsykologisk" den måtte tenke og handle.

Delprosjektprosessen: ultimo januar til ultimo mai 1991

Vi har sett at delprosjektene i starten nesten mer "ble til" enn de var en følge av en "konstruktiv" plan. Etter hvert, det vil si i løpet av januar, kom imidlertid plantenkningen inn og delprosjektene fikk et mer styrt preg. Den overordnede styring stod styringsgruppen, i praksis Mauritzen, for. Den var, som vi har sett, særlig knyttet til defineringen av delprosjektene og mandatutformingen. I tillegg ble styringen med fremdriften viktig; alle delprosjekter fikk underveisfrister, "milepæler", og en avslutningsfrist (31. mai). Etter at delprosjektene ble satt i gang sank imidlertid deres betydning for styringsgruppen. Mauritzen fulgte med, men både han, resten av sekretariatet og resten av styringsgruppen utredet, tenkte og diskuterte mest på egne premisser. Delprosjektprosessen ble for dem mer og mer en sideprosess. Saklig sett skulle delprosjektgruppene gi faktiske og vurderingsmessige premisser til styringsgruppen, men siden de arbeidet parallelt, var jo ikke det mulig. Som

[211] Brev fra Dag Thelle til dep.råd Norbom av 27.3., 1991. (Sosialdepartementets arkiv, 612.1, kas. 7) Thelle, hadde tidligere vært professor ved Universitetet i Tromsø og leder for SHUSs analyseavdeling, og satt på denne tiden også i Statens ernæringsråd – hvor Norum "alternerte" mellom hvervene som leder og nestleder. Thelle avslutter sitt brev slik: "Epidemiologisk forskning er grunnlaget for all forebyggende virksomhet. Dersom man ikke tar vare på de overvåknings- og forskningsmuligheter vi har i Norge vil det helsefremmende arbeidet bli dyrt, ineffektivt og uten styring".

[212] Vi baserer oss på samtaler med Jon Ola Norbom (13.10.10, 18.7.11) Thomas Mauritzen (17.3.11), Christian Hambro (6.1.10) og Knut Grøholt (16.3.11).

parallelt arbeidende grupper måtte da delprosjektgruppene, hvis de skulle ha medvirket, ha gjort det som en slags løpende diskusjonspartnere. De måtte i noen grad ha vært trukket inn i styringsgruppens sekretariat. Men, som vi har påpekt, dét var for skummelt for styringsgruppen. Delprosjektgruppene var jo delvis korporativt sammensatte organer. De kunne blitt brysomme hvis de var kommet innenfor, brysomme både som påvirkere, som indre spenningsskapere og som mulige kilder til lekkasjer. De kunne i verste fall ha gjort at hele prosjektet var gått opp i "politisk røyk". Delprosjektene var for så vidt skumle nok som de var. Deres eksistens gjorde at institusjonene som var berørt kunne skjønne en del. De "berørte" kunne lese mye ut av delprosjektmandatene, særlig ettersom de ble konkretisert gjennom de rapporter som kom. De to viktigste rapportene, rapportene fra gruppene 2 og 3, skulle jo også i noen grad gi premisser for de fronter som siden skulle avtegne seg: Gruppe 2 målbar i noen grad hensyn styringsgruppen la vekt på, mens gruppe 3 gav intellektuell "ammunisjon" til Mork og hans folk.

Det at styringsgruppen i viktige henseender "slapp" delprosjektene, og dertil gav gruppelederne stor frihet, gjorde at hele delprosjektprosessen ble noe fragmentert. Samtidig gjorde det at styringsruppen delvis "slapp" delprosjektlederne at Statskonsult i noen grad fikk større anledning til å spille en styrende rolle, ja, nesten til å gjøre delprosjektutredningene til et "alternativt" prosjekt. For Statskonsult var det knyttet prestisje til å gjennomføre delprosjektprosessen på en god måte; prosjektledelse var jo Statskonsults fag – og her dreide det seg tillike om et viktig prosjekt. Men siden delprosjektlederne skulle stå faglig fritt, var det åpenbart at Statskonsults ledelse av delprosjektene særlig måtte dreie seg om det formelt prosjektledelsesmessige, først utvelgelsen av folk til delprosjektene og siden spesielt tidsplanen, så fikk det være et åpnere spørsmål hvor meget Statskonsult kunne klare å gi delprosjektene en innholdsmessig helhet, på tvers av delprosjektene. Statskonsults prosjektledere var, som vi har sett, i første omgang Kristin Amundsen og Knut Klepsvik. Klepsvik gikk ut av prosjektledelsen i begynnelsen av mars; han måtte da overta ansvaret for delprosjekt 4. I praksis ble imidlertid snart Terje Haugli Nilsen, lederen for delprosjektene 1 og 3, den drivende kraft på Statskonsults side. Det var han som var dypest inne i utredningsinnholdet. Et uttrykk for hans betydning, er at han deltok på de informasjonsmøtene styringsgruppen hadde med institusjonslederne, med referansegruppen/hovedsammenslutningene og de tillitsvalgte (kfr. tabell 2.5). Det er også et uttrykk for hans sentrale posisjon at han, da delprosjektarbeidet var over, ble trukket inn i styringsgruppens sekretariat.

Statskonsult forsøkte å samordne delprosjektrapportenes innhold. I den overordnede prosjektplanen (11.2.) hadde Statskonsult pekt på hvordan delprosjektene på en forsiktig måte kunne integreres, nemlig ved at de ulike delprosjektgrupper delte data med hverandre og ved at de "eksporterte" egne konklusjoner til de andre gruppene, som mulige styrende premisser, kalt "føringer", for dem. Konsulentene illustrerte de gjensidige avhengigheter med et kart (vedlegg til planen). Av dette fremgår det, forsiktig, at "føringene" er gjort få og forsiktige: Delprosjekt 2, det "vertikale" hovedprosjekt, gir "føringer" for prosjekt 3 (kompetanse), som gir "føringer" for prosjekt 6 (registrene) som gir "føringer" for prosjekt 4 (statssykehusene). Det fremstår slik, naturlig nok, som det "primære" delprosjekt. I planen bemerkes det dog (s. 9) at tiden knapt tillater at "føringene" kan spille noen rolle. En viss rolle kom de imidlertid til å spille, skjønt ikke delprosjekt 2s "føringer". Dette delprosjekt ble i praksis "marginalisert". I stedet skjedde der en viss samordning mellom de andre delprosjektene, spesielt delprosjektene 1, 3 og 4. Den rollen kom de til å spille fordi mye av delprosjektprosessen ble preget av Statskonsult (1, 3 og 4), men også fordi de premisser Statskonsult arbeidet på, de kombinert korporative og nyttestatlige, var de dominerende i det forvaltningspolitiske utviklingsarbeid

som foregikk på denne tiden. Delprosjektene 5 og 6 ble, kan man si, mer knyttet til statskonsultprosjektene gjennom "tidsånden" enn gjennom aktiv styring fra Nilsens og Statskonsults side. Så vel Hans Petter Schjønsby som Paul Hellandsvik, lederne for de to delprosjektene, var blitt ivrige virksomhetsplanleggere og nyttestatsfolk.

Den innholdsmessige styringen, det vil si samordningen, skjedde først og fremst gjennom løpende kontakt (delprosjektene 1, 3 og 4) og ideologisk samstemthet (alle delprosjektene, bortsett fra 1 B og 2). En del av samordningen skjedde imidlertid også mer formelt, gjennom det såkalte prosjektlederforumet. Dette forum hadde sitt første møte den 12. februar. Så fulgte der nye møter nesten annen hver uke, nemlig den 20.2., den 18.3, den 2.4., den 15.4., den 29.4, den 13.5 og endelig den 29.5. Det er åpenbart at Statskonsults folk også forsøkte å få Kjell Knudsen og hans delprosjekt nr. 2 mer inn i folden. På flere av møtene "dyttet" de på ham, spesielt med utgangspunkt i Knudsens forståelse av tilsyn. For Statskonsults folk ble Knudsens utpreget "politokratiske" syn på tilsyn truende for deres "prosjekt", altså omordningsplan. Det var med utgangspunkt i dette "politokratiske" syn at Knudsen kunne begrunne både sentraliseringen av det overordnede tilsyn til departementet og desentraliseringen av det meste av det til fylkeslegene og de (pre)kliniske institusjoner – og slik gi det "gamle" direktoratet en marginal plass. Statskonsults folk tok saken opp med sin øverste sjef, Christian Hambro.[213] Det førte til at Hambro bragte den inn i styringsgruppen. På grupppens møte den 17.4. gav juristen Hambro uttrykk for at Knudsens tilsynsbegrep var uklart. I referatet heter det videre: "Hambro advarte mot å foreslå endringer der problemene har andre årsaker enn organisatoriske".[214] Hambro koblet slik sin kritikk av Knudsens plan med støtte til Nilsens. Hambro berørte også problemene med delprosjekt 2 i neste styringsgruppemøte (23.4.).

Etter dette virker det som om både Hambro og hans konsulenter hadde gitt opp å påvirke Knudsen, og dermed også Norbom og Mauritzen. Det vil si, Hambro hadde ikke bare "gitt opp", han var iferd med å endre oppfatning. Vi skal komme tilbake til det. I prosjektlederforumsmøtet den 30.4., altså knapt en uke etter at Hambro hadde nevnt delprosjekt 2 i et styringsgruppemøte, konstateres det at delprosjektlederne selv skulle avgjøre i hvilken grad de ønsket synspunkter fra de øvrige delprosjektledere. "Kampen" for å integrere delprosjektene, under statskonsultlig ledelse, var over. Statskonsults folk måtte finne seg i at de "andre" delprosjekter – særlig delprosjekt 2, men til dels også 5 og 6, de i deres øyne faglig mindre tilfredsstillende delprosjekter, ble gjennomført nokså uavhengig av dem.[215] De måtte for så vidt også erkjenne at det kanskje ikke var deres "profesjonelle" delprosjekter som ville bli lagt mest til grunn når styringsgruppen nå begynte å utforme sin modell. Det tør ha vært et slags uttrykk for det, når Mauritzen på møtet i prosjektlederforumet den 29.4 bad delprosjektlederne om å "holde en lav profil" utad, altså avstå fra å delta i debatter, eller holde innlegg, om ordningsarbeidet.[216]

[213] Dette nevnes av Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen i deres vurderingsrapport, *op. cit.*, s. 27.
[214] Referat fra styringsgruppens møte 17.4., datert 26.4 (Sosialdepartementets arkiv, 612.1, kas. 10.)
[215] Vetvik og Jacobsen, *op. cit.*, s. 72. Kristin Amundsen meddelte Hambro og Mauritzen at hun syntes Knudsens delrapport var for svak faglig. Knudsen ble informert om det, men for Amundsen, og Statskonsult, hjalp det ikke. Sluttrapporten fra delprosjektgruppe 2 forble for dem utilfredsstillende, i tillegg til at de mislikte dens konklusjoner. (Intervju med Kristin Amundsen 25.2.93, ved Einar Vetvik. Vi har fått intervjuutskriften av Vetvik i november 2011.)
[216] Vetvik og Jacobsen, *op. cit.*, s. 28.

I praksis kom, må vi si, prosjektlederforumet slik først og fremst til å fungere som et forum for styring av fremdriften.[217] Som sådant fungerte det dog effektivt.

♦

På styringsgruppens møte den 17. april sa Norbom at gruppens innstilling måtte bli et selvstendig dokument, tydelig basert på det mandat styringsgruppen hadde fått, altså det mandat Norbom og Mauritzen selv hadde formulert. Delprosjektgruppenes rapporter, meddelte Norbom også, skulle ikke nødvendigvis følge med som vedlegg i innstillingen. Det vil si, de skulle ikke følge med. Slik konstaterte nå Norbom det som en tid hadde vært åpenbart både for styringsgruppen og delprosjektgruppene, nemlig at delprosjektprosessen politisk var blitt en tydelig sideprosess. Det vil si, Statskonsult hadde tapt dobbelt. Det hadde ikke lykkes i å få Knudsen inn i folden, og nå ble det selskapet hadde fått til, spesielt gjennom delprosjektene 1,3 og 4, men til dels også 5 og 6, kastet ut av det som skulle bli innstillingen. Statskonsults innsats ble definert som arkivmateriale, før den var ferdig. Problemet var imidlertid, for Norbom og hans folk, at delprosjektrapportene, jo ville bli trykket og lagt frem for "de berørte parter" på det tilstundende seminar. Noen kunne la seg inspirere av dem.

Vi skal nevne at Statskonsults konsulenter ikke arbeidet under direktør Hambros endelige ansvar. Hambro var jo nå formelt medlem av oppdragsorganisasjonen. Den selvstendig overordnede ledelse for Statskonsults medvirkning var derfor gitt avdelingsdirektør Therese Johnsen (f. 1950).[218] Den praktiske ledelse hadde i starten Kristin Amundsen og Knut Klepsvik, etter hvert bare den første. "Ideologisk" ble altså, og i økende grad, Terje Haugli Nilsen leder for Statskonsults innsats.

Delprosjektene

Vi har så langt bare så vidt nevnt delprosjektene 1 og 1 B. Som empirisk kartleggende prosjekter var de "annerledes", og, for styringsgruppen, viktigere enn de "normative" delprosjektene. Gjennom delprosjekt 1 ble det bragt frem potensielt nyttig informasjon om institusjonenes oppgaver (funksjoner), om resursene de brukte på de ulike oppgaver, slik institusjonene selv så det, og om hva institusjonene mente om måten de utførte sine oppgaver på og om måten de var organisert på. Gjennom delprosjekt 1 B kom det frem opplysninger om hvordan de viktigste "brukere" så på den statlige helseforvaltnings organisering og virkemåte. Rasjonalistisk og nyttefaglig sett skulle disse, beskrivende og diagnostiske prosjekter vært gjennomført før den normative organisasjonsgjennomgåelsen ble satt i gang. Men gjennomgåelsen hadde ikke et slikt utgangspunkt. Den hadde et legpolitisk utgangspunkt. Departementets politiske og administrative ledelse hadde, som vi har sett, for lengst stilt den viktige diagnose: den statlige helseforvaltning fungerte ikke godt. Den holdt jo, mente Norbom, på å "dø". De kartleggende delprosjektene hadde dermed mer en politisk ("politokratisk") enn en nyttefaglig funksjon. De skulle utdype det empiriske grunnlag for den allerede stilte diagnose, sett "nedenfra". Den allerede stilte diagnose var jo særlig basert på erfaringene fra toppen. De var tilstrekkelige, for så vidt som det politisk-demokratisk var nok

[217] Vetvik og Jacobsen kommer i sin vurdering av Statskonsults bistand i Norbom II-prosessen til den samme konklusjon; kfr. *op. cit.*,
[218] Vetvik og Jacobsen, *op. cit.*, s. 61.

at statsråden ikke var fornøyd med sin forvaltning. Men også politisk var det av verdi å få sett i hvilken grad forvaltningens organisering og virkemåte var et problem for forvaltningen selv og for dens "brukere". Politisk ville det være en støtte til omordningsprosjektet hvis det også nedover var støtte for departementsledelsens diagnose.

Statskonsult tok ansvar for **delprosjekt 1**, med Terje Haugli Nilsen som leder og skribent. I sin rapport på 18 sider gir Nilsen en konsentrert, delvis kvantitativ, sammenfatning av institusjonskartleggingen. Han kommer også med en egen vurdering av funnene. Han har kalt den "Et korrektiv til organisasjonsgjennomgåelsens problembeskrivelse". Han konstaterer at institusjonene finner "problemer på samtlige av de områdene som er antydet i prosjektplanen", men føyer til: "Institusjonenes vektlegging av problemer og årsakssammenhenger avviker imidlertid noe fra den foreliggende problembeskrivelse på tre sentrale punkter":

> *For det første er det en hovedtendens til å lokalisere de viktigste og mest sammensatte problemene til det vertikale organisasjonsmønsteret. Det vises her i særlig grad til synspunktene på forholdet mellom departement og direktorat,..*
> --
> *For det andre blir oppmerksomheten i det foreliggende materialet i sterkere grad rettet mot departementets rolle og funksjonsmåte, både som overordnet styringsorgan og som part i det problemfylte forholdet til direktoratet. I dette materialet fremstår derfor departementet som klarere del av det totale problemkomplekset enn i prosjektplanens problemoppfatning, hvor søkelyset i særlig grad blir rettet mot direktoratet og problemer i det underliggende institusjonsmønsteret.*
>
> *For det tredje er det samlet sett fremkommet en rekke synspunkter som gir uttrykk for skepsis til at endringer i organisasjonsstrukturen alene vil løse de problemer en står overfor. Andre faktorer som gjennomgående tillegges stor betydning er styringsprinsipper, holdninger til samarbeid, og hvordan personrelaterte forhold og kompetansestrid mellom ulike miljøer og profesjoner kan påvirke kommunikasjon og samarbeid…*[219]

Han starter altså med å konstatere at de fleste institusjoner, i likhet med departementet selv, ser på forholdet mellom departementet og direktoratet som helseforvaltningens største problem. Men mens departementet, og ikke minst Norbom, ser på direktoratet som den hovedansvarlige for problemet, skriver Nilsen at institusjonene i stor grad vil balansere bildet: Departementet må ta mye av ansvaret selv. Nilsen slutter seg i avsnitt to til dem som vil balansere bildet. I avsnitt tre går han enda lenger og nesten snur på ansvarsforholdet: Departementet er mer å kritisere enn direktoratet. Slik sørger han for at den kartleggingen som skulle styrke grunnlaget for Norbom & Co.s omordningsprosjekt, om noe, svekket det.

Nilsens betraktninger fremstår som både empiriske og normative, noe som ikke er så uvanlig i samfunnsdebatt, men heller ikke i samfunnsanalyse. Han kombinerer forklaring og vurdering. Han forklarer for så vidt som han henviser til hvordan de to parter opptrådte og opptrer overfor hverandre, i en slags langvarig "ping-pong"; ovenfor har vi talt om et avmaktsspill.

---

[219] *Organisasjonsgjennomgåelse av den statlige helseforvaltning. Delprosjekt 1: Kartlegging av funksjoner og innhenting av synspunkter på virkemåte og organisering. Sammenfatning av kartleggingen*. Sitatene er fra s. 13 og 14. Rapporten, utgitt under Statskonsults navn, er tatt med som ikke-inkludert vedlegg 2 til styringsgruppens tilråding.

Men for at ikke forklaringene skal ende i en uendelig ”ballforfølgelse”, stanser han og introduserer (implisitt) én eller flere normer: Han karakteriserer et eller flere utspill som uheldige, urimelige, ansvarsløse eller lignende og stanser der. Den aktuelle part *burde* ikke ha gjort det ”han” gjorde der og da, og hadde ”han” ikke gjort det ”han” gjorde, ville ikke samarbeidet ha gått ”i stykker”.

Norbom og hans folk hadde tatt utgangspunkt i at Mork og direktoratet var de urimelige parter, og derfor både ”grunn” til og ”skyld” i, problemene. Det gjorde de fordi de tok utgangspunktet i statsrådens normative forrang: Mork og direktoratet var ulydig overfor henne. Nilsen fordeler først, i avsnitt to, skylden mer eller mindre jevnt, men gir så, i avsnitt tre, departementet og Norbom hovedansvaret (skylden) for problemene. Han synes, om han enn ikke sier det direkte, at departementet i mange henseender har gått utover hva styringsretten rimeligvis kan inneholde og derfor at direktoratets ”vrangvilje” blir forståelig, altså en rimelig reaksjon på en urimelig styring. Det kan være at Nilsens vurderinger slik er påvirket av hans syn på hvordan reformer kan og bør gjennomføres, nemlig som samarbeidsprosjekter mellom de politisk og administrativt overordnede instanser og underordnede institusjoner og etater, innbefattet disses avdelinger og endelig disses ansatte. Politisk er Nilsen mer av en korporativist enn (”politokratene”) Norbom og Mauritzen.

Det gjorde ikke Nilsens rapport fra delprosjekt 1 mindre ”skummel” at den var både opplysende og godt poengtert. Den forelå 27. mars, altså i tide til å spille en rolle for styringsgruppen, men knapt halvannen måned etter den opprinnelige frist. Rapporten fra **delprosjekt 1 B** ble laget ”anonymt” i departementet. Den kom nokså sent. Den er datert 24. juni, to uker etter at delprosjektseminaret ble holdt. Råmaterialet fra den forelå imidlertid tidligere, nemlig midt i april. 1 B-rapporten skulle vært ferdig den 10. februar.

Spørsmålene under delprosjekt I B ble sendt til et utvalg kommuner (45), alle 19 fylkeskommuner, Kommunenes Sentralforbund, 13 yrkesorganisasjoner, 10 ideelle organisasjoner og brukerorganisasjoner, 9 departementer, 38 (andre) statsetater og tre næringsorganisasjoner. 63 instanser (45 prosent) besvarte spørsmålene, men i varierende grad utfyllende. Departementet hadde slik et tynnere og dårligere materiale å arbeide med enn Nilsen og hans gruppe. Det kom også til å gå til oppgaven med mindre konsentrasjon og engasjement enn det Nilsen og hans gruppe gjorde. Det nøyde seg med å være empirisk redegjørende. Det redegjorde i stor grad gjennom sitater og strekpunkter. Innledningsvis gir imidlertid departementsutrederne en samlende karakteristikk av svarene. Noen av svarene ligner på de svar som ble gitt i kartleggingsundersøkelsen (delprosjekt 1). Mange synes således at ansvarsforholdene mellom departement, direktorat og fylkesleger er uklare og sier at det skaper problemer for de underliggende institusjoner. Mange, men ikke alle, synes også at det horisontale mønster er (for) oppstykket. Ellers noterer vi at mange av brukerne er opptatt av det som av politiske grunner skal taes for gitt, nemlig at det utøvende helsevesen i hovedsak skal styres og drives fra fylkeskommuner og kommuner. Endel faginstanser, yrkesorganisasjoner og ideelle organisasjoner synes desentraliseringen av myndighet er gått for langt, mens lokalenhetene og Kommunenes Sentralforbund synes de sentrale organer styrer for detaljert.

Delprosjekt 1 B gav ikke styringsgruppen ny ”ammunisjon”, men skapte, naturlig nok, heller ikke nye problemer for gruppen.

Rapporten fra **delprosjekt 2**, Kjell Knudsens rapport, reflekterer den tenkning som gjorde seg gjeldende i styringsgruppen utover vinteren 1991, altså den kombinert politokratiske og

nyttestatlige, mens rapporten fra delprosjekt 3, Nilsens rapport, reflekterer den kombinert nyttestatlige og korporativt-dialogiske tenkning som Nilsen gjorde seg til talsmann for gjennom delprosjekt 1 og som også preget Statskonsult mer alment.

Knudsen og hans gruppe lanserer tre mulige modeller, én utpreget nyttestatlig og to mer politokratiske. Etter den første modellen skal departementet være et strategisk organ, en slags konsernledelse, som styrer gjennom målorienterte planer, med lover og budsjetter som de sentrale direkte virkemidler og med et kvantitativt orientert, overvåkende informasjonssystem ("Hjulet"[220]) som indirekte virkemiddel (kontrollmiddel). Iverksettelsen av politikken skal, etter dette forslaget, skje gjennom et utvidet helsedirektorat, et direktorat som skal være et direkte, lojalt instrument for departementet. Det vil, heter det i innstillingen "i mindre grad kunne stå faglig fritt til å komme med selvstendige offentlige utspill og kritikk av den vedtatte helsepolitikk".[221] Under et nyttestatlig regime må altså restene av medikrati bort. Denne modellen passet den historiske tendens, altså tendensen til mer nyttestatlighet og med den en sterkere tendens til oppgavespesialisering og oppgaveprofesjonalisering. Den var en videreførelse av 1983-reformen. Men modellen var uakseptabel for Norbom, og "hans" folk i prosjektgruppen, Knudsen og Sæbø. Helt passet den knapt heller de to andre i gruppen, direktoratets spesialrådgiver og tidligere avdelingsdirektør, Per Bærum (f. 1929), og fylkeslege Asbjørn Haugsbø (f. 1932), Vestfold. Ingen av dem representerte den nye, økonomisk pregede nyttestaten. Snarere var de nærmere knyttet til fagstatsideer; de kom begge inn i helseforvaltningen under Evang.[222]

De to andre modellene Knudsen og hans gruppe presenterte var begge preget av de politisk-demokratiske hensyn Norbom satte så høyt. Under modell to hadde departementet fått to helseavdelinger, en (ny) folkehelseavdeling og en (lov- og) tjenesteavdeling, begge med betydelige iverksettende (forvaltende) oppgaver, og med etatsansvar for fylkeslegene. Direktoratet var nå redusert til et kombinert kompetanse- og (fag)forvaltningsorgan, men med så mye vekt på kompetanseoppgaven at gruppen antydet at organet burde omdøpes til Nasjonalt helseinstitutt. Under den siste modellen er Helseinstituttet nesten helt fratatt forvaltningsoppgaver. Knudsens gruppe gikk inn for modell nr. to, altså en modell som, hva forholdet departement-direktorat-fylkesleger angår, ikke er så ulik den Norbom & Co. hadde lansert i Ikke-dokumentet. Modellen er maktsentraliserende og avmedikratiserende. Den ble møtt med skepsis av de to fagstyremenn, Bærum, spesielt, og Haugsbø. Tannlegen Bærum stod imidlertid ikke Mork nær: Da "restdirektoratet" i 1983-84 skulle avdelingsordnes, ble Bærum (av sin tannlegekollega Leif Arne Heløe) utnevnt som sjef for avdeling for

[220] "Hjulet" – Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene – er det kvantitative styrings- og informasjonssystem for helse- og sosialvesenet i kommunene. Det ble lansert gjennom meldingen om erfaringene med kommunehelsetjenesten (St. meld. nr. 36 (1989–90)) og ble gitt tilslutning av Stortinget. Systemet ble gjort operativt fra 1992 (og gjaldt da for 1991). Det fungerte til 2008, da det ble erstattet av IPLOS-registeret (Individbasert PLeie- og OmsorgsStatistikk). "Hjulet" ble til som et samarbeidstiltak mellom Helsedirektoratet og Statistisk Sentralbyrå.

[221] *Rolleavklaring, arbeidsdeling og delegering på det forvaltningsmessige område i forholdet mellom departementet, underordnet sentralorgan og desentral etat (fylkeslegene), herunder muligheter for overføring av oppgaver til kommunesektor*, sluttrapport fra Delprosjektgruppe 2 under Organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning. Sitatet er fra s. 41.

[222] Bærum ble overtannlege i Tannlegekontoret til Evang i 1968 og fortsatte som sådan inntil omorganiseringen i 1983, da han altså ble avdelingsdirektør. Nå satt han imidlertid, litt på sidelinjen, som rådgiver i Helsedirektørens stab. Haugsbø hadde fra starten av sin karriere vært offentlig lege, først distriktslege (1960–), så assisterende fylkeslege (1967–), så assisterende overlege i Helsedirektoratet (1970–) og endelig fylkeslege (1974–2002).

kommunehelsetjenesten, mot Morks ønske.[223] Haugsbø var heller ingen utpreget "morkmann"; derimot stod han Knudsen nær.[224] De to stod derfor ikke på noen kraftfull måte opp mot Knudsen.

Som vi har nevnt, var det en del dragkamp om tilsynsoppgaven både i prosjektlederforumet og i styringsgruppen. For Knudsen, og "bak" ham Norbom, var det viktig at tilsynet ble definert slik at der ikke trengtes et direktorat, eller et sentralt helsetilsyn. Knudsen hadde i løpet av mars og april, som vi har sett, fått mye kritikk for sine tilsynssynspunkter. Vi har også sett at kritikerne ikke vant frem. I et notat i etterkant av dragkampen (8.5.) definerer Knudsen statlig tilsyn "som den funksjon som utøves av statlig helseforvaltning og har som formål å påse at helsetjenesten utbygges og drives i samsvar med gjeldende lover og forskrifter, faglige og etiske prinsipper". For ham er den derfor "i praksis en kontrollfunksjon".[225] Slik definert kan han derfor se på tilsyn som en forvaltningsoppgave og hevde at Statsrådens instruksmyndighet gjelder fullt ut. Han vedgår at det kan skape problem at tilsynsloven av 1984 legger "ansvaret for det overordnede faglige tilsyn med landets helsevesen til Helsedirektoratet". Han skriver:

> *Det kan gi styringsproblemer dersom tilsynsloven tolkes slik at Helsedirektøren har en frittstående faglig tilsynsrolle og kan føre et overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten sidestilt med det overordnede ansvaret som statsråden har.*
>
> *Prosjektgruppa finner det nødvendig å presisere at det overordnede ansvaret for det statlige tilsynet ligger hos statsråden. Helsedirektoratet er et embetsverk. Statsråden utøver sin funksjon og [sitt] ansvar for tilsynet gjennom embetsverket som er etablert til støtte for statsråden som har alminnelig instruksjonsmyndighet overfor forvaltning og embetsverk også i forhold til tilsyn med helsetjenesten.*[226]

Knudsen beholder disse formuleringene i sin endelige rapport, men legger til at den "problemstilling" loven har skapt vil "falle bort" hvis man fjerner direktoratet – også fra tilsynsloven. Da vil "ansvaret i tilsynssammenheng .. følge en direkte linje fra statsråd til departement og fylkeslege".[227]

Knudsen driver det politokratiske syn langt. Han sier at lover og forskrifter er en viktig del av grunnlaget for tilsynsvirksomheten. Å bestemme om noen har fulgt loven, gitt av nasjonalforsamlingen, forståes imidlertid rettsstatlig som en juridisk, altså en faglig, oppgave. Det er noe av grunnlaget for at landet har et politi og et domstolsvesen som skal opptre uavhengig, også av dem som har gitt lovene og av dem som skal forvalte dem, altså statsråden og hans eller hennes forvaltningsapparat. Rettsstatlig sett kan man argumentere for at de som

[223] Opplyst av Leif Arne Heløe i samtale 18.12. 2008. Heløe mente Bærum var den klart beste av ansøkerne. Han var imidlertid også opptatt av at ikke leger helt skulle dominere i ledende stillinger.
[224] Haugsbø spilte en viktig skrivende rolle i delprosjekt to. Det skyldtes at han samarbeidet godt med Knudsen, men også at Knudsen ikke var noen skrivende mann. Knudsen behersket blant annet ikke den nye tekstbehandlingsteknikken. (Opplyst av Kjell Knudsen i intervju med Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen den 12.2. 1993. Vi har fått intervjureferatet av Vetvik i november 2011.)

[225] Notat av Kjell Knudsen av 8.5. Notatet er skrevet som utkast til hans gruppes endelige rapport, punkt 4.2.1. (Departementsarkivet, 612.1., kas. 7.)
[226] Notat av Kjell Knudsen, *op. cit*., punkt 4.2.1.
[227] *Rolleavklaring, arbeidsdeling og delegering på det forvaltningsmeesige området i forholdet mellom departementet, underordnet sentralorgan og desentral etat (fylkeslegene), herunder muligheter for overføring av oppgaver til kommunesektor*, Sluttrapport, Delprosjektgruppe 2, s. 15. (Departementsarkivet, 612.1., kas. 13.)

skal utføre tilsyn, altså drive en slags overvåkning (inspeksjon), "etterforskning" og domsavsigelse, ikke bør kunne instrueres konkret av statsråden eller departementet. Helsedirektoratet hadde i et notat skrevet i mars (udatert) delvis argumentert slik. Det påpekte at det at helsetjenester nå i hovedsak ble ytt av lokale og private institusjoner og enkeltpraktikere, gjorde at det skapte størst grad av rettssikkerhet om et tilsynsselvstendig statlig organ utøvet tilsynet med klinikken.[228] Som vi har nevnt, Mork hadde nå forlatt noe av sitt gamle medikratiske standpunkt og var blitt mer både rettsstatlig og nyttestatlig orientert. Han hadde for så vidt begynt arbeidet med å skape den statlige helseforvaltning som skulle komme etter hans død.

Vi må tilbake til Knudsen. Han har knapt ment at statsråden skulle kunne spille en inspeksjons- og dommerrolle, men han argumenterer på viktige punkter slik at det blir implikasjonen. Hans argumentasjon utnyttes også slik for å begrunne hvorfor man kan klare seg uten et sentralt helsetilsyn, og dermed også for hvorfor direktoratet kan gjøres om til et kompetanseorgan.

Knudsens anbefaling gir altså tydelige premisser for delprosjektgruppe 3s arbeid: Kompetanseoppgaven bør i stor grad spesialiseres og legges til et eget organ, et helseinstitutt. Men som vi har antydet, fulgte ikke Terje Haugli Nilsen og hans folk opp disse premisser (denne "føringen"). De fulgte istedenfor de signaler Nilsen selv hadde gitt i delrapport 1. Ja, i Statskonsult alment var det betydelig irritasjon over Knudsens rapport. Avdelingsdirektør Therese Johnsen, altså Statskonsults prosjektansvarlige person, gav uttrykk for at hun syntes delprosjektgruppe 2 var ledet på en faglig utilfredsstillende måte.[229]

Delprosjektgruppe 3 hadde som hovedoppdrag å klargjøre innholdet i "den sentrale kompetanseforvalter- og rådgivningsfunksjonen" og, med utgangspunkt i denne klargjøring, drøfte hvordan funksjonen burde organiseres. Oppdraget var slik nokså "ahistorisk". Gruppen skulle resonnere "abstrakt", ikke ta utgangspunkt i en analyse av hva som nå fungerte mer eller mindre godt. Den gjorde imidlertid ikke det. Den tok utgangspunkt i en historisk-diagnostisk vurdering, nemlig den vurdering som Nilsen hadde presentert i rapporten fra delprosjekt 1. I et sentralt avsnitt i rapportens innledning presenteres således gruppens "problemoppfatning", en problemoppfatning (diagnose) som gjelder "alt", altså "det vertikale organisasjonsmønsteret" og "det horisontale organisasjonsmønsteret". Om det første konstateres det: "Problemene er først og fremst knyttet til uavklarte ansvarsforhold og dårlige samarbeidsforhold mellom departement og direktorat". Det henvises også til delprosjekt 1s rapport hvor departementets ansvar for problemene betones. Vi kan konstatere at de vertikale problemer er funksjonelle, altså at funksjonelle problemer skaper ytterligere funksjonelle problemer, og at departementet mer enn direktoratet er ansvarlig for dem: Departementets ledelse har vært dårlig. Om det horisontale organisasjonsmønsteret heter det at problemet "først og fremst" er "at organisasjonsstrukturen er for oppstykket": Strukturelle problemer skaper funksjonelle problemer. For så vidt som den horisontale oppstykkingen har fått gro frem, og fått eksistere lenge, kan også det andre problemet sies å være et uttrykk for departemental ledelsessvikt: Departementets ledelse burde for lengst ha gjort noe. Dette sier dog ikke Nilsen & Co. Her er det vi som konstaterer.

[228] Notatet, som er ganske omfattende, ble antagelig skrevet i løpet av mars, og er et innspill til Knudsens arbeid med tilsynsspørsmålet i delprosjekt 2. (Helsetilsynsarkivet, 00320, Omorganisering, kas. 8.)

[229] Therese Johnsen sa dette i intervju med Einar Vetvik 23.3.93. Vi har fått intervjuet av Vetvik i november 2011, og har en kopi av det. Therese Johnsen kom til Statskonsult (R-direktoratet) som konsulent høsten 1982. Hun ble rasjonaliseringsleder i 1985 og avd.direktør i 1986.

Delprosjektgruppe nr. 3 tok altså et annet, og bredere, utgangspunkt enn styringsgruppen hadde forutsatt den skulle. Det var imidlertid vanskelig for den å følge helt opp den almene diagnosen. Da måtte den ha ført videre den foreløpige diagnosen av departementets, og videre direktoratets, måte å lede på og med det som utgangspunkt foreslått ledelsesreformer. Å gå nærmere inn på problemene med Hauges, Norboms og statsrådens, for så vidt også Morks, måte å lede på, ville imidlertid bli både for "opposisjonelt" (overfor oppdragsgiveren) og for mye på siden av det mandat gruppen hadde fått. Gruppens mandat var primært organisatorisk ("anatomisk"), og bare sekundært funksjonelt ("fysiologisk"). Gruppen laget også hovedsakelig en organisatorisk analyse, en analyse som endte i en organisatorisk modell. Men for så vidt som modellen ble et slags forsvar for det organisatoriske status quo, kan man si gruppen sendte den for gruppen viktige "ballen" videre, eller snarere, tilbake: Der bør gjøres noe med ledelsen, altså departementsledelsen. Det vil si, departementsledelsen må gjøre noe med seg selv. Nilsen, og hans gruppe, har dog ikke selv mandat til å peke på hva som bør gjøres. Den må begrense seg til å begrunne hvorfor lite trenger å gjøres med det den, med utgangspunkt i kompetansefunksjonen, er bedt om å foreslå endringer i.

Hvordan brukte så gruppen utredningen av kompetansefunksjonen til å sende "ballen" tilbake, tilbake til Norbom og departementet?

Å omtale funksjonen bare som kompetansefunksjon er utilstrekkelig. Formelt er den derfor omtalt som en forvalter- og rådgivningsfunksjon. Den er således ikke omtalt som en utviklingsfunksjon. Å utvikle kunnskap sees altså av styringsgruppen på som en oppgave som ikke er aktuell å legge til den sentrale helseforvaltning. Helt avviser dog ikke styringsgruppen, og Nilsens gruppe, at også den oppgaven i noen grad kan sees på som en sentral forvaltningsoppgave.

Å tale om å *forvalte kunnskap eller kompetanse* er ikke entydig. Det kan bety å forvalte, altså fatte enkeltvedtak, eller konkrete generelle vedtak; altså styre, lede og administrere *nedover på grunnlag av faglig innsikt.* Men slik sett blir kunnskapsforvaltning bare et annet ord for forvaltning; all forvaltning skal i prinsippet være basert på kunnskap, medisinsk, juridisk, økonomisk osv. Det kan også bety å styre den prekliniske og kliniske virksomhet nokså direkte, gjennom retningslinjer og lignende. Dette er åpenbart ikke noe styringsgruppen eller prosjektgruppen har tenkt på. Dette er, som vi har nevnt før, en måte å styre og lede på som først nå er iferd med å bli aktuell, nemlig gjennom den fremvoksende prosedyremedisinen (EBM). Det er altså naturligere å tolke kunnskapsforvaltning som det å skaffe relevant kunnskap til veie, og å holde kunnskapsnivået i det aktuelle organ ved like. Kunnskapsforvaltningen blir da et grunnlag for *rådgivning*, altså for en stabsfunksjon. Gruppen skriver således at det å forvalte kompetanse er å vite "hvor kompetanse finnes, å bidra til … kompetanseutvikling samt å formidle kunnskap, råd og veiledning til brukerne av funksjonen".[230]

I den grad det organ som skal drive kompetanserådgivning (kunnskapsbasert rådgivning) primært skal gjøre dét, må det bli et stabsorgan. Slik sett kan man si styringsgruppen, ved å bestemme kompetansefunksjonen som en (faglig) rådgivningsfunksjon, hadde lagt premissene for at det gamle helsedirektorat skulle omgjøres til et stabsorgan med kompetanseforvaltning og -rådgivning som hovedoppgave. For så vidt som rådgivning skjer overfor organer som har planleggende, altså politikkutformende, oppgaver, innebar dette også at organet først og fremst skulle være et rådgivningsorgan overfor departementet, altså virke oppstrøms.

[230] Delprosjekt 3s rapport, s. 10. Rapporten finnes i departementets arkiv (612.1.), kas. 13.

Planlegging drives også på lavere nivåer, særlig i fylkeskommuner og kommuner, og organet ville da også kunne spille en rådgivningsrolle nedover i organhierarkiet,[231] delvis via fylkeslegene, men dette måtte bli en sekundær rolle. Nilsens gruppe så for så vidt dette. Dens oppsummerende omtale av hva funksjonen omfatter, samsvarer godt med det vi her har sagt:

> *I den sentrale kompetanseforvalter- og rådgivningsfunksjonen inngår å ha oversikt over hvor kompetanse finnes, å bidra til samordnet kompetanseutvikling, å sørge for at kunnskap som er generert i spisskompetansemiljøer tilflyter funksjonen samt å formidle kunnskap, råd og veildning til brukerne av funksjonen. Prosjektgruppen vil understreke at det dreier seg om et aktivt initierende og dynamisk kompetanseforvalteransvar som også vil omfatte å kartlegge og definere nye kunnskapsbehov.*[232]

I tråd med dette konstaterer gruppen at "departementet bør defineres som en hovedbruker av funksjonen".[233] Når gruppen imidlertid også ser på "den utøvende helsetjeneste" som en "bruker", endog én av flere "hovedbrukere" av funksjonen, fremstår den som uklar: [234] Hvis gruppen med den utøvende helsetjeneste tenker på klinikere og preklinikere vil det i hovedsak være slik at rådgivningen vil gå den annen vei, fra klinikerne og preklinikerne til kompetanseforvalterne. I noen grad vil det dog sitte "utøvende" preklinikere i noen spesialiserte statlige forvaltningsorganer, blant annet SIFF, og de kan gi råd nedover, til lokalt fungerende fagfolk og til publikum. I dette tilfelle vil imidlertid ikke rådgiverne sitte i det kompetanseorgan styringsgruppen eller Nilsens gruppe har i tankene. Nilsens gruppe redegjør imidlertid ikke nærmere for hvordan den tenker seg rådgivningen overfor det utøvende helsevesen skal skje. Dette er et av flere punkter hvor gruppen bemerker noe, uten å ha gått nærmere inn på, og kanskje heller ikke tenkt så meget på, hva dens bemerkning impliserer.

Gruppen forsøker ikke å si hva kunnskap eller kompetanse er, men det er grunn til å tro at den primært tenker på formell kunnskap og kompetanse, altså noe teoretisk-objektivt, men at den også tar med den praktisk-subjektive, erfaringsbaserte kunnskapen. At den også gjør det siste kommer til uttrykk ved at den på ulike vis refererer til fagautoritetene ved de fremste medisinske institusjoner som bærere av den ypperste kunnskap og kompetanse og ikke sondrer tydelig mellom denne, personbårne, kunnskapen og kompetansen og den kunnskap som er gjort helt personuavhengig, og som omtrent på denne tiden begynte å bli kalt evidensbasert.[235] Slik sett kan man si gruppen holder seg innen den fagforståelse som preget og preger det tradisjonelle medikrati. Gruppen viser for så vidt at den er tydelig preget av medikratitenkningen ettersom den ofte taler om faglige *og* juridiske, økonomiske og politiske, hensyn etc. Den godtar altså medisinernes indirekte klassifisering av juridiske og økonomiske overveielser som "ikke-faglige", altså som subjektivt erfaringsbaserte og "politiske".

---

[231] Også denne rådgivningen "nedover" er dog en rådgivning som fungerer "oppstrøms" (oppover) i de lokale plan- og beslutningsprosesser.

[232] Delprosjekt 3s rapport, s. 5. Sitatet er hentet fra sammendraget i rapporten.
[233] *Ibid*., s. 4.
[234] *Ibid*., s. 5 og 19.
[235] Gruppen diskuterer ikke begrepsparet kunnskap og kompetanse. Vi har derfor her og noen andre steder steder talt både om kunnskap og kompetanse. Ettersom kunnskap, særlig fra denne tiden, i medisinen begynte å bli sett på mer og mer som det teoretisk-objektive, ble det nå også mer naturlig å skille mellom kunnskap og kompetanse. Kompetanse blir da den kunnskap fagfolk behersker, og gjennom ferdigheter, kan bruke. I den grad også erfaringsbasert "kunnskap" sees på som kunnskap, blir ikke skillet mellom kunnskap og kompetanse klart: Kompetansen vil da i noen grad også være kunnskap, kan man si.

Istedenfor å starte med å presentere et kunnskapssyn, deler Nilsens gruppe straks kunnskap eller kompetanse i to slag: Bredde- og spisskompetanse. Den karakteriserer den andre først, som ”den mest avanserte kompetansen innen et avgrenset fagfelt”. Den tenker altså på denne kompetansen som spesialisert og forskningsfrontnær. Man kunne føye til at den er konkret og gjennomformalisert. Breddekompetansen omtaler den, halvt tautologisk, som en kompetanse som ”går mer i bredden og på tvers av ulike fagområder”. Den legger illustrerende til at ”Bred tverrfaglig kompetanse er påkrevet når ulike hensyn – politiske, helsefaglige, samfunnsøkonomiske og juridiske – skal veies mot hverandre”.[236] Man kan, prinsipielt si at breddekompetanse kan forståes som en kompetanse (en kunnskap) som går ut på å kunne se mange forhold i sammenheng. Dette kan man gjøre enten ved at man, skjønns- og erfaringsbasert, forsøker å integrere ulike spisse kunnskaper, eller ved at man bruker en teori eller modell som ikke bare aggregerer enkeltkunnskapene, men underordner dem en virkelig integrert (holistisk) modell. Man kan også kalle den siste type modell for økologisk eller systemisk. Til en viss grad kan man omtale økonomikkens ”nyttemodeller” som økologiske. De gjør det, på en teknisk elegant måte, mulig å se medisinsk utbytte i sammenheng med omkostninger; der tales for eksempel om omkostnings-nytteanalyser.

Siden Nilsens gruppe taler om breddekompetanse som radikalt tverrfaglig, hadde det ikke vært unaturlig å konkretisere begrepet breddekompetanse i en slik retning. Det hadde ikke minst det som Nilsens arbeidsgiver, Statskonsult, i mange henseender var nyttestatlighetens fremste pådriver innen statsforvaltningen fra slutten av 1980-årene, og spesielt etter at Christian Hambro hadde overtatt som direktør i 1986. Men Nilsens gruppe tenkte hverken økologisk eller systematisk nyttestatlig. Den tenkte ”usystematisk” nyttestatlig. Den så på det å integrere ulike fagpremisser som en skjønns- og erfaringsbasert, til dels endog tautrekningsbasert (forhandlingsbasert), virksomhet. Den så altså på integrasjonsoppgaven på den måte den var blitt, og fortsatt ble, sett på i direktoratet, men for så vidt også i helseavdelingen. Gruppen gir ikke uttrykk for dette, men nærmest implisitt forutsetter det.

Gruppen hadde fått i oppdrag å se nærmere på fire ulike måter å plassere kompetansefunksjonen på. Én av disse måtene var den nåværende (alternativ B). Gruppens flertall avviste alle de nye alternativene bestemt. Det avviste også alternativ B, men primært fordi det innebar at den nåværende organisatoriske adskillelse av de prekliniske, til dels ”spisse”, oppgaver fikk fortsette. Flertallet ville altså beholde Helsedirektoratet, men som et mindre forvaltningspreget organ, og slå sammen de ”spisse” folkehelseorganene til ett, med avdelinger, ev. mer selvstendige sentre, for miljømedisin, livsstilsmedisin, preklinisk infeksjonsmedisin, overvåkning av helsetilstandens utvikling (behovs- og etterspørselssiden) og helsevesenet(s utvikling) (tilbudssiden) og endelig etiologisk epidemiologi.[237] Mindretallet sluttet seg til flertallets forslag hva angikk folkehelseorganene (den ”horisontale” forvaltningsdimensjon), men ville legge kompetansefunksjonen til departementet, altså slå sammen direktorat og avdeling.

Flertallets forslag, vertikalt nesten et status quo-forslag, innebar at arbeidsdelingsspørsmålet, både oppstrøms og nedstrøms, som hadde plaget de to organer siden 1983, ble ført videre. Flertallets løsningsforslag var å gjøre helseavdelingen til et klarere politisk sekretariat og

[236] *Ibid*., s. 10.

[237] *Ibid*., s. 54. Flertallet ville nesten halvere Helsedirektoratets stab av fast ansatte, men øke antallet deltidstilknyttede. Flertallet ville samtidig saklig styrke direktoratet ved å overføre Forebyggingsenheten (FE) og Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) dit.

direktoratet til et tydeligere helsefaglig rådgivningsorgan. Dette innebar at den skjønnsmessige premissintegrasjon som skulle finne sted i departementet, skulle ha slagside i økonomisk og politisk retning og den som skulle finne sted i direktoratet skulle ha slagside i helsefaglig retning. Men for så vidt som flertallet, som vi har nevnt, betonte at direktoratets rådgivning skulle bygge også på juridisk, økonomisk og annen kompetanse, ja, endog på politiske premisser, kan man si flertallet knapt har gitt noe klart svar på hvordan oppgavefordelingen skal bli, hvis dens forslag taes til følge. Ja, man kan si at flertallet endog forutsetter at der fortsatt vil være en dragkamp, iallfall på oppstrømssiden, for så vidt som det skriver at ”De helsefaglige råd ..” ville bli svekket ”som selvstendig premiss for beslutningstakere både sentralt og lokalt” hvis kompetansefunksjonen ble lagt til departementet.[238] Men også mindretallet forutsetter at dragkampen skal fortsette på oppstrømssiden. Det mener imidlertid at helsefagpremissene vil stå *sterkere* i dragkampen hvis de kommer innenfra og ikke bare nedenfra.

Mindretallets forslag innebærer at det gamle Helsedirektoratet i noen grad gjenopprettes, men uten en helsedirektør i ”dobbeltstilling”. Det peker mot et helsedepartement, der Helsedirektøren gjøres til departementsråd (helseråd). Slik sett innebærer det at helsepolitikken og helseforvaltningen politiseres mer, altså blir mindre helsefaglig, eller ”faglig”, som det heter på ”medikratisk”.

Som vi har påpekt skulle rapportene 1 og 3 (flertallet), Terje Haugli Nilsens rapporter, nesten bli et alternativ til den rapport som skulle komme fra Norbom og styringsgruppen. Til sammen utgjør de et kraftfullt og engasjert forsvar for vesentlige sider ved situasjonen som den var hva gjaldt den vertikale ordning av den statlige helseforvaltning. Den innebar en bastant avvisning av de premisser styringsgruppen arbeidet på, og en indirekte avvisning av tanken om å gjenopprette den gamle, medikratiske ordning (fra før 1983). Gruppe 3s forslag var altså et prinsipielt forsvar for 1983-reformen. De endringer den foreslo var en videreførelse og oppdatering av denne reformen. Oppdateringen reflekterte utviklingen i den nyttestatlige tenkningen, altså en tilpasning til den stadig mer sofistikerte mål- og resultatstyring, en styring som innebar ledelsesprofesjonalisering, eller ledelsesavpolitisering – altså institusjonell fristillelse. Denne tenkningen innebar at direktoratet måtte gjøres til et mer ordinært direktorat, et organ som var helsefaglig rådgivende oppstrøms og generelt iverksettende nedstrøms. At de ulike, spesialiserte folkehelseorganene ble konsentrert, helst i et slags konsern, var også nyttestatlig riktig. Gruppen omtalte ikke de statlige kliniske institusjoner, men det forslag som gruppe 4 presenterte, var en videreførelse av gruppe 3s nyttestatlige tenkning: Institusjonene skulle, gikk gruppens forslag ut på, samles under en konsernledelse. Slik sett kan for så vidt den Statskonsult-pregede rapport nr. 4 sees på som en del av den helhet Nilsens rapporter tegnet. Vi skal komme tilbake til det.

Nilsen og Statskonsult ønsket altså alment den nye nyttestatlighet velkommen. Men Nilsen og Statskonsult var også, som vi har påpekt flere ganger, politiske ”korporativister”. Offentlig politikk skulle derfor for dem ikke bli til hverken helt parlamentarisk-demokratisk eller helt nyttestatlig. Den skulle bli til også gjennom medvirkning fra de mest umiddelbart berørte parter. I dette tilfelle var det forvaltningsorganene og deres ansatte, med en slags unntagelse for departementet og dets ledelse, de primære reformeringssubjekter. De siste ville at hele reformarbeidet skulle sees på som politisk, og dermed i stor grad unndraes korporativ behandling. De ville, som vi har sett, at utredningen skulle ta et ahistorisk og abstrakt

[238] *Ibid*., s. 45.

utgangspunkt. Nilsen og hans konsulentkolleger var uenig i dette, og tok konsekvensen av det. Nilsen hadde, gjennom delprosjekt nr. 1 sett at svært mange av de berørte parter var skeptiske til departementets måte å lede på. Det var derfor han sa at de "vertikale" problemer var et ledelsesproblem, altså et Norbom-, men særlig et Hauge-problem. Hvis det var et Mork-problem, og det mente han for så vidt det også var, måtte det være et problem videre nedover i linjen. Men da kunne jo Mork-problemet i noen grad være en konsekvens av Norbom- og Hauge-problemene.

Nilsen, og hans gruppe, arbeidet korporativt. De fikk opprettet en rådgivende gruppe, også kalt referansegruppe, bestående av representanter for fylkeslegene, direktoratsledelsen (Anne Alvik), avdelingsledelsen og ledelsen ved folkehelseinstitusjonene. Den samarbeidet de, men spesielt Nilsen selv, aktivt med. I tillegg hadde gruppen, men igjen særlig Nilsen, "åpne linjer til medlemmer i referansegruppen".[239] Gruppen benyttet også, som en slags ekstra (fag)rådgivere, fylkeshelsesjef i Hedmark fylkeskommune, Werner Christie (f. 1949), kontorsjef (jurist) hos fylkeslegen i Hedmark, Øystein Ruud (f. 1944) og to avdelingsdirektører og en konsulent i Statskonsult. Vi har ikke fått et tydelig bilde av hvilken rolle dette korporative, og faglige, innslaget spilte, men det har nok mer virket til å styrke det bestående enn til å gi premisser for endring. Flere av de "berørte parter", blant annet Helsedirektoratet, sendte utførlige kommentarer til utkastet til innstilling fra Nilsens gruppe.

Da det ble åpen debatt om styringsgruppens innstilling etter at innstillingen kom tidlig på høsten 1991, henviste således Mork gjerne, og med tilslutning, til forslaget fra Nilsen og hans gruppe. Vi skal komme tilbake til det. Det kan også være grunn til å peke på at Nilsen lot gruppen fungere som et mer tradisjonelt utredningsutvalg. Alles meninger skulle slik frem. Han la ikke, som Knudsen i gruppe 2, frem sitt eget forslag, men lot uenigheten i gruppen komme frem i form av et flertalls- og et mindretallsforslag. Nilsen fikk med seg fire andre i gruppen, to konsulenter samt avdelingsoverlege Erik Dybing (f. 1943), SIFF, og kontorsjef Finn Aasheim (1946-2008), Helsedirektoratet. Konsulentene fulgte selvsagt gruppelederen. Like selvsagt var det at Aasheim gjorde det. Han var en ivrig fagforeningsmann (NTL) og direktoratsforsvarer. Ja, Aasheim var fra starten av den tydelige og kraftfulle talsmann for en viderføring, med oppdateringer, av det vertikale "status quo". Nilsen kjente for øvrig Aasheim fra sitt tidligere arbeid i direktoratet og var godt fornøyd med å få ham med i gruppen.[240]

Nilsen var lenge forsiktigere med å markere sitt standpunkt; han ville ha en mest mulig åpen meningsutveksling.[241] Allikevel visste han hvor han stod, som Statskonsult-mann. Han hadde jo også vist det gjennom rapport nr. 1. Dybing hadde ikke så sterke interesser i saken, men valgte altså å følge Nilsen og Aasheim. Mindretallet bestod av spesiallege Hans Ånstad fra departementet og fylkeslege Anne Berit Gunbjørud (Buskerud). Ånstad var, som vi viste i bind 1, en "flyktning" fra direktoratet. Han hadde et anstrengt forhold til Mork, men var, som lege, opptatt av at de medisinske premisser skulle få større tyngde i politikkutformingen. Skulle det skje, måtte han få flere kolleger i departementet. Det ville han få hvis kompetansefunksjonen ble lagt dit. For ham passet derfor Norboms ønske om å samle mer makt i departementet, godt. Gunbjørud tilhørte de, ikke så få, fylkesleger som ikke var helt fornøyd med måten Mork brukte fylkeslegeetaten på, og som derfor hadde etablert en viss direkte kontakt med helseavdelingen. Også for henne kunne derfor en medisinsk styrking av

[239] *Ibid*., s. 4.
[240] Opplyst av Terje Haugli Nilsen i samtale med Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen den 5.2. 1993. (Intervjureferatet, som vi har fått se, finnes i Vetviks arkiv.)
[241] Opplyst av Hans Ånstad, i samtale 30.06. 2011.

helseavdelingen være nyttig. Slik ble hun imidlertid, kan vi legge til, én av dem som personlig skuffet Mork. Sett fra Norboms side, var ikke mindretallets forslag bare velkomment. Det var for radikalt, ja, for "norbomsk". Hvis også kompetansefunksjonen ble lagt til departementet, var det intet igjen til "restdirektoratet". For Norbom & Co. hadde det de kalte kompetansefunksjonen fått slik betydning nettopp fordi den var et middel til å få direktoratet ut av linjen. For de øverste reformatorer var slik sett delprosjekt nr. 3, sammen med delprosjekt nr. 1, stort sett bare til potensiell skade for styringsgruppen. Det reduserte ikke den potensielle skaden at rapportene fra disse prosjektene både var de mest helhetlige og de grundigste – og fant en viss gjenklang i styringsgruppen, nemlig hos Hambro og Grøholt.

Deprosjekt 4 gjaldt altså den overordnede styring av statssykehusene og de helsefaglige institusjoner. Ut fra en tydelig nytteorientert organisasjonsfilosofi anbefaler delprosjektgruppen at statssykehusene styres samlet, som et konsern, med en konsernstab og et konsernstyre, "forutsatt at de forutsetninger vi skisserer blir akseptert og slått fast". Forutsetningene er at departementet opptrer strategisk, baserer seg "på rammer og mål og resultatkrav", og ellers lar sykehusene få "stor faglig og administrativ frihet i den løpende driften".[242] Gruppen krever altså at styringen av sykehusene avpolitiseres, eller, som det også sies, profesjonaliseres. Slik sett foregriper delprosjektgruppen den filosofi som legges til grunn ved sykehusreformen av 2001-02. Men gruppen er også realistisk, og viser at den forstår at avpolitisering er vanskelig, ikke minst hva gjelder sykehusstyring. Den bemerker derfor at "Dersom departementet velger eller ønsker å ha muligheter til stadige innslag av politiske eller departementale inngrep i styringen, bør styringsfunksjonen legges inn i departementet". Gruppen advarer altså mot politisering, men konstaterer at den er vanskelig å unngå. Det har jo også vist seg etter 2002.

Gruppen vil ikke legge de andre institusjonene under det sykehusstyret det foreslår. De virker i stor grad "preklinisk" (folkehelsepolitisk), har i liten grad utførende institusjoner under seg og er derfor mindre gjenstand for politisering. De er imidlertid fagtunge institusjoner og bør derfor ledes på en profesjonell, det vil si fagstrategisk måte. Gruppen mener derfor disse institusjonene, i større eller mindre grad sammenslått eller ei, bør ledes av kompetanseorganet. Gruppen slutter seg på den måten, indirekte, til delprosjektgruppe 3: Kompetanseorganet kan ikke bare være et rådgivningsorgan, det må også være et "nedstrømsorgan". Det må i stor grad være det gamle helsedirektorat.

Delprosjektgruppe 4 gikk altså, som delprosjektgruppe 3, inn for at der burde være et sjikt av strategisk styrte, politisk skjermede, målstyrende organer, i dette tilfelle et sykehuskonsernstyre og et direktorat, mellom det politiske departement og de fagutøvende helseinstitusjoner.

Delprosjektgruppe 4 fungerte nesten som en statskonsultgruppe. I tillegg til lederen, Knut Klepsvik, kom to av de andre medlemmene fra Statskonsult. Forøvrig deltok én mann fra Sosialdepartementet og én fra Finansdepartementet; kfr. tabell 3.2. De to sistnevntes rolle ble først og fremst muntlig. Klepsvik drev arbeidet fremover, med bistand fra sine konsulentkolleger. Tidspresset – gruppen ble først etablert i begynnelsen av mars – og i noen grad oppdraget, gjorde at prosjektet ble drevet fremover med bare moderat korporativ medvirkning: Prosjektdeltagerne hadde samtaler med ledelsen ved tre av sykehusene, Rikshospitalet, Det norske radiumhospital og Statens senter for epilepsi, to av

[242] *Overordnet styring av statssykehusene og de helsefaglige institusjonene,* Rapport fra delprosjektgruppe 4, s. 45 (første sitat) og 44 (annet sitat). Det neste sitat er fra s. 45.

folkehelseinstitusjonene, SIFF og SHUS, samt ved de tre styringsenhetene helseavdelingen og statssykehuskontoret i departementet og administrasjonsavdelingen i direktoratet. Et utkast til rapport ble dessuten sendt disse lederne til uttalelse. Klepsviks gruppe brukte ellers en del av materialet fra delprosjekt 1, i tillegg til at den hadde ulike former for kontakt med det den omtaler som ”ressurspersoner”, til sammen 12. Rapporten fra gruppen fremstår som en rapport fra Statskonsult.

Rapporten fra delprosjektgruppe 4 er altså godt tilpasset delprosjektgruppe 3s rapport. Den er utpreget nyttestatlig orientert, men tonen i den er, hva det diagnostiske angår, mindre utfordrende enn hva tilfellet er med de to rapporter Terje Haugli Nilsen hadde hovedansvaret for (1 og 3). Vi konstaterer ellers at Klepsvik-rapporten konsulentfaglig er god: Analysen og diskusjonene er bygget opp på en klar måte og preget av presis poengtering.

Vi har sett at de fire første delprosjektene kan sies å representere to strategier for forvaltningsreform, men spesielt hva den vertikale organiseringen angår. Delprosjektene 1B og 2 representerer en parlamentarisk-demokratisk og styringssentraliserende (”politokratisk”) strategi. De impliserer at der blir to nivåer sentralt; altså at direktoratet fjernes eller iallfall taes ut av linjen. Delprosjektene 1, 3 og delvis 4 representerer en korporativ og mer fristillende (klarere ”nyttestatlig”) strategi. De impliserer at der forblir tre nivåer sentralt og at direktoratet, fra nivå to, er den samordnende instans overfor det brede sentrale nivå og overfor den lokale statsforvaltning (fylkeslegene), dog ikke for statssykehusene.

Delprosjektene 5 og 6, ledet av fylkeslegene Hans Petter Schjønsby (f. 1936), Hedmark, og Paul Hellandsvik (f. 1948), Sør-Trøndelag, gjelder det eksisterende nivå tre, altså det såkalte horisontale organisasjonsmønsteret, men ikke statssykehusene. Schjønsby så på ”virksomheter av tjenesteytende og forvaltningsmessig karakter”, Hellandsvik på de medisinske registre. Schjønsby mener imidlertid hans utredning naturlig omfatter også registrene, og tar dem antydningsvis med i sitt forslag til ny modell for det eksisterende nivå tre.

Schjønsbys og Hellandsviks rapporter står på ett vis mer på egne ben enn ”statskonsultrapportene”. De står på de to fylkeslegenes ben. De gjør det for så vidt som de to fylkesleger i praksis utarbeidet rapportene på egen hånd og på egne vegne. Det korporative element var formelt borte. Hellandsvik hadde to formelt utpekte rådgivere han konsulterte, nemlig avdelingsoverlege, professor Leiv Bakketeig (f. 1938) og overlege Per Magnus (f. 1951), begge ved SIFF. I tillegg spilte professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Tromsø, ”nyttemannen” Olav Helge Førde (f. 1946), en uformell, men viktig rådgivende rolle.[243] Schjønsby fikk opprinnelig med seg to medutredere, én fra direktoratet, fagsjef Jon Hilmar Iversen (f. 1949), og én fra SIFF, overlege Ivar Ørstavik (f. 1935). De kom dog til å spille en underordnet rolle; tiden tillot ikke noe annet. I den grad korporative premisser spilte noen rolle i disse delprosjektene, gjorde de det først og fremst gjennom de møter de to prosjektledere hadde med de berørte institusjoner.

Men om rapportene Schjønsby og Hellandsvik skrev i utpreget grad var deres, reflekterte de også tidsånden, i første rekke tidens måte å forstå nyttestatligheten på. For dem begge var virksomhetsplanlegging, mål- og resultatstyring og fristillelse viktige stikkord, stikkord som fra slutten av 1980-årene tillike var blitt pålegg for dem. ”Jeg ble nok revet med av den

[243] Opplyst av Hellandsvik i samtale 19.7. 2011.

tenkningen", konstaterer Schjønsby i dag.[244] Hellandsvik bekrefter at det samme skjedde med ham.[245] Men for så vidt som de to delprosjektledere tydelig tok utgangspunkt i nyttestatstenkningen, blir deres rapporter mer en støtte til Nilsen-delen enn til Knudsen-delen av delprosjektene. Slik sett bidrar de to rapporter til å befeste inntrykket av at delprosjektene har vært Statskonsults bidrag til organisasjonsgjennomgåelsen.

Schjønsby foreslår å integrere alle de institusjoner han ser på i én institusjon, kalt et "Nasjonalt helseinstitutt (NHI)".[246] Dette institutt skal ikke bare være en samling av de institusjoner historiens tilfeldigheter har ført til, men en funksjonsbasert, ny organisasjon. Han taler om "folkehelsefunksjoner", det vil si funksjoner knyttet til "risikofaktorer i det ytre og indre miljø" og om "helsetjenestefunksjoner", nemlig funksjoner knyttet til epidemiologisk overvåkning (m.m., altså behovs- og etterspørselssiden), vurdering av virkningene av helsetjenestens virksomhet (helsetjenesteforskning), statistikk/informatikk (som vel skal gi metodegrunnlaget for de andre funksjoner?) og helsefremmende og forebyggende arbeid (det praktiske arbeid basert på "folkehelsefunksjonene"?).[247]

Schjønsby vil, på tydelig nyttestatlig vis, organisere det nye instituttet som et konsern, men tenker seg at konsernets indre ledelse er "myk", altså ikke altfor mål- og resultatstyrende. Det siste er hans lille konsesjon til historien og til den både personlige og (i de fleste tilfeller) medikratiske autonomibevissthet institusjonene preges av. Han så at noen fikk det godt til nettopp fordi de var uavhengige og hadde sterke ledere, men også at uavhengigheten og den "ledsagende" idiosynkratiske ledelse først og fremst var et problem. Han mener videre at det konsernpregede helseinstitutt han foreslår, bør være organisert under det kombinerte kompetanse- og forvaltningsorgan, altså Helsedirektoratet. Som nyttestatsmann mente han det var lettere å styre konsernaktig med et faglig preget enn med et politisk preget organ som umiddelbar oppdragsgiver.[248]

Hellandsvik drøfter en rekke modeller for organisering av de epidemiologiske registre, men foreslår ikke selv hvilken av modellene som bør velges. Han avstår fra å gjøre det fordi det ville kunne skape problemer for arbeidet for det allerede fungerende personvernutvalget (Boe-utvalget), et utvalg hvor for øvrig Hellandsvik også satt.[249] Hellandsvik tar utgangspunkt i en utredning av registrenes situasjon som ble gjennomført i årene 1984-85 og som konkluderte

[244] Opplyst av Schjønsby i samtale 7.7. 2011.
[245] Samtale 19.7. 2011.

[246] *Gjennomgang av virksomheter av tjenesteytende og forvaltningsmessig karakter m.v.* Delprosjekt nr. 5, Sluttrapport, 23. mai 1991, s. 22. Rapporten finnes i departementets arkiv (612.1.), kas. 14.
[247] *Ibid.*
[248] Vi har i dette avsnitt empirisk basert oss på samtale med Hans Petter Schjønsby 7.7. 2011, og på det dokumentariske materiale som finnes i departementsarkivet.
[249] Utvalget, ledet av jusprofessor Erik Boe (Universitetet i Oslo), skulle utrede spørsmål knyttet til bruken av personopplysninger innsamlet i helsevesenet. Utvalget ble nedsatt høsten 1989, etter at Stortingets sosialkomite, i forbindelse med behandlingen av Nasjonal helseplan (St.meld. nr. 41 (1987–88), hadde bedt om det. Komiteen uttalte (Innstilling S. nr. 120 (1988–89)) at "dersom personvernhensyn eller andre forhold er til hinder for å sammenstille opplysninger på måter som bidrar med verdifull informasjon til helsemyndigheten, ber komitéen departementet utrede dette nærmere slik at Stortinget kan vurdere om det er grunnlag for å justere lovverket". Boe-utvalget kom med sin innstilling to år etter at Hellandsvik leverte sin innstilling, altså i 1993; kfr. NOU 1993: 22 Pseudonyme helseregistre. Flertallet i utvalget, formannen innbefattet, foreslo altså at der skulle opprettes pseudonyme registre, av hensyn til pasientsikkerheten. Flertallet lot slik rettsstatlige, og i prinsippet også tradisjonelt medikratiske, hensyn gå foran nyttestatlige. Vi skal senere se at regjeringen ikke fulgte flertallet, men lot nyttestatlige hensyn få større innflytelse.

med at alle epidemiologiske registre på lengre sikt burde slåes sammen.[250] Utredningens leder var avdelingsdirektør for avdeling for miljørettet helsevern i direktoratet, SIFF-direktør fra 1957 til han i 1984 gikk til Helsedirektoratet, Christian Lerche (1917-2008). Forslagene fra 1985 ble ikke gjennomført, særlig på grunn av motstand fra de mer uavhengige registrene.[251] Hellandsvik konstaterer at denne motstanden fortsatt var der, selv om registrene i og for seg representerte mer avgrensede nytteorienterte tiltak. De fungerte imidlertid ennå som små, personlig pregede medikratier, mer knyttet til sine nærstående kliniske og forskningsmessig spesialiserte miljøer, enn til styrings- og forvaltningsorganene. Spesielt var dette tilfelle for det radiumhospitaltilknyttede Kreftregisteret, med Frøydis Langmark som leder: Etter den medikratiske tradisjon sprang slik datainnsamling ut av klinikken.[252]

Delprosjektlederen legger imidlertid ikke skjul på at han var der 1985-utredningen hadde vært: Der bør skje en integrasjon av registrene, og på lengre sikt en fullstendig integrasjon. Ja, egentlig bør de alle sammen integreres i et sentralt sykdoms- og skaderegister (SGR) (for somatiske sykehus). Denne ideen, som representerte den nye, generelle nyttepregede form for medikratitekning, ble lansert midt i 1980-årene, men altså ikke fulgt opp, blant annet av personvernhensyn – hensyn som var skarpt målbåret av Datatilsynet. Forslaget hadde innebåret at der skulle brukes personnummer.

På nyttestatlig vis bemerker Hellandsvik at ”en bredere registreringsaktivitet” ville gi ”større muligheter for å bruke data til evaluerings-, oppfølgings- og planleggingsformål”.[253] Selv om staten nå var iferd med å bli også en nyttestat, og selv om direktoratet innførte virksomhetsplanlegging før det formelt måtte gjøre det, altså innen 1990, fulgte hverken det eller departementet opp registrene på noen aktiv nyttestatlig måte. Som vi skal komme tilbake til, hadde direktoratet ennå langt fra tatt nyttestatlighetens mange implikasjoner skikkelig inn over seg. Den unge og ferske fylkeslege (fra 1988), Paul Hellandsvik, hadde i større grad gjort det, men kunne konstatere at de overordnede myndigheter, altså direktorat og departement, var ”en taus motpart” for registrene. Indirekte gav de slik ”registerpartikularismen” gode vekstvilkår.

For de frittstående registrene var forvaltningens distanserthet både en fordel og en ulempe. Den var en fordel fordi den gav dem faglig og operativ frihet. Den var en ulempe fordi den gjorde at det var vanskelig for dem å nå frem i budsjettkonkurransen. De så fordelene som større enn ulempene. At de fikk utredningsmessig oppmerksomhet var derfor for dem mer en trussel enn en mulighet. Hellandsvik forsøker nå å vise dem at de bør legge mer vekt på

[250] Utredningen var et ledd i en lengre ”utredningsstafett”. I årene 1976 til 1978 opprettet Helsedirektoratet tre arbeidsgrupper for å se på henholdsvis faglig-tekniske, administrative og databehandlingsmessige spørsmål knyttet til de medisinske registre. Arbeidet i disse gruppene førte til de såkalte USEI-rapporter: *Utredning vedrørende samarbeid mellom sentrale epidemiologiske institutter*. Rapportene resulterte i nesten ingen ting. Hellandsviks utredning representerer altså tredje (men ikke siste) etappe i utredningsstafetten for registrene.
[251] De mer frittstående epidemiologiske registrene er Kreftregisteret (1952), Tuberkuloseregisteret (1962, ved Statens helseundersøkelser) og, av historiske grunner, Medisinsk fødselsregister (etablert ved Universitetet i Bergen i 1967, og hadde fortsatt en tilknytning til dette universitetet, men var nå forvaltet av SIFF). Delprosjekt 6 omfattet ellers Meldesystemet for infeksjonssykdommer (1977), SYSBARN, et elektronisk registreringssystem for helsestasjonenes barneomsorg (inkl. vaksinasjon: SYSVAK) (1982, begynte i Oslo og Hedmark, er siden utvidet, og dekket i 1991 ca. 40 prosent av landet) og Skaderegisteret (1985). Vi omtaler registerpolitikken nærmere når vi senere drøfter forvaltningens oppgaver; i dette tilfelle helsefaglig overvåkning.
[252] Også to andre registre var svært preget av en slags personlig eierskap, Tuberkuloseregisteret, under Kjell Bjartveit og Fødselsregisteret (Bergen) under Lorentz Irgens (f. 1942).
[253] *Gjennomgang av de epidemiologiske registre i den statlige helseforvaltning*, Delprosjekt nr. 6, Sluttrapport, 30. mai, 1991, s. 32. Rapporten finnes i departementets arkiv (612.1.), kas. 14.

mulighetene. Nærmest på vegne av den "helsenyttestaten" han selv nå identifiserer seg med, skriver han, både beroligende og belærende:

> *Det er også viktig å formidle til miljøene i og rundt registrene at den "styringsiver" som de nå kanskje oppfatter fra statens side, ikke knytter seg til faglig og driftsmessig detaljstyring, men til en strategisk styring etter prinsipper for målstyring og resultatoppfølging.*[254]

Vi må føye til at Hellandsvik ei var en helt ureservert nyttetstatsmann. I Boe-utvalget var han med på å foreslå pseudonyme registre – iallfall av rettsstatlige grunner, men kanskje også av tradisjonelle medikratiske.[255]

♦

Delprosjektprosessen var i prinsippet styrt av styringsgruppen. Siden styringsgruppen ikke ville, og kunne, integrere delprosjektprosessen i dens egen prosess, men betonet dens uavhengighet, er det ikke så overraskende at delprosjektprosessen kom ut av "styring". Det vil si, den kom under en ikke ubetydelig grad av styring, men av "andre", av Statskonsults folk, og først og fremst av Statskonsults energiske spesialrådgiver Terje Haugli Nilsen. Han styrte den, som vi har sett, i opposisjonell retning. Han fikk ikke Kjell Knudsen i delprosjekt 2 med seg, men resten (delprosjektene 3-6) fikk han, mer eller mindre tydelig, med seg. Slik førte styringsgruppens gradvis ekspanderende engasjering av Statskonsult ikke bare til at organisasjonsgjennomgåelsen ble "åpnet" noe, men også til at neste "rundes" åpne dragkamp ble foregrepet. I denne omgang "tapte" Nilsen og hans statskonsulentlige kolleger for styringsgruppen, og dens mann, Knudsen. Det var derfor naturlig at Statskonsult ikke fikk det som selskapet ville når det gjaldt seminaret med de ulike "berørte parter" i juni.

Statskonsult ønsket at juniseminaret skulle være et *kombinert* informasjons- og høringsseminar. Delprosjektlederne skulle, mente Statskonsult, informere om sine utredninger og forslag og så åpne for en umiddelbar diskusjon om forslagene.[256] Siden begge "sider" var representert i delprosjektene, kunne denne første diskusjonen bli en viktig start på den helt åpne meningsutveksling og korporative prosess som skulle følge til høsten. Statskonsult kan ha tenkt enda mer strategisk. En diskusjon på seminaret ville naturlig først og fremst bli en diskusjon om Statskonsults forslag, og dermed kanskje også en slags mobilisering mot styringsgruppens forslag, *før* det forelå. Men dette kunne altså ikke Norbom og Mauritzen gå med på. De henviste til at deltagerne ikke hadde fått nok tid, og ikke lik nok tid, til å forberede seg på en "umiddelbar" høring. Men for dem var det nok viktigere at de fulgte den linje de hadde fulgt siden starten av Norbom II-prosessen. De berørte parter skulle informeres om det det kunne informeres om, men også få adgang til å stille spørsmål og gi kommentarer. Informasjonsprosessen kunne imidlertid ikke få en slik utforming at den gjorde de berørte parter til medoppdragsgivere. Der var, for de to herrer, bare én oppdragsgiver, statsråden. Seminaret skulle være siste ledd i den noe lukkede informasjonsprosessen, ikke første ledd i den åpne dragkampen om saken. Det var nå desto mer viktig som Nilsen & Co. allerede hadde gitt delprosjektene et så, for Norbom og Mauritzen, utfordrende innhold.

---

[254] *Gjennomgang av de epidemiologiske registre i den statlige helseforvaltning*, Delprosjekt nr. 6, Sluttrapport, 30. mai, 1991, s. 32. Rapporten finnes i departementets arkiv (612.1.), kas. 14.

[255] Man kan si at ut fra rettsstatlige prinsipper så defineres pasienters interesser også subjektivt; pasientene er kunder. Ut fra tradisjonelle medikratiske prinsipper defineres pasientens interesser bare objektivt, men hvor objektivt også refererer til legens skjønnsmessige vurderinger; pasientene er "pasienter".

[256] Kfr. Vetvik og Jacobsen, *op. cit.*, s. 45.

Informasjonsseminaret i juni 1991 og noen ettervirkninger

Informasjonsseminaret ble holdt i plenumssalen i Pløens gate 8 og varte fra kl. 9 til kl. 15.30. Hvor mange som var tilstede er usikkert fordi det var en del som ble av- og påmeldt helt til det siste og fordi noen kom og noen gikk under seminaret. Usikkerheten gjelder dog bare de tillitsvalgte. Etter å ha gått igjennom mange deltagerlister og papirer knyttet til dem, er vi kommet til at der til sammen var 106 tilstede på seminaret; kfr. tabell 3.4. Av disse tilhørte 20 den informerende siden og altså 86 den informasjonsmottagende siden. Blant de siste representerte 18 ledelsen ved de berørte institusjoner og 68 de ansattes organisasjoner ved disse institusjoner.

Tabell 3.4: Antall deltagere på informasjonsseminaret om delprosjektrapportene 10.6. 1991

Styringsgruppen/sekretariatet	7	20
Delprosjektene	12	
Statskonsults prosjektledelse	1	
Institusjonsledere	18	18
Repr. for hovedsammenslutningene	3	68
Referansegruppen	18	
Hovedtillitsvalgte, de berørte instit.er	47	
Tilsammen	106	106

Kilde: Foreløpig liste over deltakere på seminaret 10. juni, datert 8.6., og kopier av denne liste med senere tilføyelser og strykninger. (Departementets arkiv, 612.1., kas. 7)

Fra den informerende siden var styringsgruppen fulltallig tilstede. Alle delprosjektledere var tilstede, men ikke alle delprosjektmedarbeidere. De tre fra hovedsammenslutningene representerte, som de skulle, Kartellet (LO), AF og YS-Stat. Alle institusjonene som var berørt av delprosjektprosessen var representert, stort sett med sine øverste ledere. De tre viktigste ledere – Harald Hauge, helseavdelingen, Torbjørn Mork, Helsedirektoratet, og Bodolf Hareide, SIFF – var imidlertid ikke tilstede; de var opptatt annetsteds. For helseavdelingen møtte underdirektørene Gerd Vandeskog (f. 1942) og Kari Holst (f. 1943), for direktoratet assisterende helsedirektør Anne Alvik og for SIFF avdelingsoverlege Ivar Ørstavik og avdelingssjef Rolf Hansen (f. 1931). Statssykehusene, som ikke var direkte berørt av utredningsarbeidet, var ikke representert på møtet. Alle de berørte institusjoner var representert med hovedtillitsvalgte.

Programmet var tett; det måtte være det når seks prosjekter skulle presenteres og diskuteres i løpet av en vanlig arbeidsdag. Seminaret åpnet med en ti minutters innledning ved Mauritzen og en like lang orientering ved Norbom. Mauritzen åpnet med å si at ”Utgangspunktet for organiseringen av arbeidet (med organisasjonsgjennomgåelsen) var dels et ganske omfattende mandat, dels en forholdsvis kort frist, dels et sterkt ønske om å involvere de institusjoner som gjennomgangen omfattet”. Han redegjorde så kort for forutsetningene for gjennomgåelsen – som et desentralisert helsevesen, øket vekt på forebyggelse og det som på denne tiden av og til ble omtalt som ”hermanisering” (av staten) (oppfølging av Hermansen-utvalgets innstilling). Videre redegjorde han kort for delprosjektene, og sa at deltagerne i dem hadde

gjort ”en imponerende innsats, tiden tatt i betraktning”. Han avsluttet med å si at ”styringsruppen ikke har tatt standpunkt til rapportene”, men at ”De utgjør et underlag, for øvrig sammen med materiale som er og vil bli fremskaffet på annen måte”.[257]

Ved å understreke at styringsgruppen bare så på delprosjektrapportene som noe av det materiale styringsgruppen tok utgangspunkt i, distanserte han seg i praksis, på styringsgruppens vegne, noe fra delprosjektrapportene. Samtidig tonet han ned betydningen av det seminaret som nå skulle starte. Han bekreftet imidlertid bare det som lenge hadde vært forholdet, og som Statskonsults folk hadde skjønt: Delprosjektene var blitt en prosess på siden av den egentlige Norbom II-prosessen. Mauritzen var bare saklig. Norbom var noe mer uformell. Han la ”emosjonelle” vendinger inn i sin redegjørelse. Han begynte med å si at det var ”hyggelig å se at oppslutningen er så stor”, omtalte delprosjektfolkenes innsats som ”fremragende” og sa at han så frem til å ”lytte til syn og kommentarer fra dere som kommer fra institusjonene og organisasjonene”. Men også han understreket at seminaret var et informasjonsseminar, selv om styringsgruppen altså også ønsket kommentarer, ikke bare spørsmål. Han påpekte også at seminaret var delprosjektenes ikke styringsgruppens: ”Vi er her som seminarmedlemmer for som dere å spørre om ytterligere klargjøring fra forfatterne…”[258] Stort klarere kunne han ikke poengtere sin og styringsgruppens uavhengighet av delprosjektene. Stort klarere kunne han heller ikke si at delprosjektprosessen var en sideprosess.

Etter å ha presentert styringsgruppens medlemmer for forsamlingen, gav Norbom ordet til møtelederen, Christian Hambro. Hambro gav det straks videre til første delprosjektleder, Kjell Knudsen (2). Så fikk de andre delprosjektledere etter tur ordet, bare avbrutt av en kaffepause fra 1015 til 1030 og en lunchpause fra 1245 til 1345. Delprosjektene 2, 3 og 5 ble presentert og kommentert før lunch, med ca. en time på hvert delprosjekt. Etter lunch ble prosjektene 4 og 6 presentert og kommentert; nr. 4 fikk tre kvarter og nr. 6 en halv time. Presentasjonene var ferdige kl. 15.

Møtet forløp saklig og greit. Deltagelsen fra seminardeltagerne var beskjeden og uten spesielt engasjement. Styringsgruppens medlemmer hørte på. Norbom avrundet dagen med en kort oppsummering og med å si litt om ”Det videre arbeid i styringsgruppen m.v.”. Seminaret gav Norbom og hans gruppe ”få gode ideer”.[259] Etter seminaret spaserte Styringsgruppens medlemmer, de sekretariatsengasjerte, lederne og medlemmene i delprosjektgruppene og rådgiverne (Statskonsult) opp de par-tre kvartalene til kantinen i Møllergaten, for å markere delprosjektprosessens endelige avslutning med en sosial sammenkomst. Der ble det tatt farvel med Statskonsults folk. Det vil si, Statskonsult bidro med et notat til. Det gjaldt presentasjonen av styringsgruppens innstilling og det videre arbeid med innstillingen. Vi skal komme tilbake til dette notatet. Ellers spilte jo Statskonsult en indirekte rolle ved at Terje Haugli Nilsen nå var knyttet til Sekretariatet som innleid skrivekarl. Mannen som hadde representert ”opposisjonen” i utredningsarbeidet så langt, ble fra 1. juni ”kooptert” av styringsgruppen – og nå for å skrive med påholden penn, til innstillingen var ferdig. Han gjorde det med permisjon fra Statskonsult, og ble altså lønnet av departementet for den aktuelle tiden.

[257] Thomas Mauritzen, *Innledning på informasjonsseminaret 10. juni 1991*, s. 1 og 3. (Departementsarkivet, 612.1, kas. 7.)
[258] Jon Ola Norbom, *Departementsrådens åpning – forslag til momenter*. Innlegget var maskinskrevet, datert 8.6., men Norbom hadde siden gjort håndskrevne tilføyelser. Sitatet om ”medlemmer” er fra en slik tilføyelse. (Departementsarkivet, 612.1, kas. 7.)
[259] Dette er Norboms vurdering i dag. (Samtale med Norbom 18.7.11.)

Statssykehusene var ikke representert på seminaret 10. juni. Fire dager senere, den 14. juni, ble det istedenfor holdt et mindre seminar for representanter for statssykehusene. Her ble tankene i delprosjektrapport nr. 4, som gjaldt styringen av sykehusene, presentert og diskutert. Mot slutten av møtet ble det også orientert kort om arbeidet med "Det nye rikshospital".

Med seminaret, eller seminarene, unnagjort, kunne styringsgruppen gå inn i den konkluderende fase. Det vil si, gruppens medlemmer hadde jo, som vi har sett, tenkt konkluderende fra første stund. Lenge hadde den imidlertid "lekt" med mange ideer og mange modeller. Den egentlige konklusjonsfase begynte i forlengelsen av institusjonsbesøkene, altså i siste uke av april. Da møtte styringsgruppen de tre "tunge" institusjoner, helseavdelingen, Helsedirektoratet og SIFF. Men også møtene med de mindre institusjoner i løpet av mars og de første dagene av april, var av betydning for styringsgruppen. Men nå, etter seminaret, startet den endelige del av konkluderingsarbeidet.

Vi skal dog nevne at delprosjektrapportene, og seminaret om dem, fikk et lite etterspill. Flere av de berørte parter skrev en slags remissuttalelser om rapportene, åpenbart i håp om å påvirke styringsgruppens tenkning i siste runde. Mest interessant, og viktigst, er uttalelsen fra Helsedirektoratet. Den er datert 17. juni, altså bare en uke etter seminaret, og er ført i pennen av direktoratets organisasjonsmann, Helge Høifødt. I uttalelsen, som er på vel åtte sider, presenterer direktoratet noen argumenter for at der trenges et nasjonalt forvaltningsorgan på nivå nr. to.[260]

Direktoratet peker først, men uten særlig utdypning, på betydningen av at der er et organ som "avgir avveiede faglige råd før departementet behandler sakene". Det peker så, og er nå langt mer utførlig, på betydningen av at saker som gjelder "pasientrettigheter, og tilsyn og kvalitetssikring", kan behandles av et organ som både har juridisk og helsefaglig kompetanse og som i prinsippet er stilt utenfor den løpende politiske styring. Direktoratet har tradisjonelt vært preget av helsefaglig kyndighet, men legger vekt på at det nå er et virkelig bifaglig direktorat: Opprettelsen i 1989 av en helserettslig avdeling har bidratt til det. Direktoratet kan nå, heter det, bedre følge opp kravene om "minstenormer" og likebehandling, samtidig som det kan utøve skjønn, altså noe "som i stor grad forutsetter "in-out" fra personer med helsefaglig bakgrunn". Vi konstaterer at direktoratet her kombinerer den gamle medikratiske måten å behandle klager og tilsynssaker på, den skjønnsmessige, med den nye, stadig mer juridisk-offensive måten å behandle slike saker på, den "skjønnsbegrensende" (og, derfor, likhetsskapende). Samtidig fremgår det av uttalelsen at direktoratet er på vei fra "i går" til "i morgen", fra medikratistatlighet til mer rettsstatlighet. Juristene er nå tatt ut av de hovedsakelig helsefaglig definerte kontorene (fra 1983 avdelingene) og samlet i en egen juridisk avdeling. De konsulterer legene, og undertiden andre helsefagfolk, i andre avdelinger, men fatter selv beslutningene: Jusen er iferd med å få det siste ord. Men skal den virkelig få det, er det viktig, mener direktoratet, at ikke en ny, helt leg, altså politisk, skjønnsutøvelse erstatter den helsefaglige. Den kunne lett gjøre det hvis klager og tilsyn mer alment ble lagt til departementet.

[260] Uttalelsen har overskriften "Organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning – enkelte merknader til delprosjektrapportene", er undertegnet av Helsedirektøren og har altså Helge Høifødt som forfatter. (Helsetilsynets fjernarkiv, 003.20. Omorganisering. Sak 90/10594. Kas. 8, boks I.) Sitatene er fra s. 2 (første avsnitt) og 4 (annet avsnitt).

Direktoratet henviser i sin uttalelse også til Knudsen-gruppens opptatthet av statsrådens almene instruksjonsmyndighet overfor underordnede organer, og skriver at det ikke avviser en slik myndighet. Det godtar også Knudsen-gruppens oppfatning om at "fag og politikk" ikke klart lar seg adskille. Men mens gruppen mener at dette forhold gjør at saker bør sentraliseres, mener direktoratet det gjør at saker der helsefag spiller stor rolle i størst mulig grad bør behandles på nivået under departementet. Det er, mener direktoratet, mest i tråd med den nyere målstyring å "legge enkeltsaker til organer utenfor departementet", slik at departementet kan konsentrere seg om "overordnede prinsipper/strategiarbeid/lovarbeid etc." For øvrig, skriver direktoratet, kan det jo ikke være nødvendig å samle flest mulig (enkelt)saker i departementet når departementet har ubegrenset instruksjonsrett. Her kunne direktoratet ha argumentert mer offensivt rettsstatlig, og nevnt at iallfall behandlingen av klager og tilsynssaker bør behandles uavhengig, altså domstolsaktig. Men dithen var ikke direktoratet da styringsfilosofisk kommet. Det var for så vidt heller ikke, iallfall ikke helt, Justisdepartementets lovavdeling eller akademiske forvaltningsrettseksperter (som Torstein Eckhoff (1916-1993)).[261]

Fagforeningene (AF og NTL/SL) i direktoratet sendte også uttalelser, uttalelser som gikk i samme retning som direktoratets, men la mer vekt på å gi støtte til delprosjektrapport nr. 3, Nilsen-rapporten, enn det direktoratet hadde gjort. Funksjonærforeningen ved Statens helseundersøkelser gir i en uttalelse, datert dagen etter direktoratets, uttrykk for at den setter pris på at SHUS nå får én overordnet instans, altså departementet. Den fornemmer av det som er skjedd at det er i den retning det går. Den kan derfor heller ikke dy seg for å si at den vil "takke styringsgruppen for den ryddige måten den hittil har gått frem på, selv om det etter manges mening har gått for fort". Det var som om SHUS-sjefen selv, Kjell Bjartveit, skulle ha skrevet det.

Men styringsgruppen lot seg stadig ikke distrahere nevneverdig, enten den likte distraksjonene eller ei. Den fortsatte med sitt, "stenisk" styrt av sitt mandat. Vi skal se nærmere på det nå, altså på hvordan gruppen fortsatte, og avsluttet, sitt arbeid.

Styringsgruppeprosessen

Styringsgruppen arbeidet altså, fra starten av, bak lukkede dører. Den møttes, som vi har sett, stort sett annen hver uke. "Normalt" møttes gruppen onsdager, men ofte også tirsdager og noen ganger torsdager. Der var en formelt oppsatt dagsorden til hvert møte og det ble tatt utførlige referater referater som i den tidlige fase, som nevnt, gjerne ble omtalt som "huskelapper": Referatene, tatt av Ólafur Pétursson og Marit Stadheim, tjente som det, som huskelapper for gruppens medlemmer; de ble jo ikke sendt andre som informasjon.

Det første møtet ble holdt den 27. november 1990. Ytterligere to møter til ble holdt før jul, den 6. og 13. desember. Gruppemøtene fortsatte så etter jul fra den 9. januar og frem til den

[261] Direktoratet hadde flere argumenter, knyttet bl.a. til "påstanden om dobbeltarbeid" (som særlig skyldtes departementet), om forslaget om å legge tilsynet med apotekene til fylkeslegene (som er faglig uheldig og som vil føre til forskjellsbehandling) og om direktoratets styring av underliggende institusjoner (som direktoratet er enig i, kan forbedres).

26. juni. Det ble til sammen holdt 18 eller 19 møter i styringsgruppen.[262] Medlemmene av styringsgruppen stilte trofast opp på møtene; der var bare noen få forfall i løpet av hele prosessen. Siden styringsgruppens medlemmer også deltok på de mange informasjonsmøtene, skjønt med noen flere forfall, kom bare møtevirksomheten i styringsgruppen til å ta opp mye tid for dem fra månedsskiftet november/desember til ut juni. Møtene varte gjerne fra 11 til 14. Norbom, som møteleder og styringsgruppeformann, presset ikke på for å få raskere fremdrift. Han ville ha belyst problemstillingene til bunns, og gav seg ikke før han mente han hadde fått gjort det. For andre av styringsgruppens medlemmer ble møtene vel lange, men de sa intet.[263] Gruppen ble imidlertid i løpet av prosessen sveiset godt sammen. Diskusjonen gikk ofte friskt, men etter hvert vokste der frem en enighet, en enighet ingen etterpå løp fra.

Norbom, Mauritzen og Hambro hadde arbeidet i lønndom under Norbom I-prosessen, endog uten sekretærbistand. Under styringsgruppen ble, som vi har sett, utredningsarbeidet i noen grad åpnet. Nå trengte Norbom og hans medtenkere mer omfattende empiri. Under *Weser*-øvelsen tok de i stor grad empirien ut av sine hoder, og ble, på Staur, kritisert for at ikke alt stemte. Nå skulle alt stemme empirisk, så fikk det heller våge seg om ikke alt skulle ”stemme” normativt for alle. Empirien ble bragt til veie på den ene siden gjennom delprosjektene og på den annen side gjennom informasjonsmøtene og institusjonsbesøkene. I tillegg kom selvsagt den empiri styringsgruppens sekretariat selv bragte frem. Men de ”empiriske” prosessene var ikke bare empiriske, og skulle forsåvidt heller ikke være det. De bragte tillike frem et mylder av normative synspunkter, spesielt gjorde delprosjektprosessen det. Ja, den delen av delprosjektprosessen som var preget av Statskonsult kom nesten til å representere en egen, en alternativ, utredning. Den ble alternativ fordi primus motor på den konsulentlige side, Terje Haugli Nilsen, gjennom delprosjekt 1, nærmest omformulerte mandatet både innholdsmessig og hva prosess angikk.

Gjennom det offisielle mandat ble organisasjonsgjennomgåelsen definert som en demokratisk-politisk gjennomgåelse. Den ble gjort for henne, for statsråden, og var derfor ”politisk”. Den krevde altså ingen korporativt fundert utredning. For henne, eller for departementet, var problemet at helseforvaltningen ikke fungerte (godt nok) som redskap for statsråden. Det skinte også igjennom at hovedproblemet var Helsedirektoratet, ja, langt på vei Helsedirektøren. Terje Haugli Nilsen definerte isteden problemet som et alment forvaltningsproblem, ja, han så snarere på departementet enn direktoratet som hovedproblemet. Utredningsprosessen burde derfor involvert de mest berørte parter mer. Men ved slik å distansere seg fra det parlamentarisk-politiske utgangspunkt departementet hadde tatt, lanserte han også de andre aktuelle former for forvaltningspolitikk, i første rekke den nyttestatlige. Det var jo også den som på dette tidspunkt stod sterkest i Nilsens Statskonsult. Synspunktene fra Nilsen og de andre konsulentene ble av mange, men slett ikke alle, av ”de berørte parter” støttet. Også flere av institusjonene som var styrt av Helsedirektoratet, en del av fylkeslegene medregnet, så på direktoratet og dets sjef som et problem. Selv de fleste av disse så imidlertid også på helseavdelingen som en del av problemet.

[262] Antallet er noe usikkert fordi vi ikke har funnet referat fra et par av de planlagte møter i juni. Møtedatoene fra januar er disse: 9.1., 23.1., 6.2., 5.3., 19.3., 3.4., 17.4., 30.4., 15.5., 29.5., 6.6., 14.6. (ev. 12.6., referat mangler), 21.6., 26.6. (referat mangler), 6.8. og 13.8. (referat mangler).

[263] Blant annet syntes Knut Grøholt det. For ham var andre saker han nå arbeidet med viktigere og tok mer av hans oppmerksomhet. (Samtale 16.3. 2011.)

I utkanten av prosessene, den lukkede og den åpnere, spilte en del presseorganer en viss rolle, skjønt mer en potensiell enn en aktuell sådan. Pressen fatter sjelden interesse for forvaltningsspørsmål. Skal den gjøre det, må slike spørsmål få pikante personinnslag. I dette tilfelle måtte det gjelde spørsmålet om Helsedirektøren skulle vingestekkes eller ei. Dagbladet bragte spørsmålet på bane utpå vårparten. Avisen omtalte 19. april rykter om at styringsgruppen ville nedlegge Helsedirektoratet i sin nåværende form. Avisen fulgte opp oppslaget dagen etter med et intervju med Helsedirektøren. –Er du en illojal overdoktor, Mork?, spurte avisens journalist, Hilde Haugsgjerd (f. 1952). Mork fulgte opp med å si at siden han i 1983 var blitt flyttet ut av departementet, var hans uttalelser til, og overfor, departementet offentlige uttalelser. Oppslagene skapte ikke mer debatt, og avisen hadde ikke mer konkret å fare med. De var imidlertid et forvarsel om det som snart skulle komme. Styringsgruppen fortsatte å være taus og lot seg heller ikke distrahere av oppslagene. Siden Norbom følte at han i prinsippet hadde politikerne, iallfall de fleste, med seg, og løpende samtalte med sin statsråd om utredningsarbeidet, var det intet som behøvde å få Norbom og de andre i styringsgruppen til å tvile på mandatets fornuft, altså mandatets *politiske* fornuft.

Vi har sett at sekretariatet de første par månedene arbeidet med mulige modeller. De ble konkretisert i slutten av januar (21.1., kfr. fig. 3.2). Men fra nå av tok arbeidet med hovedprosjektplanen, i praksis planen for delprosjektene, og møtene med de ulike grupper av berørte parter, det meste av tiden. Også styringsgruppen selv drøftet utover vinteren nesten bare det som skjedde ”utenfor”: Sideprosessene ble tilsynelatende hovedprosessen. Det endret seg fra midten av april. Da var alle delprosjektene under kontroll, med en liten unntagelse for departementets eget 1 B-prosjekt, og informasjonsmøtene var inne i sluttfasen. Hva gjaldt møtene gjenstod dog de viktigste, møtene med helseavdelingen, Helsedirektoratet og Statens institutt for folkehelse – altså med Hauge, Mork og Hareide. I tillegg gjenstod juniseminaret. Allikevel, nå var det tid for å begynne å utforme konklusjoner, altså forslag til ny modell for helseforvaltningen. Skulle tidsplanen holde, hadde styringsgruppen knapt noe valg heller.

Styringsgruppemøtet den 17. april innvarslet konklusjonsfasen. Sekretariatet hadde nå igjen begynt å ”leke” med mulige modeller[264] – dog uten å legge dem frem for styringsgruppen – og til møtet la det frem det første forslag til disponering av sluttrapporten. Norbom markerte at prosessen nå var kommet over i den avsluttende fase, ved nærmest å si at delprosjektene snart var ferdige også i overført betydning: Han gjorde det klart at den innstilling styringsgruppen skulle skrive, skulle være styringsgruppens egen innstilling, og at delprosjektrapportene ikke ”nødvendigvis” skulle taes med som vedlegg. Han hadde nå i virkeligheten bestemt seg, de skulle *ikke* taes med. De ble de nye ”ikke-dokumenter”. Han var endog usikker på i hvilken grad der trengtes en slags ”sideprosess”, altså en remissrunde, etterpå. På møtet med institusjonslederne den 23.4. sa han således at det ikke var tatt stilling til om styringsgruppens forslag skulle ”ut på en kort høringsrunde”.[265] Saken var jo fortsatt politisk, og derfor en ren statsrådssak. Som politisk sak angikk den også Stortinget, og skulle derfor legges frem gjennom statsbudsjettproposisjonen – for 1992, med sikte på iverksettelse

[264] Sekretariatet skisserte åtte, til dels nokså forskjellige, modeller, uten å antyde noen preferanse. Det kan virke som om poenget var å ha et bredest mulig utgangspunkt i det gruppen nå skulle velge modell. Ingen av de skisserte modellene antesiperer det som ble den endelige modell. Modellskissene er ikke datert, men det virker som om de ble utarbeidet i månedsskiftet mars/april.

[265] Referat fra møtet med institusjonslederne 23.4., datert 26.4. (Dep.arkivet, Omorganisering, 612.1., kas. 4.) På dette møtet representerte ass. helsedirektør Anne Alvik Direktoratet; Mork var altså, som den eneste institusjonstoppleder, fraværende.

fra 1. januar 1992.[266] De korporative instanser var det slik strengt tatt ikke nødvendig å involvere.

I og med at styringsgruppen nå skulle begynne å konkludere, var det også viktig for Norbom å ha alle med. Som sideprosessene var gått utover vinteren kunne det by på problemer: Hambro var påvirket av sine statskonsultmedarbeidere. Det vil si, han tenkte i utgangspunktet i stor grad som dem, halvkorporativt og nyttestatlig. På møtet den 17.4. advarte han derfor igjen mot å foreslå organisasjonsendringer der problemene var ledelsesmessige. Han mente altså ennå at "indremedisin" kunne være å foretrekke for "kirurgi". De to andre, utenom Norbom og Mauritzen, Grøholt og Holm (Stokke fra dette møtet), gav ikke uttrykk for slike oppfatninger. Det var derfor viktig for Norbom (og Mauritzen) å få Hambro aktivt, og ikke bare nølende, med. Hambro var den andre sterke mann i styringsgruppen; den første var naturligvis Norbom. Hambro var sterk også fordi han hadde Grøholt med seg.

Norbom fikk uventet bistand, av Helsedirektøren. Det skjedde den 25. april. Da møtte, som vi har omtalt tidligere, styringsgruppen direktoratsledelsen. Gruppen ble forskrekket over å se hvor svekket Helsedirektøren var – det var nesten ikke pust igjen i ham – men samtidig slått av hvor dypt skepsisen til helseavdelingen, departementet, og for den saks skyld Norbom, satt i ham. Gruppen fikk bokstavelig talt føle hva den mistilliten som var bygget opp i løpet av tiden siden delingen hadde gjort med Torbjørn Mork, og for så vidt også med Harald Hauge. Møtet med direktoratet gjorde at Hambro "kom rundt", og gikk med på "kirurgi". Han kom til den konklusjon Norbom var kommet til sommeren 1989, at det ikke var mulig å få Mork med på en indremedisinsk løsning. Hambro hadde, som vi har sett, lenge ment at hans "favorittkonsulent" Terje Haugli Nilsen kanskje hadde rett i at det mer var departementsfolk enn Mork som opptrådte urimelig. Den oppfatningen, eller tvilen, gav han nå opp: Det var Mork som opptrådte mest urimelig. Det kan ha bidratt til Hambros standpunkttagen at han, i dette møtet, syntes han så igjen den legeselvbevissthet hos Mork som han var blitt så oppmerksom på da han leste Trond Nordbys biografi over Evang. Hambro husker ikke nå klart hva som skjedde på møtet i slutten av april 1991 og kan således ikke bekrefte våre påstander.

Norbom mener imidlertid han husker hva som skjedde.[267] Han har, som vi nettopp har nevnt, også grunn til det: For ham var Hambros "omvendelse" kritisk. Uten Hambro "om bord", ville Norboms prosjekt strande. Også Knut Grøholt, den andre av dem Norbom kalte styringsgruppens "teoretikere", stod jo forvaltningspolitisk på Hambros målstyringsorienterte linje, og la ikke skjul på det.[268] Referatene fra styringsgruppemøtene, og fra informasjonsmøtene, bekrefter indirekte det Norbom sier. Etter den 25. april er det ingen spor

[266] Norbom sa imidlertid på møtet (23.4.) at denne datoen ikke var "hellig".
[267] Samtale med Jon Ola Norbom (om formiddagen) 22.7. 2011.
[268] Som departementsråd i det forvaltningspolitiske departement tilhørte Grøholt, som Hambro og Statskonsult, den målstyringspolitiske og nyttestatlige fortropp i Norge. Grøholt hadde fra 1973 til 1989 arbeidet i Kommunaldepartementet og var der blitt godt kjent med Tormod Hermansen, målstyringens hovedtalsmann i norsk forvaltning i slutten av 1980-årene. Hermansen var hans sjef og departementsråd i Kommunaldepartementet fra 1980 til 1985 (og så i fem år finansråd). Grøholt utviklet ikke minst sitt forvaltningspolitiske syn gjennom samarbeidet med Hermansen. (Samtale med Knut Grøholt 16.3.2011.) Når Norbom en gang omtalte Hambro og Grøholt som "teoretikere" skyldtes det at han så på dem som modellopptatt. Den modell de var opptatt av var den nyttestatlige, eller en variant av den. Norboms uttalelse ble, mens arbeidet i styringsgruppen pågikk, avgitt overfor Andreas Disen. (Opplyst av Disen i samtale med Einar Vetvik den 4.3. 1993. Referatet fra intervjuet har vi fått av Vetvik i november 2011.) Vi skal føye til: Som politokrat var Norbom selv en utpreget pragmatiker; dog en pragmatiker som kunne begrunne sin pragmatisme teoretisk. Vi skal komme tilbake til det.

av indremedisinske påminnelser fra Hambros side. Fra nå av står styringsgruppen samlet om sin organisasjonskirurgiske linje: Mork måtte marginaliseres og det krevde at Helsedirektoratet ikke kunne fortsette som før. Norbom hadde vunnet frem med sin linje.

Fem dager etter møtet med Helsedirektoratet, altså den 30. april, presenterte Norbom for styringsgruppen åtte "grunnforutsetninger" som måtte legges til grunn for den endelige modellutforming.[269] Den første, men lite konkret anvendelige, forutsetningen var at den nye organisasjonen måtte tjene helsepolitikkens overordnede mål. De øvrige forutsetninger var mer konkrete og mer interessante for modellarbeidet. Forutsetning nr. 2 innebar at den statlige helseforvaltning ikke måtte bli større (men mindre), nr. 3 at der ikke skulle foreslåes større endringer, eller tiltak som gav større utgifter, enn "absolutt nødvendig", nr. 4 at løsningene som ble foreslått måtte være lett forståelige og kunne realiseres raskt, nr. 5 at "verktøyet" som skulle brukes måtte være for hånden – man kunne ikke basere seg på "fremtidens musikk", nr. 6 at den modellen som ble foreslått ville gi en rask kulturtilpasning, nr. 7 at man var sikre på at der fantes personer som kunne fylle de nøkkelstillinger den foreslåtte modell ville kreve og nr. 8 at der kunne bli minst mulig støy rundt "operasjonen". Hva gjaldt den siste forutsetningen føyde Norbom til at det om nødvendig måtte "skjæres raskt igjennom".

Norboms forutsetninger representerte altså ikke en konkretisering av mandatet. De representerte forvaltningspolitiske hensyn. De minnet organisasjonskirurgene om at forslagene de skulle komme med måtte være gjennomførbare innad. Norbom, som hittil hadde tenkt ovenfra-og-ned-politisk, kunne nå se ut til i noen grad å tenke også nedenfra-og-opp-politisk, altså korporativt. For så vidt som styringsgruppen nå nærmet seg konklusjonene, er det kanskje ikke så underlig at Norbom ble mer pragmatisk og realistisk. Han hadde jo lenge fått råd om å ta flere korporative hensyn, ikke minst av Statskonsults folk, men vendt det døve øre til. Hvorfor ville han nå ta slike hensyn?

Vi ser en sammenheng. Hadde utredningsprosessen vært åpnet i korporativ retning fra starten av, hadde styringsgruppen ikke kommet noen vei med det som var det viktigste, nemlig å få gjort noe med Helsedirektoratets plassering som samlende punkt for alle prosesser, både de oppad- og de nedadgående. Men å ta korporative hensyn ved å antesipere istedenfor å konsultere, var noe annet: Da hadde jo styringsgruppen selv kontroll over hvilke korporative hensyn som skulle taes. Ja, slik ville *korporativ antesipasjon* være uttrykk for politisk kløkt. Den ville bidra til å øke sannsynligheten for at statsråden ville få realisert det som for henne var viktigst. Å tenke politokratisk er å være pragmatisk og realistisk, ja, litt machiavellisk, på statsrådens vegne. Når den politiske orden delvis er korporativ, må det taes hensyn til det – så langt det er nødvendig, men ikke lenger. Konkret betydde dette at forslagene styringsgruppen skulle komme med ikke kunne utfordre alle. Annerledes sagt: Skulle Norbom, på statsrådens vegne, få det som han ønsket med Mork og direktoratet, kunne han ikke utfordre også Bodolf Hareide (SIFF), Kjell Bjartveit (SHUS), Johan Baarli (f. 1921) (SIS), Ola Westbye (f. 1943) (SLK), Frøydis Langmark (Kreftregisteret) og flere til. Torbjørn Mork måtte han jo utfordre; det var jo utgangspunktet for operasjonen. "De andre" ble altså nå, gjennom de åtte "grunnforutsetninger" langt på vei "fredet". For store deler av den statlige helseforvaltning ville altså styringsgruppens forslag bli nokså konservativt: Også antesipatorisk korporatisme kan virke konserverende. Men antesipatorisk korporatisme er også en form for korporatisme og innebærer at den demokratisk-parlamentariske styring blir svekket. Å styre helt demokratisk-parlamentarisk var ikke mulig i 1991, og hadde knapt noen gang vært det. Det

[269] Referat fra styringsgruppemøtet 30.4. 2011, datert 2.5. (Dep.arkivet, Omorganisering, 612.1., kas. 10.)

visste Norbom, og tok hensyn til det. Han ”solgte” denne styringen hva gjaldt Hareide & Co., mot å forfølge den overfor Mork og hans folk.

Gjennom ”grunnforutsetningen” antydet altså Norbom allerede nå hva løsningen måtte bli, nemlig fjernelse av direktoratet som samlende nivå to-organ og omdannelse av det til ett, eller flere, organer langs den ene, lange, nokså oppstykkede ”horisontale linje”. Den samordnende rollen direktoratet hadde, ville altså bli departemental. Men Norbom ikke bare antydet dette. Han sa det i praksis også, gjennom noen spørsmål. I debatten på styringsgruppemøtet spurte han: ”Trenger man et midtnivå?” Hans uformulerte svar var altså nei: Samordningsfunksjonen var for ham politisk og burde i sin helhet flyttes opp til departementet. Han så dog at den korporative konsesjonen kunne bli kostbar, og antydet derfor, gjennom et spørsmål til, at man skulle starte sammenslåingen av mange av institusjonene langs ”den horisontale linje”, men på en myk måte. Han spurte: ”Er samlokalisering (felles infrastruktur) hensiktsmessig langs den horisontale linjen?” Igjen var svaret ja. Han ville slå institusjoner sammen, men foreløpig altså ikke slik at det innebar en sammenslåing av kjernevirksomheten. Delsammenslåingen skulle skje gjennom (gradvis?) samlokalisering og gjennom integrasjon av de mer ”nøytrale” støttetjenestene; parentesen om infrastruktur antydet det. Skulle departementet makte sin samordnende oppgave var det åpenbart, på lengre sikt, nødvendig at der skjedde en viss samordning på nivå nr. to, og det skulle skje gjennom sammenslåinger: Å slå sammen institusjoner er jo å bygge et nivå nr. tre inn i institusjonene, nemlig de nye institusjonene.

Formelt ble det ikke trukket slutninger på dette møtet (30.4.). I praksis ble det imidlertid gjort. Den prinsipielle modellen Norbom antydet på dette møtet var nå styringsgruppens endelige modell. Den ble så konkretisert i løpet av mai og juni, i regi først og fremst av Thomas Mauritzen. Denne konkretiseringen var i all hovedsak foretatt innen man var kommet til sommersolhverv. Foretatt var da også den obligatoriske kartleggingen av forslagenes økonomiske og administrative konsekvenser. Da dette ”politiske” arbeid var klart, gjenstod det bare å ”sy” innstillingen sammen saklig og å finpusse språket. Norbom og hans personlige konsulent Marit Stadheim, stod for dette redaksjonsarbeidet. Da sommeren kom var det de to som var styringsgruppen. Mauritzen hadde måttet ”kaste inn håndkledet” i det hovedarbeidet var fullført. Under et opphold på sitt landsted på Hvaler helgen etter seminaret 10. juni (16.-17.), løp han på et åpent vindu og fikk en alvorlig hjernerystelse. Norbom måtte da overta også som sekretariatsleder. For første gang ble omordningsforetagendet hans heltidserhverv. Inntil da, anslår han selv, hadde han bare brukt en mindre del av sin tid på dette foretagendet; kanskje ikke mer enn 10 prosent, sier han.[270] Da han gikk inn som sekretariatsleder, altså fra midt i juni (17.6.), overlot han departementsrådsoppgaven til sin gamle skolekamerat, ekspedisjonssjef Finn Høvik.

På det neste styringsgruppemøte (etter møtet 30.4.), det ble holdt den 15. mai, ble mye av det som gjenstod gjort ferdig. Det hadde siden styringsgruppen begynte å arbeide vært klart at ”kompetanse” var stikkordet for å håndtere hovedproblemet, direktoratet og Mork. Direktoratet måtte, som den første skissen Mauritzen laget (21.1., kfr. figur 3.2.) viste, omdannes til et kompetanse- og kompetanserådgivningsorgan, med færrest mulig forvaltningsoppgaver. Etter avklaringen på møtet den 30.4., var det nå klart at det nye direktoratet (helst) ikke skulle ha forvaltningsoppgaver. Det skulle altså ikke forbli et direktorat. Det var en forutsetning for å kunne begrense sentralforvaltningen til to nivåer.

[270] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale 22.7. 2011.

Det spørsmål som nå meldte seg var hvor vidt dette organet skulle favne. Skulle det, i hovedsak som oppstrømsvirkende stabsorgan, favne over hele helsefeltet? I så fall ville det bli et slags nasjonalt helseinstitutt, som Hans Petter Schjønsby og en del andre fylkesleger kunne tenke seg (delprosjekt 5). Det ville da omfatte ikke bare restene av direktoratet, men også mye av Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser og Ernæringsrådet; ja, store deler av småinstitusjonsfeltet. Det var, som vi har sett, av "korporative" grunner, ikke mulig. Styringsgruppen kunne ikke la Mork få overta mesteparten av nivå nr. to, og dermed enten skyve Hareide, Bjartveit og andre til side, eller bli deres sjef. Men der var også et annet problem, mange av de "andre" institusjonene hadde også forvaltningspregede og fagutøvende (for eksempel befolkningspedagogiske og smittebekjempende) oppgaver. De var både forvaltningsorganer og helsetjenesteytende organer. Å skille kompetanseoppgavene fra de utøvende oppgaver, var både av folkehelsefaglige og økonomiske grunner lite tiltrekkende. Det var så lite tiltrekkende at det ikke engang ble vurdert.

Dermed gjenstod det bare å trekke slutningen: Direktoratet måtte bli et kompetanseorgan for den kliniske del av helsevesenet. De andre institusjonene på det nye nivå nr. to måtte slik få fortsette som delvis selvstendige institusjoner. Det ville vært naturlig å foreslå et eget, integrert folkehelseinstitutt, et institutt som da måtte vært et organ som kombinerte de oppstrømsrettede rådgivende kompetanseoppgaver, forvaltningsoppgaver (nedstrøms) og utøvende oppgaver (de endelige nedstrømsoppgaver). Men som sagt, det var ikke korporativt-politisk mulig. Å gjør noe slikt ville jo også egentlig skapt et enda større korporativt problem. Det ville gjort ydmykelsen av Mork tydeligere. Mork hadde selv, som styrer av folkehelseinstitusjonene ønsket en samling av dem. Hvis han nå bare skulle bli leder for et "linjeløst" kompetanseorgan for klinikken ville han blitt gjort nokså "liten" samtidig som Hareide, på mange måter hans rival, ville blitt gjort vesentlig "større". Styringsgruppen kunne slik konkludere den 15. mai at Helsedirektoratet måtte omgjøres til et kompetanseorgan for klinikken, og dermed avgi sine folkehelseoppgaver, mens folkehelseinstitusjonene skulle få fortsette som før, men ta de første skritt i sammensluttende retning, gjennom samlokalisering, deling av infrastruktur og utvikling av felles indretjenester. Det antydes også på møtet at den fremtidige integrasjon kunne skje etter skillet individrettet/miljørettet folkehelsearbeid.

Men ikke alle oppgaver på nivå nr. to kunne legges inn i kompetanseorganet for klinikken eller bli en del av de samlokaliserte folkehelseorganene. To av disse oppgavene var apotek- og legemiddelforvaltningen, med tilhørende tilsyns- og kompetanserådgivningsoppgaver. Det dreide seg her om virksomhet knyttet til klinikken, men siden det var unaturlig å skille forvaltnings-, tilsyns- og kompetanseoppgavene også i dette tilfelle, kunne heller ikke denne virksomheten forbli i, og eventuelt legges inn i, "eksdirektoratet". Svaret ble altså at virksomheten måtte plasseres i en egen organisasjon på nivå nr. to; det vil si at Helsedirektoratets legemiddelavdeling måtte slåes sammen med Statens legemiddelkontroll i et legemiddelverk (SLV), som en "selvstendig satellitt under departementet" . Dette verket ville, mente styringsgruppen, bli enda viktigere, når Medisinaldepotet antagelig ville slutte å være monopol. Dette ble avklart på møtet 15. mai.

Derimot ble det ikke tatt stilling til hvor forvaltningen av statsykehusene skulle legges, altså om det skulle komme en egen sykehusforvaltning på nivå nr. to, eller om denne forvaltningen skulle legges til departementet, og i så fall i sin helhet. Å legge den til "eksdirektoratet" var uaktuelt. Direktoratet skulle jo ikke lenger være et styringsorgan. Det "så" imidlertid ut som om styringsgruppen tenkte seg at sykehusstyringen skulle skje direkte fra departementet. Det ble da også snart konklusjonen. Det viste seg gjenom notater styringsgruppens sekretariat

skrev midt i juni (12.6. og 19.6).[271] Sekretariatet pekte blant annet på at styringen av statssykehusene måtte skje i sammenheng med styringen av sykehusene eiet av fylkeskommunene og da var departementet eneste mulighet. For øvrig kan man si at "sosialiseringen" av sykehusstyringen også var en "naturlig" videreførelse av det som skjedde i 1989, da departementet overtok økonomistyringen av statssykehusene. Nå burde det, for å sikre en helhetlig styring, overta resten av styringsoppgavene.

Siden (flere av) folkehelseinstitusjonene og det nye legemiddelverket etter antydningen skal kombinere kompetanserådgivning, forvaltning og tilsyn, altså være integrerte forvaltningsorganer, og i noen tilfeller også fagutøvende organer, hadde det vært naturlig å la "eksdirektoratet" få fortsette som et integrert forvaltningsorgan, om enn bare for klinikken. Men det ville ikke styringsgruppen. Mistilliten til direktoratets ledelse var for sterk. Som det het i det notat om modelltanker som ble fremlagt til møtet den 15. mai måtte styringsgruppen være varsom med å legge oppgaver til en driftsenhet plassert utenfor (under) departementet. Man måtte unngå å havne "der vi var i 1983".[272] Gruppen endte dermed med å foreslå at direktoratet ble omdannet til et organ som var nokså forskjellig fra de andre helseforvaltningsorganene, et énfunksjonelt stabsorgan.

Forslagene for nivå nr. to, som de nå så ut, gjorde at departementet måtte bli svært "tungt". Det ville få et stort styrings- og kontrollspenn. Det ville i tillegg få en stor saksporteføljе, spesielt innen styringen og forvaltningen av klinikken. Overfor klinikken ville det også få et betydelig tilsynsansvar. Med disse forslagene for nivå nr. to, sa det seg selv at helseavdelingen ikke alene kunne være "Helsedepartementet". Siden styringsgruppen nå tenkte seg at nivå nr. to i stor grad skulle organiseres etter skillet preklinisk/klinisk, var det nærliggende å gjøre det samme med nivå nr. én. Forslaget gikk altså nå, den 15. mai, ut på at det overordnede ansvar for preklinikken, ble lagt til en ny avdeling for forebyggelse. For så vidt kunne vi også sett reformforslagene ovenfra og ned: Folkehelsearbeidet hadde helt siden begynnelsen av 1980-årene fått stigende politisk oppmerksomhet. Politisk ble utviklingen markert gjennom den nasjonale helseplan Tove Strand Gerhardsen la frem i mars 1988. Tankene i denne planen ble fulgt opp i den nye folkehelseplanen som altså ble fremlagt mens styringsgruppen var midt i sitt arbeid. Det var naturlig å føre disse, stadig mer offensive, tanker videre med et forslag om å opprette en egen forebyggelsesavdeling.[273] Dermed ble det også naturlig å foreslå at nivå nr. to skulle deles etter skillet preklinisk/klinisk.

---

[271] Notat datert 12.6 har overskriften "Overordnet styring av underliggende virksomheter" (Vedlegg 2) . Her summeres fordeler og ulemper med ulike ordninger opp, og fordelene med å legge styringen til departementet fremstår som klart mest attraktiv. Det heter blant annet i notatet at "Virksomhetene selv ønsker nærhet til departementet", altså makten. Sykehusene tenkte som mange av fylkeslegene. De hadde fornemmet i hvilken retning utviklingen gikk, nemlig i "politisk", og innrettet seg deretter. Notatet av 19.6 følger opp notatet av 12.6 og leder frem til en enda mer bestemt konklusjon. (Dep.arkivet, Omorganisering, 612.1., kas. 11.)

[272] Notat til Styringsgruppemøtet 15.5, "Modelltanker 1", fra Sekretariatet. (Dep.arkivet, Omorganisering, 612.1., kas. 10.)

[273] Tanken var også at denne avdelingen skulle få tilført forebyggelsesoppgaver (rus etc.) fra sosialavdeling I. Der ble ikke nå sagt noe om omsorgsoppgavene, som lå i sosialavdeling II, men det var nedsatt en arbeidsgruppe med representanter for sosialavdeling II og helseavdelingen som så på muligheten for å gjøre S II om til en omsorgsavdeling, en avdeling som altså ville (kunne) bli en slags (tredje) helseavdeling. Forslaget reflekterte utviklingen i kommunehelsevesenet der omsorgsvesenet i stigende grad ble skilt ut som eget vesen, ja, som et vesen som snart kom til å overskygge det lokale helsevesen hva angikk ressursbruk. Arbeidsgruppen kom ikke til enighet og bad derfor departementsledelsen ta stilling til om sykehjem og hjemmesykepleie skal ligge i helseavdelingen eller en ny omsorgsavdeling. Anmodningen ble ikke fulgt opp; den øvrige omordningsvirksomhet tok all oppmerksomhet. Omsorgspolitikken skulle imidlertid senere få ny departemental opmerksomhet, som vi skal se. (Notat fra sosialavdeling II og helseavdelingen til departementsråden, 5.6. 1991.)

Men forslagene hva gjaldt departementet skapte et problem. Med to avdelinger på departementsnivå, oppstod spørsmålet om hvor det samlede ansvar for helsepolitikken skulle ligge. Det ble ikke skrevet, eller sagt, noe om det, og dermed ville i praksis forslaget for departementet innebære at departementsråden ville bli både en helseråd, en sosial- og trygderåd og en samlende helse- og sosialråd. Man kunne tenkt seg at de to ekspedisjonssjefer kollektivt kunne representere helserådsrollen, men det var en forvaltningsmessig litt for ukonvensjonell løsning til at den var særlig sannsynlig. Med departementsråden i en dobbel- eller trippelrolle, ville statsråden komme i den samme rollesituasjon. Med andre ord: Forslaget om to helseavdelinger pekte frem mot et eget helsedepartement. Der ble dog intet sagt om det nå. Ei heller ble det gjort senere i Norbom II- og III-prosessene.

Et nordisk sideblikk

Midt oppe i innspurten med de viktige avklaringene reiste Thomas Mauritzen på en kort tur til de andre nordiske hovedsteder, unntagen Reykjavik. Han besøkte København den 24. mai, Helsingfors den 27. og Stockholm den 28. mai. Han ville skaffe seg, og dermed styringsgruppen, oversikt over den sentrale helseforvaltning i de andre land. Det kunne være der var noe å hente der. Det vil si, det kunne være der var noe med reformutviklingen i disse land som kunne brukes til å begrunne det forslag styringsgruppen var iferd med å mynte ut. For øvrig er det ikke uvanlig i en innstilling som den styringsgruppen skulle lage, at det redegjøres for den aktuelle situasjon i andre land. Men besøkene i de tre hovedsteder førte ikke til mer enn noen redegjørelser for måten de andre nordiske land hadde ordnet sin helseforvaltning på og hvilke planer de hadde for dens videre utvikling. De ble altså ikke brukt hverken for å orientere om forholdene i andre land eller for å begrunne gruppens egne reformforslag. Mauritzens tur, en tur han knapt hadde tid til å ta, ble en parentes.

Den kom for sent. Tiden holdt på å løpe fra styringsgruppen. Da Mauritzen så noen uker senere ble satt ut av spill, ble det umulig å bruke det som skjedde i de andre land i styringsgruppens innstilling. Men irrelevant hadde det for så vidt ikke vært, for der var mye ved utviklingen i de nordiske land, som i europeiske land generelt, som hadde likhetstrekk. Alle land hadde vært inne i en avmedikratiseringsprosess, også når det gjaldt forvaltningen, siden 1960-, men særlig 1970- og 1980-årene. Den fikk nye omdreininger nå, ved inngangen til nittiårene. En kort sammenligning med de andre nordiske land, kan imidlertid kaste litt ekstra lys over Norbom-prosessene, samtidig som den kan brukes til å vise hvorfor Mauritzens tur ble en parentes.

Norge hadde, hva helseforvaltningsorden angikk, vært en avviker fra krigen (høsten 1940) og frem til 1983, ved at det hadde hatt et helsedirektorat med det vi har kalt en ”heisstatus”. De andre land hadde ordninger der det medikratiske organ var mer fristilt, altså ordninger som lignet på den Norge hadde fra 1891 til 1940, og i en viss forstand fikk tilbake fra høsten 1983. Avmedikratiseringen i ”de andre” land bestod i at de fristilte fagorganene ble fratatt en del av sin ”frie” beslutningsrett og bragt under større grad av politisk, altså departemental, styring, samtidig som det utøvende helsevesen i større grad ble bragt under lokalpolitisk styring. Den utviklingen startet først i Sverige, da den gamle, ærverdige Medicinalstyrelsen, et organ med røtter tilbake til 1663 (*Collegium Medicum*, 1813-1877: Sundhetskollegium), i 1968 ble slått sammen med Socialstyrelsen og, symbolsk nok, bare ble kalt Socialstyrelsen, og bragt under sterkere styring av departementet. Men departementet var siden 1963 det mer nærstyrende Socialdepartementet, ikke lenger det mer fjernstyrende Inrikesdepartementet, det i alle

nordiske land opprinnelige moderniseringsdepartement. Denne avmedikratiserings- og politiseringslinjen ble ført videre gjennom en omordning i 1990, en omordning som blant annet innebar at mye av den løpende forvaltning ble delegert fra Socialstyrelsen sentralt til fem nyopprettede regionale enheter (av Socialstyrelsen) og at det ble opprettet et eget legemiddelverk.

Sammenslåingen av Medicinalstyrelsen, opprinnelig altså etablert i 1878,[274] og Socialstyrelsen, og dermed avmedikratiseringen, skjedde noe senere i Sveriges gamle koloni (til 1809), Finland. Først i 1991 ble de to styrelsene slått sammen til Social- och Hälsostyrelsen[275] og bragt under mer nærgående styring av Social- och hälsovårdsministeriet. Samtidig ble mye av den løpende forvaltning delegert til länsstyrelsene, den almene statlige regionalforvaltning. Før gikk linjen nedover på helseområdet fra Medicinalstyrelsen; nå gikk det fra ministeriet.

I Danmark var det medikratiske organ Sundhedsstyrelsen, et organ som ble opprettet i 1909, men som var en arvtager etter (det dansk-norske) Sundheds-Collegiet av 1803, som igjen var en arvtager etter (dansk-norske) *Collegium Medicum*, som ble etablert i 1740. Sundhedsstyrelsen mistet sine "selvstendige beføjelser", altså medikratiske status, i 1987. Samtidig ble det flyttet fra det gamle, mer vennligstyrende, moderniseringsdepartement, Indenrigsministeriet (fra 1848), og lagt under det nye, mer nærstyrende Sundhedsministeriet. I forarbeidene til "Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse m.v.", het det, talende nok, at lovens hovedformål var "at bringe sundhedsstyrelsens virksomhed ind under det sædvanlige parlamentariske ministeransvar ligesom andre styrelser og direktorater". Ansvaret for legemiddel- og apotekerforvaltningen ble ikke flyttet ut i Danmark (i 1987), men forble som en avdeling i Sundhedsstyrelsen.

Danmark og Norge har andre forvaltningstradisjoner enn Sverige og Finland. De to første land ble preget av den lange enevoldstiden, altså tiden fra 1660 til 1814 (N) og 1849 (D). Denne førte til at statsstyret ble mer sentralisert, en sentralisering som i noen henseender fortsatte etter eneveldets fall, delvis som hovedstadsdominans (særlig Danmark) og delvis som detaljert departementalt og parlamentarisk politikerstyre (særlig Norge). Sverige hadde bare enevelde i kortere perioder (1675-1719, 1776-1809). Det svenske statsstyre ble mer preget av rivaleri, og derfor lenge en stor grad av maktdeling, mellom konge og adel. Det gjorde at utøvelsen av statsstyret skjedde gjennom organer de ulike stender og andre korporative organer hadde betydelig kontroll over. Sverige fikk slik store, forholdsvis fristilte, styrelser. Én av dem var altså Medicinalstyrelsen. Finland arvet den svenske tradisjon og førte den videre etter 1809. Den dansk-norske ordningen gjorde det mer aktuelt enn den svensk-finske for medisinen å få dannet en medisinalforvaltning som hadde direkte tilgang til Makten, først til Kongen, siden til ministeren: Den politiserte styring gjorde maktnærhet nødvendig. Den gjorde det imidlertid mer i Norge enn i Danmark, delvis fordi det norske medisinalvesen fra tidlig av var langt mer offentlig, og dermed politisk styrt, enn det danske og delvis fordi legmansstyret, eller skepsisen til eliter, fageliter medregnet, var sterkere i Norge enn i Danmark. Det er derfor "heisordningen" ble langt viktigere i Norge enn i

[274] Medicinalstyrelsen ble til ved at de gamle organene *Collegium medicum* og *Direktionen för dårvården* ble slått sammen.

[275] Allerede året etter brøt imidlertid Finland tydeligere med det svenske mønsteret og etablerte de to helseforvaltningsorganene *Stakes – Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården* og *Rättsskyddscentralen för hälsovården*.

Danmark, og selvsagt enn i Sverige og Finland. I de to siste land, men delvis også i Danmark, var medikratene mest opptatt av at medisinalstyrelsene fikk vide fullmakter, altså forble en slags medisinalstater i staten. Et uttrykk for en slik situasjon var konstateringen i den danske lov om sunnhetsforvaltningen av (så sent som) 1932, der det het i § 1 at "Centralstyrelsen for landets sundhedsvæsen benevnes Sundhedsstyrelsen".

Opphevelsen av Helsesdirektoratets heisstilling i 1983 innebar at den norske sentrale helseforvaltning både ble avmedikratisert og gjort mer fellesnordisk. Som vi har sett var dette resultatet av en dragkamp som startet under Karl Evang og ble bragt til en foreløpig konklusjon i 1983. Men, som vi også har sett, fortsatte striden etter 1983 og ble først bragt til en slags endelig konklusjon i og med avslutningen av Norbom-prosessene midt i juni 1992. Vi har også sett at disse "konkluderende" prosesser minst like meget var personlig som regimemessig preget.

Der var selvsagt innslag av dragkamp også i de andre nordiske land, spesielt i Sverige. Men her kom dragkampen tidligere og foregikk ikke innen styringsapparatet, som i Norge, men mellom dette og Läkarförbundet. Det startet med at Karl Evangs kollega i Sverige, Axel Höjer (1890-1974), han ble utnevnt i 1935, tidlig tok til orde for både en økning av opptagelsen til medisinerstudiet, til å gjøre legeyrket om til et arbeidstageryrke og til å ha et gratis helsevesen. Höjer var sosialist, som Evang, men ikke, som ham, (venstre)medikrat. Höjer utnyttet altså sin posisjon som generaldirektør for Medicinalstyrelsen, ikke med å forsøke å vingestekke den, men med å bruke den til å starte avmedikratiseringen i Sverige, i klinikken. Sveriges läkarförbund var fra 1946 (til 1962) ledet av Dag Knutson, en velstående privatlege og uttalt medikrat. Han heiste krigsfanen mot Höjer og fikk sin stand med seg. Det endte med at Höjer måtte gi seg. Formelt gikk Höjer også av som generaldirektør i 1952, sliten av striden med legene, og ble etterfulgt av den mer diplomatiske indremedisiner Arthur Engel (1900-1996), en politisk liberaler, som behaget statsminister Tage Erlander (1901-1985) med å gjøre det klart at han ville være en "upolitisk rådgiver". Men med dette vaktskifte i Medicinalstyrelsen kunne også den avmedikratiserende prosess fortsette. Höjers forslag ble etter hvert satt ut i livet og i 1968 ble, som nevnt, også Medicinalstyrelsen som medikratisk organ langt på vei avviklet. Det skjedde under Engels etterfølger, den statsvennlige og sosialdemokratiske anatomiprofessor (Uppsala) Bror Rexed (1914-2002). Värmlendingen Rexed var hverken særlig medikratisk eller spesielt pompøs og paternalistisk. Da han overtok som medisinalsjef gjorde han det straks klart at heretter gjaldt tiltaleformen "du".[276] Til hans lettelse overtok nå yngre, mindre legestyreorienterte folk ledelsen i Läkarförbundet (Göteborgs-professor Lars Werkö (1918–2009) fra 1962 (til 1966). Rexeds etterfølger, legen Barbro Westerholm (f. 1933), var folkpartist, som Engel, men markerte seg politisk først etter sin medisinaladministrative karriere: Hun satt i Riksdagen fra 1988 til 1999 og igjen fra 2006. Før hun ble socialstyrelsessjef hadde hun lenge arbeidet i medisinalforvaltningen, særlig på legemiddelområdet. Hun passet nå, til den nye tid, preget av en kombinasjon av mål- og rammestyring og lokalstyre (landstingsstyre for helsevesenet). Hun hadde ikke problemer med det nye styresettet. Fagstyrestriden var nå over i Sverige; Rexed hadde sørget for det.

[276] I juli 1967 talte Rexed til sitt medisinske personale ved Medicinalstyrelsen og ønsket det velkommen til den vanskelig omorganisering det nå stod overfor: medisinalforvaltningen skulle inn i Socialstyrelsen. Han sa til dem: "Nu kastar vi alla titlar och säger Du til varann! Jag heter Bror". Slik fødtes Du-reformen i Sverige. Kfr. Bror Rexed, "En radikal värmlänning vid Socialstyrelsens roder", i Nils O. Sjöstrand, red., *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903–2003*, Stockholm: Sveriges Läkarförbund, 2003, s. 113 (hele art., s. 109–118).

I Danmark satt den vennlige venstremann Johannes Frandsen (1891-1968) som medicinaldirektør fra 1928 til 1961.[277] Han var forsåvidt en medikrat, men ingen påståelig sådan. Medikrater var også hans etterfølgere, Esther Ammundsen (1906-1992) (1961-1974), Søren Kristian Sørensen (1918-1994) (1974-1988) og Palle Juul-Jensen (1929-1998) (1988-1995). De to første kunne stort sett fortsette på medikratiske premisser. Sørensen var den første som ble ordentlig utfordret. Han strittet imot, men kunne ikke hindre den avgjørende reformen i 1987. Sunnhetspolitikken var blitt "for politisk". Hans etterfølger, den farverike nevrologen Juul-Jensen, var en mer stridbar medikrat. Han gikk endog av på grunn av uenighet med sin minister (1989-1993), Ester Larsen (f. 1936).[278] Året etter sin avgang skrev han boken *I statens tjeneste – Sundhedspolitisk efterskrift*.[279] Den er, som det heter i forlagsomtalen av boken, "En debatbog om den syge sektor og dens magtfuldkomne embædsmænd". Han gjør det klart at han ei ville "være marionettdukke for skiftende sundhedsministre, endsige være medicinaldirektør på politiske præmisser".[280] Boken skapte, naturlig nok, en del debatt. Men nå var det for sent å heise den medikratiske fane. Avmedikratiseringen av Sunhedsstyrelsen, som avmedikratiseringen av sunnhetsvesenet for øvrig, hadde fått, og fikk fortsatt, gå sin gang uten mere støy på toppen. Støy ble det heller ikke i særlig grad på toppen i Finland: Finland tillot seg ikke meget støy omkring innenrikspolitikken før godt utover i 1980-årene. Sovjettrusselen måtte bli redusert først.

Overgangen fra det medikratiske styre til en kombinasjon av politokrati, sentralt, men særlig lokalt, og nyttestyre, kom altså først i Sverige og sist i Finland. Overgangen skapte tidlig bitter strid i Sverige, men etter at den striden var over, var den over. Fortiden hang ikke i særlig grad i. Höjers to nærmeste etterfølgere som generaldirektører bidro, som vi har sett, til det. Men det var lettere for dem å bidra til det på grunn av Sveriges tradisjon med frittstående verk. Selv om overgangen til den nye tid kom sent i Finland, gikk den forholdsvis smertefritt. Igjen bidro personer, men også den "svenske" verkstradisjonen og Finlands naboforhold til Sovjetunionen, til dette. Overgangsproblemene ble størst i "enevoldslandene" Danmark og Norge, men aller størst i Norge. I Danmark "brummet" flere av sunnhetssjefene, men de ble satt på plass av politikerne. De siste sørget også for at i det nye Sundhedsministeriet (1987) skulle der ikke være leger, bare "djøfere", altså jurister, statsvitere og økonomer.[281] I Norge lyktes ikke politikerne, og deres byråkratiske allierte, i å sette medikratene ordentlig på plass. Evang var for sterk, og Mork var til dels også for sterk. Mye kunne gått annerledes i Norge hvis regjeringen i 1945 hadde valgt å gå tilbake til ordningen som eksisterte før krigen, eller hvis Evang ikke hadde vært en så kraftfull medikrat.

[277] Tittelen fikk han i 1932. Han ble utnevnt som formann for Sunhedsstyrelsen. Det skyldtes at styrelsen fortsatt fungerte kollegialt. Det var en arv fra enevoldstiden, men også en arv som passet medikrater: ingen lege kunne beherske hele medisinen. På de (nye) sykehusene som kom rundt århundreskiftet var også ledelsen, hvor der var flere avdelinger, kollegial, altså legerådsbasert. Men nå, og i møtet med byråkratiet for øvrig, krevdes der større grad av enestyre, selv om det kollegiale element ble ivaretatt gjennom bruken av konsulentordningen. Frandsen har redegjort for sine år som dansk medicinaldirektør i boken *Sundhedsvæsenet 1927–1961 – Opplevelser og erfaringer*, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1963.

[278] Uenigheten gjaldt HIV/AIDS-politikken, hvor ministeren ville ha pasientanonymitet –frivillighet og sunnhetsdirektøren ikke ville ha det.

[279] København: Hovedland, 1996.

[280] *Ibid.*, s. 25.

[281] "Djøfere" er betegnelsen på medlemmer av Danmarks Jurist- og Økonomforbund, forkortet DJØF, et forbund som nå organiserer ikke bare disse to utdannelsesgrupper, men også alle andre samfunnsvitenskapelig utdannede grupper. Leger og andre "direkte verdiskapende" yrkesgrupper bruker ofte betegenelsen "djøfere" ironisk: Djøferne er personer som gjør livet tungvint for de "egentlig" verdiskapende fagfolkene.

Mye kunne også gått annerledes i Norge hvis regjeringen i 1972 hadde valgt den som kunne blitt Norges Bror Rexed, Gudmund Harlem, som ny helsedirektør. Harlem hadde jo allerede som sosialminister (1955-1961) antydet at Helsedirektoratet igjen burde deles. Men med valget av Torbjørn Mork som helsedirektør kom, etter noen år, striden om medikratiet til å fortsette. Mork gav, som vi har vist, etterhvert opp kampen for å få tilbake sin heisstatus, men brukte sin fristilthet som tilsynsmann til å bli en svært utfordrende "vaktbikkje". Da departementet satte i gang Norbom-prosessene var det således "problemet Mork" som var utgangspunktet, og som førte til at de sentrale forslagene ble som de ble, altså forslagene om to nivåer, om kompetansesentre og om den omfattende "sosialisering" av oppgaver, spesielt tilsynsoppgaver,[282] til departementet. Vi må dog nevne at den almene politiseringstendens gjorde at arvtagerne etter de gamle medikratiske styrelser etter hvert hadde mistet sine samordnende roller og at de sentrale forvaltningsorganer etter hvert ble lagt rett under sine departementer. Spesielt var det tilfelle i det mest avmedikratiserte landet, Sverige. Her var, eller ble (fra 1990), de viktigste organer, som Läkemedelsverket, Folkhälsoinstitutet (1992) og Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd plassert rett under departementet, og for så vidt (gitt den svenske ordningen) regjeringen. Det var i litt mindre grad tilfelle i de to andre land; her var det for eksempel ennå ikke kommet "uavhengige" legemiddelverk.[283] På den annen side ble den departementale styring forsterket i Finland ved at departementets kansellisjef satt som ordfører i direksjonen for både Social- och hälsostyrelsen og Folkhälsoinstitutet og i Danmark ved at der ble dannet en slags konsernledelse, bestående av departementets toppembedsmenn og lederne for de viktigste direkte underordnede organer, som Sundhedsstyrelsen, Rigshospitalet og Seruminstitutet. Vi har sett at Norboms forsøk på å lage et konsernledelsesorgan i Norge etter hvert mislyktes, ikke minst på grunn av motstanden fra "den siste medikrat", Helsedirektøren.

Der var også andre, ikkepersonlige, grunner til at det nå kunne være aktuelt med en viss omorganisering av den sentrale helseforvaltning, grunner som hadde med politokratiske og nyttestatlige hensyn å gjøre, og som altså også gjorde seg gjeldende i de andre nordiske land. Også de fikk, som vi har sett, spille en rolle i styringsgruppens arbeid, men de kom i annen rekke. Thomas Mauritzen, og styringsgruppen, hadde derfor mindre å la seg inspirere av i de andre nordiske hovedsteder. Personspørsmålene spilte for stor rolle i Norge. Striden om medikratiet var ennå ikke skikkelig over i Norge. Det var den i stor grad i de andre land, mest i Sverige og minst i Danmark. Mauritzens nordiske tur var derfor overflødig. Ja, den var dømt til å bli overflødig.

I Sverige var i løpet av 1960-årene ansvaret for helsevesenet samlet på länsnivå, under landstingene. Landstingene fremstod derfor, og kollektivt gjennom Landstingsförbundet, som betydningsfulle aktører på helseområdet. Ja, helsepolitikken ble på mange måter til gjennom et samspill mellom departementet, Socialstyrelsen og andre statlige institusjoner på den ene side og landstingene, med deres fellesorganisasjon Landstingsförbundet, på den annen side. I noen grad kan man si at den maktbalanse som hadde eksistert mellom politisk-byråkratisk og faglig makt frem til 1968, og som reflekterte det gamle standssamfunns maktbalanse, var blitt erstattet av en politisk-byråkratisk balanse mellom statsmaktene og länsmaktene. Den nye balansen kom til uttrykk gjennom Hälso- och sjukvårdsberedningen, et viktig organ ledet av

[282] Tilsynsoppgavene fikk nå, i tråd med den generelle utvikling i vestlige helsevesener, øket oppmerksomhet. De begynte å bli mer profesjonalisert og de ble liggende i de eksmedikratiske organer, dog slik at mer av tilsynsoppgaven ble ivaretatt av ulike regionale og lokale organer (under dem).

[283] Forvaltningen av legemiddelsaker og apotek lå fortsatt i Sundhedsstyrelsen (som femte avdeling) (D) og i Social- och hälsostyrelsen (F) (som Läkemedelavdelningen).

Statsministeren og med Sosialministeren, Utdannelsesministeren, toppembedsmenn, landstingsrepresentanter og noen fagfolk (som representanter for den gamle orden) som medlemmer.

I Danmark, hvor mye av sunnhetsvesenet etterhånden ble et amtsansvar, kom der et lignende politisk-territorielt organ, men med noe svakere fullmakter, Det sundhedspolitiske kontaktutvalg. Her møttes Sundhedsministeren, Indenrigsministeren, Socialministeren, Finansministeren og representanter for Amtsrådsforeningen og Kommunernes Landsforening. I de to gamle koloniland kom der ikke slike politisk-territorielle samordningsorganer. Det skyldtes delvis at ansvaret for det utøvende helsevesenet her ikke var samlet på det mer konsentrerte nivå nr. to, men var spredt mellom dette nivå og det laveste, nokså fragmenterte, nivå (N) eller samlet på det laveste nivå (F). De svensk-danske ordningene bidro i noen grad til at den politiske styring ble ”avpolitisert” i disse land: Istedenfor at statlige og regionale (lokale) organer kranglet offentlig, ordnet de opp ”internt”, altså bak ”lukkede” dører. Det innebar blant annet at den stadig viktigere tilsynsoppgaven, for så vidt som den gjaldt tilsyn med institusjonene (arbeidsgiverne), kunne håndteres ”fleksibelt”; spesielt var det tilfelle i det mest stat-landstingssamarbeidende landet, Sverige. Socialstyrelsessjef i Sverige Barbro Westerholm innrømmer slik, i et tilbakeblikk, at hun og styrelsen undertiden måtte bruke loven med ”skjønnsomhet”. I Norge var der møter mellom Sosialdepartementets ledelse og Kommunenes sentralforbund, men de var av underordnet betydning, og i alle tilfeller ikke nok til å hindre, som vi har sett, den gamle medikrat og desentraliseringsskeptiker Torbjørn Mork fra å føre et utfordrende tilsyn med kommuner og fylkeskommuner. Vi har nevnt at Statsråden (Tove Strand Gerhardsen) endog halvoffentlig gav Helsedirektøren pålegg om å ”ligge lavt” i sitt tilsyn med lokale institusjonseiere. Fordi Sverige og Danmark hadde ”avpolitisert” det institusjonelle tilsynet kunne det utvikles videre uten spesielle problemer i disse land. Siden en nå ”disiplinert” Social och hälsovårdsstyrelse i Finland heller ikke drev ”utfordrende” tilsyn, kunne det samme skje her.

Styringsgruppen kunne ha fått ideer om det nye tilsynet i de andre nordiske hovedstedene. Den, det vil si Mauritzen, gjorde ikke det. Irritasjonen over Morks utfordrende tilsynsvirksomhet hadde ”blindet”, eller ”blendet” dem. Den hadde gjort det lenge før Mauritzen dro på sammenligningsbesøk. Også slik var besøket overflødig. Men hadde han, og styringsgruppen, ikke vært så ”blindet” og irritert, kunne de fått noen ideer til håndteringen av tilsynsspørsmålet som kunne ha gjort at prosessen videre hadde fått et annet forløp, og et annet utfall.

Utredningsprosjektet: Styringsgruppens innstilling gjøres klar

Innstillingen var i all hovedsak klar tidlig i juli. I innspurten dukket det opp et lite problem, men et problem som for så vidt var av prinsipiell betydning. Styringsgruppen var, med sin modell, blitt svært avhengig av fylkeslegene: For å bli ”kvitt” Helsedirektoratet som forvaltnings- og tilsynsorgan måtte svært mye av forvaltnings- og tilsynsarbeidet delegeres til fylkeslegene. Fylkeslegene ble slik også en svært viktig del av den helsesektorielle styringslinjen nedover til det utøvende helsevesen i fylker og kommuner. På dette tidspunkt pågikk imidlertid også en annen debatt; den hadde tilknytning til fylkes- og primærkommunenes irritasjon over de mange statlige organers ukoordinerte inngrep i lokal-Norges virksomhet. Lokalpolitikerne og lokalbyråkratene så i mange tilfeller helst at statsorganene forsvant, eller iallfall at de kunne samordne sin virksomhet. Å gjøre fylkesmannen til lokal statssjef, noe à la den franske prefekt, kunne være et godtagbart

kompromiss. Arbeids- og administrasjonsdepartementet arbeidet med dette spørsmålet. For styringsgruppen var imidlertid en norsk "prefektordning" et problem. Den kunne gjøre det vanskeligere å bruke fylkeslegene som planlagt. Problemet ble ikke mindre for gruppen av at Administrasjonsdepartementets departementsråd, Knut Grøholt, satt i styringsgruppen. Grøholt "brummet" da også litt, men laget ingen dissens på dette punkt. Grøholt behøvde forsåvidt heller ikke sette foten ned. Hans departement hadde ennå ikke konkludert i "prefektspørsmålet". Sjefen for forvaltningspolitisk avdeling i Administrasjonsdepartementet skrev også i et notat datert den 28. mai 1991, altså mens styringsgruppen trakk sine endelige slutninger, at departementet fortsatt ikke hadde bestemt seg hva organiseringen av den lokale statsforvaltning angikk. Ja, om noe var samordningsiveren moderat i hans notat: "Hovedprinsippet for organisering av den lokale statsforvaltning vil også i framtiden være det funksjonelle prinsippet",.."[284]

Torsdag den 11. juli 1991 tok departementsråden turen ned i Calmeyers gate 1. Han ville orientere Helsedirektøren om hva styringsgruppen ville gå inn for. Det hastet nå, for Mork hadde sin siste dag før ferien den 12. juli. Helsedirektøren skulle slippe å få nyheten via rykter eller endog avisene, om at hans og hans stedfortreders embeder ville bli foreslått nedlagt. "Det var mest "fair" slik", mente Jon Ola Norbom.[285] Han gikk etter å ha konferert med statsråden.[286] Det var ikke en samtale han så frem til. Det var en samtale han ikke kom utenom: "Å gå og underrette Mork om hva vi var kommet til er noe av det verste jeg har gjort i mitt liv", sier han idag. Samtalen ble kort og formell. Norbom fortalte hva konsekvensene av forslaget ville bli for ham og Anne Alvik. Stort mere sa han ikke. Mork viste ikke spesielle følelser. Han lyttet, og spurte så: "Hva skal *jeg* gjøre da?" Norbom forsikret ham om at med hans medisinske kompetanse ville det ikke bli noe problem å finne beskjeftigelse. Han stilte ham romslige forskningsmidler i utsikt, men ingen lederstilling. Norbom ønsket ikke å ha Mork i en ledende posisjon lenger. Norbom og Mork skulle se hverandre noen få ganger til, men ikke veksle flere ord. Etter samtalen dro Norbom til Nederland. Han skulle se hvordan den nederlandske helseforvaltning i en bestemt henseende fungerte. Han ville, i siste liten, se om her var noe å lære. Det var det ikke. Norbom var imidlertid ikke helt seg selv etter møtet med Helsedirektøren. Han var tilbake i Oslo fredag aften. Mandag orienterte han assisterende helsedirektør Anne Alvik, hun var nå kommet tilbake fra sin ferie, om konsekvensene av styringsgruppens forslag for hennes embede. Han bad henne, som han hadde bedt Helsedirektøren, om, inntil innstillingen forelå, å behandle informasjonen som konfidensiell. Alvik var forberedt da Norbom kom. Hun hadde snakket med sin sjef på telefonen fredag. Det fortalte hun nå Norbom.

♦

Med Norboms orientering av de to direktoratsjefene var de prinsipielle spørsmålene avklaret. Men der gjenstod ennå en del skrivearbeid, og utkastene kom, ble omarbeidet og så omarbeidet igjen. Da styringsruppen møttes for nest siste gang, den 6. august, gjenstod først og fremst den siste runde med kapittel 1 (sammendrag og lignende), kapittel 6 (diskusjonen av

[284] Notatet, som ikke har noe arkivnummer (det gjelder vårt eksemplar), er altså datert 28.5.91 og har signaturen OTO. Det har overskriften "Organisasjonsgjennomgangen av den statlige helseforvaltning – forholdet til AAD's arbeid med organisering/samordning av den lokale statsforvaltning", og er stilet til departementsråden (altså Knut Grøholt). (Notatet finnes nå i vårt arkiv.)

[285] Fortalt av Jon Ola Norbom i samtale den 29.9. 2011.

[286] Som vi skal se nedenfor, fikk Mork inntrykk av at det at Norbom orienterte ham (TM) om konklusjonen hva angikk direktoratet var kommet etter initiativ fra statsråden.

løsninger), kapittel 7 (forslagene) og kapittel 8 (vurdering av økonomiske og administrative konsekvenser). Denne runden ble tatt på det aller siste møte, altså tirsdag den 13. august. Den endelige finpuss og sammenredigering stod så Norbom og hans "faktotum", Marit Stadheim, for. De arbeidet nå nærmest kontinuerlig og kunne først sette punktum i fire-fem-tiden på morgenen torsdag den 15. august. Departementsråden dro da hjem til sin leilighet på Ullern, mens konsulenten fikk overnatte på sofaen på hans kontor. Innstillingen ble torsdag morgen overlatt til trykkeriet.[287]

«**Den grønne bok**», Styringsgruppens forslag til omorganisering av den sentrale helseforvaltning, ble lagt frem den 19. august 1991. Bildet er fra overleveringsseremonien. Departementsråd Jon Ola Norbom fører ordet. Bak til venstre sitter mottageren, statsråd Tove Veierød. Pressen, spesielt hovedstadspressen, hadde hatt mange oppslag om rapporten på forhånd. Da den kom fikk den mindre oppmerksomhet. Akkurat denne dagen kom saken også helt i bakgrunnen for de oppsiktsvekkende nyheter fra øst: Gammelkommunister var iferd med å begå statskupp mot Michael Gorbatsjov. (Foto: Lise Åserud / NTB)

Mandag den 19. august kl. 0830 orienterte Norbom de ansatte i Helsedirektoratet om innstillingen; det skjedde i kantinen i direktoratet. Direktoratet fikk spesiell oppmerksomhet fordi det var den institusjon som ville bli mest berørt hvis innstillingens forslag ble satt ut i livet. Da Norbom ankom Calmeyersgate 1 bad han Mork om "fritt leide, som Luther i Worms". "Departementsråden har fritt leide", svarte Mork, med et skjevt smil.[288] Kl. 0930 møtte styringsgruppen institusjonslederne for de berørte institusjoner, representanter for hovedsammenslutningene, referansegruppen av tillitsvalgte, de hovedtillitsvalgte ved de berørte institusjoner og delprosjektlederne i plenumssalen i Pløens gate 8. Både i direktoratet og på dette møtet ble det lagt vekt på at ingen i helseforvaltningen behøvde å bekymre seg for sin stilling. Deretter dro Norbom og resten av styringsgruppen tilbake til departementet og innstillingen ble formelt overlevert til oppdragsgiveren, statsråd Tove Veierød. Norbom overleverte den med disse ord: "Jeg vet at du liker Bjørnson. Denne gangen er det *En glad gut*: Nå er boken din". Han vred litt på Bjørnson.[289] Deres daglige omgangstone var preget av

[287] Opplysningene om innspurten har vi fått fra Jon Ola Norbom (3.10.11) og Marit Stadheim (20.7.11). Opplysningene om ferdigstillelsen av kapitlene finnes i departementsarkivet (Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 11).

[288] Opplyst av Norbom i telefonsamtale den 9.1. 2012.

[289] Norbom henviste her til Marits ord til Øyvind: "Nu er bukken min". Ved deres første møte hadde Marit blitt begeistret for Øyvinds bukk og forsøkte å få Øyvind til å bytte den i en kringle. Da Øyvind hadde tatt imot kringlen, og smakt litt på den, kunne Marit konstatere at nå var bukken hennes. (Bjørnstjerne Bjørnson, *En glad gut*, Kjøbenhavn/Kristiania: Gyldendalske Boghandel, 1904, s. 4.) Opplysningene gitt i dette avsnittet baserer seg på samtaler med Jon Ola Norbom 29.9.11, Tove Veierød 5.8.09 og Marit Stadheim 20.7.11. Vi skal legge til at Norbom ikke bare var personlig ved denne anledning. Han understreket blant annet at det styringsgruppen nå leverte var et forslag til hovedstruktur, og la til at det "gjenstår et omfattende og krevende arbeid bl.a. med å

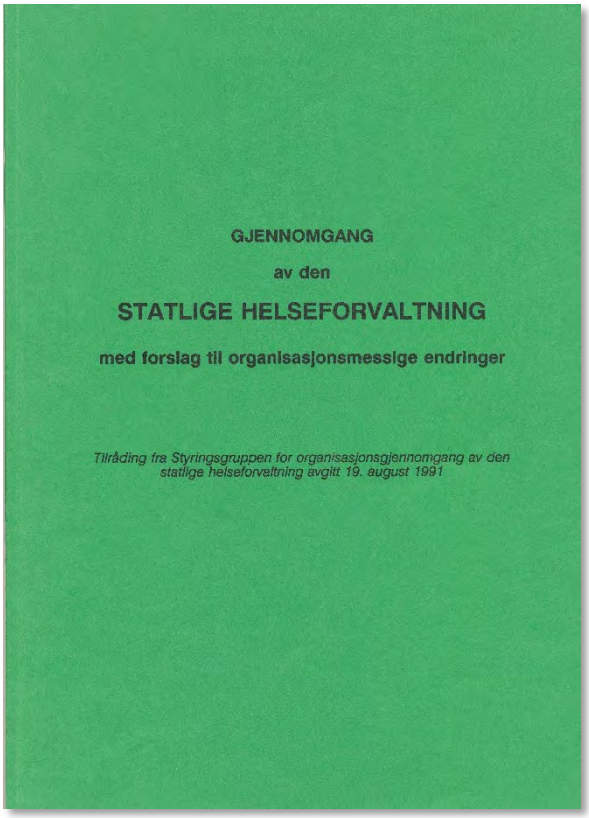
Bjørnson. Slik sett ble overleveringen hverdagslig og nesten privat, men også bekreftende: De to hadde allerede fått et godt forhold, et forhold som, om mulig, ble bedre i året som kom, og som fortsatt er godt. Men sitatet kunne jo også forståes "politisk": Nå var departementsrådens arbeid gjort; nå var ansvaret for oppfølgingen statsrådens. Det skulle imidlertid snart vise seg at det ikke bare var det.

Etter lunch ble innstillingen presentert på en pressekonferanse, holdt på Stefan-hotellet. Det ble en "saklig" konferanse. Helsedirektoratet holdt allmannamøte klokken 1400 i kantinen og kalte inn til pressekonferanse klokken 1530. Det var høyere temperatur på denne pressekonferansen enn på styringsgruppens.

Styringsgruppens innstilling hadde den prosaiske tittel *Gjennomgang av den statlige helseforvaltning med forslag til organisasjonsmessige endringer*. Dens omslag var gressgrønt. Den ble "Den grønne bok"; kfr. faksimile 3.2.

♦

Innstillingen utløste en omfattende debatt og dragkamp. Den ble innledningen til siste runde i omorganiseringsprosessene i helseforvaltningen i årene 1990 til 1992. Den satte igang "Norbom III-prosessen". Det vil si, denne prosessen fikk en forhåndsstart for så vidt som den offentlige debatt om innstillingen startet torsdag morgen den 1. august. Da hadde Aftenposten et stort innlegg av høyesterettsadvokat Alf Nordhus, med den litt kryptiske overskriften "Maktens metoder". Debatten fikk mer temperatur i dagene som kom, og altså før den grønne bok forelå. Vi skal komme tilbake til det.


GJENNOMGANG

av den

STATLIGE HELSEFORVALTNING

med forslag til organisasjonsmessige endringer

Tilråding fra Styringsgruppen for organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning avgitt 19. august 1991

Faksimile 3.2: «Den grønne bok» – Styringsgruppens innstilling, omslaget

Vi skal avslutte redegjørelsen for Norbom II-prosessen med først å presentere styringsgruppens innstilling og så med å redegjøre for den dramatikk som utspilte seg fra den 11. juli, den dagen Norbom orienterte Mork, og frem til den 19. august, den offisielle overleveringsdagen.

Den grønne bok

Omordningsarbeidet startet, som vi har sett, så smått sommeren 1989. Det skjøt litt fart etter valget og regjeringsskiftet utpå høstparten samme år. Det gjorde det som et hemmelig arbeid.

konkretisere ansvar, oppgaver og mål for det enkelte organ". (Fra Norboms overleveringstale. Et eksemplar av talen (på en halv side) befinner seg i vårt arkiv.)

Høsten 1990, etter det nye, ikke valgbaserte regjeringsskiftet, skjøt arbeidet ytterligere fart og ble samtidig åpnet noe, men bare noe, opp. Hovedutredningsarbeidet skjedde i regi av den nokså lukkede styringsgruppen, en gruppe som fungerte som statsrådens, og dermed også regjeringens[290], egen tenkegruppe, og som Stortingets sosialkomite var informert om. Åpningen var, har vi sett, begrenset til utredningsprosjektene (delprosjektene) – prosjekter som i stor grad fungerte på siden av styringsgruppens arbeid, og som fikk liten innflytelse på styringsgruppens innstilling.

Jon Ola Norboms, og Tove Strand Gerhardsens, utgangspunkt for å sette i gang det omfattende omordningsarbeidet, var, som Norbom uttrykker det, at "Heløe-reformen ikke virket". Den uklarhet som lå i den gamle medikratiske ordningen, der Helsedirektøren vekslet mellom å være en uavhengig direktør og en avhengig ekspedisjonssjef, eller snarere helseråd, ble nok på ett vis opphevet. Nye uklarheter, og dermed ny kompetansestrid, kom imidlertid til. Norbom hadde, da han kom våren 1984, håpet at uklarhetene etter hvert skulle bli avklaret og at kompetansestriden dermed ville dø hen. Det var altså det motsatte som skjedde. Personlige ambisjoner, og etter hvert også personlig animositet, bidro til dette. Heløe-reformen virket altså dårligere og dårligere. I siste instans var dette statsrådens, og hennes fremste rådgiver, departementsrådens, problem, eller floke, og ansvar: De lyktes ikke som de øverste ledere av landets offentlige helsevesen. Som de så floken måtte den angripes "internt", og derfor defineres som en politisk oppgave. Hadde de, mente de, sluppet alle "berørte parter" til i omordningsarbeidet ville det betydd at den striden omordningen skulle gjøre slutt på, ville fortsatt og kanskje blitt enda mer betent.

Nå, den 19. august 1991, forelå innstillingen fra styringsgruppen. Noe hadde kommet ut før, som gjetninger basert på blant annet Ikke-dokumentet, på hovedprosjektplanen, på delprosjektrapportene og på inntrykk skapt gjennom blant annet styringsgruppens institusjonsbesøk. Avisene begynte å trykke en del av disse gjetninger fra den 2. august, som nevnt antagelig inspirert av Alf Nordhus innlegg om "Maktens metoder". Men intet hadde lekket ut fra selve innstillingen før den 7. august, altså 12 dager før innstillingen formelt ble lagt frem. Lekkasjen kom gjennom Aftenposten. Vi skal snart komme tilbake til den.

Som vi har sett, var styringsgruppen svært opptatt av de to "linjer" i forvaltningen, den vertikale og den horisontale. Den vertikale hadde tidligere, sentralt, hatt tre nivåer, departementet, direktoratet og resten. Styringsgruppen foreslo nå at der ble to nivåer, altså at direktoratet måtte fjernes som enekoordineringsorgan på nivå nr. to. Departementet ville selv slik bli, hvis innstillingen ble fulgt, det ene koordineringsorgan. Vi har ovenfor omtalt denne ordningen som en utpreget politokratisk ordning: All overordnet styringsmyndighet ville bli "sosialisert" (til departementet), i prinsippet også mye av tilsynsmyndigheten. En slik styringssosialisering var, mente styringsgruppen, nødvendig for å eliminere det uuttalte problem Helsedirektøren var (for departementet). Med denne løsningen ville Helsedirektoratet bli et nivå to-organ, sidestilt de institusjoner det tidligere var overordnet. Men selv som sådant kunne det skape problemer, mente styringsgruppen – dog uten å si det eksplisitt. Helsedirektoratet måtte derfor, mente gruppen, frataes ikke bare all tilsynsmyndighet, men helst også det meste av forvaltningsmyndigheten. Det måtte gjøres til et stabspreget nivå to-organ. Og her var det den funksjonsanalysen styringsgruppen hadde tatt utgangspunkt i, ble viktig: Det tidligere direktorat kunne bli et kompetanseforvaltnings og –rådgivningsorgan. Man kunne for så vidt si at som et sådant organ ville ikke direktoratet egentlig bli et ekte nivå

[290] Norbom og Mauritzen representerte Sosialministeren, Nils Holm og Steinar Stokke Finansministeren, Knut Grøholt Arbeids- og administrasjonsministeren og Christian Hambro Statskonsult.

to-organ: Som stabsorgan skal det jo stå utenom den vertikale linjen. Det skal gi råd, på, eller til, nivå nr. én, men også til institusjoner på andre nivåer, også lokalt. Det skulle kalles Senter for helsetjenestekompetanse og omfatte direktoratets helsetjenesteavdeling (som dog skulle miste mange av sine oppgaver), helsetjenesteforskningsgruppen ved SIFF, Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) i departementet og litt av direktoratets helserettsavdeling. Det skulle altså være et faglig bredt orientert kompetanseorgan, men for klinikken alene.

Vi har sett at departementet ellers var forsiktig på det nye nivå nr. to. De institusjonene som tidligere var underordnet Helsedirektoratet fikk nå, etter forslaget, fortsette som egne institusjoner. Styringsgruppen foreslo bare en forsiktig form for sammenslåing her, nemlig sammenslåing gjennom samlokalisering og en viss administrativ fellesdrift, nemlig den som fulgte naturlig av samlokaliseringen. Gruppen foreslo å lage to forebyggelsessentre, et for samfunns- og miljørettet forebyggelse (og helsefremme) og et for individrettet forebyggelse (og helsefremme). Det første skulle bestå av Statens institutt for folkehelse samt forebyggingsavdelingen i direktoratet og Statens rettstoksikologiske institutt. Det siste skulle fortsette å være ”selvstyrt”, det er jo ikke egentlig en forebyggelsesorientert institusjon; det foreslåes allikevel lagt til dette senteret fordi det er faglig relevant. Forebyggingsavdelingen, som kom fra direktoratet, ville imidlertid styringsgruppen integrere i SIFF. Det annet senter skulle nesten bare være et bofellesskap, et fellesskap bestående av de forholdsvis selvstyrte institusjonene Statens helseundersøkelser, Ernæringsrådet, Tobakkskaderådet og Rusmiddeldirektoratet. De to mindre folkehelseinstitusjonene, Statens strålevern og Kreftregisteret, ville styringsgruppen, inntil videre, la fortsette som før, men deres fremtidige plassering antydes: De er tegnet inn nær Senter for samfunns- og miljørettet forebygging.[291] Heller ikke Giftinformasjonssentralen foreslår gruppen å plassere i noe senter. Som en kombinert klinisk og preklinisk institusjon, var den vanskelig å senterplassere. På kartet er den tegnet inn mellom Legemiddelverket og sykehusene, altså på den kliniske siden.

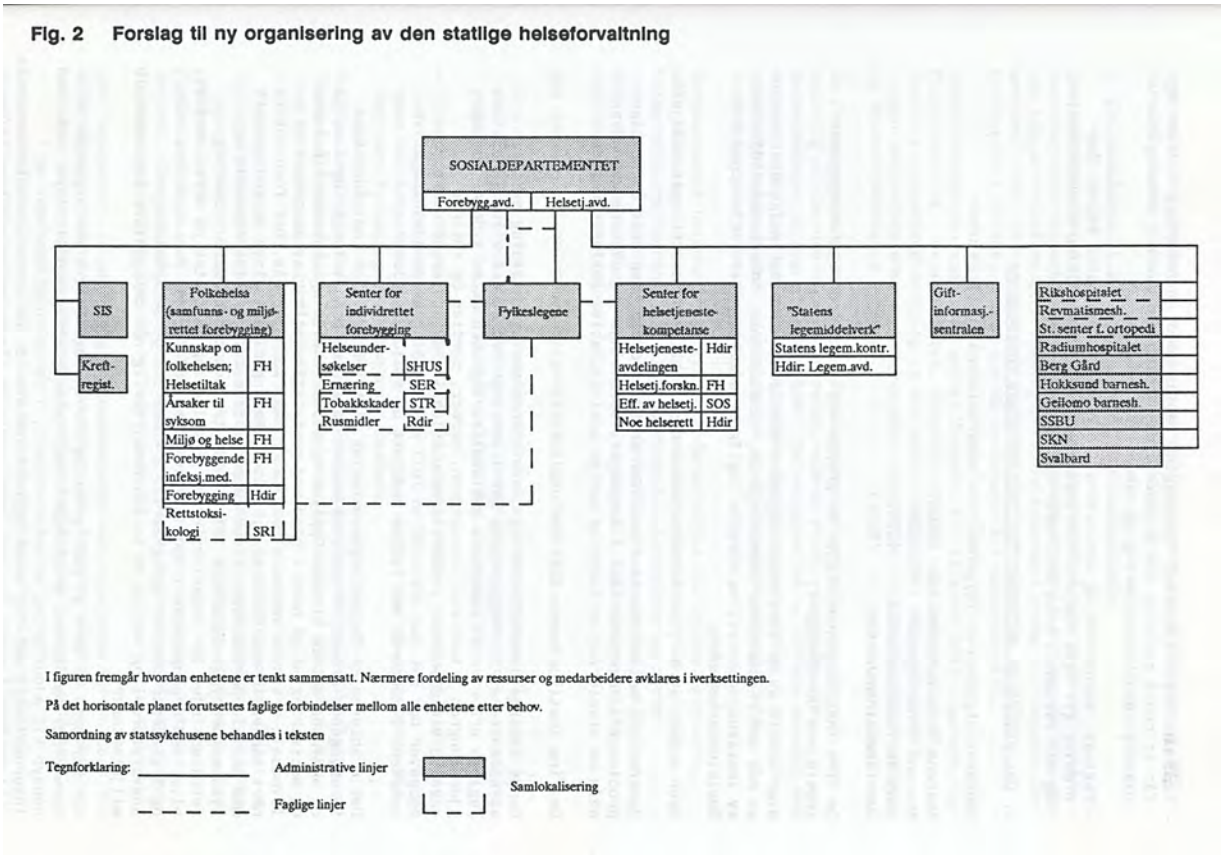
Styringsgruppen foreslår å lage et eget legemiddelverk, som en kombinert kompetanse-, forvaltnings- og tilsynsinstitusjon. Det var ”nødvendig” for å tømme det gamle direktoratet for de to siste typer oppgaver, men også hensiktsmessig hvis man skulle styrke kompetansenivået på det legemiddelfaglige område.

Vi har sett at styringsgruppen foreslår å legge styringen av sykehusene inn i departementet. Den vil ikke ha noe felles sykehusstyre eller andre styringsorganer utenfor departementet. Det ville gi (nesten) tre nivåer på den kliniske siden. Styringsgruppen foreslår heller ikke å slå noen av de kliniske statsinstitusjoner sammen. Det henvises i den sammenheng til det arbeid som skjer i forbindelse med planleggingen av det nye Rikshospitalet.

Som vi også har sett foreslår styringsgruppen å dele helsetjenesteavdelingen i departementet i to og lage en egen forebyggelsesavdeling. Som vi har nevnt, tar imidlertid ikke gruppen opp de departementale samordningsutfordringer det skaper, blant annet spørsmålet om der bør komme en egen helse(departements)råd, ja, om der bør komme et eget helsedepartement.

I faksimile 3.3 er styringsgruppens forslag til ny ordning av den sentrale helseforvaltning gjengitt.

[291] Gruppen ville vente med å si noe om disse institusjonene, siden det for tiden ble vurdert å slå SIS sammen med Statens atomtilsyn og siden personvernutvalgets innstilling ville kunne få konsekvenser for Kreftregisteret.



Faksimile 3.3: Styringsgruppens forslag til ny ordning av den sentrale helseforvaltning i Norge (innst. S. 67)

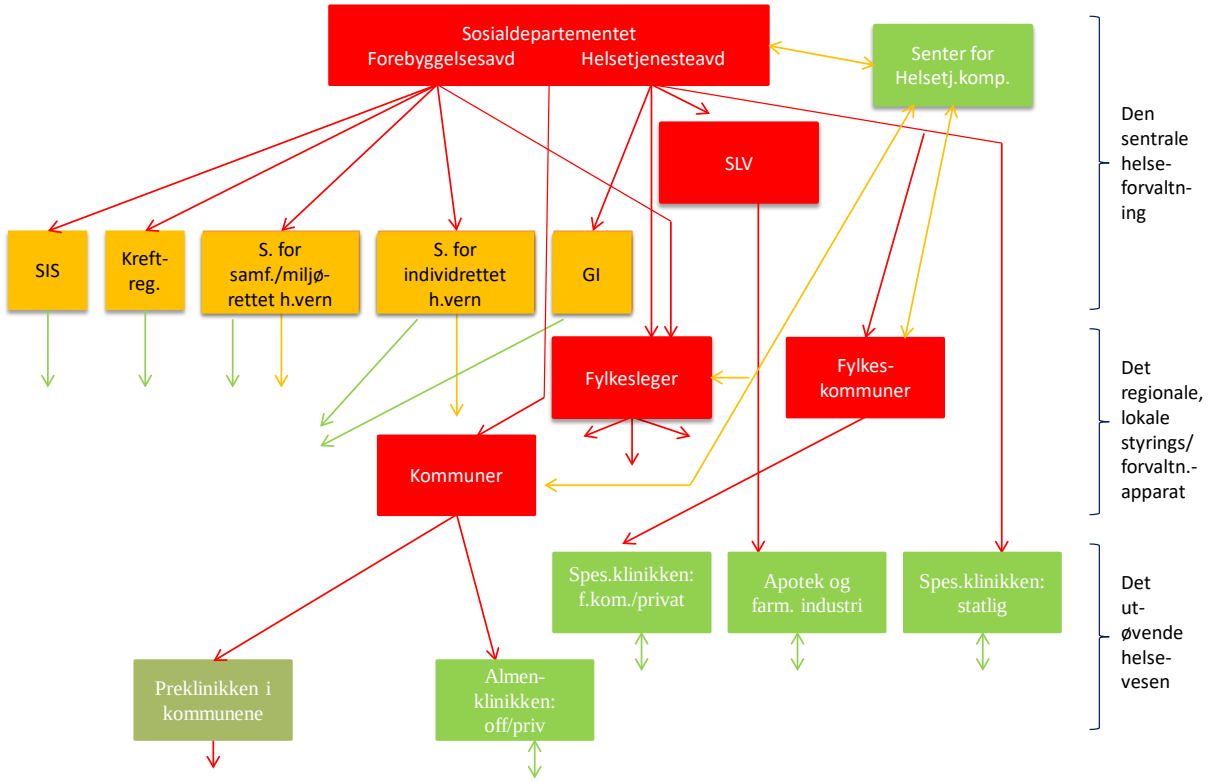
Forslaget er, som vi har påpekt flere ganger, svært styringssentraliserende. Kombinasjonen av to sentrale nivåer og et svært oppdelt nivå to, gir departementet et meget vidt styringsspenn. Man kan tolke figuren dithen at styringsspennet er på ni, men da er sykehusene sett under ett og fylkeslegene det samme, i tillegg til at de samlokaliserte institusjoner sees på som eneinstitusjoner. Ser man på de institusjoner som bare er samlokaliserte som egne institusjoner, og fortsatt betrakter sykehusene og fylkeslegene som samlede institusjoner, blir styringsspennet på 13. Løser man opp sykehusene også, blir styringsspennet på 22. Man kan også si at det at nivå to er så heterogent – det omfatter både institusjoner som har utpregede forvaltningsoppgaver og institusjoner som har tjenesteytende, endog kliniske, oppgaver, forsterker departementets samordningsutfordringer. Ja, egentlig er ikke de tjenesteytende institusjoner, i første rekke de kliniske, forvaltningsinstitusjoner, og skulle derfor ikke vært tegnet inn på nivå to i denne figuren. De tilhører "laveste" nivå i helsevesenet, sammen med de fylkeskommunalt og privat eide sykehus, de (oftest) kommunalt eide sykehjem og de lokale, ekstramurale, private som offentlige, klinikker.

La oss legge til at det at departementet, etter forslaget, skal ha to helseavdelinger forsterker dets samordningsutfordringer.

I sin modell har ikke styringsgruppen vist styrings- og forvaltningsorganenes tilknytning nedover til de helsetjenesteytende organer. Noen av de siste er, som nevnt, tatt med i figuren, men da plassert på forvaltningsnivå, ikke på tjenesteytende nivå. Det er generelt vanskelig å lage en figur hvor de ulike skillene trer klart frem, blant annet fordi en del oppgaver kan ha et kombinert forvaltende, eller styrende, og tjenesteytende preg. Spesielt er det tilfelle på det

prekliniske (forebyggende) område. Vi har allikevel forsøkt å sette styringsgruppens forslag inn i et mer alment helsevesensperspektiv; kfr. figur 3.3. Som figuren viser har vi plassert det nye ”annerledesorgan”, altså Senter for helsetjenestekompetanse, i en stabsposisjon, men i en stabsposisjon til organer på flere nivåer. Det blir riktig å gjøre det bare i den grad, eller for så vidt som, det gamle direktorat frataes linjebaserte forvaltningsoppgaver. På dette punkt er imidlertid ikke styringsgruppen helt klar. Vi føyer til at det, etter forslaget, bare er det gamle direktorat som blir et (nesten) énfunksjonelt organ. De andre organene får i de fleste tilfeller funksjonelt fortsette som før, altså som flerfunksjonelle organer, hvor den stabspregede rådgiveroppgave bare er én av flere oppgaver. Det nye legemiddelverket blir, etter styringsgruppens forslag, et utpreget ”fullfunksjonelt” helseforvaltningorgan, og får slik sett en oppgaveprofil som ligner på det ”gamle” helsedirektorats.

Som vi har nevnt må den foreslåtte modell også forståes forvaltningspolitisk. Den kombinerer det som, etter departementets mening *måtte* gjøres, med det som var *mulig* å gjøre. Helsedirektoratet *måtte* avmedikratiseres. Det innebar også at det institusjonelle helsedirektørembedet måtte bort. Sjefen for det foreslåtte restdirektoratet, Senter for helsetjenestekompetanse, måtte bli en ”vanlig” direktør, eller eventuelt senterleder. For å lykkes med denne operasjonen måtte færrest mulig av de andre institusjonslederne, og deres støttemiljøer, utfordres. Det styringsgruppen kalte ”det horisontale mønsteret”, og som altså bestod av alle institusjonene som nå skulle styres av departementets to avdelinger, og departementets ledelse, ble derfor svært bredt.



Figur 3.3: Styringsgruppens forslag til nyordning av den sentrale helseforvaltning, satt opp etter funksjonelle kriterier og knyttet til helsevesenet som helhet. Røde farver indikerer at organene i betydelig grad har styrings- og forvaltningsoppgaver, grønne at de har helsefagforvaltende/ rådgivende eller helsefagutøvende oppgaver og oransje at de har kombinert styrende og rådgivende funksjoner. Piler som peker i begge retninger symboliserer dialogiske (interaktive) forhold.

♦

Delingen av Helsedirektoratet i 1983 var uttrykk for et ønske om større grad av politisk kontroll med ikke bare helseforvaltningen, men hele helsevesenet. Den var politokratisk. Samtidig var den nyttestatlig; den var uttrykk for den fremvoksende, mål- og resultatorienterte nye offentlige ledelse. Hensynene til de to styringsregimer lot seg i denne fase godt forene. Denne styringsoffensiv ovenfra hadde det medisinske fagstyre som fremste angrepsobjekt. Da de mer selvbevisste styrere ikke følte at 1983-reformen virket som de hadde tenkt – hverken medikratiet eller medikraten lot seg så lett disiplinere som de hadde tenkt – begynte de å se seg om etter nye virkemidler. Det skjedde for alvor fra 1986, med regjeringen Brundtland IIs komme. Den sosialistisk bevisste statsråd Gerhardsen ville styre. For departementet, og ikke minst dets departementsråd, var det naturlig: Departementet, som *han*, var *til* for Statsråden, ja *"var"*, som han uttrykte det, statsråden. Hun begynte da, med hans bistand, en styringssosialiseringsprosess: I 1988 ble kimen til en forebyggelsesavdeling sådd i departementet; Forebyggingsenheten kom, beleilig organisert direkte under departmentsråden. I tillegg kom Sekretariatet for modernisering og effektivisering, også det i departementet. Den nasjonale helseplan, som også kom nå, var et mer generelt uttrykk for de voksende styringsambisjoner. Departementsråden holdt i noen grad den ivrige statsråd tilbake de første par årene. Han ville ennå en stund forsøke den diplomatiske vei. Han gav den, som vi har sett, opp sommeren 1989. Det forslag som nå forelå, i august 1991, var sluttføringen av denne snuoperasjonen, men for så vidt også sluttføringen av den prosess Leif Arne Heløe og Astrid Nøklebye Heiberg startet i 1983: Nå skulle makten samles i departementet, hos statsråden. Det viser hvor sterkt dette ønske nå var blitt at departementsråden, som også hadde sans for nyttestatligheten, foreslo en ordning som ville presse departementets styringskapasitet til bristepunktet. Vi skal føye til at en episode våren 1986, etter Tsjernobylulykken i Ukraina, også kom til å spille en rolle for at Norbom etter hvert gav opp "Heløe-ordningen": Direktoratet hadde sendt ut beskjed om at hvis Bequerel-verdiene i Norge nådde et visst nivå måtte sauer slaktes. En dag kommer en opprørt direktør i Statens institutt for strålehygiene, Johan Baarli**,** på besøk i departementet. Han vil snakke med statsråden, men både hun og departementsråden var borte og han måtte snakke med ekspedisjonssjef Finn Høvik. Baarli sa at Bequerel-verdiene var satt for lavt og at direktoratets beslutning ville føre til unødig masseslakt av sauer. Helsedirektøren reagerte siden på at strålevernssjefen hadde gått utenom ham, eller medisinalråden, og det hele endte med at departementsråden måtte gi sin venn fra krigsoppholdet i Tyskland, og fra deres felles tid i Genève, Baarli, en slags skriftlig irettesettelse. Norbom sier i dag: -Da begynner jeg å skjønne at dette er et underlig system, og det var vel slik tanken om tonivåmodellen ble laget.[292]

Men departementsrådens, og hans statsråds, ja, regjeringens, prosjekt var også dristig. Den almene offentlige styringsutviklingen var nå preget av at nyttestatsfilosofien spilte en stadig

292 Uttalt av Jon Ola Norbom i intervju 9.9. 2009. Baarli var i Genève knyttet til atomforskningsprogrammet CERN, samtidig med at Norbom arbeidet ved GATT. Selve Tsjernobylsaken hadde imidlertid et nokså sammensatt forløp. Det var både faglig uenighet og usikkerhet om saken. Myndighetsorganer både sentralt og lokalt viste usikkerhet og uttalte seg ulikt. Nyheter fra utlandet bidro til å piske opp stemningen og etter hvert oppstod det betydelig mistillit mellom myndigheter og store grupper i folket. Helsedirektør Mork var bare i landet under den første uken etter eksplosjonen, og uttalte seg da beroligende, i tråd med råd fra Baarli. Medisinalråd Alvik søkte råd i flere miljøer, noe Baarli mislikte så meget at han henvendte seg til departementet. (Opplysning gitt av A. Alvik 15.10. 2012.) Det er redegjort utførlig for saken i *Michael Quarterly* nr. 1, 2011 (årg. 8): Øivind Larsen (f. 1938), Stein A. Evensen (1942) og Christoph Gradmann (1960), red., "Tsjernobylulykken 1986 – et aktørseminar".

større rolle og var iferd med å konkretiseres både som en mer ambisiøs mål- og resultatstyring og som en bedriftsliggjørelse, til dels også en privatisering, av den verdiskapende virksomhet. I begge tilfeller fikk denne filosofien et visst politikk-, og dermed demokratiskeptisk, innhold. Gjenvalgsorienterte "amatører" egnet seg ikke til å styre som de foretrakk, nemlig "diskresjonært". De fikk nøye seg med å styre gjennom (stående) lover: "Rules rather than discretion", var rådet fra Finn Kydland (f. 1943) og Edward Prescott (f. 1940) – et råd som siden skulle gi dem minneprisen (etter Nobel) i økonomikk (2004).[293] Men skulle staten drive produksjon eller tjenesteytelse, skulle den altså gjøre det målrettet og bedriftslig. For helsevesenets del innebar det flytting av oppgaver fra departementet til konsernlignende forvaltningsorganer og videre til helsetjenesteytende bedrifter; det som siden skulle bli helseforetagender. Denne avpolitiseringen av styringen tok for alvor til med regjeringen Willoch og ble videreført av de etterfølgende regjeringer, Brundtland II, Syse og Brundtland III. Den var ikke nådd helse- og velferdspolitikken ennå, men den var en så vidt almen, internasjonal tendens, at den gjorde Norbom-prosjektet krevende.

Som en del av den nytteorienterte bølge, vokste også opptattheten av kvalitet. Kvalitet ble i økende grad et sentralt mål i målstyringen. Kvalitetskontroll, og dermed tilsyn, som profesjonalisert virksomhet, ble slik stadig viktigere, også i den statlige styring. Som den øvrige målstyring, pekte denne i avpolitiserende retning. Denne kvalitetsbølgen ble i noen grad koblet til rettighetstenkningen, som nå, i takt med den tiltagende individualisme og brukerbevissthet, spredte seg i en velutdannet befolkning. Velferdspolitikken hadde, formelt som uformelt, gitt folk flest inntrykk av at de hadde omfattende rettigheter, rettigheter som de nå i stigende grad forstod som en slags forsikringsavtaler. Helsedirektøren, som hele sin tid hadde ønsket å gjøre publikums rettigheter vide – han var en radikal egalitarist – kunne spille på denne tendensen i samfunnsutviklingen. Han kunne utnytte en tendens som mer hadde et høyreliberalt enn venstreliberalt preg til å drive venstrepolitikk: Jo mer frihet han fikk, jo mer kunne han være venstrepolitiker, eller "vaktbikkje".

Men Norbom hadde krysset Rubicon, som vi har sagt, og var ikke innstilt på å snu. Han ville videre. Han ville virkeliggjøre den plan han hadde vært med på å skape gjennom styringsgruppen. Han kunne gjøre det fordi han haddde sin statsråd, og hennes regjering, med seg, men også fordi han var nokså sikker på at han hadde et flertall på Stortinget med seg. Det siste var viktig, siden regjeringen var en mindretallsregjering. I grunnen var det bare Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet han regnet med å få imot seg, og planen. Den remissrunde som nå skulle komme, var derfor av mindre betydning. Det samme var den pressedebatt han skjønte ville komme. Vi har nevnt at Norbom i slutten av april ikke var sikker på at man trengte en remissrunde; skulle man ha en sådan måtte den imidlertid skje raskt. Det hastet med å få satt den nye modellen satt ut i livet, og strengt tatt var jo saken fortsatt en statsrådssak. Nå var det imidlertid blitt åpenbart at departementet ikke kom utenom en vanlig remissrunde.

♦

Styringsgruppens forslag til ny modell for den sentrale helseforvaltning var spesielt. Man fant ingen paralleller ellers i sentralforvaltningen. Det var spesielt at man, på forvaltningsnivå, ville lage egne kompetansesentre; "spesielt spesielt" var forslaget om å gjøre direktoratet om til et kompetansesenter for helsetjenesten. Det var også spesielt å foreslå at

[293] Finn E. Kydland og Edward C. Prescott, "Rules Rather Than Discretion: About the Inconsistency of Optimal Plans", *Journal of Political Economy*, b. 85, nr. 3, 1977, s. 473–491.

sentralforvaltningen skulle ordnes i to nivåer. Det innebar at helseforvaltningen ble svært sentralisert, eller politisert, og det i en tid hvor avpolitisering var det forvaltningspolitisk viktigste stikkord. Begeistringen for forslaget var da også moderat, også innad i styringsgruppen, og i gruppens nærmeste omgivelser. Vi har sett at (nytte)teoretikerne Hambro og Grøholt, men i mindre grad Finansdepartementets mann, Stokke, lenge var usikre på viktige sider ved modellen (det politiserende). Vi har også sett at Terje Haugli Nilsen, som sekretariatsmedlem i siste fase, var svært skeptisk til den. Ólafur Pétursson, gruppens sekretær fra starten av, var nok også skeptisk til modellen. Iallfall gav han våren 1993 uttrykk for det i et intervju. Han ønsket, sa han, å beholde direktoratet som et organ på nivå nr. to.[294] I den grad han var skeptisk, kan det ha sammenheng med at han hadde vært ansatt tre år i Helsedirektoratet før han i 1988 kom til departementet. Var han skeptisk gav han dog ikke uttrykk for dette overfor noen, og trivdes i det hele svært godt som sekretariatsmedlem.[295]

Hva så med Norbom selv? På vegne av hele gruppen sier han, mange år etterpå: ”Vi var ikke begeistret for vårt eget forslag”. Han legger imidlertid til: (Vi) ”visste (at) det ville bli vanskelig, men vi fant ut at det ikke var noen annen måte å gjøre det på.”[296] Vi skal føye til: For Norbom, som for departementets øvrige administrative ledelse, og til dels for statsrådene Gerhardsen og Veierød, og for statssekretær Aasen, var den modellen styringsgruppen kom frem til den beste måten å redusere, eller kanskje fjerne, det styringsproblem den uavhengighetsbevisste og ofte svært frittalende Helsedirektøren representerte. Styringsgruppen kunne ikke offisielt begrunne sitt forslag slik. Den måtte omtale det personlig pregede ”restmedikratiske” problem som et organisatorisk problem. Den kunne også tenke, og iallfall gjorde Norbom det, at den modellen som ble foreslått i prinsippet kunne sees på som personnøytral: Man måtte lage en ordning som gjorde at heller ikke senere helsedirektører (eller lignende), i større eller mindre grad preget av den medikratiske kultur, kunne skape problemer for departementet. For så vidt som Morks sannsynlige etterfølger, Anne Alvik, ved flere anledninger hadde vist ”morkske” tendenser, mente Norbom den ”forebyggelse” som lå i styringsgruppens modell var viktig.

Norbom III: Veien til Stortinget

Norbom II-prosessen avsluttes og den ”politiske” forhåndsbehandlingen av innstillingen tar til

Departementsråd Norboms møte med helsedirektør Mork torsdag den 11. juli representerte begynnelsen på slutten på Norbom II-prosessen. Samtidig innledet det starten på det vi, med en liten tilsnikelse, har valgt å kalle ”Norbom III-prosessen”. Fra nå av startet nemlig også dragkampen om den grønne boks modell, altså den ”politiske” behandling av innstillingen.

[294] Pétursson gav uttrykk for dette i intervju med Einar Vetvik 19.2. 1993. (Referatet av intervjuet fikk vi av Vetvik i november 2011.) Det hører med til bildet at Pétursson mer var en teknisk sekretær, enn en ”forfattersekretær”, og hadde dermed mindre anledning til å presentere meninger enn for eksempel Nilsen og Sæbø.

[295] Norbom skriver i e-post til oss den 2.1. 2012 at han ikke kan huske at Pétursson på noe punkt gav uttrykk for skepsis overfor de synspunkter som kom til uttrykk i den grønne bok. Heller ikke Thomas Mauritzen (samtale 17.3.11) og Øyvind Sæbø (19.3.12) kan huske at Pétursson gav uttrykk for ”avvikende” vurderinger.

[296] Uttalt av Norbom i samtale den 9.9. 2009.

Dette er en behandling som delvis løper på siden av den formelle, departementale behandling og delvis er en del av den, i første rekke gjennom remissrunden. De to behandlingsformene løper så til slutt sammen i den behandling som skjer i Stortinget. Denne integrerte behandlingen avsluttes med behandlingen i Odelstinget den 15. og delvis 16. juni 1992: Behandlingen foregikk til godt over midnatt.

Hvorfor vi kaller det en tilsnikelse å omtale prosessen som nå starter "Norbom III-prosessen", vil fremgå etter hvert.

Det var ikke vanlig at departementsråden besøkte Helsedirektøren, endog på hans kontor. Sekretærene på direktoratsledelsens forværelse, konsulent Kari Sundheim (1944-2002) og førstefullmektig Karin Mørch (f. 1947), kunne ikke huske "at en departementsråd noen gang hadde bedt om å få komme til helsedirektørens kontor til en samtale med ham", skriver Anne Alvik i et tilbakeblikk.[297] Da Norbom var gått, kom Mork ut, med et dystert uttrykk i ansiktet. Damene på forværelset var rystet. De hadde aldri sett ham slik. Han sa bare at han skulle ut. Så gikk han, med sin faste følgesvenn de senere år, den noe uoppdragne, men trofaste, hunden Pan, og ble borte et par timer. Også dette var uvanlig. Mork gikk sjelden eller aldri ut midt i arbeidstiden. Det hadde også medisinske årsaker. Han hadde nå knapt nok pust til å gå særlig langt. Men nå gikk han altså, oppover langs Akerselven. Han var tilbake før arbeidstidens slutt.

Fra oven var der, først på Staur, og siden gjennom styringsgruppeprosessen, kommet såpass mange signaler om at en større omlegning av helseforvaltningen ville komme, at man skulle tro Helsedirektøren ikke skulle blitt så overrasket over det budskap Norbom kom med. Han ble overrasket. Det samme ble hans stedfortreder: "Både Mork og jeg ble rystet over det vi hadde fått vite", forteller Anne Alvik. Hun fortsetter: "Vi hadde vært urolige for hva som kunne komme som forslag fra (styrings)gruppen, men dette var mer dramatisk enn vi trodde".

Alvik var ennå på ferie, på hytteferie, da Norbom kom på besøk til Mork. Hun hadde imidlertid en viss telefonkontakt med Mork. De hadde, siden hun tiltrådte som hans stedfortreder i 1985, fått et nært og tillitsfullt forhold. Da han ringte fredag 12. juli var det egentlig for, som hun sier, "å overlevere "stafettpinnen" og orientere om pågående saker". Hun føyer til at "det ble en annerledes, mye lenger og mer dramatisk telefonsamtale enn vi hadde vært vant til ved slike anledninger".[298]

Etter at Mork fredag formiddag hadde snakket med Anne Alvik gikk han inn til ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard, sin nærmeste juridiske rådgiver siden han ble ansatt i 1972 – og orienterte ham. "Jeg fant det riktig selv om jeg hadde lovet Norbom å "holde tett"", skriver han samme ettermiddag i et notat, eller brev, til Anne Alvik. Etter regjeringens statsrådsmøte, ringte han så Sosialministeren og ba om et møte. Hun sa ja og de hadde så "en kort samtale under 4 øyne".

Mork noterte etter møtet ned punktene fra samtalen. Notatet er skrevet med rød tusjpenn – Mork brukte ofte en sådan – og er stilet til Anne Alvik. Det er personlig og er ikke offisielt arkivert. Han forteller i notatet at Tove Veierød hadde sagt "at det var hun som hadde bedt

[297] Anne Alvik, "Fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn – en titt bak kulissene", i Ole Berg m. fl., red., *Medisin og samfunn*, Oslo: Unipub forlag, 2003, s. 27 (hele artikkelen: s. 23–31). Det følgende baserer seg på denne artikkelen, samt på intervjuer med Anne Alvik (24.4.09, 29.6.09 og 13.12.11 (tlf.)).
[298] Sitatene i dette avsnittet: *ibid.*

Norbom underrette meg". Han føyer til: "Norbom hadde åpenbart ikke tenkt på det selv!". På dette punkt kan han imidlertid ha feiltolket henne. Statsråden og departementsråden drøftet spørsmålet om å orientere Helsedirektøren, men departementsråden er i dag ikke i tvil om at det var han som reiste spørsmålet om å orientere Helsedirektøren. De var imidlertid enige om at det burde gjøres. Tove Veierød husker i dag ikke bestemt hvem det var som tok initiativet, men bekrefter at hun og Norbom diskuterte saken og var enige om at han skulle orientere Mork.[299]

Mork forteller videre i sitt notat til Alvik at Statsråden hadde sagt "at det var en skisse Norbom hadde presentert og at intet var bestemt". Mork fortsetter med å si at at han eksplisitt spurte statsråden "om dette egentlig sprang ut av et ønske om å bli kvitt meg (og ev. også deg),.." "Hun forsikret", heter det videre, "at slik var det ikke – og jeg tror henne". Han fortsetter: "Men jeg sa også at grunnen til at jeg spurte var at jeg anså skissen som usedvanlig uheldig for norsk helsevesen uten å gå nærmere inn på det"… "Min andre begrunnelse for spørsmålet sa jeg rett ut var at jeg i samtalen med Norbom indirekte fikk et inntrykk av at jeg ikke var spesielt ønsket i den statlige helseadministrasjon". I parentes skriver han så: "Kanskje jeg også holder på å bli paranoid!! Statsråden", skriver han videre, "forsikret at hun for sitt vedkommende ikke ønsket "å bli kvitt meg"". Mork bemerker også at han tror det "ville være lurt om du også tar en samtale med statsråden etter at Norbom har orientert deg. Jeg tror statsråden også vil sette pris på det. Hun trenger den in-put hun kan få!"[300]

Det er åpenbart at samtalen har vært "asymmetrisk". Mork kom for å spørre henne om motiver og planer, men gjorde det på en måte som gjorde det vanskelig for henne å svare annet enn rent formelt og nokså uforpliktende. Utover det, valgte hun, naturlig nok, å si at hun ikke kunne gå inn på en innstilling som ennå ikke var helt ferdig og som hun ennå ikke hadde fått. Tove Veierød husker i dag ikke møtet godt, men sier at "det var ikke noe behagelig møte".[301]

Mork har neppe opplevet møtet som ubehagelig. Han presenterer henne ikke som en "motstander"; motstanderen er Norbom. Han skriver jo at han "tror henne". Man får nesten inntrykk av at han, på tomannsånd, ble litt påvirket av hennes feminine vennlighet. Han antyder således overfor sin nestkommanderende at statsråden kanskje kan påvirkes; det er derfor han oppfordrer Anne Alvik til å ta kontakt med henne.

Da Anne Alvik mandag morgen kom på kontoret lå det håndskrevne notatet fra Torbjørn Mork på hennes skrivebord. Alvik fulgte ikke sin sjefs oppfordring om å ta kontakt med statsråden.

♦

Når Mork hadde ferie, eller var på reise i utlandet, fungerte Anne Alvik vanligvis nokså selvstendig som fungerende helsedirektør. Han stolte på henne og ville ikke fjernstyre henne. Men denne ferien ble det mer telefonkontakt enn vanlig. De hadde begge behov for å

[299] Opplysning gitt av Norbom i e-post den 2.1. 2012 og av Veierød i telefonsamtale den 2.1. 2012.
[300] Alle sitatene i dette og foregående avsnitt er fra Torbjørn Morks håndskrevne notat, eller brev, til Anne Alvik. Notatet er ikke datert, men det fremgår av første setning at det var skrevet fredag 12. juli. Det står: "Siden vi snakket sammen i telefonen i dag.." Notatet har ingen tittel. Det begynner bare slik: "Anne!" (Notatet har vi fått av Anne Alvik og det befinner seg nå i vårt private arkiv.)
[301] Opplyst av Tove Veierød i samtale den 5.8. 2009.

bearbeide ”Norbom-sjokket”. De hadde jo heller ingen andre å bearbeide det med, siden de var informert under taushetsplikt. Mork ferierte på sin forholdsvis nyanskaffede hytte på Venabygdsfjellet, et stykke nord for Lillehammer. Her kunne han nåes på en utgave av de nye, tunge mobiltelefonene.[302] Det var gjerne den fungerende helsedirektør som ringte. Hun fant et påskudd til å ringe nesten hver dag. Hun merket at han satte pris på det. De overla om ”saken”, men fikk også alltid tid til en liten prat om hvordan de hadde det.[303]

I Calmeyers gate gikk praten i lunchpausene om den kommende Norbom-innstillingen. Anne Alvik, som når hun fungerte som helsedirektør, satte seg ned snart hos den ene gruppen – avdelingene satt ofte sammen – snart hos den annen, fikk ta del i praten. Hun ble ofte spurt om hun visste noe: ”Jeg svarte nei, jeg vet ikke mer enn dere”. Hun mislikte å måtte forstille seg, men syntes ikke hun hadde noe valg.

En helg i slutten av juli hadde Alvik og hennes mann, Per Nyborg (f. 1937), planlagt å ta en tur til fjells. Alvik ringte Mork, som da var på sin hytte, og spurte om han hadde anledning til å møte henne på Lillehammer. Han sa mer enn gjerne ja til det og de ble sittende, lenge, på en benk på Maihaugen, mens herr Nyborg og fru (Wenche Margrethe) Myhre (f. 1940) fant på andre ting – hver for seg. Mork og Alvik drøftet, selvsagt, først og fremst ”situasjonen”, og hvordan de hadde det. Alvik nevner at de blant annet uttrykte skuffelse over frafallet i ”egne rekker”: Et flertall av fylkeslegene så ut til å ha forståelse for den direktoratskritikk som lå til grunn for Norbom-prosessene. De hadde nok registrert den voksende uro i etaten siden 1983, men når den nå kom tydelig til syne gjorde det dem nedstemt. Men Mork ville ikke være bitter, sa han. Det hadde for øvrig for lengst blitt en bestemt holdning hos ham. Samtidig tenkte han ei heller på å gi etter. Han var også, som vi har vist i første bind, en kampens mann. Han begynte nå å tenke på den forestående kamp. Han var ikke bare optimistisk. Departementet var, som hans overordnede, en formidabel motstander, og nå satte det mye inn på å få ham bort. Men han var, eller begynte etter hvert å komme, i kamphumør. Det samme gjorde hans stedfortreder.

Tirsdag den 6. august fikk Anne Alvik og Helsedirektoratet besøk av Christian Erlandsen (1926-2016), psykiateren, en tidligere stortingsrepresentant (H) (1977-1985) og avdelingsdirektør i direktoratet (1985-1987) og nå sjeflege ved Sanderud sykehus. Et besøk av den joviale Erlandsen skapte alltid god stemning. Det gjorde det også denne gangen. Det var ikke til å unngå at Norbom ble et tema, men Erlandsen gav ikke inntrykk av å vite noe spesielt.[304] Ei heller gjorde den fungerende helsedirektør, Anne Alvik det. Dagen etter, onsdag 7. august, intervjues Erlandsen i Aftenpostens aftennummer og kan fortelle at Norbom-gruppen ville foreslå å nedlegge de to helsedirektørembedene. Han sier mere: Han sier at Norbom-gruppen foreslår dels å sentralisere tilsynet og kontrollen med helsevesenet til departementet og dels å desentralisere det til fylkeslegene. Han synes ikke noe om det. ”Jeg har selv smertelige erfaringer fra hvordan politikere har forsøkt å stanse rapporter om lite hyggelige forhold i helsevesenet”, sier han og fortsetter: ”Jeg var med på å lage en rystende rapport om sykehjemmene her i landet i 1986. Efter en tid fikk jeg klar beskjed fra daværende sosialminister Tove Strand Gerhardsen at den slags rapporter ikke uten videre burde offentliggjøres. Men som et selvstendig uavhengig kontrollorgan kunne

[302] Telefonen måtte kobles til bilen for at forbindelsen skulle bli akseptabel.
[303] Alvik, *op. cit.*, s. 28.
[304] Anne Alvik mener at Erlandsen gikk til departementet *etter* at han hadde vært i Helsedirektoratet. Hennes antagelse er at det var her han fikk vite om forslaget å nedlegge de to embeder. (A. Alvik, 15.10. 2012.) Vi har ikke klart å bringe på det rene hvem Erlandsen snakket med i departementet, men de primært involverte i styringsgruppens arbeid i departementet (Norbom og sekretariatet, samt Høvik) var det neppe.

Helsedirektoratet gjøre det likevel". Han vet også at klagebehandlingen skal delegeres til fylkeslegene, personer Erlandsen mente var inhabile: De kjenner jo alle leger i sine fylker meget godt.

Erlandsen sier han er "rystet over opplysningene som den siste uken har sivet ut". Intet hadde imidlertid sivet ut fra styringsgruppen. Det som var kommet ut en uke tidligere, først gjennom oppslag i Klassekampen den 2. august, var basert på Kjell Knudsens delprosjektrapport. Det gjaldt særlig tilsynet. Knudsens rapport var fortsatt å betrakte som intern, men den fantes i en del eksemplarer i Statskonsult og den ble, muntlig, presentert på det godt besøkte juniseminaret. Svært hemmelig var den derfor ikke lenger. Men Erlandsen vet mer enn det som står i delprosjektrapportene. Han vet, og er den første som sier det offentlig, at de to helsedirektørstillingene skal falle bort. Han er for så vidt også mer konkret hva angår tilsynet og klagebehandlingen enn det Klassekampen hadde vært, men det skyldes nok at han hadde større saksinnsikt enn avisens medarbeider. Erlandsen uttaler seg imidlertid også så velinformert om tilsynet at man kan få inntrykk av at han taler med utgangspunkt i den ennå ikke trykte grønne bok, og på grunnlag av opplysninger han har fått fra noen som vet, ikke på grunnlag av opplysninger som hadde "sivet ut".

Anne Alvik ble forbauset over hva Erlandsen visste. Torbjørn Mork har ikke offentlig gitt uttrykk for noen forbauselse over hva Erlandsen sa. Anne Alvik spurte ham aldri om han var Erlandsens kilde, men mente, og mener, bestemt at han ikke var det. Det er imidlertid ikke langt fra at Erlandsen, eller journalisten, sier det. Journalisten, Ole Mathismoen (f. 1961) – sønn av Helsedirektoratets informasjonsleder Grethe H. Mathismoen (f. 1937) – kan opplyse at "Helsedirektør Mork skal … ha fått klare signaler om at hans jobb i løpet av noen måneder ikke lenger eksisterer". Svært få visste at Mork og Alvik hadde fått slike signaler; foruten de to, og Norbom, var det bare statsråden og Marit Stadheim som "skulle" vite det.[305] Knut Munch-Søegaard visste det altså også, men han visste at Mork fortalte ham noe han ikke skulle fortelle ham, og kan neppe ha gått videre med opplysningene. Saksforholdet, at embedene skulle nedlegges, kjente noen flere til, men de som gjorde det, kanskje bare styringsgruppens medlemmer og saksbehandlere, altså Pétursson, Sæbø og Nilsen, og departementsledelsen, og Knut Munch-Søegaard, hadde knapt hatt motiver for å "lekke" informasjon.[306] Vi kan allikevel ikke utelukke at en eller flere av dem har gjort det, for eksempel i all fortrolighet, selv om de nå sier de ikke har gjort det.[307] Noen i departementet kan ha fått tak i utkast til innstillingen, men innstillingen som sådan var ennå ikke gått i trykken. Det er derfor usannsynlig at opplysninger har lekket ut på denne måten. Men svært få, ikke engang styringsgruppens "andre" medlemmer, visste altså at Mork og Alvik var forhåndsinformert. Siden Alvik ikke var Erlandsens kilde gjenstår Mork som den sannsynlige kilde. Han kjente Erlandsen godt og hadde stor sans for ham. Mork og Erlandsen var i kontakt med hverandre fra tid til annen.[308] På den annen side taler det at Erlandsen visste mer enn Mork mot at Mork var hans kilde, eller iallfall eneste kilde. Kan en annen høyrepolitiker ha vært hans kilde? Vi skal komme tilbake til spørsmålet, men forutskikke at vi ikke tror det.

♦

[305] At sekretærene på Morks forværelse hadde sett Norbom komme på besøk innebar knapt at de hadde kjennskap til at Mork var blitt informert om at hans embede ville falle bort.
[306] Rapporten var ennå ikke sendt til trykkeriet, så heller ikke derfra kunne noe ha kommet ut.
[307] Pétursson og Nilsen har vi ikke nå kunnet spørre om dette. Munch-Søegaard er død.
[308] Opplyst av Erlandsen i telefonsamtale 3.10.11.

Erlandsens begrunnelse for sin negative reaksjon på forslagene er interessant. Han trekker frem forslagene om plassering av tilsyns- og kontrolloppgaven, klagebehandlingsoppgaven inkludert. Dermed røpet den tidligere høyrestortingsmannen (1977-1985) ikke bare, halvannen uke på forhånd, litt av hva innstillingen ville inneholde, men var også med på å bestemme dagsordenen for den åpne debatt som nå skulle komme. Den skulle dreie seg om "vaktbikkja Mork". Det passet styringsgruppen og departementet dårlig: Som vi har sett hadde den tatt litt lett på det institusjonelle tilsyn, og til dels skjøvet klagebehandlingen inn i fremtiden. For Mork betydde en vaktbikkjediskusjon at han kunne fortsette den polemikk han, nesten siden delingen, men særlig fra 1986, hadde drevet med departementsledelsen. Det var jo nettopp fordi Norbom & Co. hadde ment at Mork ville fortsette å "gneldre" at de ville ta fra ham "talerstolen". Nå signaliserte han, gjennom Erlandsen, og Aftenpostens journalist, at det ikke skulle bli lett. Han skulle benytte sin talerstol med større frimodighet enn noensinne, inntil den dag han eventuelt faktisk ble fratatt den.

Det var neppe tilfeldig at Erlandsen spesielt trakk frem tilsyns- og klagbehandlingsoppgavene i intervjuet med Aftenposten den 7. august. Det var knapt heller tilfeldig at det var fagmannen, og *høyremannen*, Christian Erlandsen som slapp Norbom-nyhetene ut av sekken. Han hadde i 1983 støttet forslaget om å dele Helsesdirektoratet, og la restdirektoratet få fortsette som et delvis uavhengig organ, ikke minst tilsynsorgan. Nå forsvarte han 1983-modellen og gav også sitt parti premisser for å si nei til Norbom. Raknet det for Norbom & Co. i Høyre kunne det være fatalt.

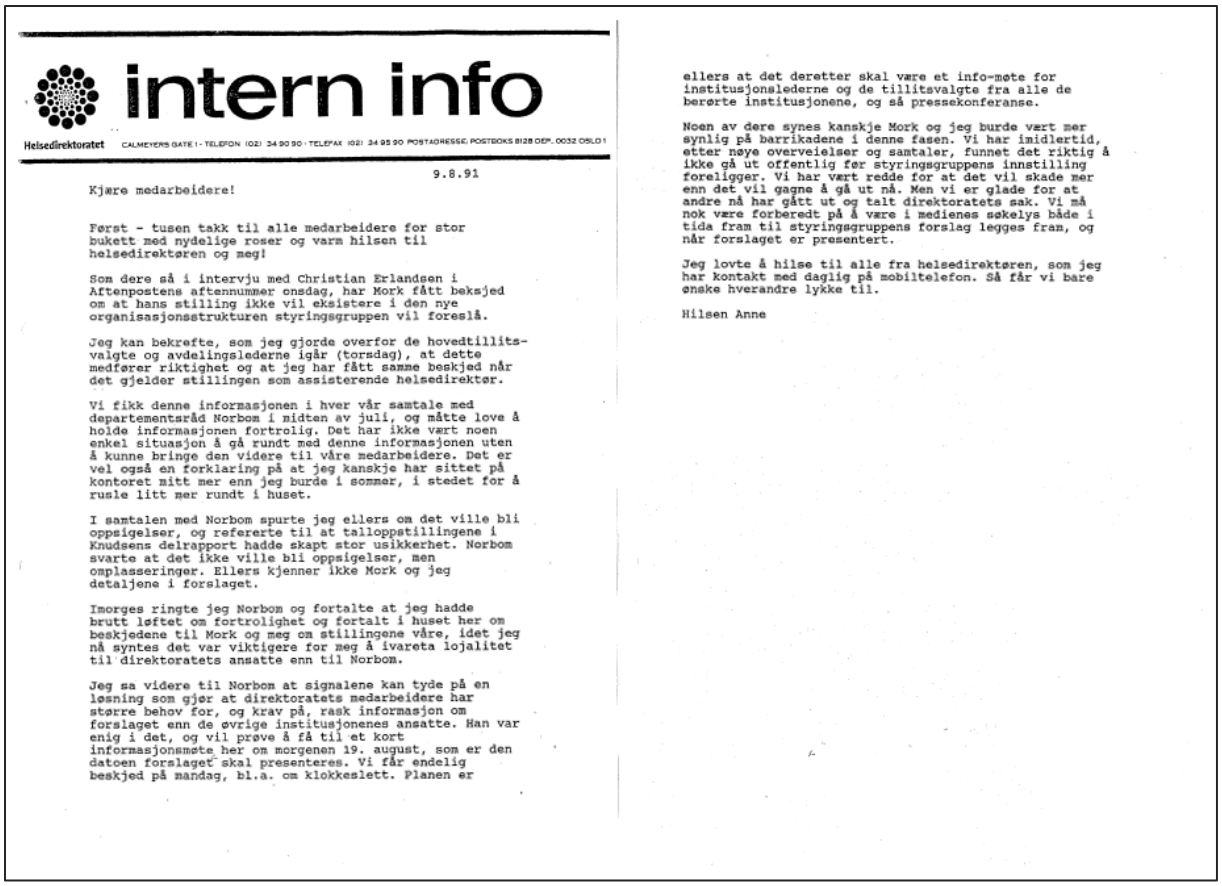
Med Erlandsens avsløringer åpnet for alvor den politiske, eller politiserte behandling av innstillingen. Anne Alvik følte at hun nå ikke lenger burde holde munn om det hun visste. Hun brøt sitt taushetsløfte uten å rådføre seg med Mork. Hun inviterte derfor dagen etter, altså torsdag den 8. august, de tillitsvalgte til sitt kontor og orienterte dem om det Mork og hun hadde fått høre av Norbom. Deretter oppsøkte hun lederne i avdelingene og orienterte dem. Da hun kom tilbake til sitt kontor stod de tillitsvalgte på hennes forværelse med en stor bukett røde roser, og en stor plakat. På plakaten hadde de skrevet:

Kjære Anne & Torbjørn!
Tørk tårene – knytt nevene!!
Vi står sammen med dere på barrikadene. Takk for opplysningen – nå begynner kampen.
Kjærlig hilsen fra alle medarbeiderne.[309]

Dagen etter, altså fredag 9. august, ringte hun departementsråd Norbom og orienterte ham om at hun har brutt sitt løfte til ham om å tie om det han hadde fortalt henne. Norbom svarte at han tok det til etterretning og at det hun hadde gjort ikke ville bli fulgt opp av ham. Han fant imidlertid hennes oppførsel "underlig". Det sa han imidlertid ikke til henne.[310]

Alvik sendte så, senere samme dag, ut en såkalt "intern info" om saken til sine medarbeidere. Intern-info'en er gjengitt som faksimile 3.4.

[309] Alvik, *op. cit.*, s. 30.
[310] Opplysningene er basert på Alvik, *op.cit.*, s. 30 og samtale med Jon Ola Norbom 3.10.11.



intern info

Helsedirektoratet CALMEYERS GATE 1 - TELEFON (02) 34 90 90 - TELEFAX (02) 34 95 90 POSTADRESSE: POSTBOKS 8128 DEP. 0032 OSLO 1

9.8.91

Kjære medarbeidere!

Først - tusen takk til alle medarbeidere for stor bukett med nydelige roser og varm hilsen til helsedirektøren og meg!

Som dere så i intervju med Christian Erlandsen i Aftenpostens aftennummer onsdag, har Mork fått beksjed om at hans stilling ikke vil eksistere i den nye organisasjonsstrukturen styringsgruppen vil foreslå.

Jeg kan bekrefte, som jeg gjorde overfor de hovedtillitsvalgte og avdelingslederne igår (torsdag), at dette medfører riktighet og at jeg har fått samme beskjed når det gjelder stillingen som assisterende helsedirektør.

Vi fikk denne informasjonen i hver vår samtale med departementsråd Norbom i midten av juli, og måtte love å holde informasjonen fortrolig. Det har ikke vært noen enkel situasjon å gå rundt med denne informasjonen uten å kunne bringe den videre til våre medarbeidere. Det er vel også en forklaring på at jeg kanskje har sittet på kontoret mitt mer enn jeg burde i sommer, i stedet for å rusle litt mer rundt i huset.

I samtalen med Norbom spurte jeg ellers om det ville bli oppsigelser, og refererte til at talloppstillingene i Knudsens delrapport hadde skapt stor usikkerhet. Norbom svarte at det ikke ville bli oppsigelser, men omplasseringer. Ellers kjenner ikke Mork og jeg detaljene i forslaget.

Imorges ringte jeg Norbom og fortalte at jeg hadde brutt løftet om fortrolighet og fortalt i huset her om beskjedene til Mork og meg om stillingene våre, idet jeg nå syntes det var viktigere for meg å ivareta lojalitet til direktoratets ansatte enn til Norbom.

Jeg sa videre til Norbom at signalene kan tyde på en løsning som gjør at direktoratets medarbeidere har større behov for, og krav på, rask informasjon om forslaget enn de øvrige institusjonenes ansatte. Han var enig i det, og vil prøve å få til et kort informasjonsmøte her om morgenen 19. august, som er den datoen forslaget skal presenteres. Vi får endelig beskjed på mandag, bl.a. om klokkeslett. Planen er ellers at det deretter skal være et info-møte for institusjonslederne og de tillitsvalgte fra alle de berørte institusjonene, og så pressekonferanse.

Noen av dere synes kanskje Mork og jeg burde vært mer synlig på barrikadene i denne fasen. Vi har imidlertid, etter nøye overveielser og samtaler, funnet det riktig å ikke gå ut offentlig før styringsgruppens innstilling foreligger. Vi har vært redde for at det vil skade mer enn det vil gagne å gå ut nå. Men vi er glade for at andre nå har gått ut og talt direktoratets sak. Vi må nok være forberedt på å være i medienes søkelys både i tida fram til styringsgruppens forslag legges fram, og når forslaget er presentert.

Jeg lovte å hilse til alle fra helsedirektøren, som jeg har kontakt med daglig på mobiltelefon. Så får vi bare ønske hverandre lykke til.

Hilsen Anne

Faksimile 3.4: Kopi av den intern info Anne Alvik skrev til medarbeiderne i Helsedirektoratet 9.8. 1991

Hvis Mork var kilden til den lille lekkasjen – den kom knapt to uker før innstillingen ble offentliggjort – fikk vi den pussige situasjon at assisterende helsedirektør brøt sitt taushetsløfte fordi Helsedirektøren allerede hadde gjort det, dog uten at hun visste at det var slik det forholdt seg. Hun trodde jo at Erlandsen hadde en annen kilde, en departemental sådan. I intern info'en heter det imidlertid at Mork og hun, "etter nøye overveielser og samtaler, (har) funnet det riktig å ikke gå ut offentlig før styringsgruppens innstilling foreligger. Vi har vært redde for at det vil skade mer enn gagne å gå ut nå". Uttalelsen kan tolkes dithen at de også har forholdt seg strategisk, ikke bare prinsipielt, til løftet om taushet, men Alvik sier i dag at den henspiller på spørsmålet om det å engasjere seg i den almene meningsutveksling ("synlig på barrikadene") om Norbom-forslagene.[311]

Hvorom alt er, Anne Alviks reaksjon viser at hun nå hadde startet kampen for å forsvare direktoratet som det var. For henne var det nå, som hun skrev i intern info'en "viktigere… å ivareta lojalitet til direktoratets ansatte enn til Norbom". I den kampen hadde hun samtidig trukket sin sjef med seg, for så vidt uten formelt å spørre ham.[312] Men hun visste hvor hun hadde ham. Hun visste jo, som vi nettopp har sett, også hvor hun hadde de ansatte. Hele Helsedirektoratet var fra nå av mobilisert til politisk kamp mot sitt departement.

[311] Anne Alvik 15.10. 2012.

[312] Som det fremgår av intern info'en var Alvik daglig i kontakt med Mork, men opplyser (Alvik, *op.cit.*, og telefonsamtale 3.10.11) at beslutningene om å informere direktoratets ansatte var hennes og at hun skrev info'en på egen hånd.

♦

Vi har nevnt at saken for første gang nådde avisspaltene den 1. august, med Nordhus' innlegg i Aftenposten. Noe forenklet kan man si at Nordhus' innlegg konsentrerte seg om tre momenter, tre momenter som helt skulle komme til å prege den videre offentlige politiske behandling av saken. Det ene momentet var det maktprosessuelle: Utredningsarbeidet hadde i stor grad foregått bak lukkede dører og på en ovenfrastyrt måte. Nordhus kalte således sitt innlegg "Maktens ansikter". De to andre momenter gjaldt omordningsforslagets innhold. Det første av disse var det hierarkiske. Det gjaldt om der skulle være et delvis uavhengig, men styrende, organ på nivå nr. to. Man kan også kalle dette momentet det formelle maktmomentet, eller Mork-momentet. Det annet av de innholdsmessige momenter var det funksjonelle. Det gjaldt hvor tilsynssaker skulle behandles, samlet i et sentralt helsetilsyn, altså i direktoratet, eller delt, i departementet og hos fylkeslegene. De to siste momenter hang sammen og ble gjerne tett koblet i debatten: Som vi har påpekt var det (nesten) avgjørende for Norbom & Co. å få splittet tilsynet hvis man skulle få bort direktoratet, og Mork. Omvendt var det slik at hvis man vant frem med det syn at det trengtes et samlet, sentralt og uavhengig tilsyn, hadde man også langt på vei berget direktoratet og Mork.

Nordhus startet med å ta for seg de to maktmomenter. Han mener at omordningsarbeidet på en maktsentralisert måte hadde strukturell maktsentralisering som siktemål. Departementets folk ville den ulydige, men modige, Mork til livs. Han henger bjellen på "maktkatten":

> *Er det urimelig å tro at tidligere statsråd i Sosialdepartementet, Tove Strand Gerhardsens ånd svever over vannene? Vi har i helsespørsmål sett hennes puritanske og asketiske holdninger og bruk av tvang ved lov…. Hennes statssekretær* [altså Bjørn Martin Aasen] *har fått sin jobb tilbake under en ny, anonym sosialminister. Alt peker i retning av sentraldirigering. Maktmotivet hos reell leder av helsepolitikken kan gå hånd i hånd med departementets byråkrati.*[313]

Hva tilsynsoppgavene angikk, la avdokaten vekt på pasientenes klagerettigheter: Uten et medisinsk-juridisk sterkt direktorat ville skadelidne pasienter stå svakt.

Nordhus traff ikke i sin maktprosessanalyse. Statsråd Gerhardsen var ikke i helsekulisssene – hun hadde mer enn nok med sitt arbeidsdepartement, med arbeidsledigheten og med Yngve Hågensen (f. 1938) (dvs. LO). Som vi har sett, var hun også bevisst forsiktig med å gå inn i saker hennes gamle departement hadde til behandling. Hun unnlot endog å "styre" "sin representant" i styringsgruppen, departementsråd Knut Grøholt.[314] Advokat Nordhus var allikevel med på å utforme dagsordenen for den offentlige meningsutveksling, og nok også på å stimulere almenhetens, særlige massemedienes, interesse for saken. Den farverike bergensadvokat lot seg ikke overse eller overhøre. Hva det første gjaldt, dagsordenen, har vi allerede sett at Nordhus' to hovedpoenger var de to innholdsmessige poenger også Erlandsen konsentrerte seg om i sine uttalelser til Aftenposten den 7. august, altså det hierarkiske poeng og tilsynspoenget.

[313] Alf Nordhus, "Maktens metoder", *op.cit*., s. 2.
[314] Dette fremgår av Einar Vetviks samtale med Tove Strand Gerhardsen den 2.3. 1993. (Vi har fått intervjuutskriften av Vetvik i november 2011.) Hun sier ellers at Grøholt hva denne saken angikk i AAD primært forholdt seg til eksp.sjef Eva Hildrum.

Denne dagsordenen skulle bli lei for reformatorene. De var selvsagt opptatt av maktspørsmålene, som de, eller stadig flere av dem, mer og mer var blitt siden 1983. Ja, det var jo det formelle maktspørsmålet som hadde utløst Norbom-prosessene. Samtidig var det vanskelig for reformatorene offentlig å peke på alle de grunner de hadde til at de ville ha bort helsedirektørembedet, for ikke å si Mork. Slik var det vanskelig for dem ikke å komme på defensiven i den offentlige debatt som nå forestod, iallfall når det gjaldt det formelle maktspørsmålet. Men som dette spørsmålet stod, var det også vanskelig for dem å "åpne" utredningsprosessen særlig meget. Hadde de gjort det, ville det blitt langt vanskeligere å lansere så radikale forslag som de gjorde. Men heller ikke det kunne de så lett si offentlig.

Hva tilsynsmomentet angikk, hadde de slitt med å finne gode løsninger, altså løsninger som gjorde at de kunne klare seg uten et direktorat, og hadde endt med sakssplittelse (departementssentralisering og fylkeslegedelegering) hva angikk det institusjonelle tilsyn og utsettelse (til neste runde) hva angikk klagebehandlingen. Ingen av forslagene fremstod som "spennende" og "vinnende" i et offentlig ordskifte.

Så styringsgruppens medlemmer hvilke utfordringer de stod overfor i den offentlig-politiske behandling av saken? Så departementets politiske ledelse det? Hadde de utarbeidet strategier for møtet med offentligheten? Man kunne tenke at så politisk bevisst som departementsråden, den tidligere statsråden, alltid hadde vært, og stadig var, måtte han ha viet det offentlig-strategiske stor oppmerksomhet. Han gjorde imidlertid ikke det. Det hadde også vært vanskelig for ham å gjøre det. Han var ikke politiker nå, og kunne ikke gi seg selv en rolle som barrikadekjemper. Nå var den grønne boken blitt hennes, altså statsrådens, som han bemerket ved overrekkelsen av innstillingen. Han kunne ha gitt henne råd om hva dette innebar, men han og styringsgruppen hadde hatt mer enn nok med å få ferdig innstillingen; den kom også på overtid. Nå, i ferien, var dessuten de fleste av gruppens medlemmer ute av Oslo. Dessuten, hadde Norbom for alvor gått inn i forberedelsene av den "polemiske" behandling av innstillingen, kunne hans rolleblanding blitt vanskelig å håndtere. Da det videre arbeid med innstillingen tok til, etter remissrunden, trådte han, som vi skal se, også administrativt nokså meget, men ikke helt, tilside.

Norbom så imidlertid heller ikke for seg noen omfattende og vanskelig "politisk" saksbehandling. Han ventet at remissrunden ville vise at han og styringsgruppen hadde bred støtte blant remissinstansene, ikke minst blant de viktigste av dem, de "andre" helseforvaltningsinstitusjonene. Han regnet også med at den parlamentariske støtten var mer enn solid nok. Da så "bråket" startet, allerede i ukene før fremleggelsen av den grønne bok, ble han overrasket, og noe betuttet. Overrasket, og betuttet, ble også statsråden, den som nå hadde ansvaret. Hun og hennes medarbeidere hadde gjort lite for å forberede seg på den dragkamp som nå kom. Statsråd Veierød var av natur mer en dialogens enn polemikkens statsråd. Hun er "ingen outrert partipolitiker", som folk som kjente henne nordpå sa da hun ble utnevnt. De la til at hun hadde "en ryddig og reflektert arbeidsmåte".[315]

Hun var, og er, tør vi si, den legemliggjorte feminine vennlighet. De spisse stikk, eller den flammende retorikk, var ikke hennes stil. Om hun enn elsket Bjørnson, og hans rollefigurer fra bondefortellingene, var hun ikke selv noen Bjørnson. Hun ville gjerne at politikken skulle være som en (søndags)skole, men måtte etter hvert konstatere at den langt fra var det. Selv

[315] Sitatene i dette og neste avsnitt er fra Aftenpostens (morgennummeret, s. 6) omtale av den nye statsråden 5.11.90.

ikke hennes arbeiderparti var noen søndagsskole, som Haakon Lie (1905-2009) i sin tid både hadde påpekt og selv illustrert.[316] Det var, til sist, ikke minst hennes egne, som skulle late henne i stikken. Da Wenche Frogn Sellæg tok imot henne som sin etterfølger sa hun at den nye statsråden "ville gå en god tid i møte". Etter et knapt år så fru Veierød at det kanskje ikke var slik hun skulle komme til å se tilbake på de nærmeste månedene.

Statsråden hadde bak seg, og under seg, en mer hårdhudet og mer hårdtslående statssekretær, en statssekretær hun ikke hadde valgt, men fått seg tildelt. Men heller ikke han tok strategiske initiativ nå. Det er også forståelig. Han hadde nok hatt nærhet til saken i utredningsfasen; Norbom konsulterte og orienterte ham ofte. At styringsgruppen la slik vekt på betydningen av at det var de lokale myndigheter som hadde ansvaret for mye av det utøvende helsevesen, skyldes således i noen grad påvirkning fra "lokalisten", kommunoverelege i Herøy Bjørn Martin Aasen. Men han kunne allikevel knapt "ta" saken som departementets sjefpolemiker. Da ville han ha fremstått som den egentlige sjef i departementet. At noen allerede omtalte han som sådan, gjorde det ikke mer fristende for ham å "ta" saken for Veierød og Norbom. Hadde han gjort det, ville han i praksis ha "erklært" hennes lederstil som forfeilet. Han hadde derfor lenge ikke noe annet valg enn å holde seg i bakgrunnen. Da "bråket" kom, satt hun derfor tilbake nokså ensom. Som ensom skulle hun også til slutt "falle", falle i en kamp hun hverken hadde ønsket eller skulle mestre. Men selv om statsråden hadde ønsket å gå ut i "krigen", kunne hun knapt ha gjort det heller. Hun kunne jo ikke, som vi skal komme tilbake til, slåss for det som ennå bare var en innstilling.

Statskonsult forsøkte imidlertid å få departementet til å gjøre noe. Dets folk fornemmet hva som kunne komme. Helt på tampen skrev Kristin Amundsen og Knut Klepsvik et notat til styringsgruppen, tørt kalt "Implementering av forslaget til ny organisasjonsstruktur". Notatet er datert 9. august, altså en uke før den grønne bok skulle offentliggjøres. Her tok de utgangspunkt i de korporative premisser Statskonsult stadig var kommet tilbake til i utredningsfasen: utredningen hadde vært preget av for liten kontakt med de berørte miljøer. Det måtte det taes hensyn til når den grønne boks plan skulle settes ut i livet. Notatskriverne minnet altså om at det var bedre sent enn aldri. De tok derfor nå, uten litterært å "svinge seg", til orde for "dialog med iverksetterne for å søke å fremme konsensus om målene, og på oppfølgingsaktiviteter".[317] De forutskikket at det ville bli et høyt "konfliktnivå" og understreket derfor at det var viktig at departementets politiske ledelse engasjerte seg sterkt, også i mediedebatten.

Statskonsults råd kom for sent, og hadde i praksis ingen adressat. Det ble knapt lagt merke til av styringsgruppens medlemmer, som nå la siste hånd på innstillingen, og slett ikke av den politiske ledelse. Men det spilte for så vidt ingen rolle. Rådene ville ikke, om de hadde blitt registrert, blitt fulgt, og kunne, som vi nettopp har nevnt, knapt blitt fulgt. Der var "ingen" til å gå på barrikadene – altså kaste seg ut i mediedebatten og de ulike diskusjonsmøter som ville eller kunne komme.

Statskonsults rolle forble slik det den hadde vært, bortsett fra helt i starten av styringsgruppeprosessen, nemlig marginal.

[316] Kfr. hans velskrevne og engasjerende memoir-bok …*slik jeg ser det*, Oslo: Tiden norsk forlag, 1975.
[317] Vi har her sitert etter Vetvik og Jacobsen, *op. cit.*, s. 45.

Mot 19. august: det spisser seg til

Den offentlig-politiske forhåndsdebatt om Norbom-gruppens innstilling begynte altså med Nordhus' innlegg. Den fortsatte, dagen etter (2.8.) med et stort oppslag i Klassekampen og et mindre i Dagens Næringsliv. I Klassekampen het det, over mesteparten av førstesiden: "Stormløp mot Mork". På s. 7 het det, i en helsides reportasje: "Helsedirektoratet skal miste all makt." Klassekampens oppslag var laget av "etterretningsspesialisten" Finn Sjue (f. 1943)[318], men inspirert av Helsedirektøren.[319] Det ble spunnet videre på av flere andre

John Alvheim (1930–2005): Han ble innvalgt på Stortinget fra Telemark i 1989, og hadde dermed sin første periode mens Norbom-prosessene foregikk. Alvheim kom fra karrige kår i Øygarden. Han tok utdannelse som sykepleier og diakon, og var direktør ved Notodden sykehus (fra 1987) da han kom på Stortinget. Han ble en kraftfull talsmann for å bevare Helsedirektoratet, og ble en sentral helse- og sosialpolitiker resten av sin karriere. Mannen med det sosiale engasjement og den nesten ypperstepresteliге fremtreden, støttet opprinnelig Kristelig Folkeparti, men representerte Fremskrittspartiet fra 1989. Bildet er fra en pressekonferanse 30. september 2005, to og en halv måned før han døde: Den produktive forfatteren Arvid Møller lanserte da sin biografi over Alvheim, kalt Alvheim. (Foto: Erik Johansen / NTB)

[318] Den psykologiutdannede Finn Sjue hadde vært redaktør i Klassekampen fra 1973 til 1977 og var nå journalist der. Han fulgte overvåkningstjenesten og etterretningstjenesten nøye, og var selv overvåket, men kom etter hvert også til å samarbeide med denne tjenesten, ettersom et nynazistisk miljø vokste frem. Fra 1987 samarbeidet Finn Sjue med den gamle kommunistjeger og Ap-sekretær, Ronald Bye, og har, sammen med ham, skrevet flere bøker om etterretningsmiljøet.

[319] Finn Sjue hadde før oppslaget hatt en lengre samtale med helsedirektør Mork. I et e-brev til oss den 12.9. 2012 skriver Finn Sjue: "På sin humørfylte, og noe sarkastiske, måte, nevnte han stadig at det nok var mange ulike krefter i den politiske leiren som gjerne så at han mistet posisjonen og at direktoratet ble rigget ned til en ufarlig etat. Han opptrådte korrekt, og lot ingen lekkasjer skje. Men som journalist senset jeg selvsagt at her var, mildt sagt, noe på gang. Jeg følte også at Mork gjerne så at noe ble sagt og skrevet om det hele. Han var tydelig irritert på medienes taushet."

De første oppslagene, og de første kommentarene, viste at den politiske saksbehandling ville bli vanskelig for departementet og regjeringen. Klassekampens oppslag hadde en normativ undertone: ”Helsedirektoratet skal miste all makt”, var hovedoverskriften. Lederen samme dag, skrevet av Finn Sjue, hadde overskriften ”Mork skal knebles”. Den ble avsluttet slik: ”Nå kommer stormløpet (altså mot Mork). Det må avvises”. Også andre avisers oppslag var dramatiserende og, for departementet, ubehagelig pseudo-normative eller endog eksplisitt normative. VGs overskrift lød: ”Helsedirektøren RIBBES”. I Dagens Næringsliv het det: ”

Raserer Helsedirektoratet”. I alle oppslagene, og kommentarene, ble det altså lagt stor vekt på maktmomentene. Lenger nede i artiklene ble tilsynssaken, eller vaktbikkjerollen, trukket frem.

Det ble ikke bedre for departementet ettersom dagene gikk. Spesielt ominøst var det at så mange aviser som skulle stå departementets ”støttepartier” nær, både på reportasje- og lederplass gikk imot de forslag de trodde ville komme fra Norbom-utvalget. Vi har tidligere nevnt at høyremannen Christian Erlandsens utspill i Aftenposten var illevarslende for reformatorene. Nå fulgte andre fra høyresiden opp. Allerede 3. august tok Adresseavisen i Trondheim parti og skrev på lederplass om ”En merkverdig saksbehandling”. Avisen er særlig bekymret for rettssikkerheten hvis tilsynsansvaret overføres til departementet. Den mer uavhengig borgerlige avisen VG skriver på lederplass den 10. august at det ikke er ”særlig tvil om” at man trenger et uavhengig direktorat og at det ikke er fremlagt ”noe som engang ligner et bevis for at han (Mork) skulle være så vanskelig at det er påkrevet å fjerne ham”. Til Aftenposten (morgennummeret 11.8.) sier Høyres stortingsrepresentant Eva Finstad (1933-1998) at hun er ”skremt over planene” for Helsedirektoratet. Men langt verre er det for departementet at Wenche Frogn Sellæg, den forrige sosialminister og den som satte i gang Norbom I-prosessen, den 13. august, gjennom Aftenposten, og igjen med Ole Mathismoen som ”servitør”, vender seg bestemt imot de forslag ryktene vil ha det til at styringsgruppen går inn for. Sellæg sier:

> *Vi trenger et sterkt faglig helseorgan som ikke kan overprøves faglig av det politisk styrte sosialdepartementet. Jeg ville skape et organ à la Statens forurensningstilsyn for hele helse-Norge. Men det er meget uheldig om rollen som faglig korrektiv og kontrollorgan for helsevesenet nå blir lagt inn i departementet.*

Hun sier også, og akkompagneres her av sin tidligere statssekretær, Geir Kjell Andersland, at deres utredning ble startet ”ikke for å nedlegge direktoratet, men for å styrke det og plukke vekk en del tidkrevende rene forvaltningsoppgaver”. Andersland sier ellers på egne vegne at hvis styringsgruppen vil ”nedlegge Helsedirektoratet og avskjedige Torbjørn Mork må det ligge personlige antipatier bak”.[320] Sellæg uttaler seg også denne dagen til Adresseavisen og karateriserer her Helsedirektøren slik:

> *Torbjørn Mork er en sterk personlighet og han er faglig meget dyktig. Han er kontroversiell fordi han er uredd, men personlig fant jeg ham lett å samarbeide med. Han var meget lojal overfor beslutninger vi var enige om.*[321]

[320] Aftenpostens morgennummer 13.8.91, s. 6.
[321] Adresseavisen 13.8.91, s. 23. Sellæg redegjør i intervjuet ellers for Norbom I-prosessen og for tanker hun har om et reformert direktorat: Det bør ha færre oppgaver, bedre fagfolk og bør ha ”færre stridigheter rundt seg” enn dagens direktorat har.

Sellægs uttalelser nå, før styringsgruppen hadde lagt frem sin innstilling, var skumle for styringsgruppen. Hun kjente problemstillingene, og personene, og hun brukte, som hun hadde gjort i 1990, Forurensningstilsynet som modell for det direktorat hun ønsket seg. Hun forstod den modellen, som vi har sett, på en kombinert medikratisk og nyttestatlig måte; begge deler passet godt i den debatt som nå forestod. Sellæg hadde også, ikke minst etter det som hadde skjedd frem mot Staur, stor innflytelse på Høyres representanter i sosialkomiteen, spesielt Thea Knutzen.[322] Sellægs utspill betydde at Høyre kunne "ryke" for Sosialministeren.

Wenche Frogn Sellægs uttalelser til Aftenposten var pikante. Jon Ola Norbom hadde nemlig forhåndsorientert Wenche Frogn Sellæg om hovedpunkter i innstillingen over en lunch, ca. en uke før innstillingen ble offentliggjort. Det var uttrykk både for respekt for den rolle hun hadde spilt da Norbom-prosessene kom i gang og for et ønske om å sikre seg at han fortsatt hadde henne med seg. Norbom hadde fornemmet allerede under den orienterende samtalen at hans forrige statsråd var nokså forbeholden overfor hans tanker. Nå fikk han det, i kjølvannet av deres samtale, og til sin skuffelse og forbauselse, demonstrert, gjennom store overskrifter i landets fremste presseorgan. Kan det så være at Sellæg kan ha vært partifellen Erlandsens kilde? Det er usannsynlig. Sellæg selv uttalte bare halvannet år senere, våren 1993, at hun ble orientert av Norbom ca. en uke før den grønne bok ble presentert, og altså ca. en uke etterat Erlandsen må ha fått kjennskap til bokens anbefalinger. Norbom har den samme tidserindring.[323]

Om Høyre nå kanskje så ut til å glippe for Norbom, var det åpenbart at Fremskrittspartiet for lengst var glippet for ham. Partiets sosialpolitiske talsmann, John Alvheim (1930-2005), nærmest forpliktert hele sitt parti med sine bestemte uttalelser til avisene: "Det ville være en ulykke og et tilbakeskritt for fremtidens helsevesen om direktoratet ble nedlagt", sier han og varslet "hard kamp mot nedleggelse av direktoratet".[324] Magnar Sortåsløkken (f. 1947) signaliserte, på vegne av Sosialistisk Venstreparti, at han ville beholde Mork som "vaktbikkje".[325]

Heller ikke i Arbeiderpartiet møttes ryktene med unison applaus. Partiets fremste representanter, som Sosialkomiteens leder Brit Jørgensen (f. 1942, siden Hoel), ville vente med å si noe til hun hadde sett Norbom-utvalgets innstilling. Arbeiderbladet er ennå taust. Mens A-presseavisen Akershus/Romerikes Blad (5.8.) på lederplass spurte om det er "særlig klokt å vingestekke helsedirektoratet og Torbjørn Mork".

Men mange politikere og presseorganer var forsiktige med å ta standpunkt før de hadde sett innstillingen. Vi har nevnt Arbeiderpartiets Brit Jørgensen. Sosialministeren selv avslo å si noe før innstillingen var fremlagt (NTB, 10.8.). Noen viktige høyrefolk uttalte seg også forsiktig. "Gammelstatsråd" og "direktoratsdeler" Leif Arne Heløe, nå fylkesmann i Troms, sier: "Det er i dag helt på sin plass at Mork vingeklippes rent administrativt. Forutsetningen er

[322] Thea Knutzen var sekretær i komiteen og medlem av Høyres gruppestyre.
[323] Opplyst av Wenche Frogn Sellæg i intervju med Einar Vetvik 11.3. 1993 (intervjuutskriften har vi fått av Vetvik i november 2011), og bekreftet av Jon Ola Norbom i vår samtale med ham den 21.7. 2009.
[324] Aftenpostens morgennummer 11.8.91, s. 3. Fem dager senere utdyper Alvheim, i et innlegg i Vårt Land, sine synspunkter. Han skriver blant annet at det nesten er "utrolig at en i 1991 med en voksende markedsorienterijng og fristilling av ulike samfundsoppgaver i hele verden, i Norge nå skal oppleve at politikere og off. byråkrater ivrer for en sterkere politisk styring og kontroll".
[325] *Ibid.*

Faksimile 3.5: Klassekampens Hallvard Skauge (f. 1945), kommenterer den 12.8. 91 forslagene om å fjerne helsedirektørembedet. Resepten er undertegnet Gro Harlem Brundtland. Gjengitt med tilllatelse fra Hallvard Skauge.

at han blir styrket på det faglige område".[326] Til Nordlys i Tromsø var han imidlertid (16.8., s. 5) litt klarere: "Vi trenger et faglig sterkt helsedirektorat i Norge, og jeg ser ingen grunn til å få fjernet Torbjørn Mork som helsedirektør". Heløe ville ikke distansere seg fra sin egen 1983-modell. Tidligere statsminister Kåre Willoch (H) var imidlertid mer kritisk og sier at "Det som kommer nå er bare en videreføring av den prosessen vi startet" (i 1983).[327] Fra mellompartiene kom det også uttalelser departementet kunne oppfatte som forsiktig støttende. Borghild Røyseland (f. 1926), Kristelig Folkepartis sosialpolitiske talskvinne, sa at hun var "åpen for å vurdere en omorganisering", men ville ellers avvente innstillingen før hun sa mere.[328] I Senterpartiet satt, det var vel kjent, direktoratsskeptiker Tove Kari Viken som sosialpolitisk talskvinne.

Klassekampen hadde fått god "uttelling" for sin "pionerreportasje" fredag 2. august. Men mens den første reportasjen gikk i trykken var avisen i full gang med oppfølgingen. Den skulle gjelde helsemiljøene. Fant de kritiske røster her, hadde de allerede vært med på å skape en nokså bred "front" mot det de mente Norbom-gruppen ville komme med, før den hadde gjort det. De fant slike røster. Allerede mandag (5.8.) kunne avisens journalist, sosiologen Evelyn Dyb (f. 1952), presentere opposisjonelle stemmer fra legeforening og sykepleierforbund på tilbydersiden og, om enn med noen forbehold, fra pasientforening på etterspørrersiden. "Vi ser med stor skepsis på forslaget" om å flytte tilsynsoppgaver til departementet, sier Lægeforeningens sentralstyremedlem Wenche Telstad (f. 1947), uten å ville tale på foreningens vegne. Anne Merete Bull (f. 1950), tillitsvalgt for Sykepleierforbundet er også engstelig for at direktoratet skal miste sine kontrolloppgaver.

[326] Dagens Næringsliv, 6.8.91
[327] Vårt Land, 3.8.91. Willoch gikk aktivt inn for delingen i 1983 og irriterte seg, som vi har sett, over hvordan Mork kunne utfordre sine politisk foresatte (for eksempel høsten 1984).
[328] Aftenpostens morgennummer 11.8.91, s. 3.

Norsk Pasientforenings leder Gro Hillestad Thune (f. 1943) var også imot å legge kontrolloppgaver til departementet, men mente samtidig at Helsedirektoratet var for mye av et "legedirektorat" til å kunne være kontrollinstans. Hun ønsket seg noe "pasientdirektoratlignende".

Striden om Helsedirektoratet

De ansatte viser tenner

«I Sosdeptets høybygg gikk alle på tuppa.
Da fikk man det råd av Norbom og gruppa:
Skal landet få fred
må Mork legges ned.
Det er han som er håret i suppa!»

Av Arnstein Hølnebakk og Bjørn Grønlundfoto)

Det går på vers i Helsedirektoratet om dagen, midt oppe i den opprørende dramatikken som preger debatten om Helsedirektoratets framtid. Men sorgtung alvors-poesi eller klagesanger er det ikke. Det sørger nok det nyvalgte aksjonsutvalget for, ettersom de 150 ansatte som har valgt dem begynner å vise tenner overfor byråkrater og politikere som evt dem til livs.

Daglige «pep-talks»

– Vi har noen gode forfattere i huset, og selvsre vil det komme for en dag at vi rår over talent-fulle malere også, sier Martin Bjerke fra aksjonsutvalget.

Underforstått råder helsedirektøren altså over sterkere kulturvåpen i kampen mot departementet, enn de daglige dosene med limericks som blir lest opp i kantina i Calmeyergate i Oslo for tida. De ansatte har tydeligvis ikke lenket å gi opp høybygen til Kvang og Mork uten sverdslag, og AK's utsendte ser for seg kantina i atriumet under glasstaket smyrket med parole-malerier og tabläer som stråler av inspirerende kampglød.

Han er fra Lørenskog, den gode

AKSJONIST: – Nå er det slutt på at vi bøndlegger oss, sier Martin Bjerke fra Lørenskog som AF-foreningene i Helsedirektoratet har valgt som talsmann i kampen mot departementet.

Faksimile 3.6: En av de sentrale personer i Aksjonskomiteen i Helsedirektoratet, Martin Bjerke, ble intervjuet i sin lokalavis, Akershus Romerikes Blad, 14.8. 1991.

Mens avisene, stadig flere, lette etter nye nyheter, og nye personer å snakke med, arbeidet ansatte i direktoratet med å organisere seg til kamp mot Norbom. I slutten av uken, nemlig fredag 9. august hadde de dannet en aksjonskomite. Representanter for de ulike fagforeningene (formelt de tre hovedsammenslutningene, AF, Statstjenestemannskartellet (LO) og YS), kom sammen i lunchen og ble enige om at de skulle arbeide for å "redde" Helsedirektoratet, og, kunne man nesten si, Helsedirektøren.[329] Førstekonsulent i Legemiddelavdelingen og leder for AF i Helsedirektoratet, Martin Bjerke (f. 1955), hadde allerede den 7. juni, altså tre dager før informasjonsseminaret om delprosjektrapportene, innkalt til allmannamøte for å drøfte situasjonen.[330] Aksjonskomiteen kan sees på som en viderføring av dette initiativet. Slik sett kan man si at komiteen sprang ut av AF-miljøet i direktoratet. De sentrale personer i komiteen ble således, foruten farmasøyten Bjerke, legekonsulent i Forebyggingsavdelingen Ingrid Hauge Lundby (f. 1947), Legeforeningen, utredningsleder Anne Louise Valle (f. 1960), Juristforbundet, førstekonsulent Dag Lønningdal (1927-1998), helserettsavdelingen og førstekonsulent i forebyggingsavdelingen, antropologen Anne-Lise Middelthon (f. 1950). I tillegg kom skriveleder Leonora Martinussen (f. 1940), administrasjonsavdelingen fra YS, og førstekonsulent og statsviter Elin Sæther (f. 1942), fra Kartellet (LO).

[329] I et notat til allmannamøtet den 23. oktober, kalt "Aksjonskomiteen i Helsedirektoratet", heter det "Aksjonskomiteen ble dannet fredag 9.8.91 på møte i Hdir, innkalt av de tre hovedsammenslutningene. … Dannelsen av en aksjonskomite var et uttrykk for at de ansatte selv ønsket å foreta seg noe, og ikke bare være passive tilskuere til prosessen". Notatet er datert den 21. oktober, altså i forbindelse med at remissfristen gikk ut. Notatet ble lagt frem for allmannamøtet slik at det kunne ta stilling til "om vi fortsatt skal ha en aksjonskomite, og hvilke oppgaver den eventuelt kan ha". (En kopi av notatet befinner seg nå i vårt arkiv.)

[330] Opplyst av Martin Bjerke i samtale den 19.7. 2012. Bjerke har tatt vare på møteinnkallelsen.

Til NTB uttalte Bjerke på stiftelsesdagen, at ”Det er en forferdelig situasjon. Vi trenger et direktorat uavhengig av det politiske system”. Han spilte ut pasientkortet, det vil si spørsmålet om tilsynets plassering og pasientenes rettssikkerhet. Til Aftenposten ”gråter” han samme dag også litt for sin egen gruppe: De ansatte frykter at over ”hundre arbeidsplasser blir borte”.

Aksjonskomiteen fortsatte å arbeide som et litt uformelt kollektiv og med allmannamøtet som demokratisk grunnlag. Utad fremstod Martin Bjerke som komiteens talsmann. Ingrid Lundby var en slags leder, og moralbygger, innad. Hun var også viktig fordi hun var den eneste lege i aksjonskomiteen. Både hun og mange andre så jo også på innstillingen fra Norbom-utvalget som medikratiskeptisk. Anne-Lise Middelthon var komiteens strateg. Dag Lønningdal, Aksjonskomiteens nestor (han var 64 år), var dens dekoratør og poet, men også en aktiv fagnotatskriver. Disse fire, Bjerke, Lundby, Middelthon og Lønningdal, ble aksjonskomiteens mest aktive ledere.

Aksjonskomiteen hadde hyppige møter med Helsedirektøren.[331] Her orienterte de ham om begivenhetenes litt mindre synlige utvikling. Komiteen hadde en helt annen mulighet enn Mork til å følge med i hva som skjedde. Mork satt pris på at aksjonskomiteen var blitt organisert og på den informasjon dens medlemmer gav ham. Han unnlot imidlertid å bidra med råd. Det var for ham greit så lenge fagforeningene drev politikk. Skulle han begynne å gi dem råd, ville han selv både bli organisasjonspolitiker og bidra til å ”politisere” aksjonskomiteen. Han visste at hans og hans medarbeideres opptreden i organisasjonssaken ble nøye fulgt i departementet, og for så vidt i noen grad på Statsministerens kontor. I departementet var det en vanlig oppfatning at både direktoratets sjef og hans medarbeidere opptrådte illojalt. Aksjonskomiteen var klar over det. Den hadde også hørt, og trodde det forholdt seg slik, at Statsministeren var irritert over den direktoratslige politisering.[332]

Aksjonskomiteen lot seg ikke stanse av den mer uformelle kritikken ovenfra. Den ble straks meget aktiv. Allerede stiftelsesdagen holdt den lunchmøte. Siden holdt den en tid informasjonsmøte hver dag klokken 11.30 i kantinen i direktoratet. Disse fikk snart også et kulturelt og moralbyggende preg. Dag Lønningdals poesi blomstret:

I Sosdeptets høybygg gikk alle på tuppa
Da fikk man det råd av Norbom og gruppa:
Skal landet få fred
Må Mork legges ned
Det er han som er håret i suppa!

Informasjonsmøtene ble etter hvert ukentlige (onsdager); ja, aksjonskomiteens informasjonsmøter ble grunnlaget for det som ble ”Onsdags-info” i direktoratet. Det skjedde gradvis fra september av.

[331] Opplyst av Ingrid Hauge Lundby i samtale 23.4.12.

[332] At det var en almen oppfatning i helseavdelingen, og i departementet generelt, at ansatte i Helsedirektoratet nå politiserte på en måte som var forvaltningsmessig uheldig, gir alle vi har samtalt med i departementet, og som arbeidet der i den aktuelle periode, uttrykk for. Aksjonskomiteen var svært klar over det. To av dens medlemmer kommenterte også dette offentlig utpå vårparten; vi skal komme tilbake til det. At medlemmer i aksjonskomiteen også fikk inntrykk av at ledere ved Statsministerens kontor, Statsministeren inkludert, mente de ansatte i direktoratet under siste fase av Norbom-prosessene gikk for langt i politiserende retning, har Ingrid H. Lundby fortalt i samtale den 23.3.12. Vi har ikke fått bekreftet av Gro Harlem Brundtland at hun gav uttrykk for slike oppfatninger.

Arbeidet i aksjonskomiteen fikk fra starten av et klart siktemål: Komiteen ville påvirke det organ som til sist skulle avgjøre hva som skulle skje, nemlig Stortinget. Den 14. august, ennå fem dager før styringsgruppens rapport skulle legges frem, sa Bjerke til Dagens Næringsliv at "Vi begynner nå å kartlegge politikernes innstilling." Han kunne også stolt legge til at lekkasjene og forhåndsomtalen i massemediene hadde gjort at komiteen allerede trodde seieren kunne være innen rekkevidde: "Ut fra det vi erfarer støtter både Høyre, Fremskrittspartiet og SV dagens styring av Helsedirektoratet. KrF har ennå ikke vurdert saken. Senterpartiet har tidligere gått inn for nedleggelse, men vi ser kanskje Arbeiderpartiet som den største utfordringen". Til slutt berettet han at "stemningen i Helsedirektoratet nå begynner å bli optimistisk". Det er ikke overraskende. Det var faktisk allerede, bare én uke etter Erlandsens lekkasjeintervju med Aftenposten, begynt å se dystert ut for departementet. Og ennå var det fem dager igjen før aksjonskomiteens medlemmer, og de fleste andre, kunne vite sikkert hva styringsgruppen ville foreslå.[333]

Men på disse fem dagene fortsatte det å gå fra galt til verre for departementet. Den 15., dagen etter at Bjerke hadde lagt frem Aksjonskomiteens strategi, fikk andre i komiteen og direktoratet slippe til i Aftenposten, en avis som etter hvert var blitt hovedorganet for lansering av utspill om og, særlig, mot, departementet og dets departementsråd. Aksjonskomiteens "strateg", Anne-Lise Middelthon, sier at de ansatte ikke slåss for sine arbeidsplasser, "men for at Norge skal ha et godt helsesystem"; det er tilsynsmomentet hun tar utgangspunkt i. Rådgiver Marit Christie (f. 1934) tar opp det første maktspørsmålet: Behandlingen av organisasjonsspørsmålet har vært så lukket. Den svært erfarne førstekonsulenten og juristen Dag Lønningdal – han hadde vært i direktoratet siden Evangs glansdager (1958) – er også særlig opptatt av tilsynet og rettssikkerheten for pasientene, men føyer også til et slags maktmoment: "Det er en tankevekker at ingen husker statsrådens navn, mens helsedirektøren står spikret i folks bevissthet". Nylig avgåtte avdelingsdirektør i direktoratet, Jørgen Jonsbu, mannen som et år tidligere hadde forsøkt å ta opp hansken fra Staur (kfr. ovenfor), angrep i Aftenpostens morgennummer 13. august styringsgruppen både for den lukkede måte den hadde arbeidet på, dens ensidig toppbyråkratiske sammensetning og dens mangel på departemental selvkritikk. Sammen med Christian Erlandsen utdypet han kritikken, og presenterte et alternativ til styringsgruppens modell, i et notat på 44 sider, med vedlegg på 71 sider.[334] Det kom den 18. august, altså dagen før den grønne bok ble presentert. Før dette hadde sosialrettsspesialisten, professor Asbjørn Kjønstad (1943-2015) uttrykt bekymring over ryktene om "politisering" av systemtilsynet og desentralisering av klagebehandlingen.[335] Fredag 9. august hadde Dagsrevyen reportasje om disputten om

[333] Martin Bjerke ble denne dagen (14.8.) også intervjuet i sin lokalavis, *Akershus Romerikes Blad*. I oppslaget legges det vekt på at de direktoratsansatte "begynner å vise tenner overfor byråkrater og politikere som "vil dem til livs"".

[334] Christian Erlandsen og Jørgen Jonsbu, *Reorganiseringen av den sentrale helseforvaltning. Tanker omkring prosessen og en skisse til fremtidige funksjoner og struktur*. Dokumentet er velskrevet og godt gjennomarbeidet, og ikke spesielt polemisk preget. Forfatterne legger, tidsriktig – og Norbom-utfordrende, vekt på å presentere sitt forslag til organisering som uttrykk for en offensiv nyttestatlig filosofi. Det heter således at det, for direktoratet, "i langt større grad enn i dag (bør) legges opp til mål- og resultatstyring, med stor grad av frihet innenfor definerte rammer" (s. 24). De vil, og det passer inn i deres filosofi, at direktoratet skal fortsette som enesamordnende organ på nivået under departementet. De legger også vekt på at direktoratet i de senere år har rustet opp sin helserettslige kapasitet og nå er klar til å gå mer offensivt inn i så vel tilsynsvirksomhet som klagebehandlingen. De klarer imidlertid ikke tydelig å vise hvordan denne utviklingen kan sees i et samlet nyttestatlig perspektiv.

[335] Klassekampen 5.8.91. Kjønstad nevner at det ville være uheldig om den kompetanse i å kombinere jus og medisin som direktoratet har opparbeidet, og som er viktig for tilsyn og klagebehandling, skulle oppløses.

Helsedirektoratet. Her uttalte Jan Grund (f. 1946), nå BI-professor, men tidligere blant annet planleggingssjef hos Torbjørn Mork i det "gamle" helsedirektorat, at han mente direktoratet burde bli et mer selvstendig faglig kompetanseorgan. Grund ble oppfattet som Mork-kritisk, men skrev straks etter at intervjuet var sendt, i et brev til sin gamle sjef, at det ikke var meningen å komme med sterk kritikk: Det var klippingen av intervjuet som gjorde at han fremstod som så kritisk. Grunds beklagelse kom også i Aftenposten (m.nr. 17.8.).

Jørgen Jonsbu (f. 1940): Han var indremedisiner, men ble spesialist også i samfunnsmedisin i 1986. Han begynte som spesiallege i Helsedirektoratet i 1985, ble avdelingsdirektør for fylkeshelsetjenesteavdelingen i 1987 og for helsetjenesteavdelingen da fylkeshelsetjenesteavdelingen og kommunehelsetjenesteavdelingen ble slått sammen i 1988. Han sluttet i Helsedirektoratet i 1991 og gikk da tilbake til klinikken som indremedisiner og sjeflege ved Akershus sentralsykehus. Han var en utpreget analytiker og uroen omkring helseforvaltningens organisering etter at han begynte i Helsedirektoratet fikk ham til å reflektere mye over spørsmål av nesten organisasjonsteoretisk art. Han hadde ideer, blant annet under Norbom-prosessene, som kunne ha gjort at hendelsesforløpet kunne blitt et annet og mindre konfliktfylt. Bildet ble tatt på Sentralsykehuset i Akershus midt i 1990-årene. (Foto: Rune Petter Ness / NTB)

Mens debatten går i de store massemediene, og aksjonskomiteen i direktoratet arbeider under høytrykk, ferierer Mork fortsatt oppe på Venabygdsfjellet. Han trenger ikke gjøre så mye. Andre, ikke minst hans medarbeidere, arbeider for ham, og mot det departement de er underlagt. Han har intet imot det. Dagens Næringsliv forteller den 14. (s. 2), via hans informasjonsleder, Helge Iversen (1946-2010), at "Torbjørn Mork er oppglødd og ved svært godt humør etter at han er blitt informert om det arbeidet som nå pågår". Verdens Gangs Hallgeir Opedal (f. 1965) får bekreftet det når han møter Helsedirektøren på hytta oppe på fjellet: "Han sitter selvsikker på selvsnekret uteterrasse, og er hyggelig", beretter journalisten, og Morks sambygding (Odda), i en stor reportasje i lørdagsavisen (s. 26 og 27), to dager før fremleggelsen av den grønne bok. Mork presenteres som "Hoggestabbe" og når journalisten spør om Mork tror det er Guds vilje at han er blitt en sådan, svarer han "Nei, så urettferdig tror jeg ikke Gud er". Også Aftenpostens portrettør, Vetle Lid Larssen (f. 1960), hadde fått audiens hos den hytteferiende helsedirektør – for et lørdagsintervju. Journalist, og forfatter, Larssen ble endog traktert med spekemat av helsedirektøren. "Det er" imidlertid, understreker han, "en lynvisitt, dette". "Torbjørn Mork er nemlig på ferie. Den består i år som i alle år av at han løper rundt i hytta og banner og flytter på den pipende personsøkeren, og at han overhodet

ikke vil ta imot besøk. Hvis det ikke er departementet, storting, regjering eller presse. Eller familie. Eller venner, da. De som er igjen".[336]

Mork dro ned fra hytta like før helgen. Vel tilbake på kontoret torsdag den 15. gir han nok en "lokal" journalist, Stavanger Aftenblads Hjørdis Ånestad Tiltnes (f. 1940), audiens, for å la seg portrettintervjues. Intervjuet skulle publiseres i lørdagsutgaven av avisen (s. 16-17). Tiltnes kunne være en nærgående journalist. Mork lot henne få være det. Skjønt, kanskje er det rettere å si at han ikke hadde noe valg. Hun fikk ham således til å reflektere over sin genanse, sin "udiplomatiske" direkthet og sin "arroganse", på en måte andre journalister ikke klarte. –Er du prinsipielt prinsipiell?, spurte hun brått. –På hvilken bakgrunn spør du om det, svarer han først, litt betuttet, og i et forsøk på å lukke seg litt. Men hun lar seg ikke sette på plass og fortsetter: -Du kan oppfattes slik. Dermed tør han opp igjen og hun kan fortsette å spørre om barndommen med familien på Jæren, om oppveksten i Odda og om livsvalgene. Han forteller engasjert om sine verdier, særlig om solidaritet, og unnskylder at han blir litt emosjonell. Hjørdis Tiltnes benytter straks åpningen og bemerker: -Ja, du høres nesten ut som en emissær. Jeg hadde din kusine Elisabet Mork som søndagsskolelærer. Har du også vært det? -Nei, han hadde ikke det, men gikk gjerne i Frelsesarmeen i Odda og hørte misjonærer fortelle fra Afrika.

Om han var aldri så genert, Mork visste hva han gjorde når han lot seg portrettintervjue: Det var den beste måten å bygge sympati på. Aftenbladet er ingen landsavis, men det dominerer i en stor region, og dette Tiltnes-intervjuet overgikk alle andre portrettintervjuer med "Den ensomme ulv". Intervjuet kom også i hans gamle lokalavis, Hardanger Folkeblad (Ap).

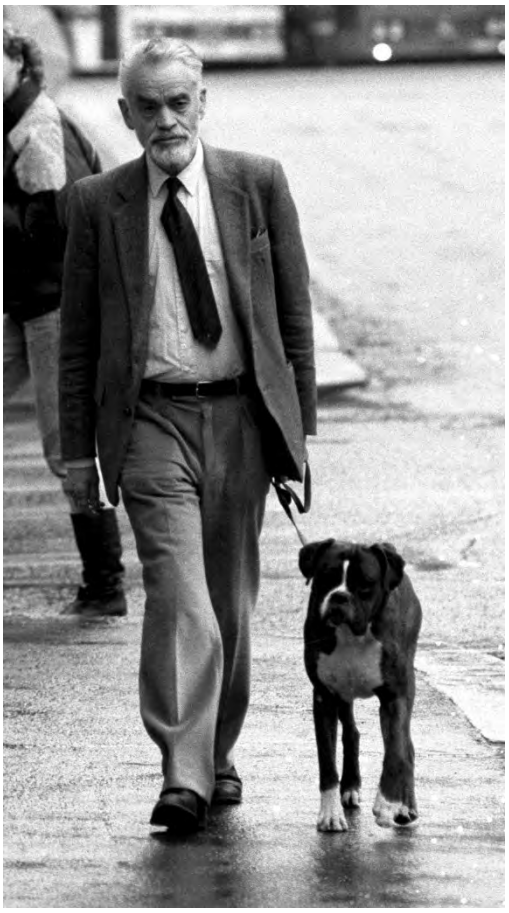
Forhåndsomtalen av Norbom-innstillingen ble avsluttet dagen før innstillingen ble lagt frem, altså søndag 18. august. Da hadde Aftenpostens morgennummer en reportasje som tok nesten hele side 7, i en avis som ennå kom ut i det ekstra store formatet. Reportasjen dreide seg om én ting, maktspørsmålet, eller rettere sagt, om makten og Mork. Den hadde overskriften "Maktkampen rundt Mork". På et stort bilde kommer Mork marsjerende imot leserne, med en bestemt mine og med Pan i bånd. Han er "offeret", den som skal "taes", men er samtidig en som ikke lar seg skremme. Ved siden av er det en rekke portrettbilder. I den øverste rekken kommer "medspillerne", altså Morks støttespillere. De er Wenche Frogn Sellæg, Christian Erlandsen, Geir Kjell Andersland og president i Lægeforeningen, Jon Haffner (f. 1940).[337] I den annen rekke kommer "motspillerne". De er Jon Ola Norbom, Harald Hauge, Bjørn Martin Aasen og Tove Veierød. Overskriften og billedbruken er suggestiv: Det hele sees fra Morks synspunkt. Han er "offer", men også helt.

Teksten er leservennlig, altså dramatiserende. Slik lyder ingressen: "Sterke personligheter. Kamp om innflydelse og makt. Intriger og dobbeltroller. Striden blant helse-Norges topper har samme ingredienser som en hvilken som helst annen såpeopera". Dramaturg var igjen journalist Ole Mathismoen. Han gjennomgår historien, ikke alltid helt presist dog, om helsemaktkampen fra Mork ble helsedirektør og til nå. Han legger stor vekt på den hierarkiske maktlinje: Mork vil ha sterk faglig-sentral kontroll, andre vil ha både sterk kontroll sentralt, i

[336] Vetle Lid Larssen, "Ukens portrett: Torbjørn Mork. Han som man ikke kommer utenom". Aftenpostens morgennummer 17.8.91, s. 7. Ulf Aas treffende portrettegning av Mork er brukt som illustrasjon til intervjuet.
[337] Haffner uttalte til NTB den 18.8. at Den norske lægeforening mener Helsedirektoratet bør "bestå som uavhengig faglig instans". Han sier at dets sjef, Mork, av og til gir legene det glatte lag, men at han er "uredd, ærlig, rett på sak og høyt respektert for sin faglige dyktighet". Legene vil derfor gjerne beholde ham som direktoratets sjef.

departementet, og lokalt. Journalisten avslutter sin historiske beretning med det litt ”overtalende” spørsmålet: ”Trengs et uavhengig organ som skal føre tilsyn med helsevesenet på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig plan og som ikke sorterer direkte inn under den politiske ledelse i Sosialdepartementet?”

Som vi har sett tok de første avisspekulasjonene utgangspunkt i Kjell Knudsens delprosjektrapport. Det er forståelig. Den rapporten passet til de forutanelser mange direktoratsforsvarere hadde. Avisoppslagene frem til den 19. august forble preget av Knudsens rapport, og, fra 7. august, av lekkasjen om embedene som skulle bort. Aftenposten fulgte allerede morgenen den 5. august (s. 5) opp ”Knudsen-sporet” og ringte den nå hektisk skrivende styringsgruppesekretær Terje Haugli Nilsen. Han svarer at det ikke er riktig at styringsgruppen ensidig vil ta utgangspunkt i Knudsens rapport. ”Vi arbeider med alle rapportene”, sier han, og tar nok munnen litt for full. Styringsgruppen arbeidet med sin egen modell og hadde, som vi har sett, for lengst lagt delprosjektrapportene til side, ikke minst den Nilsen selv hadde skrevet. Men ”tipset” om at styringsgruppen så på alle rapportene gjorde at Aftenposten tok ham på ordet og begynte å se på de andre rapportene, hvor avisen nå måtte ha fått dem fra. Resultatet ble et oppslag i morgennummeret den 14. august, med overskriften ”Byråkrater strides om Mork” (s. 6). Avisens journalist, statsviteren Hilde Harbo (f. 1959), påpeker her at hvis styringsgruppesekretær Terje Haugli Nilsen skal legge Knudsens ””vingestekkingsmodell” til grunn, må (han) skrive en innstilling som på vesentlige punkter strider mot hva han selv har anbefalt”. Det var nettopp det Nilsen gjorde. Der er ingen kommentarer fra ham til den litt pikante opplysningen. Ingen andre følger den heller opp. Men som vi har nevnt, Mork skal i neste runde komme tilbake til Nilsens rapport.



Torbjørn Mork og Pan: Det nærmer seg publiseringen av rapporten om blant annet Helsedirektoratets fremtid. En bestemt helsedirektør er klar til å ta imot, og imøtegå, den, med sin kjære, men litt uoppdragne, hund Pan, i bånd. (Foto: Tom A. Kolstad / Aftenposten /NTB)

Styringsgruppen, ved dens formann, bad Terje Haugli Nilsen om å gå inn i sekretariatet. Å få Nilsen med i Sekretariatet var attraktivt for Norbom fordi alle hadde stor faglig respekt for den iherdige konsulenten. Men også maktmessig lå det en mulighet i på denne måten å "kooptere" den "farligste" utrederen; nå ble styringsruppens modell også hans modell. Det ville på den måten bli nokså vanskelig for ham å delta i den offentlig debatt som skulle komme, endog som fagperson. Nilsen har etter at Norbom-prosessene var over vært tilbakeholden med å kommentere sin inntreden i styringsgruppen, og sin "kuvending" der. I et intervju med Einar Vetvik våren 1993 uttalte han, forsiktig, at han hadde opparbeidet seg mye relevant ekspertise og var blitt utsatt for et betydelig press fra departementet for å gå inn i sekretariatet. Etter lindrig press fra Vetvik vedgikk han at han også hadde hatt et håp om å få elementer fra sin egen modell inn i styringsgruppens modellforslag.[338] Det skjedde altså ikke.

Terje Haugli Nilsen bekreftet også, nølende, at det hadde vært "ubehagelig" å skulle være med på å fremme forslag om en "faglig sett dårlig modell". For Nilsen fortsatte modell nr. 3 å stå hans faglige og moralske hjerte nærmest. Det var jo den som var *hans* modell. Det var også den modellen han en tid hadde støtte fra "nyttestatsfolkene" Hambro og Grøholt for. Det hører med til bildet av Nilsens rolle som konsulent at han kjente direktoratet, og dets ledere, godt. Han var to år før (1989) blitt brukt av direktoratet som konsulent i dets arbeid med å innføre virksomhetsplanlegging. Men Nilsen arbeidet både aktivt og lojalt i sekretariatet, forteller hans sekretariatskollega, Øyvind Sæbø.[339] Det var Nilsen som førte mesteparten av det "diagnostiske" kapittel 5 (kalt "Problemdrøfting") i pennen.[340]

Departementsledelsens vei(er)

Forhåndsdebatten kom altså uventet, ubehagelig uventet, på departementsledelsen. Den forholdt seg også nesten helt taus gjennom hele denne debatten, og kom slik, indirekte, på defensiven. Statsråden sa intet; hun bare henviste til at rapporten ennå ikke var overlevert (NTB 9.8.). Statssekretæren skrev et kort innlegg i Aftenpostens morgennummer den 14. august (s. 2), der hans budskap er at det ikke er grunnlag for å diskutere saken før Norbom-innstillingen er lagt frem. Norbom lot seg "lure" med i "Atten Tretti" den 9. august. Det ble, som vi har nevnt, en ubehagelig opplevelse. Én gang lot han seg intervjue, kort, av Norsk Telegrambyrå, landets mest nøytrale nyhetsorgan, men også det mest "abstrakte".[341] 10. august, dagen etter Atten Tretti-opptredenen, kom det noen uttalelser fra Norbom. Ingen av de store osloavisene gjenga uttalelsene. Fædrelandsvennen var en av de få som gjorde det. Avisen, eller NTB, skriver:

[338] Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen, intervju med Terje Haugli Nilsen 25.3. 1993. Henvisningen til Nilsens uttalelser nedenfor, er fra Vetvik og Jacobsens intervju med ham den 25.2. 1993. Vi har fått intervjuene fra Vetvik i november 2011.

[339] Einar Vetvik og Stine Margrethe Jacobsen, intervju med Øyvind Sæbø 29.3. 1993. (Vi har fått intervjuene fra Vetvik i november 2011.) Også vårt intervju med Ø. Sæbø, 8.7. 2009.

[340] Dette kapittel fremstår, interessant nok, som nokså "nøytralt", eller "balansert". Det gir ikke tydelige premisser for de forslag som presenteres i de to neste kapitlene (6 og 7). I disse har styringsgruppen styrt tydeligere, med Øyvind Sæbø som hovedskribent.

[341] NTB sendte sine nyheter ut i eteren, men visste aldri hvilke som ble brukt, av hvilke aviser. Som regel var det de mindre aviser som brukte NTB. De store ville lage sine egne historier.

Norbom vil overfor NTB verken bekrefte eller benekte at Mork er bedt om å finne seg en ny jobb. Derpartementsråden sier at han har tillit til Torbjørn Mork som person.
-Har du tillit til Mork som helsedirektør?
-Det får vi komme tilbake til etter at innstillingen er lagt fram 19. august, sier Norbom, som ikke vil si noe om hvilke forslag som vil bli fremmet.

Norbom svarte som han måtte svare; det vil si, som sedvanen tilsa. Den forbød ham, og resten av departementsledelsen, å røpe noe fra innstillingen før den forelå. Men spørsmålet om tillit var vrient, og knapt mulig å besvare på noen "god" måte. Norbom ble "tvunget" til antyde litt, nemlig det alle visste, at å ha Mork som det personifiserte nivå nr. to, ikke var hans preferanse. Slik antydet han også, iallfall indirekte, at Norbom III-prosessen ville bli en kamp om Morks posisjon, en kamp mellom to institusjoner, direktoratet og departementet. Det ville bli en kamp om Makten. I den kampen ville tilsyns- og klagebehandlingen bli innholdssakene.

Scenen var nå satt for det endelige oppgjør, det oppgjør som startet i "det små" i forbindelse med delingen i 1983 og som nå var endt i "det store".

Men som forspillet hadde vært de to første augustukene, var departementet og Norbom kommet på defensiven på den åpne arena. De var endog kommet på defensiven i kampen om de avgjørende stemmer, de parlamentariske. Utsiktene var heller ikke de beste for den dragkamp som forestod. Fra "i morgen", altså fra og med mandag den 19. august, var riktignok ikke departementet lenger hindret av sin egen taushetsplikt. Nå kunne det gå på offensiven. Problemet var at det ikke hadde folk til å gjøre det. Å sette inne den kyndigste, departementsråden, var ikke mulig. Han var forvaltningsmann og kunne ikke opptre som "vanlig" politiker. Dertil kom at han, som hovedutreder, nå hadde tenkt å spille en mer tilbaketrukken rolle også innad, altså i den videre behandling av saken. Utrederen skulle ikke også være iverksetteren. Den andre departementsmann i styringsgruppen, Thomas Mauritzen, var sykemeldt og skulle forbli det ennå en tid. De tre ytre representanter for styringsgruppen, hadde mer enn nok med sine andre, ordinære oppgaver. Én av dem, Christian Hambro, skulle dog delta litt i den offentlige debatt. Han kunne ikke dy seg. Styringsgruppen tilhørte nå allikevel for de fleste praktiske formål historien.

Men her var ytterligere problemer: Styringsgruppen var en embedsmannsgruppe, en gruppe som skulle arbeide organisasjonsfaglig. Den "kunne" derfor ikke i særlig grad engasjere seg i den offentlige debatt etterpå. Det som hadde gjort at den hadde kunnet arbeide så konsentrert og "apolitisk", så konfliktløst, i utredningsfasen, gjorde at den ikke kunne være med i den offentlig-politiske debattfasen som nå kom. At den grønne bok bare var en innstilling, og dermed ikke noe departementet og statsråden ennå formelt hadde tatt stilling til, gjorde det desto mer umulig for embedsmennene i gruppen å bli bokens emissærer.

Norbom hadde, som vi har sett, ved overleveringen av den grønne bok, levert "stafetten" over til statsråden: Boken var nå hennes. Det var imidlertid ikke hennes oppgave straks å forsøke å bli en "bokselger". Hun hadde bare mottatt boken. Hun hadde ikke formelt tatt stilling til den. Hennes oppgave var nå å lede arbeidet med å vurdere hva som burde gjøres med boken. I siste instans var det regjeringen som skulle bestemme det. Hadde hun straks gått på "barrikadene" hadde hun låst seg, og til dels også regjeringen. Hun kunne for så vidt heller ikke sende sin statssekretær, Bjørn Martin Aasen ut i krigen. Men hennes situasjon var for så vidt delikat, siden bokens forfatter var hennes nærmeste administrative rådgiver, departementsråden, og for så vidt som han arbeidet på oppdrag (også) fra henne, og løpende hadde konsultert henne om arbeidets utvikling. Som utenverdenen så det, bandt han langt på vei henne. Det så både

hun og departementsråden, og det var grunnen til at en annen, nemlig ekspedisjonssjef Finn Høvik, nå 67 år, fikk oppgaven med å lede den videre saksbehandling. At den annen ble Høvik, var imidlertid naturlig. Han hadde jo, som vi har sett, administrativt ledet styringsgrupperunden. Høvik kjente dessuten godt den endelige adressat for det arbeidet som nå startet, Stortingets sosialkomite. Det var nå en stor fordel. I begynnelsen av 1970-årene hadde daværende byråsjef (siden 1967) Høvik vært sekretær for Sosialkomiteen. Norbom selv skulle nå "ligge lavt", eller iallfall forsøke å gjøre det, selv om han var den nærmeste, eller endog eneste, til å spille rollen som bokens emissær.

Vi har sett at Statskonsult anbefalte styringsgruppen, og departmentet, å lage en strategi for markedsføringen av den grønne bok. Anbefalingen ble ikke fulgt. Det er ikke tilfeldig. Som vi nettopp har sett, var det formelt vanskelig for det å gjøre det. Det var vanskelig på grunn av den måten utredningsarbeidet var organisert på, nemlig med basis i en halvintern embedsmannsgruppe. Men de fleste skjønte at departementet nå i praksis var "bundet", og bundet til et forslag det altså ikke offentlig kunne forsvare ennå. Det gikk derfor, under Høviks ledelse, straks løs på den videre saksforberedelse, nærmest med "skylapper". Men når Høvik, og departementets ledelse, Norbom inkludert, kunne gjøre det, skyldtes det også at de ennå følte seg forholdsvis trygge. De mente de ennå hadde tilstrekkelig stortingsstøtte.

Men det var jo ikke mulig for departementet å holde den støyende, korporativt pregede, politikken helt ute. Resultatet ble at departementsråden, som nå egentlig skulle tre til side, av pressen og andre barrikadekjempere, i noen grad, om enn høyst motvillig, ble dratt ut i rampelyset. Pressen og "motparten" ville ha en motpart, og fant ingen annen sådan enn departementsråden. Det fikk også som konsekvens at han måtte følge det indre arbeid med større engasjement enn han hadde tenkt. Den prosess som nå tok til ble altså også, "*malgré lui"*, en slags Norbom-prosess. Departementsråden ble "politikeren", på et vis nesten mer enn sin sjef. Men det var grenser for hva han som sådan kunne gjøre. Spesielt kunne han ikke spille en rolle på den parlamentariske arena. Også i den offentlige debatt måtte han være ytterst varsom.

♦

Den vei, eller de veier, departementet nå var kommet inn på, og nesten måtte komme inn på, var vanskelige å følge. Meget, kanskje alt for meget, var allerede blitt avhengig av den som nå egentlig skulle ha trukket seg ut av reformarbeidet, departementsråden. Vi sier "kanskje alt for meget", fordi den rolle han av omstendighetene ble dyttet inn i, var så uklar. Han hadde ikke definert rollen selv, men hadde vært med på å "vikle seg inn" i den, ved å la seg utnevne til sjefutreder. Statsråden hadde, ved sin godkjennelse av styringsgruppekonstruksjonen, bidratt til denne "innviklingen". Kritikerne kunne så utnytte situasjonen. De bokstavelig talt trakk Norbom frem i lyset. Det var han som var den spennende motstander. Det var jo han som stod bak forslagene. Statsråden neglisjerte de. Slik bidro de også til å svekke den som i siste instans måtte "selge" forslagene i den grønne bok. Hun ble, først indirekte, så mer direkte, omtalt som Norboms "nikkedukke". Men ved slik å gjøre departementsråden til hovedskyteskive for kritikken mot omordningsforslagene, bidro kritikerne til å "avpolitisere" striden. Den ble ikke primært en arbeiderparti- og dermed regjeringssak, den ble mer en sak der ulike deler av byråkratiet stod imot hverandre. Statsministerens kontor, Statsministeren inkludert, kom således slik aldri til skikkelig å engasjere seg i saken. Hun var, før den grønne bok ble presentert, blitt orientert av statsråden om den. Hun kunne ha stanset "boken" da, men gjorde det ikke. Dog bemerket hun at det kan være godt å ha et direktorat å "gi skylden". Da hun senere på høsten, av departementsråden og statssekretæren, ble orientert nærmere om

”boken” og departementets planer for å sette dens ideer ut i livet, viste hun ikke spesiell interesse. Det var, forteller departementsråden nå, som om hun sa: ”Ta denne byrde fra meg!”[342] Men hun sa ja til at saken kunne fremmes.

Norbom III-prosessen kommer igang: 19. august – 21. oktober 1991

Departementet utreder (videre) og direktoratet mobiliserer til politisk dragkamp

Like før lunch den 19. august overleverte altså Norbom og styringsgruppen sin innstilling til Sosialministeren. Med det startet også formelt det vi har kalt ”Norbom III”-prosessen. Departementet selv åpnet over lunch prosessen med sin pressekonferanse, holdt på Stefan-hotellet. Om lag 50 pressefolk var møtt frem. Norbom sa her at innstillingens forslag ”vil gi bedre kvalitet på tjenesteytingen, bedre betingelser for den politiske styringen og mer effektiv bruk av de samlede ressurser”.[343] Han sa videre at han var klar over at innstillingen ville vekke debatt, men kom også med en ”påminnelse”: Dagens ordning, en ordning han, som vi har sett, ofte kalte ”Heløe-ordningen”, baserte seg på den oppfatning at det er mulig å skille klart mellom politikk og fag (medisin). Det er en oppfatning, sa Norbom, som ”ikke samsvarer med virkeligheten”. Her talte ”politokraten” Norbom til ”pseudo-eksmedikraten” Mork. Mork, som i 1983 indirekte hadde forsvart integrasjonen av politikk og medisin, gjennom Helsedirektørens ”heisrolle”, var nå blitt en tydelig talsmann for å ha et slikt skille. Vi har nevnt Morks *”about-face”* tidligere, og skal komme mer utførlig tilbake til den. Også Styringsgruppens øvrige medlemmer var med på pressekonferansen. Hambro, den mest aktive av de ”menige” gruppemedlemmer, sa at det var tradisjon i forvaltningen for at fagfolk kommer med sine vurderinger og råd, men la så spørrende til: ”-Men er det riktig at fagfolk treffer vedtakene?” Ifølge Aftenposten la Hambro og de andre medlemmer av gruppen ”ikke skjul på at å bryte den mer enn hundre år gamle styringen legestanden har hatt i form av å lede Helsedirektoratet var et element de likte”.[344]

Direktoratet og dets tillitsvalgte holdt sin, mer farverike, konferanse tidlig på ettermiddagen (1530). Konferansen var ikke så godt besøkt, ”fordi Norbom hadde bestilt kupp i Sovjet!”, som en direktoratsmann i et tilbakeblikk halvannet år senere, sa det.[345] Ulikt departementets pressekonferanse ble imidlertid direktoratets fulgt opp med mer personlige intervjuer, spesielt med Mork. Det var ikke så underlig. Departementets folk skulle, etter den formelle presentasjonen av innstillingen, først og fremst forberede realiseringen av den. Det skulle de i hovedsak gjøre i stillhet, fra sine kontorer. Direktoratet og de andre berørte institusjoners folk, skulle nok skrive remissuttalelser, men var ellers henvist til de stadig flere uformelle politiske kanaler de nå skapte. Mork kunne ikke engasjere seg i disse kanaler. Han kunne ikke, iallfall ikke formelt, delta i et delvis skjult felttog mot sine oppdragsgivere og overordnede. Som semiuavhengig direktør for et semiuavhengig direktorat kunne han, som forvaltningskomiteen

[342] Begge opplysningene i dette avsnittet har vi fått av Jon Ola Norbom i telefonsamtale den 9.1. 2012. Tove Veierød har bekreftet opplysningen om at hun orienterte Statsministeren (samtale 5.8. 2009).
[343] Sitert etter NTBs referat den 19.8.91. Også sitatet nedenfor er fra samme NTB-referat.
[344] Aftenpostens morgennummer 20.8.91, s. 10.
[345] Helge Høifødt, Morks forvaltningsteoretiker, i intervju med Einar Vetvik 2.3. 1993. (Intervjureferatet fikk vi av Vetvik i november 2011.)

påpekte i sin innstilling (1970), imidlertid delta i den offentlige debatt om Norbom-gruppens forslag.[346] Slik kunne han også definere premissene for det mer uformelle og delvis skjulte anti-Norbom-arbeidet. I departementet var det imidlertid en utbredt holdning at Mork gikk utover sitt mandat når han på den måten han gjorde blåste til strid.

I de første intervjuene etter fremleggelsen av innstillingen understreket Mork først og fremst de momenter som allerede var ført i marken av ham selv og andre direktoratsforsvarere. Han spisset imidlertid momentene og gav slik inspirasjon og ekstra trykk til den dragkamp som allerede var igang. Han la i intervjuene på den ene siden vekt på saksbehandlingsmåten: ”Behandlingsmåten er noe av det mest lukkede jeg har sett”, sa han til Verdens Gang (20.8., s. 23). Til NTB (19.8.) trekker han linjene tilbake til 1983: ”Vi var gjennom en liknende prosess i 1983, under regjeringen Willoch og sosialminister Heløe. Den gang var Helsedirektoratet med på hele prosessen”. På den annen side la han vekt på den strukturelle plasseringen av to funksjoner, oppstrømsfunksjonen helsefaglig rådgivning (til departementet) og nedstrømsfunksjonen tilsyn, klagebehandling inkludert. Hva rådgivningsfunksjonen angikk, sa han at innstillingsforslaget innebar at den ble delt mellom tre kompetanseorganer og at samordningen først kunne skje på departementsnivå. Det kunne, sa han, lett føre til at man får ”en politisk siling av faglige råd før de når ut til offentligheten”. Han så forslaget som uttrykk for den tendens man en tid hadde sett, at ”politikere mer og mer overtar detaljstyring, mens fagfolks innflytelse svekkes”.[347] Han gikk altså her løs på forslaget om å fjerne direktoratets rolle som et samordnende organ på nivå nummer to. Hva tilsynsoppgavens plassering angår, sa han at det å legge den overordnede del av funksjonen til departementet ville føre til en uheldig samling av politikkbestemmende og kontrollerende funksjoner. Det ville føre til at ingen ville fungere som det han hadde gjort siden 1983, nemlig som ”vaktbikkje”. Ved å legge den ”underordnede” del av tilsynsfunksjonen, særlig klagebehandlingen, til fylkeslegene, åpnet man for større grad av forskjellsbehandling, mente han. Han la til at det ikke hjalp at kompetansesenteret for helsetjenesten skulle bli et ankeorgan. Det ville jo, som fylkeslegene, komme under departemental instruksjon.

Man kan samle Morks argumenter til ett: Norbom-gruppen hadde fungert for politokratisk, altså ”lukket”, og kommet med for politokratiske, altså styringssentraliserende, forslag. Som beskrivelse var Morks analyse riktig; forslagene pekte i styringssosialiserende retning. Når han gav inntrykk av, han var dog litt vag her, at de i så henseende var representative for en bred styringsmessig utvikling, treffer han ikke uten videre. Han treffer for så vidt som dette hadde vært tilfelle på det helsepolitiske, og til dels alment velferds- og utdannelsespolitiske område, særlig siden midten av 1970-årene. Utviklingen var her uttrykk for oppgjørene med fagstyrene. Men han treffer ikke for så vidt som det siden begynnelsen av 1980-årene hadde vært en almen tendens til avpolitisering av styringen av offentlige institusjoner: Fristillelse, og til dels privatisering, var blitt stikkordene for den britisk-amerikansk inspirerte utviklingen på de ”hardere” samfunnsområdene, altså de industrielt pregede og infrastrukturelle områder. Her ble politokratisk styring erstattet med profesjonell, forretningsinspirert styring.

[346] Siden 1983 var Helsedirektoratet plassert utenfor departementet. Dets sjef var da faktisk også valgbar til Stortinget, og kunne altså ”uttale seg fritt om regjeringens politikk – også på hans eget fagområde”. ”Men”, fortsetter forvaltningskomiteen, ”som embetsmann plikter han å bruke en *form* som tilfredsstiller rimelige krav til anstendighet og respekt for foresatte statsmyndigheter, og selvsagt er han pliktig til å bevare taushet om ting som på lovlig måte er belagt med taushetsplikt”. *Innstilling om Den sentrale forvaltnings organisasjon*, Statsministeren, 1970, s. 65.

[347] De to siste sitatene er tatt fra *ibid*.

Det var, i prinsippet, denne, nytteorienterte, men til dels også rettsstatlige, utviklingstendensen Mork nå omfavnet, selv om omfavnelsen ikke var svært teoretisk bevisst. Den gamle medikrat ville heller ha nytte- og rettsstatlighet enn politokrati. I det NTB-intervjuet vi ovenfor har sitert fra, sa han at det var prinsippet, ikke hans person det stod om, og prinsippet var "et veldig viktig prinsipp som Norge har hatt i over 100 år, nemlig skillet mellom fag og politikk i helseforvaltningen." Han føyer til: "Dette ble senest fastslått av Stortinget i 1984, da Helsedirektoratet ble skilt ut fra Sosialdepartementet". Men i sin iver etter å styrke sin egen argumentasjon glemmer han her at spørsmålet om legelighetens tilknytning til Makten hadde vært et stridsspørsmål helt siden 1815, og at han i 1983 (ikke 1984) hadde brukt ordningen som gjaldt fra 1891 til 1940/41 (med "utenforstilt" direktorat) som et argument *mot* utflyttingen av direktoratet fra departementet. Men da skansen falt i 1983, og han etter hvert kom til å oppleve helseavdelingen som ekspansiv, ble det å forsvare den kombinerte nytte- og rettsstatlighet noe som passet hans interesser: Han kunne bruke den til å holde politikken litt på avstand. Samtidig motarbeidet han sine egne interesser ved at han fortsatte å være en slags politiserende venstremedikrat.

Mens Mork altså gikk ut i åpent lende fortsatte aksjonskomiteen i direktoratet sitt arbeid, delvis i åpent lende, altså i mediene, og delvis i mer eller mindre skjult lende. I direktoratet var det, som nevnt, til å begynne med nesten daglige "aksjonsmøter", blant annet med opplesning av kampdikt og limericker, klaverunderholdning, kåseri (Tian Sørhaug) og skuespilleri (Agnete Haaland, om Florence Nightingale) i den store kantinen i inngangsetasjen. På en tavle i direktoratet ble det daglig hengt opp avisoppslag.[348] Aksjonskomiteen var også nå for alvor i gang med arbeidet for å samle støtte i de ulike helseforvaltningsinstitusjonene, i fagmiljøene, i de mest aktuelle fagforeningene og sist, men ikke minst, i partienes stortingsgrupper, særlig blant gruppenes sosialpolitikere. Den lokalpolitisk erfarne Martin Bjerke fikk tidlig god kontakt med sin partifelle Magnar Sortåsløkken. Han og andre i Aksjonskomiteen, blant annet Ingrid Hauge Lundby, fikk like god kontakt med John Alvheim. Høyre ble særlig "bearbeidet" via Lægeforeningen. Legenes hovedtillitsvalgte i direktoratet, Ingrid Lundby, hadde nær kontakt med foreningens assisterende generalsekretær Terje Vigen (f. 1945).[349] Vigen hadde nokså fersk erfaring som gruppesekretær for Høyre på Stortinget, en erfaring han nå kunne utnytte. Kontakten gikk både til partiets komitemedlemmer Thea Knutzen og Thorhild Widvey (f. 1956) og til høyremedlemmenes aktive "rådgiver", Wenche Frogn Sellæg. Komiteen hadde også, men fortsatt mindre, kontakt med partiene som stod på den "andre" siden, altså Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti. Aksjonskomitemedlemmene lot seg intervjue i pressen, men var ikke selv så aktive overfor pressen som de opprinnelig hadde tenkt. De skrev ikke egne innlegg for eksempel, annet enn hvis det var ting de en sjelden gang svarte på. Undertiden sendte de ut pressemeldinger. Lundby tok kontakt med NRKs Geir Helljesen (f. 1939), en mann hun kjente privat, for å få et oppslag i statsmediets fjernsyn. Hun kontaktet ham, først pr. telefon, så pr. brev, midt i november. I brevet, datert den 18. november,

[348] I et notat fra aksjonskomiteen, "Til ansatte i Helsedirektoratet", skrevet i anledning allmannamøtet den 23.10.92, redegjøres det for hva komiteen så langt har gjort. (Et eksemplar av notatet finnes i vårt arkiv.)
[349] Høsten 1989 kom det forespørsel til Lægeforeningen ved president og høyremann Bengt-Lasse Lund om foreningen hadde en person som kunne være gruppesekretær for Høyres fraksjon i Sosialkomiteen og Forbruker- og administrasjonskomiteen et års tid (på grunn av en svangerskapspermisjon). Terje Vigen ble spurt og ble såpass interessert at han hadde et møte med partiets nye parlamentariske leder Anders Talleraas (f. 1946) og Annelise Høegh (1948–2015). Høegh hadde sittet i Sosialkomiteen og gikk nå over i Forbruker- og administrasjonskomiteen. Vigen sa at han ikke var medlem av Høyre eller så på seg som noen klar høyremann, men det spilte ingen rolle, Høyre ville først og fremst ha en fagperson. Vigen sa så ja til å vikariere som gruppesekretær.

fremholder hun at departementet allerede hadde bestemt seg for å følge Norbom-utvalgets innstilling og nå la opp til at den skulle følges opp på en "teknisk" måte, altså uten en forutgående, offentlig prinsippdiskusjon.[350] Hun henviste i brevet til Helljesen til at Fremskrittspartiets Alvheim nå hadde stilt spørretimespørsmål til Sosialministeren om saken, et spørsmål som skulle besvares to dager senere. Alvheim spilte altså allerede på lag med aksjonskomiteen. Lundby antydet ikke hvordan NRK kunne utnytte saken, og Helljesen fant heller ingen spesielt interessant måte å slå den opp på.

I departementet ble intet gjort for å "overvåke" aksjonskomiteens aktivitet. Ei heller ble noe gjort for å bygge opp en departemental "innsatsgruppe". Departementets ledelse fungerte i så henseende utad mer reaktivt enn proaktivt. Ja, man kan nesten si at den lukkede og interne måten departementet fra april 1990 hadde arbeidet med saken på, fortsatte nå. Vi har sett at det nesten måtte det også: Formelt hadde jo departementet ennå ikke bestemt seg politisk. Arbeidet var selvsagt ikke hemmelig, som i første runde, eller (helt) "unntatt fra offentlighet", som i andre runde, men allikevel internt og litt lukket i betydningen byråkratisk-politisk – altså ordinært departementalt. Men formelt var det nå ikke Norbom, men hans gamle skolekamerat, Finn Høvik, som ledet arbeidet. Han gjorde det på tradisjonelt departementalt vis, og lot seg ikke forstyrre av den ytre støy. Høvik var jo også enda mindre en offentlighetens og barrikadenes mann enn sin overordnede.

Allerede presentasjonsdagen sendte Høvik den grønne bok til de 11 mest berørte sentrale institusjoner, til arbeidstagerorganisasjonene i disse institusjoner, til alle fylkeskommunene, fylkeslegene og fylkesmennene, til Kommunenes Sentralforbund, til 54 kommuner, til 15 helseyrkesorganisasjoner, til fem sentrale fagorganisasjoner, til syv veldedige (og lignende) organisasjoner, til fem pasient- og klientorganisasjoner, til ti departementer, til seks sentraladministrative organer utenfor departementene, til de 11 statseide helseinstitusjoner, til Norsk Medisinaldepot, til de fire forskningsråd, til de fem universiteter og til fire næringsorganisasjoner, og inviterte dem til å komme med kommentarer til boken innen 21. oktober.[351] Remissinstansene fikk altså to måneder på seg, mer enn dobbelt så mye som tanken opprinnelig hadde vært. Norboms vårlige tanker om en avgrenset og kort remissrunde var, av begivenhetene, gjort uaktuelle. Ja, departementsledelsen så nå at alt ville bli "forsinket". Det ville ikke bli mulig å sette innstillingens forslag ut i livet allerede fra nyttår 1992. Siktemålet var iferd med å bli ett år senere. Departementet satte imidlertid straks i gang arbeidet med å forberede iverksettelsen. Man kan si departementsledelsen fortsatt var så sikker på at Norbom-modellen skulle bli godtatt, først av regjeringen, så av Stortinget, at man, for ikke å tape tid, begynte å planlegge iverksettelsesarbeidet samtidig som man begynte å planlegge beslutningsarbeidet: Det ville kreves både budsjett- og lovbeslutninger.

Massemediene hadde, som vi har sett, ikke brydd seg så mye om Norbom II-prosessen, før et stykke utpå sommeren. Nå brydde de seg svært meget, både etermediene, avisene og noen av tidsskriftene. De berettet de første par ukene nesten daglig om dragkampen om Mork, eller mellom Mork og Norbom. Det viste seg snart at departementsledelsen ikke kunne forholde

[350] Brev fra Ingrid Hauge Lundby til Geir Helljesen, datert 18.11.91. I brevet redegjør Lundby nærmere for sakens utvikling og legger ved en rekke dokumenter, bl.a. den grønne bok og aksjonsgruppens oppsummmering av remissuttalelsene. (Brevet er utlånt av I. H. Lundby. Vi har en kopi i vårt arkiv.) Lundby har også fortalt nærmere om dette i samtale den 23.4.12.

[351] Brevet til remissinstansene hadde overskriften "Organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning". Det er parafert av Ólafur Pétursson. Det har departementsreferansen 91/06243 og direktoratsreferansen 91/10594-031.

seg helt taus utad. Mediene trengte en motpart. De trengte en personlig motpart. Statsråden passet ikke, som vi har påpekt, til det. Men Norbom gjorde det. Den ”grå eminensen”, en departementsråd skal jo være det, ”passet”. Han var passe lik, men særlig passe annerledes, Mork. Han virket ”grå”, og så litt aldersstegen ut; i det siste henseende lignet han på Mork. Han var liten og tynn, for så vidt som også Mork var. Han var skarpskodd, som Mork, og hadde høy anseelse i departementsforvaltningen. Han var imidlertid tillike lavmælt, kortfattet og utpreget underfundig, og slik sett ulik sin motpart. Han var viljesterk og utholdende. Det var også Mork. Han var i god fysisk form. Det var ikke Mork. Han nærmet seg pensjonsalder, noe Mork nesten også gjorde. Det kunne være den siste store saken for dem begge. Det kunne være ettermælet det stod om, for begge. ”Motparten” *måtte* bli Norbom, om han aldri så lite ønsket det. Han måtte bli det for massemediene, og han måtte bli det for direktoratet, for aksjonskomiteen og for alle som ville slåss for Mork, og Mork mye mer enn direktoratet. Mork kunne stadig, men neppe helt oppriktig, si at det ikke måtte dreie seg om hans person, samtidig som han ikke gjorde noe for å få medier og andre debattanter fra å fremstille det som om det også i ganske stor grad dreide seg om ham. Norbom ble trukket frem i lyset, mer mot enn med sin vilje, men forble ellers en halvt usynlig, nesten my(s)tisk figur. Mork kom stadig ut på scenen og satte pris på rampelyset.

Innstillingens første mottagelse: pressen som aktør, og som medium, de første par ukene; politikernes flaggtoning

Mediene ble fra første stund av både aktører og medier andre aktører brukte. Vi har sett at de fikk saken opp på dagsordenen før den, etter departementets plan, skulle vært der. Vi har også sett at de ble brukt, og villig lot seg bruke, av personer som var skeptiske til de ideer styringsgruppen snart skulle legge frem. Man kan si mediene og Norbom-opposisjonen her hadde interesser som falt sammen. De første ønsket pikante forhåndsoppslag, altså oppslag om hvordan noen skulle ”taes” – Mork – og om konflikter – Norbom mot Mork. De andre ville påvirke utfallet av den dragkamp som skulle komme, og måtte da slippe til i massemediene. Slik ble, som vi har sett, forhåndsoppslagene og -innslagene om Norbom-innstillingen i større grad til ugunst enn til gunst for Norbom og hans medutredere: Det var ”motparten” som ytret seg. Situasjonen endret seg noe etter at innstillingen var offentliggjort, men helt snudd ble den ikke. Utrederne og departementet måtte utad fortsette å ”slåss” i motbakke. De fikk, og skaffet seg, mindre bekreftende oppmerksomhet enn innstillingskritikerne. Slik skulle det i noen grad forbli gjennom hele Norbom III-prosessen. Mediebildet, og for så vidt virkelighetsbildet generelt, ble imidlertid ikke så lenge etter offentliggjørelsen av innstillingen noe mer nyansert. Med det fortok imidlertid også pressens interesse for saken seg. Ja, pressens interesse for saken var i noen grad tatt ut allerede på forhånd.

På dagen for offentliggjørelsen av innstillingen var det ikke så mange oppslag i avisene. For avisene kom pressekonferansene stort sett for sent. NTB sendte, naturlig nok, telegram om saken til sine abonnenter, stort sett for offentliggjørelse dagen etter. Aftenposten hadde sin ettermiddagsutgave, og kunne der slå opp saken. Begge gav sine reportasjer et Mork-rettet innhold. NTB orienterte om saken, men la vekt på Morks skjebne og spurte: Blir det ”Avskjed

på grått papir for helse-Norges vaktbikkje?"[352] Byrået hadde også intervjuet Mork, som bekreftet at han ikke trodde forslaget ville gjøre det mulig å opprettholde hans "vaktbikkjefunksjon". NTB hadde ikke samtalt med Norbom. Også Aftenposten hadde et orienterende oppslag, men med en innledende beskrivelse som nok flere så på som "Mork-vennlig". Avisens journalist, igjen Ole Mathismoen, konstaterte at ryktene hadde hatt rett: "Helsedirektoratet skal utraderes fra den statlige helseforvaltning og Torbjørn Mork blir dermed uten jobb". Mathismoen konstaterte imidlertid at før reformen kan gjennomføres venter "en knallhard kamp". Ellers hadde etermediene et slags monopol den (etter)middagen. De gav faktiske opplysninger, men la, som NTB og Aftenposten, vekt på at Helsedirektoratet og Mork skulle bort. I Dagsrevyen proklamerte imidlertid den stridslystne helsedirektør: -Jeg er helsedirektør til jeg dør. Slik minnet han dem som ville ha ham bort om at han, som embedsmann, i praksis var (nesten) uavsettelig.

Men når saken hverken denne dagen, eller de påfølgende dager, fikk den oppmerksomhet den kanskje kunne ha fått, skyldes det at den helt ble utkonkurrert av andre begivenheter. Lokalvalgkampen var akkurat så vidt kommet i gang, etter en sommerlig strid om EØS-forhandlingene – det gjaldt fisken, den norske – og de første, friske sammenstøtene mellom de to hovedkombattantene, statsminister Gro Harlem Brundtland og den ferske høyreleder Kaci Kullman Five, hadde allerede funnet sted.[353] Mandag aften skulle de møtes til duell i Valgrevyen (NRK TV). Men mer gav valgkampen temperatur, og dermed oppmerksomhet: Den økonomiske krisen hadde gitt både rekordhøy arbeidsledighet – med ledsagende LO-amperhet – og en stadig alvorligere bankkrise. I hovedstaden skapte Arbeiderpartiets byrådslederkandidat, Rune Gerhardsen (f. 1946) engasjement med sitt utspill om, eller mot, "snillisme", og sine samtaler med SVs Erik Solheim (1955). Men dette var ikke alt, og langt fra det mest oppmerksomhetsskapende: Mandag morgen ble det gjort kjent at Sovjetunionens president, Mikhail Gorbatsjov (f. 1931), på ferie på Krim, var blitt avsatt og satt i husarrest av en del av sine gammelkommunistiske medledere – med den mann han selv hadde bedt om å få som visepresident, Gennadij Vanajev (1937-2010), som den formelle frontfigur. I denne situasjonen ble Norbom, hans pressekonferanse og hans innstilling, og Morks "motkonferanse", av mindre interesse for mediene og for folk flest.

Dagen etter presentasjonen av den grønne bok, altså tirsdag den 20. august, hadde nesten alle større aviser oppslag om saken. Oppslagene ble imidlertid plassert inne i avisene og lenger nede i radio- og fjernsynsnyhetene. De bleknet i betydning mot det som skjedde i det disintegrerende sovjetriket. Mest oppmerksomhet fikk saken stadig i Aftenposten. Her satt Ole Mathismoen, som både var svært opptatt av saken og hadde mange viktige informanter, spesielt i direktoratet. Her satt også andre godt informerte journalister, som Hilde Harbo og Edda Espeland (f. 1951). Ellers var det i hovedsak NRK, NTB, Verdens Gang, Vårt Land, i noen grad Dagbladet og Dagens Næringsliv, og de tre største regionavisene, Bergens Tidende, Adresseavisen og Stavanger Aftenblad, som gav saken en løpende, egenskapt dekning. Klassekampen, som hadde hatt store reportasjer om saken på forhånd, brukte NTB den 19.8,

[352] Dette var Arbeiderbladets overskrift på NTB-artikkelen dagen etter, altså den 20.8. (s. 13). Oppslaget dekket hele siden, men var altså ikke bladets eget. Det var skrevet av Dagrun Lindvåg, NTBs spesialist på helse- og sosialpolitisk stoff.

[353] Kaci Kullmann Five var blitt valgt til Høyres leder (tittelen "formann" ble nå skiftet ut) på partiets landsmøte våren 1991. Nokså snart kom det til konfrontasjoner med Statsministeren. Mange mintes "Gro-Kåre-debattene" fra begynnelsen av 1980-årene og utover. Fru Five klaget over at fru Brundtland hadde kommet med nedsettende personkarakteristikker av henne, noe den siste avviste. Til Dagbladet (19.8.) minnet da den første om at den annen under et Antenne ti-program hadde omtalt henne som "den kverna der borte".

men fulgte opp med egen reportasje (ved Finn Sjue) dagen etter. ”Helse-Norge skal styres politisk”, var overskriften (s. 9). Arbeiderbladet, Nationen og de mindre regionavisene brukte NTB, men hadde i noen grad også kommentarstoff. Pressen for øvrig hadde mindre NTB-oppslag, hvis den i det hele tatt hadde oppslag, om saken. Saken var altså særlig en sak for de mest sentrale presseorganer.

Den motbør forhåndsoppslagene hadde gitt Norbom og hans medutredere fortsatte nå, etter presentasjonen, men altså i noe modifisert form. Aftenposten brukte hele side 10 på saken. Hovedoverskriften var: ”Mork frykter for rettssikkerheten”. Ingressen består av et Mork-sitat: ”-Dette er dramatiske endringer. Det er ingen vanlig omorganisering. Politikerne overtar mer detaljstyring og rettssikkerheten trues”. Men avisen slipper også, et stykke ute i oppslaget, Norbom, Hambro og (Steinar) Stokke til. Og nederst på siden uttrykker dr. Bernt Rognlien (f. 1955) i Norsk Forening for Klassisk Akupunktur og dr. Stig Bruseth (f. 1955) ved Norsk Institutt for Naturmedisin, stor glede over Norbom-innstillingen. Rognlien sier at ”Torbjørn Mork har drevet maktmisbruk i forhold til alternativ medisin”. Han beklager derfor ikke forslaget om å nedlegge Helsedirektoratet.

I Oslos andre Schibsted-avis, Verdens Gang, får også reaksjonene i direktoratet mest oppmerksomhet: ”KJEMPER for fortsatt liv” er hovedoverskriften (s. 23). Oppslaget er ledsaget av et bilde av en dyster, men bestemt Mork, stående mellom sin nestkommanderende, Anne Alvik, og aksjonsgrupperepresentant Anne-Lise Middelthon. I ingressen heter det at ”Helsedirektoratet vil kjempe for sitt liv”. I reportasjen sies det litt om hvordan det skal kjempes. Under hovedoppslaget er det et mindre oppslag om at ”Helsedirektoratet hudflettes” (av Norbom). Dagbladet slår opp saken på s. 20, under overskriften ”PASIENTER RAMMES – Advarsel fra helsedirektøren”. Avisens journalist, Kirsten Karlsen, slipper Mork godt til. Hun lar ham få si at Norbom ”bryter… fullstendig med prinsipper som har vært nedfelt i norsk helseforvaltning siden 1875”. Hun beretter ellers fra direktoratets pressekonferanse at Mork ”tordner” mot forslaget; ja, at han gikk til ”knallhardt motangrep” og ”slaktet .. utredningen fra den mektige departementsråd Jon Norbom og hans gruppe”. Dagens Næringsliv (Nina Haabeth (f. 1961)) har også talt med Mork, men i tillegg med presidenten i Lægeforeningen, Jon Haffner, og lederen i Sykepleierforbundet, Anne Karin Brokhaug (1945-2001). Mork er selvsagt igjen klar, og negativ. Det samme er de to foreningsledere. ”Mer rot med ny helseorganisering” er DNs overskrift (s. 5). Vårt Land presenterer innstillingen over nesten en hel side (s. 9) og under overskriften ”Helsemakten samles i Sosialdepartementet”. Denne presentasjonen, ført i pennen av journalist Kjetil Hanssen, er den Norbom kunne være aller mest fornøyd med. Her refereres det utførlig fra hans pressekonferanse, mens aksjonskomiteen forbigåes i taushet. Mork er heller ikke intervjuet av den kristelige avisen. Adresseavisen i Trondheim (ved Finn Oluf Nyquist (f. 1956)) har som overskrift: ”Mork gir seg ikke”. Oppslaget er bygget opp om en samtale med Mork. Her ber Helsedirektøren Statsministeren om at saken må legges frem for Stortinget som egen sak. Han minner henne om at hun i 1984 hadde uttalt at delingssaken (i 1983) burde vært lagt frem for Stortinget, og håper hun nå husker det. Bergens Tidende (Eva Granheim (1942)) har to oppslag (s. 4), ett om innstillingen – under overskriften ”Mer makt til politikerne” – og ett om Morks reaksjoner på innstillingen – under overskriften ”Går ut over pasientene”. Til vestlandsavisen sier Mork at han ikke tror ”at de kan sette i gang en slik prosess for å bli kvitt to embetsmenn!”. Stavanger Aftenblads Hjørdis Ånestad Tiltnes presenterer innstillingen over seks spalter (s. 10), under den forsiktige, men litt lokalt pregede, overskriften ”Fylkeslegene får større ansvar”.

Noen få aviser kommenterer innstillingen allerede den 20. Etter hvert gjør flere det. Nå begynner det også å komme noen inserater. Samtidig kommer det oppslag om hvordan politikerne stiller seg til innstillingen; avisene henvender seg til sentrale helsepolitikere. Kommentarene går i ulike retninger, og bidrar slik til å gi diskusjonen om innstillingens forslag mer balanse. Arbeiderbladet, fortsatt i noen grad et regjeringsorgan,[354] var én av få aviser som straks distanserte seg fra forslagene fra Norbom-gruppen. En underleder den 21.8. (s. 6) hadde denne tittelen: ”Morken begrunnelse”. Redaktøren skriver at Helsedirektoratet, ”gjennom et forvaltningsgrep”, skal ”stues” inn i departementet. ”Selvsagt bruker departementsråden helt andre argumenter…., men vi har likevel en mistanke om at ønsket om å kvitte seg med en åpen og dyktig, men brysom helsedirektør, har vært en sterk pådriver i arbeidet”. Klassekampen hadde ingen lederkommentar nå, men i en ”I fokus”-artikkel den 21.8. skriver Anna Heen (f. 1949) om ”Vaktbikkja Mork”. Hun mener det er ”Ap-regjeringas behov for sterkere styring med den helsepolitiske forvaltning som ligger bak nedleggingsforslaget”. Hun konkluderer slik: ”lojaliteten skal ikke knyttes til hva helse-Norge trenger, men til regjeringspartiets behov for å kunne foreta slaktet av velferdsstaten mest mulig smertefritt uten kritikk fra brysomme helsedirektører”.

Vårt Land kommenterer, allerede den 20., på lederplass (s. 6), Norbom-innstillingen. Under overskriften ”Fag og politikk” redegjør redaktøren innsiktsfullt for fagstyrets skjebne fra Evangs tid og til i dag (august 1991). Han viser hvordan fagstyret begynte å komme på defensiven allerede mot slutten av Evangs tid og at den utviklingen fortsatte under Mork. Avisen konkluderer, på en overfor Norbom forståelsesfull måte: ”Derfor er det mye som taler for at Helsedirektoratet har ramlet mellom to stoler og ikke lenger har noen klar funksjon. Det vil imidlertid ikke si at alt er politikk, og at det ikke er behov for ekspertenes faglige råd. Særlig trengs det innen helsevesenet. Men det lar seg organisere på andre måter enn ved et sterkt og sentralstyrt direktorat”.

Bergens Tidendes avgåtte, men ennå unge, sjefredaktør, Kjartan Rødland (f. 1938), er analytisk, og underfundig, i sin ”Blikk”-kommentar i sin gamle avis (21.8., s. 2).[355] Under overskriften ”Mork og andre mysterier”, sier han om Morks påstand om at han skal sitte som helsedirektør til han dør: ”Det er nå å ta munnen for full, for vi har da aldersgrense for allmektige helsedirektører også. Helt i klasse med paver, konger og keisere er ikke helsedirektøren kommet. Men la det være innrømmet: Til tider kan det virke slik”. Rødland påpeker så, observant, at Norboms forslag har noe motstrømsaktig over seg: Tidens tendens er jo å fristille og avpolitisere, ikke å samle makten på politisk nivå. Han finner derfor at det må ligge noe mer bak, ”kanskje noe viktig og riktig”. Han nevner at hvis lokale myndigheter trår legenes interesser for nær, kommer det straks et ”strengt og bekymret brev undertegnet Torbjørn Mork”, parafert av ”et fagmenneske med samme bakgrunn som dem som har sett sine interesser truet”. Rødland føyer til at hvis det kommer til konflikt mellom lege- og pasientinteresser, ”har Helsedirektoratet meget sjelden vært å finne på pasientenes side”. Men den pensjonerte redaktør har også motforestillinger mot Norboms maktsosialisering. Han avslutter derfor slik: ”Vi kan leve med tapet av et helsedirektorat. Men jobben er bare halvgjort. Sosialdepartementet må reduseres til en størrelse der styring igjen blir mulig”.

[354] Avisen var nå (fra 1991) overtatt av Norsk Arbeiderpresse AS (konsern fra 1990) (siden A-pressen), men hadde ennå en tydelig arbeiderpartiprofil.

[355] Kjartan Rødland var sjefredaktør i Bergens Tidende fra 1977 til 1986, og har siden vært aktiv som forfatter og foredragsholder.

Rødland er medikratiskeptisk, men knapt noen utpreget politokrat; han står kanskje nyttestatligheten nærmest?

Også Dagbladet har den 20.8. (s. 2) en mer analytisk kommentar til Norbom-innstillingen. Avisens kommentar er skrevet av Hilde Haugsgjerd, den tidligere marxist-leninisten, som nå var blitt en politisk nøytral journalist.[356] Hun hadde spesialisert seg på helse- og sosialpolitikk og kjente godt til Norbom-utredningen; ja, hun kjente Norbom og hadde hatt en viss kontakt med Thomas Mauritzen i styringsgruppen.[357] I sin kommentar skriver hun at det ikke først og fremst er ønsket om å bli kvitt en "uredd, brysom, dyktig og uryddig helsedirektør" som gjør at Norbom-gruppen vil bli kvitt Helsedirektoratet. Tiden har løpt fra fagstyret og det Mork har stått for, mente hun: Statsråden trenger "en forvaltning som er tilpasset den nye tidens helseproblemer[358] og desentraliserte helsevesen – og som får mest mulig ut av hver krone", skriver hun. Hun hadde gitt sin kommentar overskriften "Farvel, overdoktor". Den er illustrert med bilder av Evang og Mork. I billedteksten skriver hun at Mork forsøkte å følge opp Evangs linje, altså som en slags "overdoktor", men "nesten 20 år seinere har vi et helt annet helsevesen og kravet om andre styringsmodeller melder seg".

Haugsgjerd representerte en holdning som preget den politiske redaksjon i Dagbladet under Arve Solstad (1935-2016),[359] nemlig en politokratisk holdning. Norbom var jo også det som engang ble kalt en "dagbladvenstremann".

24. august (s. 2) har Aftenposten for første gang en (hoved)leder om saken, en leder som gir et annet inntrykk enn det mange av nyhetsoppslagene har gjort. Overskriften er "Sjokkerende skildring av vårt helseystem". Redaktøren begynner med å konstatere at saken ikke må reduseres til en kamp for og mot direktoratet og Mork, og høres slik nesten ut som om han kritiserer sine egne "Norbom-journalister". Utgangspunktet bør være, fortsetter han, "en innholdsrik og tankevekkende utredning", altså den foreliggende Norbom-utredningen. Redaktøren tar ikke stilling til forslagene i utredningen, han er åpenbart ikke godt kjent med helseforvaltningen, men konstaterer at vi "som nasjon" ikke har "råd til å fortsette med dagens problemfylte situasjon". De "som har ansvar for dette, vil få problemer nokså snart hvis de ikke foretar seg noe etter å ha lest Norbom-utvalgets avslørende dokument".

Aftenpostens mangslungne, og spissformulerende medarbeider Per Egil Hegge (f. 1940), fulgte for så vidt opp lederartikkelen da han i morgenummeret den 23.8. (s. 2) har et innlegg med overskriften "Morks helseadministrasjon er mest lojal mot legene". Hegge omtaler i artikkelen kritikk han tidligere hadde kommet med mot norske endokrinologer for deres behandling av pasienter med hypothyreose. Han var selv blitt opptatt av saken da hans kone

[356] Hilde Haugsgjerd var leder for Rød Valgallianse fra 1979 til 1981, men meldte seg ut av de marxist-leninistiske organisasjonene i 1982.
[357] Norbom var blitt kjent med Hilde Haugsgjerd i slutten av 1980-årene, da hun en tid var ansattrepresentant i Dagbladets styre. I dette styre satt også Norbom.
[358] Hun peker her på at det ikke lenger er infeksjonssykdommene og skader, altså problemer som kan behandles konkret og endelig, men livsstilssykdommer som skaper dagens utfordringer – og disse krever at det legges mer vekt på forebyggende arbeid, noe som gjør "det vanskelige skillet mellom helse og politikk.. enda vanskeligere".
[359] Statsviteren Arve Solstad var i 1973 blitt sjefredaktør i Dagbladet. Siden 1990 var han politisk redaktør (til 1995). Solstad var som statsvitenskapsstudent blitt påvirket av historikeren og maktteoretikeren Jens Arup Seip. Han sørget snart for nærmest å institusjonalisere den seipske måte å tenke på i sin avis. Som hjelpelærer på statsvitenskap grunnfag i 1963–64 kom han i kontakt med tre lovende studenter, alle med bakgrunn i Studentvenstrelaget, Gudleiv Forr (f. 1940), Arne Finborud (f. 1941) og Per Vassbotn (f. 1941). De tenkte også nokså seipsk, altså på en måte som stod det politokratiske nær. Solstad sikret seg dem alle til Dagbladets politiske redaksjon i 1967 (AF), 1968 (PV) og 1969 (GF).

fikk sykdommen i 1984 og ikke fikk god medisinsk hjelp. Han mente norske spesialister hadde en "feilaktig oppfatning" av sykdommen og tok dette opp med Helsedirektoratet, lenge til liten nytte. Helsedirektøren var, mente Hegge, mer opptatt av å beskytte sine legekolleger enn pasientene og syntes det var underlig at han nå, etter "Norbom", var blitt så opptatt av habilitet. Men nå begynner det å skje noe i hypothyreosesaken, fortsetter Hegge, og avslutter slik: "Den ros skal han allikevel ha at han har vært lojal – mot legene. Kan det allikevel tenkes at 19 år er nok og at han kan få en fallskjerm mot at vi får en helseadministrasjon som er lojal mot dem som forbruker og finansierer helsetjenestene, med andre ord pasientene?"

Ledere og kommentarer har sjelden stor stemningsskapende virkning; de leses mest av de innviede, og de har som regel allerede gjort seg opp sine meninger. De spissede oppslagene og polemiske innleggene "slår" sterkere. De fortsatte å være mer Mork- enn Norbom-baserte. Spesielt viktig i så henseende var Aftenposten, den av de store aviser som mest utførlig fulgte saken. Her slipper igjen Mork til to dager senere, altså den 22. august. I et stort oppslag på s. 9, under den "overtalende" overskriften "Mork til motangrep", sier han til journalist Hilde Harbo at han ikke er reformuvillig. Problemet har vært at "Sosialdepartementet har satt seg imot, dels vært usedvanlig lite villig til å støtte opp om Helsedirektoratets arbeid for å forbedre vår organisasjonsstruktur". I intervjuet trekker Mork videre frem den modell for organisering av helseforvaltningen som Terje Haugli Nilsen la frem i sin delrapport som god. Mork gir videre uttrykk for at det i stor grad er den samme modellen Erlandsen og Jonsbu i sitt notat har anbefalt. Ja, sier han offensivt, det er den modellen Heløe fikk vedtatt i 1983, men som hans, og hans etterfølgeres, byråkrater ikke har fulgt opp. Intervjuet med Mork ble foretatt i forbindelse med hans deltagelse på et fylkeslegemøte i Arendal (22.-23.8.), et møte også statsråden var med på. Statsrådens syn kommer kort til uttrykk, helt i slutten av oppslaget. Hun vil ikke si noe om Morks kritikk av departementet, men beklager at diskusjonen er blitt så personrettet. Hun vil ikke svare på om Mork har bidratt til personrettingen og legger til at hun har hatt et "ryddig og åpent" forhold til Mork. –Har du ikke det i dag, spør da naturligvis journalisten. –Det håper jeg, svarer statsråden.

I sine første reaksjoner hadde, som vi har sett, Mork vært polemisk, men som sådan mer defensiv enn offensiv. Nå var han offensiv, endog svært offensiv. Vi vil legge til, han var behendig offensiv. Han satt med en alternativ utredning, skapt av Norbom-prosessen, og han trakk, med stor tyngde, inn "Heløes opplegg", som "var meget godt". Å henvise til Heløe var ikke minst viktig for ham. Han måtte, for å lykkes i sin kamp mot Norbom, ha med seg Høyre, og for det formål trengtes støtte fra partiets to siste sosialministre, Leif Arne Heløe og Wenche Frogn Sellæg. Han hadde sikkert også lagt merke til at Heløe i intervjuer la vekt på at det han (Heløe) hadde gjort i 1983 var viktig og riktig. Men å "bruke" Heløe slik var også risikabelt. Som vi har sett var Mork i 1983 langt fra begeistret for "Heløes opplegg". Vi må legge til at Helsedirektørens offensivitet fremstår i tydelig kontrast til statsrådens defensivitet, ja, ubekvemme defensivitet.

Som vi har sett, hadde et politisk bilde avtegnet seg allerede før innstillingen ble offentliggjort. Det bildet ble bekreftet nå. Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet bare understreket sin motstand mot Norbom-planene hva angikk Helsedirektoratet. Mest på stortrommen slo Fremskrittspartiets John Alvheim. I en større artikkel, offentliggjort både i Morgenbladet, nå nærmest er organ for hans eget parti,[360] og i Vårt Land. Alvheim begynte sin omfattende artikkel med å erklære: "Jeg ser det som en ulykke at helsedirektoratet

[360] Morgenbladet ble av Libertas solgt til forretningsmannen og fremskrittspartipolitikeren Hroar Hansen (1947–2015) i 1987. Året etter overtok han selv som sjefredaktør. Hansen solgte avisen i 1993.

nedlegges". Senere i artikkelen sier han at direktoratet, "som tilsyns- og kontrollorgan burde få en ytterligere fristilling fra det politiske byråkrati i sosialdepartementet, i stedet for å bli fjernet".[361] I et innlegg i Aftenpostens morgennummer den 22.8. (s. 10) skriver stortingsrepresentant Eva Finstad at det "ville være et alvorlig tilbakeskritt dersom vi ikke lenger skulle ha et uavhengig og frittstående organ som både fører faglig kontroll over helsevesenet og behandler klager". Hun bekrefter slik det reportasjene fra "lekkasjeperioden" hadde tydet på, nemlig at også Høyre vil gå imot de omstridte Norbom-forslagene. Til Bergens Tidende (21.8.) uttaler partiets ordførerkandidat i Oslo, Astrid Nøklebye Heiberg seg forsiktigere. Hun ledet arbeidet med å dele direktoratet i 1983, men var skuffet over det rivaleri som siden utviklet seg mellom Harald Hauge og Torbjørn Mork. Spesielt var hun, som vi har nevnt, kritisk til måten Mork opptrådte på. Men nå, i 1991, var hun neppe helt representativ for Høyre i direktoratsaken.

Ingen fra Arbeiderpartiet uttaler seg om saken, naturlig nok. Nå er saken, som Norbom hadde påpekt ved overrekkelsen av innstillingen, dette partis. Gikk regjeringen inn for saken, kunne den vinnes, for signalene som kom fra de to venstreavleggerne, gikk i norbomsk retning. Til Nationen sa Senterpartiets sosialpolitiske talskvinne, Tove Kari Viken (21.8., s. 2), at "-Norbom-utvalgets innstilling er et godt utgangspunkt for å få til en slanking og samkjøring av norsk helseadministrasjon".[362] Kristelig Folkepartis nesteleder, Jon Lilletun (1945-2006), sa til Bergens Tidende (21.8.) at "han i utgangspunktet er positiv til det som skjer". "Det har", fortsatte han, "vært en generell holdning i partiet helt siden Bergfrid Fjoses tid som sjef for Sosialdepartementet…, at Helsedirektoratet har vært for mye stat i staten".

♦

Det bilde vi hadde fått allerede før den 19.8. av hvordan det kunne gå med Norbom-innstillingen, ble bekreftet i løpet av den første uken etter offentliggjørelsen. Oppslagene og synspunktene gjaldt særlig forslagene i innstillingen om en større grad av samling av den helsepolitiske myndighet i departementet. Kommentarene gjaldt på den ene side den generelle "sosialisering" av makten og på den annen side den spesielle, den som var knyttet til sentraliseringen (og desentraliseringen) av tilsynet og klagebehandlingen. De partier som gjerne omtales som fløypartier, Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet, var tydelig imot "sosialiseringen", spesielt hva angikk tilsyns- og klagebehandlingsoppgavene. Begge partier argumenterte antipolitokratisk, men kanskje av litt forskjellige grunner.

Sosialistisk Venstreparti argumenterer ofte politokratisk: partiet vil ha viktige samfunnsforhold under folkevalgt, eller "samfunnsmessig", styring og kontroll. Det sa intet om det nå, åpenbart fordi det likte den politiske tendens Mork stod for: utjevningens. Partiet fikk mer venstrepolitikk gjennom Mork enn gjennom regjeringen, trodde det. SV syntes overhode ikke å ha blitt påvirket av de medikratiskeptiske synspunkter deres (ellers) ideologiske frende, Evang-biograf Trond Nordby hadde lagt frem.

[361] Artikkelen hadde overskriften "La helsedirektoratet bestå", og ble offentliggjort i Morgenbladet noe før innstillingen forelå, nemlig den 16.8., på s. 2. I Vårt Land stod artikkelen samme dag, på s. 8.

[362] Det var sjefredaktør ved Senterpressens Oslo-kontor, statsviteren Kjell Dahle (f. 1953) som hadde intervjuet henne. Selv sendte han dagen etter (22.8.) ut en historisk orientering om fagstyret i helsevesenet, fra Evang til Mork. Dahle skriver at Mork forsøkte å følge opp forgjengerens legeorienterte styre, men ikke fikk "like lett spill som som sin forgjenger. –Legenes maktmonopol var blitt historie". Medikratikritisk skriver Dahle at Mork nå forsøker å mobilisere pasientene ved å henvise til deres rettssikkerhet, for å forsvare mest mulig av medikratiet.

Fremskrittspartiet, i praksis John Alvheim, uttalte seg i mange sammenhenger, mer alment politiokratiskeptisk: Partiet ville fristille og gjerne privatisere. Å samle mer makt i departementet var derfor ikke fristende for partiet. De synspunkter som var kommet fra ulike hold, også pasienthold, om at et delvis fristilt direktorat kunne være så mangt, gjorde ikke inntrykk på partiet. Alvheim forsvarte Mork, nesten uten forbehold, og nærmest som om han hadde det samme motiv som SV: Han likte Morks egalitære holdning. Alvheim stod slik i det som hadde vært tradisjonen i Fremskrittspartiet siden Fridtjof Frank Gundersen (1934-2011) var partiets helsepolitiske ideolog i perioden 1981-1985, det vi kunne kalle den bevilgningsgenerøse tradisjon.[363]

Høyre, som også var iferd med å falle ned på den Norbom-kritiske siden, var åpenbart først og fremst preget av sitt ønske om fristillelse og avpolitisering. Partiet var påvirket av den almene fristillelses- og privatiseringspolitikk som Margaret Thatcher og Ronald Reagan hadde gitt slik tyngde fra 1980-årene av. Det bidro til partiets holdning at det selv hadde stått for delingen av direktoratet i 1983 og for forsøkene på å avpolitisere direktoratet som delingen innebar. Men også Høyre var preget av det almene venstrepreg norsk velferdspolitikk lenge hadde hatt og fortsatt hadde, om det enn ikke var så reservasjonsløst venstrepreget (hva gjaldt bevilgninger) som Fremskrittspartiet. Det ville ha Mork som vaktbikkje (overfor institusjonseierne) og pasientforsvarer. Også Arbeiderpartiet var nå, nesten som Høyre, et fristillende og avpolitiserende parti. Høyres ”modernisering” (fra Willochs tid) var under Brundtlands lederskap, blitt til Arbeiderpartiets ”fornyelse”. Mange i partiet var dessuten svak for Morks egalitarisme. Slik sett var det mye som trakk Arbeiderpartiet i samme retning som Høyre. Partiet hadde imidlertid noen problemer, noen alvorlige problemer. Det hadde en fløy av ”lokalpolitokrater”, mektige lokalpolitikere som gjerne kunne bygge ned helsestaten, spesielt representert ved sentraliseringsorganet Helsedirektoratet, men ville styrke helsekommunen. Det spilte en rolle for disse at helseforvaltningen i viktige henseender allerede var overlatt til helsekommunene, helsefylkeskommunene innbefattet. Nå satt én av denne fløyens representanter som statssekretær i Sosialdepartementet. Hans sjef hellet også i den ”kommunalpolitokratiske” retning. Partiets andre problem var at den sittende helsedirektør ved så mange anledninger hadde irritert eller bragt partiets statsråder i forlegenhet. Det hjalp ikke at han til dels hadde gjort det med sin polemisk pregede venstreaktivisme. Det spilte også en rolle at han satt der som en påminnelse for Statsministeren om den ”mest uheldige” embedsutnevnelse hennes parti hadde foretatt siden krigen, den som hadde skjedd da regjeringen ”forbigikk” hennes far.

[363] Fridtjof Frank Gundersen var riktignok denne perioden formelt uavhengig representant, valgt inn fra Akershus. I den inneværende periode (1989–1993) representerte han Fremskrittspartiet, men var nå ikke helsepolitiker lenger; han satt i Utenriks- og konstitusjonskomiteen.

De tydeligste forsvarere av Norbom-innstillingens forslag var altså de to små og mest norsk-tradisjonalistiske partier, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti. Senterpartiet hadde vært et

Aftenposten Lørdag 24. august 1991

MOT VEGGEN

BAKGRUNN

Departementsråd Jon Ola Norbom, Sosialdepartementets høyeste embedsmann, har møtt bråk og protester efter sitt forslag om å nedlegge Helsedirektoratet. Helsedirektør Torbjørn Mork og hans medarbeidere kjemper innbitt for sine jobber og for å ivareta et sentralt og faglig uavhengig organ i helseforvaltningen. Regjeringen og derefter Stortinget avgjør forslagets skjebne.

- Gjør en jobb

– Jon Ola Norbom, du vil nedlegge Helsedirektoratet. Trenger ikke helse-Norge et slikt politisk uavhengig kontroll- og tilsynsorgan?

– Helse-Norge trenger som andre sektorer i landet en politisk beslutningsprosess som kan bygge på uavhengige, faglige råd. For selve kontrollfunksjonen trenger man også uavhengig faglig innsikt, men i og med at produsentene av helsetjenester er kommuner og fylker, må den statlige kontroll mer ta form av råd og veiledning.

– Får man uavhengige faglige råd hvis Helsedirektoratet nedlegges?

Faksimile 3.7: Jon Ola Norbom intervjuet av Aftenpostens Hilde Harbo 24. august 1991 (morgennummer, s. 3)

utpreget politiokratisk parti siden 1935; det var da for alvor bøndene ble statsavhengige. Det var imidlertid samtidig et lokalpolitokratisk parti. Morks faglige sentralisme hadde partiet lite til overs for, men stilte seg mer positivt til hans egalitarisme. Kristelig Folkeparti hadde et delt forhold til politokratiet, men foretrakk det lokale fremfor det sentrale. Partiets forankring i frivilligheten gjorde det også skeptisk til en svært planstyrende statspolitikk. Men først og fremst var nok partiets holdning nå preget av den sterke skepsis partiet alltid hadde hatt til Morks kulturradikalisme. Partiets positive holdning til hans egalitarisme, måtte komme i annen rekke.

Departementsråden ”goes public”, og følges av statsråden

Før den 19. august dominerte altså ”opposjonen” den offentlige arena. Den fortsatte i stor grad å gjøre det i dagene etter den 19. august, selv om det også, som vi har sett, meldte seg noen, særlig noen medikratiskeptikere, som applauderte de norbomske tanker.[364] Skulle saken fortsette å være av interesse for mediene, måtte de ha forsvarerne ut i lyset. De måtte få Norbom i tale. Det var ikke nok med statsråden, som jo ikke kunne eller ville si stort. Etter noen dagers nølen lot den allerede litt myteomspunnede departementsråd seg lokke ut i lyset. Han sa ja til å møte Aftenpostens Hilde Harbo til et ”Mot veggen”-intervju. Det usignerte intervjuet kom på trykk i avisens lørdagsnummer, på s. 3; kfr. faksimile 3.7.

Konvensjonelt begynner Harbo intervjuet med å spørre Norbom om ikke helse-Norge trenger ”et slikt uavhengig kontroll- og tilsynsorgan” som Helsedirektoratet. Norbom svarer først på et annet spørsmål enn det han blir stilt. Han sier at man trenger ”en politisk beslutningsprosess som kan bygge på uavhengige, faglige råd”, og slike råd vil man, etter forslagene, få både fra det foreslåtte kompetanseorganet for helsetjenesten og fra fylkeslegene. Så svarer han på kontrollspørsmålet ved å si si at siden tjenestene nå stort sett ytes av lokale organer ”må den statlige kontroll mer ta form av råd og veiledning”. Norbom vrir altså oppmerksomheten fra det styringsmessig kontrollerende til det styringsmessig pedagogiske. Han gjør seg til talsmann for argumenterende mer enn instruerende og refsende styring. Slik får han, behendig, påpekt at ”vaktbikkjetenkningen”, som kritikerne tar utgangspunkt i, har sine omkostninger: Norbom vil styre veiledende og oppmuntrende, kritikerne instruerende og eventuelt refsende.

Men Norbom, i all sin forsiktige saklighet, får ikke journalisten til å ”tenne”, eller forstå. Han får derfor ikke ”solgt” sitt perspektiv med aplomb. Journalisten ”henger fast” i vaktbikkjeperspektivet, og sine kanskje forhåndslagede spørsmål, og følger opp med å spørre om Mork ”lyver” når han sier at departementet har bedt ham ”ligge lavt” når det gjelder kritikkverdige forhold i helsevesenet. Men Norbom gir seg heller ikke og fortsetter med å utdype sitt pedagogiske syn på styring. Han sier at tidligere statsråd Tove Strand Gerhardsen overfor Mork påpekte at man ikke kunne anlegge et ensidig fagkontrollsyn på det som skjedde i helsevesenet. Man måtte også se hen til ”kommunenes økonomiske muligheter til å løse saken”.

Journalisten går så over til å spørre Norbom om noe annet, og kanskje mer utfordrende, nemlig om hvorfor han ikke, selv etter mange års forsøk, hadde lykkes i å gjøre noe med kompetansestriden, dobbeltarbeidet inkludert, mellom direktorat og avdeling. Han svarer at han i mange år hadde forsøkt, men i 1989 var kommet til at man måtte se nærmere på selve organiseringen. Han unngår å si at problemene (også) hadde med forholdet mellom personer,

[364] Der kom etter hvert mange innlegg i avisene fra både ”leg og lærd”. En utpreget ”lærd”, stadsfysikus Fredrik Mellbye (1917–1999), ironiserte i Aftenposten den 26. august over Norbom-innstillingen: ”Den fremlagte innstilling er ikke lødig nok. Og den bør glemmes. Og inntil videre bør Sosialdepartementet begynne å styre helsevesenet med fast hånd. Eller overlate det til et annet departement”. Redaktør Arild Jørgensen i *Revmatikeren* hevder i nr. 5, 1991 at ”direktoratet opptrer mer som motpart enn som medspiller”, og ser gjerne at det legges ned. Redaktør i *Dine Penger*, (nr. 7, 1991) Christian Vennerød (f. 1946), syntes det var greit å ”bli fri for en byråkrat (Mork) som har ansett mer penger i et bunnløst hull som eneste vei til bedre folkehelse”. ”Gula-Per” i *Gula Tidend*, altså redaktør Per Håland (1919–1999), konstaterer 31. august 1991 at ”Som regel har Helsedirektoratet vore meir oppteke av å dirigera og styra enn av å tena folket og folkehelsa. Difor har viktuge oppgåver vorte forsømde, medan byråkratiet stendig aukar i omfang og tidkrevjande papirproduksjon”.

for eksempel Mork og Hauge, å gjøre, problemer han på det mellommenneskelige plan ikke maktet å gjøre noe med. Når så journalisten fortsetter med å legge vekt på personforholdet og spør hva Mork har "gjort galt", svarer han, helt sosiologisk, at "Poenget er organisasjons-strukturen og de utilstrekkelige styringsmetoder departementet har brukt, ikke hva Mork har gjort eller ikke gjort". Men Hilde Harbo gir seg ikke og spør om han ville foreslått å nedlegge direktoratet hvis det var ledet av en annen enn Mork. Han svarer at spørsmålet er "irrelevant", fordi styringsgruppens analyse er organisatorisk, ikke psykologisk. Hun setter så inn sitt siste støt: Ville han ha foreslått å nedlegge direktoratet uansett hvor dyktig Helsedirektøren hadde vært? Han svarer, smart, men med en liten konsesjon til det psykologiske, at hvordan en organisasjon fungerer også er avhengig av den som leder den, "men det er ikke det vår analyse går på her". I første del av intervjuet har han imidlertid, kan man nok si, gitt mer alvorlige konsesjoner: Her sier han at noe av problemet har vært Helsedirektørens rolle som "spiss" vaktbikkje, altså som ensidig helsefaglig refser.

Norbom svarte Harbo som en erfaren politiker, diplomat og byråkrat, men uten den "snert", altså de poengterte, polemiske formuleringer, som gjorde at hans budskap kunne gi politisk etterklang. Norbom var, og er, ikke "overfundighetenes" mann. Han var, og er, underfundighetenes mann. Men underfundigheter virker best, iallfall i Norboms utgaver, i de personlige møter. Vi ser derfor ikke direkte spor av dette intervjuet i den videre debatt om saken. Det er for eksempel, etter det vi har sett, ingen som tar opp hans kanskje mest potente poeng, poenget om den pedagogiske styringens fortrinn.

Departementsråden ble, den påfølgende tirsdag (27.8.) akkompagnert av sin statsråd. I et innlegg i Aftenpostens morgennummer (s. 2), under den prosaiske overskriften "Helseforvaltning i endring", kritiserer Tove Veierød, assistert av sine rådgivere i departementet, Aftenposten, og indirekte også andre aviser og debattanter, for å gjøre diskusjonen om forslaget til reformer i helsevesenet til et "venn/fiendebilde". For henne, som for Norbom, er reformarbeidet av organisatorisk art. Hun peker, som styringsgruppen også har gjort, og før den Weserübungsgruppen, på at det siden 1975 har pågått en omfattende kommunalisering av helsetjenesteytelsen og at det stiller endrede krav til organiseringen av den sentrale helseforvaltning. Det skjedde, skriver hun, en viss tilpasning med Heløe-reformen i 1983, men siden er lite skjedd, selv om mye av kommunaliseringen har skjedd etter den tid. Hun fortsetter med å si at det har vært partipolitisk bred enighet om at det nå bør skje endringer i den sentrale forvaltning. Hun nevner at dagens arbeid ble satt i gang av regjeringen Syse, og at de borgerlige partier på Stortinget bad den nye regjeringen Brundtland om å følge opp dette arbeid. Det har vi gjort, skriver Veierød.

Hun går ikke nærmere inn på hva hun ser på som de organisatoriske implikasjoner for sentralforvaltningen av den omfattende kommunaliseringen. Det ville være å ta stilling til forslagene i den grønne bok. Istedenfor sier hun at departementet og sentralforvaltningen for øvrig må organiseres slik at styringen nedover kombinerer hensynene til tilsyn og kontroll, med hensynene til veiledning og rådgivning. Men skal man få det til, er det viktig at debatten dreier seg om hvordan man kan få dette best mulig til, og ikke "om personer, om venn eller fiende, eller om for eller mot enkeltpersoner".

Om hun enn har fått departemental bistand, er hennes innlegg ekte "veierødsk". Hun ønsker å sakliggjøre debatten. Hun henviser derfor til at hun bare fører videre et arbeid hennes borgerlige forgjengere hadde startet, og som er saklig godt forankret. Ved å trekke frem de systemiske endringer som har skjedd i helsevesenet, viser hun behovet for en organisatorisk tilpasning på toppen. Hun ønsker også å avpersonliggjøre debatten. Den tendens til å

personliggjøre, og dramatisere, debatten om reformarbeidet, som man har hatt, finner hun svært uheldig. Den tar oppmerksomheten bort fra det saken egentlig dreier seg om, altså hvordan sentralforvaltningen kan tilpasses den kommunaliserte tjenestevirkelighet.

Tove Veierød fremstår som den hun er, en saklighetens og, kunne man nesten si, fredens politiker. Ja, det er noe nesten politikkoverskridende over hennes stil. Kan vi ikke drive politikk uten å kives, altså uten å gjøre den til "politikk"?, spør hun nesten. Vi merker oss at Veierød *ikke* selv markerer konkrete standpunkter. Hun og regjeringen har ennå ikke bestemt seg. Hun håper fortsatt at det hele kan ende i enighet og samforstand.

Men like lite som Norbom nådde frem overfor de mange kritikere med sitt budskap gjorde Veierød det med sitt. Hennes bønn om mindre politikk ble i stor grad fulgt av mer politikk. Høsten skulle slik bli slitsom for henne.

Den 22. oktober, etter mer enn to måneder med forvaltningsstøy, besøkte Tove Veierød Modum Bads Nervesanatorium. Hun var invitert av Badets nye direktør, Ole Johan Sandvand (f. 1947). Sandvand hadde overtatt et nervesanatorium i krise og ønsket å begynne fornyelsen av sanatoriet med å forbedre forholdet til departementet. Det var en strålende høstdag. Det idyllisk beliggende sanatoriet fremstod på en nærmest forførende måte. Statsråden ble tatt imot med vennlighet og varme og hadde en stor dag på Modum. –Her var det godt å være. Kan jeg få bli her en stund?, spurte hun direktøren.[365]

Duellen vi ikke fikk: Mork vs. Norbom

Den offentlige debatt om den grønne bok fortok seg utover i september. Det skjedde ikke noe nytt, sett fra en mediemessig synsvinkel. Samtidig skjedde det, som vi har sett, en hel del både i Norge og internasjonalt som var av langt større almen interesse enn spørsmålet om ordningen av norsk helseforvaltning. Det var altså meget som tok oppmerksomheten bort fra Mork og Norbom denne høsten. Spesielt for Norbom var det like greit. Det bragte etter hvert arbeidsroen tilbake i Sosialdepartementet.

I helsefagmiljøene fortsatte imidlertid diskusjonen, formelt og, særlig, uformelt. Den grønne bok ble det viktigste samtaleemne rundt omkring i helseforvaltningskorridorene og til dels også i klinikkene. Det bidro til det at "alle" nå satt og skrev remissuttalelser. Spesielt ett sted "sydet" det, i Helsedirektoratet. Her ble det skrevet en meget lang og meget grundig høringsuttalelse, med mange vedlegg, og her sørget aksjonskomiteen for at hele huset var i "Norbom-modus".

Der kom stadig innlegg og oppslag i avisene og fagbladene om Norbom-innstillingen, men ikke slik at det preget dem. Der ble også holdt noen møter om innstillingen, men få konfrontasjonspregede sådanne. Det viktigste møtet var det åpne, godt besøkte, møtet aksjonskomiteen (i Helsedirektoratet) holdt i Misjonsaulaen (Oslo) den 30. september fra

[365] Opplyst av Ole Johan Sandvand i samtale 29.9. 2011. Sandvand hadde tiltrådt som direktør ved Modum Bads Nervesanatorium to måneder tidligere. Sandvand traff ikke lenge etterpå statsrådens mann, Tom Veierød (f. 1937); de satt i styret i Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning. Veierød spurte Sandvand hva det var som hadde skjedd med hans kone på Modum: -Hun kom hjem og var så høyt oppe.

1530 til 1830. En uke før, den 23. september, hadde Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon holdt et lignende møte.

De to hovedpersonene, Jon Ola Norbom og Torbjørn Mork møtte hverandre to ganger til debatt, eller kanskje vi heller skulle si, til presentasjon av sine synspunkter hvor de begge var tilstede. Det skjedde i arbeidstiden i Helsedirektoratet den 25. september, med aksjonskomiteen som arrangør,[366] og i Det Norske Medicinske Selskab om aftenen den samme dag. Der var ellers noen få "duellpregede" møter mellom sentrale personer på de to sider. Mork stilte selv opp i en slik, med Hambro som motpart. Det skjedde i regi av det ferske forvaltningsbladet *Stat & Styring* (høstnummeret 1991).[367] Mork var tilstede på møtet i Misjonsaulaen, men hadde ikke tenkt å si noe; han tok allikevel ordet til et kort innlegg mot slutten av debatten. Norbom var også tilstede, men forholdt seg taus. I Misjonsaulaen var igjen Hambro talsmann, endog en ivrig sådan, for styringsgruppen, mens Mork var "representert" ved Jørgen Jonsbu og, på et vis, Geir Kjell Andersland.[368] Han fikk også mye støtte fra salen i debatten etter hovedinnleggene. Spesielt fikk han engasjert støtte fra h.r.advokat Alf Nordhus og hans hustru, psykiateren Inger Thoen (f. 1938). På FFO-møtet var "duellantene" igjen Mork og Hambro, med BI-professor Jan Grund og dagbladjournalist Hilde Haugsgjerd som de mer "fritenkende". Av de to siste hellet Grund, som en avpolitiserende nyttestatsmann, litt i direktoratlig retning, og Haugsgjerd, som mer av en politokrat, litt i norbomsk retning.[369] FFO selv hellet for øvrig mer i norbomsk enn i morksk retning: Organisasjonen syntes direktoratet mer var lege- enn pasientorientert.

Vi skal se på de foredrag Norbom og Mork holdt om den grønne bok. For Morks vedkommende skal vi ta utgangspunkt i det foredrag han holdt i Medicinsk Selskab. For Norboms vedkommende skal vi i hovedsak ta utgangspunkt i det foredrag han holdt på den årlige ledersamlingen i Sosialdepartementet. Det fant sted den 10. oktober på Hurdalsjøen hotell. Begge gikk så vidt meget i dybden i disse foredragene at vi kan bruke dem til å få frem de viktigste forskjellene i deres helseforvaltningsteorier eller –filosofier.

Begge tar utgangspunkt i det samme spørsmålet, nemlig spørsmålet om forholdet mellom helsefaglighet og politikk. Det er ikke så overraskende. Hvordan man besvarer det spørsmålet bestemmer hvordan man forholder seg til den vertikale dimensjon (på nedstrømssiden), altså den dimensjon som er den sentrale i styringsgruppens innstilling. Som vi skal se, vil vi imidlertid utvide spørsmålet litt: Det omfatter også "grensedisiplinen" jus, en disiplin som behandler "stivnet" (formalisert) politikk på en mer eller mindre faglig måte.

---

[366] På dette møtet sa de to omtrent det samme som de sa om aftenen i Medicinsk Selskab. De redegjorde. De la ikke opp til debatt, og det ble heller ingen debatt. Helseavdelingens Harald E. Hauge deltok også på dette møtet. Hauge uttalte bl.a. på møtet at han tok det som en kompliment at hans avdeling ble beskyldt for å blande fag og politikk. Det var det avdelingen skulle; altså lage en syntese av fag (medisin) og politikk. (Opplysningene om møtet har vi fått av Ingrid Hauge Lundby i samtale den 23.4.12. Vi har også fått se hennes håndskrevne referat fra møtet. En kopi av dette referatet finnes nå i vårt arkiv.) (Norbom kan ikke huske å ha deltatt på dette møtet.)

[367] Bladet, redigert av Bjørn Talén (f. 1946), ble altså etablert i 1991. Det var en fagliggjort videreføring av Administrasjonsnytt (utgitt fra 1989), med Universitetsforlaget og Statskonsult som utgiver. Duellen har overskriften "Det går på helsa løs" og ble ledet av redaktør Talén.

[368] Wenche Frogn Sellægs statssekretær var nå direktør ved Haukeland sykehus i Bergen og en like skarp kritiker av Norbom-innstillingen som sin tidligere sjef (var blitt). På dette møtet var det også innledninger av juristen Asbjørn Kjønstad, om noen juridiske sider ved innstillingen, og statsviteren Ole Berg (forfatteren), om den historiske bakgrunn for reformforslaget.

[369] Grund så, hvis Norbom-utvalgets forslag skulle taes til følge, "med gru" frem til at små helsesaker skulle bli behandlet politisk. Han tok for øvrig ellers til orde for at det burde opprettes et eget Helsedepartement, et forslag han senere i Norbom III-prosessen skulle komme tilbake til. Kfr. Aftenpostens omtale av FFO-møtet, 24.9.91, s. 2.

Som vi har sett tonet Norbom ned skillet mellom faglighet og politikk mens Mork betonet det. Norbom var mest eksplisitt. I sitt foredrag sa han (s. 1)[370]:

> *Det skarpe skillet mellom fag og politikk som delingen av 1983 tilsynelatende bygget på, eksisterer i virkeligheten ikke på noe forvaltningsområde, like lite på helsesektoren som på andre sektorer.*
>
> *Beslutningsprosessen må jo være en syntese av helsefaglige og andre faktorer, som for eksempel ressurssituasjonen. Dessuten eksisterer det jo ofte ikke engang entydige, objektive faglige råd – også slike råd vil ofte inneholde betydelige vurderingselementer.*

Norbom hadde av professor Ragnar Frisch hørt meget om skillet mellom sak og vurdering, som vi har nevnt. Han ble oppdratt i den weberske tradisjon der det var en selvfølge at man måtte skille mellom er og bør, mellom faglighet og politikk. Han var imidlertid etter hvert kommet til at en forvaltningsmann som effektivt skulle betjene sine politisk foresatte, både som rådgivere og som iverksettere, ikke kunne gjøre det på en rent faglig-nøytral måte. Byråkraten måtte, for ikke helt å overvelde politikeren, også legge normative premisser til grunn for sin rådgivning og sin forvaltningspraksis, men forsøke å la det være politikerens premisser. I praksis var det imidlertid ikke alltid lett å vite hva politikeren dypest sett ønsket, og byråkratens egne vurderinger ville derfor ofte spille en viss, av og til endog en betydelig, rolle. Det avgjørende var imidlertid, for Norbom, at byråkraten bestrebet seg på å være lojal overfor sin politisk foresatte. De normative premissene skulle i størst mulig grad komme ovenfra, mente han. De skulle komme den demokratisk-parlamentariske vei. Norbom var, som vi har nevnt så ofte, en politokrat – og i norsk sammenheng betydde det en parlamentarisk demokrat. Det var derfor han også insisterte på at statsråden var departementet og at hun hadde uinnskrenket instruksjonsmyndighet nedover i forvaltningen. Et direktorat var derfor for Norbom ikke i dypere forstand en selvstendig institusjon. Den selvstendighet det måtte ha var en pragmatisk bestemt, delegert sådan. Han var derfor helt på linje med sin nærmeste juridiske medarbeider, Knut Brofoss (f. 1949), som i et notat av 2. august 1991 skriver at ”Hovedregelen er .. at departementet har full styringsrett over et direktorat”. Brofoss fortsetter:

> *Det er helt på det rene at det eksisterende Helsedirektorat er underlagt departemental kompetanse til organisatoriske beslutninger, at departementet har rett og plikt til å kontrollere virksomheten og at departementet kan instruere direktoratet og evt omgjøre dets beslutninger.*[371]

Brofoss henviser til at spørsmålet ble drøftet av det såkalte Ingvaldsen-utvalget, oppnevnt i 1972, for å vurdere Stortingets kontroll med forvaltningen. I sin innstilling til Stortinget uttalte Utenrikskomiteen: ”Komiteen er enig med utvalget i at hovedregelen bør være at regjeringen – og eventuelt et departement på regjeringens vegne – bør ha instruksjons- og kontrollmyndighet overfor forvaltningsorganer som er tillagt avgjørelsesmyndighet ved lov eller stortingsvedtak. Denne hovedregel bør bare fravikes i spesielle tilfelle, bl.a. hvor

[370] Foredraget har tittelen ”Forslag om omorganisering av den statlige helseforvaltning” og er på åtte sider. Vi har fått foredraget av Norbom. Et eksemplar av det befinner seg derfor nå i vårt personlige arkiv.
[371] Knut Brofoss, ”Statsrådens ansvar for direktoraters virksomhet”, uadressert notat, datert 2.8.91 og med signaturen KB. (Vårt private arkiv.) Sitatet her er fra s. 2.

spesielle rettssikkerhetshensyn tilsier at vedkommende organ arbeider selvstendig".[372] Brofoss peker på at Stortingets holdning er et uttrykk for dets behov for kontroll og styring med forvaltningen: Har ikke statsråden myndighet over "sine" forvaltningsorganer kan ikke Stortinget kontrollere deres virksomhet, og demokratiet vil ikke fungere helt demokratisk. Brofoss peker imidlertid på (s. 3) at Stortinget, en heterogen forsamling, ikke alltid har vært så bestemt, altså så demokratisk konsistent, på dette punkt som statsrettsteoretikere og departementenes embedsmenn.

I politikken skal i prinsippet det normative legmannsskjønnet ha forrang. Helt nøytrale faglige premisser, om man kan tenke seg slike, kan ikke sette til side normative premisser: Er-premisser kan ikke diktere bør-premisser, utover å peke på at det i praksis kan være umulig, eller vanskelig å realisere dem. Når fagfolk i forvaltningen opptrer normativt er det legitimt så lenge de gjør det på oppstrømssiden, altså når de fungerer rådgivende. Det blir, demokratisk, eller politokratisk, illegitimt hvis de gjør det på nedstrømssiden, altså når de fungerer som forvaltere, kontrollører og tilsynsutøvere. Da opptrer de, etter dette syn, illojalt. Norbom sier det ikke så direkte i sitt foredrag, men han antyder det, tør vi si:

> *I et normalt samarbeidsklima vil heller ikke en slik teoretisk skillelinje* [mellom helsefag og politikk] *bli noe problem, men det er den altså blitt. Og den har – sammen med andre vansker gjort at omorganiseringen av 1983 ikke har fungert så godt som den burde.* (s. 1)

Han sier videre at han som "nykommer" i 1984 hadde trodd skjermyslene mellom avdeling og direktorat, mellom Hauge og Mork ville forsvinne, altså at de skulle opptre slik at statsråden lyktes, men måtte til slutt konstatere at det gjorde de ikke – og derfor ble, for ham, og for tre statsråder, omordning nødvendig. Og, som vi har sett, den ble først og fremst nødvendig på nedstrømssiden. Norbom ville ha uavhengige rådgivningsorganer (kompetanseorganer) på oppstrømssiden, men han måtte få bort de uavhengige organer, altså Helsedirektoratet, på nedstrømssiden. Det ble det spesielt vanskelig å få til når det gjaldt kontroll- og tilsynsoppgavene, klagesakene medregnet. Det var på disse områder Stortinget hadde gått lengst i å gi direktoratet uavhengighet og det var på disse områder direktoratets oppgaver var mest domstolslignende. "Rettssikkerhetsspøkelset" meldte seg. Det vil si, kritikerne av den grønne bok sendte det inn på "arenaen".

Mork uttalte seg ikke så filosofisk prinsipielt om forholdet mellom politikk og helsefaglighet som Norbom. Han var, som lege, oppdratt i en tradisjon hvor faglighet og normativitet går over i hverandre: Legens faglighet er direkte knyttet til "den annens", altså den enkelte pasients, og til folkets helse. Ja, denne tilknytningen har (selv)forpliktelsens karakter. Leger har derfor tradisjonelt sett på helse som en autotelisk, altså en selvbegrunnende, verdi. Den kommer ikke utenfra, som oppdrag, men innenfra, som forpliktelse. I løpet av 1970- og 1980-årene begynte dette å endre seg: Medisinens verdier ble, gjennom lovgivning, i stigende grad gjort til samfunnets oppdrag til medisinen. Det skjedde i Norge gjennom legeloven av 1980, kommunehelsetjenesteloven av 1982 og helsetilsynsloven av 1984. Mork, som hadde vært en medikrat, og som sådan hadde sett på tilsyn og kontroll som en kollegial forpliktelse, begynte nå å tilpasse seg den nye situasjonen, altså en situasjon hvor normativiteten kom som oppdrag utenfra, og her altså fra politikken. Han henviser således i sitt foredrag utførlig til oppdraget, altså til lovgivningen, og i dette tilfelle helsetilsynsloven.

[372] Innst. S. nr. 277 (1976–77), s. 9.

Mork sier i sitt foredrag (s. 1-3) at Helsedirektøren gjennom helsetilsynsloven er "tillagt myndighet direkte i lov".[373] Han nevner videre at slike myndighetstildelinger finnes i 16 andre helselover. "Det må antas", fortsetter Helsedirektøren, "at lovgiveren har ment at dette er saksområder av så utpreget faglig karakter at de ikke bør ligge under direkte politisk ansvar og styring". Mork har gjort grundige forarbeider og henviser til at det såkalte Modalsli-utvalget i 1970 gav uttrykk for det samme, dog uten spesielt å henvise til det Mork legger vekt på, tilsynsoppgavene. Utvalget skriver at uten et selvstendig direktorat "trekker (man) en lang rekke saker inn i departementet, som enten er av så teknisk rutinepreget natur, at de ikke bør behandles i et departement og dels dreier seg om fagsaker en statsråd ikke bør ha et politisk ansvar for". Mork legger til at det samme prinsipp lå til grunn for omorganiseringen i 1983.

Mork henviser til statsviteren Morten Egeberg (s. 4), som i en kronikk (Aftenposten 3.9) peker på at "faglig uavhengighet ivaretas best i direktorat og verk utenfor departementene" og at slik uavhengighet er viktig ikke minst for "opposisjon og offentlighet". Det er ikke minst derfor, fortsetter Mork, at for eksempel tilsynsoppgavene – nå kommer han tilbake til dem spesielt – både i Danmark og Sverige er lagt til de utenomdepartementale fagorganer, altså Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen. Mork kan ikke se, sier han, at det skulle være vanskeligere å skille mellom politikk og fag(lig tilsyn) i norsk enn i annen nordisk helseforvaltning, eller for den saks skyld i helseforvaltning og annen forvaltning. Han sier videre at styringsgruppens argument om at overordnet tilsyn lett førte over i almen samfunnspolitikk kunne vært relevant hvis "direktoratet hadde fastsatt ressurskrevende standarder og kunne forlangt dem oppfylt". "Det er imidlertid ikke tilfelle", fortsetter han, for nå er det "slått fast at det finnes visse minstestandarder som en kommune eller fylkeskommune ikke kan gå under ved henvisning til økonomi" (s. 6). Det er Høyesteretts dom i den såkalte Fusa-saken (1990) han her henviser til.[374]

Mork argumenterer behendig, men vi ser at han ikke først og fremst argumenterer legefaglig, han argumenterer juridisk-faglig. Han sier eksplisitt at Helsedirektoratets oppdrag kommer utenfra, eller ovenfra, altså fra politikken (Stortinget), og at Høyesterett tydelig har sagt at den måten Helsedirektoratet har anvendt Helsetilsynsloven på i prinsippet er (juridisk) riktig. Det ligger selvsagt også helsefaglige vurderinger til grunn for Høyesteretts (Fusa-)dom, altså vurderinger av hvordan en bestemt form for omsorg vil virke på de aktuelle pasienter (omsorgsmottagere), men det å sette en "forsvarlighetsstrek" er i siste instans en normativ handling. For så vidt som lovgivningen i seg selv her er nokså upresis, kan man også si at Høyesterett i Fusa-saken opptrer tydelig rettsskapende, altså politisk. Man kan også si at Helsedirektoratet i noen saker hadde opptrådt politisk, og slik "forsøkt" å opptre rettsskapende.

Når Mork bruker uttrykket faglig i sitt foredrag, men også i svært mange andre sammenhenger, mener han altså med det strengt tatt mer juridisk enn medisinsk faglig. Han

[373] Torbjørn Mork, "Politisk eller helsefaglig styring av helsevesenet?" Foredrag holdt i Det Norske Medicinske Selskab, 25.9. 1991. Foredraget finnes i Mork-arkivet i Helsetilsynets bibliotek.

[374] Av Kommunehelsetjenestelovens forarbeider fremgikk det at kommunenes økonomi m.m. begrenset deres plikt til å yte helsehjelp. Gjennom Fusa-dommen fastslo imidlertid Høyesterett at kommunene var forpliktet til å yte en viss minstehjelp uavhengig av kommunens økonomiske situasjon. Det het i dommen: "Vedtaket (kommunen hadde fattet) innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser (hjemmesykepleie/hjemmehjelp) som A (en sterkt funksjonshemmet dame) tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie. Et slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensyn til kommunens økonomi". (Rettstidende 1990, s. 874.)

uttaler seg imidlertid, som her overfor sine kolleger i Medicinsk Selskab, på en måte som får de fleste til å forstå faglig som medisinsk-faglig. Hans foredrag tar jo utgangspunkt i spørsmålet: ” Politisk eller helsefaglig styring av helsevesenet?” Han henger her igjen i medikratisk tankegang, selv om han for lengst hadde flyttet mye av seg selv over i den juridiske ”båt”. I hvilken grad det siste hadde skjedd, ser man når man ser hvordan han, fornøyd, refererer departementets anmerkning til § 1 i kommunehelsetjenesteloven. Departementet skriver blant annet at det er en viktig oppgave (for direktoratet) ”å påpeke og motvirke usaklig forskjellsbehandling av pasienter, og skjevfordeling av helsetjenester, samt tilse at helsetjenesten holder et rimelig minstemål”.

Det tør nok være at når Mork forstår dette mandatet helsefaglig så representerer det mer enn gamle medikratiinstinkter. Det reflekterer også hans egne (politiske) verdipreferanser. Det at det mandat han får, gjennom (tilsyns)lovgivningen, er så vidt venstreorientert, passet ham, og lettet tilpasningen for ham til det nye post-medikratiske regime. Mork ble, som vi har nevnt flere ganger, mer og mer av en nyttetenker. Slik sett fulgte han tidsånden i større grad enn politokraten Norbom. Den nyttestatlige tidsånd, preget av det som skjedde i Storbritannia under Thatcher og USA under Reagan, innebar jo en kombinasjon av fristillelse og mål- og resultatstyring med hensyn til den offentlige virksomhet som ikke skulle fristilles helt, altså privatiseres. Mork, som i 1983 hadde gått så bestemt imot delingen av det gamle direktoratet i en departementsavdeling og et fristilt direktorat, omfavnet den nå. Nå henviser han altså også begeistret til situasjonen i Sverige og Danmark, hvor Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen er plassert utenfor, og delvis fristilt fra, departementet. Men hva Sverige angår er situasjonen (i 1991), som vi har sett, tradisjonelt en annen enn i den tidligere ”enevoldsstaten” Danmark. Sverige har små, strategiske departementer og nokså uavhengige, store styrelser. I tillegg kommer at styrelsessjefene har vært fleksible, og politisk varsomme, sjefer. I Danmark er departementet helt uten leger, men det har, i lengre tid, skapt sterke spenninger mellom departementet, og ”djøferne” , og Sundhedsstyrelsen og dens leger. Den danske ordningen har skapt noen av de problemer Evang klaget over at man hadde i Norge før krigen, altså da man hadde den danske ordningen. Evangs omtale av (den juridiske ekspedisjonssjef) Theodor G. Thorsen (1878-1958) som ”Konthorsen” minner om de danske legenes omtale av departementets ”djøfere”. Mork henviste i 1983 selv kritisk til den ordningen Norge hadde hatt til sommeren 1941, altså den danske.

Mork tar i sitt foredrag spesielt utgangspunkt i tilsynsoppgaven og sier mindre om de andre forvaltningsoppgavene. Det er, som vi har påpekt ovenfor, fordi det for denne nedstrømsoppgaven er lettest å skille mellom lovgivning og iverksettelse, og dermed også å begrunne behovet for et forholdsvis fristilt direktorat på nivå nr. to. Det er lettest både overfor forvaltnings- og fagmiljøene og overfor opinionen – som den første pressedebatten viste.

♦

Styringsgruppen og Norbom strevde med tilsynsoppgaven, og i noen grad også klagebehandlingsoppgaven – som de delvis utsatte, og endte med å gi den (og dem) en nedtonet og delvis nedspesialisert rolle. Det gjorde det ekstra fristende for Mork og andre Norbom-kritikere å ta utgangspunkt i tilsynssaken, ja, gjøre den til hovedsaken i den dragkamp som allerede var startet. På denne måten ble direktoratet gjennom debatten mer og mer gjort til et tilsynsorgan, og Mork til en vaktbikkje. Det er derfor ikke så underlig at dette til slutt ble konstatert: Helsedirektoratet ble omdøpt til helsetilsyn. Debatten og dragkampen var kommet dithen at ”man” nærmest bare ventet på at noen skulle konstatere det.

Dette utfallet av Norbom-prosessene, omgjørelsen av direktoratet til tilsyn, kan slik sees på som en følge av en prosess som for alvor startet med at statsråden irriterte seg over Helsedirektørens "politiserende" tilsyn. Men ved at prosessene fikk dette resultat, altså omdøpingen av direktoratet til tilsyn, skapte de også den neste store omordning av den sentrale helseforvaltning, "gjenoppfinnelsen" i 2002 av direktoratet: Da Direktoratet ble til tilsyn, og for alvor begynte å spesialisere og profesjonalisere tilsynet, kom både rådgivningsoppgaven (oppover) og forvaltningsoppgaven (nedover) i en presset situasjon og "måtte" til slutt flyttes ut. Også de måtte spesialiseres og profesjonaliseres (mer). Mer skal vi dog ikke foregripe her. Vi avslutter diskusjonen nå med å påpeke at i politikk, også i forvaltningspolitikk, kan det ofte være stor avstand mellom intensjoner og funksjoner. Hegel (1770-1831) talte i *Vorlesungen über die Philosophie der Weltgeschichte* om "fornuftens list".[375] Det er denne "fornuft" vi peker på som den lange logikk i helseforvaltningens utvikling: politikken tilpasses over lang tid moderniseringens spesialiserings- og profesjonaliseringslogikk, men forsvinner aldri helt som "ren" politikk, altså som legmannsstyre.

♦

Møtet i Medicinsk Selskabs ærverdige og litt dystre sal ble overvært av ca. 50 personer. Stemningen var svært partisk. Nesten alle støttet Helsedirektøren.[376] Det er ikke kutyme å applaudere etter foredrag i Selskabet. Det ble gjort en demonstrativ unntagelse for Helsedirektøren. Det ble det ikke for departementsråden.

På ledersamlingen i Hurdal var det Thomas Mauritzen som skulle ha innledet, men siden han ennå var preget av sommerens uhell ble det Norbom som måtte tale. Her var han blant venner, og kunne være helt seg selv, tørrvittig og underfundig.

Remissrunden

Departementet måtte altså gi remissinstansene bedre tid enn det opprinnelig hadde tenkt. Slik måtte det også åpne saksbehandlingen mer enn planen hadde vært. Som vi har sett ble svært mange invitert til å uttale seg om den grønne bok. Nokså mange, 159, uttalte seg også.[377] Uttalelsene var imidlertid av svært varierende omfang, fra korte, nesten intetsigende uttalelser til Helsedirektoratets omfattende uttalelse på 15 sider, med ni vedlegg på til sammen 51 sider. Uttalelsene var også av nokså ulik analytisk kvalitet. Mange uttalelser var først og fremst normativt-politiserende, uten særlig dyptgående organisatoriske analyser; de var for eller imot Norbom, eller Mork. Dette gjaldt blant annet mange av fagforeningsuttalelsene, men også en

[375] Forelesningene ble gitt ved Universitet i Berlin i årene 1821, 1824, 1827 og 1831 og gitt ut første gang i 1837. Max Weber talte, inspirert av Hegel, tre generasjoner senere, mer prosaisk og innsnevrende, om "utilsiktede konsekvenser". Ideen ble siden videreført, og gjort mer "hegelsk" igjen, av den amerikanske sosiologen Robert K. Merton (1957) (1910–2003) som "latente funksjoner", konsekvenser som både er uintenderte og uerkjente.
[376] Norbom fikk litt støtte fra noen få offentlige leger. Møtet ble ledet av professor Arvid Heiberg (f. 1937). Hans hustru, Astrid Nøklebye Heiberg, var til stede, men tok ikke ordet. Hun fikk imidlertid høre godord om det som skjedde i 1983, altså den delingsprosessen hun ledet, og som Mork den gang var slik imot.
[377] Uttalelsene har den departementale arkivreferanse 91/06243 – (ankomstnr.) og befinner seg i kas. nr. 17 (Omorg., 612.1.). I Helsedirektoratets arkiv har uttalelsene arkivreferanse 90 (?)/10594 – (ank.nr.). I det følgende fører vi (normalt) ikke opp uttalelsesnummer og dato for innsendelse av uttalelsene.

del av uttalelsene fra de frivillige organisasjoner. Noen få var organisasjonsfaglig penetrerende. Også slik utmerket den lengste uttalelsen, Helsedirektoratets, seg. Mange av uttalelsene fra fylkeslegene var også analytisk grundige, spesielt den fra Oslos stadsfysikus (Arne Victor Larssen (f. 1938)) og Vestfolds fylkeslege (Asbjørn Haugsbø).

Arne Victor Larssen, (f. 1938): Han gikk tidlig inn i helseforvaltningen. Han ble legekonsulent i Helsedirektoratet i 1970, så assisterende overlege samme sted før han høsten 1974 ble fylkeslege i Møre og Romsdal. Han ble sittende i det siste embedet frem til 1986, da han ble Oslos siste stadsfysikus. Da embedet ble opphevet i 1988 fortsatte han som fylkeslege i hovedstaden, avbrutt av en periode fra senhøstes 1992 som assisterende helsedirektør (til 1994). Han har ledet og deltatt i viktige offentlige utredninger (bl.a. om fylkeslegeembedet) og har skrevet flere bøker om helseforvaltning og helseledelse. Han var i 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene en av landets betydeligste helseforvaltningstenkere. Bildet er fra 1974. (Foto: Vidar Knai / NTB)

Noen av uttalelsene var generelle, de gjaldt helheten i innstillingen. Det gjaldt særlig uttalelsene fra Helsedirektoratet, alle fylkeslegene, fagforeningene og en del av de frivillige organisasjoner. I noen grad gjaldt det også de få fylkes- og primærkommuner som uttalte seg; disse la dog mest vekt på deler av den vertikale dimensjon, nemlig de som gjaldt forholdet mellom det sentrale og lokale nivå. Andre av uttalelsene var spesialiserte og gjaldt noen få, av og til bare én side, ved forslaget i den grønne bok. De fleste av de mindre institusjonene innstillingen omfattet kommenterte bare sin egen "skjebne". I den grad "andre" departementer uttalte seg, var det også på en spesialisert måte. Alle instanser på "legemiddelsiden" konsentrerte seg om forslaget om å samle legemiddelforvaltningen i én institusjon.

Umiddelbart etter at remissuttalelsene var kommet inn konsentrerte mediene seg i hovedsak om den pikante Norbom-Mork-dragkampen, altså om spørsmålet om Helsedirektoratets fortsatte eksistens. Aksjonskomiteen i Helsedirektoratet bidro til dette, men omtalte også andre sider ved uttalelsene. Den 19. november hadde aksjonskomiteen, eller formelt de tilltsvalgte for de ansattes organisasjoner i Helsedirektoratet (AF, NTL, SL), klar en delvis kvantitativ oversikt over remissuttalelsene. Oversikten var basert på 128 uttalelser (innkommet til den 8.11.). Aksjonskomiteen laget noe senere (den 21.1.92) en oversikt basert på 138 uttalelser, altså i prinsippet 87 prosent. Etter den første oversikten hadde 33 gått inn for Norbom-modellen, 75 var imot, mens 20 ikke hadde tatt stilling til modellen (som sådan). I oversikten heter det at hvis man tar hensyn til at noen uttalelser "representerer flere instanser" endres ikke antallet positive uttalelser, mens antallet negative uttalelser stiger til 86 og antallet "avholdende" til 34.[378]

Det er åpenbart at et tydelig flertall av de remissinstanser som tok standpunkt til forslaget om å nedlegge Helsedirektoratet og embedet som helsedirektør gikk Norbom imot. Slik ble også

[378] Den første oversikten er kalt "Reorganisering av den statlige helseforvaltning", er undertegnet av Dag Lønningdal, AF, Elin Sæther, NTL og Leonora Martinussen, SL. Den er adressert til regjeringens medlemmer, medlemmene av Stortingets sosialkomite og stortingspartienes gruppesekretærer. Den andre oversikten har den samme tittel, men med undertittelen "Klipp fra høringsuttalelser og uttalelser i media". Vi har fått begge oversiktene av Anne Alvik. De befinner seg nå i vårt arkiv.

remissresultatene presentert i pressen da de forelå og slik bidro de til å understreke det offentlige inntrykk av at Norbom og hans folk var på defensiven. Hvis vi ser nærmere på remissuttalelsene bør imidlertid dette bilde nyanseres en del.

Det heter i den siste oversikten om fylkeslegene at "Ingen støtter utvalgsmodellen". Fullt ut gjør ingen det, men det legges til at fire "går inn for å beholde dagens modell relativt uforandret". Man kan således like gjerne som å si at Norbom får liten støtte fra fylkeslegene si at Mork og direktoratet får påfallende liten støtte fra sine nærmeste medarbeidere utenfor direktoratet. Ja, man kan endog modifisere den opprinnelige påstanden, for 14 av fylkeslegene støtter, dog i litt varierende grad, forslaget om å ha to nivåer og forslaget om at fylkeslegene administrativt skal rapportere til departementet. Disse fylkeslegene godtar også forslaget om at fylkeslegene skal overta det meste av tilsynsvirksomheten. Flertallet av fylkeslegene godtar altså vesentlige sider ved Norbom-utvalgets "vertikale" forslag. De er imidlertid uenig i utvalgets forslag til horisontal organisering; de vil integrere mer – det vil si, det meste. Vi skal komme tilbake til det.

Hvis vi ser hva de andre, primært berørte institusjoner sier om Norbom-utvalgets forslag, ser vi at Helsedirektoratet, Statens rettstoksikologiske institutt, Kreftregisteret og til dels Rusmiddeldirektoratet, i hovedsak går inn for å beholde status quo. De øvrige institusjoner, altså Statens institutt for folkehelse, Statens helseundersøkelser, Statens institutt for strålevern, Giftinformasjonssentralen, Statens ernæringsråd og Statens legemiddelkontroll støtter, om enn i varierende grad, Norbom-utvalgets forslag. Flere av disse konsentrerer seg dog mest om sin egen plass i Norbom-modellen. Skulle vi ha med hele den sentrale helseforvaltning, kunne vi også føye til at helseavdelingen i departementet selvsagt støttet Norbom-modellen, uten at den var remissinstans.

Vi ser altså at et flertall av de primært berørte sentrale institusjoner, nemlig syv av 11, mer heller i Norboms enn i Morks retning. De to store og tunge institusjoner, direktoratet og SIFF, står på hver sin side, men den tredje store og tunge, helseavdelingen, står på Norbom-siden. Tar vi så også med fylkeslegene får vi den situasjon at et betydelig flertall, 21 av 29, ønsker å komme ut av helsedirektørens styringsgrep: De vil ha to nivåer – slik at de selv kan ha direkte adgang til Makten. Mork visste hvor han hadde de andre sentrale institusjonene, og for så vidt også hvor han hadde fylkeslegene. At de siste allikevel, i så stor grad, skulle avvise hans lederskap, skuffet ham. Han klarte ikke å la være å se på deres avvisning som også litt opportunistisk motivert.

Den mest omfattende generelle støtte for den eksisterende ordning kom fra fagforeningene, de frivillige organisasjoner og universitetene. De store organisasjonene for de ansatte i helsevesenet, som Den norske lægeforening, Den norske tannlegeforening, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Psykologforening, Norske fysioterapeuters forbund, Norges Farmaceutiske Forening og Norsk bioingeniørforbund ville i hovedsak beholde status quo.[379] Også de store paraplyorganisasjoner, som Landsorganisasjonen, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund og Akademikernes Fellesorganisasjon, støttet den eksisterende modell. Av de frivillige organisasjoner som tok stilling, støttet blant annet Landsforeningen for hjerte- og

[379] Det kom også uttalelser fra underavdelinger av noen av "moderforeningene", for eksempel av Lægeforeningen. Flere uttalelser kom dessuten fra foreningenes ansatte ved de mest berørte arbeidsplasser. Således uttalte de ansattes organisasjoner i Helsedirektoratet og i SHUS seg, i begge tilfeller i fellesuttalelser, og for henholdsvis den eksisterende modell og Norbom-modellen: De ansatte mente det samme som sine sjefer.

lungesyke, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Norges handicapforbund i hovedsak den eksisterende ordning.[380] Det samme gjorde alle universitetene.

Når det gjelder de politisk-administrative institusjoner er departementene, de som skriver remissuttalelser (i alt syv), "prosaisk nøytrale", men minner om noen poenger de selv er opptatt av. Av de sentraladministrative organer som uttaler seg, vil Statens forurensningstilsyn, Datatilsynet og direktoratet for sivilt beredskap beholde dagens modell. Statens næringsmiddeltilsyn sier ikke så meget. Av de 12 fylkeskommuner som uttaler seg støtter syv, til dels åtte, utvalgets forslag til modell, mens tre vil beholde en modell mer eller mindre som den man nå har. Den siste tar ikke noe klart standpunkt. Av de 14 kommuner som uttaler seg får Norbom støtte fra fem, mens syv går inn for status quo og én er nøytral.

En svært viktig remissinstans som Kommunenes Sentralforbund, går i stor grad inn for Norboms modell. KS er godt fornøyd med at det nasjonalt samordnende nivået, altså direktoratet, er borte, og at mange av nedstrømsoppgavene overlates til fylkeslegene. KS vil imidlertid, og avviker her fra Norboms forslag, gjerne ha fylkeslegene inn under fylkesmannen: Kommune-Norge foretrekker den milde prefekt-ordningen fremfor den fragmenterte fagstatsstyringen fylkeslegene og andre statsfagfolk representerer.

Vi skal se nærmere på noen av de organisasjonsfaglig og organisasjonspolitisk mest interessante uttalelser.

Vi skal begynne med å se på, og kommentere, sider ved Helsedirektoratets vedleggstunge uttalelse, fortsette med et par av fylkeslegenes uttalelser og avslutte med SHUS' uttalelse.

Direktoratets uttalelse

Direktoratet er i sin uttalelse først og fremst opptatt av den vertikale dimensjon. Det forsøker å vise hvorfor det trenges et helsedirektorat, som betinget selvstendig eneinstitusjon, på nivå nr. to. Direktoratet omtaler også den horisontale dimensjon, som vi snart skal se, men da for "vertikale formål".

Hvis vi starter øverst i den vertikale linjen, er direktoratets utgangspunkt – behendig siterer det her fra "Den nye staten" – at departementet først og fremst skal være et "sekretariat for statsråden". Å være det betyr "å forberede politiske saker og sette dem ut i livet, herunder forestå planlegging og budsjettering", "å trekke opp hovedlinjer for arbeidet i ytre etater" og "å være klageinstans på visse områder" (s. 11-12). Andre oppgaver, sies det videre i "Den nye staten", "bør som regel føres ut av departementene". Det bør de, er "Den nye statens", og Helsedirektoratets, syn fordi departementet ellers ikke ville makte å utføre sine politiske oppgaver på en offensiv måte. Hvis oppgaver som legges utenfor departementet legges til mange institusjoner, som alle har direkte adgang til departementet, hjelper det imidlertid ikke departementet til å bli et effektivt politisk sekretariat, fremholder direktoratet. Er det mange institusjoner som har direkte adgang til departementet vil departementet bli overveldet av enkeltsaker og antagelig også av sektorpolitisk press både på oppstrøms- og nedstrømssiden. "Politikken" som kommer nedenfra vil slik gjøre departementet ute av stand til å utvikle og drive politikk ovenfra. Men det er nettopp slik nedenfrapolitikk – fra "tre sideordnede

[380] Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon gikk inn for en modell som lå nær den de fleste fylkesleger ønsket.

kompetansesentra bestående av seks selvstendige institusjoner, fem andre helsefaglige institusjoner, ti statlige sykehus og nitten fylkeslegekontorer" – styringsgruppen legger opp til med sine to nivåer, skriver Helsedirektoratet (s. 12): Maktkonsentrasjonen vil føre til avmakt.

Direktoratet mente altså at dets rolle som samordnende institusjon på nivå nr. to var avgjørende for at departementet kunne fungere som et ekte politisk organ. Det mente også at det, for å kunne spille denne rollen, måtte ha en viss grad av selvstendighet. Det skulle sikre, skriver direktoratet, "at det faglige grunnlaget for viktige avgjørelser ikke er bearbeidet ut fra politiske hensyn" (s. 5). Direktoratet mente også at "Det er viktig for det samfunnet vi betjener at det kommer fram i det offentlige saksgrunnlaget hva som er helsefaglige og hva som er helsepolitiske hensyn" (s. 5). Direktoratet sier ikke mer konkret hvordan det forstår "helsefaglig", men det er åpenbart at dette begrepet, kanskje etter gammel medikratisk "vane", forståes forholdsvis vidt. Lenger ute i uttalelsen heter det imidlertid (s. 12) at "de faglige råd departementet gis er avveiet og samordnet i forhold til ulike faglige, rettslige og forvaltningsmessige hensyn". Det normative kommer her særlig inn via det rettslige, men ettersom rettsgrunnlaget i mange henseender er ganske åpent, betyr det at direktoratet må utøve et ikke ubetydelig skjønn. Rådgivningen vil slik uunngåelig få et politisk tilsnitt. Det var derfor styringsgruppen ville flytte det gamle nivå nr. to inn i departementet.

Direktoratet pekte videre på, som Mork så ofte gjorde, at det ikke var tilfeldig at man i forvaltningen i lengre tid hadde avpolitisert stadig større deler av den, gjennom forskjellige former for fristillelse. Norbom gikk slik, mente Mork og hans medarbeidere, imot den lange og tunge utviklingen. Generelt hadde de rett i det, selv om denne utviklingen ennå var mindre tydelig på flere av de velferdspolitiske områder: Overføringen av ansvaret for mye av det utøvende helsevesen til lokale myndigheter fra 1970-årene av var jo, som vi har nevnt før, også en legpolitisering av dette ansvaret. De kunne også gjøre et nummer av at der var elementer av avpolitisering også av myndighet på helseområdet, selv om noe av denne avpolitisering hadde medikratiske røtter. Direktoratet var i sin uttalelse enig med styringsgruppen i at departementet hadde instruksjonsrett over direktoratet "selv om et organ er tillagt myndighet direkte i loven". "Faktisk og politisk" er det imidlertid, mente direktoratet, "likevel vesentlige forskjeller på å være tillagt myndighet direkte i lov og etter delegasjon" (s. 9).

Med det siste som godt argument kunne så direktoratet ta for seg tilsynsoppgaven, klagebehandlingsoppgaven medregnet, og bruke den i sin nedstrømsrettede argumentasjon, altså i sin argumentasjon for at iverksettelsen av helsepolitikken "nedover" skulle skje gjennom direktoratet og bare det. Som vi har sett, ble tilsynsmyndigheten gjennom tilsynsloven av 1984 lagt til direktoratet. For direktoratet er det ikke et uttrykk for at det skal utøve en egentlig selvstendig myndighet, men at det skal oppfylle lovgiverens intensjoner med loven. Å gjøre det krever en fin avstemming av helsefaglig og juridisk kompetanse. I denne avstemmingen bør ikke andre, for eksempel legpolitiske hensyn, spille en rolle, kan man si Stortinget har sagt ved at det har gitt tilsynsmyndigheten til Helsedirektoratet. For så vidt som tilsynet skal drives på en mest mulig konsistent måte, er det også viktig at direktoratet fungerer som det overordnede tilsynsorgan: "Direktoratet vil .. advare mot at tilsynsfunksjonen blir fragmentert mellom flere kompetanseorgan, fylkesleger, klageinstans og eventuelt departementet" (s. 7).

Direktoratet henviser i sin uttalelse (s. 7) til at alt tilsyn nå skal drives etter prinsippet om såkalt internkontroll. Prinsippet innebærer at de ulike institusjoner skal kontrollere sin egen virksomhet, etter retningslinjer trukket opp av den overordnede myndighet. Det "ytre" tilsyn,

altså det tilsyn fylkeslegene og Helsedirektoratet sentralt utfører, blir da delvis et indirekte tilsyn, altså et tilsyn med at institusjonene har etablert de nødvendige kontrollsystemene, og delvis et direkte tilsyn, altså et tilsyn med at institusjonene faktisk følger systemene. Et slikt, stadig mer regelbasert, og dermed standardisert, tilsyn adskiller seg fra det tradisjonelle tilsyn, preget av preklinisk og klinisk kompetanse utøvet på en, iallfall i betydelig grad, skjønnsbasert måte. Satt på spissen kan man si at mens det gamle tilsyn hadde et medisinsk-kollegialt preg, har det nye et profesjonelt, og i stor grad juridisk, preg. Direktoratet refererer således den ferske internkontrollforskriften (fastsatt av Kommunaldepartementet 22.3.91), hvor internkontrollsystem (§ 3) er definert som "..systematiske tiltak som skal sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift". Direktoratet kan også henvise til at det har tatt konsekvensen av ikke minst tilsynsutviklingen ved at den i 1988 opprettet en egen helserettsavdeling.

Det nye tilsynet representerer et skritt i profesjonaliserende og sentraliserende retning. Profesjonaliseringen ligger i at tilsynet nå i stigende grad skal baseres på (intern)kontrollretningslinjer som igjen skal sikre at de medisinsk-etiske formelle retningslinjer blir fulgt. I tråd med at begge disse typer retningslinjer blir flere og mer detaljerte, får tilsynet et stadig mer nærgående og for så vidt disiplinerende preg. Det nærgående og disiplinerende preget forsterkes jo høyere "listen" legges hva gjelder omsorgskvalitet(skontroll). Det tales dog, litt forsiktig, ikke om en svært høyt plassert "list", men om en "forsvarlighetslist".

Det nesten ligger i denne tilsynstankegangen at "systemene", altså retningslinjene for selvkontrollen, og retningslinjene for forsvarlig helsehjelp, skal være de samme over hele landet. Det tales gjerne i denne sammenheng om at helsevesenet skal virke på en likeverdig måte. Det nye tilsynet er altså standardiserende i aller videste forstand.

Dette nye tilsynsregime, som altså Helsedirektøren etter hvert var kommet til å godta stadig mer av, passet ikke helt godt til Norbom-utvalgets forslag om å gi fylkeslegene hovedansvaret for tilsynet, og for så vidt klagebehandlingen; det siste dog etter at institusjonene selv hadde tatt "støyten" først. Det var ikke sannsynlig at departementet kunne representere det samme standardiserende "systemtrykk" som direktoratet, spesielt ikke etter de kontroverser Helsedirektørens vaktbikkjerolle hadde skapt. Departementet ville knapt heller være så opptatt av å utvikle tilsynssystemene og de faglige retningslinjer for øvrig. All slik aktivitet ville jo virke omkostningsdrivende og sentraliserende. "Norboms tilsyn" var et tilsyn som passet bedre til det gamle skjønnsbaserte tilsyn, men et tilsyn der fagskjønn ble kombinert med "lokalskjønn", kanskje endog økonomisk lokalskjønn. Det er derfor ikke så underlig at Helsedirektoratet i sin uttalelse "gikk løs" på Norbom-utvalgets tilsynsforslag. Direktoratet var imidlertid forsiktig, det vil si abstrakt, i sin kritikk av overførselen av tilsynsansvar til fylkeslegene. Som vi allerede har nevnt omtalte direktoratet denne overførselen som en del av en "fragmentering" av tilsynsoppgaven. Det pekte på at denne fragmentering ikke ville skape noe "velegnet system for tilsyn etter internkontrollprinsippet" (s. 8). Direktoratet pekte ellers på, men trakk da også inn klagebehandlingen, at flyttingen av tilsyns- og klagesaker nedover til fylkeslegene og oppover til departementet, "etter direktoratets mening", måtte føre til "at risikoen for forskjellsbehandling vil bli større enn etter dagens modell".

Vi forstår direktoratets forsiktighet "politisk": Fylkeslegene var direktoratets forlengede arm ut i lokal-Norge, og Helsedirektøren visste at fylkeslegene ikke ville ha noe imot å få mer utøvende myndighet. Han behøvde ikke å utfordre dem i utrengsmål.

Det profesjonaliserende tilsyn er altså et både standardiserende og sentraliserende tilsyn. Så vel Evang som den unge Mork hadde nok hatt sentralistiske tilbøyeligheter, men det var til dels som en slags paternalistiske medikrater, eller over-overleger. Som gode medikrater hadde de også vært opptatt av at deres kolleger der ute skulle ha stor grad av klinisk autonomi og bedrev derfor et forholdsvis kollegialt tilsyn med dem og de virksomheter de ledet. Mork hadde fortsatt mye av den "brummende" paternalisten i seg. Det hadde med psykologi å gjøre. Men han var nå, ideologisk, på vei over i nyttestatligheten, og den, i prinsippet, stadig mer upersonlige sentralisme, også hva angikk tilsyn (og klagebehandling). En del, særlig yngre, fylkesleger, kunne ha forståelse for denne utviklingen, men deres egeninteresse og praktiske erfaring holdt dem tilbake. For dem fortonte standardiserte retningslinjer seg ofte som urimelige. De følte ofte behov for å skreddersy i noen grad. De hadde mer sans for det den amerikanske økonom Thomas Sowell (f. 1930) omtaler som "mundane facts", altså de spesielle omstendigheter en sak alltid er innhyllet i.[381] Sowell hevder at den som virkelig tar inn over seg de mundane, eller "verdslige", kjensgjerninger ofte kommer vel så langt som den som bruker teorien deduktivt. Om ikke fylkeslegene gikk så langt som teoretikerkritikeren Sowell var de åpenbart mer følsomme for de "mundane fakta" enn Helsedirektøren. At Torbjørn Mork etter hvert hadde fått et mer anstrengt forhold til mange av fylkeslegene er slik ikke så overraskende: Mens *de* stadig ville skreddersy ville han, som mer og mer av en post-medikrat, i stigende grad profesjonalisere i mer teoretisk forstand, altså sette kontrollsystemene over de lokale, konkrete kjennsgjerninger. Det er forståelig at han var personlig skuffet over fylkeslegenes holdning. Vårt poeng her er imidlertid at den økte spenning mellom dem "*måtte*" komme ettersom den moderne profesjonalisering av tilsynet i stigende grad gjorde dem til stadig mer bundne iverksettere av sentrale retningslinjer. Vi må føye til at disse retningslinjer, i den grad de kom, ikke egentlig var Morks, men den nye "nødvendighets"; det vil si, det nye tilsyns. Denne nødvendighet skulle dog for alvor først komme etter Mork, altså etter 1992.

♦

Det nye, mer profesjonelle kontrollregimet forutsetter at den tjenesteytende eller vareproduserende virksomhet skjer *utenfor*, og derfor i noen henseender uavhengig av, selve styrings- og forvaltningssystemet. Den var ikke det under den gamle, delvis medikratiske ordningen, hvor spesielt distriktshelsevesenet var en slags forlengelse av direktoratet (nedover), og direktoratet en slags forlengelse av pre/klinikken (oppover).[382] Denne ordningen, som Mork siden 1977 hadde sloss iherdig for å bevare, gikk han nå, om enn indirekte, imot. På et vis nesten omfavnet han overføringen av mye av tjenesteansvaret fra staten, og i noen grad legene selv (som selvstendig næringsdrivende) til de lokale myndigheter. Den gjorde tjenesteytelsen "ekstern", og gjorde at direktoratet, og under det fylkeslegene, kunne være profesjonelle og habile tilsynsmyndigheter. Men mer kom til: Ved at driftsansvaret i så stor grad var blitt overført til de lokale myndigheter kunne ikke staten, iallfall ikke på samme måte som før, styre utviklingen av helsevesenet på en direkte måte. Den måtte i større grad styre gjennom formelle systemer, som lover, stortingsvedtatte budsjetter og regjerings- eller departementsvedtatte planer. Styring gjennom formelt tilsyn ble

[381] Thomas Sowell, *Intellectuals and Society*, New York: Basic Books, 2009, s. 13–14.

[382] Det var ikke i samme grad tilfelle med sykehusevesenet, men iallfall inntil 1970 og for alvor 1976 (da den nye fylkeskommunen ble innført), var der en slags linje fra Helsedirektoratet (bl.a. sykehuskontoret) og ned til de administrerende overleger og til dels overleger generelt.

en viktig del av denne styringen, spesielt hva kvalitet og likebehandling angikk. Nesten triumferende kunne derfor direktoratet skrive (s. 6):

> *I styringsgruppens tilråding er desentralisering av helsevesenet drøftet på en måte som lett kan oppfattes dithen at man mener desentralisering av helsevesenet skulle tilsi en nedtoning av statlig tilsyn. Det er imidlertid en mer nærliggende konsekvens at økt desentralisering av driftsansvar må forutsette sterkere og mer effektivt statlig tilsyn, for å sikre oppnåelsen av nasjonale mål.*

Som vi for så vidt har nevnt, fungerte ikke tilsynet nå, altså i 1991, helt på denne måten. Blant annet hadde departementet undertiden "blandet seg inn" i måten tilsynet ble utført på; kfr. pålegget om å "ligge lavt". På dette punkt henviste direktoratet til empirien og gav en liten, men viktig, reprimande til det organ det hadde over seg (s. 8):

> *Det forhold at fastsatt arbeidsdeling ikke alltid har blitt fulgt, har skapt uklarhet om direktoratets legitimitet i forhold til underliggende institusjoner, fylkeslegene og den fylkeskommunale og kommunale helsetjenesten. Dette har i sin tur svekket tilsynet, og lagt åpen for en tillitskrise mellom befolkningen og helsemyndighetene.*

Direktoratet mente at ved å legge mye av tilsynet til det legpolitisk styrte departement og de institusjonsnære fylkeslegene, ville tilsynet bli mindre habilt og dermed statsstyringen av helsevesenet mindre effektiv. Her er det det første, habiliteten, som er det viktige. Kommer man for nær de konkrete omstendigheter, og de "konkrete" mennesker, er det lett å bli emosjonelt revet med og glemme noe av det prinsipielle oppdrag man har. Man blir inhabil i juridisk forstand. Fylkeslegene står langt nærere den konkrete virkelighet enn folk i direktoratet. Departementets politiske ledelse gjør ikke det, men har oftere enn direktoratets fagfolk spesielle interesser, blant annet partiinteresser, knyttet til en sak. Fru Justitia skal ha bind for øynene. Direktoratet, mente Mork og hans folk, hadde det i større grad enn både fylkeslegene og departementets ledelse og i praksis dermed også departementets øvrige ansatte.

Sett fra en juridisk synsvinkel hadde direktoratet rett. Det var mer habilt enn de andre aktuelle tilsynsutøvere. Men helt habilt var heller ikke direktoratet, for så vidt som det jo også var en del av staten. Et uttrykk for det var at det stod under departemental instruksjonsmyndighet. Det var en del av statens apparat for å sette statens vilje ut i livet. Det var også fylkeslegene, og strengt tatt også fylkeskommunene og kommunene: All offentlig myndighet som utøves i Norge hadde og har sitt utspring i den øverste statlige myndighet. Den betingede fristillelse av direktoratet var et uttrykk for at staten var bekymret for at noe av det den overordnet ønsket å oppnå ikke skulle bli tatt tilstrekkelig hensyn til med mindre en del av staten, i dette tilfelle direktoratet, kunne "holde" andre deler av det offentlige apparatet, som lokale myndigheter og statsråder, "i ørene". "Å holde i ørene" betydde da å lage systemer for selvkritisk egenkontroll og å se til at systemene ble brukt. Ble de ikke brukt, skulle tilsynsorganet påpeke det, eller "gi avvik", det vil si, påpeke at de institusjonene det gjaldt avvek fra bestemte kontroll- og kvalitetskrav. Tilsynsorganet skulle også, om nødvendig kunne straffe den avvikende institusjon. Man fikk da den situasjon at én del av staten straffet en annen. I den grad straffen, for eksempel hvis den bestod i midlertidig stengning eller bøter, gikk utover institusjonens tjenesteytelse, satt den straffende staten stadig igjen med ansvaret for at straffen *ikke* gjorde det den skulle, altså gikk ut over institusjonens tjenesteytelse. Strengt tatt var altså ikke selv Helsedirektoratets tilsyn og kontroll ekstern, og habil. Den var mer ekstern og habil enn de

andre organers tilsyn og kontroll, men altså ikke helt ekstern og habil. Det er neppe tilfeldig at direktoratet i den aktuelle perioden aldri stengte eller bøtela en institusjon.

Ideen om det nye, rettsstatlig inspirerte tilsynet, forutsetter altså at de tjenesteytende institusjoner er helt fristilt, altså er gjort til private bedrifter, eller iallfall relativt frie foretagender. Det er således ikke tilfeldig at med fremveksten av den nye nyttestatligheten fra 1970-årene av, ble det lagt økende vekt på å fristille, og til dels fristille helt (privatisere), offentlige institusjoner. Det er ei heller tilfeldig at med fremveksten av denne fristillelsespolitikk vokste det også frem et mer profesjonelt kontroll- og tilsynsregime innen mange sektorer. Direktoratet pekte ikke på slike implikasjoner av sin egen argumentasjon. Det så dem heller ikke. De ble først mer synlige etter hvert.

Et uttrykk for at Helsedirektoratet ikke tydelig så implikasjonene av den utvikling det i stor grad hyllet, er at det i sin uttalelse legger stor vekt på at det som tilsynsorgan også må spille en rådgivende rolle overfor de institusjoner det fører tilsyn med, at det kan kombinere rollen som kontrollorgan med rollen som oppstrøms rådgiver og nedstrøms iverksetter og at det må ha ansvar både for tilsyn og klagebehandling.

Om det første skriver Direktoratet, etter å ha påpekt at det må være institusjonell nærhet mellom dem som fastsetter ”faglige kriterier eller standarder for god kvalitet” og ”som utfører nødvendige direkte inspeksjoner, fanger opp avvikene, systematiserer erfaringene og gir de nødvendige påbud om systemendringer”, at ”Det samme tilsynsorgan må kunne gi nødvendig faglig rådgivning og veiledning til virksomhetens utvikling av systematiske tiltak” (s. 7). Direktoratet fortsetter (s. 7-8):

> *En oppsplitting i ulike organer som har forskjellige funksjoner i den helhetlige tilsynsrollen betyr at man ikke lenger fører tilsyn etter internkontrollprinsippet. Erfaringer fra for eksempel Nederland viser at hvis det organ som fører tilsyn med at systemene er etablert og etterleves, ikke skal ha legitim kompetanse til rådgivning og veiledning, vil både tilsynsorganene og rådgivnings- og veiledningsorganene miste sin legitimitet og autoritet.*

Direktoratet taler her om den ”helhetlige tilsynsrollen”, og forstår den nesten som en almen styringsrolle. Direktoratet bruker *betegnelsen* tilsyn på en måte som gjør det uklart om den brukes om det gamle eller nye *begrepet* (tilsyn). Kanskje det er riktigst å si at direktoratet tror det har tatt inn over seg det nye begrepet, men tar med seg elementer av det gamle? Det moderne begrepet forutsetter at de ulike oppgaver spesialiseres, ja, kobles fra hverandre – for at de skal preges av mest mulig profesjonalitet, og i den sammenheng også størst mulig grad av habilitet. Nederlenderne, som direktoratet her kritiserer, har altså opptrådt mer nyttestatlig konsekvent enn direktoratet. Å gi råd til de kontrollerte institusjonene, spesielt hva angår selve fagvirksomheten, er, som direktoratet skulle bli mer opptatt av i kjølvannet av Norbom III-prosessen, i noen grad å medansvarliggjøre seg selv. I neste omgang betyr det at tilsynsorganet er blitt mindre habilt: det fører tilsyn med en virksomhet som i større eller mindre grad er en følge av råd det selv har gitt.

Dette resonnementet er relevant også hva angår direktoratets generelle faglige, eller gjerne faglig-politiske, rådgivning overfor både departement og lokale myndigheter: Det medansvarliggjør og går derfor ut over habiliteten som kontrollorgan. Men også når direktoratet iverksetter departementets politikk, altså er et ordinært forvaltningsorgan, medansvarliggjør det seg selv. Dette går imidlertid ikke direktoratet inn på i sin uttalelse. Det

ligger der bare som uuttalt selvfølge at direktoratet skal fortsette som et integrert organ. Den nyttestatlige tanken om å splitte direktoratet opp i et tilsyns- og et forvaltningsorgan meldte seg først etter 1994.

Norbom-utvalget skyver spørsmålet om klagebehandling litt foran seg, men nevner at det bør komme et eget klagebehandlingsorgan, à la den svenske ansvarsnämnden. Dette, ikke utredede, forslag følges også opp av departementet allerede i forslaget til statsbudsjett for 1992.[383] Utvalget, og nå også regjeringen, vil altså ha et helt spesialisert og uavhengig, domstolslignende organ for å behandle klagesaker. Norbom-utvalget er altså på dette punkt nytteorientert moderne. Direktoratet er det ikke. Det skriver (s. 9-10):

> *At et organ uten generell tilsynsmyndighet behandler .. klagesaker vil .. ut fra mer overordnede målsetninger om et helsevesen som fungerer etter faglig forsvarlige standarder synes meningsløst. Å skille den generelle tilsynsmyndighet fra den informasjon behandling av enkeltsaker gir, vil etter direktoratets mening innebære at de statlige helsemyndigheters grunnlag for å utøve tilsyns- og rådgivningsfunksjonen både i forhold til politikere og helsetjenesten blir betydelig svekket.*

Direktoratet vil altså ha en fortsatt integrert løsning: Også klagebehandlingen skal være en del av den generelle rådgivnings- og tilsynsvirksomhet. Sett fra en moderne nyttestatlig synsvinkel er omkostningen med direktoratets løsning, altså status quo, at klagebehandlingen blir mindre spesialisert, profesjonalisert og standardisert. Direktoratet bruker i sin begrunnelse for den integrerte løsningen at det kan ta med seg erfaring fra klagebehandlingen til rådgivnings- og tilsynsarbeidet. Men ”pilene” vil da også i noen grad kunne gå den motsatte vei, fra rådgivning og tilsyn til klagebehandling. Sett fra et rettsstatlig synsvinkel får man da det problem at det kan gå utover rettssikkerheten, spesielt til dem det klages på. At Sverige har valgt en spesialisert løsning er altså, gitt den generelle utvikling av den moderne stat, ikke overraskende.[384] Det er direktoratet som er tradisjonelt (medikratisk) innstilt, og endog er det med en viss moralsk snert: Den mer ”moderne” løsning er ”meningsløs”.

♦

Direktoratet vil være eneorganet på nivå nummer to. Da har det ikke noe valg. Det må argumentere for at det beholder det overordnede ansvaret for ”alle” forvaltningsoppgavene, vidt forstått. Slik blir det imidlertid en spenning mellom dets omfavnelse av det moderne, nytteorienterte tilsyn, dets ønske om å være et uavhengig rådgivnings- og forvaltningsorgan og dets ambisjon om å drive integrert oppgavebehandling. Denne spenningen er ikke bemerket av den som har skrevet remissuttalelsen. Den skal imidlertid, som vi gjentagne ganger har nevnt, etterhvert komme til syne.

---

[383] St.prp. nr. 1 (1991–92), s. 160. Forslaget kommenteres også av statssekretær Bjørn Martin Aasen i et intervju i Aftenpostens morgennummer 5.10. (1991).

[384] Det kommenteres ikke at klagebehandlingen også har et tradisjonelt innslag ved at den i så stor grad gjelder helsepersonell som enkeltpersoner: Det er i stor grad leger og sykepleiere som enkeltpersoner det klages på og som eventuelt klandres eller på andre måter straffes av tilsynsmyndigheten, ikke (i samme grad) de institusjoner de arbeider i. Personellet sees altså slik sett stadig på som en slags frie profesjonsutøvere, ikke primært som arbeidstagere. I den grad det er slik, vil det tilsyn et offentlig organ, som Helsedirektoratet eller, enda mer, en egen ansvarsnevnd, være ”eksternt”, og slik sett ”habilt”. Vi skal komme nærmere tilbake til disse sider ved klagebehandlingen og tilsynet når vi redegør nærmere for utviklingen av tilsynsoppgaven.

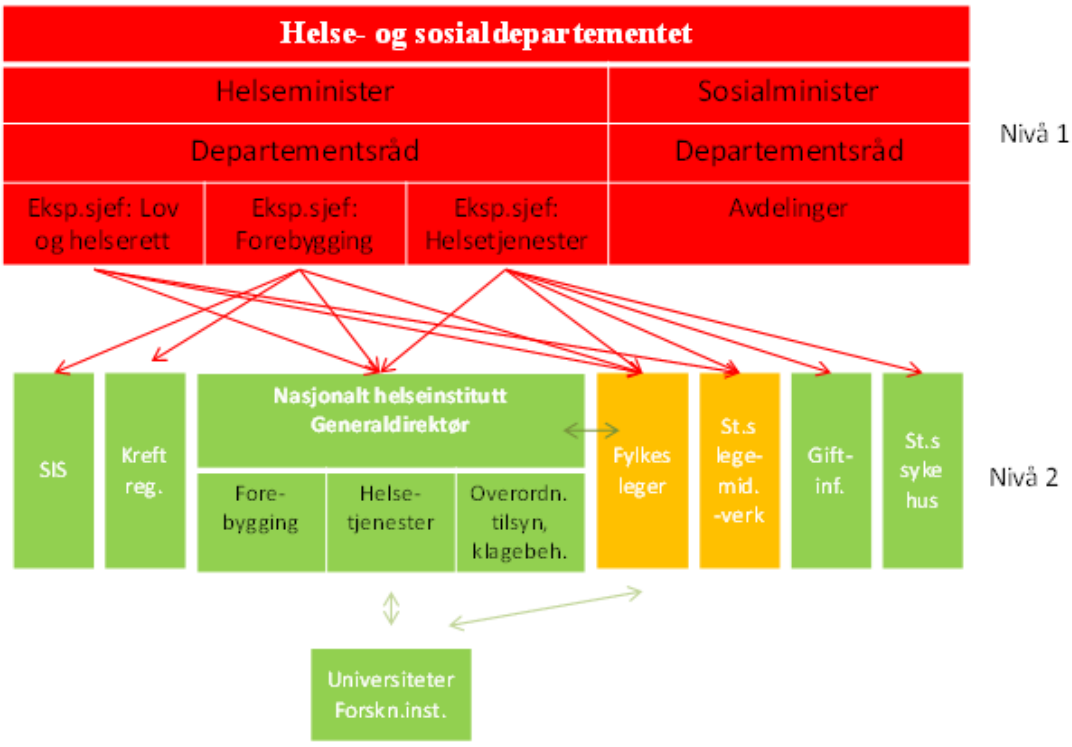
Fylkeslegenes uttalelser

De fleste fylkeslegene gjør seg altså, som styringsgruppen, til talsmenn for to-nivå-modellen. De vurderer imidlertid ikke, som styringsgruppen, hva som er politisk mulig. Der styringsgruppen bare foreslår integrasjon gjennom samboerskap, for ikke å provosere for meget, vil fylkeslegene ha "ekteskap". De vil ha et stort og bredt nasjonalt helseinstitutt på nivå nummer to. Noen vil la alle, eller de fleste, institusjoner på nivå nr. to inngå i instituttet, andre vil la noen institusjoner fortsette på egen hånd. Selv vil fylkeslegene linjemessig være "hengt opp" ikke i instituttet, med noen unntagelser, men i departementet. De vil ut av det nærstyre direktoratet, kanskje endog i stigende grad, har utsatt dem for, og kan ikke tenke seg å komme inn under et nytt sådant. De er imidlertid i ulik grad misfornøyd med direktoratsstyret. For fylkeslegene skal det nye helseinstituttet være et organ de kan *konsultere*, men ikke bli styrt av. De har funnet nøkkelen til den løsningen i styringsgruppens uttrekning av kompetanseovervåkning, -utvikling og -formidling, som en egen (forvaltnings)oppgave. De fleste av fylkeslegene som vil ha to nivåer, og et helseinstitutt på nivå nr. to, ønsker en egen minister for helse. Dette reflekterer en reaksjon på den avmedikratisering som har skjedd siden 1970-årene. Stadsfysikus i Oslo, Arne Victor Larssen skriver således i sin uttalelse (s. 8) at "Det slektskap som man siden 1970 har forsøkt å dokumentere mellom helse- og sosialvesen har vist seg å være et feilgrep".[385] Han advarer derfor også (s. 13) mot å avspesialisere den lokale statlige helseforvaltning ved å legge fylkeslegen under fylkesmannen.

Forslaget fra flertallet av fylkeslegene er et uttrykk for misnøye med dagens situasjon. Fylkeslegene er imidlertid i noen grad misfornøyd på ulike premisser. Det vil si, de fordeler ansvaret for problemene ulikt. Alle peker de imidlertid på de to ansvarlige organer, linjeorganene departement og direktorat. Noen, som Vestfolds fylkeslege, Asbjørn Haugsbø, fordeler ansvaret mer likt mellom departement og direktorat og er ellers avdempet i tonen. Andre, og spesielt Oslos Arne Victor Larssen, peker først og fremst på departementet som "syndebukk". Han "finner det påfallende at styringsgruppen så lettvint behandler de problemer Sosialdepartementet selv har og selv har bidratt til å skape" (s. 1). Spesielt trekker han frem departementets forsøk på å påvirke direktoratets tilsynspraksis, og de konflikter og uklarheter det har skapt. Han finner det påfallende at direktoratets lovpålagte plikter "kan begrenses av departementale "signaler"" (s. 3), signaler som kan variere fra det ene tidspunkt til det annet: "Det kan da umulig være intensjonen at departementet skal sette "dagsstandarder for tilsynet" som ikke er offentlig kjent og således hverken kan underkastes offentlig innsyn eller medføre ansvar for beslutningstakeren" (s. 5). Larssen vil allikevel ha to nivåer, en utvidet rolle for fylkeslegene – uavhengig av en "prefekt" – og et bredt helseinstitutt.

Fylkeslege Haugsbøs forslag til ny ordning av den sentrale helseforvaltning ser ut som vist i figur 3.4.

[385] Fylkeslegen i Aust-Agder, Svein Tore Kveim (f. 1932), gir også uttrykk for irritasjon over avmedikratiseringen, og nevner spesielt primærhelsevesenet. Han skriver (s. 1) om det som skjer i kommunene: "De offentlige leger er tapere i en sosionomdominert verden av helse- og sosialsjefer…. Dette har gått utover kvaliteten på samfunnsmedisinen i mange norske kommuner".



Figur 3.4: Fylkeslege Asbjørn Haugsbøs forslag til nyordning av den sentrale helseforvaltning, med to nivåer og et nasjonalt helseinstitutt (høsten 1991). Styrings- og forvaltningsorganer er markert med rødt, mer helsefagpregede organer (etter tidens språkbruk: kompetanseorganer) med grønt og kombinerte helsefag- og forvaltningsorganer med oransje.

Haugsbø og flertallet av hans kolleger ville altså, som styrtingsgruppen, bare ha to nivåer. Nivå to blir da, som i styringsgruppens forslag, oppgavemessig heterogent. De ”grønne” organer blir i hovedsak kompetanseorganer og skal fungere rådgivende overfor andre organer. Haugsbø har imidlertid, som de andre ”instituttfylkesleger”, måttet legge den overordnede tilsyns- og klagebehandlingsoppgave til det nasjonale helseinstituttet. Han sier at det ikke er ”logisk”, men ser ingen annen utvei, skal man bli ”kvitt” det gamle helsedirektoratet. Forvaltningsoppgavene ellers legger han altså til seg og sine kolleger, altså fylkeslegene, og, på legemiddelområdet, til et samlet legemiddelverk. Fylkeslegekontorene, som etter denne modellen må styrkes, ikke minst med juridisk arbeidskraft, fremstår i modellforslaget som kombinerte kompetanse- og forvaltningsorganer, altså som en slags regionale helsedirektorater, og fylkeslegene som regionale helsedirektører. Dog mister de noe, nemlig apotekvesenet og legemiddelforvaltningen. Men ellers er det etter dette bare naturlig at fylkeslegene ikke vil ”avsektoriseres” og plasseres under de ekspansive fylkesmennene.

Under hovedfiguren er universitetene, altså de medisinske fakulteter, og andre forskningsinstitutter tegnet inn, som forvaltningseksterne, kompetanseorganer. De er tenkt som ”spisskompetanseinstitusjoner” de ”administrative” kompetanseorganene undertiden må be om råd, og kanskje bistand, fra, først og fremst hva gjelder klinikken og den grunnleggende forskning. Haugsbø og de andre fylkeslegene sier ikke meget om disse institusjonene. Deres rolle fremstår ikke som spesielt viktig, og er nok heller ikke det. Den var det imidlertid, som vi har pekt på i bind 1. Før en egen medisinalforvaltning ble etablert i Danmark-Norge, nemlig i 1740, fungerte det medinske fakultet i Kiøbenhavn som sådan, dog under Det danske Kancelli. Da Norge fikk sin egen medisinalforvaltning i 1809, Sundheds-Collegiet, bestod den i stor grad av det som skulle ble landets første medisinske professorer,

og etter at medisinalforvaltningen ble lagt inn i departementsforvaltningen i 1815, fortsatte Det medicinske fakultet å være forvaltningens faglige rådgiver. Det er restene av denne rollen vi ser i Haugsbøs forslag. Samtidig er disse "restene" et uttrykk for hvordan den sentrale helseforvaltning akademisk har trukket seg noe tilbake, spesielt hva angår den kliniske kompetanse. Direktoratet er, i 1991, og hadde lenge vært, preget av leger som i første rekke hadde en kombinert almenmedisinsk og hygienisk, nå upresist kalt samfunnsmedisinsk, bakgrunn. Under Evang var sykehuskontoret det medisinsk sett svake kontor, og fikk ikke en legesjef før i 1962 (Tryggve Hauan (1909-2003)). Det fikk en meget offensiv sådan i 1973, med Jo Asvall, LEON-planens skaper. Asvall var for så vidt både hygieniker, med MPH fra Johns Hopkins University, og sykehuslege, med bakgrunn fra Radiumhospitalet. Asvall gjorde sykehuskontoret til det mest dynamiske kontor i direktoratet. Da det skulle utnevnes ny medisinalråd i 1977 ble han imidlertid vraket (kfr. bind 1), og direktoratet ble atter en helt almenmedisinsk og preklinisk, nå kalt samfunnsmedisinsk, dominert institusjon. Haugsbø skriver om den helsefaglige kompetanse som trenges i et styrket departement (s. 2): "Den helsefaglige kompetanse må først og fremst være samfunnsmedisinsk". Arne Victor Larssen skriver (s. 12) at "Departementets samfunnsmedisinske ekspertise må styrkes for at forslag fra Nasjonalt helseinstitutt på forsvarlig faglig måte kan tilpasses den politiske ledelses ønsker". Anne-Berit Gunbjørud (f. 1947), Buskerud, altså en av de mest Norbom-positive fylkesleger, skriver (s. 4) at en bred "samfunnsmedisinsk kompetanse bør inngå som en del av departementets kompetanse". Tor Ødegaard (1927-2011), Akershus, mener (s. 2) at det er "særdeles viktig å sikre samfunnsmedisinsk (sosialmedisinsk) kompetanse i disse funksjoner" (i departementet). Asbjørn Elvik (1930-1995), Nordland sier (s. 3) at en faglig opprustning av departementet må innebære at "Samfunnsmedisinsk kompetanse av betydelig omfang/bredde må inngå i dette fagspekter". Arne-Birger Knapskog (f. 1937). Telemark skriver (s. 2) at departementet "bør ha en forholdsvis allsidig og bredt sammensatt kompetanse. Ikke minst bør samfunnsmedisinsk kunnskap være godt representert for å sikre helhetlig tankegang".

Ingen av fylkeslegene sier hva de mener med "samfunnsmedisin", ei heller hvorfor de mener det de kaller samfunnsmedisin er viktigere enn annen, og i praksis klinisk, medisin. I løpet av særlig 1980-årene tapte nok Helsesdirektoratet faglig status i den kliniske spesialistmedisin, samtidig som spesialistmedisinen (sykehusmedisinen) skapte de største spenninger i helsepolitikken. Den samfunnsmedisinske "aktivisme" er imidlertid også et tegn i tiden. Etter reformen i primærhelsevesenet i 1984 ble almen- og samfunnsmedisinen i noen grad adskilt, for så vidt etter internasjonalt mønster, samtidig som et nytt "medisinalpoliti" (som vi har sett) vokste frem fra slutten av 1960-årene, men særlig fra 1970-årene: De "fornyede" samfunnsmedisinerne begynte å få ambisjoner om å plassere seg på toppen av hele medisinen, ja, hele helsevesenet, og med helse, ikke sykdom, som utgangspunkt.[386] Fylkeslegenes forslag om et svært bredt nasjonalt (folke)helseinstitutt kan sees i et slikt perspektiv. Det hører med i dette bilde at de omtaler helseinstituttet i konsernvendinger og vil at instituttets leder skal ha

[386]Folkehelsevitenskapen, eller "The New Public Health", skulle ha helse, ikke sykdomsforebyggelse, som overordnet mål. Forebyggelsen skulle, som de ulike former for klinisk praksis, være virkemidler for å fremme et nasjonalt helseprodukt. Et viktig utgangspunkt for det nye folkehelsefaget var den canadiske helseminister Marc Lalondes (f. 1929) rapport, *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Government of Canada, 1974. Disse ideene ble ført videre i 1980-årene, ikke minst av WHO under den danske generaldirektør Halfdan T. Mahler (1973–1983) (1923–2016) ; kfr. Alma Ata-deklarasjonen (om primærhelsetjeneste) av 1978 og ideen om "Helse for alle innen år 2000": H. Mahler: "The meaning of Health For All by the year 2000", *World Health Forum*, Vol. 2, No. 1, 1981. Vi kommer tilbake til folkehelsepolitikken mer generelt når vi ser på nedstrømssiden og tilsynsvirksomheten.

tittelen generaldirektør. Noen nevner også at generaldirektøren, som ”må være lege, med betydelig videreutdannelse og erfaring innenfor samfunnsmedisin og ledelse” (A. V. Larssen), bør inngå ”i departementets lederteam der dette er naturlig” (Øyvind Rolstad (f. 1944)). Fylkeslegene ser altså for seg at generaldirektøren også får en rolle som ligner på britenes *Chief Medical Officer*. Fylkeslegene legger, kan man si, den institusjonelle helsedirektøren bak seg. Hos de aller fleste er det åpenbart at de ikke tenker seg at generaldirektørstillingen er en omdøpning av helsedirektørembedet, og at den sittende helsedirektør bare kan få ny tittel.

Statens helseundersøkelsers uttalelse

Statens helseundersøkelser konstaterer innledningsvis i sin 17-siders uttalelse at ”Problemene i den statlige helseforvaltning sitter i alt vesentlig i den *vertikale aksen, og knytter seg særlig til delingen av aksens øvre del*”. SHUS fortsetter med å si at det har ”følt at *avstanden mellom oss og beslutningstakerne er blitt meget stor.* Vi har fornemmelsen av å måtte rope over gjerder, og mange ganger over to gjerder, for å bli hørt”. Institusjonen ser derfor med udelt begeistring på styringsgruppens forslag om å ”gjeninnføre” ”to-nivå-strukturen”. Kjell Bjartveit og hans folk ønsker å ha direkte kontakt med Makten. Ja, de kan tenke seg at de, i tillegg til å ha direkte kontakt for egne formål bringes inn i de bredere helsepolitiske overlegninger: De vil etablere ”et fast kontakt- eller ledelsesorgan bestående av representanter fra departementet på høyt administrativt plan og av en representant fra ledelsen for hver av institusjonene”. SHUS vil revitalisere ”konsernlederforumet”.

SHUS henviser i sin uttalelse til at ”det har vært hevdet at det er nødvendig med en *samordning* av premisser, vurdering og faglige råd før disse legges frem for departementet og statsråd” (s. 7) – altså at der trenges et helsedirektorat, og skriver:

> *Vi er sterkt uenig i denne oppfatning. En slik samordning vil i prinsippet bli foretatt av én enkelt person, dvs. av den person som er den formelle leder av det samordnende apparat. Det er ikke til å unngå at vurderinger og prioriteringer vil kunne influeres av vedkommendes politiske oppfatninger og verdisyn. Den faglige fremstilling kan bli brukt som kamuflasje for å fremme helsepolitiske synspunkter. Det å ha én, og bare én, kilde til saksfremstilling og råd for alle typer problemstillinger, gir etter vårt skjønn alt for stor makt til denne person.*

Her ser man noe av grunnen til at styringsgruppen oppfattet det som forvaltningspolitisk umulig både å fortsette med tre nivåer og å slå de fleste institusjoner på det nye nivå nr. to sammen. Den understrekes ytterligere i fortsettelsen, der det blant annet heter at ”Vi er overbevist om at våre politikere ønsker å få presentert synspunktene *direkte* fra forskjellige aktuelle fagmiljøer, og ikke ”samordnet” av en enkelt instans, som ofte kan representere én enkel ideologi – på kollisjonskurs med andre”.

SHUS konkluderer sine betraktninger på dette punkt slik (s. 8):

> *Det Styringsgruppen har gjort, er etter vårt skjønn å ta et oppgjør med en foreldet embetsmannsstyring av vårt helsevesen, og flytte makten dit den bør ligge i en fremtidsrettet offentlig forvaltning – i de organer som har sitt mandat fra folket.*

For SHUS har altså det prinsipielle problem de tre nivåer skaper, blitt ekstra sterkt på grunn av nivå-to-sjefens måte å samordne på. Men ved å la være å bruke denne sjefens navn får SHUS' gitt sine ord ekstra snert.

SHUS konstaterer ellers med glede at styringsgruppen har sett bort fra noens ønsker om legge mer samordningsmyndighet på nivå nr. to ved "å samle alle institusjoner på den horisontale linje i et megasenter" – altså fylkeslegenes helseinstitutt. For Bjartveit og SHUS ville man jo da være like langt; deres synspunkter ville bli anonymisert og kanskje samordnet bort. Ja, for dem ville opprettelsen av et slikt "megasenter" innebære at man fortsatte med tre nivåer, bare slik at "megasenteret" i seg selv ville være en to-nivås-organisasjon. Bjartveit er kanskje en mer entusiastisk tilhenger av styringsgruppens forslag enn styringsgruppen selv var? Styringsgruppens samlokaliseringsforslag var jo også uttrykk for et ønske om enda mer samordning på nivå nr. to.

SHUS' elegant formulerte, og godt oppbygde, 17-sidige uttalelse er antagelig den mest styringsgruppevennlige av alle de 159 remissuttalelser Finn Høvik og departementet fikk. Den er undertegnet ikke bare av SHUS' administrerende overlege, Kjell Bjartveit, men også av organisasjonens syv avdelingsledere.

Remissuttalelsenes mottagelse

Som vi har nevnt var det på den offentlige arena, altså i massemediene, nokså stille om helseforvaltningssaken fra slutten av august.[387] Stillheten varte helt til remissuttalelsene begynte å komme mot slutten av oktober. Det viktigste arbeidet skjedde nå uten, eller med moderat, pressedekning. Det skjedde i departementet, under Finn Høvik, i Stortinget, og i, eller med utgangspunkt i, aksjonskomiteen. Høvik og hans folk forberedte saken for regjeringsbehandling. Under Norboms ledelse var sider ved saken sendt til Stortinget, som en del av forslaget til statsbudsjett for 1992, og var nå under behandling i Sosialkomiteen. I direktoratet arbeidet aksjonskomiteen under høytrykk, både for å mobilisere de ansatte, og for

[387] Aftenposten hadde sin "siste" omtale av saken den 1. september. Omtalen var basert på intervjuer med tidligere stadsfysikus Fredrik Mellbye og tidligere statsråd Leif Arne Heløe, og ble publisert under vignetten "Aktuell bakgrunn" (s. 8). Som vi har nevnt kom der så (24.9.) et oppslag etter FFO-møtet. I slutten av september og begynnelsen av oktober hadde Aftenposten en reportasjeserie om klagesaker (fra sykehus) som lenge hadde ligget og "samlet støv i Helsedirektoratet", om saker fra Norsk pasientskadeerstatning som direktoratet ikke hadde oversikt over og om 24 erstatningssaker mot en bestemt lege – saker sentrale myndigheter ennå ikke hadde gjort noe med. Det het i Aftenposten (morgennummeret) den 1.9.: "Aftenposten tar i en serie artikler opp myndighetenes reaksjoner på feilbehandling av pasienter ved norske sykehus". Avisen hadde satt tre journalister på saken, som endte med at underdirektør i direktoratet, Kari Sønderland, den 6.10. redegjorde for hele sakskomplekset og avsluttet slik: "Dessverre må vi konstatere at Helsedirektoratet ikke er tilført ekstra ressurser i takt med klageøkningen; vi har tvert imot mistet 10 prosent av våre stillingshjemler de siste årene. Direktoratet har måttet foreta betydelige interne omprioriteringer for å ivareta den nødvendige behandlingen av disse saker". Reportasjeserien i Aftenposten var til ubehag for et direktorat som i sin polemikk mot styringsgruppens forslag la slik vekt på direktoratets betydning som garantist for pasientenes rettssikkerhet. Men serien så ikke ut til å få noen spesiell politisk betydning. Professor Ståle Eskeland kom et par uker senere (21.10.) direktoratet litt til unnsetning, da han i en kronikk i Aftenposten hevdet at det var Finansdepartementet og Kommunes Sentralforbund, som gjennom sin ensidige budsjettstyring, truet pasientenes rettssikkerhet, ikke Helsedirektoratet. "Sosialministeren må legge bort forslaget om å nedlegge Helsedirektoratet hvis vi skal tro at faglige hensyn og befolkningens behov for forsvarlig hjelp har vekt i regjeringens helsepolitikk", hevdet han.

å forberede sakens politiske behandling. Vi har sett at aksjonistene, for å påvirke den offentlige debatt, raskt hadde laget en oversikt over remissuttalelsene.

Remissrunden utløste en ny "Norbom-runde" i pressen, men temperaturen steg ikke til "augustnivå" igjen. Omtalen av uttalelsene var forholdsvis nøktern og kortfattet. Massemediene fant ikke så mye i uttalelsene å lage nytt nummer av. Aksjonskomiteen var, som vi har nevnt, raskt ute med sin for-og-imot-Norbom-oversikt, men ikke raskt nok. Da den kom med sin oversikt den 8. november hadde allerede massemediene i stor grad presentert uttalelsene, som det passet dem. Da fristen for å komme med uttalelse gikk ut, den 21. oktober hadde departementet mottatt 46 av 160 uttalelser. Allerede dagen før, en søndag, kom den første NTB-meldingen. Fra tirsdag den 22. oktober og til midt i november kom resten av remissreportasjen. De fleste avisartiklene var korte og saksopplysende. Den 20.10. meldte NTB i en kort artikkel at "Hjelpepleierne vil legge ned Helsedirektoratet". To dager senere meldte Aftenpostens morgennummer i en litt lengre artikkel: "Sykepleierne inn for helsedirektoratet". Den 27.10. het det i en NTB-melding: "Legeforeningen: -Vi må beholde helsedirektøren". Dagen etter meldte NTB at "Apotekerforeningen vil beholde Helsedirektoratet". Den 29. oktober rapporterer Nordlys at hvis fylkesutvalget i Troms får det som det vil, "må helsedirektør Mork se seg om etter en ny jobb".

Den første sammenfattende artikkelen var det NTBs helse- og sosialpolitiske medarbeider Dagrun Lindvåg (f. 1954) som sendte ut. Hun gjorde det den 22. oktober, under overskriften "Ros og ris til helsedirektoratet, mange vil ha Mork fjernet". Hun konstaterer at uttalelsene spriker og at "Helsedirektoratets skjebne .. fortsatt (er) uviss". Spesielt interessant finner hun det at så mange fylkesleger vil ut av direktoratets "klør". Aftenpostens helsepolitisk erfarne journalist Lene Skogstrøm summerer den 30. oktober (morgennummeret, s. 44) opp uttalelsene med en litt annen tendens; dog basert på flere uttalelser (126). Hennes overskrift er "Mange vil beholde Helsedirektoratet". Hun innleder sin artikkel slik: "Mange av høringsinstansene stiller seg kritisk til Norbomutvalgets forslag om å nedlegge Helsedirektoratet", fortsetter så med å skrive at "det faglige miljøet innen helsevesenet stort sett går inn for å beholde Helsedirektoratet". Hun nevner så en del av disse faginstanser. Hun peker imidlertid også på at "Organer og etater som har vært direkte underlagt Helsedirektoratet.., er innstilt på å avskaffe det". Mot slutten nevner hun som eksempler på dette mange av fylkeslegene, men legger til at fylkeslegene ønsker et integrert helseinstitutt, ikke Norboms "40 enheter". Hun legger også til at fylkeslegene i Møre og Romsdal og Vest-Agder vil beholde Helsedirektoratet. Aksjonskomiteens oversikt ble i liten grad brukt av pressen. NTB meldte 14.11., i en nokså beskjeden artikkel, at aksjonskomiteen er kommet til at 86 av 153 remissinstanser "går inn for å beholde dagens ordning med et Helsedirektorat". Samme dag hadde også Klassekampen et oppslag (s. 9) om Aksjonskomiteens oversikt.

Uttalelsene fra de ulike remissinstanser var ikke så støttende overfor Norbom-forslagene at departementet kunne bruke dem aktivt i den politiske dragkamp som nå skulle komme. Det var hyggelig for Norbom, og Høvik og hans saksforberedere, at de hadde betydelig etatlig støtte for mange av forslagene i styringsgruppens innstilling, og at flere presseorganer merket seg det. Men at de hadde slik støtte, visste de jo på forhånd. At nesten halvparten av dem som uttalte seg om spørsmålet om antallet nivåer støttet forslaget om å gå fra tre til to nivåer var knapt heller noen stor overraskelse.[388] De visste også, etter alle medieoppslagene i august, at

[388] Tom Christensen kom til at 70 prosent av remissinstansene kommenterte nivåspørsmålet og at noe over 40 av disse støttet forslaget om å ha ti nivåer. Kfr. Tom Christensen, *Politisk styring og faglig uavhengighet*, *op.cit.*, s. 148.

de hadde mange taleføre instanser som opponenter. Knapt nok en ”opposisjonsuttalelse” kom som en overraskelse for dem. De ventet neppe på noe punkt nye forslag de kunne bruke. ”Fra vårt synspunkt var det ingen interessante og alternative synspunkter” i remissutalelsene, sier Norbom i ettertid i et tilbakeblikk.[389]

Remissrunden ble derfor for departementet, og i første rekke departementsråden, saklig sett mest en slags formalitet, en konsesjon til de korporative hensyn, som delprosjektene i forrige runde hadde vært. Men den ble ikke helt en formalitet. Den påførte departementsstrategene politiske problemer: Den førte til en potensielt farlig utsettelse av saksbehandlingen. Departementet hadde opprinnelig tenkt at remissrunden skulle skje litt raskere, på to uker, slik at det skulle bli mulig å få saken ferdigbehandlet i løpet av høsten. Nå gikk ikke det. Nå ble det derfor også lettere for de mange politiske motstandere av Norboms modell å få utsatt den politiske behandlingen av saken og kanskje også å fremtvinge en totrinns, eller endog tretrinns, behandling av saken, altså en behandling der det først kom en stortingsmelding om saken og så en lov- og (en) budsjettbehandling.

Norbom III – den politisk-administrative og politiske behandling av saken, spesielt i november og desember 1991

Vi har sett at Norbom & Co. sørget for at den ”hemmelige” utredningen, og Staur-møtet, umiddelbart ble fulgt opp i august 1990. Nå skjedde det samme. Så snart den grønne bok var levert startet forberedelsene med å omsette den til handling, og nå politisk handling. Denne handlingen måtte i utgangspunktet ha to adressater, Stortinget og regjeringen. Stortinget hadde jo det endelige ord, så det var viktig hvordan det nå ble informert om Norbom III. Men hva man sa til Stortinget måtte sees i sammenheng med hva man sa til regjeringen. I praksis betydde det at mye måtte avgjøres svært raskt: det første ”stortingstoget”, ”budsjettoget”, gikk ganske snart. De viktigste politiske avklaringer måtte altså foretaes allerede tidlig i september.

I et notat, utformet av Ólafur Pétursson en av de første dagene i september, og signert av Høvik den 4., ble statsråden presentert for fem mulige strategier for å orientere Stortinget om saken og om regjeringens standpunkt:

1. Tilleggsnummer til St.prp. nr. 1. 2. Egen stortingsmelding. 3. Statsråden redegjør for saken i Stortinget. 4. Kort omtale i budsjetteksten (St.prp. nr. 1). 5. Stortinget informeres våren 1992 ved at regjeringen fremmer forslag om lov- og budsjettendringer.[390]

[389] Telefonsamtale med Jon Ola Norbom 09.11.11.

[390] Notatet har overskriften ”Informasjon til Stortinget om forslaget fra styringsgruppen for organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning”. (Org.gjennomgåelsen 1990–92, dep.ark., 612.1., kas. 3.)

Kjell Bjartveit (1927–2011): Han var en av de mest markante helseforvaltningsledere på det som frem til 1994 var nivå tre. Han satt som administrerende overlege ved Statens skjermbildefotografering/Statens helseundersøkelser fra 1968/1986 til 1997. Han var en av de ivrigste talsmenn for det forslag til omorganisering av helseforvaltningen som departementsråd Norboms styringsgruppe la frem i 1991. Han arbeidet intenst innad i sitt parti, Kristelig Folkeparti, for at det skulle støtte forslaget, men tapte til slutt. Han var en ambisiøs epidemiolog og intenst engasjert folkehelsemann. Han sloss, først mot den «hvite pest» (tuberkulosen), så den «svarte tjære» (tobakken); kamper han fortalte om i en bok (med disse stikkord i tittelen) i 2007. (Foto: Ukjent. Bildet er utlånt for publisering i boken av Marit Bjartveit)

Før statsråden fattet sin beslutning hadde departementsråden drøftet saken med Stortingets direktør (siden 1990), juristen Hans Brattestå (f. 1947).

Der var ikke særlig tvil i departementet om hvordan man burde gå frem, og dermed heller ikke om hvordan hele saken nå burde fremmes politisk. Det passet departementsledelsen godt at dens løsning også tiltalte vokteren av Stortingets konstitusjonelle rolle. Ledelsen valgte altså strategi nr. 4, med en kort og nokså formell budsjettorientering. Den første strategien var tidsmessig umulig; den fordret at det forelå forslag til lov- og budsjettendringer senest midt i november. Strategi nr. 2, ”meldingsstrategien”, var politisk uakseptabel fordi den innebar at Stortinget ble invitert til å ta stilling til en forvaltningssak: En slik sak ”er prinsipielt Regjeringens ”eneområde””, het det i notatet til statsråden. Hva strategi tre angikk, mente administrasjonsavdelingen at saken ikke var stor nok til å fortjene slik orientering, ”jfr. EØS-redegjørelsen”, som det heter i notatet. Den femte strategi ville innebære en betydelig, og gitt situasjonen i helseforvaltningen, uakseptabel, forsinkelse av iverksettelsen.

Det het om budsjettstrategien at den kunne legges opp slik: Der redegjøres kort for forslagene i den grønne bok og så kan det sies at departementet, når remissinstansenes uttalelser foreligger, ”vil forelegge Stortinget forslag til nødvendige lov- og budsjettendringer”. Det heter også i notatet at statsråden, i budsjettdebatten, kan ”informere Stortinget om høringsuttalelsene og ev. om regjeringens syn i saken”. Notatet konkluderes slik:

> *Fra Administrasjonsavdelingens ståsted er alternativ 4 å foretrekke. Det forutsetter at Regjeringen tar stilling til forslagene omkring midten av november og Stortinget blir informert under budsjettdebatten i begynnelsen av desember. Iverksettingsprosessen kan igangsettes umiddelbart deretter.*

Statsråden godtok altså Høvik & Co.s forslag. Den politiske hovedstrategi for Norbom III var slik lagt: Stortinget orienteres om innstillingen, men får ikke nå vite hva statsråden og

regjeringen mener om den. Hvis det heller ikke får det før Sosialkomiteen leverer sin budsjettinnstilling, må det, utover eventuelt å mene noe om elementer i Norbom-innstillingen, nøye seg med å ta stilling til regjeringens standpunkt om at saken i neste runde fremmes som proposisjoner, altså ikke først som en melding.

I teksten til Sosialdepartementets budsjettforslag, under overskriften ”4.1.2. Organiseringen av den statlige helseforvaltning”, presenteres forslagene i den grønne bok tørt og rent beskrivende. Presentasjonen avsluttes slik: ”Etter at høringsuttalelsene er gjennomgått vil Sosialdepartementet komme tilbake til Stortinget med de eventuelle forslag om lov- og budsjettendringer som blir nødvendige”.[391] Departementet ville selvsagt komme tilbake med slike forslag. Det var i praksis allerede i gang med å forberede dem. Det hastet. Hastet gjorde det også å starte arbeidet med å forberede regjeringens beslutning, beslutningen om å følge opp Norbom-utvalgets innstilling.

Før vi fortsetter skal vi stanse litt og igjen se saken fra en regimemessig prinsipiell synsvinkel.

Vi har omtalt departementsråden som politokratisk orientert, uten å nyansere det. Nå må vi nyansere det. Man kan si at den politokratiske innstillingen iallfall kommer i to varianter, en parlamentarisk og en eksekutiv. I et demokrati skal den siste følge av den første, men drives det standpunktet langt, kan det i ytterste fall lamme statsstyret: Parlamenter er store og politisk fragmenterte. Undertiden har de ingen stabil mening, om noen mening overhode. Parlamentarisme kan ende i kaos: Antiparlamentarismen fikk vind i seglene i Norge under den mindretallsparlamentarisme og regjeringssvakhet landet hadde i deler av perioden fra slutten av 1880-årene og til 1935. Norbom ønsket et tydelig og bestemt styre. Han var i en del henseender mer en regjeringspolitokrat enn stortingspolitokrat. Da han som statssekretær i Finansdepartementet under regjeringen Borten på tampen av 1960-årene ledet planleggingen og gjennomføringen av etterkrigstidens viktigste skattereform, ”momsreformen”, ble gjennomføringen forberedt samtidig med at proposisjonen ble sendt Stortinget (1969). Stortingets oppslutning ble i en viss forstand tatt for gitt. Det var for ham nå enda mer naturlig å tenke på gjennomføringen samtidig som man forberedte proposisjonene: Hva som skulle gjøres burde jo nå, i og med styringsgruppens innstilling, i stor grad være klart.

Å ”overse” delprosjektgruppene og remissinstansene var imidlertid én ting; det krevde bare at man, det vil si Norbom, fikk statsråden med seg. Fikk han statsråden med seg, og det hadde han jo for lengst fått, burde det gå greit å få regjeringen med seg. I forvaltningspolitiske spørsmål får gjerne statsråden sin vilje i regjeringen. Men noe annet var det å få stortingsflertallet med seg. Formelt kan den parlamentariske politokratisme sette den eksekutive til side. Nå var det en reell fare for at det kunne skje, siden Norge etter valget i 1989 hadde mindretallsparlamentarisme. Bekymringen var imidlertid ikke stor i departementet, selv etter pressestøyen i august: Både statsråd, departementsråd og andre som hadde med saken å gjøre i departementet følte at der var et politisk flertall for reformplanene. I tillegg til regjeringspartiet, altså Arbeiderpartiet, ville i det minste mellompartiene, kanskje også Høyre, eller deler av Høyre, støtte reformplanene og derfor også tankene om å presentere saken for Stortinget som proposisjoner og å sette i gang forberedelsene til gjennomføringen parallelt med at man sendte proposisjonene til Stortinget. Men i alle fall, man kunne iallfall forebygge unødig stortingsregjereri ved å sette bom for en meldingsrunde. Å gå med på en

[391] Omtalen finnes i *St.prp. nr. 1, 1991–92,* Sosialdepartementet, s. 28–30. (Stortingsforhandlinger 1991–92, b. 1 B.)

meldingsrunde, var jo å gi slipp på et regjeringsprerogativ. Det var derfor også ”generelt farlig”.

I stor grad skulle høsten forløpe på en måte reformatorene kunne være fornøyd med, selv om stortings(komite)behandlingen skapte en del ”støy”, på Stortinget og i pressen. Samtidig skjedde der ting som også var egnet til å bekymre reformatorene og skape forhåpninger blant dem som, gitt situasjonen, ville beholde ”status quo”.

Ettersom politikerne på Stortinget begynte å se nærmere på regjeringens budsjettforslag, altså utover i første halvdel av november, gikk det opp for noen av dem hva regjeringens strategi var. Den ene av de to som først uttrykte sin skepsis var den som hadde gitt startsignal for Norbom I, nemlig Høyres Wenche Frogn Sellæg. Sellæg var også den i Høyre, ja, i politikken generelt, som hadde fulgt saken med størst oppmerksomhet fra første stund og som skulle fortsette å følge den til den fant sin endelige avklaring i juni 1992. Til en av Aftenpostens fremste ”Norbom-eksperter”, Lene Skogstrøm, sier hun den 15. november (morgennummeret, s. 40):

> *Regjeringen behandler Norbomutvalgets forslag…. som om det skulle være en intern omorganisering. Forslaget til omorganisering av den statlige helseforvaltning angår jo hele helseNorge. Saken bør drøftes på bred basis i forhold til de problemer som man har i helsevesenet.*

Hun så for seg at regjeringen ville kjøre saken gjennom i hurtigtogsfart, altså presentere reformforslagene i salderingsproposisjonen, uten at Stortinget først kunne få drøftet saken prinsipielt.

Det ble stadig klarere at Norboms opprinnelige statsrådlige ”partner”, selv om hun ikke satt i Sosialkomiteen, var iferd med å bli en av hans farligste motstandere.

Men Wenche Frogn Sellæg ytret seg nå ikke alene. Hun ble akkompagnert av Sosialistisk Venstrepartis sosialkomitemann, Magnar Sortåsløkken. Lene Skogstrøm skriver at ”Uavhengig av hverandre har de to stortingsrepresentantene (Sellæg og Sortåsløkken) reagert på at Regjeringen sannsynligvis vil fremme saken for Stortinget i salderingsproposisjonen”. Hun siterer så herr Sortåsløkken slik: ”Ap-regjeringen bruker den samme udemokratiske fremgangsmåte som daværende opposisjonsleder Gro Harlem Brundtland kritiserte Willoch-regjeringen for i 1983”.

Disse første parlamentariske utfall mot departementets (antatte) strategi hadde, som vi ser, også en interessant prinsipiell side. Begge, både høyredamen og SV-mannen, argumenterte på parlamentarisk-politokratiske premisser. De mente regjeringen la opp til å ”overkjøre” Stortinget, altså dem (som utgjorde regjeringsopposisjonen). Det er alltid fristende for opposisjonspolitikere å argumentere på slike premisser. Her kunne også SV-mannen bruke det forhold at Statsministeren i sin tid, som opposisjonspolitiker, hadde latt seg friste til å gjøre det samme. Denne parlamentarisk-politokratiske strategien ble etter hvert en strategi opposisjonen skulle legge stor vekt på, og som ”posisjonen” fikk en del problemer med.

Fremskrittspartiet, altså John Alvheim, ble tatt litt på sengen av Sellæg og Sortåsløkken – Alvheim ville selv gjerne være førsteopponent – men reagerte raskt, og i Stortingets spørretime den 20. november kunne han spørre statsråd Veierød:[392]

> *I forbindelse med omorganiseringen av Sosialdepartementet og Helsedirektoratet i 1983, gav daværende opposisjonsleder Gro Harlem Brundtland uttrykk for at saken burde vært forelagt Stortinget som egen sak.*
> *Vil sosialministeren gi Stortinget anledning til særskilt å drøfte de prinsipielle sider av saken dersom departementet følger Norbom-utvalgets forslag eller fremlegger forslag med lignende konsekvenser?*

Han ”stjal” altså litt fra damen han ellers ikke hadde meget til felles med, men det var for fristende. Siden ”tyveripoenget” allerede var offentlig kjent, hadde statsråden hatt god tid til å forberede et godt svar på det. Det gode svaret kom imidlertid ikke straks. Hun brukte nesten hele (det første) svaret til å redegjøre for sakens bakgrunn og kom med en mening først i aller siste setning.

> *Jeg ser det som selvsagt at de forslag som blir fremmet for Stortinget, vil inneholde alle opplysninger som er nødvendige for at Stortinget skal kunne vurdere de prinsipielle sidene ved denne saken.*

Statsrådens svar var ”kryptisk”. Hun sa ikke noe om hvordan regjeringen ville presentere saken for Stortinget – for eksempel om den ville følge GHB-rådet fra 1983 eller ei. Men ved å la være å si noe, tolket opposisjonen henne i retning av at hun ville velge ”maktveien”. Hun kunne ikke gjøre det i samme grad som Heløe hadde gjort, nemlig gjennom kongelig resolusjon. Der krevdes jo en lovendring (i helsetilsynsloven). Men hun kunne gjøre det ved å legge frem saken for Stortinget som proposisjon(er) direkte. Det var det hun antydet med sin ”kryptiske” formulering. Det var også det som nesten var den naturlige følge av måten prosessen så langt var blitt organisert på: Utredningen, som var satt igang gjennom regjeringsbeslutning, hadde skjedd nesten under ”overvåkning” av statsråden. Norbom hadde konsultert henne løpende. Når nå statsråden, først gjennom styringsgruppen, og så gjennom Høvik og hans medutredere, hadde fått ”tenkt seg om”, gjenstod det for henne å fatte en beslutning om iverksettelse, og så, via regjeringen, å sende den til Stortinget. Selv om statsråden ved presentasjonen av innstillingen ikke offentlig tok stilling til den, hadde hun i virkeligheten gjort det. Norbom-utvalgets innstilling var for praktiske formål blitt hennes tanker. De var ikke et korporativt sammensatt utvalgs tanker.

John Alvheim takket for svaret, men fulgte det ikke opp prinsipielt. I stedet spurte han statsråden om hun mente Norbom-utvalget på en fyllestgjørende måte hadde utredet de mulige konsekvenser av å legge ned direktoratet – ”eller er det slik at man bare for å kvitte seg med helsedirektør Mork må legge ned Helsedirektoratet?” Nå svarte statsråden mer offensivt. Hun begynte med å si at saken intet hadde med Morks posisjon å gjøre, og pekte, behendig, på at Stortinget selv i fjor, og med Alvheims tilsutning, hadde understreket betydningen av å vurdere helseforvaltningens oppbygning. Nå var det gått et år, og en slik prosess skaper ”uro i organisasjonen”. Hun fortsatte:

[392] *Tidende S*, spørretime 20. nov. 1991, s. 954–955. Vi har sett at Alvheim stilte sitt spørsmål i forståelse med aksjonskomiteen i Helsedirektoratet.

> *Det er derfor viktig at den videre prosessen har et tempo og en fasthet, slik at vi ikke risikerer å ha en statlig helseforvaltning som fortsatt blir preget av usikkerhet, og det gjelder alle ledd i forvaltningen. Regjeringen tar derfor sikte på å legge saken fram for Stortinget slik at nødvendige lov- og budsjettvedtak kan bli fattet i vårsesjonen.*

Tove Veierød var her nesten ”norbomsk” i sitt svar: Drev man det parlamentarisk-politokratiske hensyn for langt, som hun – og han – mente Alvheim gjorde, gikk det utover statens styringseffektivitet, og slik også statens almene ytelseseffektivitet. Dog ”våget” hun ikke å sette Alvheim, og andre, mer ettertrykkelig ”på plass” ved å nevne at meldingsveien også inneholdt et element av å ”parlamentarisere” forvaltningspolitikken.

Alvheim takket igjen for svaret, men gav seg ikke: ”Vil statsråden vurdere å legge fram denne saken som melding for Stortinget før departementet tar sitt endelige standpunkt?”, spurte han til slutt. Herr Alvheim hadde nok fornemmet at statsråden ikke ville sende en melding først, men han ville gjerne bidra til å sette dagsordenen for den nærmeste dragkamp. Statsråden svarte for øvrig unnvikende, men i praksis avvisende, som hun hadde gjort i sitt første svar til ham.

En knapp uke etter spørretimedebatten om Norbom III, nemlig den 25. november, la Sosialkomiteen frem sin budsjettinnstilling. Det viste seg da at dagsordenen var blitt som spørretimedebatten bar bud om: Øverst på den stod spørsmålet om reformen skulle legges frem direkte eller via en melding. Partiene delte seg i tre fraksjoner. Den største, bestående av medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkepart og Senterpartiet, uttalte at den forutsetter ”at regjeringen legger dette fram som egen sak”, altså at den ikke behøver å gå ”meldingsveien”. Høyres og Sosialistisk Venstrepartis komitemedlemmer ”forutsetter at regjeringen legger saken fram for Stortinget som egen melding”. Fremskrittspartiets Alvheim sluttet seg til dette ”meldingsstandpunktet”, men hadde en egen begrunnelse for det.[393] Alvheim hadde for øvrig fått litt bistand i Helsedirektoratet da han laget sin budsjettuttalelse.[394]

Før partiene i komiteen tok stilling til saksbehandlingsmåten, uttalte de seg imidlertid om noen av de normative premisser den mente burde preget arbeidet med innholdet i den ”nye” helseforvaltningen. Enstemmig uttalte de:

> *Komiteen ber Regjeringen legge særlig vekt på å bedre den enkelte pasients rettssikkerhet, å sikre høy kompetanse i forvaltningen og å sikre rasjonelle kontrollordninger slik at sentrale myndigheter kan gripe inn overfor uønskede forhold i helsetjenesten.*

I uttalelsen ”gies” det litt til begge sider, men mest til ”opponentsiden”: Det sies at klagesaker og tilsyn må få spesiell oppmerksomhet. Dette hadde, siden august, vært opposisjonens spesielle krav. Det var disse krav som var følelsesmessig ladede. Nå blir kravene også Stortingets. Posisjonen ”får” kompetansehenvisningen, men *den* hadde en langt mer ”nøytral” status. Denne fellesuttalelsen ble ikke klarert med departementets politiske ledelse. Den var, for departementet, ”skummel”. Den trakk frem som spesielt viktige de to oppgaver Norbom-utvalget hadde behandlet minst grundig. Dette var spesielt farlig for departementet som de

[393] Budsjett-innst. S. nr. 11 – 1991–92, s. 28–29.
[394] Utredningsleder i Helsedirektoratet Helge Høifødt hadde skrevet en kommentar som Alvheim i stor grad bare brukte. (Opplyst av Høifødt i samtale 3.6. 2009.)

begge egnet seg for politikk: De var konkret forståelige for folk flest, og de representerte hensyn som var av alment voksende betydning – noen talte allerede både om en rettighetsbølge og en tilsynsbølge. Det er fristende å sette det på spissen, og antesipere det som skulle skje: Komiteen nesten definerer det truede organ, direktoratet, som et kombinert helsetilsyn og helsefaglig kompetanse(rådgivnings)organ, men altså mest som det første. Man aner her Høyres "klo", i praksis Wenche Frogn Sellægs. Den siste satt, som nevnt, ikke i komiteen, men hun var sin partifelle Thea Knutzens nærmeste rådgiver i saken.

Komiteinnstillingen ble behandlet i Stortinget den 2. desember. Norbom-saken fikk her moderat oppmerksomhet. Det var, naturlig nok, de vanlige, mer ideologisk farvede helse- og sosialpolitiske saker som fikk det meste av oppmerksomheten. Noen få forsøkte dog å skyve frem forvaltningssaken, i første rekke John Alvheim og Magnar Sortåsløkken. Begge, men særlig den første, argumenterer pågående imot Norbom-innstillingen. Ingen svarer dem. De utfordrer også, og det er viktigere, representantene for de to "venstreavleggerne" for deres motstand mot å be om en Norbom-melding. Alvheim synes det er "uhørt og uforståelig" at regjeringen har avvist å legge Norbom-innstillingen frem som melding og "beklager at Kristelig Folkeparti og Senterpartiet har gått imot å be om denne meldingen til Stortinget".[395] Sortåsløkken er "skuffet over at Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ikke kan støtte dette", altså kravet om å få Norbom-saken til Stortinget som melding.[396] Kristelig Folkepartis Borghild Røyseland sier, på vegne av sitt parti, at Stortinget kan "gi denne saken en grundig og skikkelig behandling" også om den legges frem som proposisjon. Hun legger til at "vi i dag ikke har tatt noe standpunkt til Norbom-utvalgets innstilling".[397] Senterpartiets Tove Kari Viken svarer omtrent det samme: "vi i Senterpartiet (har) ikke bundet oss til noe".[398]

Det er ikke tilfeldig at Alvheim og Sortåsløkken utfordrer Kristelig Folkeparti og Senterpartiet. Kunne de få dem over på meldingsstandpunktet, ville "Norbom-flertallet" ryke. Som vi har sett lyktes de ikke. Den alltid kampglade Alvheim lot seg dog, i sitt annet innlegg, friste til å provosere Kristelig Folkeparti, hans eget gamle parti. Han lurte på hvorfor partiet hadde forlatt den borgerlig enighet partiet hadde vært en del av et år tidligere, og nå ikke (lenger) ville ha en melding først. Han svarte selv at det kunne skyldes høstens budsjettforlik med Arbeiderpartiet (og Senterpartiet) (klart tidlig i november) eller partiets "ulike kontroverser" med helsedirektør Mork.[399] Provokasjonen var kontraproduktiv. Fru Røyseland svarte, indignert, at fjorårets enighet overhode ikke gjaldt noen melding og hva budsjettforliksforklaringen angår, sier hun: "det finnes ikke en snev av sannhet i" den.[400]

Dette var imidlertid ikke første gang fruen fra Kvinesdal ble utfordret for sitt samarbeid med Arbeiderpartiet i "meldingsspørsmålet". Av en avis som skulle stå henne nær, Vårt Land, ble hun allerede etter komiteinnstillingens fremleggelse nærmest "grillet" (27.11.). Avisens journalist spør: "Hvorfor vil dere ikke gå med på å kreve en melding om saken?" Hun svarer: "Fordi det kunne forlenge prosessen veldig". "Men hva er det som haster så voldsomt?'', fortsetter journalisten. Hun svarer, antagelig noe irritert: "Tror du ikke at de ansatte i Helsedirektoratet ville foretrekke å få denne saken avklart?" Journalisten er nå selv blitt aktør og "slår" tilbake: "Nei. De ansatte har da hele tiden bedt om at saken blir behandlet først for å sikre en grundig debatt…?" Røyseland bemerker da at saken kan behandles like grundig om

[395] *Forhandlinger i Stortinget* 1991, 2. des. – Bev. på statsbudsj. 1992 vedk. Sosialdep., s. 1467.
[396] *Ibid.*, s. 1471.
[397] *Ibid.*, s. 1474–1475.
[398] *Ibid*., s. 1477.
[399] *Ibid*., s. 1476.
[400] *Ibid.*

den presenteres som proposisjon. Journalisten lar nå et øyeblikk "meldingssaken" ligge, skifter angrepsvinkel og spør en noe overrumplet representant: "Hvorfor ble ikke en så betent sak underlagt behandling i gruppen?" "Jeg oppfattet den aldri som betent", svarer hun, og legger til at hun derfor bare orienterte gruppeleder Kåre Gjønnes (f. 1942). Journalisten fortsetter å "presse" politikeren og da han til slutt vil vite hvorfor det var så vanskelig å støtte Høyres, Fremskrittspartiets og SVs krav om melding, svarer hun mutt: "Ingen kommentar. Jeg har ikke mer å si enn jeg allerede har sagt". Den kristelige avisens representant var ingen "vanlig" journalist. Han var den analytisk ambisiøse journalist, og SV-sympatisør, Frank Rossavik (f. 1965). Den "vandrende" journalist hadde nå et par års stopp i Vårt Land.

Herr Rossaviks "grilling" av Borghild Røyseland var ikke helt uten sammenheng med "nettverkets" arbeid: Han hadde snakket med Ingrid Hauge Lundby, som hadde et kirkelig innstilt nettverk, før han snakket med Røyseland. Dr. Lundby forteller ham, og Vårt Lands lesere, at hun setter "store spørsmålstegn ved motivene til Senterpartiet og KrF for å støtte regjeringspartiet i denne saken". "Særlig virker KrFs standpunkt merkelig. Man har ikke diskutert saken internt i gruppen i det hele tatt", legger hun, godt informert, til. Hun nevner så Norbom-utvalgets forslag om å legge Rusmiddeldirektoratet inn i et nytt senter for individrettet forebyggelse. "Dette burde være en rød klut i ansiktet for KrF", sier hun til VL-journalist Rossavik (27.11.).

Høyre er, påfallende nok, nesten fraværende i debatten om forvaltningssaken i Stortinget. Mot slutten ytrer dog Eva R. Finstad seg. Hun "reagerer sterkt" på at Sosialministeren ikke vil gi Stortinget en melding og gir ellers uttrykk for at "Vi trenger et uavhengig organ som kontrollerer helsevesenet vårt", og "et klageorgan, og det organet må ikke være underlagt Sosialdepartementet". Hun er, sier hun videre, enig med professor Asbjørn Kjønstad i at man trenger et organ med "et helsefaglig og juridisk miljø av en viss størrelse".[401] Hun går altså ikke, som Alvheim, i disputt med de to andre borgerlige partier. Hun følger det som var blitt Wenche Frogn Sellægs, og holdt på å bli Høyres, strategi, nemlig å påvirke Kristelig Folkeparti (mer enn Senterpartiet) på personlig basis og å bygge opp en argumentasjon for et tilsyn. Hva det første angikk hadde Sellæg, som tidligere misjonslege, en viss autoritet i Kristelig Folkeparti.

Sellæg, og Høyre, visste imidlertid at man måtte gå frem med lempe overfor Kristelig Folkeparti. Alvheim hadde rett i at skepsisen til Mork stadig var utbredt i Kristelig Folkeparti. Gjennom legeekteparet Eleonore (1924-2002) og Kjell Bjartveit var denne skepsisen godt institusjonalisert – og hadde lange historiske røtter. Fruen, datterdatter av tidligere medisinaldirektør Michael Holmboe (1852-1918), hadde vært statsrådskollega av Wenche Frogn Sellæg i Syse-regjeringen (kulturminister) og satt nå på Stortinget (for Kristelig Folkeparti). Herren var jo, som vi har sett, som SHUS-direktør, Norbom-innstillingens varmeste forsvarer, og, siden sin tid som statssekretær (1972-73), på vakt overfor Mork. Det var imidlertid nå så vidt mange med en viss kirkelig tilknytning som gikk imot innstillingen at både Wenche Frogn Sellæg og Aksjonskomiteen mente Kristelig Folkeparti kunne la seg bevege. Ekteparet Bjartveit kunne ikke lenger få det som det ville i sitt parti.[402]

[401] *Ibid*., s. 1498.

[402] Aksjonskomiteens strateg, Anne-Lise Middelthon, forteller at hun var begynt å skjønne at det de omtalte som "det kristne nettverk" var "mer omfattende og sterkere enn jeg hadde ant". (Anne-Lise Middelthon, intervju 18.1.12.)

Det er påfallende at ingen fra regjeringspartiet uttalte seg om Norbom-saken i stortingsdebatten. Alf E. Jakobsen (f. 1952), Tove Strand Gerhardsens tidligere personlige sekretær og statssekretær (1987/1988-1989)), nevnte saken i forbindelse med en annen sak, men gav ikke uttrykk for noe synspunkt. Saken engasjerte ikke i Arbeiderpartiets komitegruppe, en gruppe som, etter Gunn Vigdis Olsen-Hagens (1946-1989) bortgang (30.12.89), fremstod som både førerløs og "grå". Partiets senere leder, Jens Stoltenberg (f. 1959), kom, som vararepresentant, inn på Stortinget og fikk plass i Sosialkomiteen.[403] Han tok sete der fra 26. november, altså for sent til å kunne gå inn i Norbom-saken nå. Han skulle imidlertid heller ikke senere engasjere seg i saken. Dette var ingen sak å bygge seg opp på.

Selv om avstemningen i Stortinget denne 2. desember resulterte i flertall for "regjeringsstandpunktet" var altså situasjonen for statsråden alvorlig, mer alvorlig enn hun ante. Opposisjonen var på offensiven – også i "kulissene" – og flertallet var skjørt (KrF og Sp) og uengasjert (Ap). Ja, i og rundt regjeringspartiet var det til dels motstand mot en del av Norbom-forslagene. Landsorganisasjonen hadde i remissrunden gått imot forslaget om å nedlegge Direktoratet, og LO-formannen, den temperamentsfulle Yngve Hågensen, så helst at Sosialministeren, for øvrig sammen med Arbeids- og administrasjonsministeren (Tove Strand Gerhardsen), ble skiftet ut.[404]

Ingen kommenterte den implikasjonsrike fellesuttalelsen – en uttalelse vi kunne kalle "tilsynsuttalelsen". Statsråden selv kommenterte, langt ute i debatten, bare kort "Norbom-saken". På statsrådlig, men også på "veierødlig", vis henviste hun til det det var enighet om i komiteen, nemlig fellesuttalelsen. Hun nevnte de tre prinsipper som var trukket frem i uttalelsen og sa så at det

> *er nettopp slike prinsipp som ligger til grunn for den gjennomgang av den statlige helseforvaltning som nå er foretatt. Disse prinsippene vil Regjeringen fortsatt legge til grunn for den lovendringsproposisjon og den budsjettendringsproposisjon som departementet nå skal utarbeide.*[405]

Her tok hun munnen for full, selv om hun var i god tro. Hun så en mulighet til å spille en forsonende rolle – ja, den var jo gitt henne i hende av komiteen – og grep den. Hun kunne her følge sin natur og gi seg selv en følelse av at dette kunne gå.

Bare noen få presseorganer, i første rekke Aftenposten og Norsk Telegrambyrå, gav stortingsbehandlingen av Norbom-saken litt oppmerksomhet. Spørsmålet om "egen melding" fenget ikke spesielt i pressen.[406] Der var også, for lengst, inntrådt en viss "Norbom-tretthet" i

[403] Stoltenberg var nå iferd med å bli en kronprins i Arbeiderpartiet og det var tale om at han skulle gå i statsministerskole når han nå kom på Stortinget. At han, kronprinsstatusen til tross, havnet i en politisk mindre attraktiv komite, skyldes nok i stor grad den "dynastidebatt" som nå var en belastning for regjeringspartiet: Jens Stoltenbergs far var nå utenriksminister. Noen av hans venner, bl.a. Rune Bjerke, satt i sentrale stillinger i Arbeiderpartiets Oslo-byråd. Byrådet var ledet av Rune Gerhardsen, hvis hustru, Tove, satt i regjeringen.

[404] Til nummeret av *LO-Aktuelt*, som kom i begynnelsen av desember, sier Hågensen: "Det er et meget stort problem for regjeringen at enkelte av dens medlemmer ikke er kvalifiserte til å sitte i en arbeiderregjering. Det er nødvendig at regjeringssjefen vurderer enkelte statsråders adferdsmønstre i forhold til bevegelsens totalitet". Han er misfornøyd med TSGs utspill i arbeidsmarkedspolitikken og TVs "signaler" om at sykelønnsordningen kan bli angrepet hvis ikke sykefraværet går ned. (Kfr. *VG* 13.12.91, s. 6.)

[405] *Ibid*., s. 1493.

[406] Ei heller Aksjonskomiteen reagerte først særlig på at saken ikke ville komme som melding først. I Aftenposten (Lene Skogstrøm) (m.nr.) den 28.11. heter det at "Helsedirektoratets ansatte er fornøyde" med at

pressen. Journalistene så kanskje heller ikke hvordan sakens underliggende dramatikk utviklet seg. Ei heller visste de at avstemningen om "meldingen" i virkeligheten var skjebnesvanger for statsråden. Vi skal snart se hvorfor.

Regjeringen bestemmer seg

Jon Ola Norbom hadde løpende drøftet utredningsarbeidet med sin statsråd. Hans tenkning var derfor for lengst tillike blitt hennes. Å ta stilling til forslaget hun formelt mottok den 19. august var derfor for henne mer en formalitet enn en realitet. Fra denne dato ble det imidlertid hennes ansvar å sørge for at tenkningen ble omsatt til praktisk politikk. Han fortsatte riktignok å bistå med råd, selv om han nå skulle spille en mer perifer rolle. Allikevel, nå var den tunge delen av ansvaret overført til henne. Hun nølte ikke med å si ja til å sette i gang et omfattende reformforberedende arbeid i departementet. Hun gjorde det imidlertid med Statsministerens godkjennelse og med en fornemmelse av at hun hadde parlamentarisk støtte for sin politikk. Det var imidlertid viktig for henne å komme videre formelt. Hun trengte regjeringens formelle støtte for å fortsette sitt reformarbeid.

At det ble gitt mer tid til remissrunden gjorde at regjeringsbehandlingen måtte utsettes. Hun kunne ikke legge frem saken for regjeringen før remissrunden var over, og vel så det. Den var formelt over den 21. oktober, men uttalelser fortsatte å komme inn en tid etter dette. Hun måtte også vente noe etter at remissfristen var gått ut før hun gikk til regjeringen. Det skulle i det minst se ut som om den hadde spilt en rolle. Arbeidet med regjeringsnotatet om saken ble for alvor startet litt ut i november og ble behandlet i regjeringskonferansen torsdag den 21. november, praktisk talt ett år etter at Norbom II-prosessen formelt var satt i gang (26.11.90).[407] Før notatet ble sendt regjeringen, ble det forelagt reformarbeidets tre øvrige ministerielle "sponsorer", Arbeids- og administrasjonsministeren, Finansministeren og Kommunalministeren. Den første hadde noen mindre anmerkninger, som det nå var tatt hensyn til, de to andre ingen. Notatet er, naturlig nok, skrevet i norbomsk ånd, men departementsråden så først notatet etter at det for alle praktiske formål var ferdig. Norbom kunne bare konstatere at han var fornøyd med notatet, forfattet av Finn Høvik. Statsråden selv deltok ikke aktivt i arbeidet med notatet.[408]

Notatet er på to og en halv side. Først presenteres bakgrunnen (en halv side), så et kort sammendrag av remissuttalelsene (ca. en side). Siste side omfatter en vurdering og en kort

forvaltningssaken blir lagt frem for Stortinget som "egen sak", selv om de hadde foretrukket at saken første var blitt fremmet som melding. Den Norbom-skeptiske VG hadde dagen etter (29.11.) en leder under overskriften "Egen sak", der den, mer enn direktoratets ansatte, understreker betydningen av å velge "sak" istedenfor "melding": "Selve behandlingsformen binder de to mellompartiene opp til en prosedyre som innebærer at konkrete vedtak skal fattes før Stortinget har fått anledning til en grundig gjennomdrøftelse av de viktige prinsipielle spørsmål som denne saken reiser".

[407] R-notatet er datert 21.11.92. Vi tror det, som praksis var, også ble behandlet den dagen. Forvaltningsforsker Tom Christensen (1994, *op.cit.*, s. 157.) er av samme oppfatning. Det er også en av de sentrale aktører fra de to siste Norbom-prosessene, Øyvind Sæbø (samtale 19.03.12.). Jon Ola Norbom tror behandlingen kan ha funnet sted en uke senere, altså den 28.11. (Telefonsamtale 24.02.12.)

[408] Vi har fått opplysninger om notatbehandlingen av Tove Veierød (5.8.09) og Jon Ola Norbom (24.02.12)

konklusjon. Det heter i vurderingen at "Det er stor (også tverrpolitisk) enighet om behovet for en gjennomgang og omorganisering av den statlige helseforvaltning". Det heter videre at

> *Hovedformålet er å få en enklere og mer effektiv forvaltning, styrke pasientenes rettssikkerhet, sikre høy faglig kompetanse som grunnlag for helsepolitikken og å sikre rasjonelle, faglige utviklings- og kontrollordninger for staten i en desentralisert helsetjeneste.*

Det konstateres så at "det er stor enighet om at den statlige helseforvaltning må endres for å nå de mål som er beskrevet". "Etter min vurdering", altså statsrådens, "er styringsgruppens forslag godt gjennomarbeidet og begrunnet, og dekker i hovedsak de krav jeg mener vi må stille til forvaltningen". Hun foreslår derfor dette opplegg for den videre behandling av saken:

1. *Regjeringen gir sin tilslutning til hovedtrekkene i styringsgruppens forslag. Det etableres en statlig helseforvaltning med to nivåer, med egne kompetansesentra som beskrevet i innstillingen og med en direkte linje mellom departementet og fylkeslegene.*
2. *Sosialdepartementet får i oppdrag å starte med å konkretisere ansvar, oppgaver, mål og dimensjonering for det enkelte organ… Det skal vurderes tiltak med sikte på ytterligere styrking av pasientenes rettssikkerhet.*
   Det forutsettes at arbeidet skjer i samarbeid med de berørte virksomheter og de ansatte sine organisasasjoner.

3. *Sosialdepartementet utarbeider lovproposisjon som forsøkes lagt fram i løpet av februar 1992.*

4. *Det utarbeides forslag til nødvendige budsjettendringer når Stortinget har behandlet lovproposisjonen.*

Det heter til slutt at "Det tas sikte på at de nødvendige organisasjonsendringer i alt vesentlig skjer fra 1. juli 1992".[409]

Notatet ble vedtatt i regjeringen uten innsigelser eller diskusjon. Statsministeren var selv lunken til en side ved forslaget, nemlig forslaget om å ta bort direktoratet som et samordnende organ. Hun var ikke begeistret for direktoratet som det fungerte, men mente det var nyttig som politisk "lynavleder". Men skulle hun ha stanset reformprosessen ville hun ha gjort det da den ble satt i gang et år tidligere. Hun fikk, som vi har nevnt, anledning til å stanse prosessen også like før den grønne bok var ferdig, da hun møtte statsråd Veierød, og for så vidt enda litt senere, da hun møtte statssekretær Aasen og departementsråd Norbom. Men som sagt, det hun ikke gjorde i fjor, eller tidligere i år, ville hun ikke gjøre nå.[410] Hennes mangel på engasjement i saken var imidlertid også talende: Det var opp til statsråd Veierød å "selge" saken politisk. Statsminister Brundtland skulle ikke engang møte opp i Odelstinget da saken endelig skulle avgjøres. Hun nevner heller ikke saken i sine erindringer.

[409] Notatet er fortsatt unntatt offentlighet. Vi har her sitert fra et eksemplar av notatet vi har fått på annet vis enn via departementsarkivet og som nå befiner seg i vårt private arkiv.
[410] Opplyst i samtale med Gro Harlem Brundtland 25.3.11. Opplysningen om GHBs samtale med Aasen og Norbom er gitt av sistnevnte i samtale 29.9.11. Norbom husker ikke sikkert når denne samtalen fant sted, men det var trolig tidlig på høsten 1991.

Regjeringsbeslutningen ble ikke straks kringkastet. Der ble ikke sendt ut noen pressemelding om den. Heller ikke Stortingets sosialkomite som sådan, som jo nå hadde saken til (budsjett)behandling, ble informert. Statsråden hadde imidlertid hatt kontakt med arbeiderpartifraksjonen i komiteen og gjort det klart for den at hun og regjeringen hadde valgt den integrerte strategi. Derimot sa hun ikke noe om at det også var bestemt at Norboms filosofi skulle legges til grunn for reformarbeidet. Statsråd Veierød hadde også snakket med Senterpartiets parlamentariske leder, Johan J. Jakobsen (1937-2018) og fått hans, og dermed også Senterpartiets, støtte for regjeringens "integrerte" strategi.[411] Dermed hadde hun grunn til å regne med at det andre, tradisjonelt direktoratsskeptiske parti, Kristelig Folkeparti ville støtte regjeringen. Da statsråden, i Stortinget den 2. desember, ble presset i spørsmålet om melding eller proposisjon, kunne hun derfor ta det med fatning og svare litt diffust. Alle forstod imidlertid hva hun mente, og alle visste at flertallet ville holde.

Vi har ikke funnet ut hvorfor statsråden og departementet valgte å holde regjeringsbeslutningen, og spesielt "Norbom-delen" av den, hemmelig såvidt lenge, til den 9. desember. Den mest sannsynlige begrunnelse er parlamentariske hensyn: Hadde hun fortalt om beslutningen i Stortinget, kunne det forstyrret prosessen her, og kanskje "skremt" de to støttepartiene over i opposisjon. Entusiasmen i de to partiene, og for den saks skyld i Arbeiderpartiet, var jo ikke påtagelig. Å offentliggjøre beslutningen like etter stortingsbehandlingen kunne også virket uheldig. Statsråden, og departementet, valgte derfor å vente litt og så la beslutningen "sive" ut i møter med de mest berørte parter. Den 5. desember ble det første signalet gitt. Da inviterte statsråden institusjonslederne til et informasjonsmøte mandag den 9. desember kl. 15 (i rom 485 i S-blokken). I brevet het det:

> *Etter at saken har vært drøftet i Regjeringen vil Sosialdepartementet følge opp dette arbeidet. Det vil bli utarbeidet nødvendige lov- og budsjettendringsproposisjoner som skal framlegges for Stortinget i løpet av vårsesjonen.*[412]

Av første setning går det frem at regjeringen har "drøftet" saken, men ikke at den også har fattet en viktig avgjørelse i sakens anledning. Det står riktignok i setning nr. to at regjeringen nå vil følge proposisjonsveien, men det visste jo institusjonslederne på forhånd, etter stortingsdebatten. Statsråden slipper først "katten ut av sekken" på selve møtet, den 9., og i brevet hun den 10.12. sendte til hovedsammenslutningene. Hun gjør det imidlertid ikke gjennom sin innledning. Her sier hun bare, ifølge de "noteringer" som er gjort fra møtet, at "Regjeringen har vurdert saken og bestemt at arbeidet skal videreføres".[413] Hun fortsetter så med å si at det skal utarbeides to proposisjoner og at lovproposisjonen også vil inneholde en meldingsdel "som tar utgangspunkt i Norbom-utvalgets innstilling og høringsuttalelsene". Det er imidlertid åpenbart at ikke alle institusjonslederne har fått tak i presis hva regjeringen har bestemt, for Anne Alvik, som representerte Helsedirektoratet, var usikker på "om dette opplegget innebærer at Helsedirektoratet nedlegges eller ikke". I "noteringene" heter det: "Statsråden bekreftet at i den foreslåtte to-nivå modellen forsvinner Helsedirektoratet, slik vi kjenner det. Direktoratets funksjoner blir overdratt til andre".[414]

[411] Opplyst av Jon Ola Norbom i telefonsamtale den 24.02.12.
[412] I Helsedirektoratets arkiv har brevet dette arkivnummer: 91/10594-078. Det har statsrådssaknr. 1762/91.
[413] "Noteringer fra statsrådens informasjonsmøte 9.12. 1991 med institusjonslederne", datert 19.12.91, ved Ólafur Pétursson. (Dep.arkiv, 612.1, kas. 5.)
[414] Jon Ola Norbom sier at ikke-offentliggjørelsen ikke representerte noen bevisst politikk fra hans og departementets side. Han legger til at det ikke er uvanlig at regjeringsbeslutninger ikke blir offentliggjort. (J. O. Norbom 23.7.12.)

Departementets ledelse var klar over at den ennå ikke hadde redegjort presist for hva regjeringen hadde bestemt, for det heter videre i "noteringene" at "Statsrådens brev til de ansatte i de statlige helseinstitusjoner ble delt ut". I dette brevet, som er datert den 10.12., altså dagen etter møtet med institusjonslederne, heter det, mer eksplisitt: "Saken er blitt lagt fram for regjeringen som ga sin tilslutning til hovedtrekkene i styringsgruppens forslag".[415]

At regjeringsbeslutningen først nå ble kjent for institusjonslederne fremgår også av de videre "noteringer". Ola Westbye, SLK, Kjell Bjartveit, SHUS og Anne Alvik, Helsedirektoratet spurte nemlig om departementet ville offentliggjøre opplegget og om de kunne informere sine medarbeidere om opplegget. Statsråden svarte at "det ikke ville bli gitt noen pressemelding i anledning av saken", at brevet til de ansatte går ut i morgen og at saken ikke er hemmelig. Hun ber samtidig deltagerne om ikke å "informere om konklusjonene" før i morgen klokken ni, slik at hovedsammenslutningen kan bli informert direkte av departementet.

Siden departementet ikke syntes det kunne offentliggjøre regjeringsbeslutningen umiddelbart – av hensyn til den pågående stortingsbehandling – gikk på mange måter "toget" for det. Det fant ingen senere god anledning til å offentliggjøre beslutningen, og måtte derfor la den "sive ut", som om den allerede var kjent. Flere av institusjonslederne stusset over departementets fremgangsmåte, men ble også så vidt tatt på sengen at de ikke visste hvordan de skulle reagere. Snart glemte de også fremgangsmåten og ble mer opptatt av beslutningens innhold, altså at regjeringen ville ha Norboms modell. Ikke dagen etter, altså tirsdag den 10., men to dager etterpå, den 11. (desember) var nyheten alment kjent. Det er interessant at også i proposisjonen (nr. 43, 1991-92), som kom i begynnelsen av mars 1992, omtales regjeringens beslutningsrolle på en litt vag måte (s. 14):

> *Etter at høringsuttalelsene var gjennomgått og etter en foreløpig drøftelse i Regjeringen bestemte departementet at det skulle forberedes iverksetting av en omorganisering av den statlige helseforvaltning, stort sett i tråd med styringsgruppens forslag.*

♦

Etter at regjeringsbeslutningen var blitt kjent ble igjen pressen interessert og oppslagene ble mange og mer dramatiserende enn de hadde vært for en drøy uke siden. Igjen er det Aftenposten som gir saken mest oppmerksomhet og igjen gjør den det på en splittet måte, det vil si, med direktoratslig forståelse på reportasjeplass og med departemental forståelse på lederplass, et par dager senere. Onsdag morgen den 11. skriver avisen, ved Hilde Harbo (s. 4), at regjeringen vil følge Norbom, "selv om mange av høringsinstansene har gått imot nedleggelse". Hun legger til at det "foreløpig er uklart om regjeringen vil få flertall for nedleggelse. Martin Bjerke i de ansattes aksjonsgruppe varsler at deres kamp for å opprettholde direktoratet vil fortsette frem til stortingsbehandlingen". Aftenposten fortsetter samme ettermiddag. Avisen slår saken opp på første side under overskriften "De ansatte gir seg ikke". Det heter videre: "En tung dag for de ansatte i Helsedirektoratet, men de bebuder fortsatt kamp. Vi hadde håpet at flertallet skulle vinne over makten, sier tillitsvalgt Martin Bjerke", som også er avbildet. Avisen meddeler også, fortsatt på s. 1, at "Regjeringens beslutning om å foreslå å nedlegge Helsedirektoratet, møter ikke bare glede i Stortinget. SV

[415] "Endringer i organiseringen av den statlige helseforvaltning", brev til de ansatte i de statlige helsefaglige institusjoner, datert 10.12.91. (St.nr. 1762/91) (Dep.arkiv, kas. 5.)

og Fr.P. er imot, og Høyre kan komme til å si nei." Avisen følger opp saken i en lengre reportasje på s. 2, skrevet av to av avisens fremste "Norbom-spesialister" Ole Mathismoen og Liv Hegna. Overskriften er "SV og Fr.p. sterkt imot å nedlegge direktoratet". Etter å ha konstatert at der er betydelig stortingsmotstand mot Norbom-forslagene, skriver journalistene, med henvisning til de to "mellompartier", at det er "stor mulighet for at regjeringens forslag blir vedtatt i Stortinget". Journalistene får intet ut av Kristelig Folkepartis Borghild Røyseland og har ikke fått tak i folk fra Senterpartiet. Høyres Thea Knutzen sier at partiet er "svært irritert på regjeringens saksbehandling", men legger til at det sier ja til to nivåer. Dog vil Høyre ha et "fagorgan og en klageinstans som er uavhengig av den politiske ledelse i sosialdepartementet". Det heter til slutt i Mathismoen og Hegnas reportasje at "Fredag (13.12.) er det julebord. Da samles de ansatte rundt julegranen i kantinen for å ønske hverandre god jul, men (Martin) Bjerke (Aksjonskomiteen) tviler på om den blir så god". Fredag morgen (13.12.) skriver avisens lederskribent, under overskriften "Pasientene i høysetet" nokså forståelsesfullt om regjeringens beslutning. Lederskribenten henviser til hva den tidligere har skrevet, nemlig at Norbom-rapporten var "sjokkerende lesning", og skriver nå at "Det er på høy tid at det blir ryddet opp i en situasjon som for lengst er blitt uholdbar".

NTB sendte ut en lengre melding om saken den 11. Her gies direktoratsforsvarerne det meste av oppmerksomheten. Aksjonskomiteens Martin Bjerke gjengies slik: "Vi vil fortsette kampen for Helsedirektoratet og setter vår lit til at stortingsflertallet vil snu i denne saken". Han varsler samtidig at komiteen nå vil bli en mer pågående korridorpolitisk organisasjon: Komiteens arbeid vil fremover "hovedsakelig foregå i det politiske miljø". Det heter videre i NTBs reportasje: "Bjerke vil ikke være med på å forberede sin egen død, og anbefaler sentrale tillitsvalgte i organisasjonene å avstå fra å delta i den prosjektgruppen som skal legge fram forslaget for Stortinget". Også Helsedirektøren er intervjuet, men nøyer seg med å si at han er overrasket over at regjeringen har "tatt så lite hensyn til de forskjellige høringsuttalelsene" – og at han frykter for "både pasientenes og helsepersonellets rettssikkerhet". Til Aftenpostens morgennummer den 12. sier han, forsiktig optimistisk, at "Jeg går ut fra at Stortinget ikke er noe rent sandpåstrøingsorgan". Telegrambyrået har også så vidt snakket med statsråden, som sier at "Vi vurderer å opprette et uavhengig organ som skal ivareta slike hensyn (dvs. rettssikkerhetshensyn)". Megetsigende legger hun til at "På dette punkt følger vi ikke Norbom-utvalgets innstilling".

Klassekampen skriver på lederplass den 12.: "Torbjørn Mork har, som pioneren Karl Evang før han, vist en stor grad av uavhengighet. Regjeringens ideal er lydige byråkrater av Norbom-typen. Vi håper at et flertall på Stortinget har vett og mot nok til å avvise regjeringas innstilling". Regjeringsorganet Arbeiderbladet beretter samme dag (den 12., s. 5) om saken på en forholdsvis nøytral måte, men skriver mot slutten at "I Arbeiderpartiets sosialfraksjon er det flere som i utgangspunktet er skeptiske til å fjerne direktoratet som en vaktbikkje i helse-Norge". Avisen føyer til: "Etter det vi erfarer er det blant skeptikerne i Ap en klar forutsetning at regjeringen er varsom med å koble den politiske og faglige styring". Bladets reporter var den stigende stjerne i partipressen, Hans Kristian Amundsen (1959-2018). Dagbladet viser fortsatt forståelse for Norbom og hans tanker og skriver på lederplass den 13.12.: "Vi ser ingen grunn til at staten skal opprettholde en organisasjonsstruktur for helsevesenet bare fordi den har vært der i en viktig oppbyggingstid". Avisen advarer imidlertid mot en "for sterk og detaljert politisk styring med rent faglige helsespørsmål" og avslutter med å si: "Derfor bør regjeringen i sitt videre arbeid vie større oppmerksomhet til så vel koordineringsfunksjoner som rettssikkerhetsaspektet". Stavanger Aftenblad, ved Ola M. Aanestad (f. 1963), meddeler avisens lesere i en nokså nøytral reportasje den 13.12. (s. 3) at direktoratet trolig blir nedlagt, ved at regjeringen får støtte fra de to "mellompartiene". Han opplyser også at Høyres

rogalandsrepresentant, Thorhild Widvey (f. 1956) ikke ser det som "noen ulykke" hvis Helsedirektoratet forsvinner. Avisens lederskribent slår an en, for en vestlandsvenstrepreget avis, overraskende partisk tone: "Dessverre har KrF og Senterpartiet slått følge med Arbeiderpartiet når det gjelder å begrense Stortingets muligheter til å ytre seg… Vi håper mellompartiene velger et annet selskap når sakens realiteter skal avgjøres".

Pressen, men i første rekke de større aviser og NRK, gav ved denne anledning Norbom-prosessen en viss, men aldri stor, oppmerksomhet bare i en to-tre dager. Så var det stille igjen. Dog fikk vi et lite etterspill i Aftenposten. På det andre møte departementsledelsen (Høvik) hadde med institusjonslederne – det fant sted den 19. desember, etter at et foreløpig planutkast (for omstillingsprosjektet) var fremlagt (13.12.) – bemerket Anne Alvik at hun "syntes det var uvant at man forutsetter resultatet av en åpen debatt i Stortinget". Hun konstaterte også at det ikke ser ut til at "departementet har vurdert justeringer på grunnlag av høringsuttalelsene, til tross for faglige motargumenter". Kommentarene var utfordrende, men Finn Høvik svarte sindig, som alltid, at man i departementet "var opptatt av at prosessen ikke tar for lang tid. Det gjenstår møysommelig arbeid. Derfor må vi forutsette at Stortinget gir sin tilslutning til forslagene". Han la til at "gjennomføringsprop'en" ikke fremmes før etter at Stortinget har drøftet "Ot.prp'en".[416]

Aftenpostens Lene Skogstrøm, altså en av "Norbom-journalistene" , fikk nyss om møtet – hvordan vet vi ikke – og ringte Anne Alvik like etter møtet.[417] Alvik gjentok, og utdypet, da noe av det hun hadde sagt under møtet. Dette kom på trykk i Aftenposten neste morgen (20.12., s. 3) – under overskriften "Kritiserer departementet". Alvik gjengies blant annet slik: "Det går som en rød tråd gjennom hele prosjektplanen at Stortinget kommer til å vedta proposisjonen fra Regjeringen uten endringer". Hun la til at det "forundrer oss at man forbereder omorganiseringen ned til minste detalj uten at Stortinget har sagt sitt". Hun nevner så at det skal nedsettes "omstillingsgrupper" og at disse skal ledes av dem som siden skal lede de omorganiserte virksomheter. "Dermed kan det virke som om departementet allerede har lederkabalen klar", sier hun.

Alviks uttalelser til Aftenposten vakte negative reaksjoner i departementet, og litt utpå dagen ringte ekspedisjonssjef Høvik – han fungerte nå også som departementsråd[418] – for å gi uttrykk ikke bare for sin, men også den politiske ledelses, misbilligelse av hennes offentlige kritikk av de myndigheter hun var underordnet. Anne Alvik ble litt betuttet over refselsen og skrev, etter å ha tenkt seg litt om, og etter å ha konferert med blant annet sin sjef, et forklarende brev til statsråd Veierød. Hun sendte det julaften formiddag. I brevet het det blant annet:

> *Jeg tar selvsagt refselsen til etterretning. Jeg forsto imidlertid på Høvik at mine uttalelser til Aftenposten hadde vakt reaksjoner på en rekke hold i departementet. Blant annet av den grunn ønsker jeg likevel å kommentere spørsmålet også skriftlig.*

[416] Sitatene er tatt fra "noteringene" fra møtet. Noteringene, ført i pennen av Ólafur Pétursson, er datert 2.1.92. (Dep.arkiv, 612.1, kas. 5.) Møtet den 19.12. fant sted i møterom 1059 i Y-blokken og varte fra kl. 1200 til 1400. Møteinvitasjonen gikk ut den 16.12. Umiddelbart etter møtet med institusjonslederne var det møte med representantene for hovedsammenslutningene (samme sted).
[417] Alvik opplyser det i brevet vi nedenfor siterer fra. Brevet, som har overskriften "Organisasjonsgjennomgangen", har denne direktoratsreferanse: 91/10594-080 og er datert 24.12.91.
[418] Jon Ola Norbom var nå, sammen med sin amerikanske hustru, dratt til Florida for å feire julen.

Hun pekte først på en saklig grunn til at hun syntes departementets antesipasjon av stortingsbeslutningen var uheldig: Den bidro til å skape uro i, og til dels flukt fra, direktoratet – det synkende skip. Det gikk utover direktoratets evne til å løse sitt oppdrag. Hun benektet imidlertid at dette var uttrykk for at direktoratet på noen måte la vanskeligheter i veien for departementets reformarbeid. Hun skrev:

> *Helsedirektoratet har hittil lojalt deltatt på anmodning i prosessen. Vi har deltatt i møter, vi har vært representert i arbeidet med delprosjekter våren 1991 i anledning kartleggingsprosjektet, vi har avgitt en rekke utfyllende skriftlige orienteringer om deler av vår virksomhet, og vi har gitt en omfattende høringsuttalelse etter en bred behandling i organisasjonen… Vi har gitt tilsagn om å delta i den videre prosessen, blant annet med et medlem i prosjektledelsen eller styringsgruppen.*

På denne bakgrunn, skriver hun, synes hun det ”burde .. være rom for at jeg uttrykker forundring over at departementet arbeider med detaljene i det nye organisasjonsmønsteret før Stortingets vedtak er fattet”. Hun avslutter sitt ”julebrev” til statsråden med å si at hvis det ”gjenstår uenighet eller uklare punkter, ber jeg om å få en samtale med sosialministeren”.[419]

Hun fikk ingen slik samtale, og med det var denne episoden over. Det vil si, den var jo ikke det: Den var et uttrykk for hvor sterk spenningen nå var blitt mellom departements- og direktoratsledelse, og bidro, om noe, til å forsterke denne spenningen.

Det var Anne Alvik, ikke Torbjørn Mork, som stilte opp på de to møtene for institusjonslederne i desember. Mork var den eneste av de øverste ledere som ikke deltok på noen av de to møtene; de andre, mest profilerte ledere, som Bodolf Hareide (SIFF), Ola Westbye (SLK) og Kjell Bjartveit, deltok på begge møter. Morks fravær syldtes delvis ubehag: Hele prosessen bød ham imot. Han hadde ei heller noe ønske om for ofte å møte dem som drev prosessen. Han mente nok også at han knapt kunne påvirke prosessen mer ved sitt nærvær. Direktoratets interesser kunne dessuten hans nestkommanderende ta like godt vare på som han: Han stolte helt på henne. En viss rolle kan det også ha spilt at han nå var svært preget av sin reduserte lungefunksjon.[420]

Norbom III – proposisjons- og omstillingsprosessene – høsten 1991, vinteren 1992

Stram styring

Som vi har sett innebar departementsrådens diagnose at det hastet: Helseforvaltningen holdt på ”å dø”. For departementsråden var det et *politisk* problem, og som sådant fordret det

[419] Anne Alvik har temperament og i utkastet til sitt svarbrev hadde hun (derfor) skrevet (avsnitt tre): ”Min lojalitet i denne fasen må først og fremst være hos Helsedirektoratet, dernest til departementet”. Setningen ble tatt ut etter råd fra juristene Knut Munch-Søegaard og Kari Sønderland (lederen for den relativt nye helserettsavdelingen). (Arkivnr. H.dir., 003.20, journalnr.: 90/10594.)

[420] Disse vurderinger reflekterer synspunkter hans nærmeste medarbeidere, i første rekke Anne Alvik, nå har. Alvik kan ikke huske at han sa noe om hvorfor han ikke ville delta på møtene. Hans fravær fra møtene skyldtes imidlertid ikke reisefravær. (Telefonsamtale med Anne Alvik 23.2.12.)

hierarkisk-politisk handling. Det var derfor Norbom konsekvent hadde gått inn for at reformarbeidet måtte skje på en statsrådlig styrt måte. Å slippe de "berørte parter" til, og slik gjøre hele reformprosessen om til en forhandlingsprosess, var for Norbom konstitusjonelt galt. Han mente også at han for så vidt i noen grad hadde forsøkt en slags forhandlingsvei, nemlig i årene 1984 til 1989. Forsøket hadde, som han så det, vært til liten nytte. Fra våren 1990 hadde han så fulgt den hierarkisk-politiske vei. Det vil si, han hadde fått sine statsråder til å følge denne vei. Det lå jo i selve ideen om politisk styring at den måtte ha statsråden som ugangspunkt. Den første Norbom-prosess kan slik også kalles en Sellæg-prosess og de to neste prosesser Veierød-prosesser. Når vi har kalt dem Norbom-prosesser skyldes det at det var Norbom som "ideologisk" og strategisk drev dem. Han var en slags *Sir Jon*. For kritikerne av prosessene, var han det på en måte som lignet på den måten fjernsynsseriens Sir Humphrey "styrte" sin statsråd på. Men som vi skal komme tilbake til mente Norbom at det politisk styrte demokrati krevde embedsmenn som spilte en aktivt normativ rolle, altså også var en slags politikere.

Norbom "burde" nå, slik han selv så på statsstyrets utøvelse, ha fortsatt å holde i tømmene. Formelt gjorde han ikke det. Han overlot mye av ansvaret for det videre arbeid til administrasjonsavdelingens sjef, Finn Høvik. Men han abdiserte jo ikke i noen henseender som departementsråd og Høvik forble hans underordnede, også hva Norbom III-prosessen angikk. Som vi har nevnt kjente Norbom Høvik godt; ja, hadde gjort det siden skoledagene. Høvik var også en embedsmann av den gamle, juridiske skole. Han var jo dessuten allerede, fra Norbom II-prosessen av, engasjert i reformarbeidet. Norbom visste at Høvik lojalt ville følge opp forslagene styringsgruppen hadde lagt frem. Han visste også at han ville gjøre det med bestemthet og uten nølen. Norbom kunne jo også slik, med tilfredshet, konstatere at Høvik forberedte R-notatet på en måte som var så norbomsk at det virket som om Norbom selv hadde konsipert det.

Norbom "abdiserte" altså formelt, skjønt bare delvis, fordi han følte at han nå kunne gjøre det. Prosessen gikk allerede "på skinner". At han formelt abdiserte, hadde imidlertid også den politiske fordel at reformarbeidet i noen grad ble adskilt fra hans navn: Det kunne kanskje slik i større grad bli sett på som det det formelt var, et statsrådlig og departementalt arbeid. Nå skjedde ikke det i den grad Norbom hadde håpet. Allikevel ble prosessen mer departemental. Flere i departementet ble nå involvert i reformarbeidet, og kom til å identifisere seg med det. Etter hvert ble reformarbeidet et bredt departementsarbeid, som de sentrale medarbeidere, som Finn Høvik, Øyvind Sæbø, Kari Holst, Ólafur Pétursson, Thomas Mauritzen, Knut Brofoss og Kjell Knudsen, også personlig kom til å identifisere seg med. Og selv om Norbom ingen direkte oppgave hadde i arbeidet, var det jo hans ånd som svevet over vannene.

Da den grønne bok ble offentliggjort visste Norbom at det videre arbeid måtte få et iallfall todelt, og til dels enda mer flerdelt, preg. Litt generelt var dette også antydet i den grønne bok (s. 78-79). Han visste, og skrev derfor, at reformen krevde en lovendringsproposisjon. Blant annet måtte tilsynsloven av 1984 endres. Som den nå var, gav den jo myndighet til Helsedirektøren. Helsedirektøren var dessuten tillagt myndighet i en rekke andre lover. Han skjønte også at selve omorganiseringen måtte presenteres for Stortinget; det var jo omorganiseringen som skapte spenningene. Den kunne presenteres som en del av en budsjettendringsproposisjon, men siden lovproposisjonen(e) delvis ville være en funksjon av den nye organisasjonsmodellen, måtte den presenteres enten forut for eller sammen med lovproposisjonen(e). For Norbom og departementets ledelse var det å presentere dem adskilt, altså som en melding, både formelt uheldig og politisk farlig. Det var formelt uheldig for så vidt som det ville innebære å la det som tradisjonelt hadde vært statsrådens, og eventuelt

regjeringens, oppgave – etter regjeringspolitokratiske prinsipper – å ordne forvaltningen, ble gjort til en parlamentarisk-demokratisk oppgave. Det var politisk farlig for så vidt som det ville forsinke saken vesentlig og dessuten kunne utløse en dragkamp med uforutsigbart utfall: De "usikre" mellompartiene kunne for eksempel falle fra. Svaret ble altså, som vi har sett, at departementet gikk inn for den integrerte strategi. Presentasjonen av den nye modellen, altså Norbom-modellen, fikk komme som en litt lang, mer eller mindre integrert, del av lovproposisjonen. Departementsledelsen bestemte seg tidlig på høsten for denne strategien, men ventet altså med å gjøre den offentlig kjent. Det var politisk uklokt å gjøre for mye av saksbehandlingsstrategien kjent mens remissrunden ennå foregikk.

Strategien, og den forelå i praksis, om enn ikke formelt, i løpet av september eller oktober, ble slik at den kombinerte proposisjon og reformmelding skulle komme i løpet av februar. Etter at Stortinget så hadde behandlet og tatt stilling til den senere på våren, kunne en mer konkretiserende budsjettproposisjon legges frem i slutten av mai. Gikk dette, kunne reformen settes ut i livet fra høsten av. I den grønne bok var datoen 1. juli antydet (s. 78). Det var imidlertid meget som måtte avklares administrativt før reformen kunne settes ut i livet. De nye, til dels helt nye, institusjonene måtte "tegnes" og folk, oppgaver og penger måtte fordeles. Det måtte, som det også ble sagt i den grønne bok, settes i gang et omstillingsprosjekt. Det ville nok bli møtt med kritikk fra reformkritikerne om dette ble satt i gang før de prinsipielle parlamentariske beslutninger var fattet, men fikk først departementet parlamentarisk godkjennelse for å velge den integrerte strategi, stod egentlig departementet fritt til å lansere omstillingsprosjektet. Som vi har nevnt: Sett fra en regjeringspolitokratisk synsvinkel hastet det. Det hadde det, som vi har nevnt, gjort for Norbom og regjeringen i 1969 (momsreformen), og det gjorde det for Norbom og hans statsråd nå. Det var ikke tid for nølen. Det var dog ikke nødvendig formelt å lansere omstillingsprosjektet straks. Man burde, iallfall formelt, vente til etter at den "integrerte" strategien var vedtatt av regjeringen, og godkjent av Stortinget. Noe annet var å antesipere, og provosere, for meget.

Men det var allikevel mulig å begynne å forberede omstillingsarbeidet straks, altså innad i departementet. Det skjedde også. Høvik foreslo overfor Norbom å bruke Kjell Knudsen til dette arbeidet. Den tidligere trygdedirektøren kjente jo, gjennom deltagelsen i Norbom II, reformplanene godt, og stod dessuten helt på Norboms side. Arbeiderpartimannen Knudsen kunne også straks engasjeres. Han stod jo stadig til disposisjon for departementets ledelse. Norbom sa ja til Høviks forslag. Han så på ikke-akademikeren Knudsen som en dreven politisk håndverker.[421] Knudsen sa ja og tok straks fatt på det forberedende arbeidet. Formelt fremstod han imidlertid som leder for omstillingsprosjektet først i desember, etter at Stortinget hadde behandlet budsjettet og sagt ja til den integrerte strategi. Hans første "foreløpige utkast" til "prosjektplan for forberedelser til omorganisering av den statlige helseforvaltning" forelå den 13. desember. Det ble lagt frem i møter med institusjonslederne og representanter for hovedsammenslutningene den 19.12. Omstillingsprosjektet var et prosjekt som kunne føres frem forholdsvis uavhengig av proposisjons- og meldingsprosjektene og som i alle tilfeller måtte fortsette etter at de to sistnevnte prosjektene var avsluttet. Omstillingsprosjektet skulle blant annet gi noe av grunnlaget for den budsjettendringsproposisjonen som skulle fremmes når Stortinget hadde vedtatt lovendringsproposisjonen. Vi kommer nærmere tilbake til omstillingsprosjektet senere.

[421] Kjell Knudsen hadde arbeidet i Norges Statsbaner fra 1948, altså fra han var 17 år, til 1973. Siden hadde han arbeidet i politikk og offentlig forvaltning.

Lovproposisjonsprosjektet ble altså til dels drevet som to prosjekter, det egentlige lovendringsprosjekt og det organisasjonsfaglige meldingsprosjektet. Det første ble fra starten av, i praksis allerede fra august av, i første rekke drevet av underdirektør ved juridisk seksjon i helseavdelingen, Kari Holst. Hun hadde en kortere tid vært i direktoratet, men fungerte nå som ivrig talsdame for Norboms filosofi hva gjaldt tilsyn og klagesaker. Det annet prosjekt ble også i stor grad drevet fra helseavdelingen, med rådgiver Øyvind Sæbø som den sentrale strateg og skribent.

♦

Norbom II gikk nokså sømløst over i Norbom III: Norbom hadde, som en slags eldre statsmann, og i nær kontakt med statsråden, overoppsyn med prosessen.

♦

Statskonsult hadde spilt en rolle under Norbom II-prosessen, men ble egentlig aldri en sentral deltager, selv om dets mann, Terje Haugli Nilsen, ble en av innstillingsskribentene i avslutningsfasen, og selv om selskapets sjef, Christian Hambro, var med i styringsgruppen. Statskonsult kom også litt tilbake nå, i Norbom III-prosessen. Først meldte selskapet seg selv: Christian Hambro skrev den 19. november til Jon Ola Norbom og tilbød selskapets tjenester når det gjaldt "gjennomføringsstrategien".[422] Brevet var nok i stor grad konsipert av Terje Haugli Nilsen; det reflekterte hans, og Statskonsults generelle konsulentfilosofi og hadde dessuten et vedlegg signert THN. Tilbudet ble i praksis avvist av Høvik og departementet. Statskonsult måtte fortsette å sitte på sidelinjen. Departementet ville styre selv; dette var jo en statsrådlig prosess. Statskonsult ble allikevel i noen grad brukt også nå, som vi skal komme tilbake til.

Proposisjons- og meldingsarbeidet

Den grønne bok var en organisasjonspolitisk utredning. En slik utredning har også, med nødvendighet, en god del jus i seg. Å organisere, eller reorganisere er å lage, eller endre, *regler* for hvordan en virksomhet (en organisasjon) skal være bygget opp og fungere. De regler som skal lages eller endres er altså kompetanseregler (strukturregler) og prosessregler. Mesteparten av de regler som i denne sammenheng skal lages og endres er imidlertid regler regjering og departement utformer, ikke parlament. Den proposisjon som nå skulle utarbeides gjaldt derfor ikke regler Stortinget skulle ta stilling til. Den gjaldt lover som ikke egentlig gjaldt forvaltningens organisering, men som forutsatte at forvaltningen i noen henseender var organisert på en bestemt måte. I første rekke gjaldt den tilsynsloven av 1984. Den gjaldt også en del andre, i denne sammenheng mindre viktige, lover. Disse måtte endres fordi de gav Helsedirektøren eller Helsedirektoratet en bestemt myndighet, og altså ikke minst til å drive tilsyn med helsetjenesten. Siden Norbom-utvalget foreslo å fjerne Helsedirektoratet, måtte også de aktuelle lover endres. Den proposisjon Stortinget til slutt skulle ta stilling til fikk

[422] Brevet (notatet) har overskriften "Omorganisering av den statlige helseforvaltning – elementer av en strategi for gjennomføring" og er altså sendt til Norbom fra Hambro. (Departementsarkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1., kas. 3.

derfor overskriften ”Ot.prp. nr. 43 (1991-92), Om lov om endringer i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover”.

Men via tilsynsloven og de andre lovene, kunne altså Stortinget påvirke regjeringens organisering av helseforvaltningen uten å ta stilling til reglene for den nye forvaltningsmodellen i sin helhet. Som vi har sett var imidlertid plasseringen av tilsynsoppgavene (vidt forstått) allerede blitt sentral i den offentlige debatt om omorganiseringen. Ja, den var blitt *det* sentrale spørsmål i debatten. Skulle regjeringen og departementet lykkes i sitt forsøk på å fjerne direktoratet måtte det vise, og overbevise om, at den tilbyderrettede tilsynsvirksomheten og den kombinerte tilbyder- og etterspørrerrettede klagebehandlingen kunne legges til andre organer. Det er derfor ikke tilfeldig at jurister i departementet tidlig tok for seg spørsmålet og gav noen premisser for hvordan det skulle behandles i proposisjonen. Det er heller ikke tilfeldig at proposisjonen blir langt mer tilsyns- og rettssikkehetsorientert enn den grønne bok ble. Vi skal derfor nå først se litt på det lovendringsarbeid som så smått ble satt i gang sommeren 1991 og som ble avsluttet ved fremleggelsen av odelstingsproposisjonen den 6. mars 1992.

Lovendringsarbeidet

Som vi har sett kan man si at styringsgruppen definerte de to typer av oppgaver, men særlig den første, tilsynsoppgaven, og en del av klagebehandlingsoppgavene, som oppgaver som krevde, og burde fortsette å kreve, et videre, men samtidig mer legpolitisk, skjønn. Annerledes sagt, disse oppgaver var ikke, og burde ikke bli, oppgaver som kunne behandles alene på en avgrenset medisinsk og teknisk-juridisk måte. Ved å forstå disse oppgavene slik, kunne styringsgruppen også forsvare å legge dem til det lokale nivå. Tilbyderne kunne da være første instans i tilsynssaker ved at de kontrollerte seg selv og i klagesaker ved at de var de første mottagere og behandlere av klagene. Fylkeslegen kunne så være andreinstans, i tilsynssaker ved at han kontrollerte at den indre kontroll ble utført og i klagesaker ved (normalt) å sluttbehandle dem. Klagesaker som gjaldt krav om erstatning, er annerledes og må i siste instans behandles sentralt. Klager på behandleres oppførsel, klager som gjerne ble omtalt som adferdssaker eller disiplinsaker, er av en slik karakter at de kan behandles for seg, og i siste instans gjerne sentralt.

Knut Brofoss (f. 1948): Han startet sin karriere i den juridisk velansette lovavdelingen i Justisdepartementet. Han kom til Sosialdepartementet i 1982, som underdirektør i den generelle sosialavdelingen. Han ble avdelingsdirektør og så ekspedisjonssjef i den spesialiserte sosialavdeling I i 1988. I 2000 ble han direktør for Statens institutt for rusmiddelforskning og fra 2005 til 2016 var han leder for Trygderetten. Juristen Brofoss arbeidet med sosialrett i departementet gjennom nesten to tiår, men ble en viktig deltager både som juridisk rådgiver for dem som skulle forberede Norbom-reformene og som en aktiv offentlig forsvarer av reformatorenes rettslige standpunkter. Han hadde flere avisdisputter med **professor Ståle Eskeland våren 1992**. (Foto: Trygderetten)

Opponentene, ikke minst direktoratet, mente at oppgavene i stor grad allerede var faglige og at de i større grad burde fagliggjøres: Stikkord var mer spesifiserte kriterier for utførelsen av tilsynet, mer konkrete tilgjengelighets- og forsvarlighetskriterier, mest mulig konkrete (pasient)rettigheter og konkrete sanksjonsmuligheter (for tilsynsmyndigheten). For å sikre fagligheten i virksomheten, mente også opponentene, var det viktig at det overordnede ansvar på alle disse punkter lå i et nasjonalt organ, som i disse saker måtte være helt uavhengig av politikk, for eksempel et medisinsk-juridisk uavhengig helsedirektorat.

Kort kan vi kanskje si at styringsgruppen ønsket et (delvis) skjønnsbasert og (i stor grad) desentralisert tilsyn (vidt forstått), mens opponentene ville ha et fagliggjort og (i siste instans) sentralisert tilsyn. Mork, hans direktorat og hans støttespillere var altså mer profesjonaliserings- og moderniseringsorientert enn Norbom og det offisielle departement når det gjaldt tilsynsoppgavene.

Uenigheten var størst når det gjaldt det egentlige tilsynet og deler av klagebehandlingen, nemlig den som gjaldt mindre alvorlige mishagsytringer (besværinger). Den var mindre og til dels liten når det gjaldt behandlingen av de mer spesielle klager, som klager på personell. Begge parter var for så vidt enige om at pasienters klageadgang burde utvides, altså at der burde innføres (flere) formelle pasientrettigheter. Det var et uttrykk for det at et forslag til pasienrettighetslov, utarbeidet av professor Ståle Eskeland (1942-2015), etter departemental bestilling, nettopp var levert.[423] Opponentene ville imidlertid åpenbart gå lenger i rettighetsformaliserende retning enn "posisjonen". Professor Eskelands forslag til pasientrettighetslov gikk langt, så langt, spesielt hva angikk tilgjengelighet, at forslaget, av det departement og den regjering (Brundtland III) som mottok det, etter hvert ble lagt til side. Det er ikke tilfeldig at Helsedirektoratet i remissrunden uttalte seg positivt om Eskelands lovforslag.

[423] Forslaget forelå den 1. juli 1991 og ble siden publisert som NOU 1992: 8, *Lov om pasientrettigheter*.

Ståle Eskeland (1943–2015): Han var fra 1990 professor i rettsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Han la i 1992 frem et forslag til landets første pasientrettighetslov; han hadde arbeidet med lovforslaget på oppdrag fra departementet siden 1988. Det var i noen henseender for radikalt og dyrt for regjeringen, og ble lagt til side. Eskeland spilte en viss rolle i den offentlige diskusjon om noen juridiske sider ved Norbom-gruppens forslag til endring av helsetilsynsloven og organiseringen av den fremtidige helseforvaltning. Eskeland var også ellers en meget sosialt engasjert jurist. Bildet er tatt ved en boklansering 14. mai 1997. (Foto: Cornelius Poppe / NTB)

Ekspedisjonssjef Knut Brofoss var den første som kom med et bidrag til det forestående jusarbeid. Det var ikke tilfeldig. Brofoss er sønn av den gamle finans- og handelsminister og sjefdirektør i Norges Bank, Erik Brofoss (1908-1979), og hadde forståelse for politikerstyrets implikasjoner. Brofoss' første bidrag kom i form av et notat skrevet den 27. juni (1991), altså mens styringsgruppen var iferd med å gjøre sin grønne bok ferdig. Det hadde overskriften "Funksjonsfordelingen mellom departement, direktorat og fylkeslegen i et nytt statlig helseforvaltningssystem".[424] Notatet fikk ikke nå noen betydning, selv om det var skrevet etter "bestilling" fra styringsgruppen (Thomas Mauritzen). Det inneholdt for mye til at det var åpenbart hvordan det kunne brukes i styringsgruppens betraktninger om den vertikale dimensjon. Det la imidlertid noen premisser for departementets arbeid med lovproposisjonen, spesielt hva klagesaker angikk.

Brofoss tar i sitt notat utgangspunkt i den oversikt helserettsavdelingen i direktoratet hadde gitt til lederen for delprosjekt 1. Han griper straks fatt i den betegnelsen direktoratet hadde gitt en viktig gruppe av saker den behandlet, nemlig klagesaker. Han skriver (s. 1) at betegnelsen er "noe misvisende": "Det dreier seg til dels ikke om klager i formell forstand, men om besværinger", altså uttrykk for misnøye (med behandling, eller mangel på behandling). Han legger til at det i to tilfeller dreier seg om formelle klager, nemlig der det klages over mangel på journalinnsyn og over at man ikke har fått "nødvendig helsehjelp" (Kommunehelsetjenestelovens § 2-3). I besværingssaker er tilbyderinstitusjonen og dens eier, en kommune eller en fylkeskommune (av og til også staten), første "besværingsinstans". Fylkeslegen er i slike saker anneninstans og direktoratet da i praksis tredjeinstans. Brofoss fortsetter (s. 2): "Man har på en måte innført et treinstanssystem her, i strid med de vanlige ordninger etter forvaltningsloven". Han skriver også at "Det kan reises spørsmål ved om staten i særlig grad bør gå inn i besværingssaker som enkeltsaker overhodet. Først og fremst bør de danne grunnlag for helsepolitiske drøftinger med ansvarlig instans" (s. 1). Det er det naturlig at fylkeslegen gjør, men i spesielle tilfeller kan det være naturlig å ta saken opp med "departementet som politisk ansvarlig".

[424]Notatet finnes i arkivet over omorganiseringsarbeidet, 612.1., kas. 7; en kopi finnes også i vårt arkiv. Brofoss skriver innledningsvis at hans "kunnskap om materien (er) begrenset", og at han derfor vil sette pris på at "notatet ikke får noen stor spredning". Hans notat vidner imidlertid ikke om mangel på kunnskap, ei heller om mangel på (selv)sikkerhet.

Som vi har nevnt var det denne typen saker, besværingssaker, i tillegg til vanlige tilsynssaker – hvor Helsedirektøren både kan være en slags "besværer" og en formell tilsynsmann – som hadde skapt skjermysler mellom ham og statsråden etter 1986. Brofoss gir altså her statsråden, og styringsgruppen, juridisk og rettspolitisk rett hva gjelder det som offentlig ble kalt "vaktbikkjeoppgavene". Slik var han også, iallfall indirekte, med på å støtte styringsgruppens syn på tilsynsoppgaven: Påpekning av såkalte "avvik" kan betraktes som en type besværing, uttrykt av et ovenforstående kontrollorgan, men en besværing som gjelder institusjonseierens måte å iverksette statlig (og lokal) politikk (prioriteringer) på. Slik spilte Brofoss en moralstyrkende rolle overfor Norbom og hans medutredere. De som nå skulle lede proposisjonsarbeidet, Norbom inkludert, skulle da heller ikke komme til å gi etter på disse punkter.

Vi skal legge noe til her hva gjelder besværinger og andre uttrykk for misnøye.

Den tysk-amerikanske økonom Albert Hirschman (1915-2012) har sagt at det i prinsippet er to måter misfornøyde kjøpere eller mottagere av varer, tjenester eller andre goder kan reagere overfor selgeren, produsenten, tjenesteyteren, hjelperen etc. på, den økonomiske og den politiske.[425] I et vanlig marked dominerer den første reaksjon: Den misfornøyde kjøper, kunde etc., skifter stille og rolig til en annen tilbyder. Hvis mange er misfornøyde og reagerer slik, med "exit" (*exitus*), må tilbyderen ta seg sammen og yte mer, enten hva gjelder kvalitet eller pris, for å overleve i markedet. I mindre vanlige "markeder" kan misnøyen skyldes et stort tap, for eksempel av helse, og da kan *exitus* alene være en for beskjeden reaksjon. Den misfornøyde vil da ofte reagere "politisk", altså besvære seg (klage) og kanskje gå til erstatningssøksmål eller til politianmeldelse. Han eller hun tyr da til det Hirschman kaller "voice" (*vox*). Når samfunnet har laget lover og institusjoner for på enkelte områder å gjøre det mulig, eller enklere, for borgere å bruke sin "stemme" (*vox*) når de er misfornøyd med for eksempel den hjelp de har fått av en tjenesteyter, er det et uttrykk for et alment politisk krav om det: Man får *vox* via politikken for å lette bruken av *vox* i individuelle tilfeller i visse "markeder". Det vi så, ikke minst fra 1980-årene av, var at kravet om å bedre *vox*-mulighetene i helsemarkedene tiltok. Det var det Mork fornemmet, og med glede, det vil si ut fra egne verdier, utnyttet: Det var derfor han likte Eskelands forslag til pasientrettighetslov. Vi ser her at Brofoss ikke er noen talsmann for å utvide de formelle *vox*-muligheter. Han argumenterte imot tidsånden, og for så vidt imot Ståle Eskeland. Han ville la besværingssakene få forbli besværingssaker, altså saker man nok kunne håndtere som "*vox*-saker", men som man ikke burde gjøre om til klagesaker i rettslig forstand, som Eskeland nå i stor grad ønsket.

Når det gjalder adferdssaker hadde klagerne et rettslig grunnlag for å klage i helsepersonellovene, som lege- og tannlegeloven av 1980. Vi har sett at styringsgruppen ville ha slike saker, iallfall i hovedsak, ferdigbehandlet på fylkeslegenivå. Brofoss er her av en (litt) annen oppfatning (s. 2): "Dette er saker som bør behandles sentralt. Artsmessig knytter de seg til den enkelte helsearbeider, og ikke til lokale myndigheters virksomhet. Hensynet til ensartet praksis er temmelig sterkt her". Han konkluderer slik: "Sakstypen hører etter min mening hjemme på direktoratsnivå, og ikke i departementet". Her gav han altså proposisjonsfolkene en dytt i retning av å se én gang til på forslaget om å la slike saker i hovedsak ende på fylkeslegenivå. Han aktualiserte spørsmålet om for eksempel en svensk-lignende

[425] Albert O. Hirschman, *Exit, Voice, and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970. Kfr. også hans "*Exit Voice and Loyalty:* Further Reflections and Survey of Recent Contributions", *Social Science Information*, bind 13, nr. 1, s. 7–26.

ansvarsnevnd. Kanskje gjorde han det også på en avgjørende måte? Brofoss talte med stor autoritet i det norbomske departement på denne tiden. Ordningen med en ansvarsnevnd kunne jo også for styringsgruppen se ut til å være et bedre forslag enn å la Senter for helsetjenestekompetanse være siste ankeinstans (i enkelte saker), siden det i noen grad innebar å direktoratisere senteret.

Kari Holst, etter hvert proposisjonens juridiske hovedforfatter, skrev i august (1991) to notater om den planlagte forvaltningsreformen og om noen rettssikkerhetsspørsmål. Det ene notatet er adressert til Øyvind Sæbø; det annet har ingen adressat. I det første notatet konstaterer hun at det i dag bare er kommunehelsetjenesteloven som har klageregler for pasienter (om nødvendig helsehjelp). I det annet notat nevner hun også muligheten for pasienter til å kreve erstatning når feil er begått. Hun understreker at klager (på tilbydere) etter loven skal gå til fylkeslegen. Når direktoratet behandler klager er det som følge av tradisjon. Hun antyder at tradisjonen er uheldig: Siden sakene skal ha vært gjennom en fylkeslege først, er Helsedirektoratet "et forsinkende, unødvendig ledd". Siden det nå sannsynligvis kommer en pasientrettighetslov (Eskeland), legger hun også til at det er "en illusjon å tro at klagesaker må behandles av en og samme instans for (å få) likebehandling".[426] Hun legger til:

> *Både leger og jurister skifter og vurderingene med dem. Gjennom fylkeslegens behandling er stabiliteten i bemanningen større og behandlingen i fylket blir ensartet. En rekke spørsmål standardiseres etter hvert og fylkeslegene har god kontakt og kan avklare løsninger i eventuelle problematiske saker.*

I notat nummer to[427] har hun ytterligere argumenter imot å la direktoratet, eller et lignende organ, være siste saksbehandlingsinstans. Hun skriver at på grunn av sin "svært tette tilknytning til helseprofesjonene" har direktoratet ikke "noen storartet historie som rettssikkerhetsgarantist". Megetsigende legger hun til at "en slik sentralisert modell langt på vei (henger) i løse lufta. Direktoratet sitter nokså langt fra der avgjørelsene treffes og fra de problemer de operative instanser er oppe i". Interessant nok skriver hun også i notat nummer to at det er naturlig å se klagebehandlingen "som en del av det ordinære tilsynet med helsetjenesten;.." Kanskje kan man si at hun slik vil legge til rette for at en god del av klagesakene, navnlig besværingssakene, kan sees i det samme, litt vide, perspektivet som departementet mener man bør se de vanlige tilsynssaker. Vi skal se at hun kommer tilbake til dette i proposisjonen.

I en egen passasje i sitt første notat går hun nærmere, og mer polemisk, inn på Helsedirektørens påstand om at Stortinget, gjennom tilsynsloven, har gitt ham (som institusjon) en viss selvstendig tilsynsmyndighet, altså en rett til å være (nasjonal) "vaktbikkje". Hun mener Helsedirektøren her tar feil. "Kongen kan", nemlig, skriver hun, " gi regler om Helsedirektoratets tilsyn (sykehusloven § 3)". "Når dette ikke er gjort skyldes det at Helsedirektøren tidligere var departementets ekspedisjonssjef også. Det burde vært gjort ved omorganiseringen, men hvem tenkte vel da at utviklingen skulle bli som den ble?" Departementet gjorde altså en "tabbe" da tilsynsloven ble til. Det burde ha sørget for å ramme inn, altså begrense, Helsedirektørens tilsynsmyndighet på en tydelig måte, og for så vidt slik

[426] Kari Holsts notat til Øyvind Sæbø har overskriften "Momentliste vedrørende rettssikkerhet og klagebehandling". I den kopien vi har er det bare datert ".08.91". (Org.gjennomgåelsen 1990–92, 612.1., kas. 6.)
[427] Det notat vi har mangler hennes navn. Det mangler også datering. Det er imidlertid, språk og innhold viser det, åpenbart at det er Kari Holst som har skrevet det. Det er også åpenbart at det er skrevet tidlig på høsten; både innhold og arkivplassering viser det. Notatet har overskriften "Rettssikkerhetsgarantiene ved omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen". (Org.gjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 6.)

markere at det overordnede tilsynsansvar ligger i departementet, og for så vidt det løpende tilsyn hos fylkeslegene. Men det man "glemte" da, kunne man altså gjøre nå.

Hennes synspunkter er et uttrykk for hvor offensiv stemningen var i departementet. Vi kan for øvrig ikke se at de har vært fremmet av andre. Hennes forklaring på hvorfor der ikke kom avgrensende forskrifter den gang loven ble vedtatt, er imidlertid noe usikker. Loven ble vedtatt et lite halvår etter at omorganiseringen hadde funnet sted, og da den ble forberedt var det allerede klart at der ville komme en omorganisering. Ja, tilsynsloven var i noen grad et svar på omorganiseringen: Med overførselen av ansvaret for ytelsen av helsetjenester til fylkeskommuner og kommuner trengte man en statlig kontroll med denne tjenesteytelse, og for så vidt med iverksettelsen av statens politikk. Det var også et ønske, ikke minst fra statsråden (Heløe), at denne kontroll skulle skje i regi av en nå mer uavhengig helsedirektør.

Med sine to tidlige notater gir altså også Kari Holst et engasjert juridisk forsvar for den filosofi som preger Norbom-utvalgets forslag hva gjelder tilsynsoppgavene, (de fleste) klagebehandlingsoppgaven medregnet. Hun uttaler seg derimot ikke om det Brofoss kalte adferdssakene.

Norbom hadde altså fra første stund av ikke bare lojal, men engasjert, juridisk støtte for sine reformtanker hva gjaldt de vanskelige tilsyns- og klagebehandlingsspørsmålene. Titter vi over mot Calmeyers gate er situasjonen "den samme": juristene der er engasjerte talspersoner for Helsedirektørens synpunkter. I HELSERETT-**INFO**, et lite informasjonsblad Direktoratets nye (1989) helserettsavdeling hadde utgitt siden den kom igang, heter det i en artikkel i nr. 2 1991:[428]

> *I mer enn 100 år har norsk helseforvaltning vært basert på prinsippet om at faglig styring av og tilsyn med helsevesenet i størst mulig utstrekning bør forestås av et politisk uavhengig organ. Det er med denne begrunnelse at Stortinget i sin tid vedtok å opprette Helsedirektoratet, og dette var også begrunnelsen for at Helsedirektoratet er tillagt myndighet direkte i såvel Tilsynsloven som i 16 andre helselover. En eventuell nedleggelse av direktoratet med samtidig overføring av faglig ledelse og tilsyn til Sosialdepartementet, betyr at hevdvundne prinsipp blir forlatt. For brukerne/pasientene vil det få klare rettssikkerhetsmessige konsekvenser.*

Videre i artikkelen heter det at "Styrken ved et eget tilsynsorgan for helsevesenet – uavhengig av politisk ledelse – er at det er uten ansvar for selve driften av helsevesenet. Dermed kan tilsynet ensidig rettes inn på selve kvaliteten av helsetjenestene, eller med andre ord, om den enkelte pasient får slik behandling som han/hun har rettmessig krav på".

Fra 1940/41 og til delingen i 1983 var Direktoratet en del av departementet, om ikke i alle saker. Det var altså ikke i "100 år" uavhengig av politikken. Delingen i 1983 innebar at Direktoratet fikk et langt mindre ansvar for "driften av helsevesenet", men beholdt jo endel forvaltningsoppgaver. Det fortsatte også å være underlagt departementet. Poenget i informasjonsbladet er imidlertid kanskje mer normativt enn empirisk. Forfatteren har tatt utgangspunkt i at direktoratet er mer selvstendig enn før, men ser for seg at det bør bli, eller

[428] HELSERETT-**INFO** kom ut fra 1989 som et eget informasjonsblad (to nummer i året), med Helsedirektoratet som utgiver. Dette bladet er nr. 2/91 og kom ut i september 1991. Det er på fire sider. Redaksjonen var avsluttet 21. august. Det ble altså skrevet omtrent samtidig med at Kari Holst skrev sine notater.

bør få fungere, mer uavhengig og dermed mer juridisk-medisinsk enn før. Ja, direktoratet har allerede tatt initiativ i den retning, som det går frem av artikkelens nest siste avsnitt:

> *Den statlige tilsynsstrategi må tilpasses den nye situasjonen i helsevesenet. Tilsynet må i større grad gå ut på "systemrevisjon" og ettersyn av den desentraliserte helsetjenestes egne kontrollsystemer. Det skal her nevnes at Helsedirektoratet har utarbeidet utkast til forskrift om egenkontroll (internkontroll), og som for tiden er under behandling i Sosialdepartementet.*

♦

Vi kan altså konstatere at også for jurister kan det sosiologiske diktum – "where you stand depends on where you sit" – ofte gjelde. Nå var det altså, hva lovarbeidet angikk, den departementale "sitteplass" som alene tellet.

♦

De brofossiske og holstske betraktninger viste at hva gjaldt det mest kontroversielle, ville Norbom-forslaget ikke bli endret, med én mulig unntagelse: Brofoss' betraktninger viste at der kunne skje en endring når det gjaldt "adferdssakene", altså behandlingen av klager på helsepersonell. Det kunne bli foreslått en egen, svensk-inspirert, klagenevnd. Et forslag om en slik ville imidlertid ikke bryte med Norbom-filosofien; forslaget hadde jo vært en mulighet for Norbom siden arbeidet med "Ikke-dokumentet".

Departementets jurister begynte ikke, etter det vi kan se, å arbeide med lovendringene før etter at de formelle avklaringer var kommet i regjering og på Stortinget, altså mot slutten av høsten. Kari Holsts forslag til lovendringer foreligger ved årsskiftet. En viss diskusjon om lovpolitikken var det dog. Den 7. november sender plan- og utredningsavdelingen et notat til administrasjonsavdelingen hvor det uttrykkes en viss bekymring for at Norbom-modellen skal føre til overbelastning av departementet.[429] Avdelingen skriver om klagesaker at de "i størst mulig grad" bør behandles "hos fylkeslegen". Den fortsetter med å si at man må unngå at saker som i dag behandles av Helsedirektoratet blir overført til departementet: "Vi vil derfor tilrå at en utreder et uavhengig pasientklageorgan utenfor departementets instruksjonsmyndighet". Avdelingen frykter at departementet skal "drukne" i enkeltsaker og mener at et uavhengig nasjonalt klageorgan ville kunne gi en garanti for tjenestenes kvalitet. Avdelingen legger, påfallende kritisk, til at "Etter vår vurdering har ikke styringsgruppen gått tilstrekkelig inn i en prinsipiell drøfting av hvordan de oppgaver som i dag er forankret i Helsedirektoratet iflg. tilsynsloven skal forankres". Notatet er undertegnet av avdelingens nye sjef, Andreas Disen, en mann som kom til planavdelingen fra helseavdelingen. Disen og hans nye avdeling var mer nyttestatlig, og mindre politokratisk, orientert enn departementsråden og for så vidt også hans viktigste jurister, Brofoss og Holst. Disens råd ble ikke tatt til følge.

Sent på høsten, den 28. november, hadde norsk helseretts ledende mann, professor Asbjørn Kjønstad, en kronikk i Dagbladet om "Helsedirektoratets skjebne". Kronikken kom på et viktig tidspunkt for så vidt som det var nå departementet ikke bare kunne, men måtte, endre Norbom-utvalgets lovpolitiske konklusjoner – hvis det skulle gjøre det. Kjønstad mente at dagens helsedirektorat, sett fra en rettssikkerhetsmessig synsvinkel, fungerte bra. Det var ikke

[429] Notatet har overskriften "Organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning" og er på 4 sider. (Org.gjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 6.)

like fritt fra politisk påvirkning som domstolene, men det var ”nokså” fritt og uavhengig. Denne friheten var avgjørende for at man skulle ha rettssikkerhet. Det var i tillegg preget av ”en lang og god tradisjon når det gjelder kombinering av juridisk og medisinsk kompetanse”. Å tale om en ”lang og god tradisjon” kan kanskje være å ta hardt i. Som vi viste i bind 1 hadde ikke Medisinaldirektoratet jurister. De befant seg i medisinalavdelingen inntil krigen. Etter fusjonen av de to institusjoner, formelt i 1941, fikk det samlede organ en utpreget (krigen. sløyfes) medikratisk oppbygning, hvor juristene i høyden kunne bli byråsjefer – med én unntagelse: Sosialminister Gudmund Harlem (1917–1988) tvang på helsedirektør Evang en juridisk ekspedisjonssjef i 1956. Under Mork ble juristenes stilling styrket, men særlig etter at den medikratiske ordningen langt på vei ble avviklet i 1983. Først fra 1989 fikk juristene sin ”egen” avdeling.

Kjønstad mener at ”*Dersom Helsedirektoratet fungerer optimalt*, kan det være en god rettssikkerhetsgaranti på helserettens område”, men tar ikke stilling til om det nå fungerer ”optimalt”. Han føyer dog til at ”Den kombinasjon av juss og medisin som vi har i Helsedirektoratet, er det mulig å bygge inn i Norbomutvalgets forslag om et kompetansesenter for helsetjenester”, men da må dette senter få mer enn det utvalget kaller ”noe helserett”. Siden Kjønstad støtter Norbom-utvalgets forslag om to nivåer – han vil frata direktoratet den viktige samordningsrollen[430] – peker han dermed på en mulig ”utvei” for departementet: Det kan svare på den jusfunderte kritikken ved å utvide ”*etter-Direktoratet*” til et *kombinert* medisinsk og juridisk kompetansesenter for helsetjenesten. At et slikt senter da ville få en bredere oppstrøms rådgivningsrolle, ville knapt true essensen i Norbom-modellen. Det ville det heller ikke at senteret ville få en siste-instans-rolle i en del klage- og adferdssaker. Det vanskelige ville være det egentlige tilsyn. Det var jo tilsynsoppgaven som var noe av utgangspunktet for Norbom-prosessene. Kjønstads ”kompromiss” måtte innebære at tilsynsoppgaven i større grad ble gjort til en rent juridisk-medisinsk, oppgave, altså ble renset for politikk. Vi har sett at hverken utvalget eller Norboms jurister tenkte i den retning. Kjønstad sier ikke noe om forvaltningsoppgaven, men i og med at han går inn for to nivåer, mener han nok at oppgaven skal håndteres etter Norboms modell. Han avslutter dessuten slik: ”Forskjellen mellom et slikt (nivå nr. to) helsedirektorat og det Kompetansesenteret for helsetjenester som Norbom-utvalget har foreslått, trenger ikke å bli særlig stor”.

Kjønstads kronikk ble selvsagt lest i departementet. Kjønstads råd, som Disens, for ikke å si som ”opponentenes”, ble imidlertid ikke tatt til følge. Ja, de ble egentlig ikke alvorlig vurdert heller. I departementet hadde de bestemmende personer for lengst bestemt seg, bestemt seg for å følge den norbomske modell hva gjaldt tilsynsoppgavene, men altså ”hekte på” ansvarsnevnden. Dog hadde de etter hvert kommet til at de, gjennom sine forslag, burde svare mer offensivt på rettssikkerhetskritikken. ”Ideologisk”, kom de til, burde de overskride den norbomske filosofi, men altså uten å la det få truende konsekvenser for Norbom-utvalgets modell.

♦

[430] Kjønstad hadde erfaring med ordningen med tre nivåer, som sentral person i Statens tobakkskaderåd. Den erfaringen viste ham at de tre nivåer førte til ”dobbeltarbeid og tredobbeltarbeid” og (dermed) ”sen saksbehandling”. Han pekte også på at dobbeltarbeidet ikke tilførte saken noe: De primære fagorganer hadde mer relevant kompetanse på sine områder enn direktoratet. Han kunne heller ikke dy seg for å nevne at ”hans” Tobakkskaderåds problemer ”oppover” også kunne skyldes at Tobakkskaderådet og direktoratet ikke alltid kjemper med den samme glød i tobakksaker,..”

Det første utkastet til disposisjon for proposisjonen var klart den 19. desember. Det var laget i helseavdelingen, med Øyvind Sæbø som hovedarkitekt. Finn Høvik laget, på grunnlag av dette utkastet, den 6. januar et forslag til fremdriftsplan for proposisjonsskrivingen. Hele opplegget ble diskutert og tatt stilling til på et møte 8. januar. På møtet, som ble ledet av Høvik, deltok ellers Kari Holst og Øyvind Sæbø, hovedforfatterne, og Thomas Mauritzen.[431] De vedtok å legge Sæbøs disposisjonsutkast til grunn for utformingen av proposisjonen og ble ellers enige om en stram tidsplan: Allerede fredag 24. januar skulle det foreligge "substansielle førsteutkast til samtlige kapitler i proposisjonen". To uker senere, den 7. februar, skulle et proposisjonsutkast være så ferdigstilt at det kunne sendes andre berørte departementer. Etter en siste finpuss og tilpasning skulle så proposisjonen passere statsråd fredag den 21. februar. Det hadde vært hektisk for proposisjonsmakerne fra desember av. Nå ble det enda mer hektisk. Slik fortsatte det ut mesteparten av februar. Proposisjonen ble litt forsinket i forhold til planen, men ikke meget, gitt tidspresset: Den gikk i statsråd den 6. mars.

Innstillingen kunne jo stort sett skrives etter den oppskrift Norbom-utvalget hadde gitt. Det var det som gjorde at arbeidet kunne gå så raskt. Usikkerheten var knyttet til det vi her har lagt vekt på, tilsyns- og klagebehandlingsoppgavene. Det ble derfor på dette planleggingsmøtet bestemt at helseavdelingen skulle legge frem et notat med "skisse til samlet løsning av rettssikkerhetsspørsmålene innenfor det endrede organisasjonsmønster,.." "Rettssikkerhetsspørsmålene" var stikkordet for tilsyns- og klagebehandlingsoppgavene. At dette stikkordet ble brukt reflekterer den offentlige debatt. Det heter for øvrig i referatet fra møtet at notatet også måtte inneholde en nærmere omtale av en "ev. ansvarsnemnd". Referatet summeres opp slik:

> *Det ble på møtet fremhevet at en tilfredsstillende behandling av rettssikkerhetsspørsmålene ville være avgjørende for sakens videre skjebne. Man står her overfor et spesielt problem siden det kan være aktuelt å lansere organisatoriske løsninger som ikke er behandlet i Norbomutvalgets rapport.*

Proposisjonsarbeidet gikk fort og det aller meste var klart før januar var omme. Kari Holst hadde to notater, ett om et forslag om en "Statens helsepersonellnemnd" og ett om "styrket rettssikkerhet" klart den 16. januar. Holsts forslag til lovendringer var klare omtrent samtidig; de er dog ikke datert. Til sjefsmøtet (møtet med statsråden) den 29. januar har hun klart det første samlede forslaget til proposisjonstekst for det "juridiske" kapittel, kap. 5: "Rettssikkerhet, pasientklager og utøvelse av statlig tilsyn. Opprettelse av Statens Ansvarsnemnd for helsepersonell". Tekstforslaget er på 50 sider. Hun får i hovedsak tilslutning til synspunktene i sitt forslag, men det skrives sammen og om. I proposisjonen tar den endelige teksten til kap. 5 opp vel 10 trykte sider.

Den endelige teksten til kap. 5 bryter ikke prinsipielt med Norbom-utvalgets innstilling. Allikevel har det en noe annen tone. Vi har sett at tilsyn var et utgangspunkt for Norbom-utvalgets arbeid: Departementet irriterte seg over Helsedirektoratets "politiske" måte å bruke tilsynet på. Allikevel ble ikke tilsyn et sentralt tema i innstillingen. Det var som om styringsgruppen først og fremst hadde vært opptatt av å få "plassert" tilsynsoppgaven slik at behovet for et direktorat falt bort. Den hadde vært tilsynsdefensiv, og litt juridisk tafatt. Som vi allerede har sagt, godtok de to departementsjuristene Holst og Brofoss den juridiske filosofi

[431] Referatet har overskriften "Referat fra møte 08.01. 1992 angående utarbeidelse av ot.prp. om gjennomgang av den statlige helseforvaltning". Det fremgår ikke hvem som har vært referent. (Org.gjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 6.)

man kan si lå under Norbom-innstillingen. Ja, de omfavnet den. Etter hvert skulle de, men spesielt Holst, også utvikle den betydelig.

I proposisjonen argumenterer hun således på det vi kunne kalle potenserte norbomske premisser. Hun vender, på departementets og regjeringens vegne, Helsedirektoratets argumentasjon mot direktoratet. Hun forsøker å vise, og overbevise, om at direktoratet snarere enn å ha vært, eller å ha forsøkt å være, en garantist for klinikkens kvalitet og pasienters rettigheter, langt på vei har sviktet. Hun fortsetter med å vise hva en offensiv holdning til kvalitet og rettssikkerhet kan innebære. Hun er altså ikke lenger bare opptatt av den organisatoriske plassering av tilsynsoppgavene, men tillike av hvordan de skal utføres. Man kan slik si at hun, og departementet, gir proposisjonen en brodd mot Helsedirektøren og hans rettslærde. Det tør være uvanlig at et departement slik utfordrer en institusjon det har under seg. Det illustrerer imidlertid hvor anspent forholdet var blitt i "den vertikale linje". Det viser imidlertid også at departementets folk var blitt preget av kritikken fra Helsedirektøren og hans forbundsfeller. Nå sendte de kritikken i retur. Deres offensiv hadde imidlertid i siste instans Stortingets sosialkomite som mottager: Komiteen hadde jo stadig kommet med rettssikkerhetspåminnelser.

Proposisjonens tilsynsoffensivitet er så stor at den ikke bare preger det viktige kapittel 5, den preger hele proposisjonen. Etter to mer formelle setninger, heter det i setningene tre og fire i innledningskapitlet:

> *I en desentralisert helsetjeneste, med stort ansvar for den utøvende del av helsetjenesten lagt til kommunesektoren, er det nødvendig med en statlig helseforvaltning som bedre sikrer rettssikkerheten, som sikrer en høy faglig kompetanse som grunnlag for både den nasjonale og lokale politikkutformingen, og som står for den nasjonale kontroll og tilsyn med helsetjenesten.Tilsyn og kontroll innebærer både faglig tilsyn med tjenestene og oppfølging av nasjonale mål for helsetjenesten overfor kommunesektoren.*

Styringsgruppen hadde, som dens hemmelige forgjenger, brukt desentraliseringen på en annen, mer organisasjons- og styringsorientert måte. Den hadde brukt den som utgangspunkt for å tale om en mer målorientert styring, om forenkling og om effektivisering. Den hadde gjort det i en slik grad at opponentene følte at tilsynsoppgavene, på en KS-innsmigrende måte, nærmest ble bygget ned og "gjemt". Nå brukes altså desentraliseringen ikke minst for å begrunne en ny tilsynsoffensiv – på Norbom-modellens grunnlag. Den offensiven redegjøres det nærmere for i kap. 5. I de mellomliggende kapitler redegjøres det, på mer tradisjonelt norbomske premisser, for den nye organisasjonsmodellen.

Rettssikkerhetskapitlet åpner offensivt. Det redegjøres for hvordan departementet allerede har satt i gang en rekke tiltak for å bedre pasienters rettssikkerhet. Først nevnes Eskelands forslag til (den første) pasientrettighetslov. Så nevnes at departementet har satt i gang et stort arbeid med å utarbeide en nasjonal strategiplan for kvalitetssikring i helsevesenet. Videre pekes det på at departementet har vurdert tilsynsordningene, melderutinene og systemene for kvalitetssikring av medisinsk-teknisk utstyr og vil følge opp vurderingene "med sikte på ny organisering fra 1993". Enn videre henvises det til at departementet nå, gjennom en arbeidsgruppe, ser på meldepliktordningene og ordningene for informasjon om "pasientklager, skader og erfaringer i kvalitetssikringssammenheng". I denne forbindelse

nevnes det at det nettopp er fremmet proposisjon om endring i Sykehusloven (§ 18a)[432] som, hvis den vedtaes, vil gi sykehusene plikt til å melde fra om alvorlig personskade. (Vi vil komme tilbake til kvalitetskontrollen og –utviklingen i kap. 14.)

Regjeringen gjør altså allerede meget for å bringe rettssikkerheten for pasienter, og sikringen av behandlingskvaliteten, opp på et langt høyere nivå enn før. Gjennom organisasjonsgjennomgåelsen skal enda mer gjøres. Det vil skje ved at det statlige tilsyn styrkes, ved at behandlingen av enkeltsaker (klager) forbedres og ved at behandlingen av disciplinærsaker mot helsepersonell styrkes.

Proposisjonsforfatter Holst lanserer departementets plan ved å ta utgangspunkt i en vurdering av det som gjøres i dag. Vurderingen av det "egentlige" tilsyn er knapp og til dels indirekte, men det er åpenbart at departementet mener direktoratet ikke har drevet spesielt aktivt systemtilsyn, altså tilsyn med at kravene om det som i loven het "egenkontroll" blir oppfylt. Det skriver i den sammenheng at direktoratet har adgang til å gi pålegg til tjenesteytere om å foreta endringer, men at "denne forføyning" "nesten aldri" benyttes (s. 52). Det nevner imidlertid ikke at departementet selv siden 1986 hadde manet direktoratet til tilbakeholdenhet her. Vi ser denne "utelatelsen" som uttrykk for at departementet nå er iferd med å endre sitt syn på tilsyn: Det preges i større grad enn før av den almene profesjonalisering av tilsyns- og kvalitetskontrollen som nå skjer. Det vil imidlertid at ansvaret for kontrollen skal legges til fylkeslegen, med departementet som "overordnet tilsynsmyndighet" og "koordinator av fylkeslegenes virksomhet" (s. 53).

Departementet skriver at direktoratet i sin remissuttalelse hadde betonet sammenhengen mellom "behandling av klagesaker og utøvelse av det overordnede tilsyn" (s. 51). Direktoratet brukte, hevdet det, klagesakene i utøvelsen av sitt overordnede tilsyn. Departementet konstaterer imidlertid nå at "det fremste kjennetegn (ved klagebehandlingen) er grundig behandling av den enkelte sak, mens det hittil i liten utstrekning har foregått systematisk erfaringstilbakeføring til helsetjenesten" (s. 51). Ja, direktoratet vurderer først og fremst den enkelte behandler og gjør det "i relasjon til reaksjonsbestemmelsene i helsepersonellovgivningen, mens man i mindre grad retter søkelyset på kvaliteten av de ulike tjenester" (s. 51-52). Departementet henviser i den sammenheng til et prosjekt under Senter for industriforskning[433] som viser at "tilbakemeldingsrutinene" til helsevesenet er "mangelfulle" og til mangler som også er blitt avdekket på andre måter, "bl.a. gjennom presseoppslag". Departementet fortsetter, forsiktig triumferende (s. 52):

> *De fleste sakene blir i dag således vurdert enkeltvis i relasjon til skikkethetskravene i profesjonslovgivningen. På denne måten er argumentet om ivaretakelse av pasientenes rettssikkerhet gjennom direktoratets behandling av såkalte klagesaker ikke av særlig stor betydning. Man har få holdepunkter for å slå fast at pasienters rettssikkerhet med tanke på forsvarlige helsetjenester øker proporsjonalt med antall advarsler/tilrettevisninger som blir gitt, eller autorisasjoner/godkjenninger som blir trukket tilbake, selv om også denne delen av kontrollvirksomheten med tjenesteyterne er viktig for opprettholdelse av fag-etisk standard blant helsetjenestens autoriserte utøvere.*

[432] *Ot.prp. nr. 33 (1991–92),* "Om lov om endringer i lov av 19. juni nr. 57 om sykehus m.v. og i visse andre lover". (SF 4a.)

[433] Prosjektet hadde den programmatiske tittelen "Fra klage til kvalitet".

Den tidligere direktoratsjurist Kari Holst vrir kniven rundt i såret en gang til (s. 52):

> *Heller ikke klagesakenes betydning for utøvelse av tilsynsfunksjonen er av særlig stor vekt siden den informasjon klagesakene gir, ikke systematisk blir brukt til erfaringstilbakeføring og derved heller ikke som grunnlag for forbedring og utvikling.*

Med andre ord: Direktoratets presentasjon av seg selv som "vaktbikkje" er falsk.

Departementet fortsetter så med å lansere sin politikk for et mer profesjonelt tilsyn, og på den måten også med å ydmyke direktoratet. Departementet begynner med å si at det foreslår å gi tilsynsmyndigheten en klar plikt til å se til at helsevesenets institusjoner driver profesjonell egenkontroll, nå kalt internkontroll.[434] Det fortsetter med, på en svært viktig måte, å påpeke sammenhengen mellom tilsyn og pasienttrygghet (s. 52):

> *Siden det i henhold til dagens lovgivning er få lovbestemmelser som er utformet som rettighetsbestemmelser for pasienter, er det av stor betydning for pasienters rettsstilling at pliktbestemmelsene for helsepersonell håndheves på en slik måte at dette medvirker til å ivareta pasienters sikkerhet. Dette må først og fremst skje gjennom egenkontroll og tilsyn.*

Siden det ennå mangler en pasientrettighetslov understreker slik departementet nå behovet for å forbedre tilsynet, det vil si sørge for at at internkontrollen taes alvorlig og for at erfaringer gjort gjennom saker som gjelder besværinger og klager formidles tilbake til helsevesenet på en mer systematisk måte. Departementet forsøker slik, normativt, å demonstrere at det er mer opptatt av pasientrettigheter[435] enn det ennå litt medikratisk pregede direktoratet[436] og i større grad enn direktoratet er bevisst hva som profesjonelt skal til for å styrke pasientenes rettigheter. Juristen Holst skriver imidlertid intet om den spenning det kan være mellom det å kontrollere om tilbyderne følger loven, for eksempel fører tilsyn med om (den nye) internkontrollforskriften følges og det å gi råd og veiledning: Legalitetskontroll krever (sosial) distanse til dem man kontrollerer, veiledning krever (en viss) nærhet. Veiledning øker risikoen for at kontrolløren blir inhabil. Denne spenningen skulle, og måtte, etter hvert få større oppmerksomhet. Nå passet det ikke å legge vekt på den. Det ville svekke argumentasjonen for å legge nesten alt tilsynsansvar til fylkeslegene og for å gjøre det så veiledningspreget. Allikevel, med proposisjonen tar departementet, hva tilsyn angår, skritt i "tidsriktig" retning og fremstår i dette henseende som mer moderne enn direktoratet. Vi skal legge til at det at departementet foreslår å legge ansvaret for disiplinærsaker til en ny ansvarsnevnd, også er et skritt i moderniserende retning: Det innebærer at en

[434] Departementet foreslår denne navneendringen for å harmonisere helsetilsynet med annet tilsyn og henviser i den sammenheng til den årsgamle forskrift om internkontroll av 22. mars 1991 nr. 159. Senere i proposisjonsteksten skriver departementet også at betoningen av internkontroll "er i tråd med fornyelsesprogrammet når det gjelder den statlige forvaltning.." (s. 55). Vi kommer nærmere tilbake til internkontrollen og tilsynsutviklingen i kap. 12 og 13.

[435] At pasientrettigheter nå får en raskt økende oppmerksomhet er i stor grad et uttrykk for den forbruker"revolusjon" som hadde utviklet seg siden slutten av 1970-årene og nå også for alvor var nådd helsevesenet.

[436] Kfr. den kritikk som ikke så sjelden ble rettet mot Helsedirektoratet fra slutten av 1980-årene for å være for legebeskyttende. Vi har nevnt at en del av kommmentarene til Norbom-innstillingen gikk ut på at direktoratet var for legebeskyttende; kfr. for eksempel Per Egil Hegges syrlige kommentarer til forslagene om å nedlegge direktoratet.

(fag)domstolsaktig oppgave skilles ut og legges til et organ som ikke har noen rådgivende og veiledende oppgaver, altså til et mest mulig habilt organ.[437] Som vi har nevnt, var det imidlertid også organisasjonspolitisk hensiktsmessig å gjøre det slik: man svekket ytterligere behovet for et sentralt direktorat.

Den vekt departementet nå legger på å "teknifisere" (system)tilsynet er dristig. Det gjør jo at tilsynsutøverne ikke lenger vil kunne ta "videre" hensyn når de vurderer tilbydernes praksis, altså det kommune-Norge ønsket at de skulle gjøre, og Helsedirektoratet mente det i noen grad gjorde. Men dette forhold kommenteres ikke i proposisjonsteksten. Om noe, kan man si direktoratet kritiseres for at det ikke har vært en strengere "vaktbikkje". Det heter således ett sted (s. 54):

> *Tilsynsmyndighetenes rolle er å påse at de ulike tjenesteytere fører kontroll med egen virksomhet i henhold til tilsynsloven § 3 eller gir pålegg i medhold av samme lovs § 5 om å rette på forhold som bl.a. kan ha skadelige følger for pasienter. Som det fremgår av det foranstående er det ønskelig at denne kontrollen ivaretas bedre enn det som er tilfellet i dag.*

I proposisjonsteksten omtales så flere forslag som skal bidra til at ulike typer internkontroll styrkes og at besværinger og klager brukes mer aktivt for å forebygge ny kvalitetssvikt eller nye feil. Det nevnes således at det gjennom sykehusloven (ny § 18 b) foreslåes at sykehusene får plikt til å opprette kvalitetsutvalg. Disse skal også bli formidlingsenheter for meldinger om alvorlige pasientskader. For å sikre at fylkeslegene får den relevante kvalitets- og skadeinformasjon fra sykehusene og deres kvalitetsutvalg, "må" fylkeslegene "etablere prosedyrer for rutinemessig å sikre seg slik informasjon" (s. 54).

Når det gjelder erstatningssaker, redegjøres det mer for ordningene enn det foreslåes viktige endringer, men det er åpenbart at departementet i større grad ønsker å utnytte også slike saker for tilsynsformål. På dette vis understrekes den tilsynsoffensive tone i proposisjonen.

Departementet foreslår altså at det etableres en egen ansvarsnevnd for helsepersonell. Ansvarsnevnden skal, etter forslaget, få ansvar for å vurdere skikketheten for personell fra alle helsefaggrupper. De rester av "særbehandling" leger og tannleger hadde fått, altså restene av medikrati og odontokrati, skal fjernes. Kravene er jo de samme til alle behandlere, skriver departementet, nemlig at de er skikket til sin gjerning. Departementet vil ha en domstolslignende nevnd bestående av seks medlemmer, to jurister, to legmenn og to representanter for de aktuelle faggrupper. Fagrepresentantene skal altså bare utgjøre en tredjedel av medlemmene.[438] En av juristene skal være leder for nevnden. De to faggrupperepresentanter kommer fra sakkyndige utvalg for de ulike grupper; disse skal ha fire medlemmer. Sanksjonene skal være de samme som før, tilrettevisning, advarsel, tap av forskrivningsrett, suspensjon og avkallelse eller tilbakekallelse av autorisasjon og godkjennelse. Nevnden skal være frittstående og altså ikke kunne instrueres av departementet.

[437] Senere i proposisjonen skriver også departementet (s. 58): "Det har .. fra annet hold vært satt spørsmålstegn ved om tilsynsmyndighetene, som skal sette premissene for standard og kvalitet i helsetjenesten, bør være identisk med det organ som skal håndheve disiplinærbestemmelsene".

[438] Etter ønske fra Sivilombudsmannen var det opprettet egne lege- og tannlegeråd. Han så gjerne at rådene skulle gjøre ansvarsarbeidet mer uavhengig. Rådene hadde imidlertid bare, som navnene tilsa, en rådgivende rolle overfor departement og direktorat.

Dette profesjonaliserings- og moderniseringsforslaget ble imidlertid ikke nå formelt fremmet for endelig vedtagelse. Departementet la det frem for Stortinget til vurdering og ville, før en egen proposisjon ble fremmet "senere i år", sende det til uttalelse til de berørte parter.

Hva ellers gjelder jusen, nevner vi at de viktigste konkrete endringsforslag gjelder helsetilsynsloven. I § 1 skal det ikke lenger hete at "Helsedirektoratet", men "Departementet har det overordnede tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov eller forskrift".[439] I den helt nye § 3 skal det hete at

> *Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.*
>
> *Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.*

I § 5, hvor bare ordet "fylkeslegen" er nytt, skal det hete at

> *Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan fylkeslegen gi pålegg om å rette på forholdene.*

Ellers er endringene preget av at "Helsedirektøren" eller "Helsedirektoratet" erstattes av andre, som regel "fylkeslegen" og "departementet", som i lov om Sundhedscommissioner av 1860 (§ 15), lov om tilsyn med næringsmidler av 1933 (§ 4), lov om åtgjerder mot kjønnssykdommer av 1947 (§ 11), tuberkuloseloven av 1947 (§ § 5, 6, 7, 10), vaksinasjonsloven (§ § 2, 3, 6, 7, 9, 10), helseberedskapsloven av 1955 (§ 9), fysioterapeutloven av 1956 (§ 3), lov om slakterier m.m. av 1957 (§ 16), sykepleierloven av 1960 (§ 10), lov om psykisk helsevern av 1961 (§ § 4, 5, 11), apotekloven av 1963 (§ 23, 29), legemiddelloven av 1964 (§ § 14, 17, 19, 23), sykehusloven av 1969 (§ § 1, 3, 6, 8, 9, 17, 18), ortopediingeniørloven av 1971 (§ § 7, 9), lov om transplantasjon m.m. av 1973 (§ 1), steriliseringsloven av 1977 (§ 6), legeloven av 1980 (§ § 3, 24), tannlegeloven av 1980 (§ § 3, 24), kommunehelsetjenesteloven (§ 6-3), tannhelsetjenesteloven (§ § 2-3, 3-5, 6-2), jordmorloven (§ § 9, 11) og lov om kunstig befruktning (§ 3). Det heter ellers at i alle forskrifter der myndigheten er lagt til Helsedirektøren eller Helsedirektoratet skal det endres til departementet.

Selv om man kan si at endringene stort sett er de "samme" i de fleste lover – myndighet taes fra Helsedirektøren og legges til departementet eller fylkeslegene – er de så mange at de understreker i hvilken grad hele reformen representerer et regimeskifte.

[439] I forslaget til endringer i helsetilsynsloven er Kari Holsts forslag fulgt helt ut for tre paragafer (1, 2 og 5) og litt omredigert, men ikke innholdsmessig endret, for én paragraf (3). Bare i én paragraf, nr. 7, er det kommet et nytt endringsforslag til i proposisjonen. I den gamle loven het det at "Departementet gir nærmere bestemmelser til gjennomføring av denne lov". I proposisjonen foreslåes dette endret slik: "Departementet kan gi forskrift om fylkeslegens tilsyn". Den gamle loven var nokså vag, selv om den kan sies å ha gitt departementet en rolle som "overtilsynsorgan" . Nå gjøres både departementets "overtilsynsrolle" – som det kan utøve gjennom forskrifter – og fylkeslegens "primærtilsynsrolle", klar. Her er altså Helsedirektørens, eller hans etterfølger, direktøren for det nye senter for helsetjenestekompetanse, fratatt enhver tilsynsrolle (om enn ikke enhver klagebehandlingsrolle).

Meldingsarbeidet

Arbeidet med oppfølgingen av Norbom-utvalgets innstilling begynte altså nærmest før innstillingen var levert. Det skjedde, som nevnt, formelt under Finn Høvik og administrasjonsavdelingens ledelse. Høvik var imidlertid mer en formell enn en faglig leder av arbeidet. Han passet på at alt skjedde konstitusjonelt og forvaltningsmessig korrekt og at fremdriftsplanen ble fulgt. Til å bistå seg hadde han i sin avdeling først og fremst Ólafur Pétursson. Pétursson spilte imidlertid også en rolle når det gjaldt det økonomisk-formelle, altså det budsjettendringsforberedende arbeidet. Over jul skulle Thomas Mauritzen komme tilbake til departementet og gå inn i arbeidet med proposisjonen og meldingen og omstillingen. Slik kom også administrasjonsavdelingen i større grad med i det faglig pregede arbeidet. Faglig og innholdsmessig var imidlertid, som vi har nevnt, arbeidet forankret i helseavdelingen, med Øyvind Sæbø og Kari Holst som de to sentrale personer fra første dag. Andre spilte mer avgrensede og spesialiserte skriveroller. Flere deltok dog i de muntlige diskusjoner som var med på å prege proposisjons- og meldingsarbeidet. I arkivmaterialet finner vi ingen spor av at Sæbø og Holsts sjef, Harald Hauge, har spilt en viktig rolle. Han spilte allikevel en *viss* rolle. De to hovedforfattere rapporterte jo til ham faglig og hadde hyppige samtaler med ham.[440] Formelt var han imidlertid plassert i utkanten av Norbom-prosessene. Det skyldtes at han ble oppfattet som ”partisk” i organisasjonssaken: Det hele hadde jo startet med den stadig mer flokete striden mellom Hauge og Mork.

Mens Kari Holst med stor iver gikk inn i proposisjonsarbeidet, tok Øyvind Sæbø, med gutteaktig pågåenhet, på seg ansvaret for meldingsarbeidet. Allerede midt i september hadde Sæbø nokså detaljerte tanker om hvordan arbeidet burde legges opp. Det juridiske arbeid var da godt igang i helseavdelingens juridiske seksjon. Sæbø og andre fra helseavdelingen og SME (Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsevesenet) kunne lage en skisse til utformingen av Kompetansesenter for helsetjenesten, mente han. FE (Forebyggingsenheten) kunne gjøre det samme for forebyggingssentrene og helseavdelingen – kanskje Sæbø selv – kunne ta seg av statssykehusene. Legemiddelverket måtte imidlertid skapes fra legemiddelsiden. Den langt forsiktigere, og mer prosessbevisste, Pétursson forsøkte straks å roe den svært ivrige Sæbø ned. I et notat til Høvik den 17. september minnet Pétursson, Høviks mann – til dels også i ånden, om at alt ikke burde skapes ovenfra. Han mente ”Sæbøs gruppe” burde nøye seg med å lage hovedskisser. Den nærmere konkretisering måtte skje i samarbeid med institusjonene. Institusjonene måtte ikke få ”det inntrykk at SOS med begrenset detaljkunnskap, forsøker å tre ferdige løsninger ned over hodet på de berørte”. Pétursson følte at Sæbø var iferd med å integrere meldings- og omstillingsprosjektet. Han skrev derfor to dager senere et notat til sin sjef, Finn Høvik.[441] Her heter det at ”Under styringsgruppen bør det for hver enkelt virksomhet opprettes en egen iverksettingsgruppe med representanter for SOS (som leder arbeidet), ledelsen i de(n) berørte institusjon(er) og de ansattes organisasjoner”. Slik ble det altså i noen grad også.

Etter at planene for hvordan Norbom-III-prosessen skulle ordnes var klare i midten av september av, ble mye av arbeidet stilt i bero. Det var vanskelig å gi det høy prioritet all den

[440] Opplyst av Øyvind Sæbø i samtale 19.3. 2012.

[441] Notatet har overskriften ”Iverksetting av omorganiseringsforslagene”. Et utkast til notatet er åpenbart skrevet noe før (den 19.9.). (Dep.arkivet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kap. 3.)

tid regjeringen ikke hadde bestemt seg og Stortinget ikke hadde uttalt seg. Man trengte noen politiske avklaringer for å kunne gå videre med planene. Den alltid korrekte Høvik så det, og oppførte seg deretter. Det var desto større grunn til å gjøre det siden hele saken var så politisk sensitiv. Saksbehandlerne, med Sæbø og Holst i spissen, hadde forståelse for det. De fulgte godt med i den offentlige debatt og pratet stadig om Norbom-forslagenes politiske utsikter: "Vi følte oss nok litt usikre på hvor solid grunnlaget var", sier Sæbø i et tilbakeblikk idag.[442] Han legger til: "Det var en viss nervøsitet i vårt system.."

Nervøsiteten gjaldt selvsagt Stortinget og spesielt Senterpartiet og Kristelig Folkeparti. Som vi har sett gikk det "greit" for statsråd Veierød og departementsråd Norbom denne gang (2.12.). Men de kunne jo også konstatere at mangelen på begeistring, selv innen regjeringspartiet, var påfallende. Før man var kommet så langt var det imidlertid blitt åpenbart at heller ikke i departementene, og dermed regjeringen, var entusiasmen til å ta og føle på. Det måtte drives en del "fotarbeid" overfor de viktige andre departementene for at de ikke skulle "trå feil". Norbom stod for mye av dette arbeidet. Som vi har sett sa Statsministeren ja til Norbom-planen, men også hun uten entusiasme. Den nå nokså uerfarne sosialminister hadde ikke klart å skape noen aktiv oppslutning om planen blant sine regjeringskolleger.

Det var slik først i desember at reformarbeidet, og også meldingsarbeidet, for alvor kunne fortsette. Nå ble det imidlertid også gitt høyeste prioritet. Øyvind Sæbø hadde et nokså detaljert disposisjonsforslag for "proposisjonsmeldingen" klar ved årsskiftet. Det ble, i all hovedsak, godtatt på et møte i departementet den 8. januar. På møtet deltok prosessleder Høvik, de to hovedsaksbehandlere, Holst og Sæbø, samt Thomas Mauritzen. Styringsgruppens hovedskribent Mauritzen var nå tilbake etter sin hodeskade. Bare drøyt to uker etter møtet 8. januar, nemlig den 24. forelå utkast til fem deler av teksten som gjaldt meldingsdelen, skrevet av Sæbø, Brofoss, Ånstad og en fra legemiddelsiden.[443] Sæbøs bidrag ble i hovedsak stående, men argumentasjonen ble på noen punkter modifisert, for ikke å virke for provoserende på direktoratet. Brofoss,' tekst ble stående, mens Ånstads ble en del omarbeidet, blant annet for å styrke argumentasjonen for at man skulle ha to forebyggelsessentre – og ikke ett, à la det helseinstitutt fylkeslegene ville ha. Som vi har nevnt hadde Kari Holst i hovedsak klart utkastet til det juridiske kapittel (5) fem dager senere (29.1.). Under arbeidet med utformingen av teksten som gjaldt det organisatoriske hadde departementets skribenter en viss kontakt med de berørte institusjoner, i første rekke Helsedirektoratet (13.1). Denne kontakten hadde imidlertid ikke et organisasjonspolitisk formål. Departementets utredere ønsket råd om hvordan Norbom-modellen praktisk kunne utformes.

Tekstutkastene ble bearbeidet fra slutten av januar og frem til midten av februar. I forbindelse med at dette arbeidet kom i gang, ble det holdt et "proposisjonsseminar" på Voksenkollen konferansesenter, ledet av statsråd Veierød.[444] Tilstede var alle som hadde arbeidet med proposisjonen, og den politiske ledelse. Også departementsråden var tilstede. Seminaret hadde både et praktisk og et moralbyggende formål.

[442] Uttalt av Øyvind Sæbø i samtale 19.3. 2012.
[443] Vedkommende har signaturen HAØ. Vi har ikke funnet ut hvem det dreier seg om.
[444] Jon Ola Norbom har orientert om møtet i en telefonsamtale den 2.2. 2012. Han husket ikke datoen for møtet, men det må ha funnet sted en av de siste dagene av januar, ev. helt i begynnelsen av februar. Norbom kom tilbake fra sin amerikanske juleferie den 23. januar. Vi har ikke funnet noen dokumenter om møtet i departementets arkiv og ingen av dem vi har snakket med, og som deltok på møtet, husker når det fant sted.

Den 18. februar ble det ferdig reviderte proposisjonsutkastet sendt Statsministerens kontor, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet, Justisdepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet til uttalelse, med svarfrist den 24. februar. Alle godtok Norbom-modellen, men hadde samtidig noen kommentarer som "overdepartementer".[445] Finansdepartementet grep fatt i den rettighetsoffensiv som preget Kari Holsts kap. 5 og skriver at Finansdepartementet forutsatte at "alle spørsmål vedrørende pasientrettigheter avventes inntil [Eskeland]utredningen foreligger". Finansdepartementet, som svarte den 24.2., var redd for at det ble skapt forventinger om nye uttellinger via endringer av lover som ikke hadde noe med rettigheter å gjøre. Finansdepartementet var så bekymret for de løfteantydninger som lå i teksten at de bad om en del strykninger, strykninger som var "en forutsetning for Finansdepartementets samtykke til at proposisjonen kan fremmes". Advarselen ble tatt til følge av Sosialdepartementet, men den viser samtidig at den offensiv Sosialdepartementet nå gikk til overfor Helsedirektoratet, ikke var uten problemer. Ellers konstaterer vi at Finansdepartementets uttalelse, med full støtte for Norbom-modellen, er undertegnet av en av modellens arkitekter, styringsgruppens mann fra Finansdepartementet, Steinar Stokke. Justisdepartementet hadde en rekke juridisk-tekniske og fremstillingsmesige kommentarer, uten at disse var innholdsmessig viktige. Departementet hadde imidlertid irritert seg over den knappe svarfristen, på en tekst på 90 sider, og over det forhold at det fikk proposisjonsutkastet til lovteknisk vurdering samtidig med at det ble sendt andre departementer til innholdsmessig vurdering. Lovavdelingen skal, etter regelverksinstruksens punkt 3.2.1 få "det endelige propoposisjonsutkast til lovteknisk gjennomgang", blant annet for å hindre ekstraarbeid. Lovavdelingen kom med sine kommentarer og sin korrektur av lovtekstene den 25.2. Etter en siste revisjon og finpuss i departementet ble så proposisjonsutkastet, og et R-notat om utkastet, lagt frem for regjeringen. På regjeringskonferansen forut for statsråd hadde ingen av statsrådene innvendinger mot den kombinerte proposisjon og melding, og den gikk i statsråd den 6. mars 1992. Med det var proposisjonen blitt hele regjeringens ansvar.

Proposisjonen fikk, etter forslag fra Lovavdelingen, overskriften "Om lov om endringer i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover". Den hadde opprinnelig denne tittel: "Om endringer i helselovgivningen som følge av endringer i den statlige helseforvaltning". Lovavdelingens Morten Holmboe mente denne tittel var for "tung, lang og generell" og mente tittelen burde avspeile at den viktigste lovendringen gjaldt tilsynsloven. Den opprinnelige tittel var imidlertid "riktigere", for så vidt som den påpekte at lovendringene var en følge av organisasjonsendringene, og at proposisjonen var en kombinert proposisjon og melding. Ved å løfte frem tilsynsloven ble dessuten betoningen av tilsynet, og indirekte rettssikkerheten, forsterket, og omorganiseringen som sådan forsvant litt. Slik sett spilte departementet mer opp til det kritikerne hadde lagt vekt på, vaktbikkjerollen. Men Sosialdepartementet godtok uten videre lovekspertenes anbefaling.

I kapittel 1 i proposisjonen, kalt "Innledning", presenteres det politiske grunnlag for forslaget om en omordning av helseforvaltningen og for noen lovendringer som følger av den. Videre redegjøres det for Norbom-utvalgets innstilling og for synspunkter fra remissinstansene. I kapittel 2 følger et sammendrag av den kombinerte proposisjon og melding. Den egentlige normative meldingsdelen følger så i kapitlene 3 og 4. Her presenteres "Hovedlinjer i organisasjonsmodellen" og en "Nærmere beskrivelse av den nye organisasjonsmodellen". Som vi har sett omfatter kapittel 5 lovendringsforslagene, kapittel 6 en kort oversikt over

[445] De ulike uttalelser finnes i departementsarkivet, 612.1, under sak 92-00895 (kas. 16).

”Administrative og økonomiske konsekvenser” og kapittel 7 ”Merknader til de foreslåtte lovendringer”.

Vi skal her si litt om de to normative meldingskapitler (3 og 4).

I første del av kapittel 3 (3.1.) drøfter departementet – og her er Brofoss’ stemme svært gjenkjennelig – forholdet mellom Stortinget, departementet og de ”underliggende etater”. Det legges stor vekt på at det er en tydelig og ubrutt linje på nedstrømssiden: Storting → Regjering → Departementer → etater. Departementet må dog innrømme at man ikke kan føye til en pil til, nemlig til lokale organer og institusjoner: ”At det operative ansvaret for helsetjenesten er lagt til kommuner og fylkeskommuner innebærer at Stortingets og regjeringens styrings- og kontrollmulighet begrenses. Meldingen og proposisjonen gjelder den statlige helseforvaltning, og her gjelder linjen uten begrensninger, heter det. Vi skal føye til at der går ”piler” i motsatt retning, altså oppstrøms, men de representerer informasjon, synspunkter, råd etc.

Departementet inntar i dette kapitlet en svært tydelig demokratisk-hierarkisk posisjon: Langs linjen er instruksjonsretten ubegrenset. Det henvises i den sammenheng til Ingvaldsen-utvalgets innstilling om Stortingets kontroll med forvaltningen m.v. fra 1972 og stortingsdebatten om forvaltningskontrollen i 1977. Både utenrikskomiteen, som behandlet innstillingen, og Stortinget selv, gav uttrykk for at ”hovedregelen bør være at regjeringen – og eventuelt et departement på regjeringens vegne – bør ha instruksjons- og kontrollmyndighet overfor forvaltningsorganer som er tillagt avgjørelsesmyndighet ved lov eller stortingsvedtak”.[446] Denne hovedregel, mente komiteen, bør bare fravikes i spesielle tilfeller. Departementet slutter seg i meldingen helhjertet til disse synspunkter. Spørsmålet kan imidlertid reises om hvordan ’forvaltningsorgan’skal forståes, særlig siden man siden 1980-årene internasjonalt var begynt å anbefale å fristille disse i større eller mindre grad, og i den sammenheng eventuelt omdøpe dem fra forvaltnings- til forretningspregede organer. Det siste var således nå iferd med å skje med forvaltningsorganet Televerket. Her kunne Sosialdepartementet, som på politokratisk vis ikke ville ”avbyråkratisere” helt hverken de sentrale forvaltningsinstitusjonene, som direktoratet og SIFF, eller endog statssykehusene, finne støtte hos tidens viktigste ”nystatsmann”, Tormod Hermansen. Det utvalg Hermansen ledet, og som i 1989 hadde levert innstillingen om ”En bedre organisert stat”, gav uttrykk for at ”Forvaltningsorganformen bør brukes for statlig virksomhet som stiller store krav til politisk og konstitusjonell kontroll og ansvar”. Utvalget nevner som eksempler på virksomhet som stiller slike krav kontroll og tilsynsvirksomhet og tjenesteytelse der tjenestene er frie. Det passet Sosialdepartementet godt, og det konstaterer derfor i meldingen (s. 21):

> *Det er etter departementets mening liten tvil om at den statlige helseforvaltningen bør organiseres etter forvaltningsorganmodellen. Det dreier seg i utpreget grad om å forberede og følge opp de vedtak Stortinget har truffet, for eksempel i form av tilsyn og kontroll med utøvelsen av helsetjenesten.*

Departementet berører også Helsedirektoratets argument om at det av Stortinget er delegert myndighet i en del saker. Det skriver (s. 21):

[446] Innstillingen fra Ingvaldsen-utvalget ble publisert som NOU 1972: 38, *Stortingets kontroll med forvaltningen m.v.*. Sitatet fra Utenrikskomiteens innstilling er fra Innst. S. nr. 277 (1976–77), s. 9.

> *Når Helsedirektoratet (i liket med andre "egentlige" direktorater) ofte betegnes som "frittstående"eller "selvstendig" direktorat peker dette først og fremst på at det treffer beslutningen i eget navn, ikke at instruksjonsmyndigheten er avskåret.*

Før vi går videre skal vi nevne at departementets demokratisk-hierarkiske syn snart ble utfordret i pressen. Statsråden selv stod nå, selvsagt, tydelig for dette synet. I et svar til Carl I. Hagen (Dagbladet 8.3.) i Dagbladet den 14. mars, altså en drøy uke etter at proposisjonen var presentert, skriver hun blant annet at "I den nåværende helseforvaltningen er både Helsedirektoratet og de øvrige organene underlagt departementets fulle styrings- og instruksjonsmyndighet. Dette er bl.a. en forutsetning for at Stortinget skal kunne utøve sin kontrollfunksjon". I et svar til VGs redaktør (leder 8.3.) gjentar hun dette, men føyer nå til: "Det er derfor ikke noe nytt når dette foreslås videreført i den nye organisasjonsmønsteret, slik man kanskje skulle tro når man leser VGs leder".[447]

I et innlegg i Dagbladet tre dager senere skriver professor Ståle Eskeland[448]:

> *Dette er juridisk vranglære. Helsedirektoratet er ved loven om statlig tilsyn med helsetjenesten fra 1984 tillagt det øverste faglige ansvar for helsetjenesten her i landet. Departementets adgang til å instruere direktoratet om utøvelsen av denne myndighet er meget begrenset.*

Han legger til:

> *Sosialministeren skaper inntrykk av at forslaget om nedleggelse av Helsedirektoratet egentlig bare er et element i en administrativ opprydding som ikke har noen betydning for den statlige, faglige styringen av helsevesenet. Enten har ikke sosialministeren forstått hva hennes eget forslag innebærer eller hun forsøker å villede de stortingsrepresentanter som ennå ikke har gjort seg opp noen mening om forslaget.*

Saken ble nå mer alvorlig for departementet. Her truet jo en juridisk professor noe av grunnlaget for proposisjonen og gjorde det samtidig med at sosialkomiteen gikk i gang med behandlingen av proposisjonen. Den 20.3. skrev departementet til Justisdepartementets lovavdeling og bad om en vurdering av det syn departementet hadde gitt uttrykk for i proposisjonen, nemlig at det hadde full instruksjonsrett. Brevet var skrevet av Brofoss, men undertegnet av Finn Høvik.[449] Lovavdelingen svarte den 24.3. og konkluderte slik: "Vi kan etter dette ikke se at beskrivelsen av gjeldende rett i Ot.prp. nr. 43 (1991-92) er misvisende".[450] Med lovavdelingen i ryggen svarer så Brofoss Eskeland i Dagbladet den 28.3.

---

[447] Tove Veierød, "Omorganiseringen av den statlige helseforvaltningen", *Dagbladet*, 14.3. 1992, s. 2. T.V., "Helsedirektoratet og departementet", *VG*, 14.3. 1991, s. 2.
[448] Ståle Eskeland, "En sosialminister i nød", *Dagbladet*, 17.3. 1992, s. 3.

[449] Brevet har dep.referansen 92/00895 og er på vel to sider. Det er unntatt offentlighet.
[450] Svarbrevet fra Lovavdelingen er på tre sider og er ikke unntatt offentlighet. Det har arkivreferanse (Sosialdepartementet) 92/00895-6 (sak 612.1, kas. 16). Lovavdelingen skriver (s. 2) at "Det er alminnelig antatt at en lov som legger myndighet til et direktorat ikke avskjærer overordnede forvaltningsorganer for å gi instrukser om lovtolkningen og saksbehandlingen, og generelle retningslinjer om hvilke hensyn som skal legges til grunn ved skjønnsutøvelsen. Derimot må det vurderes konkret om det kan gis instruks om skjønnsutøvelsen i det enkelte tilfelle". For så vidt som lovavdelingen tidligere (teknisk-)juridisk hadde "godkjent" proposisjonen, er dens uttalelse ikke overraskende.Vi nevner ellers at da lovavdelingen i 1983 uttalte seg om den foreslåtte nye instruks for Helsedirektøren, skrev den at som § 1 i instruksen "nå er utformet vil det måtte forstås slik at det gir departementet en generell instruksjonsrett i alle saker". Lovavdelingen sa også at hvis man ønsket å begrense

Brofoss henviser blant annet til Eskelands henvisning til Helsedirektoratets overordnede tilsynsmyndighet og skriver:

> *Men det heter også at det "skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved.. pålegg fra departementet". Eskeland har derfor ikke noe særlig støtte å hente i lovens ordlyd. Heller ikke i lovens forarbeider er det noe som tyder på at den alminnelige og fulle instruksjonsmyndighet skal være avskåret. Helsedirektoratets "overordnede" stilling må forstås i forhold til den underordnete statlige helseforvaltning, ikke i forhold til departementet.*

Vi har ovenfor sett at Kari Holst, i kapittel 5, åpner for å teknifisere (profesjonalisere) tilsynet, og slik gir premisser for å gi de organer som utfører tilsyn, og når det er det de gjør, en større grad av selvstendighet overfor overordnede organer. Hennes henvisning til den planlagte pasientrettighetslov viser at det kan bli flere områder hvor helseforvaltningsorganer kan få større grad av selvstendighet. Hverken Brofoss eller lovavdelingen behandler tilsynsvirksomheten, og for så vidt klagebehandlingen, fra en slik synsvinkel. Man kan derfor si at det er en viss spenning mellom det politokratisk-juridiske syn som preger kapittel 3 og det mer rettsstatlig profesjonaliserende syn som preger kapittel 5, og noen passasjer i kapittel 1. Det er imidlertid interessant at heller ikke Eskeland resonnerer helt som Holst. Han kunne gjort det da han i sitt første innlegg talte om "juridisk vranglære", og han kunne iallfall ha gjort det i sitt annet innlegg – det kom den femte april – da han svarte Brofoss.[451]

Eskelands resonnement har et nesten medikratisk utgangspunkt for så vidt som han taler om at direktoratet har "det øverste faglige ansvar for helsetjenesten". I sitt innlegg nr. to skriver han at han mener det "ikke er juridisk holdbart å hevde at Sosialdepartementets styringsrett i faglige spørsmål er *ubegrenset*". Han føyer til at "Brofoss nokså ensidige juridiske argumentasjon tåkelegger dette". Den medikratiske tradisjon Mork sprang ut av innebar at man brukte ordet "faglig" nokså bredt. Det ble selvsagt brukt om medisinske spørsmål, men i praksis ble det brukt langt videre. Kritikerne av denne medikratiske faglighetsoppfatning hevdet at der knapt nok finnes *rene* medisinske spørsmål, blant annet fordi alle medisinske avgjørelser også har ressursmessige konsekvenser og svært mange har juridiske og organisatoriske konsekvenser eller implikasjoner. Eskelands syn, som Morks, var altså at det å utøve tilsyn skulle sees på som en faglig, i betydningen, medisinsk (eller helsefaglig) virksomhet. De kunne også, som Eskeland gjorde, henvise til at tilsynsloven talte om et *faglig* tilsyn. Loven av 1984 reflekterte faktisk i noen grad medikratisk tenkning. Brofoss og lovavdelingen kommenterte ikke direkte det. De hadde allerede distansert seg fra de medikratiske forestillinger, og dermed noe av den sammenheng lovtilblivelsen stod i. De mente, som styringsgruppen, at det å utøve tilsyn var noe mer enn å utøve faglig, i betydningen medisinsk, virksomhet. Det var å utøve en virksomhet som nok som regel hadde et medisinsk grunnlag, men tillike hadde et juridisk, økonomisk og gjerne generelt politisk grunnlag. Hva gjaldt det siste kunne det for eksempel ha med prioritering å gjøre. Sæbø berører forøvrig dette i kap. 3.2. i proposisjonen. For Holst var tilsyn iferd med å bli en faglig virksomhet, men da i den mer moderne betydningen *tilsynsfaglig*.

La oss ellers, når det gjelder Eskeland, og for så vidt også Mork, legge til at deres medikratipregede holdning også var påvirket av deres politiske holdning, nemlig en

instruksjonsadgangen burde det "gis uttrykk i instruksen". (Arkivref., Justisdep.: 3637/83 I A PBT/Hw 1787/83 E MR/agm.)

[451] Ståle Eskeland, "Faglig og politisk styring av helsevesenet", *Dagbladet*, 5.4. 1992, s. 2.

venstreliberal sådan. Eskeland var, som hans pasientrettighetsinnstilling viser, svært rettighetsambisiøs. Det var også Mork. Eskeland avslutter således sitt siste innlegg politisk: ”Sosialdepartementet trenger en sterk faglig barriere utenfor seg selv for å kunne motstå press fra sterke aktører som ikke primært er opptatt av pasientenes behov for helsehjelp blir dekket på en faglig forsvarlig måte”. Brofoss klarte ikke å gi seg og kom tilbake, litt triumferende, men først den 27. april. Han mener Eskeland, som hadde hevdet at departementets rett til å instruere direktoratet var ”meget begrenset”, nå har ”modifisert seg”. Brofoss legger så til at Eskeland nå mener at departementets forslag til endring av tilsynsloven innebærer at departementet får en ”ubegrenset” styringsrett over direktoratet. Men departementet har ikke brukt betegnelsen ”ubegrenset”, bare ”alminnelig”, og det er noe annet, fortsetter ekspedisjonssjefen. Ingen offentlig myndighet er ubegrenset, legger han retorisk til.[452]

Den forholdsvis ferske (fra 1991) ekspedisjonssjef i forvaltningspolitisk avdeling i Arbeids- og administrasjonsdepartementet, juristen Vidar Oma Steine (1949-2009), ble også inspirert, eller provosert, til å ytre seg i denne debatten, men valgte å gjøre det prinsipielt, nemlig ved å uttale seg om statsrådenes instruksjonsrett overfor direktoratene og de direktoratsansattes lojailitetsplikt. Steine laget et utkast til en lengre artikkel og sendte den rundt til uttalelse, bl.a. til ledelsen i Sosialdepartementet. Artikkelen hadde overskriften ”Direktorater og departementer”, men ble siden, og etter at Norbom III-prosessen var over, publisert i forvaltningstidsskriftet *Stat og styring*.[453] Artikkelen er interessant fordi den viser at det politokratisk-juridiske syn på direktoratenes status var utbredt i departementene. Steine uttalte seg i artikkelen på linje med det Brofoss og lovavdelingen hadde gjort. Han konstaterer at statsrådene har et politisk og strafferettslig ansvar for ”sine” direktorater og fortsetter: ”Derfor er det et helt klart utgangspunkt for vår forvaltningsordning at statsråden har instruksjonsmyndighet overfor direktoratene, også når de er tillagt avgjørelsesmyndighet ved lov eller stortingsvedtak”. At Stortinget i spesielle tilfeller har unntatt forvaltningsorganer, blant annet ligningsnevndene, fra slik instruksjon ”må aldri brukes til å skape et inntrykk av at departementene innenfor de rammene som Stortinget har trukket opp ikke har en generell styringsadgang overfor forvaltningsorganene”. Han skriver så at direktoratene selvsagt skal gi råd oppover, på et faglig uavhengig grunnlag, og at de som remissinstanser kan uttale seg fritt overfor departementet om innholdet i offentlige utredninger. Derimot er det ”ikke god tradisjon i vår forvaltning å opptre som en kamporganisasjon mot sitt eget departement. Da er det andre forhold enn fagkunnskap og ekspertise som rår grunnen”. Han fortsetter, og adressen er tydelig: ”Det er ikke i tråd med det en kan kalle god forvaltningsskikk når et direktorat driver lobbyvirksomhet direkte overfor Stortinget for å sikre flertall mot regjeringens forslag”. Det fremgår av en påtegnelse Brofoss har gjort på utkastet (av 27.3.) til Steines artikkel (gjort 31.3.), at han var godt fornøyd med artikkelen.[454]

Videre i kapittel 3 (3.2.) drøftes forholdet mellom ”fag og politikk”. Her begrunnes det nærmere (av Sæbø) hvorfor departementet har underordnet faget, det vil si helsefagligheten,

[452] Direktoratet er, som andre direktorater, underlagt en alminnelig instruksjonsmyndighet, skriver Brofoss. Hans siste artikkel har overskriften ”Styring av helsevesenet”. (*Dagbladet* 27.4.92, s. 2.)
[453] Artikkelutkastet var datert 27.3.92. Utkastet finnes i Sosialdepartementets arkiv, 612.1., kas. 16. Artikkelen ble publisert i *Stat og styring*, nr. 3, 1992, på sidene 19–21.

[454] I det nummeret av *Stat og styring* hvor Steine publiserte sin artikkel var det også et intervju med Christian Hambro (s. 30–34). Foranledningen til intervjuet var at han skulle slutte i Statskonsult og begynne i en direktørstilling i oljeselskapet Saga. Hambro uttaler seg ikke direkte om Helsedirektoratet i intervjuet, men sier bl.a. at ”Det nesten .. alltid (er) motstand mot endringer” i forvaltningen. Han legger til at motstanden kan komme fra så mange hold. Da nummeret med artikkelen til Steine og intervjuet med Hambro kom på trykk, reagerte Anne Alvik og sendte en kommentar til *Stat og styring*.

under politikken. Hovedpoenget er at fagligheten sjelden og aldri, iallfall sett fra en styringsssynvinkel, er uomtvistet og ”ren”. Fagligheten spriker i praksis: leger oppfører seg ofte ulikt i ”like” situasjoner. Fagligheten spriker når råd gies, eller råd gies uten at det sies at rådene er faglig kontroversielle. Det er ”ingen objektive eller rene faglige standarder for å løse prioriteringsproblemene i helsetjenesten”. Endelig vil ”de fleste faglige råd og premisser innebære ressursmessige og prioriteringsmessige konsekvenser som det er avgjørende viktig at de helsepolitiske myndigheter får et best mulig grunnlag for å vurdere” (s. 23). Det konkluderes derfor med at helsefagligheten skal spille en forholdsvis fri rolle oppstrøms, altså på rådgivningssiden, men være underordnet de helsepolitiske organer sentralt og lokalt på nedstrømssiden.[455] Det er derfor de helseadministrative organer på nivå nr. to nå defineres som kompetanseorganer: De skal først og fremst være oppstrømsorganer. De kunne også vært instruerbare forvaltningsorganer (nedstrømsorganer), men hverken styringsgruppen eller departementet tar sjansen på det: Tilliten til Helsedirektøren var for liten. Siden ”rest-Direktoratet” måtte bli kompetanseorgan (rådgivningsorgan), måtte også de fleste andre bli det. Dog tok departementet ”sjansen” på å la det nye legemiddelforvaltningsorganet bli et kombinert oppstrøms- og nedstrømsorgan: Det skulle bli et ”verk”, ikke et kompetanseorgan. Men enda mer interessant er det at de nedstrømsoppgaver direktoratet hadde nå i stor grad skal overlates til fylkeslegene, som slik får fortsette som tradisjonelle toveis forvaltningsorganer, à la det nye Legemiddelverket. I proposisjonen begrunnes det imidlertid ikke hvorfor de første organene i hovedsak skulle bli oppstrømsorganer, eller hvorfor Legemiddelverket og fylkeslegene også kunne (for)bli nedstrømsorganer. Det er forståelig.

Vi kan ellers konstatere at terminologisk er også departementet fortsatt litt preget av den medikratiske kultur: Det bruker ordet ”faglig” som legene gjør det, skjønt slik at faglig iallfall delvis betyr helsefaglig og ikke bare medisinsk. Annen styringsfaglighet, for eksempel juridisk og økonomisk, fremstår slik som ikke egentlig faglig.

I siste del av kapittel 3 understrekes det politokratiske poeng: ”Det er et hovedkrav til helseforvaltningen at den skal være politisk styrbar” (s. 25). Det utdypes slik, først med en oppstrøms- så med en talende nedstrømskommentar: ”Det forutsetter et apparat som gir gode faglige råd og relevant informasjon som grunnlag for de politiske vedtak. I tillegg må styringssystemene og kulturen være slik at de politiske vedtak blir satt i verk på en lojal og faglig god måte”.

I kapittel 4 redegjøres det nærmere for den nye organisasjonsmodellen. I redegjørelsen følges styringsgruppens innstilling nokså nøye. Kanskje kan man imidlertid si at Senteret for helsetjenestekompetanse, til dels også de prekliniske sentrene, presenteres enda tydeligere som kunnskapsforvaltningsinstitusjoner enn de ble i styringsgruppens innstilling. Samtidig betones også i større grad sentrenes flerfaglige kunnskapsrolle: De skal gi råd som ikke bare baseres på medisinske premisser, men på profesjonelt integrerte medisinske og andre, men særlig, økonomiske premisser. Det er derfor departementet legger slik vekt på at helsetjenesteforskningen generelt og helseøkonomikken spesielt, bør prege sentrene. Departementet vil altså at rådgivningen skal ”passe” departementet bedre, for eksempel ved at den ikke er rent ”faglig” basert, gammeldags forstått, men også reflekterer økonomiske

[455] Kapittelforfatter Sæbø nevner, interessant nok, at det å gjøre det legepregede Helsedirektoratet om til et rådgivningsorgan har ”en viss parallell” til det som skjer i kommunehelsetjenesten, der den offentlige lege ikke lenger er medisinsk ansvarlig, men ”medisinsk-faglig rådgiver” (s. 23); kfr. St. meld. nr. 36 (1989–90) om *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*.

hensyn: Den skal være mer omkostnings-nytte-orientert.[456] Slik sett trekker proposisjonen også på dette punkt Norbom-modellen i forvaltningsprofesjonaliserende – og nyttestatlig – retning, men nevner ikke at en utvikling i denne retning representerer en utfordring til den legpolitiske tenkningen som i så stor grad preger styringsgruppens innstilling og til dels også departementets proposisjon. I denne delen av proposisjonen antesiperes problemstillinger som for alvor slår gjennom etter 2002.

Den 12. januar hadde Peter F. Hjort og Geir Stene-Larsen (f. 1955) i SIFFs helsetjenesteforskningsenhet, sendt et omfattende notat til departementet, kalt "Kompetansesenteret for helsetjenesten. Tanker om oppgaver og organisering".[457] Hjort hadde fattet interesse for det nye senteret, et senter han så for seg at han og hans helsetjenesteforskningsgruppe kunne bli en sentral, ja, den sentrale, del av. Senteret kunne både gi ham ressurser til en bredere forskningsvirksomhet og et privilegert utgangspunkt for å påvirke helsepolitikken. Han så for seg "en kunnskaps- og idébank for helsetjenesten, en bank basert på bibliotek, arkiv og elektronisk informasjon" (s. 7). Notatet er velskrevet, elegant bygget opp og innholdsmessig spennende: Det utvikler styringsgruppens ide om kompetansesentre en god del videre. Notatet ble sett av mange i departementet, også statsråden. I noen grad har også Sæbø vært inspirert av det når han har skrevet de aktuelle avsnitt i kapittel 4. Notatets potensial er imidlertid underutnyttet.

I omtalen av de to prekliniske sentre er departementet nesten mer hensynsfullt overfor dem og deres krav om autonomi etc., enn styringsgruppen. Her viser departementet en vilje til å komme de ulike institusjonenes ønsker i møte som står i kontrast til den mer "ufølsomme" måten direktoratet og dets ønsker behandles på.

[456] På s. 37 heter det således: "Kompetansesenteret (for helsetjenesten) skal ha helseøkonomisk kompetanse i første rekke for å å bli i stand til å analysere økonomiske aspekter ved de helsefaglige råd som avgis, kostnadsvurderinger i forbindelse med behandlingsprogrammer m.v."
[457] Notatet er på 14 sider, med to vedlegg. (Org.gjennomgåelsen 612.1., kas. 6.) Notatet ble sendt dagen før det skulle holdes et møte med Helsedirektoratet (Anne Alvik hovedrepresentant) om planene for kompetansesenteret for helsetjenesten. Det nådde ikke departementets deltagere før etter at møtet var holdt.

Øyvind Sæbø (f. 1949): Han kom til departementets helseavdeling som spesialutreder i 1986. Han ble rådgiver i 1987, avdelingsdirektør i 1994 og ekspedisjonssjef (helseavdelingen) i 1995. Det siste embedet hadde han som vikar for den da permitterte Harald Hauge. Høsten 1997, da Hauge kom tilbake, ble han forhandlingssjef i Den norske lægeforening og virket som det frem til 2005. Deretter var han knyttet til Sosial- og helsedirektoratet (Helsedirektoratet) til 2017, spesielt som prosjektdirektør. Sæbø spilte en stadig mer sentral rolle i helseavdelingen, lenge i stabsstilling, men de siste årene i linjestilling. Han var sekretær for Eilertsen-utvalget (sykehusfinansiering) og med på å lage den nasjonale helseplanen som kom i 1988. Han skrev en utredning om de økonomiske og administrative konsekvenser av Ståle Eskelands forslag til pasientrettighetslov, en utredning som ble tatt inn i NOUen og bidro til å underminere den. Sæbø var aktivt med i de siste Norbom-prosessene. Han er statsviter. (Foto: Privat, fra tidlig i 1990-årene.)

Når det gjelder legemiddelsektoren nevner departementet Helsedirektoratets skepsis til å adskille ”legemiddelområdet fra forvaltningen av resten av helsevesenet”, men kommenterer den ikke. Det skriver i stedet nokså offensivt, med de fleste remissinstanser i ryggen, om hvorfor det bør etableres et legemiddelverk med både rådgivende, forvaltende, tilsynsutførende og til dels også tjenesteytende oppgaver. Heller ikke her, i dette mer konkretiserende kapitlet, drøftes det hvorfor bare denne del av helseseforvaltningen skal organiseres på en så funksjonsintegrert måte. Man kan imidlertid si at denne måten å organisere legemiddelforvaltningen på passet den kommersialisering av grossist/importør- og deltaljistsiden som etter hvert skulle komme. Det var for så vidt også en slik utvikling, en kommersialisering, Helsedirektoratet fryktet.

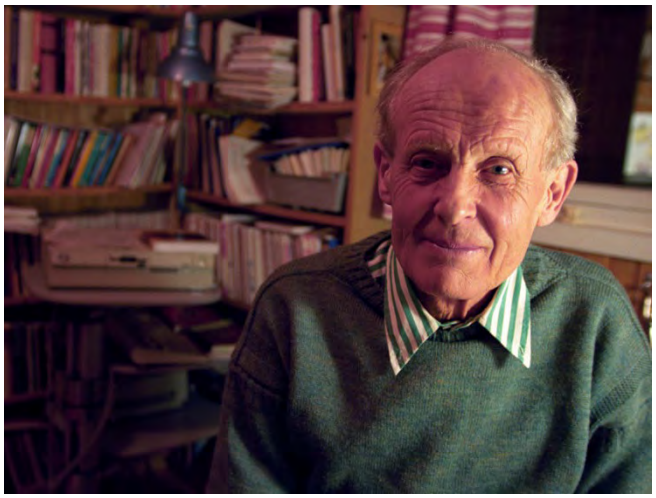
Den politiske dragkamp om proposisjonen – vinteren og våren 1992

I departementet ble det altså utover vinteren arbeidet under høytrykk med omordningssaken. Også i de berørte institusjoner tok omordningen mye tid, skjønt i første rekke på grunn av omstillingsarbeidet. Institusjonene var jo representert i omstillingsgruppene; Helsedirektoratet endog i mange av dem. Litt tid tok det også da en del av dem, ved månedsskiftet januar/februar måtte uttale seg om noen lovendringsforslag. Disse skyldtes offisielt i første rekke den kommende EØS-avtalen. Men dette arbeidet var ikke bare noe som tok tid for institusjonene. Det var også noe som satte følelser i sving: Få forholdt seg nå avslappet til det norbomske reformarbeid. En del av det engasjement reformarbeidet skapte, utløste også politiserte prosesser mellom noen av institusjonene og mellom disse og departementet. I noen grad fikk disse prosesser også offentlige ringvirkninger: Særlig fra månedsskiftet januar/februar ble Norbom-III-prosessen igjen pressestoff. Departementets arbeid skapte slik nok en gang ”vibrasjoner” utover i samfunnet, vibrasjoner som slo tilbake og påvirket

stemningen blant proposisjons- og meldingsskrivere. Vi skal nå se på noe av den ”politikk” som oppstod rundt proposisjons- og meldingsarbeidet vinteren og våren 1992. Vi skal først se på det som skjedde før proposisjonen ble fremmet.

Januar/februar 1992

Det første innslag av politikk som fikk litt oppmerksomhet kom mot slutten av januar. Det hadde arbeidsbelastningen, i dette tilfelle i Legemiddelkontrollen, som utgangspunkt. Den 30. januar sendte sjefen for Legemiddelkontrollen, og lederen av omstillingsgruppen for det nye Legemiddelverket, Ola Westbye, Helsedirektoratet og sine samarbeidspartnere et brev hvor det heter at omorganiseringsarbeidet ”i tiden frem til sommerferien (vil) legge stort beslag på ledelse og medarbeidere” i SLK, noe som vil få ”merkbare konsekvenser for behandlingen av registreringssøknader og et generelt redusert servicenivå”. Westbye likte Norboms planer for legemiddelsektoren og viste med brevet hvor høy prioritet han gav reformarbeidet. Mork likte ikke Norboms planer for legemiddelsektoren og kunne nå, om enn indirekte, bruke Westbyes brev til å minne om det. Han, eller rettere hans nestkommanderende, Anne Alvik, skrev den 10. februar et skarpt brev til sin underordnede Ola Westbye, hvor det heter at Direktoratet er ”overrasket over utspillet” og over at brevet ble sendt uten at saken først var drøftet med SLKs overordnede organ, direktoratet. Direktoratet ber om en nærmere redegjørelse for SLKs beslutning og hva SLK nå gjør for at ”helsevesenet ikke skal bli skadelidende pga nedtrappingen av SLKs funksjoner”. Direktoratet minner også om at SLK nettopp har fått 15 nye stillinger. I et annet brev, sendt samme dag, ber direktoratet departementet om ekstra midler til å dekke de utgifter som påløper i omstillingsarbeidet. ”Direktoratet ønsker ikke å redusere omfanget av den ordinære virksomheten”, het det i brevet.[458] Ola Westbye skriver i et kort svar til direktoratet den 19. februar at SLKs ”tjenester overfor Helsedirektoratet og helsevesenet ikke (vil) bli redusert”, bare tjenestene overfor industrien.[459]



Hjort, Peter F. (1924–2011): Han var professor i medisin ved universitetene i Oslo og Tromsø fra 1969. Fra 1969 til 1972 var han leder for interimsstyret for Universitetet i Tromsø. Han ble Tromsø-universitets første rektor (1972–73). I 1975 etablerte han Gruppe for helsetjenesteforskning (under NAVF, siden Folkehelseinstituttet) og var dens leder til 1994. Han bidro i Norbom-prosessene med originale utredninger om det som ble kalt kompetansefunksjonen. Han var i mange år en viktig deltager i den helsepolitiske diskusjon, både i faglige og almene fora. Han arbeidet også i mange år som sykehjemslege på Ullern sykehjem. I årstalen han holdt ved årsfesten ved Universitetet i Oslo i 1967, og som gav noe av grunnlaget for hans Tromsø-engasjement, sa han blant annet – og det er karakteristisk for hans måte å tenke på: «De medisinske fremskritt gjør det kanskje lettere å være en dyktig lege, men samtidig blir det vanskeligere å være god lege. Satt på spissen kan man si at for

[458] Brevet fra SLK har saksnummer 90/10594-85, brevet fra direktoratet til SLK har saksnummer 92/01085 og brevet fra direktoratet til departementet har saksnummer 90/10594-086 (direktoratets arkiv).
[459] Helsedirektoratets arkiv, sak nr. 92/01085-002.

legen er karakter viktigere enn karakterer». Bildet er fra mars 1998. Det er tatt hjemme hos Hjort på Blommenholm. (Foto: Harald Henden / VG)

SLK-saken ble raskt offentlig kjent og trukket eksplisitt inn i striden om Norbom-planen. Allerede den 5. februar hadde Dagbladet et oppslag om den. Senere i måneden tok SVs helsepolitiske talsmann, Magnar Sortåsløkken, saken opp i Stortingets spørretime. Den 26. februar spurte han Sosialministeren om hun mente "det er riktig at en kraftig reduksjon i tjenestetilbudet finner sted før Stortinget har vedtatt omorganiseringen?" Ministeren svarte, strategisk, at omorganiseringsarbeidet "krever medvirkning fra de berørte organer, de tilsatte og deres organisasjoner", men la til at de ressurser som ble satt inn var begrensede og at hun derfor forutsatte at "driften stort sett vil kunne gå som vanlig". SLK beklager, sa hun, at dets første brev gav et uheldig inntrykk av konsekvensene omstillingsarbeidet medførte.

Når det gjaldt lovendringsforslagene gjaldt de ikke minst legemiddellovgivningen. EØS-avtalen krevde at det skulle være fri bevegelse av varer (og personer), og det hadde implikasjoner for organiseringen av legemiddelforsyningen. Helsedirektoratet satte straks forslagene om lovendringer i sammenheng med omordningsarbeidet. Mork selv påpekte at Sosialministeren hadde benyttet anledningen EØS-avtalen gav til å "utradere" Helsedirektørens funksjon. Han nevnte blant annet at han, via endringen av legemiddelloven, skulle fjernes som formann i Spesialitetsnemnda.[460] I et brev til departementet skriver Mork at

> *Det er med stor forundring vi ser at departementet har forskuttert omorganiseringen av den statlige helseforvaltning ved å oppheve helsedirektørens myndighet i flere bestemmelser. Vi regner med at departementet er klar over at nedleggelse av Helsedirektoratet ikke vil være avgjort før Stortinger har tatt stilling til saken.*

Mork pekte på at slike endringer i hans rolle intet hadde med EØS å gjøre. De hadde bare med ham og hans rolle å gjøre. De var en del av departementets fjern-Mork!-prosjekt. [461] Litt senere kommer det reaksjoner på forslagene til en ny lov om medisinsk utstyr. Reaksjonen kommer fra lederen i Norsk Pasientforening, Gro Hillestad Thune. Hun mener forslaget om en generell fullmaktslov, som gir departementet fullmakt til å lage EF-tilpassede forskrifter, "forkludrer prosessen med å skape en samordnet meldetjeneste for skader på medisinsk utstyr". Hun ser i noen grad forslaget som en del av prosessen med å fjerne direktoratet og samle helsemakten i departementet.[462]

Både i Helsedirektoratets aksjonskomite og i mange personellorganisasjoner, ikke minst Lægeforeningen, gikk arbeidet med å stanse departementets planer for Helsedirektoratet aktivt videre. Et synlig uttrykk for det var det møtet i Ingeniørenes Hus Akademikernes Fellesorganisasjon arrangerte om ettermiddagen den 27. januar. Formålet med møtet var å "presentere en plan for et forbedret sentralt, faglig uavhengig, organ innenfor et system med bedre politisk styring". Planen var ennå under utvikling, men en skisse skulle presenteres, en skisse deltagerne ble invitert til å kommentere. AF hadde for lengst markert seg som Norbom-kritisk og forsøkte nå å påvirke debatten, og spesielt Stortinget, ved å presentere et alternativ til Norbom-planen. AF hadde for øvrig flere store og innflytelsesrike organisasjoner med seg,

[460] Blant en del farmasøyter, og ikke bare i direktoratet, var det betydelig skepsis til forslaget om å etablere et legemiddelverk. I et innlegg i Dagbladet den 25.2. skriver således apoteker Per Flatberg (f. 1937) at forslaget om et legemiddelverk, som produsentene er så interessert i, vil gi produsentinteressene større innflytelse. Det nye SLVs virksomhet skal finansieres ved avgifter fra legemiddelindustrien.

[461] NTB-intervju med Mork 31.1. 1992. Også sitatet fra brevet er gjengitt etter dette intervjuet.

[462] Intervju i Aftenpostens morgennummer 10.2.92, s. 48. Intervjuer: Lene Skogstrøm.

søsterorganisasjonene LO og YS, samt Pensjonistforbundet og Nasjonalforeningen for Folkehelsen. Planen ble utarbeidet av personer som, i flere tilfeller, lenge hadde vært aktive i debatten om helseforvaltningens ordning: Truls Frogner (AF) (1949-2006), Jan Grund (BI), Hans Asbjørn Holm (Lægeforeningen) (f. 1941), Jørgen Jonsbu (f. 1940) (Helsedirektoratet/SiA), May Tanner og Terje Vigen (Lægeforeningen).[463] Planen forelå 3. mars, tre dager før proposisjonen passerte Statsråd, og var på 42 (den lange versjon) og 14 sider (den korte versjon). Forfatterne konstaterer i innledningen til den korte versjon at Norbom-forslagene

> *bryter med intensjonen i St.meld. nr. 31 (1975-76) om Hovedlinjer for reformer i sentralforvaltningen der det forutsettes at departementene bør avlastes for løpende enkeltsaker, og først og fremst konsentrere seg om å være sekretariat for den politiske ledelsen.*[464]

Planens forfattere angriper altså Norbom-planens politokratiske orientering og stiller seg selv på den nyttestatlig moderniserende side. Helt konsekvente er de imidlertid ikke. De godtar, som så mange, Norbom-planens forslag om to sentrale nivåer og gir slik departementet forholdsvis omfattende samordningsoppgaver. Dog reduserer de antallet organer på nivå nr. to såpass sterkt at mye samordning kan foregå der, spesielt i det "nye" Helsedirektoratet – som etter forslaget skal omfatte det meste av det gamle direktoratet, men også mesteparten av de øvrige gamle institusjonene, blant annet SIFF, og bestå av tre store avdelinger, én for forebyggende helsetjenester, én for kurative helsetjenester og én for helserett (tilsyn, klagebehandling). I tillegg til det store direktoratet vil AF-gruppen ha et rusmiddeldirektorat, et legemiddelverk og et statlig sykehuskontor. Gruppen støtter altså Norbom-utvalgets forslag hva gjelder legemiddelforvaltningen – og går her imot Helsedirektøren. Dog sier den at også det nye direktoratet bør ha farmasøytisk kompetanse, blant annet for å sørge for at det blir en god samordning av legemiddelsektoren og helsevesenet for øvrig.

I en kronikk i Dagbladet den 19. februar lanserer en av AF-forfatterne, Jan Grund, ytterligere et alternativ. På nyttestatlig vis tar han også her til orde for at man trenger forholdsvis selvstendige statlige forvaltningsorganer, som mange av de andre tilsynene og som Norges Bank er. Han skriver at helsepolitikken trenger "sin Skånland".[465] Men hvis det er slik at politikerne ikke ønsker noe direktorat kan de opprette et "faglig helsepolitisk råd med representanter for viktige helsepolitiske og samfunnsmessige interesser" – og med en "helse-Skånland" som leder.

---

[463] Frogner var cand. polit. (statsvitenskap) og deltok i lokalpolitikken i Asker for Arbeiderpartiet. Han var også aktiv i Europabevegelsen og arbeidet, da rapporten ble skrevet, i AFs administrasjon. Jan Grund var nå professor ved Handelshøyskolen BI, men hadde tidligere arbeidet både i Helsedirektoratet og Sosialdepartementets helseavdeling og var aktiv i den helsepolitiske debatt. Hans Asbjørn Holm var lege og visegeneralsekretær i Lægeforeningen. Jørgen Jonsbu hadde forholdsvis nylig gått av som avdelingsdirektør i Helsedirektoratet og var nå sjeflege ved Sentralsykehuset i Akershus. Som vi har nevnt hadde han et halvt år tidligere, sammen med Christian Erlandsen, laget "motmeldingen" til Norbom-rapporten. Terje Vigen var lege og arbeidet nå i Lægeforeningens sekretariat.

[464] Rapporten har overskriften *En bedre sentral forvaltning innenfor et system med bedre politisk styring*. Den lengre rapporten har samme overskrift, men er i tillegg kalt "vedlegg". Den er bare presentert som stensiler. Vi har et eksemplar av rapporten(e) i vårt arkiv.

[465] Sentralbanksjef Hermod Skånland. Kronikken har overskriften "Mer enn Mork". Denne tanken om delvis selvstendige organer under/utenfor departementene, omtales for øvrig også i AF-rapporten (den lange rapporten s. 9).

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjons generalsekretær Peter Hjort (jr.) (f. 1950) kommer, i en lederartikkel i FFOs blad *FFO-nytt*, nr. 1 1992, med nok et forslag, eller en antydning til et sådant. Han skriver at det er "Greit nok for oss hvis regjeringen gravlegger den vaktbikkja som det er lenge, lenge siden pasientene og deres organisasjoner kunne feste lit til". Han høres slik nesten Norbom-vennlig ut. Men fortsetter så med å spørre hvorfor ikke regjeringen foreslår å opprette "et myndigere, et mer brysomt, et mer uavhengig kvalitetsorgan for helsevesenet". Han avslutter med å oppfordre regjeringen:

> *Opprett Statens helsetilsyn og gi det like stor autoritet som Datatilsynet og like store fullmakter som Statens forurensningstilsyn. Uten et Statens helsetilsyn som reiser seg av Helsedirektoratets aske, vil den nasjonale helsepolitikken ikke stå til troendes.*

Hjort vil altså skille ut, spesialisere og formodentlig fagliggjøre tilsynsfunksjonen. Han foregriper altså utviklingen, delvis det som skulle skje i juni og iverksettes fra 1994, men også videreføringen av tilsynsprofesjonaliseringen i 2002. Han er ensidig opptatt av en av nedstrømsoppgavene og sier intet om resten av direktoratet. Det var, som vi har sett, resten, men særlig den rådgivende oppstrømssiden hans far, var mest opptatt av. Heller ikke Hjort jr. kom altså departementet til unnsetning. Om noe var det, sett fra departementets side, noe forførende skummelt over hans utspill.

Men mer skjedde før vi er kommet frem til "proposisjonsslippet". Den 3. februar sender "fløy-kameratene", SVs Magnar Sortåsløkken og Fremskrittspartiets John Alvheim brev til sosialminister Tove Veierød og ber henne komme til Sosialkomiteen for å redegjøre for arbeidet med omorganiseringen av helseforvaltningen. De mener hun har "satt full fart" på arbeidet med omorganiseringen og slik "viser ringeakt for Stortinget". Foranledningen til deres utspill er det informasjonsblad om omorganiseringen som Kjell Knudsen, som leder for omstillingsprosjektet, hadde sendt de ansatte i de berørte institusjoner. Av pamfletten fremgår det hvordan omstillingsprosjektet er organisert. Det fremgår også at prosjektet skal munne ut i en ferdig plan den 17. august, at opplæringen for de berørte ansatte skal være gjennomført til den 1. oktober og at prosjektet skal avsluttes den 15. februar 1993, ved at "Prosjektgruppen leverer sin evaluering av gjennomføringen".[466] Til Dagbladet (4.2., s. 7) uttaler Alvheim: "Jeg finner det aldeles uhørt at departementet går i gang med detaljplanlegging av en så stor og viktig reform før Stortinget har fått saken til behandling". Alvheim legger til at skulle Stortinget si nei, har statsråden kastet bort "masse penger". Statsråden svarer både til Dagbladet og NTB (4.2.) at hun slett ikke har startet noen omorganisering.

Dagen etter "punkteres" også fløy-kameratenes utspill. Deres kolleger i Sosialkomiteen refset dem for at de hadde "innkalt" statsråden til komiteen. Å gjøre det er noe komiteen, ikke enkeltrepresentanter gjør. "De burde hatt vett nok til å vite at hele komiteen skal stå bak dersom en statsråd skal innkalles", sier den fungerende leder i Sosialkomiteen Thea Knutzen (H) til Nationen den 5. februar (s. 13). Knutzen føyer til at det også ville være underlig om de skulle innkalle statsråden to uker før proposisjonen legges frem. Verdens Gang minnet samme dag i en leder om at statsråden jo hadde parlamentarisk støtte for det hun gjorde, nemlig fra sitt eget parti og de to mellompartiene. Slik endte dette intermezzo som en liten offentlig seier for statsråden. Den var en seier fordi den kunne gi inntrykk av at mellompartiene fortsatt "var med". Seieren kom godt med for en presset statsråd, for den var den eneste denne vinteren.

[466] Bladet har overskriften "INFORMASJON. Omorganisering av den statlige helseforvaltning – orientering til de ansatte". Bladet er merket "nr. 1" og er altså datert den 31. januar 1992. Det er på fire sider og er undertegnet av Kjell Knudsen.

For Sortåsløkken og Alvheim ble utspillet pinlig. Det svekket deres autoritet i omorganiseringsspørsmålet. Ja, det kan ha gjort det i den grad at de etter hvert ble plassert helt på sidelinjen på "motstandssiden". Her overtok Høyres helsepolitikere, med Thea Knutzen og Thorhild Widvey i spissen og Wenche Frogn Sellæg i kulissene, føringen. Det dempet knapt fløy-kameratenes animositet mot den mektige byråkrat, Jon Ola Norbom.

Den 27. februar hadde Dagbladet (Hilde Haugsgjerd) et oppslag med overskriften "Siste skål for Mork". I ingressen het det: "Neste fredag foreslår regjeringen at Helsedirektoratet skal fjernes fra norsk lov. I går kveld var Torbjørn Mork for siste gang gjest under sosialministerens årlige middag for Stortingets sosialkomite". Før middagen hadde statsråden orientert sitt partis stortingsgruppe om den kommende proposisjonen. Hun hadde gjort det klart at navnene "helsedirektøren" og "Helsedirektoratet" skulle bort fra alle lover og som regel erstattes med Sosialdepartementet. Hun hadde ellers sagt at Norbom-forslagene ville bli fulgt opp, men at proposisjonen ville ta initiativ når det gjaldt rettssikkerhet som ville gå utover Norbom-planen. Hennes redegjørelse ble godtatt i stortingsgruppen, men kanskje ikke minst fordi hun gav så klart uttrykk for hva hun ønsket. Tove Veierød kunne gå, litt lettet, til middagen. Til Hilde Haugsgjerd sa Mork i det han ankom regjeringens representasjonslokaler i Parkveien: "Vi får se hva Stortinget sier". Middagen forløp som den skulle, men etter at selskapet hadde forlatt bordet fortsatte diskusjonen i mindre grupper. John Alvheim hadde nok ennå ikke helt glemt den forsmedelse han ble utsatt for i begynnelsen av februar, for etter middagen kom han, nokså engasjert, bort til departementsråd Norbom og gav ham en overhøvling for den måten han som embedsmann hadde drevet forvaltningspolitikk på. Den lille og spinkle departementsråd ble forfjamset, men lot være å svare. Det gjorde derimot hans medarbeider Knut Brofoss, på hans vegne. Brofoss hadde bivånet episoden og gav stortingsrepresentanten en rask, litt engasjert, rettslig belæring om hva embedsmannsrollen innebar. En fortsatt irritert Alvheim tok belæringen til etterretning og gikk. For Norbom ble episoden nok et vidnesbyrd om hvor sensitiv saken var blitt.[467]

Vi nevner til slutt at der kom flere utspill fra Helsedirektoratet i løpet av februar. Den 13. skriver direktoratet i et brev til departementet at det ikke er riktig, som det har vært hevdet, at Danmark har opprettet, eller vurderer å oppnevne, en ansvarsnevnd etter svensk mønster, som nå det norske departement har planer om. Danmark har et "Pasientklagenævn" (siden 1988). Det behandler ulike klagesaker, men kan bare komme med kritikk, ikke trekke tilbake noens autorisasjon, heter det i brevet.[468] Assisterende helsedirektør Anne Alvik hadde for øvrig allerede før dette brevet ble sendt, fremholdt at det ville være uheldig om behandlingen av saker mot helsepersonell ble adskilt fra behandlingen av tilsynssaker, siden de første ofte gav tilsynsmyndigheten verdifull informasjon. Denne saken alarmerte også Oslos helse- og sosialombud, Helge Hjort (f. 1952), og Pasientforeningens leder, Gro Hillestad Thune. De syntes det var "udemokratisk" om ikke brukerinteressene fikk uttale seg om saken før den ble fremlagt for Stortinget.[469]

[467] Opplysningene er gitt av Jon Ola Norbom i telefonsamtale den 18.12.11.
[468] Helsedirektoratsarkivet, sak nr. 92/01457-4. Brevet er undertegnet av Anne Alvik.
[469] Kfr. *Aftenpostens* morgennummer 14.2., s. 40 (Lene Skogstrøm). Avisen spurte underdirektør Kari Holst om saken ville bli sendt organisasjonene til uttalelse før den ble fremlagt for Stortinget, men hun svarte at det ikke var bestemt. Nå ble imidlertid ikke forslaget om en ansvarsnevnd tatt med mer enn i meldingsform i den proposisjon som kom 6. mars.

Kari Holst (f. 1943): Som fersk jurist, med sosialskolen som bakgrunn, henvendte hun seg i 1978 til Sosialdepartementet og spurte om de kunne bruke henne. –Kan du begynne i morgen, var svaret. Hun begynte som vikar (konsulent) i sykehuskontoret, men etter en kort periode i legekontoret ble hun ansatt som byråsjef i sykehuskontoret i 1981. Der satt hun til omorganiseringen høsten 1983. Hun valgte å gå til departementet. Hun ønsket å arbeide med lover og forskrifter, ikke enkeltsaker, og da var departementet stedet. Hun fortsatte her som byråsjef. Fra 1989 ble hun underdirektør og leder for juridisk seksjon i helseavdelingen. Hun ble avdelingsdirektør i 1994 og knyttet til Trygderetten fra 1998 og resten av karrieren. Hun hadde et nært forhold til Anne Alvik da hun var i det gamle Helsedirektoratet, men da spenningene økte mellom direktorat og departement, og kulminerte med Norbom-prosessene, var det hun som fikk den største juridiske oppgaven i departementet. Bildet er fra ca. 1990. (Foto: Privat)

Den 27. oversender Helsedirektoratet departementet, med kopi til Stortingets sosialkomite, en uttalelse fra Helsedirektørens rådgivende utvalg for virkemidler i det helsefremmende arbeid.[470] Utvalget advarer, enstemmig, mot å opprette to forebyggelsessentre. Det henviser blant annet til at "WHOs anbefalinger de senere år går inn for å integrere individrettet og samfunnsrettet forebyggende arbeid".

Direktoratets "Norbom-beredskap" var, som man forstår, høy, og da proposisjonen forelå var direktoratet klart til det endelige "slag". Klar var for øvrig også direktoratets mer uformelle aksjonskomite.

♦

I departementet fulgte proposisjonsskriverne den tiltagende støy som omgav deres arbeid med interesse, men også et visst ubehag. Spesielt var det ubehagelig for den som hadde hovedskribentrollen når det gjaldt lovendringene, Kari Holst. Holst hadde, som vi har nevnt, selv bakgrunn fra direktoratet, og hadde fortsatt gode venner og venninner der, ikke minst var nr. to, Anne Alvik, en god venninne. "Det var en ekkel tid, synes jeg", sier hun idag, og føyer til: "Jeg ble liksom personifisert, som den som skulle ødelegge, fordi jeg skrev prop'en". "Det ble sånt negativt fokus på meg". Hun sier at det var ikke bare "morsomt": "Jeg hadde jo tross alt arbeidet i direktoratet og hadde for så vidt sympati med dem, men samtidig så så jeg det politiske i dette her. Mork var sterk og blandet seg ofte inn i helsepolitikken. Det var jo nesten to helseministre, kunne det av og til oppfattes som".[471] Kanskje ble også påkjenningen på Kari Holst større fordi hun var så alene om det juridiske snekkeri? Det hun skrev ble lagt frem for de andre som arbeidet med proposisjonen, og for så vidt kommentert av dem. Men hun skrev alene, om enn innenfor de rammer styringsgruppens innstilling hadde definert. Som vi har sett videreutviklet hun tilsynstenkningen vesentlig. Det gjorde hun på eget initiativ. Det juridiske

[470] Helsedirektoratsarkivet, sak nr. 91/05050-1. Sos.dep.arkiv: 612.1 – 91/06243-156.
[471] Kari Holsts uttalelser i samtale 14.10.10.

arbeidet var ikke lagarbeid, det var i stor grad holstsk enearbeid. Statsråden, departementsråden og ekspedisjonssjef Høvik var faglig, og for så vidt også, personlig, mer distanserte oppdragsgivere.

Mars 1992: Skjebnemåneden – for Mork, for Veierød og for Norbom

Den 6. mars 1992 gikk altså proposisjonen i statsråd, som statsrådssak nr. 53. Ingen av regjeringens medlemmer hadde tidligere under regjeringsbehandlingen hatt innvendinger mot lovendringsforslaget og ingen tok derfor nå dissens. Samtidig som den kongelige resolusjon om proposisjonen ble vedtatt, sendte departementet ut en pressmelding om saken (nr. 20, 1992). Det omtalte proposisjonen som en omorganiseringssak og skrev i innledningen at departementet gjennom proposisjonen foreslår en ”vesentlig omorganisering”, og at denne skal gi ”en forenklet organisasjon” , som skal gi ”en bedre utnyttelse av ressursene”, styrke forvaltningens ”kompetanse og pasientenes rettssikkerhet”. Lenger nede i pressemeldingen legges det vekt på at fylkeslegene skal få flere oppgaver, blant annet hva gjelder kvalitetssikring. Det heter også at ”Brukernes rettssikkerhet dermed [vil] bli vesentlig styrket”. Gjennom en frittstående Statens ansvarsnemnd for helsepersonell skal pasienters rettsvern ”ytterligere” ”styrkes”. Proposisjonen ble også presentert på en pressekonferanse samme dag, ledet av statsråden.

Med lanseringen av proposisjonen startet den avgjørende fase i de nå nesten tre år gamle Norbom-prosessene. Ja, egentlig var det den avgjørende fase i den dragkamp mellom direktorat og departement, mellom Mork og Hauge, som hadde startet like etter delingen av direktoratet i 1983, som nå skulle finne sin avgjørelse. Avgjørelsen skulle formelt finne sted i Odelstinget den 15. og 16. juni, men reelt kom den i viktige henseender allerede i løpet av mars.

Pressen rapporterte interessert fra dragkampen. Aftenpostens Hilde Harbo spekulerte allerede om morgenen den 6., under overskriften ”Skjebnedag for Helsedirektoratet”, om hva proposisjonen ville inneholde. Hun skrev at ”Etter det Aftenposten erfarer, er proposisjonen nærmest identisk med den kontroversielle Norbom-rapporten på de fleste punkter”. Hun mener også at ”Ap-regjeringen har lagt mye prestisje i å få denne saken igjennom”. Men her tok hun nok feil. Vi skal si litt om det før vi fortsetter med presseoppslagene.

Det hadde, som vi har sett, vært en påfallende mangel på engasjement fra Statsministerens, og dermed regjeringens, side, fra første stund. Statsminister Brundtland var fortsatt usikker på hvor klokt det var å fjerne den helsepolitiske buffer Helsedirektoratet var, og hadde ikke tenkt å sette sin mindretallsregjerings liv på spill for en så lite ”sosialdemokratisk” sak. For henne var det å gjøre dét skummelt også i et større perspektiv: Hun og hennes regjering trengtes hvis man skulle få EF/EØS-politikken ”i havn”. Den trengtes også for å rydde opp etter bankkrisen og for å få ned den uvanlig høye arbeidsledigheten. Partiet stod også svakt i Sosialkomiteen. Det var nå en stund siden den kraftfulle Gunn Vigdis Olsen-Hagen (sent i 1989) var gått bort. Partiets fremste person i Komiteen, komiteleder, og medlem av partiets gruppestyre, Brit Jørgensen, var ingen kamppolitiker. Nå var hun dessuten, en tid, sykemeldt. William Engseth (f. 1933) var kanskje den nærmeste til å ta opp kampen for proposisjonen, men siden han ikke satt i Odelstinget egnet han seg mindre godt. Han kunne jo ikke delta i det endelige ”slaget”. Han var ei heller fra et tidlig tidspunkt trukket inn i arbeidet med saken. Han hadde, han også, et litt ”utvendig” forhold til den. Den tidligere statssekretær Alf E. Jakobsen (f. 1952), kunne

også ha spilt en kamprolle, men han var mer opptatt av partiet og regjeringen enn av partiets statsråd og hennes sak, og valgte tidlig å innta en diplomatisk posisjon. Men slik sett representerte han nok også regjeringen, som Statsministeren ønsket det. Å bruke, eller misbruke, det helt ferske komitemedlemmet Jens Stoltenberg, var uaktuelt. Han skulle, som nevnt, bygges opp til å etterfølge Brundtland.

Det passer inn i dette bilde at administrasjonsminster Tove Strand Gerhardsens personlige rådgiver, legen Odd Bakken (f. 1957), ble sendt over til Sosialdepartementet. Bakken hadde også i 1988-89 vært rådgiver for Gerhardsen, da hun var sosialminister, og kjente derfor Sosialdepartementet godt. Det var Statsministeren som stod for forflytningen. Bakken ble kalt opp til henne og ble orientert om hvorfor hun ønsket å flytte ham over til Sosialdepartementet igjen. Det var påfallende, men ærefullt, at en personlig rådgiver fikk foretrede for Statsministeren, og fikk samtale med henne i en halv time. Det var nok slik at Gerhardsen, som slet med arbeidsledigheten, måtte få en LO-mann inn i sin politiske stab (Morten Lauvbu (f. 1956)), og derfor at Bakken måtte ut. Men det var ikke bare derfor Brundtland flyttet Bakken over til Sosialdepartementet fra 1. januar 1992. Bakken forteller at ” hun haddde ett budskap”: ”hun sa … at hun var så usikker på Helsedirektoratet og helsedirektoratsprosessen, og ville at jeg skulle gå inn i den saken”. I praksis betydde det at Bakken også skulle ”passe på” både statsråden og statssekretæren (Bjørn Martin Aasen), ikke minst den siste, siden det var han som hadde hovedkontakten med stortingskomiteen og partifraksjonen. Bakken sier i dag: ”Jeg skjøttet ikke den oppgaven tilstrekkelig godt, for jeg ble jo fort fanget av det som skjedde i departementet og støttet den prosessen”.[472] Den sosialt begavede rådgiver, som fra sitt forrige opphold i Sosialdepartementet hadde fått et godt forhold til Norbom, ble ikke bare ”fanget” av det som skjedde, han ble snart en ivrig støttespiller for reformmakerne. Han tok også over noe av kontaktarbeidet overfor stortingspolitikerne, spesielt gjaldt det Kristelig Folkepartis sosialpolitikere og deres gruppesekretær Kari Husøy (f. 1952).

NRK rapporterte selvsagt umiddelbart både gjennom radio og fjernsyn om proposisjonen, med intervjuer både med statsråden og Helsedirektøren. Avisene fulgte opp dagen etterpå (lørdag den 7.) og i dagene som fulgte. Aftenpostens morgennummer hadde oppslag om saken på første side under overskriften ”Klar til kamp for Mork”. Det heter at ”Helsedirektør Torbjørn Mork har solid ryggdekning fra sine 150 medarbeidere når sluttspurten i kampen for å beholde Helsedirektoratet nå settes inn”. Avisen fortsetter: ”Men også utenfra står medspillere i kø”. På s. 12 følger avisen opp med en reportasje over fem spalter. Reportasjen har hovedoverskriften ”Stridslysten helsedirektør”. Et stort bilde av Helsedirektøren er brukt som illustrasjon. Under oppslaget om Helsedirektøren er det et oppslag om statsråden, basert på den pressekonferanse hun holdt like etter statsrådsmøtet. Her er overskriften ”Veierød: Bedre for pasientene nå”. Aftenpostens Hilde Harbo har intervjuet Helsedirektøren, mens oppslaget om statsråden er basert på pressekonferansen. Mork-oppslaget begynner slik: ”Stridslysten lyser av helsedirektør Torbjørn Mork og hans medarbeidere foran innspurten i kampen om Helsedirektoratet. De setter alt inn på at Stortinget skal vende tommelen ned for regjeringens nedleggelsesforslag”. Mork sier i intervjuet at han ”ikke blir overrasket” om Stortinget følger rådet fra Pasientforeningens leder, Gro Hillestad Thune, om å ”sende hele proposisjonen tilbake til Regjeringen”. Han forteller ellers at han selv ikke kunne få proposisjonen før pressen fikk den, mens en av lederne i ”den ytre etat” skal ha fått den dagen i forveien. ”Dette er komisk smålig av departementet”, sier Mork. Til VG forteller han at han selv måtte hente proposisjonen i departementet ved 11.30-tiden.

[472] Fra samtale med Odd Bakken 19.1.10.

Mork-vennlige Verdens Gang, ved Arne Skogseth (f. 1941), bruker hele s. 10 på saken. Overskriften er ”Dommedag for Mork”. Reportasjen er illustrert med et stort bilde av en alvorstynget helsedirektør stående i vindeltrappen i direktoratet. Billedteksten er slik: ”Kampklar: Fra møte til møte med en nesten ulest proposisjon om sin egen ”dødsdom” under armen. Dagen gikk i ett for helsedirektør Torbjørn Mork i går. Likevel var kamplysten langt fra borte”. Avisen bruker ingressen til å la Helsedirektøren refse det parti han ble utnevnt av, stadig er medlem av, og hvis regjering han nå er satt til å tjene:

> *Det er lenge siden jeg sluttet å bli skuffet over hva en Arbeiderparti-regjering kan finne på. Men det er en tankevekker at det faglige helsebyggverket Karl Evang reiste som et ledd i Ap-regjeringens gjenreisning av norsk helsevesen etter krigen, det vil en annen Arbeiderparti-regjering nå rive ned. Men så er Arbeiderpartiet noe annet i dag enn det var…*

I et underoppslag, med overskriften ”Slaktes og parteres” fortsetter VG slik: ”Torbjørn Morks kritiske røst i norsk helsetjenste skal forstumme. Med departementsråd Jon Ola Norbom som eksekutør, slår regjeringen til: Helsedirektoratet slaktes og parteres”. Dagen etter (8.3.) skriver avisen på lederplass, og under overskriften ”Brysom vakthund skal knebles”, at ”Selve tankegangen som ligger bak forslaget om nedleggelsen av Helsedirektoratet er farlig og bryter med viktige prinsipper som ligger til grunn for styringen av vårt samfunn”. Interessant nok hevder avisen også at direktoratet ”først og fremst (er) et sentralt tilsyns- og kontrollorgan”. Statsråd Veierød svarer den 14.3. på denne lederen. Hun skriver at hennes problem ikke har vært å ha, som VG hevder, ”Helsedirektoratets vaktsomme blikk i nakken”, men ”dobbelbehandling på opptil tre nivåer, uklar ansvarsfordeling mellom organene og til dels med kompetansestridigheter som ikke kan glede noen”.

Også regjeringsorganet Arbeiderbladet (7.3., s. 8), ved Ester Nordland (f. 1960), bygger sin reportasje opp omkring et intervju med Mork: ”-Svekket helsevesen”, er overskriften. Ingressen er også et Mork-sitat: ”Den egentlige hensikten med forslaget om å legge ned Helsedirektoratet er å svekke det faglige innslaget og gi byråkratiet større makt”. Avisens redaktør kommenterer noen dager senere (10.3.) proposisjonen på lederplass og skriver at hvis ”stortingsbehandlingen kan dokumentere at landet får et bedre og mer effektivt helsevesen av at Helsedirektoratet legges ned, bør Stortinget vedta nedleggelse. Men til nå har ikke argumentene på noen måte overbevist oss om at det forholder seg slik”. Redaktøren skriver også at denne saken ”egner seg dårlig for partipolitiske markeringer”. ”Et bredt flertall burde stå bak den løsning som til sist blir valgt”.

I Dagbladet (7.3., s. 2) skriver journalist Sissel Benneche Osvold (f. 1945) under overskriftene ”Regjeringen langer ut mot Helsedirektoratet. Den ustyrlige vaktbikkja skal vekk. Men bikkja bjeffer”, mer fortolkende enn menende. Men helt så forståelsesfull overfor Norbom som Gudleiv Forr og Hilde Haugsgjerd, er den sosialradikale journalist ikke. Hun avslutter sin kommentar slik: ”For folk flest er det likegyldig om organet heter direktorat eller fagpolitisk råd. Det er i alle fall ikke gitt at organet bør forsvinne selv om svake fagstatsråder må innrømme at de ikke har maktet å holde styr på bikkja”.

I pressen utenfor hovedstaden får saken færre og mindre oppslag. Bergens Tidende har et mindre NTB-basert oppslag på s. 3 den 7., under overskriften er ”Nå er Mork arbeidsløs”. Den tidligere venstreavisen følger imidlertid opp med en illustrert (en tegning) lederartikkel mandag den 9. (s. 12). Den er åpenbart skrevet av avisens farverike redaktør, Kjartan

Rødland. Redaktøren åpner på sin mildt ironiserende måte: ”Et nederlag for norsk helsevesen, norske pasienter og det norske folk, sa Torbjørn Mork da regjeringen la fram forslag om å legge ned Helsedirektoratet. Det er i beste fall skivebom. Et anslag bare for å bli kvitt Mork, hevder andre. Med all respekt for embetsmannen Torbjørn Mork, det ville i så fall være en altfor stor ære”. Rødland slår, som så ofte, an en litt annen tone enn andre pressefolk. Han minner, lenger ute i lederen, om at ”Vi har vært gjennom en vinter der tre-fire statsråder er kraftig kvistet fordi de har hatt for dårlig styring med sitt ytre apparat”, og advarer derfor Stortinget om å ”passe seg i svingdørene”. Det kan lett komme til å gi et signal om at det ”godtar småkonger som ikke kan styres og felles”. Men Rødland omfavner ikke dermed sin medliberaler, herr Norbom. Han synes hans forslag ”med tukt bemeldt (er) svært lite overbevisende”. Forslaget vil gjøre et ”kjempedepartement” enda mer ustyrlig. Rødland vil dele opp Sosialdepartementet ”slik at styring igjen kan bli reell”. Også Rødland er en politokrat, men lar det få andre konsekvenser enn Norbom.

Tove Kari Viken (1942–2016): Hun var bonde og reiselivsdame, og representerte Senterpartiet på Stortinget fra 1989 til 1997. Hun hadde også tre perioder som vararepresentant. Hun representerte Sør-Trøndelag. Hun var aktiv i lokalpolitikken på Oppdal, men hadde også verv på fylkes- og landsnivå. Hun satt i perioden 1989 til 1993 i Sosialkomiteen og ble våren 1992 en sentral person i dragkampen om Helsedirektoratets skjebne. Hun så lenge gjerne at Helsedirektoratet ble noe vingestekket, men da sentrale personer i hennes parti på ettervinteren begynte å distansere seg fra Norbom-gruppens forslag, fulgte hun med og ble slik av betydning for at regjeringen led nederlag i direktoratssaken. Bildet er fra oktober 1989.
(Foto: Knut Falch / NTB)

Stavanger Aftenblad, kystens nest største eks-venstreavis, har et eget oppslag om saken den 7. (s. 3). Avisens journalist, Ola M. Aanestad, legger i sin reportasje hovedvekten på det parlamentariske spill. Han konstaterer at tvilen vokser i Senterpartiet, til dels også i Kristelig Folkeparti. Ja, han mener at den gjør det også i Arbeiderpartiet, selv om partiets representanter vil støtte forslaget hvis regjeringen setter saken på spissen. Han har også intervjuet Høyres rogalandsrepresentant Thorhild Widvey. Hun har tidligere uttalt seg nokså nyansert om saken. Nå er hun mer negativ. Hun uttrykker bekymring både for pasientrettighetene og for faglighetens posisjon i helseforvaltningen.

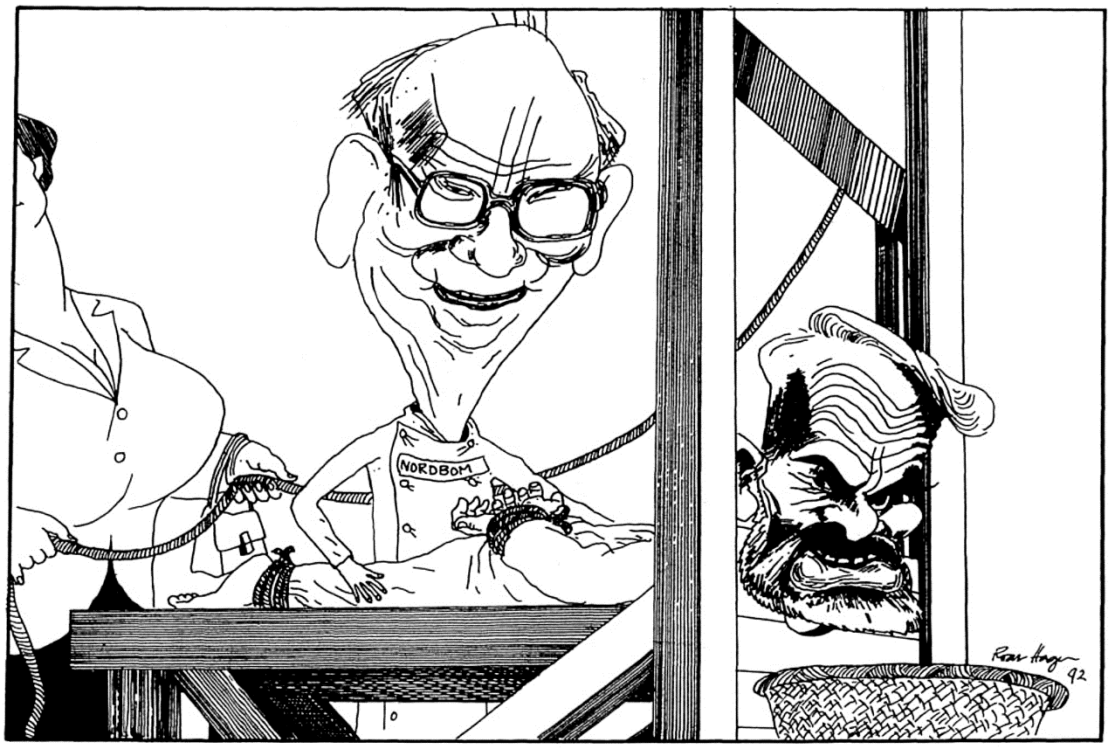
Lokal- og regionavisene ellers baserte seg i de aller fleste tilfeller på en omfattende NTB-reportasje sendt ut om ettermiddagen den 6. Den var skrevet av Knut Eivind Straume (f. 1967). Straume skriver litt om hva reformforslaget går ut på, men legger også vekt på dragkampen. Han forteller at Statsråden sier at ”Personen Torbjørn Mork ikke (har) vært inne i .. vurderingen”. På spørsmål om hennes forhold til Mork, sier hun at det er ”ryddig”. Straume har også snakket med aksjonskomiteens Martin Bjerke, som blant annet sier at Norbom-modellens oppsplitting av direktoratet vil føre til at ”helhetssynet” forsvinner. Bjerke kan ellers fortelle at aksjonskomiteen fortsetter sin korridoraktivitet, men spesielt retter den

mot Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, de partier Arbeiderpartiet må ha med seg for å få flertall.

Arbeiderpartiets avis i Tromsø, Nordlys, kommenterer på lederplass den 10. proposisjonen. Avisen er, som før, kritisk til departementets planer og skriver blant annet: ”Det kan sikkert sies mye om Helsedirektoratet og dets leder Torbjørn Mork. Men det har i hvert fall bevart sin integritet i den mangfoldige spennvidden mellom alle formelle og uformelle makthavere i helsevesenet bedre enn de fleste andre organer”. Lederskribenten ser på planen departementet har lagt frem som et utrykk for at byråkratiet i departementet vil ha bort ”en brysom konkurrent”, nemlig Helsedirektoratet, og legger til: ”Det er utrolig nok ledelsen i det offentlige helsevesen som her forsøker å skjære av seg en del av kroppen for å sende den ut i distriktene”. Den billedbrukende redaktør henviser her til fylkeslegene, som han ser på mer som statsfolk enn som distriktsfolk. Han synes for øvrig ikke de har vært ”blant de største pasientvennene”.

Også Sørlandets største avis, den gamle venstreavisen Fædrelandsvennen, kommenterte saken på lederplass. Det skjedde den 9. mars. Lederen har overskriften ”Dårlig forslag”. Den som har skrevet lederen mener direktoratet i dag skjøtter sine oppgaver ”på en meget tilfredsstillende måte”.

Søndag den 8. mars har Dagbladet (s. 5), ved Ida Grieg Riisnæs (f. 1964), et stort intervju med Fremskrittspartiets leder, Carl I. Hagen, om saken. Hagen legger ikke fingrene imellom: ”Syke mennesker dør på grunn av maktsyke skrivebordsbyråkrater som har sosialministeren i lomma”. Ikke så overraskende har intervjuet fått overskriften, i sitattegn: ”Byråkratene lar syke dø”. Hagen mener, ifølge intervjuet, at statsråd Veierød har latt seg ”dominere” av Norbom. I så henseende er hun dog i godt selskap, fortsetter Hagen: Hennes forgjengere, Heløe, Gerhardsen og Sellæg, ble også brukt av ”skrivebordsteoretikerne i departementet”: ”Basert på sin teoretiske drømmeverden lar de syke mennesker dø på sosialdepartementets byråkratiske alter. Og nå vil de fjerne den eneste vaktbikkja som roper varsko… Han mener at nedleggelse av Helsedirektoratet er det samme som å .. legge domstolene under Justisdepartementet”. Den 14.3. kommenterer statsråden dagbladintervjuet med Hagen (s. 2) og skriver blant annet at Stortingets mulighet for å drive kontroll med forvaltningen forutsetter at departementet har instruksjonsrett overfor Direktoratet. Det var dette innlegget professor Eskeland siden kritiserte, som vi har sett.



Faksimile 3.8: VGs tegner Roar Hagen kommenterer 11. mars 1992 Regjeringens forslag til omorganisering av den sentrale helseforvaltning. Tegningen er gjengitt med tillatelse fra Roar Hagen.

Tre dager senere, den 11. mars har VG nok et oppslag om saken, denne gang i form av en helsides kommentar av Michael Grund Spang. Dagbladets tidligere, svært særpregede kriminalreporter, men nå en mer ”konservativ” medarbeider i konkurrenten VG, skriver at det er ”helt umulig å forstå at .. mellompartiene, som påstår at de tjener disktriktsinteressene, kan tenke seg å gå inn for dette”, altså avvikle Helsedirektoratet.[473] Spang har gitt sin kommentar overskriften ”Distriktssvik”. Hans poeng er at ved å fjerne Direktoratet, og la tilsynsmyndigheten, fylkeslegene, bli direkte underordnet departementet, blir det også underordnet det han kaller ”pengesekken”. Direktoratet har, fremholder han, stilt ”hele sin faglige ekspertise til rådighet for pasientenes beste, uten å skjele til noen slags politiske hensyn”. Kommentaren er ledsaget av en tegning av Roar Hagen, der Mork ligger på skafottet, overvåket av Norbom. I bakgrunnen står statsministeren. Hun holder tauet til giljotinen. Tegningen har overskriften ”Bortebom for Norbom-utvalg”; kfr. faksimile 3.8.

Ytterligere en uke senere, den 18. mars (s. 12) har Spang nok et oppslag om saken. Han har intervjuet den høyesterettsadvokat han tidligere, beundrende, har referert i forbindelse med dramatiske kriminalsaker, Alf Nordhus. Overskriften er ”Ap-kupp mot Mork”. Nordhus henviser til at omstillingsgruppene, som nå er i fullt arbeid, har fått ledere som departementet ser for seg som fremtidige direktører for de virksomheter de nå skal omstille. Spesielt reagerer han negativt på at ”helsedirektør Torbjørn Morks gamle motstander, antirøykelovskaperen Kjell Bjartveit”, skal bli sjef for Senter for individrettet forebygging. ”Har man allerede tillatt seg å fordele statuspostene mellom enkelte ærgjerrige Ap-byråkrater og tatt dr. Bjartveit med på kjøpet? Skal det bli fem direktører for å bli kvitt helsedirektøren?” Nordhus mener kampen

[473] Det var Spang som laget den store reportasjen i VG den 19. desember 1987 (faksimile 2.1), der de røykende herrer, Torbjørn Mork, Reiulf Steen og Alf Nordhus, og den røykende dame, Kari Simonsen, ”langet ut” mot statsråd Tove Strand Gerhardsen og hennes forslag til innstrammet røykelov – presentert i statsråd dagen før.

for å bli kvitt Mork nå har antatt et "desperat preg", "spesielt fra Bjartveits side. Er det for å berge den nye direktørjobben? Eller er det fanatisme på grunn av at Mork – i likhet med halve Norge – tillater seg å ta seg en røyk privat?" Nordhus' utspill bidro til å sette farve på diskusjonen om helseforvaltningen, men mer irriterte enn gledet Mork og hans støttespillere. Det tjente ikke deres interesser at Nordhus langet ut mot Kjell Bjartveit. Bergfrid Fjoses gamle statssekretær (1972-73) var stadig en sentral mann i Kristelig Folkeparti. Hans legehustru, Eleonore, satt også for tiden på Stortinget, dog ikke i Sosialkomiteen (men i Forbruker- og administrasjonskomiteen). Proposisjonsmotstanderne arbeidet jo nå aktivt, ikke minst via det noen omtalte som "det kristne nettverk", for å få Kristelig Folkeparti med seg. Det var imidlertid ikke Bjartveit imot at Nordhus tok slik i. Som vi har sett var han en av Norbom-innstillingens varmeste forsvarere og sloss nå energisk for å få sitt parti med seg. Til Dagbladet sa han for øvrig, allerede dagen før (s. 16) Nordhus uttalte seg til VG: "Helsedirektoratet må fjernes. Direktoratet er en eneveldig blindtarm. Det hele blir for byråkratisk og tungrodd". I intervjuet gav Bjartveit, som også var formann for Statens tobakkskaderåd, ellers uttrykk for at Mork og direktoratet motarbeidet Tobakkskaderådets arbeid med sine uttalelser.[474] Bjartveit skal vi for øvrig komme tilbake til. Han gjorde halvannen uke senere et energisk forsøk på å få sitt parti til å redde statsråden og viktige sider ved hennes proposisjon.

I Dagbladet skriver Ingrid Hauge Lundby, fagsjef i Helsedirektoratet og et av medlemmene av aksjonskomiteen, den 11. mars kronikk om Norbom-prosessene, under overskriften "Hvem verner pasienten?" Hun skriver blant annet at "Selv beslutningsprosessen har satt alle prinsipper om demokrati og medbestemmelse ut av spill. Norbom-rapporten er et eksempel på maktbruk som ikke er et demokrati verdig". Hun mener det nå er på høy tid at Stortinget går inn i en prosess som så langt, i altfor stor grad har vært byråkratistyrt. Så vidt vi kan se er Lundby den første av aksjonskomitemedlemmene som har et innlegg i denne saken. Dens uformelle leder, Martin Bjerke, hadde gitt noen intervjuer, men ellers hadde komiteen i all hovedsak drevet moralbyggende arbeid innad i direktoratet, alliansebygging overfor viktige interesseorganisasjoner, som AF og dens medlemsforening, Lægeforeningen, LO og YS, og korridorpolitikk – med medlemmene av Sosialkomiteen som de endelige målpersoner.

Like før proposisjonen ble lagt frem sendte fylkeslegen i Rogaland, Morks tidligere medisinalråd, Egil Willumsen, brev til Helsedirektoratet der han uttrykte bekymring over forholdene ved medisinsk avdeling ved Sentralsjukehuset i Rogaland. Willumsen pekte på at avdelingen hadde konstant overbelegg, med opp til 40 korridorpasienter. Han så ikke bort fra at det kunne skje "det rene sammenbrudd". Etter at han hadde sendt sitt brev skjedde det et (nytt) "unaturlig dødsfall" på sykehuset. Det skyldtes feilmedisinering. Helsedirektøren fant opplysningene fra Rogaland så alvorlige at han hadde orientert statsråden.[475] Fylkeskommunens politikere mislikte fylkeslegens reaksjoner. Aud Haukeland (1936-1995), lederen for Hovedutvalget for helse- og sosialsaker mente fylkeslegens reaksjoner kunne skade saken og at han burde vise større tillit til fylkeskommunen. Også fylkesordfører Odd Arild Kvaløy (Sp) (f. 1948) mislikte Fylkeslegens "krisemaksimering". Saken passet Helsedirektoratet godt. Den illustrerte behovet for et strengt nasjonalt tilsyn og problemene med den desentralisering av helsevesenet som man hadde hatt siden 1970-årene. Saken kom imidlertid ikke til å spille stort mer enn en lokal rolle. De nasjonale mediene overså, pussig

[474] Dagbladet bad Mork om en kommentar til Bjartveits uttalelser og fikk blant annet denne: "Det er oppsiktsvekkende at Bjartveit vurderer mitt arbeid ut fra min livsstil". Den røykende helsedirektør mente det var det som var tilfellet, for "i sak er det ingen prinsipiell uenighet mellom oss".
[475] Kfr. NTB-melding 10.3.92.

nok, saken, til departementets lettelse. I Stavanger Aftenblad avfødte den imidlertid en lengre kommentar den 14. mars, skrevet av journalist og historiker, og siden sjefredaktør (fra 2002) Tom Hetland (f. 1954). Den kommentaren hadde imidlertid ikke den tendens man kanskje skulle vente. Hetland brukte Rogaland-saken til å kritisere direktoratet og forsvare fylkeskommunen. Hetland hadde lest Trond Nordbys Evang-biografi og var blitt påvirket. Hans kommentar var medikratikritisk: "Sentralstyring er stadig eit honnørord, lokale initiativ er som hår i suppa". Han fremholder at det er en myte, spredt av Helsedirektoratet, at fylkespolitikerne er "udugelege og usosiale". Realiteten i fylkeskommunen, fortsetter han, er at helsesektoren "i regelen kjem ut som vinnar ved kvar einaste budsjettbehandling". Han avslutter med å konstatere at "skal me få eit stadig betre helsetilbod, løner det seg nok å satsa på lokalt folkestyre og lokal innsatsvilje framfor sentrale styringsorgan. Med sentralisering følgjer byråkratiet som nissen på lasset".

Et par uker etterpå er det fylkeslegen i Oslo, Arne Victor Larssen som slår alarm om forholdene i eldreomsorgen i hovedstaden. Han omtaler forholdene som "tragikomiske". Denne rapporten, men også opplysninger fra andre fylker, får Helsedirektøren til å slå alarm igjen. I enkelte deler av landet er forholdene i eldreomsorgen så ille at eldre tar sitt eget liv, forteller han. Slik fortsetter han å samle glør på statsrådens hode, og å sende signaler til sosialpolitikerne på Stortinget. Krisen i eldreomsorgen (somatiske sykehjemsplasser) ble da også nå et tema i Stortingets spørretime onsdag den 1. april. Spørrer var statsrådens partifelle Marie Brenden (Ap) (1938-2012).[476] Statsråden måtte da si at også hun syntes situasjonen i eldreomsorgen var uakseptabel, men at hun vanskelig kunne gjøre noe med den. Eldreomsorgen var kommunenes ansvar. I den situasjon som da eksisterte, var nok ikke dette et svar som gavnet hennes sak.

Allerede et par uker etter at departementet hadde presentert proposisjonen så det altså nokså dystert ut for Statsråden og hennes mannskap. Pressereportasjene hadde Mork-slagside, spesielt i aviser som Klassekampen og Verdens Gang, men i stor grad også i Aftenposten og Dagbladet. Det var Helsedirektørens synspunkter som fikk oppmerksomhet, gjerne gjennom intervjuer med ham. Behendig la han vekt på hvordan saken dreide seg om makt, det vil si, om makten skulle forankres i byråkratiet i departementet eller i pasientorienterte fagmiljøer. Han fortsatte således å omtale seg selv som vaktbikkje, det vil si, som en som skulle passe på pasientenes interesser. Han skulle passe på dem overfor departementet, fylkeskommunene og kommunene – "pengesekkene", som Michael Grund Spang kalte dem. Mork kunne også glede seg over at tendensen i reportasjene avspeilte seg i lederartikler og kommentarspalter. Endog redaktørene for arbeiderpartiavisene Arbeiderbladet og Nordlys støttet ham. De kritiske artiklene som kom, som dem i Bergens Tidende og Stavanger Aftenblad, og noe senere (3.4.) en i Aftenposten, var til å leve med.

Tendensen i presseomtalen av saken gjorde at Mork, og hans nærmeste medarbeidere, følte det ikke var nødvendig selv å bruke pressen: Pressen brukte dem. Det var desto mindre nødvendig for dem selv for eksempel å skrive i avisene, som også statsråden og hennes folk lot være å gjøre det. Ja, for direktoratsforsvarerne var det påfallende hvor passive statsråd Veierød og statssekretær Aasen var i den offentlige debatt.[477] Påfallende, men interessant, fant de det også at ingen andre arbeiderpartifolk, for eksempel partiets sosialpolitikere, eller for

[476] Spørsmålet gjaldt "vurdering av behovet for samatiske sykehjem i tiden fremover, i forhold til hjemmebaserte tjenester", *Stortingstidende 1991–92*, s. 3091–92 (1.4. 1992) (SF 7.). Brendens spørsmål var "vennlig" formulert og fulgt opp (som tilleggsspørsmål).

[477] Som vi har sett hadde statsråd Veierød et par korte svarinnlegg i Dagbladet og Verdens Gang. Vi kan ikke se at hun hadde andre avisinnlegg. Vi har ikke funnet noen innlegg fra statssekretær Aasen.

den saks skyld Statsministeren eller den parlamentariske leder (Gunnar Berge (f. 1940)), ytret seg offentlig. I departementet var det en almen oppfatning at selv den måten Mork brukte pressen på når han ble intervjuet, var å gå langt over streken for en embedsmann. Han var klar over det, men han kunne henvise til at han som fagdirektør hadde en vid rett til å uttale seg, også om den politikk han selv ble utsatt for: Forvaltningskomiteen (1970) hadde, som vi har nevnt, fremholdt det.

Skjevheten ”over horisonten” fantes også ”under horisonten”. Departementet hadde kontakt med stortingskomiteen og partiets ledelse på Stortinget, men ikke hyppig, og ikke spesielt offensivt. Statsråden hadde i virkeligheten, som tradisjonen for så vidt var, og er, overlatt mye av den parlamentariske kontakt til sin statssekretær, men han fikk det ikke helt til på Stortinget. Han fant ingen begeistring for saken der. Det var ingen å drøfte saken med på en virkelig fortrolig og offensiv måte. Aasen var dessuten mer en ”herold” enn en diplomat. Det slo ikke så godt an på Stortinget. Arbeiderpartiets folk i Sosialkomiteen var nærmest desillusjonerte og følte seg på defensiven i diskusjonen. De trengte ”hjelp”, men fikk den ikke. De fikk den ikke av Veierød og Aasen, og de fikk den ikke av partiets ledere. Det saklige problemet deres var ikke de ”rabiate” kritikerne i SV og Fremskrittspartiet.

Problemet var de moderate kritikerne i de gamle borgerlige partiene, spesielt i Høyre. Høyre hadde selvbevisste og offensive folk i komiteen, som Thea Knutzen og Thorhild Widvey, og i bakgrunnen en meget aktiv Wenche Frogn Sellæg, Norboms første oppdragsgiver. Problemet med høyrefolkene var, for departementsfolkene, at de ville lage et kompromiss. De ville ikke bare *fortsette* med Helsedirektoratet. De ville gjøre direktoratet om til et litt annet organ enn det var nå. De visste også hvorfor de ville det. De ville ha et uavhengig tilsynsorgan. Som debatten om ”vaktbikkja” og rettssikkerheten var blitt, var det ikke lett for Arbeiderpartiets folk å gå imot det. Det var heller ikke lett for dem å la Høyre få triumfere i saken. Etter hvert som først Senterpartiet og så Kristelig Folkeparti begynte å gi etter for Høyres argumentasjon, ble det enda vanskeligere for Arbeiderpartiets folk. Det hjalp dem ikke at kritikerne i aksjonskomiteen og i de mange aksjonskomiteallierte organisasjoner som AF, LO, YF og Pasientforeningen, støttet Høyres linje og bidro til å få også de to mellompartiene til å gjøre det samme. Politikerne på Stortinget møtte knapt noen som drev korridorpolitikk for statsrådens politikk.

Den 19. mars så ut til å bli skjebnedagen for statsråden og hennes proposisjon. Den dagen falt Senterpartiet, iallfall nesten, fra. Det skjedde gjennom et stort oppslag i partiets avis, Nationen (s. 2). Avisen kunne fortelle at partiet nedsetter en gruppe som skal ”legge fram en løsning hele partiet kan samle seg om”. Gruppen skulle ledes av partiets tidligere parlamentariske leder (1983-1989), fylkestannlege Johan Buttedahl, og ellers ha som medlemmer partiets sosialpolitiske talskvinne, Tove Kari Viken, lederen i Akershus fylkeskommunes helse- og sosialstyre, Anders Madslien (f. 1938) og forsker Hans Bjerke ved Institutt for strålehygiene. Til avisen sier Viken at ”Vi vil utarbeide en ny modell”. Hun sier ikke hva slags modell hun og de andre i gruppen skal utarbeide, men ”røper alt nå at denne modellen vil ligge utenfor Sosialdepartementets styring”. Avisen opplyser at Buttedahls gruppe vil forsøke å finne frem til en modell som kan samle flertall på Stortinget. ”Sonderinger med de andre partiene på Stortinget vil derfor være en del av jobben. Her er både Høyre og KrF blinket ut som de mest interessante”. Viken nevner at hun, og kanskje gruppen, tenker seg ”et tungt senter for å ivareta klage- og tilsynsfunksjonene, samt at forebygggende helsearbeid i langt større grad kommer inn her”.

Av det Tove Kari Viken sa, og Nationen skrev, er det åpenbart at det er den tilsyns- og klagebehandlingsmodell Høyre arbeider med, som ville komme til å bli også Senterpartiets modell. Høyre, og Wenche Frogn Sellæg, er altså nå iferd med å vinne frem. Når nå Senterpartiet antagelig omfavner Høyres modell, har ikke Kristelig Folkeparti så mye valg: Arbeiderpartiet klarer seg ikke bare med det kristelige partis støtte. Får Høyre de to mellompartiene med seg vinner de. Fløypartiene vil ikke ha noe valg. I det minste alternativt må de støtte Høyres forslag.

En del dramatikk har det nok ligget bak Senterpartiets snuoperasjon. Den 10. mars uttalte Tove Kari Viken til Arbeiderbladet at hun og partiet støttet Norbom-modellen. Den 12. mars sa hun til Verdens Gang (s. 4) at landet ikke hadde råd til å ha både et direktorat og en helseavdeling, og føyet til: ”Helsedirektør Torbjørn Mork er uinteressant i denne sammenheng. Mork er en gammel mann, vi kan ikke lage en helsemodell som passer for én person”. Uttalelsen ble oppfattet som litt for uvøren av mange og to dager etter ringte hun til Mork og sa hun var lei seg for måten hennes uttalelse var blitt gjengitt på i VG. Hun hadde ment at hvis noen ønsket å bli kvitt Mork kunne det gjøres på en enklere måte, siden han nærmet seg pensjonsalder. Mork hadde svart at det var han enig i. Resten av samtalen ble rent hyggelig, skriver Anne Alvik i et lite notat til aksjonskomiteen. Hun føyer til: ”Inntrykket ellers var at sakens utfall er helt åpent”. Alvik ber aksjonskomiteen opplyse om dette i lunchen onsdag (den 18.) Hun og Mork ville være bortreist da.

Kanskje bidro Vikens samtale med Mork til å få henne litt på glid? Men å snu kostet henne også litt, for hun hadde lenge vært en skarp kritiker av Helsedirektoratet. Hun hadde heller ikke glemt sommerens omtale av henne. VG hadde fått tak i Arbeiderpartiets hemmelige valgkampnotater og kunne den 7. august (s. 6) fortelle at Viken her ble omtalt som ”en inkonsekvent og inkonsistent representant det ofte er er umulig å vite hvor man har”. I dag sier hun at ”Det hadde å gjøre med at når partiet snudde, kunne jeg ikke stå der aleine med det standpunktet mitt, sjøl om det nok var det jeg mente til siste slutt”.[478] Ved et par anledninger pratet hun også med Norbom om saken og sier: ”Han så jo veldig det behovet for omorganisering. Så han og jeg var i grunnen ganske enige, når vi snakka sammen sånn på kammerset”.[479]

Iallfall en uke før den 19. var det, ifølge avisoppslag, klart at partiets leder Anne Enger Lahnstein ville beholde direktoratet, og at det nå var frisk diskusjon i partiet om saken.[480] Da Nationen skrev om partiets snuperasjon den 19., var det klart at også parlamentarisk leder Johan J. Jakobsen ville beholde direktoratet. Da hadde ikke lenger Tove Kari Viken noe valg.[481] I et møte aksjonskomiteen hadde med SVs to sosialpolitikere, Magnar Sortåsløkken og Marie Lovise Widnes (f. 1930), samt gruppesekretær Jarl Ovesen (f. 1965), ble det opplyst

[478] Fra telefonsamtale med Tove Kari Viken den 20.1.10.
[479] *Ibid.*
[480] Fædrelandsvennen i Kristiansand, som allerede hadde tonet flagg, omtalte den 21.3., på lederplass, Senterpartiets snuooperasjon som ”En seier for folkehelsen”. Redaktøren skriver blant annet at ”Noen må evne å se helheten i det som skjer og våge å kalle en spade for en spade – uansett hva som måtte være god latin”. ”Noen” er altså her direktoratet og dets sjef.
[481] Noen aviser, bl.a. VG, mente at partileder Anne Enger Lahnstein, iallfall tidlig i mars gav uttrykk for skepsis overfor forslaget om å nedlegge Direktoratet. Senere, den 16. mai skriver avisen imidlertid at ”Tove Kari Viken er enig med Regjeringen. Det samme er egentlig partileder Anne Enger Lahnstein. Men de ble utmanøvrert av parlamentarisk leder Johan J. Jakobsen”. Anne Enger kan i dag (samtale 19.4.12) ikke huske hva hun mente om saken på det aktuelle tidspunkt.

at i Senterpartiet var både parlamentarisk leder Johan J. Jakobsen og partileder Anne Enger Lahnstein imot nedleggelse av direktoratet, mens Tove Kari Viken stadig var for.[482]

Med Senterpartiets kuvending økte presset på Kristelig Folkeparti. I dette partiet pågikk imidlertid ennå dragkampen for fullt, og partiets talskvinne i saken, Borghild Røyseland, uttalte seg forsiktig, skjønt slik at det ble klart at også hennes parti var på glid. Til Arbeiderbladet sa hun dagen etter, altså fredag den 20. mars, at ”Vi var med og ba om en totalgjennomgang av den sentrale helseforvaltning. Vi har påpekt at det er mye dobbeltarbeid, men det er lite trolig at det blir flertall i Stortinget for å gå inn for akkurat den modellen regjeringen har lagt opp til”. Norbom-modellen hadde imidlertid ennå sterke tilhengere i det Mork-kritiske partiet, blant annet Jon Lilletun og, ikke minst Kjell Bjartveit og hans kone Eleonore. Bjartveit gjorde nå, etter initiativ fra Borghild Røyseland, et siste, kraftfullt forsøk på å hindre at også hans parti skulle svikte Norbom og statsråden.[483] Han skrev et notat på hele 16 sider. Det var ferdig den 28. mars. Det har overskriften ”Kristelig Folkepart og Ot. prp. nr. 43 (1991-92)”.[484] Notatet er så interessant, også uavhengig av den aktuelle sak, at vi skal si litt om det.

Bjartveits utgangspunkt er Brofoss’ poeng om departementets fulle instruksjonsrett, overfor underordnede organer, og disses dermed følgende lojalitetsplikt. Bjartveit mener Mork som helsedirektør har ”oppfattet sin rolle som en frittløpende ”vaktbikkje”, uten de lojalitetsbånd andre etater føler seg forpliktet på” (s. 3). Han fortsetter: ”Et nærliggende eksempel er den aktuelle sak, og den gigantiske og særdeles vel-regisserte lobbyvirksomhet Helsedirektoratet har iverksatt mot sin egen statsråd (drevet i arbeidstiden for det offentliges penger!)”. Ikke minst mener han Helsedirektøren har drevet politikk imot *hans* parti, Kristelig Folkeparti, i alt fra abortsak til livsstilsspørsmål (røyking). Han har i tillegg både sensurert og styrt de andre helseforvaltningsinstitusjonene; noe plasseringen av direktoratet på et nytt nivå nr. to, i 1983, gjorde mulig. Norbom-modellen innebærer at alle forvaltningsinstitusjonene kommer på samme nivå, nivå nr. to, og at de skal være faglige uavhengige ”oppstrøms” og lojale ”nedstrøms”. Hva gjelder det første vil departementet nå få faglige råd fra flere, ikke bare fra én og får slik et bedre grunnlag for selv å ta standpunkt.

Bjartveit avslutter med å drøfte hvordan Kristelig Folkeparti nå, når Senterpartiet har valgt side, kan spille en rolle som brobygger, for å hindre at det store utredningsarbeidet skal være helt bortkastet. Men så mye vil ikke Bjartveit endre for å bygge bro. Han vil beholde de to nivåene og ha to forebyggelsessentrene: med ett vil SIFF og miljøforebyggelsen bli for dominerende. For Bjartveit ligger ”nøkkelen i den foreslåtte” ansvarsnevnden. Han har drøftet den med professor Kjønstad, som mener nevndforslaget er ”velmenende, men ubehjelpelig”. Professoren er, skriver han, villig til å ”bistå komitéen med en bedre plan for pasientrettigheter og rettssikkerhet”. Bjartveit, og kanskje Kjønstad, ser for seg et organ, kanskje et bredt tilsyns- og klageorgan, *”plassert utenfor linjefunksjonen i den statlige helseforvaltning”*.[485] Hva så med resten av modellen? Bjartveit har en smart løsning:

[482] Opplyst av Martin Bjerke i samtale den 19.7. 2012. Bjerke viste oss referat fra møtet. (På møtet deltok fra Aksjonskomiteen foruten Bjerke, Ingrid Lundby, Anne-Lise Middelthon og Dag Lønningdal.)
[483] Borghild Røyseland sendte brev til en del helsepolitisk sentrale folk i Kr. F., bl.a. til Kåre Kristiansen, Eli Kristiansen og Kjell Bjartveit, og bad om synspunkter på saken. Bjartveit forteller at han var noe i tvil om han skulle gi sine synspunkter, og slik motarbeide sin overordnede, Helsedirektøren, men kom til at det ikke kunne være galt å gjøre det. (Samtale 10.7. 2009.)
[484] Vi har et eksemplar av notatet i vårt arkiv.
[485] Omtalen av forslaget finnes på s. 15 og 16 i Bjartveits notat. Spesifikasjonen, tilsyn/klageorgan, er vår spekulasjon. Sitatet i kursiv er satt slik av Bjartveit.

”Komitéen – eller eventuelle grupperinger innenfor komitéen – kunne i så fall vise til grunnlovens § 3 om at det er Kongen som har den utøvende makt, og at det da er opp til regjeringen selv å organisere det apparat som er nødvendig for å ivareta denne funksjon”.

Men Bjartveit skjønte nok at ”toget var gått”, endog i hans eget parti. Den løsningen han pekte på hadde vært en mulighet om den var blitt valgt på et langt tidligere tidspunkt, nærmest da den første, hemmelige utredningen ble foretatt, og før det var gått prestisje i saken. Men på det tidspunktet så Norbom & Co. helt annerledes på tilsynsoppgaven. På et vis ble imidlertid Bjartveits idé fulgt opp, som vi skal se.

Senterpartiets kuvending økte også presset på Arbeiderpartiet. Arbeiderbladet noterte seg det, og bidro selv til å øke det ytterligere. Avisen hadde et stort oppslag fredag den 20., to store oppslag lørdag den 21. og to reportasjer tirsdag den 24, alle komponert av Ester Nordland og Knut-Erik Mikalsen. På fredag var overskriften: ”Sp redder Mork”. Reportasjen er nøytral, men legger vekt på at det nå ser lysere ut for Mork. Oppfølgingsreportasjene gir, på en nesten triumferende måte, uttrykk for det siste, altså at det nå ser ut til at Mork skal klare det. Lørdag (s. 9) er det bilde av en innbitt Mork, på vei gjennom kantinen, med trappen opp til mesaninen i bakgrunnen. Overskriften på reportasjen er ”Med flagget til topps”. De to unge journalistene skriver: ”Det var en storfornøyd Helsedirektør vi møtte i Helsedirektoratet i går. Den ellers litt bryske Torbjørn Mork kostet på seg opptil flere smil. Han hadde akkurat talt til de ansatte i lunsjpausen. De har hele tiden gjort felles sak med sin sjef, og det var ikke fritt for at det var mange glade fjes å se”. ”Er du roligere nå, Mork? Er faren over?”, spør journalistene, ikke helt nøytralt. Helsedirektøren svarer: ”Jeg er glad for det som har skjedd. Jeg har tillit til at Stortinget behandler denne saken med det alvor den fortjener. Når de setter seg inn i dette vil de oppdage at Odelstingsproposisjonen ikke er noen bra løsning”. Arbeiderbladet balanserer sin lørdagsreportasje med også å ha et stort intervju med statsråden (s. 8). Overskriften er offensiv ”Jeg garanterer et bedre helsevesen”. Statsråd Veierød er også offensiv, og bestemt. Hun ”vil ikke innse at slaget er tapt”, men beklager at ”forslaget er blitt en personalsak”. Hun er ikke opptatt av å bli kvitt Mork, men av å få en mer ”hensiktsmessig statlig helseforvaltning og i de bestrebelsene har Helsedirektoratet i sin nåværende form ingen plass”. Hun påpeker også at direktoratet i dag skal legge det faglige grunnlag for hvordan helsevesenet skal fungere, samtidig som de skal ”ha tilsyn med at de selv gjør en god jobb. Så her er det litt bukken som passer havresekken”.

Den 24. skriver de to arbeiderbladjournalistene om arbeidet direktoratets aksjonskomite gjør (s. 20). Under overskriften ”Kjemper videre”, sier fire talspersoner for aksjonskomiteen at hvis den overordnede tilsynsoppgaven også blir lagt til departementet får man virkelig en bukken-og-havresekk-situasjon. Under overskriften ”Advarte, men ble overhørt”, sier Opplands fylkeslege, Øyvind Rolstad, at de fleste fylkeslegene advarte mot å splitte opp direktoratet (s. 21). De ville, som vi har sett, snarere utvide direktoratet til å bli et helseinstitutt. Arbeiderbladet har også snakket med andre proposisjonskritikere, som Datatilsynets direktør, Georg Apenes (1940-2016), pasientforeningsleder Gro Hillestad Thune og pasientombud i Østfold Anne Ording Haug (f. 1942). Bladet har også snakket med eksstatsråd Leif Arne Heløe. Han uttaler seg litt forsiktig, men sier at han snarere vil styrke enn svekke helsedirektørembedet: Helsedirektøren må, sier han, være ”en tøff leder som tør foreta skikkelige oppvasker når det er nødvendig”. Heløe hadde i sin tid bedt Norbom om å søke embedet som departementsråd, og hadde derfor knapt lyst til å gå for tydelig imot ”sin”

departementsråd. Samtidig var forslaget fra "hans" departementsråd også et angrep på det Norbom kalte "Heløe-ordningen".

Selv om Arbeiderbladets reportasje ikke var direkte partisk, var den nok mer et bidrag til å svekke enn styrke oppslutningen om proposisjonen også i regjeringspartiet. La oss for øvrig ta med at Arbeiderbladet gjengir noen korte uttalelser fra den alltid forsiktige Finn Høvik. Høvik bekrefter at departementet "kjemper .. ufortrødent videre for sitt forslag", men legger interessant til at "det har vært svært vanskelig å få forklart hva den nye helsereformen egentlig går ut på, og at mye av årsaken til uroen bunner i dårlig kjennskap til realiteten i saken".

Aftenpostens lederskribenter hadde, som vi har sett, vist Norbom-planene en helt annen form for forståelse enn det avisens journalister stort sett hadde gjort og gjorde.[486] De fortsatte for så vidt med det, men kunne nå, i slutten av mars og begynnelsen av april, konstatere at planene ville bli forkastet. Deres kommentarer er imidlertid prinsipielt interessante. Noen av dem skal vi derfor ta med. Den 22. mars skriver en av redaktørene blant annet: "Regjeringen har foreslått at direktoratet skal avvikles. Og da er det et interessant spørsmål om direktoratets ansatte, ledet av helsedirektøren, kan drive offentlig opposisjon mot sin politiske ledelse, og bearbeide opinion og stortingsrepresentanter når de er uenige med Regjeringen". Halvannen uke senere, den 3. april, utdyper redaktøren disse poengene på en utfordrende, og original, måte:

> *Striden om Helsedirektoratets skjebne har satt krisen ikke minst innenfor eldreomsorgen på den politiske dagsorden. Når det nå synes klart at stortingsflertallet vil beholde direktoratet, er det et rimelig krav at Mork og hans medarbeidere opptrer like aktivt i fortsettelsen som det har gjort gjennom sin påfallende kampanje i den senere tid. Mork bør ikke tro at han en gang for alle har bevist sin institusjons eksistensberettigelse…. Helsedirektoratet er en særegen konstruksjon. Og konstruksjonen blir ikke mindre særegen når et flertall av de folkevalgte synes å ville beholde institusjonen som en slags Stortingets ombudsmann som skal påse at Sosialdepartementet og Regjeringen gjør sin del av jobben.*

Aftenposten peker på et forhold som gjør statlig tilsyn på helsevesenets område litt spesiell, forhold vi i noen grad har berørt ovenfor. Når tilsynsorganer fører tilsyn med selvstendige, spesielt private, bedrifter fremstår det som naturlig: Tilsynsorganene passer på at bedriftene følger loven. Tilsynsorganene er i disse tilfeller ytre, habile tilsynsorganer. Når tilsynsorganer fører tilsyn med statlig tjenesteytende virksomheter, fører de i prinsippet tilsyn med seg selv. Tilsynet blir da et indre, og inhabilt, tilsyn. Man kan si at det spiller mindre rolle hvis de virksomheter det føres tilsyn med utgjør et monopol. Når det gjelder de statlige sykehus er staten eier og den som har det overordnede styringsansvar for disse. Å føre tilsyn med disse sykehus er således å bringe på det rene om staten opptrer konsistent, altså om den følger de regler den har gitt seg selv. I praksis betyr det at ett statlig organ, Helsedirektoratet, men som tilsynsorgan, passer på at dets overordnede organ, departementet, og det selv, som forvaltende organ, følger de generelle regler det første statlige organ, Stortinget, har vedtatt. Det er slik vi

[486] Den 20. mars kommenterer også avisen på reportasjeplass (Hilde Harbo, m.nr., s. 6) situasjonen etter at Sp har snudd. Den konstaterer at regjeringen vil lide nederlag, men at det ennå er uklart om flertallets løsning vil bli et nyordnet direktorat eller en "tredje løsning". Det er Høyre som vurderer den tredje løsningen, nemlig et organ som er relativt fritt, men som har ansvar for tilsyn, kontroll og klagebehandling, og altså ikke forvaltning (iverksettelse). Ingen av opposisjonspartiene vil "finne seg i" at disse oppgavene skal være under så "tett kontroll" av departementet, som regjeringen går inn for, heter det i Aftenposten.

kan forstå Aftenpostens påstand om at stortingsflertallet vil at Helsedirektoratet (som tilsynsorgan) skal være en "ombudsmann" for Stortinget.

Forholdet blir ikke helt slik når det gjelder tilsynet med det lokale, offentlige helsevesen, men heller ikke i dette tilfelle vil direktoratet fungere på samme måte som når det (ev.) fører tilsyn med bedrifter. Aftenpostens poenger innebærer altså at tilsyn i profesjonalisert forstand blir mer naturlig jo mer uavhengig tilsynsorganet er av de virksomheter det skal føre tilsyn med. Da må de i det minste være rene tilsynsorganer, ikke kombinerte tilsyns- og forvaltningsorganer. I tillegg bør virksomhetene det skal føres tilsyn med være mest mulig fristilte og helst privatiserte. Aftenpostens kommentarer peker altså frem mot det som i noen grad skulle komme: dannelsen av et rent helsetilsyn, omdannelsen av sykehusene til en slags helseforetagender og mange mindre helsetjenesteytere, blant annet almenlegene, til kontraktører. Aftenposten er inne på tanker som fører utover hva både Norbom-falanksen og dens kritikere tenkte seg, men i den rådende situasjon hørtes avisens lederskribent mest kritiker-kritisk ut.

♦

Allerede to uker etter at proposisjonen var lagt frem, så det altså ut til at viktige punkter i den ikke ville få flertall i Stortinget. Det så riktignok ut til at forslaget om å redusere den vertikale linjen fra tre til to nivåer kunne få flertall. Forslaget om kompetansesentre så ut til å skulle bli avvist. Helsedirektoratet så dermed ut til å kunne få fortsette, skjønt mer som et tilsyns- enn forvaltningsorgan, og med tydeligere uavhengighet av departementet. Slik sett så det også ut til at tilsynsoppgaven ville bli mer profesjonalisert (og avpolitisert). Endelig så det nå ut til at organene på nivå nr. tre ville få fortsette som "selvstendige" organer, men nå under departementet, ikke direktoratet.

Men dragkampen var ikke helt over. Helsedirektoratet, som nå følte at det var "reddet", ville gjerne "sikre seieren". Så snart proposisjonen var fremmet, kastet folk i direktoratet seg over den. Dens svakheter skulle frem i lyset. Direktoratet hadde den 20. mars, altså samtidig med at den partipolitiske situasjon hadde endret seg, et utførlig brev, stilet til departementet, klart.[487] Brevet var skrevet i helserettsavdelingen, i hovedsak av Anne Louise Valle, men undertegnet av Helsedirektøren og parafert av avdelingens sjef, Kari Sønderland (f. 1953). Direktoratet henvendte seg til sitt foresatte organ, Sosialdepartementet, men hadde en annen egentlig adressat. Det het til slutt i brevet: "Vi går ut fra at departementet gjør Sosialkomiteen kjent med dette".

I brevet kommenterte direktoratet bare kap. 5, altså det juridiske hovedkapittel. Det viste slik at det ikke var i tvil om at saken stod og falt med tilsyns- og klagesaksoppgavene. Samtidig la det på denne måten ytterligere trykk til de bestrebelser som nå var i gang for å gjøre direktoratet til mer av et tilsynsorgan.

Direktoratet tar utgangspunkt i departementets påpekning av at meget allerede gjøres for å utvikle rettssikkerheten. Helsedirektoratet bemerker: "Dette arbeid skjer … helt uavhengig av den pågående (foreslåtte) omorganisering, og det er heller ikke opplyst at Helsedirektoratet i flere av disse sakene har spilt en aktiv rolle, til dels vært initiativtaker og pådriver". Så redegjøres det nærmere for hvilken rolle direktoratet har spilt, før det gåes mer utførlig inn på

[487] Brevet har overskriften "Enkelte kommentarer om faktiske forhold i forbindelse med proposisjonen om omorganisering av den statlige helseforvaltning", og har direktoratsreferansen 92/02586-001.

påstanden i proposisjonen om at direktoratet ikke har brukt informasjon det har fått gjennom behandlingen av enkeltsaker til "erfaringstilbakeføring og derved heller ikke som grunnlag for generell forbedring og utvikling av helsetjenestene". Direktoratet hevder at påstanden, som "gjentas hele 7 ganger", ikke er riktig, og bruker så en rekke eksempler, illustrert gjennom vedlegg, for å dokumentere det. Brevet summeres opp slik:

> *Ovenfor nevnte eksempler er et utvalg av de tiltak vi har iverksatt som ledd i erfaringstilbakeføring til helsevesenet. Vi har i tillegg i en hel del enkeltsaker gitt uttrykk for kritikk av en institusjons rutiner. Direktoratet har sjelden brukt de formelle påleggshjemlene og dette har dels sin årsak i at de kritikkverdige forholdene blir rettet etter et brev med anbefaling/påpekning. Dels har det sin årsak i at det har liten hensikt å benytte en påleggshjemmel som ikke kan følges opp med økonomiske eller andre sanksjoner dersom den ikke etterleves. Dels skyldes det også at vi i enkelte tilfelle og i generelle ytringer er blitt bedt av departementet om å "ligge lavt".*

Den brevet i praksis var et angrep på, Kari Holst, er en dame med temperament. I et notat til statsråden kommer det frem. Hun innledet sitt notat med å erklære at "Helseavdelingen synes brevet er et selsomt partsinnlegg som taler for seg". Til påstanden om at det rettssikkerhetsarbeid som pågår intet har med den foreslåtte omorganisering å gjøre, svarer hun at det er "en løpende oppgave for departementet å ivareta rettssikkerheten". Hun nevner at de arbeidsgrupper som er nedsatt for å se på sider ved rettssikkerheten, er nedsatt av departementet, men at departementet har bedt direktoratet om å lede arbeidet i dem. Hun skriver også at det i proposisjonen står (s. 50) at disse tiltakene er satt i gang "uavhengig av endringene i den statlige helseforvaltning". Hun forsvarer også sin påstand om at erfaringstilbakeføringen er *mangelfull*, ikke fraværende, og henviser i den forbindelse til SI-rapporten "Fra klage til kvalitet" (1990) der det påpekes at det er mangler i tilbakemeldingsrutinene.[488] Hun skriver videre at Helsedirektoratet "ustoppelig (kommer) tilbake til en påstand som aldri er dokumentert om at direktoratet er bedt om "å ligge lavt" i tilsynssammenheng", og nevner at departementet i brev 15.1.90 "uttrykkelig" sa at "tilsynsoppgaven skal prioriteres innen de tilgjengelige ressurser".

Helseavdelingen, altså Kari Holst, foreslo at brevet ble oversendt Sosialkomiteen med "følgende oversendelsesbrev: Sosialdepartementet har mottatt brev av 20. mars 1992 fra Helsedirektoratet som oversendes Sosialkomiteen som forutsatt fra direktoratet. Sosialdepartementet vurder brevet som et partsinnlegg". Holsts notat er datert den 26. mars. Dagen etter har Nationen et oppslag over hele s. 7: Overskriften er: "Stortinget ført bak lyset?". I underoverskriften heter det: "Dokumentasjon utelatt i proposisjonen". Senterpartavisens journalist John Kvadsheim (f. 1961) konstaterer i ingressen at "brevet fra Helsedirektøren setter nå regjeringens proposisjon i et noe merkelig lys". Han forteller ikke hvordan avisen har fått tak i brevet. Helsedirektøren bekrefter imidlertid overfor journalisten at proposisjonen gir et ufullstendig bilde av dagens praksis, men vil ikke si om dette kan være bevisst fra departementets side. På s. 8 fortsetter avisen sin reportasje, med ytterligere to journalister. I hovedoppslaget er SVs parlamentariske leder Kjellbjørg Lunde (f. 1944) intervjuet og hun krevet at Sosialkomiteen får brevet fra Mork. Høyres Wenche Frogn Sellæg

[488] Rapporten, skrevet av Eivind Falkum og Erik G. Nilsson hadde tittelen *Pasienthenvendelser og –klager som grunnlag for læring og kvalitetssikring i helsevesenet*, og ble utgitt som rapport nr. 89 11 02 – 1, fra SINTEF. Prosjektet «Fra klage til kvalitet» ble startet høsten 1989, i regi av Senter for industriforskning (SI) og med finansiering fra departementet ved SME. SINTEF-rapporten er den første rapport fra prosjektet. Vi kommer tilbake til den i kap. 12.

sier brevet tilsier at Sosialministeren gir en redegjørelse. Nationen stiller Ministeren noen spørsmål om påstandene i brevet, men får ikke svar. Istedenfor gir Tove Veierød en mer formell uttalelse der det heter at hun på vanlig måte vil "stå til disposisjon for komiteen for å svare på de spørsmål de måtte ha under behandlingen av saken". Hun sier også at "Helsedirektoratets brev med vedlegg vil bli oversendt komiteen". Den nokså ferske "opposisjonsavisen" Nationen følger opp sitt brevoppslag dagen etterpå (28.4., s. 2) med et intervju med Fremskrittspartiets leder Carl I. Hagen, som sier: "Reaksjonen til Veierød bekrefter bare det jeg tidligere har ment, at hun er styrt av sitt embedsverk. Hele Sosialdepartementet hever seg tydeligvis over både Helsedirektorat og Storting. Departementet lever sitt eget indre liv, og er mer opptatt av lover og regler enn av om folk dør eller lider". Hagen krever at ministeren overfor Stortinget, "punkt for punkt", går gjennom brevet (fra Mork).

Som vi har sett, hadde det fra Morks brev nådde departementet vært departementsledelsens mening å gjøre som Mork bad om, nemlig å oversende det til Sosialkomiteen. Før det ble gjort ville imidlertid de mest berørte folk i departementet tenke seg litt om. Det ville jo bli nødvendig for statsråden, og kanskje også statssekretæren, å svare på Direktoratets kritikk. Men til det trengte de hjelp, og fikk den altså av Kari Holst. Kari Holst følte imidlertid også selv behov for å svare, og forsvare seg, i det minst innad, overfor sine oppdragsgivere. Brevet fra direktoratet var jo slik at det kunne gi inntrykk av at hun hadde ført departementsledelsen bak lyset. For departementet var det imidlertid uheldig at Morks brev ble kjent før departementet hadde fått sendt brevet til Sosialkomiteen. Når nå saken ble offentlig kjent, reagerte imidlertid departementet raskt og sendte straks brevet. Statsråden uttalte seg bare skriftlig om saken. Hun sa:

> *Odelstingsproposisjon nr. 43 ligger nå i Stortingets sosialkomité til behandling. Jeg vil selvsagt på vanlig måte stå til disposisjon for komitéen for å svare på de spørsmål de måtte ha under behandlingen av saken.*
> *Jeg har merket meg at Helsedirektøren i sitt brev går ut fra at departementet gjør Sosialkomitéen kjent med innholdet. Helsedirektørens brev med vedlegg vil bli oversendt komitéen.*

Oversendelsen skjedde uten Kari Holsts "utbrudd" om *"partsinnlegg"*.

Statsråden kom ikke, hverken nå, overfor pressen, eller senere, overfor Sosialkomiteen, til å svare på de konkrete påstandene i Helsedirektørens brev. Holsts synspunkter forble interne sådanne. Helsedirektørens brev kom slik til å bli et ekstra politisk virkningsfullt utspill. At det ble offentlig kjent gjennom en "lekkasje" til pressen ble for Helsedirektøren nærmest en slags "bonus".

Mars toner ut, hva gjelder proposisjonssaken, med to kommentarer i Dagbladet, den ene fra avisens egen Gudleiv Forr, den annen fra overlege ved SIFF, professor Leiv S. Bakketeig (f. 1938). De kom den 31. mars (s. 2 og 3). Begge var proposisjonsvennlige. Forrs kommentar illustrerer Dagbladets dobbelhet i saken: Avisens lederskribenter og hovedkommentatorer (med unntagelse av S. B. Osvold) var forholdsvis forståelsesfulle overfor venstremannen og (det tidligere) styremedlemmet Jon Ola Norbom, og dermed proposisjonen, mens avisens journalister gav Helsedirektøren og hans sak vel så mye oppmerksomhet som statsråden og hennes sak. Dagbladet lignet slik litt på en avis den sjelden lignet på, Aftenposten.

Forrs artikkel reflekterer stemningen nå ved overgangen fra mars til april. Den har overskriften ”Uhyret overlever?” Forr konstaterer at sosialminstre fra flere partier over lang tid har forsøkt å ”kappe hodet av dette flerhodede uhyret”. Men når politikerne fra disse partier nå har anledning til å gjøre det, faller de fra. ”Skal igjen uhyret vinne kampen mot politikerne?”, spør Forr. ”Helsedirektoratet, som alle tidligere har oppfattet som en farlig, svulmende og udemokratisk stat i staten, har fått en av sine varmeste forsvarer i Carl I. Hagen som ellers har som uttalt mål å legge ned staten. Og Senterpartiet, som åpner statskassa bare for krav fra fjell og fjord, kjemper en drabelig kamp for å beholde et stort og sterkt sentralisert byråkrati i Oslo sentrum.” Høyre, ved sosialminister Leif Arne Heløe, satte i 1983 Mork litt på plass, ”Men i dag synes Høyre å ha glemt sin antibyråkratiske fortid og vil beholde direktoratet”, fortsetter Forr. Når det gjelder Kristelig Folkeparti minner Forr både om abort og røykebekjempelse og spør: ”Vel skal det være rom for angrende syndere i Herrens rike. Men bør Hans tjenere ta feil av et bortkomment lam og en ulv i fåreklær?” Og hva SV angår, bemerker Forr at ”det blir lite igjen av partiets rolle som talsmann for de svake når partiet går i forsvar for noe av det mest autoritære i norsk forvaltning”. Forr avslutter, noe resignert, med å konstatere at Helsedirektøren ”behersker spillet om makt”.

Bakketeig er mindre polemisk enn Forr. Han sier at proposisjonsmodellen har svakheter, men at den også har ”mange positive sider”, blant annet vil den gi ”klarere skille mellom fag og myndighet” på senternivå, og advarer mot ”å fortrenge disse” og mot å ”la oss overvelde av vår naturgitte motstand mot forandring”.

♦

Med overgangen til april var altså i praksis meget avgjort politisk. Regjeringen og Sosialdepartementet, ville lide nederlag på viktige punkter. De eneste som ennå ikke helt var kommet til den konklusjon var departementets politiske, og særlig, administrative, ledelse. Norbom hadde følt at departementet hadde hatt en slags kontroll hele veien, også parlamentarisk. Det siste ble jo bekreftet i forbindelse med stortingsbehandlingen av statsbudsjettet før jul. At avisene nå sa at situasjonen var blitt en annen, tok han ikke helt alvorlig. Han hadde, som finansminister i Korvald-regjeringen, lært å ta presseoppslag med en klype salt. Når alt kom til alt ville fornuften seire, i Sosialkomiteen og i Stortinget (Odelstinget), mente han, for ”det var ikke noe alternativ” (til Norbom-modellen).[489] Men optimismen baserte seg nå også på at departementets administrative ledelse ikke visste særlig meget om hva som skjedde på det korridorpolitiske plan og i partifraksjonene og Sosialkomiteen. Heller ikke departementets politiske ledelse var for øvrig politisk godt orientert. I noen grad kan man si at den ennå ikke hadde engasjert seg spesielt sterkt i sakens politiske behandling. Saken var fortsatt i større grad en embedsmanns- enn en statsrådssak. Statsråden hadde bare delvis mottatt ”boken”. Man hadde derfor den paradoksale situasjon at en sak som hele veien, fra våren 1990, på politokratisk vis, var blitt presentert som en ”statsrådssak”, fortsatt ikke helt ut var blitt det. Den ble det for alvor først natten mellom den 15. og 16. juni.[490] Da var det for sent.

[489] Telefonsamtale med Jon Ola Norbom 2.2. 2012.

[490] Man kan imidlertid si at det ikke var og er uvanlig. Statsråd Veierød var nok mer involvert i denne saken etter hvert enn statsråder normalt er i saker som legges frem for Stortinget. Denne saken ble imidlertid så politisk kontroversiell at det at Statsråden ikke var (enda) mer engasjert gjorde henne sårbar.

Men alt var ikke avgjort nå, ved overgangen til april. Der var viktige, konkretiserende, oppgaver som gjenstod. Det var dem Sosialkomiteen nå tok fatt på. Vi skal også føye til at om det nå var åpenbart at departementet ville lide nederlag på viktige punkter, var det ikke like åpenbart at Helsedirektoratet ville vinne en tilsvarende seier.

Før vi tar for oss siste del av dragkampen om proposisjonen og, mer generelt, avslutningen av Norbom III-prosessen, skal vi gå litt tilbake i tid og se på det som skjedde i omstillingsprosjektene.

Omstillingsprosjektene, på nivå to/tre og på nivå én

Proposisjonen var det siste "interne" ledd i det nokså radikale omordningsprosjekt Norbom så smått hadde satt i gang sommeren og høsten 1989, men for alvor lanserte våren 1990. Da det ble lansert våren 1990 var det som et hemmelig prosjekt. Det ble litt mindre hemmelig fra høsten 1990, men fortsatte som et nokså internt og lukket prosjekt frem til 19. august 1991.[491] Gjennom de såkalte delprosjekter ble fase to åpnet litt opp, men mer i navnet enn i gavnet. Norbom og styringsgruppen brydde seg ikke så mye om de halvt korporative delprosjektene. Høsten 1991 var det en vanlig remissrunde, og en like vanlig, eller "uvanlig", offentlig debatt om prosjektet, det vil si om styringsgruppens innstilling. I den kom også Stortinget, som det hadde gjort høsten 1990, litt inn. Med akkurat som delprosjektprosessen vinteren og våren 1991 bare hadde spilt en underordnet rolle, kom remissprosessen høsten 1991 til å gjøre det. Proposisjonsarbeidet ble satt i gang med den klare intensjon å følge styringsgruppens innstilling, mer eller mindre til punkt og prikke. Det er, kan man si, et uttrykk for den sterke viljen til å få det som "man", det vil si, departementets ledelse, vil, og så fort som mulig, at det ble satt i gang et bredt omstillingsprosjekt, under ledelse av Kjell Knudsen, fra sent på høsten 1991. Over nyttår kom det et parallelt omstillingsprosjekt til, et for departementet, under Thomas Mauritzens ledelse. Nøkkelen til å drive hele omordningsprosessen så departementalt styrt, var at omordningen, som vi flere ganger har understreket, ble definert som politisk og dermed statsrådlig. Det var på departementsråd Norboms initiativ at den ble drevet slik. Norbom fikk med seg sine statsråder, først, i forprosjektfasen, Sellæg, så, i videre- og gjennomføringsfasen, Veierød. Den stramme politokratiske styringen ble imidlertid i siste instans mulig fordi Norbom, og hans statsråder, fikk stortingsstøtte for sine planer. Først fikk Norbom (og Sellæg) støtte fra det borgerlige flertall, så fikk han (og Veierød) støtte fra Arbeiderpartiet og de to mellompartiene.

♦

Tidlig på høsten 1991 hadde ikke Norbom, Høvik & Co. tenkt så meget på den departementale omstilling. Den var jo ekstra intern, og måtte ordnes som sådan. Men at også den fordret en del oppmerksomhet, blant annet fordi den måtte omfatte de berørte ansatte, gikk først etter hvert opp for departementsledelsen. Høsten 1991, i praksis særlig fra desember, ble det utenomdepartementale omstillingsprosjekt satt i gang, med Kjell Knudsen som prosjektleder. Knudsen hadde allerede tyvstartet litt og hadde den første prosjektplanen klar allerede den 13. desember. Formelt kom imidlertid dette omstillingsprosjektet først i gang

[491] Vi har tidligere redegjort for hva grunnene var til at prosessene i starten var så lukkede.

over nyttår. Det måtte jo organiseres. Knudsen laget planen for den organiseringen gjennom sin prosjektplan.

Prosjektgruppen for omorganisering av den statlige helseforvaltning: Kjell Knudsens gruppe

Prosjektleder Kjell Knudsen hadde det første utkast til prosjektplan klart halvannen uke etter at Stortinget hadde drøftet helseforvaltningssaken og det så ut til at regjeringen hadde et parlamentarisk flertall for sine planer.[492] Knudsen hadde da en tid arbeidet med planutkastet, for så vidt ennå uten å ha noen prosjektgruppe rundt seg. Dog hadde han i noen grad et lite, ennå uformelt, sekretariat til sin disposisjon. Det omfattet Ólafur Pétursson, Marit Stadheim (fra departementsrådens kontor), den ellers så lovproposisjonsaktive Øyvind Sæbø, og fylkeslege Asbjørn Haugsbø. Arbeidet med omorganiseringsprosjektet fikk egentlig aldri noen offisiell start. Det vokste gradvis frem, i begynnelsen nesten integrert med lovendringsproposisjonsprosjektet. Offisielt kan man si det ble like etter stortingsbehandlingen av omorganiseringssaken (og budsjettet). Knudsen og hans sekretariat arbeidet under departementets ledelse, altså under Norbom og Høvik. De to, samt Harald Hauge (helseavdelingen), hadde jo også sine folk inne i Knudsens sekretariat. Knudsen & Co. fortsatte å arbeide på slike premisser hele prosjektperioden ut, selv om der kom til en bredere prosjektgruppe over nyttår.

Som vi har nevnt var tanken med omstillingsprosjektene å lage det konkrete grunnlag for den budsjettendringsproposisjon som skulle følge etter at loveendringsproposisjonen var vedtatt og Stortinget hadde gitt grønt lys for å realisere Norbom-modellen. Budsjettendringsproposisjonen kunne ikke lages før det var klart hvordan ansatte og andre ressurser og oppgaver skulle fordeles mellom de nye sentrene og de andre institusjonene. Det het da også i Knudsens planutkast at ”Prosjektet skal forsyne departementet med vesentlige deler av den informasjonen som skal inn i budsjettendringsproposisjonen” (s. 3). Det het imidlertid videre at hvis Stortinget ”endrer forutsetningene for en omorganisering av den statlige helseforvaltning vil prosjektplanen bli bearbeidet og revidert” (s. 3-4). Departementets siktemål var, som vi også har nevnt, at budsjettendringsproposisjonen kunne være klar innen utgangen av mai og at hele omorganiseringen kunne settes ut i livet i løpet av høsten 1992.

Prosjektgruppens oppgave ble altså å legge frem forslag til ”mål, ansvar, oppgaver og dimensjonering” for de tre nye sentrene, for det samlede legemiddelverket og for fylkeslegekontorene. Gruppen skulle også ”avklare styringsprinsipper og grensegangen mellom organene, forholdet mellom dem og forholdet til departementet”. Når det gjaldt ”styringsrelasjonene” skulle prosjektet også omfatte, het det, de viderelevende institusjonene Statens rettstoksikologiske institutt, Kreftregisteret og Giftinformasjonssentralen. Siden det nå var oppstått uvisshet om der ville komme en egen ansvarsnevnd, måtte prosjektgruppen avvente stortingsbehandlingen av lovendringsproposisjonen før den tok stilling til organiseringen av ”rettssikkerhetsarbeidet”. Prosjektgruppen skulle drive konkretiseringen av

[492] Planutkastet hadde overskriften ”Prosjektplan for forberedelser til omorganisering av den statlige helseforvaltning” og er på10 sider. (Dep.arkivet, 612.1., kas. 7.)

omorganiseringen så langt at den også skulle ”lære opp personene som skal delta i iverksettingen” av omorganiseringen.

Omorganiseringsprosjektet ble altså i praksis departementalt ledet. Departementsledelsen var imidlertid klar over at dette prosjektet, ulikt lovendringsprosjektet, ikke bare kunne ledes helt hierarkisk. Nå skulle omorganiseringen konkretiseres og det kunne ikke sees på som en rent politisk oppgave. Nå ville både institusjonene, ved deres ledere, og de ansatte, ved deres fagorganisasjoner, ha krav på en viss medinnflytelse; noe for øvrig også styringsgruppen hadde skrevet. Medinnflytelse skulle de få ved at de kom med i en ”prosjektledelse”, men også ved at de skulle få plass i de ulike ”omstillingsgruppene” som skulle dannes. I det første planutkastet het det at departementet skulle ”nedsette en prosjektledelse som består av” og så nevnes, foruten Knudsen selv, representanttypene. Det hadde tidligere vært tale om å utnevne en ny styringsgruppe, men det var departementsledelsen gått bort fra. Nå ble altså uttrykket ”prosjektledelse” brukt, men ikke konsekvent. Mer og mer ble betegnelsen ”prosjektgruppe” brukt om denne gruppen. På planutkastets førsteside ble den siste betegnelsen brukt: ”Prosjektgruppen for omorganisering av den statlige helseforvaltning”. Siden ble denne betegnelsen den eneste. Det het ellers i det første planutkastet (s. 5), litt forsiktig, at ”Prosjektgruppen er pådriver i prosessen og samordner de ulike områder etter behov”. Den skulle, mer enn å styre, bidra til å lette iverksettelsen av den planen som i praksis ble utarbeidet av Knudsen og hans sekretariat, og som nøye reflekterte departementsledelsens syn. Gruppen skulle altså hovedsakelig fungere nedover, ikke oppover. Medinnflytelsen nedenfra var og forble, iallfall som en ”korrigerende” innflytelse, begrenset. Slik sett ble altså også dette omorganiseringsprosjektet en nokså integrert del av det større, formelt ”politiske”, eller statsrådlige, men reelt departementale, omorganiseringsprosjektet.

I Prosjektgruppen skulle, foruten lederen, to institusjonsledere, en fylkeslege, en konsulent fra Statskonsult og tre fagforeningsrepresentanter (YS, Kartellet/LO, AD) sitte. De ”andre”, altså alle bortsett fra Knudsen, ble oppnevnt etter nyttår.

Om omstillingsgruppene het det at de ”fortrinnsvis” bør ledes av den som skal lede den omorganiserte virksomhet. ”For øvrig bør gruppene bestå av ressurspersoner i den aktuelle virksomhet, representant(er) for de ansatte og representant(er) for Sosialdepartementet” (s. 5). De siste skulle komme fra ”høyt nivå” i de aktuelle departementsavdelinger. Det het videre i planen for omstillingsgruppene at deres ledere skulle møte prosjektlederen, Kjell Knudsen, i et prosjektlederforum og der drøfte saker som krevde avklaring, ”før disse tas opp i prosjektledelsen eller forelegges Sosialdepartementet for avgjørelse” (s. 6). Vi ser altså at departementet sikrer seg kontroll over omstillingsgruppene, blant annet ved å ”forhåndsutnevne” institusjonslederne og ved at beslutninger i omstillingsgruppene står både under knudsensk og departemental kontroll. Omstillingsgruppene skulle være rene iverksettelsesgrupper. Vi har sett at det var disse omstillingsplanene som, etter møtet den 19.12., hadde fått Anne Alvik til offentlig å kritisere departementet for å foregripe utfallet av stortingsbehandlingen av lovendringsproposisjonen.

Tre dager etter at Knudsen hadde ferdig sitt planutkast sendte departementet et brev til Statskonsult med anmodning om bistand i omstillingsprosjektet.[493] Det ønsket at Statskonsult kunne utpeke en person til å sitte i prosjektgruppen og en til å arbeide i Knudsens sekretariat. Statskonsult gjorde straks det. Til å sitte i prosjektgruppen ble statsviteren, konsulent Kristin

[493] Brevet hadde dept.arkivnr.: 91/08626, var ført i pennen av Ólafur Pétursson, og undertegnet av Finn Høvik. (Dep.arkiv, 612.1, kas. 5.)

Amundsen, en av Statskonsults prosessrådgivere i Norbom II-prosessen, utpekt og til å arbeide i sekretariatet ble konsulent (Bir)Gitte Haugnæss (f. 1955), også hun statsviter, utpekt. De var begge med på møtene med institusjonslederne den 19.12. Over nyttår ble det imidlertid her noen personendringer.

Statskonsult fikk ikke, som vi har sett, så mye gehør for sine "typiske", målstyringsorienterte og semikorporativistiske synspunkter, i forrige "runde". Statskonsult var vant til å bli hørt på denne tiden, og deltok derfor gjerne igjen i arbeidet med å omorganisere helseforvaltningen. Nå fikk institusjonen imidlertid en enda mindre fremskutt posisjon. Den fikk en dame i prosjektgruppen, men prosjektgruppen, bortsett fra Knudsen, var knapt nok tiltenkt noen sentral rolle. Den fikk også en dame i sekretariatet, men heller ikke sekretariatet gav noe godt utgangspunkt for å påvirke. Sekretariatsmedlemmene, bortsett fra Knudsen, fikk hovedsakelig en nokså teknisk-administrativ rolle.

Den 10. januar skrev Statskonsult til departementsråden og bad om at arbeidet med å omordne departementet ble tatt med i Knudsens prosjekt, gjennom en egen omstillingsgruppe.[494] Man kan se henvendelsen, stilet direkte til departementsråden, som et forsøk på å få iallfall noe av omordningsarbeidet inn i et litt mer "statskonsultsk" spor. Det statlige konsulentselskap trengte et "plaster på såret". Statskonsult gjør det i henvendelsen, skrevet som et notat, klart at institusjonen skjønner at departementet ser på den departementale omorganisering som en "politisk sak som skal holdes utenfor en partssammensatt prosjektgruppe", men mener det er gode grunner til å ta departementsomorganiseringen med i det omorganiseringsarbeid som skal skje i regi av Knudsens gruppe. Statskonsult henviser til at den nettopp gjennomførte kartleggingen hadde vist at "departementets styring av underliggende institusjoner var et sentralt problem". Derfor burde omstillingene på de to nivåer sees i sammenheng og skje parallelt. Skjedde ikke det, kunne omstillingenes troverdighet overfor "de berørte institusjoner, publikum og media" bli svekket. Statskonsult foreslår derfor at det oppnevnes en egen omstillingsgruppe for departementet, "underlagt prosjektledelsen".

Det fremgår ikke av notatet hvem som har skrevet det og vi har heller ikke på annen måte fått vite hvem forfatteren er. Notatet må imidlertid være skrevet av en person som kjente godt til Norbom II-prosessen. At det i notatet legges slik vekt på problemene med departementets styring av institusjonene på nivåene nedover, gjør at det er naturlig å tenke på Terje Haugli Nilsen som forfatter, eller iallfall medforfatter eller inspirator. Det var jo ikke minst problemene med departementets styring som gjorde at Nilsen gikk imot Norbom-modellen (kfr. delprosjekt 3). Det virker ellers påfallende at notatet er stilet til departementsråden, ikke til departementet (og Høvik). Norbom satt nå i en mer tilbaketrukken posisjon, men her var Statskonsult ute etter å påvirke, og da var Norbom mannen, mer enn Høvik, og for så vidt også mer enn statsråden. I den sammenheng er det interessant at notatet er sendt med en liten påskrift: "Enig. 10.1.92 CH". Hambro hadde altså sett og godtatt notatet, men neppe selv tatt initiativet til det. Men nå støtter han altså (igjen) Nilsens, og, får man si, den tradisjonelle statskonsultske, filosofi. Han er ikke lenger en del av styringsgruppen, som han var til godt utpå høsten 1991. Når Statskonsult sendte den versjon av notatet som hadde Hambros påskrift, kan det nok være det skyldtes at "noen" trodde at notatet på den måten skulle få større tyngde i departementet: Norbom skulle få se at dette stod Hambro for, altså at Hambro i iallfall dette henseende, hadde "snudd".

[494] Notatet hadde overskriften "Omorganisering av den statlige helseforvaltning". (Dep. arkiv, 612,1, kas. 5. Statskonsult: J.nr. 91/746.)

Departementet svarer raskt (den 13.1.), og avvisende.[495]

> *Utgangspunktet for arbeidet med omorganiseringen av selve departementet må være at dette er statsrådens prerogativ. Arbeidet bør derfor forestås av departementet selv, og ikke av en prosjektgruppe sammensatt av personer utenfra. Å la en slik gruppe stå for arbeidet, vil være undergravende for statsrådens autoritet.*

Det legger til at arbeidspresset gjør at den departementale omordningsprosess må utstå noe. Det heter også at siden denne prosessen "vil berøre de fleste avdelinger direkte, bør arbeidet ledes av departementsråden", dog slik at statsråden må "treffe beslutninger av politisk karakter". Svaret ble sendt fra fungerende departementsråd Finn Høvik – Norbom var på sin sedvanlige juleferie i Florida – men ført i pennen av Norboms "håndgangne" mann, Thomas Mauritzen. Det gikk via statsråden til Statskonsult.

Departementet startet allikevel sin egen utredning ikke så lenge etterpå, dog som et eget, departementsinternt prosjekt, under ledelse av Thomas Mauritzen. Det første "opplegg for forberedelse til og gjennomføring av omorganisering av Sosialdepartementet", var klart den 22. januar. Et endelig opplegg var klart den 24.[496] En av grunnene til at departementsprosjektet kom i gang så raskt, var at departementet jo også ble direkte berørt av det som skjedde under Knudsen, for så vidt som Sekretariatet for modernisering og effektivisering skulle overføres til det nye Senter for helsetjenestekompetanse. Men departementet var nå kommet til at det Statskonsult pekte på som et sentralt tema, innholdet i "departementets styringssystemer", var sentralt også for omstillingsgruppene på det nye nivå nr. to. Det var også kommet til at det var nødvendig å avklare "departementets interne koordinering". Det siste var viktig fordi "kontrollspennet" ville øke "betraktelig", og fordi de forskjellige institusjoner på nivå nr. to ville sortere under ulike departementsavdelinger (den omorganiserte helsetjenesteavdelingen og den nye forebyggingsavdelingen).[497] Ellers var det selvsagt mange praktiske spørsmål, blant annet om personalplassering, som måtte avklares. Generelt var det også klart at omorganiseringen på nivå nr. to knapt kunne settes ut i livet uten at omorganiseringen av departementet samtidig var klar. Det ble derfor nå, i løpet av de siste dagene av januar, nedsatt en egen omstillingsgruppe for departementet, under ledelse av departementsråden og med ekspedisjonssjefene, representanter for tjenestemannsorganisasjonene og en konsulent fra Statskonsult (Gitte Haugnæss) som øvrige medlemmer. Gruppen skulle ha administrasjonsavdelingen som sekretariat, og dermed Thomas Mauritzen som sekretariatsleder.

Omstillingsprosessene var utpreget interne prosesser, og for så vidt også nokså ovenfra-styrte. Formålet med dem var jo allerede politisk bestemt. Mobiliseringen av de ansatte, gjennom representasjonen i omstillingsgruppene, var derfor i første rekke ment som en mobilisering til konstruktiv iverksettelse av det som var bestemt, nemlig at Norbom-modellen skulle gjøres til virkelighet. For å sikre den videre mobilisering skulle det løpende gies informasjon til alle ansatte, i første rekke fra deltagerne i omstillingsgruppene. I informasjonsplanen, som var en del av prosjektplanen, heter det: "Hensikten med informasjonen er først og fremst å øke motivasjonen hos de berørte gjennom økt forståelse av målene, prosessen, virkemidlene". De

[495] Notatet (brevet) hadde overskriften "Omorganisering av den statslige helseforvaltning – arbeidet med Sosialdepartementets struktur". (Dep.arkiv: 612.1, kas. 5.)

[496] De to notatene er nokså like. (Dep.ark., 602.1, kas. 5.)

[497] Sitatene er fra forslaget til "Opplegg for forberedelse til og gjennomføring av omorganisering av Sosialdepartementet", skrevet av Thomas Mauritzen og datert den 22.1.92. (Dep.arkiv, 602.1, kas. 5.)

berørte er her i hovedsak de ansatte i de ulike institusjoner som omfattes av omorganiseringen. I tillegg til den "lokale", mobiliserende informasjon som gies til de ansatte, skal det også gies informasjon om hele prosjektets utvikling. Denne, "mer helhetlige og koordinerte informasjon gis av prosjektleder", i første rekke gjennom informasjonsblad alle får. Som nevnt ble det første informasjonsblad sendt ut den 31. januar. Også denne informasjon skal imidlertid sees i sammenheng med informasjonen som gies om den departementale omstilling. Ansvaret for at dette skjer ligger i departementet, med informasjonskontoret som praktisk tilrettelegger. Det heter for øvrig i et momentnotat fra et møte mellom Knudsen (og Stadheim) og informasjonskontoret den 15. januar at departementet er opptatt av, ikke minst overfor publikum, å informere slik at man "unngå(r) kritikk for å holde en "lukket prosess"". Når det gjelder informasjonen innover og nedover, heter det for eksempel at den "sentraliserte" informasjon Knudsen gir til delprosjektlederne ikke skal bli slik at de "får følelsen av å ha "munnkurv"".[498]

Prosjektplanen forelå altså i et første utkast den 13. desember (1991). Nye utkast kom den 10., 18. og 20. januar. Den endelige plan forelå den 23. januar og var på 14 sider (pluss vedlegg). Dagen før, den 22., var den blitt presentert for statsråden. Den ble drøftet på ekspedisjonssjefsmøtet den 23.

De endringer som etter hvert kom i planutkastene var mer politikkkutdypende enn –endrende; i tillegg var de konkretiserende. Når det gjaldt det første, kom den første endringen til slutt i del 3, om mandatet. Her gies det en konsesjon til kritikerne, blant annet i Statskonsult. Det heter nå at problemene i helseforvaltningen ikke bare skyldtes organiseringen, de skyldtes også "Mangelfulle styringssystemer, svakheter ved den overordnede ledelse, kompetansestrid og holdninger til samarbeid.." (s. 5) Omstillingsgruppene må legge vekt på disse forhold "når de planlegger iverksettingen", selv om noen forhold, "som har sitt utgangspunkt i kulturtrekk, og holdninger til samarbeid", må "løses i etterkant".[499]

Under del 4, "Organisering av arbeidet", begynner konkretiseringen. Den begynner med en nesten organisasjonspolitisk konkretisering av styringsmåten. Her redegjøres det nokså detaljert for den hierarkiske måten omstillingsarbeidet skal skje på, fra departementet, via prosjektgruppen – i praksis prosjektlederen, til lederne for omstillingsgruppene. De siste blir styrt både individuelt og gjennom et felles forum. Også mellom departement og prosjektleder skal det være løpende møter, der den siste rapporterer oppover og departementet nedover. "Departementet vil også, etter behov gi signaler om sine synspunkter og, om nødvendig, ta de avgjørelser som ev. må til for å bringe arbeidet videre" (s. 6).

Videre under del 4 presenteres prosjektgruppen og dens mandat. Gruppen fikk denne sammensetning: Kjell Knudsen, departementet – prosjektleder, Marit Kromberg Helsedirektoratet, Bodolf Hareide, SIFF, Kjell Bjartveit, SHUS, Øyvind Rolstad, fylkeslegenes kontaktutvalg, Gitte Haugnæss, Statskonsult, Egil H. Eriksen, YS – Stat, Arve Andersen, Statstjenestemannskartellet og Truls Frogner, AF. Vi ser at SIFF og SHUS, de viktigste av institusjonene under Helsedirektoratet, er representert med sine direktører, mens Helsedirektoratet er representert med en av sine avdelingsdirektører. De to direktører var godt

[498] Sitatene i første del av avsnittet er fra den informasjonsplanen som lå i prosjektplanen (punkt 8) og sitatene i annen del av avsnittet er fra "momentnotatet" fra møtet mellom sekretariatet og informasjonskontoret i departementet den 15.1.92. (Dep.arkiv, 602.1, kas. 5)

[499] "Prosjektplan for forberedelser til omorganisering av den statlige helseforvaltning", datert 23.1.1992. Planen var godtatt av departementet dagen før, altså den 22.1. (Dep.arkiv, 602.1, kas. 5.)

fornøyd med forslagene som gjaldt deres institusjoner og så allerede på seg som de nye ledere for de individ- og miljørettede forebyggelsessentrene. I dem ville Knudsen få kraftfulle støttespillere. Helsedirektoratet markerte sin begrensede interesse for hele prosjektet med å ikke foreslå Mork eller Alvik som representanter i gruppen. Det var også et signal at de nominerte en kritiker av Norbom-modellen til gruppen, endog en som kunne formulere seg spisst. Nominasjonen av Kromberg var et signal om at omstillingsarbeidet for Senter for helsetjenestekompetanse ville bli vanskelig. Fylkeslegenes talsmann, Øyvind Rolstad, var også mer en potensiell motforestiller enn forestiller i den forestående omstillingsprosess. Gitte Haugnæss kom nå med i prosjektgruppen istedenfor den mer erfarne Kristin Amundsen, samtidig som hun fortsatte i sekretariatet. Hun ble slik først og fremst en medspiller for Knudsen. De tre fagforeningsrepresentantene var også skeptikere, spesielt AFs alltid engasjerte Truls Frogner. Frogner var også arbeiderpartipolitiker (lokalt), men her var han ingen støttespiller for "sin" statsråd og regjering.

Det heter i prosjektplanen at prosjektgruppens oppgave "er å lede og koordinere forberedelsene for implementering av Norbom-utvalgets forslag", og ev., "bistå i og kontrollere selve iverksettingen". Dette innebar spesielt å lage den "helhetlige prosjektplan" for omstillingen og slik også gi mye av grunnlaget for budsjettendringsproposisjonen. Som vi har nevnt, ble ikke gruppen kalt en styringsgruppe. Den skulle heller ikke være det, selv om mandatet kunne tyde på det. Synspunktene i gruppen spriket for mye og lojaliteten overfor departementet var varierende. Med tillitsvalgte i gruppen ble dessuten prinsippet om linjeledelse brutt. Gruppen skulle derfor mer bli et sonderingsorgan for Knudsen enn et egentlig styrende organ. Styringen skulle mer skje utenfor, og direkte overfor omstillingsgruppene, enn gjennom prosjektgruppen. Omstillingsplanen skulle også bli prosjektlederens ansvar. Slik ble det fra første stund av. Prosjektgruppen hadde for øvrig, allerede før prosjektplanen var ferdig, hatt sitt første møte. Det ble holdt den 16. januar og gjaldt først og fremst utkastet (10.1.) til prosjektplan.[500]

Hva sekretariatet angikk forble det, som det var blitt før nyttår, dog med den forskjell at konsulent Astrid Paulsrud (f. 1957), også hun fra Statskonsult, kom med i sekretariatet. Også Haugnæss fortsatte i Sekretariatet.

Det heter videre i planen at det nedsettes en omstillingsgruppe for hver av de nye eller endrede virksomheter, altså for Senter for individrettet forebygging, Senter for samfunns- og miljørettet forebygging, Senter for helsetjenestekompetanse, Statens legemiddelverk og fylkeslegeetaten. Det heter også at det nedsettes en tverrgående personalgruppe for å se personalsakene i sammenheng.

Gruppenes viktigste oppgave ble å utarbeide planer for omstillingen i de ulike virksomheter. Personalgruppen skulle legge frem forslag til "hovedprinsipper … for behandlingen av personalspørsmål i gjennomføringsfasen". Omstillingsgruppenes sammensetning ble ikke offentliggjort gjennom planen, men separat, den 28. januar. Som allerede forhåndsantydet, var det, for sentrene og legemiddelverket, med én unntagelse, de "nye" direktører som ble gruppeledere: For gruppen som skulle se på det individrettede senteret ble SHUS-sjef Kjell Bjartveit leder, for miljøgruppen SIFF-sjef Bodolf Hariede og for legemiddelgruppen SLK-sjef Ola Westbye. For "eksdirektoratsgruppen", det var unntagelsen, ble Haakon Melsom (1941-2015) leder. For fylkeslegegruppen ble Anne Berit Gunbjørud leder og for

[500] Referatet fra møtet (en momentliste) er datert 28.1. Hele sekretariatet var til stede på møtet, Knudsen som leder for gruppen og Haugnæss som medlem. (Dep.ark., 602.1, kas. 5.)

personalgruppen Thomas Mauritzen. Alle lederne, bortsett fra Melsom, fremstod som tydelig omstillingspositive. Melsom hadde ingen klar profil, og var slik for så vidt akseptabel for departementet. Alle de andre aktuelle personene i direktoratet var for departementet "uaktuelle". Det gjaldt selvsagt de to på toppen, men det gjaldt også de andre avdelingsdirektørene. Reidar Bang (f. 1928) og Per Bærum tilhørte Morks aldersgruppe og var slik uaktuelle; faglig var juristen (RB) og tannlegen (PB) også mindre naturlige. Marit Kromberg (f. 1939), fersk sjef for forebyggelsesavdelingen, var plassert i prosjektgruppen, men var ellers for departementet, altfor kritisk til omstillingsplanene. I legemiddelavdelingen var det også ny sjef, Anne Marie Horn (1946-2009), men også hun var for kritisk til reformen, også hva legemiddelforvaltningen angikk, til at departementet kunne bruke henne. Melsom ble slik den eneste mulighet. Han hadde året før overtatt etter Jørgen Jonsbu som avdelingsdirektør i direktoratet, men, som den forsiktige mann han var, hadde han ikke eksponert sterke oppfatninger om det omstillingsarbeid som forestod. Noe opplagt valg som fremtidig sjef for Senter for helsetjenestekompetanse var han imidlertid ikke. Han fikk med seg i gruppen Øyvind Sæbø og Trine Normann (f. 1935) fra departementet, Peter F. Hjort og Geir Stene-Larsen fra SIFFs helsetjenesteforskningsenhet og Kari Sønderland, Leonora Martinussen, Finn Aasheim og Ann-Karin Valle (f. 1959) fra Direktoratet. Han kunne ikke få det enkelt. Han hadde to selvbevisste personer fra departementet til å passe på at det gikk som det "skulle", Sæbø og Normann, og to like selvbevisste personer fra direktoratet til å hindre at det skulle gå som departementet ville, Sønderland og Aasheim. De to helsetjenesteforskerne kunne imidlertid kanskje spille en slags "overskridende" rolle; de hadde jo allerede laget en faglig spennende plan for det nye senteret for helsetjenestekompetanse. Der var i mindre grad bygget inn spenninger i de andre gruppene.

Det heter til slutt i planen at departementet fortsatt tar sikte på å fremlegge budsjettendringsforslagene innen utløpet av mai og få dem behandlet av Stortinget før ferien.

I et notat til lederne for omstillingsgruppene, sendt den 24. januar, ber Kjell Knudsen om at de, gjennom effektiviseringstiltak, bør klare å redusere bemanningen med ca. 10 prosent.

Arbeidet i omstillingsgruppene kom for alvor i gang den 28. januar. Den dagen ble det, i regi av Kjell Knudsen, holdt møte med lederne for omstillingsgruppene. Knudsen orienterte her om det forestående arbeid og fra Statskonsult ble det gitt en veiledning i hvordan prosjektplanene, med milepæler etc., skulle utarbeides.

Omstillingsgruppene arbeidet raskt og hadde sine prosjektplaner klare før midten av februar. Kjell Knudsen godkjente dem, i noen tilfeller med noen anmerkninger, den 19. februar. De ble endelig godkjent i prosjektgruppen den 25. februar. Arbeidet skred frem i noe varierende tempo, og med litt ulik grad av samforstand, i de ulike grupper. Greiest gikk det i fylkeslegegruppen. Anne Berit Gunbjørud kunne presentere det første utkast allerede den 2. februar, altså under en uke etter at gruppene var oppnevnt. Utkastet, som nærmest var en ferdig plan, var detaljert, presist og offensivt – og gav endog de ulike gruppemedlemmer konkrete arbeidsoppdrag. Det endelige utkast kom den 10. februar. Statskonsults (og sekretariatets) Gitte Haugnæss, som løpende vurderte planutkastene, skrev i en vurdering den 12. februar at "Planen (for fylkeslegevesenet) kan tjene som et eksempel for de andre prosjektplanene, selv om vi mener det ikke er nødvendig å gå fullt så detaljert til verks som denne planen gjør".[501] Vi skal nevne at gruppelederen hadde fristilt sin nestkommanderende i

[501] Haugnæss kommentarer fremmes i et notat, "Kommentarer til omstillingsgruppenes prosjektplaner", til Kjell Knudsen datert 12.2.92. (Dep.ark. 602.1, kas. 5.)

Buskerud, Bjørn-Inge Larsen (f. 1961), til å være sekretær for gruppen. Det var Larsen som i hovedsak hadde skrevet planen.

De to andre planutkastene som forelå nå, Helsetjenestekompetansesenterets og Miljøsenterets, måtte forbedres en del, mente Haugnæss. De øvrige planutkastene kom like etterpå. Bare ett av dem ble funnet helt tilfredsstillende, nemlig Bjartveit-gruppens: Bjartveit satte alltid sin ære i at skriftlige notater var mønstergyldige, både innholdsmessig og språklig. Hans gruppe var heller ikke preget av motsetninger. I de tre grupper som fikk "anmerkninger" til sine planforslag, men særlig i miljøgruppen og legemiddelgruppen, spilte motsetninger en viss rolle i starten. I miljøgruppen følte Helsedirektoratets representant, spesiallege Morten Calmeyer (f. 1948), seg "overkjørt" av Hareide og SIFF-filosofien: Han påpekte i et "klagenotat" til ledelsen i direktoratet at sekretærene, begge forankret på SIFF, laget "skjeve" referater og ønsket at direktoratet kunne få utpeke en av sekretærene. Anne Alvik gir Calmeyer, i en påskrift på hans notat, støtte i "den linjen han kjører".[502] I legemiddelgruppen var det legemiddelinspektør Beate Morstad Manger (f. 1939) som følte seg "overkjørt". Hun klaget over telefon, først til Astrid Paulsrud (to ganger) og så til Kjell Knudsen, før hun den 21. februar skrev et lengre klagebrev til sistnevnte. Her sier hun blant annet: "Arbeidet i omstillingsgruppen er ikke lagt opp på en slik måte at Helsedirektoratets innsikt i og erfaring med apotek- og legemiddelspørsmål blir benyttet. I steden er ansvaret for utredninger av saksområder som Helsedirektoratet arbeider med, lagt til medarbeidere i SLK som ikke sitter i omstillingsgruppen".[503] I gruppen som arbeidet med omstillingen for det nye Senter for helsetjenestekompetanse var det ingen "overkjøring", men problemer med "kjøringen". Oppfatningene sprikte og lederen var i tvil om så mangt. Denne gruppen hadde imidlertid også den vanskeligste oppgaven; den skulle bygge noe nytt, noe som ikke var presist beskrevet av styringsgruppen, og gjøre det på "ruinene" av det gamle direktorat. Den planen som ble foreløpig godkjent av Knudsen den 19. februar var således svært foreløpig. Men både denne gruppen og de andre som hadde problemer kom etter hvert til å fungere bedre, dog uten at kritikerne "falt inn i folden". I referatet fra det møtet omstillingsgruppelederne hadde den 30. mars heter det om kompetansesentergruppen at "De to første møtene var vanskelige, men dette har bedret seg nå".[504] Gruppen hadde for øvrig møter ukentlig fra 14. februar til 3. april (8 møter). Også om gruppen som arbeidet med miljøforebyggende virksomhet het det at det hadde vært problemer i starten.

Offentlig strid om omstillingsarbeidet

Ettersom det gjennom avisene ble klart at regjeringens flertall var kommet i faresonen ble det ny uro omkring arbeidet i omstillingsgruppene. Den 20. mars henvendte AF seg til statsråden og bad henne stille "arbeidet i prosjektgruppen og de berørte omstillingsgruppene i bero". AF

[502] Notatet er datert 13.2. og stilet til direktoratsledelsen. Anne Alvik har også denne påtegningen på Calmeyers notat: "Til pkt 1 – er det riktig at regjeringen har pålagt omstillingsgruppene sitt mandat/oppgave?" (Dep.arkiv: 602.1, kas. 5.)
[503] Brevet, som er på og en halv tettskrevne sider, har helsedirektoratsreferansen 92/01004 3. Det finnes i dep.arkivet under 602.1, kas. 5.
[504] Referatet fra møtet for lederne for omstillingsgruppene 30.3.92 finnes i dep.ark., 612.1, kas. 5.

mente det var sløsing med ressurser å fortsette arbeidet slik situasjonen var blitt.[505] Statsråden svarte den 27. mars, etter å ha rådført seg med departementsråden, at siden omstillingsgruppene var iferd med å gjøre ferdig sine rapporter for fase I, mente hun disse burde leveres som planlagt. De kunne komme til nytte "uansett modell-løsning".[506] Statsrådens signal følges den 30. mars opp av Kjell Knudsen. I det andre informasjonsbladet han, den 30. mars, sendte ut til de ansatte gjentar han, under overskriften "Den aktuelle situasjon", at det materiale som nå legges frem fra omstillingsgruppene vil være nyttig for arbeidet med å utforme den statlige helseforvaltning, "uansett modell". Hverken han eller statsråden visste imidlertid at Helsedirektøren samme dag satt og skrev et brev til statsråden som skulle gjøre denne saken vanskeligere for statsråden. Helsedirektøren, skjønt i hovedsak den ass. helsedirektør, skriver at det

> *kan være hensiktsmessig at gruppene… leverer de delene av sitt arbeid som omhandler gjennomgangen av arbeidsoppgavene, med forslag om fjerning av oppgaver, evt. overføring av oppgaver til andre, i den utstrekning forslagene kan vurderes relativt uavhengig av fremtidig organisasjon.*

Når det imidlertid gjelder resten av oppdraget, spørsmålene om organisasjonsoppbygging, stillingsorganisering og ressursbehov, mener han det "ikke kan gjennomføres forsvarlig før organisasjonsmodellen er fastlagt". Hvis det allikevel skulle skje vil det kunne "skade det fremtidige samarbeidsklimaet", i tillegg til at man vil sløse ressurser, advarer han. Han legger til at direktoratets representanter i gruppene "frivillig", men etter hans anbefaling, er gått inn i dem. Nå kan han imidlertid ikke forsvare å be dem fortsette med dette "belastende og vanskelige arbeidet", og "har i dag anmodet direktoratets medarbeidere å legge ovenstående retningslinjer til grunn for sin medvirkning i gruppene frem til 10. april." Han legger dog til at han er klar over at departementet kan "beordre" hans folk til å fortsette som før. Han sendte brevet i kopi til Kjell Knudsen, LO, AF og YS.[507] Morks brev ble dagen etter fulgt opp av lederen for omstillingsgruppen for Senter for helsetjenestekompetanse, Haakon Melsom, som, uten å henvise til sin sjefs brev, skriver til Kjell Knudsen at det å gå videre med organisasjonsspørsmålene nå lett "kunne få negative overtoner i samarbeidsklimaet mellom deltakerne i gruppen" og ville også kunne føre til at mye unødvendig arbeid ble gjort. Han skriver videre at han har drøftet situasjonen med sin gruppe i et møte tidligere på dagen og fått støtte for at gruppen begrenser seg til å omtale "forhold knyttet til innholdet i et fremtidig kompetansesenter".

Brevet fra Mork hadde utløst hektisk aktivitet i departementet og i prosjektgruppen. Morks synspunkter var nå i virkeligheten godtatt. Det viser seg ved at Melsom nevner at han har fått støtte for sin, altså Morks, strategi, fra Statskonsults Gitte Haugnæss og Astrid Paulsrud.[508] Det viser seg formelt i statsrådens svar til Helsedirektøren, skrevet den 1. april. Statsråden skriver at fire av de fem grupper, altså alle bortsett fra helsetjenestekompetansesentergruppen, er kommet så langt med sitt arbeid at de kan levere sine rapporter som forutsatt. Hun "finner ..

[505] Brevet var undertegnet gen.sekr. Kai Thoresen og parafert av lederen for den samfunnspolitiske avdeling i AF, Truls Frogner. Frogner var AFs sentrale mann i organisasjonens "anti-Norbom-arbeid". (AF-ref.: 1103/92. Brevet finnes i dep.ark, 612.1, kas. 5.)

[506] Brev til AF ved gen.sekr. Kai Thoresen, datert 27.3.92 (statsrådssak 490/92). Det er interessant at i et første utkast til svarbrev skriver hun, mer bestemt, at fordi det "analysearbeidet som utføres i disse gruppene" er så viktig for det videre arbeid "har jeg ikke funnet det riktig å pålegge stans i arbeidet". (Dep.ark., 612.1, kas. 5.)

[507] Brevet har Hdir.arkivnr. 92/02757-001 (H.dirarkiv: 003.20, Org.gjennomgang). Arkivnr., statsrådsarkiv: 92/538 (dep.ark. 612.1., kas. 5).

[508] Brevet fra Melsom er datert den 31.3.92, og har H.dirarkivnr. 92/02757-001 (Org.gjennomgangen 003.20.)

det riktig" at gruppelederne "selv tar standpunkt til hva som skal tas inn i de rapporter som avgis 10. april".[509]

Dette er altså nok et eksempel på at statsråden nå, ved utløpet av mars, er på defensiven, og, kan man vel si, Helsedirektøren på offensiven. Og mens statsråden den første april skrev sitt ydmykende brev, dro en selvbevisst helsedirektør til Løvebakken. Han var, sammen med Norbom og de øvrige institusjonsledere invitert til møte med Sosialkomiteen. Nå startet dragkampen om detaljene i den endelige løsningen. Den kommer vi tilbake til.

Nå skal vi først se på hva som skjedde i de to andre omstillingsgruppene, personalgruppen og departementsgruppen. Den første var strengt tatt en del av de "ordinære" omstillingsgrupper, men kom i praksis til å fungere noe adskilt fra de andre. Den kom også senere i gang. Denne gruppen, og departementsgruppen, var begge ledet fra departementets administrasjonsavdeling, altså av Thomas Mauritzen.

Arbeidet i personalgruppen og departementsgruppen

Personalgruppen var en annerledes gruppe enn de øvrige. Den skulle ikke lage planer for den konkrete omstilling av bestemte virksomheter. Den skulle arbeide på tvers av virksomhetene, med en bestemt oppgave, nemlig å "Fremme forslag til hovedprinsipper som skal ligge til grunn for behandlingen av personalspørsmål i gjennomføringsfasen". Gruppen omfattet, foruten lederen, Thomas Mauritzen, mellomledere eller saksbehandlere fra Helsedirektoratet, SIFF, SLK, SHUS og Rusmiddeldirektoratet, og seks representanter for fagorganisasjonene, to fra henholdsvis AF, NTL og SL. Gruppen hadde sitt første møte den 2. mars, som en "idédugnad". Den hadde to møter til i mars og ett i begynnelsen av april. Meningen var at gruppen skulle fortsette frem til 10. juni, og for så vidt da levere sin endelige innstilling. Gruppen var i noen grad avhengig av hva de andre omstillingsgruppene kom frem til og for så vidt hva budsjettendringsproposisjonen ville inneholde. Hvorom alt er, gruppen hadde oppgaver som ikke skulle skape særlig kiv. Statsråden hadde, gjennom brev den 10.12.91, sagt at ingen skulle miste arbeidet; all eventuell nedbemanning skulle skje gjennom naturlig avgang. Hun hadde også, i brev til NTL 10.9.91, sagt at ved eventuelle omplasseringer skulle den enkelte få størst mulig valgfrihet. Gjennom lover og avtaler var jo dessuten de ansatte godt beskyttet mot vilkårlig behandling. I begynnelsen var tanken at personalgruppen skulle sortere under Knudsens prosjektgruppe.[510] Det kom aldri til å skje. Det skyldtes selvsagt at dens oppgaver var nokså annerledes enn de "operative" gruppenes oppgaver, men også at gruppens ledelse var så høyt forankret i departementet, nemlig hos styringsgruppemannen Thomas Mauritzen.

♦

Som vi har sett insisterte departementet på at dets omorganisering måtte skje ikke bare i departemental regi, men i departemental ledelsesregi. Norbom ble, som nevnt, selv leder for den departementale omstillingsgruppen. Han fikk med seg ekspedisjonssjefene Finn Høvik

[509] Statsrådens brev har dep.ark.ref. St.nr. 538/92. (H.dir.arkiv: 92/02757-002; Org.gjennomgangen 003.20.)

[510] I det første informasjonsblad Kjell Knudsen sendte ut (31.1.) stod Personellgruppen ennå oppført som en ordinær omstillingsgruppe.

(adm.), Alfred Kvalheim (f. 1932) (trygd), Harald Hauge (helse), Fredrik Hoffmann (f. 1939) (Sos. II), Knut Brofoss (Sos. I) og Andreas Disen (plan). I tillegg kom Gitte Haugnæss fra Statskonsult og tre fagforeningsrepresentanter. Sekretariatet bestod av Mauritzen, Pétursson og Stadheim. Gruppen møttes første gang den 7. februar. Da hadde allerede Mauritzen kommet langt i sine utredninger; notater fra ham forelå den 22.1., 24.1., 5.2. og 6.2. Gruppen møttes siden den 28. februar og, siste gang, den 13. mars. Det neste møtet skulle holdes 19. juni, men det ble aldri holdt.

Selv om styringsgruppen hadde ”bestemt” hva endringene i hovedsak skulle gå ut på, nemlig at helseavdelingen skulle ”reduseres” til en helsetjenesteavdeling og at det skulle opprettes en ny avdeling for forebyggelse av ”uhelse”, gjenstod det en god del kinkige spørsmål, spørsmål som skapte en smule kiv og strid. Spesielt var helseavdelingen misfornøyd. Den hadde, til dels sammen med administrasjonsavdelingen (sykehus, økonomi), fungert nesten som den administrative del av et helsedepartement. Hauge kunne også, som vi har nevnt, til tider opptre som en slags helsedepartementsråd. Nå ble Hauge, hvis styringsgrupperns forslag ble fulgt opp, ”avsatt” som uformell ”råd” og hans avdeling ble én av flere helseavdelinger. Hauge skulle altså ikke lenger sitte ”på toppen” av hele helsevesenet, men ”bare” den kliniske del av det. Det innebar også, på nivå to og tre sentralt, at han mistet ansvaret for alle de sentrale forvaltningsinstitusjoner bortsett fra ”restdirektoratet”. Riktignok hadde han formelt bare indirekte myndighet over institusjonene på nivå nr. tre, men den var jo også viktig. Dessuten hadde han stadig oftere gått utenom direktoratet. Han ville nå også formelt få direkte ansvar for fylkeslegene. Hauge og hans folk så også tydeligere at siden preklinikken og klinikken i primærhelsevesenet, bedriftshelsevesenet medregnet, fortsatt (etter 1984) ikke var helt adskilt, skapte det noen problemer også for politikken og forvaltningen. Fylkeslegenes integrerte fagforvaltningsansvar understreket forsåvidt problemene. Men Hauge og hans folk så også at opprioriteringen av forebyggelsespolitikken kunne føre til at helsepolitikken ble mindre ren: Den nye avdelingen skulle få FE, men også noe mer (flere politikkområder, som tobakks-, HIV-, ernærings- og miljøpolitikk), fra helseavdelingen, men ellers i stor grad omfatte sosialavdeling I. Slik ville blant annet forebyggelsen av rusmisbruk (alkohol, narkotika), men ikke omsorgen for rusmisbrukere, bli et ”helseansvar”. Helsepolitikken kunne slik i noen grad bli til sosialpolitikk. På møtet i departementsgruppen den 28. februar bemerket derfor også Hauge at at den relativt beskjedne forebyggelsesavdelingen ville få ”altfor mange oppgaver fra sosialsektoren”. Han var bekymret for at det kunne gi ”en negativ signaleffekt overfor helsesiden”. Hauge ville helst beholde helsesektoren ”ren”, altså mest mulig medisinsk. For å motvirke de ”statusproblemer” det vi kunne kalle sosionomiseringen av forebyggelsespolitikken kunne føre med seg, tenkte han høyt om muligheten for å ha en plan- og forebyggelsesavdeling. Men han så at ”delingstoget” var gått. Deling var en uunngåelig pris for at han, og departementet, skulle få fjernet ”problemet Mork”.

Men delingen skapte også et overordnet problem, et problem Norbom-utvalget ikke hadde funnet noe godt svar på, nemlig hvordan samordningen av helsepolitikken skulle skje. Delingsforslaget impliserte nærmest også at departementet selv burde deles, iallfall slik at det fikk en egen departementsråd, ev. også, eller istedenfor, en helsestatsråd. At der nå ikke bare kom en ny helseavdeling, men tillike at statssykehuspolitikken ble samlet i administrasjonsavdelingen, understreket behovet for en departementsdeling. Man kunne tenke seg at behovet for en slik samling ble noe redusert ved at de to ekspedisjonssjefene, i noen grad bistått av ”statssykehusavdelingsdirektøren” i administrasjonsavdelingen, fungerte som en samordningsgruppe, altså som en kollektiv helseråd.

Departementsgruppen formulerte ikke disse styringsutfordringene så skarpt som vi har gjort. Den kunne ikke det. Den kunne ikke gå så drastisk utover Norbom-utvalgets innstilling, det vil si, en innstilling hvor det var lagt mer vekt på organiseringen nedover enn oppover. Den pekte allikevel i mer forsiktige vendinger på den indre departementale samordningsutfordring, dog uten å komme så langt at den fremmet konkrete forslag.

Fra annen halvdel av mars stoppet i noen grad arbeidet i gruppen opp, blant annet fordi Mauritzen & Co. så at de måtte vente på en del avklaringer fra de andre omstillingsgruppene, men også fordi Mauritzen nå var mer opptatt med personalgruppen. Han hadde brukt mest tid på departementsgruppen fra midt i januar, men prioriterte nå, fra midt i mars, personalgruppen. Mauritzen var fortsatt preget av hodeskaden fra sommeren før og kunne ikke samtidig arbeide for fullt med begge grupper.

For departementsgruppen var også måten morgendagens departement skulle styre resten av forvaltningen på, utfordrende. Mauritzen nevner denne utfordringen i sine notater, men mer antyder enn konkretiserer hvordan den skal håndteres. Han sier, i tråd med tradisjonen, at styringen nedover vil forbli todelt. På den ene side vil den være preget av ”den faglig, overordnede og ofte mer langsiktige” styring og på den annen side av ”den løpende økonomi- og personalstyring”.[511] Den første er generelt oppstrømspreget og mer spesialisert nedstrømspreget. Oppstrømsvirksomheten, altså politikkutviklingen – også hva gjelder ressursbehov – skjer i de to fagavdelinger, nedstrømsvirksomheten er delt mellom fagavdelingene og administrasjonsavdelingen. Den siste delingen skjer ved at fagavdelingene passer på den ”faglige” måloppnåelsen, mens administrasjonsavdelingen passer på ressursbruken og personalforvaltningen. I praksis vil imidlertid, uten at Mauritzen her nevner det, administrasjonsavdelingen, som Finansdepartementets ”utpost” i Sosialdepartementet, også delta i budsjettutformingen på oppstrømssiden.

Mauritzen ser ut til å forutsette at institusjonene ”faglig” skal styres etter mål- og resultatstyringsprinsipper, altså forretningsinspirert. Han sier imidlertid ikke mer om hva det skal innebære nå, i en situasjon der institusjonene på nivå nr. to i stor grad selv er styrings- og forvaltningsinstitusjoner (overfor lokale, halvselvstendig styrende og forvaltende institusjoner, nemlig kommuner og fylkeskommuner), men også i noen grad tjenesteytende institusjoner. Han rekker heller ikke, før politikerne delvis ”velter” det norbomske ”spill”, å si mer om dette. Det hadde også vært vanskelig å ”improvisere” nå. Departementet hadde pålagt institusjonene på nivåene to og tre å ta i bruk virksomhetsplaner og altså ta de første skritt i målstyrende retning, men var selv kommet kort i så henseende. Det ”hang igjen” i den tradisjonelle forvaltningstenkning. I den grad det styringsmessig tilpasset seg utviklingen, var det mer den nypolitokratiske utvikling, en utvikling som innebar at departementer skulle sees på som politiske sekretariater. Styringsmodernister kunne også tale om slike sekretariater, men de så da på dem som strategiske organer, altså som en slags konsernledelser. For politokratene kunne de også, men måtte ikke, være det. For dem var poenget at departementene skulle bistå statsrådene uansett hva deres ønsker var, dog gitt de formelle rammer statsrådene var bundet av. Norbom var, som vi har nevnt mange ganger, mer en kombinert politokrat og forvaltningsmann enn en ”nyfrelst” målstyringsmann. I departementet ble det derfor mest ”paid lipservice” til kravene om målstyring. Det er ikke rart at Mauritzen,

[511] Sitert etter notatet ”Forebyggingsavdelingens og deler av helsetjenesteavdelingens oppgaver m.m.”, av 27.2.92, s. 3-4. (Dep.arkiv, 612.1, kas. 5.)

og for så vidt hele departementsomstillingsgruppen, heller ikke kom så langt med planene for den nye etatsstyringen.[512]

Rapportene fra Knudsens omstillingsgrupper

Knudsens fire grupper leverte alle sine rapporter innen fristen den 10. april. Personalgruppen hadde en senere frist, og det gjorde at dens endelige rapport aldri kom. Departementsgruppen, men i praksis Thomas Mauritzen, leverte et notat, ikke en rapport, om det som skulle bli den nye forebyggelsesavdelingen, den 27. april. En siste versjon av dette notatet kom den 15. juni, dagen for odelstingsdebatten om proposisjon nr. 43. I det følgende skal vi først omtale "Knudsen-gruppenes" rapporter og Kjell Knudsens oppsummerende vurdering av disse. Vi starter med gruppen som laget rapport om det foreslåtte **Senter for helsetjenestekompetanse**.

Gruppen som så på "restdirektoratet", Haakon Melsoms gruppe, laget en rapport som begrenset seg til det nye senterets formål og oppgaver. I denne gruppen hadde det, som vi har nevnt, vært en del motsetninger. For direktoratsfolkene var det nærmest noe forræderisk over overhode å delta i omstillingsgruppen. Når gruppen klarte å lage en rapport, skyldtes det at den begrenset seg til å se på oppgavene og ikke gikk inn på selve omorganiseringen. Men gruppen ikke bare klarte å lage en rapport, den laget den intellektuelt mest spennende rapporten, selv om den kaller den et "råutkast". Tankene om det påtenkte senters kompetanseoppgaver bæres oppe av en samlende idé og konkretiseres så i en rekke retninger. Det skjer på en pedagogisk godt poengtert, og velskreven, måte. Gruppens grunnlag for å føre konkretiseringene videre i organisatorisk retning er mer enn godt nok. Det var imidlertid organisasjons-politisk umulig å gjøre det. Spesielt var det det for gruppens leder, Haakon Melsom.[513]

Når det gikk som det gikk i gruppen, skyldes det først og fremst Peter F. Hjort og Geir Stene-Larsen. De hadde, som vi har sett, langt på vei utviklet premissene for rapporten i det notat de presenterte den 12. januar: "Kompetansesenteret for helsetjenesten – Tanker om oppgaver og organisering". Nå satt de, ikke tilfeldig, i gruppen og kunne bruke første del av sitt notat som grunnlag for grupperapporten.

Gruppens samlende idé var denne: Det nye senteret skal ha løpende oversikt over utviklingen av de tre nivåer i helsesektoren: brukernivået (etterspørrernivået), helsevesensnivået (tilbydernivået) og styringsnivået, og de utfordringer og behov de tre nivåer representerer. Siden utviklingen går raskt, måtte oversikten senteret skulle ha, være endringsorientert og for

[512] I planene for den nye forebyggelsesavdelingen heter det at den også, og det er en selvfølge, må realisere sin politikk gjennom påvirkning av politikk som drives av andre departementer overfor andre, "helsepåvirkende", sektorer. Mauritzen og gruppen konkretiserer heller ikke denne styringsutfordringen, utover, tradisjonelt, å si at her foregår det en intern politisk (politiokratisk) dragkamp mellom departementer både på det politiske og det forvaltningsmessige plan. De taler således, som det også gjøres i proposisjonen, om at departementet har en "pådriverrolle" "overfor andre sektorer og dermed departementer og de frivillige organisasjoner". (Notatet om "Forebyggingsavdelingens…" av 27.2., *op. cit.*, s. 2.)

[513] Ett av medlemmene i gruppen, AFs representant Ann-Karin Valle, sykepleier og kontorsjef i Helsedirektoratet (siden 1991), distanserte seg i en særuttalelse (s. 5-6) nokså generelt fra innstillingen. De øvrige som hadde direktoratet som arbeidsplass, og det var, foruten formannen, Haakon Melsom, underdirektør Kari Sønderland, kontorsjef Finn Aasheim og YS-S's Leonora Martinussen, sluttet opp om rapporten.

så vidt antesiperende, mente gruppen. Men å kalle oppgaven ”å skaffe seg oversikt” blir da for prosaisk. Gruppen, det vil si Hjort og Stene-Larsen, sa derfor (nå som i januar) at man burde se på oppgaven som en ”intelligence-oppgave”. Det er både mer enn og noe annet enn ”etterretning”. Gruppen siterer McLachlan (1985): ”Intelligence is … the extrapolation from information and research of findings which are significant for the organization and running of health services. That is, “intelligence” is more than merely information or research, but implies the constructive use of their insights” (s. 9).

Med denne ideen som samlende utgangspunkt drøftet så gruppen, presist og assosiasjonsvekkende, hva det nye kompetansesenteret, eller “intelligenssenteret” (etterretningssenteret) kunne, og burde, gjøre. Spesielt er det interessant å se hvordan gruppen kunne vise hvordan dens grunnide om ”intelligence” også impliserer at senteret måtte få en tilsynsrolle. Gruppen, det vil si, Kari Sønderland, skriver: ”Tilsyn dreier seg .. om noe mer enn det å utøve kontroll som medfører sanksjoner dersom lovbestemmelser brytes. En viktig del av tilsynet er rådgivning og veiledning”. Det heter at den nye proposisjonen gir litt andre signaler enn den som lå til grunn for loven av 1984 og synes derfor at situasjonen nå er blitt uklar, men ”finner det nødvendig å understreke at senterets rådgivnings/veiledningsvirksomhet er en integrert del av den samlede tilsynsvirksomhet, …, selv om det ikke er lagt vedtaksmyndighet til senteret” (s. 18). Gruppen har rett i at Kari Holst, i proposisjonsteksten, hadde nærmet seg et mer rent og profesjonalisert syn på tilsyn, men har også rett i at hvis man legger 1984-loven til grunn, er det relevant å se på deler av tilsynsvirksomheten som en rådgivningsoppgave, og altså som en oppgave som kan høre inn under det foreslåtte kompetansesenteret. Styringsgruppen hadde ikke sett denne muligheten. I en særuttalelse distanserte departementsrepresentantene i gruppen, Trine Normann og Øyvind Sæbø, seg noe fra dette tilsynsresonnementet. De argumenterte ikke, men henviste til at proposisjonen (43) krevde at ”det overordnede tilsyn forankres i departementet” (s. 19).

Gruppen argumenterte også for at helsetjenesteforskning er den form for forskning som særlig ville være av betydning for senteret: Skal senteret bli et senter for helsetjenestekompetanse må det spesielt være opptatt av utforskningen av helsetjenesten, altså av hvordan helsepersonell og de institusjoner de inngår i, gjør det med hensyn til kvalitet, effektivitet osv. Det er, skriver gruppen, helsetjenesteforskningen som ”vil avgjøre om senteret skal klare å bli en inspirasjon og en forandringskraft for helsetjenesten. Den vil også avgjøre om senteret skal klare å bygge opp tillit – kort sagt, om senteret skal lykkes eller mislykkes” (s. 24).

For Peter Hjort kom egentlig Norbom-innstillingens forslag om dette kompetansesenteret som en gave. Det gjorde det mulig for ham å plassere seg mellom forskning og helsepolitikk på en måte som han hadde drømt om, men ikke våget å tro han kunne få realisert. Nå fikk han mesteparten av gruppen, endog med litt entusiasme, med seg på å gi premisser for at hans drøm kunne gå i oppfyllelse, selv om der i gruppens rapport, av ”indremedisinske”, skjønt kanskje også ”ytremedisinske”, grunner gies en del ”stikk” til Norbom-innstillingen og Norbom-III-prosessen.

Vi skal til slutt nevne at gruppen mot slutten av sin rapport drøftet forholdet mellom ”fag og politikk”, og mellom departementets rolle som ”politisk sekretariat” og senterets rolle som kompetanseorgan. Diskusjonen munnet ut i en elegant og tankevekkende tabellarisk sammenligning av det politiske og det faglige organs roller (s. 49–53).

Gruppens rapport var slik at den på viktige punkter kunne ha ført styringsgruppens innstilling organisasjonsfaglig videre. Var den blitt skikkelig lest av dem som nå skulle behandle

proposisjonen, og dermed Norbom-modellen, kunne den ha styrket oppslutningen om modellen. Skjønt, her må vi være forsiktige med å spå, for det kan virke som om ikke engang modellkritikerne i gruppen så hva de var med på å anbefale. Hvorom alt er, få eller ingen av dem som skulle bestemme, leste rapporten, og knapt særlig mange andre heller. Det "politiske tog" var jo gått da vi var kommet til den 10. april.

Gruppens rapport var på 56 sider, med tre vedlegg på til sammen 12 sider.

♦

Rapporten fra gruppen som skulle legge grunnlaget for **Senter for samfunns- og miljørettet forebygging**, er preget av at SIFF allerede, med engasjement, har gitt seg det nyttestatlige målstyringsregime, med en dertil hørende personliggjort ansvarsledelse (resultatorientert ledelse) i vold. Rapporten preges også av tilfredshet med den ekspansjon styringsgruppen stiller SIFF i utsikt: SIFF får, etter forslaget, overta det samfunns- og miljørettede arbeidet fra Helsedirektoratet og blir slik et mer samlet omgivelsesorientert forebyggelsessenter. SIFF hadde nå et eget styre, men etter omorganiseringen ville en ny forebyggelsesavdeling i departementet bli dets styre. I rapporten sees denne endringen på som positiv. Den vil bringe SIFF nærmere politikken og prioriteringene. Gruppens flertall gir også uttrykk for tilfredshet med at det kan komme en egen forebyggelsesavdeling i departementet. Det er viktig for å skjerme det forebyggende arbeid mot det politisk mer populære kliniske arbeid, heter det (s. 55).

Gruppens rapport er omfattende (137 sider pluss seks siders vedlegg), men også konkret. Rapporten representerte en plan som lot seg realisere. Den var preget av at de som står bak den, ikke minst SIFFs direktør, Bodolf Hareide, det nye senterets sannsynlige sjef, var utålmodige etter å få satt planen ut i livet. Den var tenkt og skrevet av folk som er mer handlings- enn teoriorientert. Den var ikke original og dytpløyende, og hadde ikke litterære kvaliteter, som tilfellet i stor grad var med rapporten fra helsetjenestegruppen. Den var, som gruppens leder, preget av vilje og robusthet.

Vi har sett at der var en del uenighet i gruppen. Den holdt seg. Tre fagforeningsrepresentanter, Folke Sundelin (f. 1946), AF (SIFF), Elin Sæther, LO (H.dir.) og vararepresentant Gunnhild Volle distanserte seg nokså generelt fra den rapport flertallet stod bak, og, enda mer, fra måten prosessen var organisert på. På enkelte punkter fikk disse også støtte av Helsedirektoratets Morten Calmeyer og utgjorde da et flertall.[514] Gruppens leder, og i stor grad flertall, mer registrerte enn forsøkte å tilpasse seg opposisjonen. Opposisjonen nøyde seg også med å markere opposisjon på endel punkter, og ventet ellers, ikke på Godot, men på Sosialkomiteen. Vente kunne den, i motsetning til Samuel Becketts (1906–1989) to herrer, trygt gjøre. Sosialkomiteen ville snart komme.

♦

Gruppen som har skrevet rapporten om **Senter for individrettet forebygging**, og som var ledet av SHUS's administrerende overlege og sannsynlige fremtidige sentersjef, Kjell

[514] Gruppen bestod foruten formannen, av spesiallege Hans J. Ånstad, Sosialdepartementet/FE, overlege Johs. Wiik, SIFF og tre fagforeningsrepresentanter. Den ene av disse, som dog var representert ved en "opposisjonell" vararepresentant tre ganger (G. V.), Inger Nærbø, YS, sluttet opp om rapportens innhold.

Bjartveit, har, som miljøgruppen, skrevet en forholdsvis målstyringsorientert rapport. Den er imidlertid mer elegant utformet enn miljøgruppens, og inneholder mer spennende teori. Begrepsbruken er til tider fengende; tankene om enkeltinstitusjonenes forebyggelsesmuligheter er ambisiøse og assosiasjonsvekkende, moralsk utfordrende og engasjerende. Individgruppens rapport ble derfor nokså annerledes enn miljøgruppens. Mens individgruppens rapport kombinerte faglighet og misjonsiver forble miljøgruppens rapport prosaisk.

Men om individgruppens rapport hadde ”schwung”, manglet den, i motsetning til miljøgruppens, i stor grad kollektive ambisjoner. Rapporten var preget av at gruppens medlemmer egentlig knapt ønsket noe senter. Medlemmenes ambisjoner gjaldt enkeltinstitusjonene, ikke senteret. Den måtte imidlertid også reflektere noen ambisjoner for senteret. Det lå i dens oppdrag, men først og fremst lå det i dens ”frihetsønsker”. Gruppens medlemmer slutter opp om viktige sider ved Norbom-rapporten fordi den stillet dem i utsikt å komme løs fra Helsedirektørens ”hemmende” favntak og å få direkte tilgang til Makten, altså departementet og kanskje også statsråden. Prisen var altså et visst fellesskap i det nye senteret. Fellesskapet ville de imidlertid begrense til det ufarlige, nemlig det mest abstrakte, visjonen, og det mest prosaiske, bofellesskapet. Litt administrasjonsfellesskap kunne de kanskje også gå med på. Visjonene gav de uttrykk for gjennom forslag om et nytt navn og et felles overordnet mål.

De ville at det nye senteret skulle hete Senter for livsstil og helse. De begrunnet forslaget til navneendring med at de ulike institusjoner som skulle inn i senteret minst like meget var sosialt rettet som individrettet i sin forebyggende virksomhet, for eksempel når det gjaldt røyking og alkoholinntak. Helt ”ufarlig” var imidlertid ikke dette navneendringsforslaget. Med sitt forslag utfordret nemlig gruppen den ”teori” som lå under styringsgruppens måte å dele opp det forebyggende arbeid på. Ja, den sier indirekte at den samfunnsmedisinske virksomhet SIFF nå ikke bare drev, men ville bygge ut, i større eller mindre grad burde vært flyttet over til en eller flere av enhetene i ”livsstilssenteret”. Også på SIFF så man denne problemstillingen, men der var holdningen snarere at vanskelighetene med å skille mellom de ulike former for forebyggelse tilsa at *all* forebyggende fagutøvende virksomhet ble samlet på SIFF; altså det som siden langt på vei skulle skje. Hva det ”felles overordnede mål” angikk, foreslo Bjartveit og resten av gruppen: ”Flere gode leveår for alle gjennom sunne levevaner og helsefremmende livsstil” (s. iv). Selv det ble forøvrig for meget for Rusdirektoratets direktør Stein Berg. Han mente at samlokalisering av institusjonene ”ikke betinger et felles overordnet mål og en felles overordnet strategi” (s. 7). Skepsisen til integrasjon kom ellers til uttrykk blant annet i at gruppen mente de ulike institusjonene burde få beholde sin ledelsesordning som den var, blant annet slik at to virksomheter kunne få fortsette med råd (Ernæringsrådet, Statens tobakkskaderåd) og én med styre (Rusmiddeldirektoratet). Planene for administrativ stordrift var begrensede.

Vi har nevnt at miljøgruppen i noen grad benyttet anledningen til å argumentere for en høyere prioritering av det arbeid SIFF drev. Dette ble adskillig tydeligere i livsstilsgruppens rapport. Gruppen tok utgangspunkt i pålegget om ti prosents nedbemanning, men endte med å foreslå en oppbemanning. Den ville ha en del av de folkene i Helsedirektoratets forebyggingsavdeling som var ”gitt” til miljøsenteret, men også noen fra Helsedirektoratets administrasjonsavdeling. Endelig ville gruppen ha noe fra den ”pott” som var avsatt til kompetanseheving i helseforvaltningen (s. 44). Begrunnelsen hadde moralsk ”snert”. Gruppen pekte blant annet på at det, med større innsats, kunne ”oppnås store helsegevinster” på de områder gruppens institusjoner arbeidet. Som eksempel nevnte gruppen i sin rapport at 80

prosent av alle tilfeller av hjerteinfarkt ”kan forebygges ved endring av levevaner (kosthold, røykevaner, drikkevaner, fysisk aktivitet)”. Den nevnte også at det er ”et stort misforhold mellom ressursinnsatsen til kurativt og forebyggende arbeid, helsegevinsten tatt i betraktning” (s. 44). Som miljøgruppens rapport på et vis reflekterte Hareides litt ufriserte, handlingskraftige stil, kan man si individgruppens rapport reflekterte Bjartveits like meget moralsk-intense som faglig-ambisiøse stil.

♦

Vi har sett at **fylkeslegegruppen** hadde imponert konsulentene med sin prosjektplan. Den fortsatte for så vidt å gjøre det med sin endelige plan. Planen var omfattende. Den var på 112 sider – med 12 vedlegg. Den var grundig og godt systematisert. Selv om fylkeslegegruppen, som helsetjenestegruppen, begrenset seg til formål og oppgaver, og ikke laget en detaljert plan for ressursdisponeringen, var den handlingsrettet. Endelig, og ikke minst, var den skrevet i pakt med oppdraget. Fylkeslegegruppen hadde samvittighetsfullt tatt utgangspunkt både i Norbom-innstillingens bokstav og ånd. Den hadde bestrebet seg på å få frem de muligheter som ligger i Norbom-modellen. Som fylkeslege lå det for Anne Berit Gunbjørud noe grunnleggende tiltrekkende i Norbom-forslagene: De innebar at hun og hennes kolleger fikk en mer fremtredende rolle, og som etat, en nasjonal rolle. Torbjørn Mork hadde, som Karl Evang, irritert seg over fylkeslegenes uavhengighetstrang, og en mentalitet preget av lensmannstiden. Han hadde helst sett at etaten ble en ikke bare lydig, men aktivt lojal, lokal forlengelse av hans direktorat. Han ville at fylkeslegene skulle se på seg som ”hans” kvinner og menn. Nå la Norbom opp til at fylkeslegene skulle få bli mer selvstendige embedsmenn igjen, og at etatens nasjonale enhet skulle bygges opp nedenfra, gjennom kollegialt samvirke, istendenfor ovenfra, gjennom patriarkalsk beordring. Hele Norbom-prosessen ble slik for Mork et, litt overraskende, men særlig, et svært skuffende, uttrykk for at han ikke hadde det grep om fylkeslegene som han trodde han hadde. Ikke minst var det skuffende for ham at han åpenbart heller ikke hadde det over den fylkeslegen som nå ledet omstillingsgruppen for etaten. Han hadde jo lagt så vel til rette for hennes karriereutvikling: ”Også du min datter”, kan han nok ha tenkt.

Fylkeslege Gunbjørud ble, for en tid, nærmest *persona non grata* i Calmeyers gate. Der var imidlertid også noe dypt medikratisk over ikke bare ”datterens”, men også ”sønnenes” adferd. Den medikratiske kultur innebærer en betydelig grad av legelig autonomi, også overfor kollegialt overordnede: Uten en slik autonomi undergraves muligheten for å ”skreddersy”.[515] Den mulighet måtte også en fag-administrativ lege ha; det var da også noe både det medikratiskeptiske Norbom-utvalget og de ennå nokså medikratisk innstilte fylkeslegene pekte på. For så vidt hadde fylkeslegene allerede oppdaget at de ved i noen grad å bytte ut direktoratet med departementet som overordnet organ, hadde fått mer armslag. Norbom-utvalgets forslag var for dem et forslag om å formalisere det som var iferd med å bli en velkommen realitet. Vi kan føye til at de andre legelige institusjonslederes bestrebelser på å frigjøre seg fra Helsedirektørens grep, var uttrykk for noen av de samme medikratiske fornemmelser som dem som preget fylkeslegene. Vi skal også legge til at når Helsedirektøren brukte den nye tilsynsopptattheten til å argumentere for nasjonal standardisering av tilsynet,

[515] Det var derfor de nye, og fornyede, sykehusene langt på vei fikk en kollegial ledelse: Sykehusene ble, ettersom de ble spesialisert, styrt kollegialt av overlegene, og deres avdelinger fungerte lenge som en slags overlegepraksiser. Da der kom en formann for kollegiet, i form av en administrerende overlege, var det mer som en koordinator, og kollegial talsmann, enn som en dirigerende sjef.

og altså en viss grad av nærstyre overfor fylkeslegene, ble han drevet ytterligere bort fra den medikratiske tenkning som i viktige henseender hadde preget også ham. Noen ren tilsynsprofesjonaliseringsmann rakk han dog ikke, som vi skal komme tilbake til, å bli.

Anne Berit Gunbjørud var imidlertid som gruppeleder ikke bare en "senmedikrat". Hun var også en tradisjonell embedskvinne, altså en som bestrebet seg på å være lojal mot sine politisk, og for så vidt også administrativt, overordnede. På den måten var hun mindre medikrat enn Mork og Alvik. Hun lignet mer på den nye klasse av post-medikratiske, eller nyttestatsmedikratiske, legelige embedsmenn og byråkrater som nå gradvis skulle komme inn i posisjoner i helseforvaltningen. Hun hadde slik sett, som vi har nevnt, med seg som rapportskribent en mann som passet til denne rollen, sin nestkommanderende, Bjørn-Inge Larsen.

Vi skal også si noe mer konkret om innholdet i rapporten.

Gruppen konstaterte at fylkeslegenes rolle var blitt preget av den "sosialisering" av styringsoppgaver som ble gjennomført i løpet av 1970- og første halvdel av 1980-årene. Den gjorde at mye av den nasjonale styring ble flyttet fra det gamle, integrerte Helsedirektoratet til departementet, og at mye av styringen av tjenesteytelsen ble flyttet fra direktoratet og fylkeslegene til fylkeskommuner (særlig fra 1976) og kommuner. Direktoratets og fylkeslegenes rolle var slik blitt mindre styrende og ledende og mer rådgivende, kontrollerende og tilsynsutførende. I tillegg hadde fylkeslegene beholdt de samfunnsdiagnostiske oppgaver knyttet både til den løpende og statistiske overvåkning av helsetilstandens utvikling og en del forvaltningsoppgaver knyttet til turnusordningen, førerkortutstedelsen, tilskuddforvaltningen etc. Nå skulle altså, etter forslaget, direktoratets rolle begrenses til det rådgivende, mens fylkeslegene fortsatt skulle spille en rolle som styringsorgan: Fylkeslegene skulle spille en moderat rolle på oppstrømssiden (som samfunnsdiagnostisk organ), men en utvidet rolle på nedstrømssiden, spesielt overfor de organer som var ansvarlige for helsetjenesteytelsen, fylkeskommuner og kommuner, men også i noen grad overfor helsepersonell, nemlig som tilsynsorgan. Den utviklingen som startet i 1984, og som altså hadde gjort fylkeslegene mer og mer til et organ for departementet, skulle altså nå forsterkes og i større grad formaliseres. Gruppens flertall var altså godt fornøyd med denne utviklingen. Det konstaterte at nyordningen ville føre til at "Fylkeslegene … blir lokalavdelinger for den statlige helseforvaltning i fylkene" (s. 33). Dette ville, som proposisjonen også fremholdt, "gi fylkeslegene større tyngde i utøvelsen av sine funksjoner overfor kommuner og fylkeskommuner". Flertallet konstaterte, i tråd med dette, at fylkslegene skulle drive tilsyn "på vegne av departementet". Det het videre at "Omstillingsgruppens flertall finner grunn til å understreke dette idet etaten ikke kan ses som en uavhengig instans frigjort fra forvaltnings- og forfatningsmessige bånd.." (s. 35). Flertallet skrev også at det syntes det var en fordel at fylkeslegeetaten nå skulle underlegges ett organ, og ikke, som i dag, to, altså direktoratet og departementet (s. 36). Men også flertallet var opptatt av at det, som det har skjedd, kunne oppstå spenninger mellom medisinske og andre hensyn, og anbefalte derfor at "faglige premisser fra tilsynsmyndigheten følger den enkelte sak frem til politisk vurdering og avgjørelse" (s. 36).

Flertallet anbefalte at fylkeslegeetaten administrativt ble lagt under den nye helsetjenesteavdelingen, men sier ellers at etaten måtte ta imot fagpolitiske oppdrag både fra denne avdelingen og den foreslåtte forebyggelsesavdelingen. For så vidt som etaten også ville ha kontakt med trygdeavdelingen og sosialavdelingen, pekte flertallet på at det var viktig at departementets styring nedover ble godt samordnet. Det gikk også inn for at fylkeslegemøtene

skulle fortsette. Etaten skulle jo nå bli viktigere som samlet etat, men i større grad knyttes til departementet. Flertallet foreslo at der skulle komme kvartalsvise møter mellom fylkeslegenes kontaktutvalg og lederne for de to departementsavdelingene, halvårlige møter mellom kontaktutvalget og den politiske ledelse, årlige møter mellom etaten og aktuelle avdelinger i departementet og årlige møter mellom departementet, fylkeslegene og kompetansesenterlederne. De gamle fylkeslegemøtene kunne, mente flertallet, inkorporeres i de to siste møtene. (S. 76) Disse forslagene viste virkelig Helsedirektøren hva den foreslåtte "nye tid" ville innebære. Fylkeslegemøtene hadde vært hans arena, om enn ikke helt som i tiden før 1983.

Fylkeslegegruppens flertall omfattet foruten lederen, kontorsjef hos fylkeslegen i Sør-Trøndelag, juristen Per Holger Broch (f. 1948), underdirektør i departementet, Kari Holst, og to fagforeningsrepresentanter, Anja M. Tande (f. 1939), YS (Oppland) og Elsa Johnsen (f. 1935), Kartellet (Sør-Trøndelag). Det var de tre første, foruten, sekretæren, som drev arbeidet i gruppen. Holsts innflytelse viste seg ved at gruppen i så stor grad henviste og støttet seg til proposisjonen, "hennes" proposisjon. Mindretallet bestod av Helsedirektoratets representant, juristen og aksjonskomitemedlemmet Anne Louise Valle og AF-representanten Elisabeth Wang (f. 1953) (Akershus). Det distanserte seg prinsipielt fra flertallets departementsvennlighet og skrev en egen uttalelse (kap. 11).

♦

Legemiddelforvaltningen: Helseforvaltningen omfattet fra begynnelsen av to grener, en gren for helsetjenesteforvaltning og en for forvaltning av legemidler og legemiddelomsetningen, spesielt gjennom apotek. I Helsedirektoratet kom dette etter krigen til uttrykk gjennom kontorinndelingen. Der kom, i tillegg til de klinisk orienterte kontorene, og Hygiene- og Budsjett- og personalkontoret, et apotekkontor. Dette kontoret fortsatte etter delingen av direktoratet i 1983 som en legemiddelavdeling. Som legemiddelkontrollorganer hadde der fra tidligere vært en farmakopékommisjon (1898), fra 1948 bistått av et farmakopélaboratorium, og en spesialitetskontroll (1930). Disse ble fra 1974 til Statens legemiddelkontroll (SLK).[516] SLK var et svar på den raske utvikling av legemidler som kom etter krigen, men også på de problemer av mange slag som det nå for alvor viste seg at legemidler representerte. Den skulle spesielt ta seg av vilkårene for markedsføring av legemidler i Norge. Den fikk sin myndighet gjennom delegasjon fra Helsedirektoratet.

Som et svar på legemiddelutviklingen etter krigen kom fra 1965 også Spesialitetsnemnda for farmasøytiske spesialpreparater.[517] Denne var knyttet til direktoratet, for så vidt som den var ledet av Helsedirektøren. Allikevel skjedde nå den raskeste utbygging av legemiddelforvaltningen gjennom den nye Legemiddelkontrollen. Den tiltagende industrialisering både av fremstillingen og omsetningen av legemidler bidro til det. Der kom et svært stort antall nye legemidler i de første tre tiår etter krigen og de kom fra raskt voksende, internasjonale selskaper. Apotekene tapte raskt sin rolle som produsenter.[518] Men å passe på store industrielle selskaper krevde et større, og mer fagspesialisert kontrollapparat.

[516] SLK ble formelt opprettet ved kongelig resolusjon 14.12. 1973.
[517] Før denne nevnden kom hadde Medisinaldirektøren/Helsedirektøren siden 1929 alene hatt godkjennelsesoppgaven. Direktøren oppnevnte selv fra 1938 et råd til å bistå seg med oppgaven; direktøren og rådet utgjorde slik til sammen en forløper for Spesialitetsnemnda.
[518] Der var nå igjen fire såkalte produksjonsapotek. I tillegg hadde de vanlige apotek kompetanse og kapasitet til å fremstille legemidler for lagerhold og, for den saks skyld, etter resept.

Da bivirkninger av alle slag for alvor begynte å bli et problem fra 1970-årene av, ble de faglig-tekniske kontrollordningene enda mer krevende. Bivirkningsproblemene gjorde at mistroen til den ekspanderende farmasøytiske industri vokste og det igjen til at kontrollapparatene ble faglig-teknisk styrket. Den faglige mistroen slo etter hvert over også i økonomisk mistro. Betalerne, i stor grad offentlige helsevesener og mer eller mindre offentlig-kontrollerte forsikringsselskaper, begynte å gå produsentene og de videre ledd i omsetningskjeden nærmere etter i sømmene. Industrialiseringen hadde flyttet stadig mer av legemiddelkjeden over til markedet, men betalerne fortsatte å være godtroende betalere. Det tok nå, særlig fra 1980-årene av, slutt.

Kjøperne, det var det de offentlige betalere nå begynte å se på seg som, begynte å oppføre seg som man gjerne gjør i et konkurransemarked: man forsøker å få mest mulig for minst mulig. De gamle forvaltningsorganer egnet seg ikke så godt som profesjonelle kjøpere. De var dessuten splittet. På den faglig-tekniske side satt Helsedirektoratets legemiddelavdeling. Den var preget av betydelig aktpågivenhet overfor industrien, både legemiddelfaglig og økonomisk, men hadde ikke noen særlig farmakoøkonomisk kompetanse. På den finansielle side satt blant annet Rikstrygdeverket, for så vidt også departementet, men begge var helt uten profesjonell kjøperkompetanse. Det var, mente stadig flere, behov for å samle de to funksjonene, den faglig-kontrollerende og den økonomisk-kontrollerende. Det krevde at man samlet legemiddelforvaltningen i ett organ, et profesjonelt kjøper- eller bestillerorgan. For så vidt som dette organet også måtte være et løpende kritisk vurderingsorgan, måtte det i tillegg ha en kontroll- eller tilsynsrolle. Det krevdes både for å begrense eller forebygge skadelige virkninger av legemiddelbruk og for løpende å være en dyktig kjøper. For så vidt som publikum, og til dels helsepersonell, langt fra alltid vil være tilstrekkelig informert til å kunne bruke, eller gi råd om bruk av, legemidler på en best mulig måte, mente man at dette organet også måtte være et aktivt legemiddelpedagogisk organ. Vi skal legge til at begge de to siste oppgaver er en følge av at produsenter har fordeler overfor forbrukere i et marked som det vi her står over. Vi må også legge til at et nytt integrert ”bestillerorgan” ville få den politiske oppgaven å sørge for at legemiddeltilgangen sosialt og geografisk blir forholdsvis lik.

Norbom og hans medutredere hadde sett at stadig mer av legemiddelomsetningen ville skje på konkurransemarkedspremisser: Grossistmonopolet stod for fall (Norsk Medisinaldepot). Det samme gjorde kanskje også den farmakokratiske organiseringen av apotekervesenet. Den kommende EØS-avtalen (fra 1994) ville sørge for begge deler. Det var slik ikke så overraskende at Norbom-utvalget foreslo å samle legemiddelforvaltningen i det mest industri- og forretningskompetente organ, Statens legemiddelkontroll, men utvide dette organ til å bli et legemiddelverk. I Sverige ble legemiddelforvaltningen samlet og flyttet ut fra Socialstyrelsen i 1990, mens den ennå ble beholdt som en del av Sundhedsstyrelsen i Danmark og av den (fra 1991) sammenslåtte Social- och hälsostyrelsen i Finland.

At Ola Westbye, sjefen for SLK, og den påtenkte sjef for det nye SLV, ble satt til å lede arbeidet med omstillingen til et norsk legemiddelverk, var altså, som situasjonen var, naturlig. For Westbye, og for et flertall i omstillingsgruppen, var også oppdraget greit og selvfølgelig. De brukte derfor ikke tid og plass på å begrunne behovet for et samlet legemiddelverk. De tok behovet for gitt og konsentrerte seg om å lage en mest mulig konkret plan. Gruppens rapport ble da også slik, uprinsipiell, avpolitisert og prosaisk. Den ble på bare 25 sider, samt noen vedleggssider. At rapporten til sammen ble på 29 sider skyldes at den inneholdt fire disserenterende sider. Flertallet bestod av Westbye, hans SLK-medarbeider Einar Wibe (f. 1950), departementets Reidar Skilbrei (f. 1956) og YS-representanten Anne Marie Jakobsen. Det litt varierende mindretallet bestod, ”på det meste”, av Helsedirektoratets Beate Morstad

Manger, kartellrepresentanten Gro Aakervik (f. 1950) og AFs Hans Halse (f. 1955). Flertallet var altså på noen punkter lite, fire mot tre.

I rapporten omtaltes først det nye verkets hovedmål; de var mange og nokså konkrete. Så omtaltes de ulike oppgaver og hvordan de skulle bidra til måloppnåelsen. Videre omtaltes den nye, samlede organisasjonen, med personalsituasjon og oppbygning. Til slutt ble iverksettelsen drøftet. Det nye legemiddelverket skulle, som nevnt, ha SLK-sjefen som sjef. Det skulle ha 100 medarbeidere. To av tre av dem skulle komme fra SLK, mindre enn én av åtte både fra direktoratet og SIFF, mens enda noe færre skulle komme som nyansettelser. I et vedlegg (3) ble et forslag til oppbygning av det nye legemiddelverk presentert. Forslaget var imidlertid mer tradisjonelt enn man kunne vente, gitt ønsket om å tilpasse styringen til en mer forretningsmessig virkende legemiddelsektor. Gruppen foreslo at der i tillegg til en avdeling for administrative fellestjenester og en for informasjon og registrering skulle komme tre fagavdelinger: én for apotek og distribusjon, én for farmasøytisk kvalitet og én for farmakoterapi. Apotekavdelingen skulle føre videre mange av direktoratsoppgavene, mens de to andre fagavdelinger i større grad skulle føre videre SLKs oppgaver. Det som gjorde forslaget tradisjonelt var særlig at legemiddeløkonomioppgaven og tilsynsoppgaven, som profesjonelle oppgaver, ikke var ”løftet” frem.

Dissensene, særlig formulert av direktoratets Beate Manger, bar både preg av misnøye med prosessen og uenighet om innholdet i flertallsforslaget. Vi har ovenfor sett at Manger klaget til Knudsen over måten arbeidet ble drevet på: Hun mente at Westbye og SLK opptrådte arrogant overfor det organ, og de fagfolk, som fortsatt var overordnet SLK. Når det gjaldt innholdet reflekterte uenigheten mindretallets skepsis til tendensen i flertallsforslaget, altså tendensen til å ville tilpasse den offentlige styring til en mer forretningsmessig fungerende legemiddelsektor. Manger & Co. syntes endog flertallet tilpasset det nye organet så meget til industrien at det snarere ble et næringsorientert enn et helseorientert organ. De skrev således at de var uenig i at ett av SLVs hovedmål uten videre skulle være å ”medvirke til at rammebetingelsene for legemiddelindustrien i Norge blir ivaretatt”. Manger skriver at dette målet måtte realiseres ved at SLV ble ”en effektiv og brukervennlig institusjon”. De to fagforeningsrepresentantene skrev at ”det kan bli vanskelig å medvirke til at rammebetingelsene for industrien blir ivaretatt samtidig som SLV nøytralt skal vurdere, godkjenne og kontrollere industrien og dens produkter” (s. 26). Norges Medisinindustriforening (NOMI), som hadde sett denne uttalelsen på forhånd, skrev i et brev (8.4.) til direktør Westbye, at foreningen ”reagerer sterkt” på disse bemerkningene, og ser det som selvsagt at ”rammevilkårne for slik (legemiddelindustriell) virksomhet blir definert som et viktig mål for det arbeid SLV skal gjøre”.[519] De tre ”dissentere” var også imot at det nå, før Stortinget hadde behandlet proposisjonen, ble foreslått å gjøre Spesialitetsnemnda til et rådgivende organ for det nye SLV (s. 28–29).

[519] Brevet er undertegnet av NOMIs direktør, Sissel Brinchmann. En kopi finnes i dep.arkivet, 602.1, kas. 15.

Anne Berit Gunbjørud (f. 1947): Etter klinisk arbeid, blant annet innen gynekologi og obstetrikk, begynte hun i det «gamle» helsedirektoratet i 1981. Her tjenestegjorde hun i flere kontorer. Fra 1983 til 1987 virket hun som spesiallege i avdeling for fylkeshelsetjenesten i det «nye» helsedirektoratet. Hun var en aktiv deltager, blant annet som tillitsvalgt, i organisasjonsdiskusjonene i direktoratet i denne perioden. I 1987 ble hun fylkeslege i Buskerud, siden 1996 i Oslo. Hun avsluttet sin karriere som seniorrådgiver i Statens helsetilsyn (2002–2012). Hun deltok aktivt i utredningene (1990–91) og diskusjonene (1991–92) om Norbom-gruppens forslag, undertiden til Helsedirektørens irritasjon. Hun var litt «norbomsk» i sine preferanser. Hun ledet effektivt gruppen som så på fylkeslegeetatens plassering forut for omorganiseringen av helseforvaltningen fra 1994. Bildet er fra 7. januar 2002, fra et «hastemøte» om den ferske fastlegeordningen. (Foto: Erlend Aas / NTB)

”Ikke-rapportene” fra Mauritzens grupper

Som nevnt ble arbeidet i Mauritzens to grupper ikke fullført. Spesielt gjenstod meget i personalgruppen, selv om dette arbeidet ikke behøvde å bli spesielt vanskelig. Arbeidet i departementsgruppen var vanskeligere. Gruppens rapport burde imidlertid ha vært ferdig ikke så lenge etter at de andre gruppene hadde levert sine rapporter (10.4.), hvis det skulle ha vært mulig å fremme en budsjettendringsproposisjon i løpet av mai. Men som nevnt, den kom aldri. Det nest siste notatet, eller delutkastet, til en rapport kom den 27. mars. Det var på åtte sider og gjaldt spesielt den nye avdeling for forebyggelsessaker. Vi skal her nøye oss med å nevne at det som spesielt drøftes i notatet er fordelingen av de ”vanskelig fordelbare” virksomheter mellom de to helseavdelingene, nemlig den som foregår i helsestasjonene, skolehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, omsorgen for de rusavhengige og sosialkontorene. Drøftelsen viser at fordelingen ikke gav seg selv, som kritikerne også hadde påpekt, og at det fordret at det ble et nært samarbeid mellom de to avdelingene om disse virksomheter. Det siste notatet om omorganiseringen av departementet kom som nevnt på ”odelstingsdagen”, den 15. juni. Også det gjaldt forebyggelsesavdelingen, men inneholdt lite nytt.

Budsjettendringsproposisjonen: Skal den forberedes?

Arbeidet i omstillingsgruppene skulle legge grunnlaget for budsjettendringsproposisjonen. Da dette arbeidet gikk mot slutten begynte Norbom og Knudsen for alvor å tenke på denne proposisjonen. De to drøftet saken på et møte den 31. mars og ble enige om at Knudsen, så

snart omstillingsrapportene var klare, skulle lage en vurdering av omstillingsrapportene og hvordan de kunne brukes i arbeidet med budsjettproposisjonen. Knudsen hadde sin vurdering klar den 28. april, altså på et tidspunkt da det for lengst var begynt å se politisk mørkt ut for Norbom-planene. Vurderingen er på bare knapt fire sider.

Knudsen har, naturlig nok, bare sett på rapportene fra de fire grupper som arbeidet under ham. Han mente de, alle sammen, gav et godt grunnlag for å "gjennomføre omorganiseringen etter retningslinjene i Ot.prp. 43" (s. 4), og altså for å utarbeide en budsjettendringsproposisjon. Han pekte på at det gjenstod en del praktisk avklaringsarbeid når det gjaldt personale og lokaler. Hva gjaldt helsetjenestesenteret gjenstod det også en organisatorisk konkretisering. Ellers nevnte han at rapportene viste at det er noen avgrensningsspørsmål som ikke var helt avklart, spesielt mellom de to forebyggelsessentrene. Han mente også, inspirert av helsetjenestegruppens rapport, og utfordret av den offentlige debatt om Helsedirektoratets skjebne, at noe burde gjøres for å gi Senter for helsetjenestekompetanse en mer "spektakulær" rolle enn han mente den hadde fått i styringsgruppens forslag.

Knudsen gav altså inntrykk av at departementet kan holde fast ved Norbom-linjen, det vil si, med Norbom III-prosjektet. Han gjorde det selv om meget gjenstod når det gjaldt det personalpolitiske og, spesielt, departementale, omstillingsarbeidet. Han mente det imidlertid knapt. Han hadde vært en lojal mann som leder av prosjektgruppen, men nå slipper han seg selv mer til. Egentlig forlater han den norbomske skute – og går om bord i sin egen. Premissene finner vi i hans vurdering til Norbom: hans påpekning av avgrensningsproblemene på forebyggelsessiden og "statusproblemene" hva angår restdirektoratet er uttrykk for hans generelle skepsis til Norbom-planene om å la nivå nr. to være så fragmentert, og på den måten å la departementet få et betydelig styrings- og kontrollspenn. Konklusjonene kommer i hans tre notater.

Det første er kalt "Drøfting av svakheter i de fremlagte forslag i Ot.prp. 43". Tittelen er utfordrende nok. De to neste notater fulgte naturlig opp det første: I det første, generelle notatet, ble det pekt på svakheter ved "de fremlagte forslag i Ot.prp. 43" og lagt frem fire alternative modellforslag, et moderat, og tre gradvis mer radikale forslag. I de to siste notatene gikk Knudsen nærmere inn på de radikale forslagene. Knudsen pekte på fire alvorlige svakheter ved Norbom-forslagene. Den første gjaldt "uklarheten om tilsyn og faglig uavhengighet". Dette var et "restdirektoratsproblem". Den andre gjaldt den uklart avgrensede spredningen av den forebyggende virksomheten på mange organer. Den tredje gjaldt de styringsproblemer departementet ville få som følge av et svært oppstykket nivå nr. to. Den fjerde, men for ham minst utdypede, gjaldt den usikkerhet om rettssikkerheten som Norbom-modellen hadde skapt.

Knudsens moderate forslag innebar bare at Senter for helsetjenestekompetanse skulle styrkes: "Det bør slås fast at det nye organet skal være et sentralt kompetanseorgan som i realiteten får høyere kompetanse og større faglig frihet enn hva tilfellet er for Helsedirektoratet". Organet skulle ikke drive tilsyn, "men bli et ressursenter for et desentralisert tilsyn og legge det faglige grunnlaget for departementets og fylkeslegenes virksomhet". Under dette moderate endringsforslaget kan, mente Knudsen, organet også bli et kompetanseorgan for den foreslåtte ansvarsnevnden. Han mente en slik løsning ville styrke helsepersonellets rettssikkerhet. Under Knudsens alternativ nr. to kom ett organ til, et statlig pasientombud. Det skulle være plassert utenfor den egentlige forvaltning og skulle ha som formål å styrke pasientenes interesser generelt og rettssikkerhet spesielt. Knudsen ville kalle helsetjenesteorganet Statens helsetjenesteinstitutt (eller –verk). Knudsen III innebar at de forebyggende enheter ble samlet

i ett organ, et Statens folkehelseinstitutt, dog slik at SIFFs laboratorier skulle plasseres i en egen enhet. Knudsen IV innebar at alle "kompetanseorganer" skulle samles i én institusjon, et statlig helseinstitutt, ledet av en generaldirektør. Laboratoriene skulle også under dette alternativet organiseres som separat institusjon. Dette forslaget innebar ellers at nivå to fikk fem organer, Helseinstituttet, laboratoriene, Legemiddelverket, Giftinformasjonen og statens sykehus. Knudsen IV baserte seg på Knudsens forslag fra fjorårets delprosjekt to, skriver han. Dette forslaget reflekterte imidlertid også mange sider ved fylkeslegeforslaget om et nasjonalt helseinstitutt; dog skulle Knudsens institutt være et kompetanseorgan, ikke et kompetanse- og forvaltningsorgan.

Til tross for hva Knudsen formelt sier i sin innledende vurdering, hadde han altså nå, han også, tapt troen på Norbom-prosjektet. Han hadde tapt den, om han innerst inne noen sinne hadde hatt den, hva gjaldt modellen, og han hadde tapt den hva gjaldt muligheten for å få den vedtatt i Stortinget. Samtidig forsøkte han å redde Norbom-prosjektet. Hans forslag, og spesielt hans foretrukne forslag, var slik at redningsaksjonen krevde drastiske tiltak. De krevde at proposisjonen ble trukket tilbake og vesentlig omarbeidet når det gjaldt forslaget til modell for den nye helseforvaltningen. Knudsen sier selv en hel del om hvordan modellen kan bli, hvis man følger hans foretrukne, eller nest mest foretrukne, versjon, men skulle hans modell(er) følges, gjenstod det et omfattende arbeid. Knudsens redningsaksjon var altså i praksis ingen redningsaksjon. Den representerte snarere et forslag om, langt på vei, å starte på nytt, på hans premisser.

Knudsen hadde stemplet sine notater "fortrolig". De var stilet til departementsråden. Departementsråden sendte dem bare "til orientering" til statsråden, statssekretæren, og ekspedisjonssjef Høvik. Notatene ble imidlertid ikke gjort til gjenstand for seriøs vurdering. Norbom hadde, fra begynnelsen av, understreket at forvaltningsreformarbeidet var politisk og derfor måtte styres stramt. Han hadde fått sine to statsråder, først Sellæg så Veierød, med på det. Det var derfor interne kommentarer, delprosjektrapporter, remissuttalelser og offentlig kritikk ble sett og hørt, men også oversett og overhørt, for så vidt som de ikke var konstruktive. Slik gikk det også med Knudsens notater. De ble sett, men oversett. De ble, de også, til dødt arkivmateriale.

Norbom trodde, som sagt, fortsatt at "båten" ville bære. Statsråden håpet det. Heller ikke hun var imidlertid oppmerksom på hvor skjørt "Norbom-prosjektet" var blitt; ja, at det nå i virkeligheten ikke stod til å redde. Det var som om hun, til dels også hennes statssekretær og politiske rådgiver, samt departementets administrative ledelse, levde i en egenlaget "boble".[520]

På Statsministerens kontor var saken nå i praksis gitt opp. Herfra ble allikevel intet gjort hverken for å "trekke" saken, eller for å gi råd om hvordan den burde håndteres videre. "Det er ingen god sak", var den lakoniske beskjed Norbom, i en telefonsamtale et stykke ut i april, fikk fra høyt embedshold på Statsministerens kontor.[521] Norbom ble forskrekket og gikk rett til Statsråden med beskjeden. Han bad henne ta beskjeden opp med Statsministeren. Det ble gjort. Resultatet ble imidlertid bare at det overordnede ansvar ble overlatt til partiets ledelse på Stortinget, i første rekke parlamentarisk leder Gunnar Berge. Hadde man nå grepet inn fra øverste etasje i Høyblokken ville det vært å investere prestisje og risikere regjeringens liv. Det

[520] De gjorde spesielt det for så vidt som de ikke visste (nok) om hva som foregikk på den politisk-parlamentariske arena.

[521] Den høytstående embedsmann ved SMK var departementsråd Bjørn Grydeland (f. 1949). (Opplyst av Jon Ola Norbom i telefonsamtale den 2.2. 2012.)

var ikke verdt det. Denne saken var ikke politisk-ideologisk viktig. Statsministeren selv var jo også usikker på hvor forvaltningspolitisk fornuftige Norbom-forslagene var. I grunnen var det nå, for Statsministerens kontor, og for stortingsgruppens ledelse, best om saken ble håndtert i Sosialkomiteen, uten "tung" politisk involvering ovenfra. Slik var sannsynligheten størst for at det kunne lages et bredt kompromiss, et kompromiss som reddet mest mulig av statsrådens, og indirekte regjeringens, ære. Statsråden måtte få iallfall noe av sin proposisjon igjennom. Det krevde at statsråden og hennes folk opptrådte med diplomatisk og politisk kløkt.

Dragkampen om proposisjonen i og rundt Sosialkomiteen

Sosialkomiteen kom fra midt i mars gradvis i gang med behandlingen av proposisjonen. Men som vi har sett tok det ikke lang tid før proposisjonens skjebne, i viktige henseender, var beseglet. Det skjedde utenfor og til dels uavhengig av komiteen og dens medlemmer. Komiteen kunne bare ta det til etterretning. Dens oppgave ble derfor å konkretisere de avklaringer som allerede var skjedd. Den oppgaven var imidlertid krevende nok. De avklaringer som var skjedd var ikke særlig konkrete. Det var også åpenbart at ulike deltagere hadde ulike oppfatninger om saken og for så vidt også om "politikken" rundt den. Noen, som Fremskrittspartiets og Sosialistisk Venstrepartis folk, ville nærmest avvise hele proposisjonen og "starte på nytt", og hadde for så vidt intet imot å ydmyke både statsråd og regjering, og Norbom med. Høyre var også innstilt på noe lignende. Tidlig i april var det planer i Høyres komitefraksjon om å ta omkamp om spørsmålet om melding og proposisjon. Fraksjonen ville at proposisjonen skulle behandles som melding og at regjeringen skulle bes om å komme tilbake med lov- og busjettproposisjoner til høsten. Høyre trodde nå at partiet skulle få ikke bare Fremskrittspartiet og SV med på en slik linje, men også Senterpartiet.[522] Tove Kari Viken var, etter Senterpartiets "linjeskifte", blitt spissere i tonen overfor regjeringen. Arbeiderpartiets folk ville selvsagt holde fast på at det skulle være integrert behandling av saken og ellers redde mest mulig av proposisjonen. Først og fremst gjaldt det imidlertid for partiet å unngå at regjeringen og statsråden ble ydmyket. Kristelig Folkeparti ønsket også fortsatt å behandle saken som en integrert sak, og var ellers innstilt på å arbeide for et kompromiss. Der var stadig mye helsedirektoratsskepsis i Kristelig Folkeparti, men partiets dame i komiteen, Borghild Røyseland, var innstilt på å arbeide for et kompromiss. For henne kan nok også hensynet til Tove Veierød ha spilt en rolle. De to damer kom godt ut av det med hverandre.

At Borghild Røyseland var saksordfører passet derfor Arbeiderpartiet godt. For Arbeiderpartiet var det langt bedre om den blide sørlending stod for kompromissmakeriet enn at partiets folk selv gikk inn i en direkte tautrekning med opposisjonen, i første rekke Høyre. Høyre *måtte* nemlig bli med, hvis man skulle lykkes med et kompromiss. Men som vi nettopp har sett, ville ikke det bli lett. Hvis noen skulle få Høyre til å flytte seg litt, måtte det imidlertid være Kristelig Folkeparti og dets Borghild Røyseland. Men skulle fru Røyseland lykkes, måtte Arbeiderpartiets folk virkelig "ligge lavt". Lot de seg friste ut i polemikk, var

[522] Dette fremgår av "En foreløpig orientering til Høyres gruppe fra sosialfraksjonen". Orienteringen har overskriften "Omorganisering av den statlige helseforvaltning", er datert 6. april og er skrevet av gruppesekretær Ellen Fjeldstad. I orienteringen heter det bl.a. at "man forsøker å få flertall for å "behandle saken som en melding", dvs. vedta hovedlinjer for organisering av den statlige helseforvaltning og be regjeringen komme med de nødvendige lovendringer i forbindelse med budsjettet for 1993". (Vedlegg til gruppemøte i Høyre 8. april 1992. Arkivboks, Høyres gruppemøter (Stortinget) for perioden 15.1. 1992 til 5.5. 1993, mappe 1.)

det gjort. Brit Jørgensen, komitelederen, var en sindig, enighetsorientert politiker. Marie Brenden var det samme. Alf E. Jakobsen, partiets kyndigste helsepolitiker, var også en enighetsbyggende politiker. Jens Stoltenberg hadde, siden han et halvt år før var kommet inn i komiteen, holdt en svært lav sosialpolitisk profil. "Sistemann", William Engseth, partiets skyggesaksordfører, var et usikrere kort. Han hadde et visst temperament, men klarte i hovedsak å holde det i sjakk, selv om der fra tid til annen kom forlydender om at han hadde truet med kabinettspørsmål og den slags.

Borghild Røyseland ble slik statsrådens, Arbeiderpartiets og en litt distansert regjerings håp. Hun ble slik tillike Jon Ola Norboms håp.

♦

Selv om tautrekningen i komiteen kom i gang i april, ble april også en slags forberedelsesmåned. Mye av måneden gikk således med til møter med de mest berørte parter.

Det første, og formelt viktigste, møte med interessenter fant sted den 1. april. Her deltok alle de mest berørte institusjonene, representert ved sine ledere. Siden ble det holdt møter med representanter for de berørte ansatte, altså med deres fagforeninger. Med aksjonskomiteen i Helsedirektoratet ble det holdt møte den 23. april.[523] Der var imidlertid også betydelig grad av uformell kontakt mellom medlemmer av komiteen og ulike interessenter. Ikke minst var aksjonskomiteen og AF og Lægeforeningen, aktive på det mer uformelle nivå. Særlig viktig var kanskje Lægeforeningens kontakt med Høyres representanter. Foreningens utredningsleder, spesiallege Terje Vigen, hadde i 1989–90 vært gruppesekretær for Høyres fraksjoner i Arbeids- administrasjonskomiteen og i Sosialkomiteen. Det var derfor nå lett for ham å få Høyres sosialpolitikere i tale. Spesielt hadde han god kontakt med Thea Knutzen, Høyres viktigste medlem i Sosialkomiteen. Men den sosialt flinke Vigen, som ikke var medlem av Høyre og som fungerte mer faglig enn politisk på Stortinget, kunne også tale nokså lett med representanter for de andre partier. De hadde kunnet komme til ham også når de hadde behov for å snakke med en doktor.[524] Som en enighetsbygger mye mer enn en stridsmann kunne derfor dr. Vigen langt mer virkningsfullt tale Norbom-opposisjonens sak enn en "vanlig" polemiker kunne gjøre.

Departementets politiske ledelse hadde en viss kontakt med Sosialkomiteen, men spesielt med Arbeiderpartiets fraksjon i komiteen og med partiets gruppestyre. Kontakten var imidlertid ikke nær og knapt heller helt tillitsfull. Statssekreær Aasen, som var statsrådens liason-mann, fant ikke, med sin litt "robuste" stil, helt tonen med fraksjonen. Det bidro nok til at departementets ledelse ikke tydelig fornemmet hvordan stemningen var i komiteen. Det var således først rundt midten av mai at det begynte å gå opp for departementsledelsen hvor "galt" det var iferd med å gå. Også Sosialministerens politiske rådgiver, Odd Bakken hadde en viss kontakt med komiteen, men mer med Borghild Røyseland og gruppesekretær Kari Husøy enn med partifraksjonen.[525]

Men før vi går nærmere inn på utviklingen utover i mai, skal vi også se litt på det første møtet med interessenter, nemlig møtet med institusjonslederne den 1. april. Her møtte fra

[523] Sosialkomiteens medlemmer stilte aksjonskomiteen en rekke spørsmål den bad om å få besvare mer utførlig skriftlig. Det skjedde i brev av 7. mai 1992. (En kopi av brevet befinner seg i vårt arkiv.)
[524] Samtale med Terje Vigen 6.1. 2010.
[525] Opplyst av Odd Bakken i samtale den 19.1. 2010.

departementet Jon Ola Norbom, fra Helsedirektoratet Torbjørn Mork og fra det som ennå var nivå nr. tre, institusjonslederne. Norbom og Mork fikk 15 minutter hver til å legge frem sine synspunkter, de øvrige fem minutter hver. Norbom og Mork fikk så igjen fem minutter hver til å svare på spørsmål som var blitt stilt.

Norbom redegjorde først for bakgrunnen for og innholdet i reformforslaget. Etter hvert ble han mer argumenterende og mer engasjert. Han pekte blant annet på at mange trodde at departementet skulle "overta Helsedirektoratets oppgaver og vokse utover alle rimelige grenser". "Det er ikke tilfelle", fortsatte han, og la forklarende til: "Det eneste som overføres til departementet er lov- og forskriftsansvaret og den overordnede forvaltning av fylkesleger og underliggende institusjoner". Han sa videre at "ikke noe helhetlig forslag kan imøtekomme alle hensyn fullt ut", men at styringsgruppen hadde forsøkt å balansere de ulike hensyn. Han tok så opp en rekke enkeltpunkter og la særlig vekt på kravet om et frittstående tilsynsorgan, en "vaktbikkje". Han minnet komiteen om at et departements instruksjonsmyndighet ikke er et utslag av departemental maktbrynde, men en "nødvendig forutsetning for at Stortinget skal ha styring og kontroll med forvaltningen".

Mork la vekt på å være saklig og nyansert og ikke bare en "motpart". Han trakk frem det han så på som positive sider ved proposisjonen, for eksempel det som gjaldt kvalitetssikring, altså et innslag som gikk utover Norbom-innstillingen og var kommet med som følge av kritikken av innstillingen. Han mente videre at det ville være mulig å "slanke" direktoratet, men for så vidt også SIFF og SHUS. På den annen side så han det å fordele forebyggelsesoppgavene på to sentre som unaturlig og i praksis svært vanskelig. Han mente direktoratet burde beholde en del av legemiddelkompetansen og stilte spørsmålstegn ved om departementet burde ha det *faglige* samordningsansvar, altså om direktoratet burde fjernes som samlende eneorgan på nivå nr. to. Mork lot være å gå nærmere inn på det den offentlige debatt hadde vært preget av, som "vaktbikkjeoppgaven".

Hareide (SIFF) og Westbye (SLK) var bestemte og klare. Hareide støttet forslaget om to nivåer, ett for politikk og ett for fag, som han sa. Westbye hadde, gjennom proposisjonen, fått beskjed om å gjøre det han mente var det eneste fornuftige – å lage en samlet legemiddelforvaltning. Gunn-Elin Aa. Bjørneboe (f. 1956) antydet at hun kunne tenke seg å ta ernæringen med til Statens næringsmiddeltilsyn. Bjartveit var den mest engasjerte, og polemiske. Han fremholdt at "vi, de underliggende institusjoner, fungerer godt og gjør godt, produktivt helsearbeid. Det er ikke der problemet ligger. Problemet ligger, og har alltid ligget, i samarbeidet mellom Helsedirektoratet og Sosialdepartementet." Han kom også inn på Helsedirektørens gamle dobbeltrolle, som fagdirektør og en slags helseråd, og nevnte i den sammenheng at Evang av "*faglige*"grunner hadde gått imot opprettelsen av Universitetet i Tromsø. Jørg Mørland (f. 1941) (Rettstoksikologisk institutt) og Frøydis Langmark (Kreftregisteret) forsvarte status quo. Langmark sa at hun var glad for å ha et sentralt organ, altså et direktorat, som "ikke er politisk styrt". Norbom og Mork fikk så fem minutter hver for å komme med noen avsluttende kommentarer. Mork brukte da ikke minst sine minutter til å kritisere Bjartveit for å ha gitt en skjev fremstilling av Evangs rolle, bl. a. i Tromsø-saken og for å ha kommet med utilbørlig kritikk av den tidligere helsedirektør: "Evang som hadde gjort så mye for Bjartveits organisasjon", føyet han til. "Det er skammelig". Bjartveit gikk rystet hjem, men sier mange år etterpå at han ikke angret på hva han hadde sagt. Etter møtet sa Norbom til Bjartveit: "Welcome in the club!"[526]

[526] Omtalen av hva de ulike forvaltningsfolk sa på møtet baserer seg på samtaler med Jon Ola Norbom (2.2. 2012), Kjell Bjartveit (10.7. 2009) og Borghild Røyseland (11.9. 2009). Norboms første innlegg har vi fått

Representantene selv var nokså reserverte. Norbom forteller at han fikk noen "fiendtlige" spørsmål fra Alvheim og Sortåsløkken, men ingen "vennlige" spørsmål fra andre. Spørsmålene fra andre var få og nøytrale.[527] Også Mork fikk nøytrale spørsmål. Thorhild Widvey gav uttrykk for at hun syntes synspunktene spriket mye. Hun hadde gjerne sett at institusjonsrepresentantene kunne bestemme seg for hva de ønsket.[528] Hennes kommentar var nok forholdsvis representativ: Komitemedlemmene, iallfall de fleste av dem, var skuffet. De hadde ikke fått bistand til å avklare de siste spørsmål, og slett ikke signaler om at institusjonslederne var innstilt på å samarbeide om å skape morgendagens helseforvaltning. Komitemedlemmene følte at gjestene var der de alltid hadde vært, og argumenterte som om ingen avklaringer hadde skjedd.

På møtet den 1. april var proposisjonens proponenter i flertall. I møtene de departementale ledere hadde med komiteen og dens representanter var det selvsagt "posisjonens" synspunkter som ble solgt. Men ellers var den korporative kontakt med komiteen og dens medlemmer preget av opposisjonens synspunkter. Også opponentene bestrebet seg imidlertid på å opptre så diplomatisk som mulig. De hadde lært etter hvert. Da aksjonskomiteen møtte komiteen den 23. april la des folk således vekt på at de slett ikke var "omstillingsfiendtlige".[529]

Den korporative og korridoraktige politikk omkring Sosialkomiteen bidro knapt til å styrke saksordførerens kompromissprosjekt. Ikke førte den til at konstruktive synspunkter kom frem og ikke dempet den følelsene som omgav hele sakskomplekset.

♦

Tautrekningen om det viktigste ved proposisjonen, nemlig modellen, altså meldingsdelen, kom gradvis i gang utover i april. Det var imidlertid først i mai den avgjørende dragkamp fant sted. Dragkampen om modellen tiltrakk seg snart all oppmerksomhet og Høyres idé om å vente med proposisjonen kom mer og mer i bakgrunnen. I et notat Thorhild Widvey den 11. mai skrev til Høyres stortingsgruppe heter det riktignok fortsatt at komiteen nå bør konsentrere seg om "føringer og retningslinjer for hovedprinsippene" i en helseforvaltningsreform og at regjeringen må komme tilbake med lovendrings- og budsjettproposisjoner.[530] "Føringene og retningslinjene" skulle imidlertid snart bli så konkrete at det å skrive om lovproposisjonen nærmest ble en formalitet. Mer høres derfor ikke fra Høyre om delingen av saksbehandlingen. Ellers sa det seg selv at budsjettsiden av saken ikke kunne håndteres nå.

Borghild Røyseland fortsatte sitt arbeid for å skape et kompromiss, det vil i praksis si, for å gi Helsedirektoratet en endret, mer tilsynspreget og uavhengig, og mindre forvaltningspreget,

manuskriptet til (det er i vårt arkiv nå). Vi har også brukt et kort, håndskrevet, referat Anne Alvik laget fra møtet (referatet er i vårt arkiv nå).

[527] Opplyst av Jon Ola Norbom i telefonsamtale den 2. februar 2012.

[528] Opplyst av Kjell Bjartveit i samtale 10.7. 2009.

[529] Aksjonskomiteen hadde laget en rekke korte "rapporter" om ulike emner og brukte i ettertid mye tid for skriftlig å besvare de spørsmål de ikke så utførlig hadde kunnet besvare under møtet med Sosialkomiteen. Under møtet den 23. var aksjonskomiteen representert ved fire akademikere, Martin Bjerke (farmasøyt), Anne Louise Valle (jurist), Jens Eskerud (lege) (f. 1951) og Ingrid Hauge Lundby (lege). Aksjonskomiteen laget et referat fra møtet med Sosialkomiteen, et referat vi har fått av Ingrid Hauge Lundby (vårt arkiv).

[530] Widveys notat hadde overskriften "Omorganisering av den statlige helseforvaltning". Det var et vedlegg til innkallelsen til gruppemøtet den 13. mai. (Arkivboks, Høyres gruppemøter (Stortinget) for perioden 15.1. 1992 til 5.5. 1993, mappe 1.)

rolle. I kulissene arbeidet imidlertid opposisjonen, anført av Høyre, det vil si av Thorhild Widvey og Thea Knutzen. Fredag den 14. mai så det ut til at Røyselands forsøk hadde lidd skipbrudd. I "hemmelighet" hadde "opposisjonen", Høyre, Fremskrittspartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, en opposisjon som sammen hadde flertall, hatt møte og avvist Røyselands kompromissideer. NRK radio fikk nyss om møtet og kunne samme kveld meddele at de fire partiene sa nei til å nedlegge Helsedirektoratet. Nå var i og for seg ikke det noen stor nyhet. Nyheten var at opposisjonen hadde samlet seg om et opplegg som ikke smakte av kompromiss og hadde gjort det bak Røyselands rygg. I Arbeiderpartiet var frustrasjonen stor. Partiets folk tok, nesten i fortvilelse, kontakt med "hovedsynderen", Høyre, og gav slik helt opp de gamle samarbeidspartnerne, mellompartiene. Fant de "to store" sammen, var saken avklart; de hadde et stort flertall. Situasjonen var slik iferd med å bli "rotete".

Men de to utspillene førte ikke frem. Høyres folk i komiteen ville ha med Kristelig Folkeparti og helst også Arbeiderpartiet. De ville altså ha et kompromiss, selv om der i partiet var en del som ville ydmyke statsråden og hennes parti.[531]

Meddelelsen om det hemmelige opposisjonsmøtet fikk Dagbladets Gudleiv Forr til den 15. å skrive en lengre kommentarartikkel om situasjonen (s. 2). Under overskriften "Morks triumf" skriver Forr blant annet at "Mork ser ut til å vinne en seier som savner sidestykke i norsk forvaltning". Forr forklarer: "Embetsmannsstaten blir gjenopprettet av Høyre med SV, Sp og Frp som faddere". Med henvisning til denne "koalisjonens" ønsker om å skape et helt "uavhengig" direktorat, skriver Forr at de fire for det første vil "knesette en ordning der statsrådens konstitusjonelle ansvar blir klippet over, og for det andre .. etablere en stat i staten". Forr avslutter sin kommentar med å spørre hvem som skal vokte Torbjørn Mork: "Skal det være Torbjørn Mork selv?" Han spør videre hvordan Tove Veierød skal forholde seg til "en embetsmann som har nedkjempet statsråden politisk? Nei, dette likner mer og mer på det system vi hadde før 1884".

Forrs betraktninger kunne imidlertid oppfattes som en påminnelse til stortingsflertallet, om hva det kunne være iferd med å gjøre. Spesielt Arbeiderpartiet og regjeringen, men for så vidt også saksordføreren, ville behandle saken som en ikke-politisk, eller iallfall ikke-ideologisk, sak. Forr forsøkte altså i sin artikkel å vise at saken var konstitusjonelt dramatisk. Han fulgte slik opp, med mer fanfare, Norboms og departementets, ikke minst ekspedisjonssjef Brofoss', argument om at hvis ikke departementet hadde (full) instruksjonsrett over underordnede organer, ville heller ikke Stortinget ha det.

Det som skjedde den 14. mai hadde ikke fått saksordfører Røyseland til å forlate kompromissveien. Hun fortsatte derfor sitt arbeid, godt bistått av Kirstelig Folkepartis

[531] På gruppestyremøtet i Høyre den 12. mai orienterte Thorhild Widvey om situasjonen og sa at det nå var tydelig at Arbeiderpartiet ønsket en "mellomløsning som bygger på et uavhengig faglig organ". Per Kristian Foss mente imidlertid at et punkt i Widveys notat av 11. mai "smaker for mye av kompromiss". Han så gjerne at "man får en løsning hvor Arbeiderpartiet ikke er med i noen flertallskonstellasjon, slik at man kan få frem at Arbeiderpartiets forslag er avvist". Også andre i Høyre var stramme i tonen; det viste seg på gruppemøtet dagen etter. Petter Thomassen (1941-2003) så gjerne at man beholdt Helsedirektoratet; det har et godt "image" i befolkningen. På den annen side var også noen, som Ingrid Willoch (1943-2017) og Tore Haugen (f. 1931), direktoratskeptiske og dermed også skeptiske til å gi "etter-direktoratet" for stor uavhengighet, altså frihet til å drive "politikk" (Haugen). Men Widvey og fraksjonen får til slutt støtte til sitt arbeid for en "mellomløsning". De utgjør et slags sentrum i Høyre i denne saken. (Gruppestyremøtet 12.5.92, referat i arkivboks for gruppestyremøtene 22.10 1991 til 19.5. 1992, mappe 3. Gruppemøtet 13.5., referat i arkivboks for Høyres stortingsgruppemøter, 15.1. 1992 til 5.5. 1993, mappe 1.)

gruppesekretær (for blant annet sosialsaker), Kari Husøy, som hun hadde startet det. Tirsdag ettermiddag den 19. mai hadde hun klart et nytt kompromissforslag. Forslaget var ikke så ulikt det gamle, men innebar at direktoratet ble noe mindre endret enn det ville blitt etter hennes forrige forslag. Fortsatt var imidlertid "etter-direktoratet" et "nytt" organ, et tilsynsorgan, og fortsatt skulle departementet ha tydelig instruksjonsrett overfor organet.

De fire opposisjonspartiene sa igjen nei. De syntes saksordføreren gav for mange konsesjoner til regjeringen, og reagerte også på at hun ville gi Rusmiddeldirektoratet den uavhengighet hun ville frata Helsedirektoratet. De syntes dette smakte av partipolitisk uryddighet.

Etter den opprinnelige planen skulle komiteen ha sin innstilling klar torsdag den 21. mai. Denne planen sprakk nå, og tidspunktet for avlevering av innstillingen ble utsatt uten at det ble fastsatt noen ny frist. Det kunne se ut til at saken ikke kunne ferdigbehandles før ferien. Men Røyselands siste kompromissforslag hadde resultert i noe. Det hadde fått Arbeiderpartiet i bevegelse. Parlamentarisk leder Gunnar Berge, som hadde vært i utlandet da de fire partier den 14. mai hadde skapt dramatikk, var nå tilbake og hadde manet sine folk i komiteen til å gi noen kompromissignaler. Berge møtte Brit Jørgensen dagen etter "de fires" nye nei til Røyseland, altså den 20. Etter møtet kom det signaler fra regjeringspartiet om at Borghild Røyselands vrakede forslag var "interessant og ryddig".[532] Dette endret situasjonen. Det gjorde at det kunne bli nesten full enighet, endog om et forslag som var nokså langt fra regjeringens. For opposisjonen, og særlig for Høyre, var det tiltrekkende å få til et så bredt forlik, selv om det ville innebære at partiet måtte gi noe også: Jo bredere forliket ble, jo større ville ydmykelsen av regjeringen, statsråden og Sosialdepartementet bli.

Dessuten ønsket Høyre slett ingen regjeringskrise. EF-saken, og nå spesielt EØS-avtalen, gjorde at det ikke fantes noe alternativ til en arbeiderpartiregjering. Høyre ønsket dessuten at EØS-prosessen skulle ledes av den svært Europa-pålitelige Gro Harlem Brundtland. For Arbeiderpartiet representerte et bredt forlik iallfall en viss modifisering av de fires forslag. Partiet kunne nå også håpe, og det var viktigst, at statsråden, og for så vidt regjeringen, kunne overleve det uunngåelige saklige nederlag. Begeistringen for proposisjonen var jo begrenset også i Arbeiderpartiet. Partiets hovedorgan, Arbeiderbladet, minnet i en underleder den samme dag som Gunnar Berge"ryddet opp" i partifraksjonen, altså den 20., om dette. Bladet advarer regjeringen mot å stille kabinettspørsmål:

> *For det første er ikke en nedleggelse av Helsedirektoratet saklig sett det beste for helseforvaltningen. For det andre vil det heller ikke bli forstått om Regjeringen lager krise på en sak som denne.*

Den 20. mai ble en viktig dag. Nå hadde Arbeiderpartiet, gjennom Gunnar Berges intervensjon, gjort det klart at det ville være med på en fellesinnstilling, endog en innstilling som ville innebære et betydelig nederlag for departementsledelsen. Berge tok selv kommandoen i arbeidet; han satte i praksis partiets folk i Sosialkomiteen under en slags administrasjon: Så langt hadde de jo lite fått til på egen hånd. Ja, de hadde knapt forsøkt å få så mye til. Nå *måtte* de gjøre noe, skulle de overhodet kunne påvirke utfallet av den prestisjemessig kinkige saken. De brukte ukens to siste dager og helgen med.

[532] *Vårt Land* (Per Anders Hoel) 21.5. 1992.

Mandag (den 25.5.) hadde de en kompromisskisse klar. Den bygget på Røyselands siste forslag, ja, representerte bare en flikking på det.[533] Utgangspunktet var altså ideen om å omdanne Helsedirektoratet til et helsetilsyn. Det nye tilsynet skulle ha en faglig uavhengighet, men, og det var nå svært viktig for Arbeiderpartiet, departementet skulle ha instruksjonsmyndighet overfor det nye helsetilsynet. Når partiet nå godtok ideen om et tilsyn, fulgte det imidlertid naturlig at tilsynet måtte være generelt og gjelde like meget det kliniske som det prekliniske (forebyggende) arbeid. Det gjorde det unaturlig å beholde de to forebyggelsessentrene som departementet hadde villet ha. Til gjengjeld skulle, etter skissen, de mer spesialiserte forvaltningsinstitusjonene, som SIFF, SHUS etc., legges rett under departementet, for så vidt i tråd med proposisjonens anbefaling: Ordningen med to nivåer skulle altså bevares, og departementets styringsspenn ville forbli stort, ja, nesten større, enn det ville blitt med Norbom-ordningen.[534] Dette var et uttrykk for at en viktig del av Norbom-modellens styringspolitisering ble beholdt. Det var samtidig et uttrykk for at "etter-direktoratets" styrings- og forvaltningsrolle ble kraftig redusert. Dertil kom at helsedirektørembedet som institusjonelt embede falt helt bort. Arbeiderpartiets folk på Stortinget kunne slik, med en viss rett, hevde at deres, som Røyselands, skisse representerte et reelt kompromiss. Skissen innebar at man fikk en ordning som var mer politokratisk enn den eksisterende (trenivåordningen). Den innebar tillike, og delvis som en følge av dette, at direktoratet ble erstattet av et organ som var annerledes og slik sett i viktige henseender nytt: Det skulle først og fremst være et "påpasserorgan" på nedstrømssiden og bare sekundært et organ som var aktivt integrert i den egentlige politikkutviklende og politikkiverksettende prosess.

Statsråden hadde, men først og fremst via sin statssekretær, i noen grad vært trukket med i utarbeidelsen av denne skissen, men nå måtte hun mer høre på og tilpasse seg enn forsøke å styre. Nå skulle stumpene reddes, først og fremst av og for partiet, bare i annen rekke for henne.

Arbeiderpartiets skisse ble kjent tirsdag morgen, gjennom NRKs dagnyttsending. Gunnar Berge kommenterte skissen slik: "Det er en overdrivelse å si at vi har snudd, men vi har vist kompromissvilje".[535] Diplomaten Berge hadde i viktige henseender rett, men *fikk* knapt nok rett. De fleste medier tolket partiets skisse som en oppgivelse av de viktigste posisjoner i proposisjonen. Og på det punkt som gjennom den offentlige debatt hadde fått mest oppmerksomhet, Helsedirektoratets rolle som tilsynsorgan, innebar skissen et nederlag. Regjeringen hadde villet fjerne direktoratet som tilsynsorgan. Etter skissen, det vil si etter Røyselands opprinnelige forslag, skulle altså det nye direktorat bli enda mer av et tilsynsorgan; bl.a. skulle det omfatte den såkalte ansvarsnevnden.

Også Dagbladet, "Norboms organ", tolket skissen som et nederlag for Norbom, statsråden og regjeringen. Men lederskribenten, Gudleiv Forr, kunne ikke dy seg for igjen å minne om det konstitusjonelt problematiske i det som nå var iferd med å skje. Forslaget om å legge ned Helsedirektoratet "tok sikte på å redusere legenes dominerende plass i helseforvaltningen" og å gi "så vel statsråden som Stortinget større mulighet for å styre". Denne utviklingen hadde startet under Willoch-regjeringen. "Det ubegripelige er at det har lykkes å skape et politisk

[533] Pressen redegjorde for skissen; kfr. bl.a. *Aftenpostens* aftennummer 26.5., 1991, *Aftenpostens* morgennummer 27.5, 1991, s. 7; NTB 27.5., 1991.
[534] Bortfallet av sentrene innebar at et potensielt samordnende organ på nivå to forsvant.
[535] *Aftenpostens* aftennummer, 26.5. 1991, s. 2.

flertall for dette", altså for å stanse denne utviklingen.[536] Som vi skal se, hadde han ikke helt rett her.

For Borghild Røyseland var forslaget fra Arbeiderpartiet langt fra "ubegripelig". Forslaget representerte "en god mulighet for løsning" sier hun til Aftenposten. Til Vårt Land sier hun: "Grunnlaget for en konstruktiv diskusjon mellom partiene er nå mulig. En felles løsning på direktorat-spørsmålet og avgjørelse før ferien er tilstede".[537] Hun antyder at man nå kan trenge halvannen uke til å skrive kompromissinnstillingen. Den var på det nærmeste klar mandag den 8. juni. Da hadde saksordføreren og komiteen behov for juridisk bistand og bad ekspedisjonssjef Knut Brofoss komme til komiteen. Nå var det åpenbart at komiteen ikke ville nøye seg med modellutformingen, også lovforslaget skulle behandles, det vil si, skrives om. Brofoss kom og gav sine juridiske råd. Da han kom tilbake til departementet orienterte han sine foresatte om møtet. Det ble en dyster orientering. Norbom sier i dag at det var først da han skjønte "hvor ille det stod til".[538] Også statsråden ble for alvor bekymret. Det var nå et spørsmål om selv stumpene kunne reddes.

Men etter at den første sjelsuroen var overvunnet i departementet, så statsråden og departementsråden at innstillingen faktisk *kunne* sees på som et kompromiss. Selv om der skulle komme et forholdsvis selvstendig tilsynsorgan, ville det bli et nokså annerledes organ enn Helsedirektoratet. Ja, det kunne, mente Veierød og Norbom, sees på som et *nytt* organ. Den politisk-departementale styring var også sikret ved at departementets instruksjonsmyndighet ble beholdt og ved at departementet selv, direkte skulle styre alle forvaltningsinstitusjonene. De to ville jo også få et legemiddelverk.

Den 10. juni fikk statsråden klokken kvart på to, pr. fax, oversendt sosialkomiteflertallets utkast til kommentarer til odelstingsproposjonen og en forespørsel om "bistand til å utarbeide lovtekst i samsvar med flertallets (..) merknader". Men det hastet, for "Saken skal avgis allerede i morgen, torsdag 11. juni". Forslagene til endringer i lovteksten "må derfor være komiteen i hende innen kl. 15.00". Departementet fikk altså litt over et døgn på seg. Brevet var undertegnet av Sosialkomiteens leder, Brit Jørgensen.[539] Statsråden satte straks sine jurister på oppgaven – den var både krevende og ydmykende – og fikk sendt endringene et stykke utpå formiddagen den 11.

Innstillingene ble offentliggjort sent torsdag aften den 11. juni. Den første, og eneste viktige, innstilling stod alle partier, bortsett fra SV, og i noen få henseender Senterpartiets Tove Kari Viken, bak. Den annen stod SVs to representanter, Magnar Sortåsløkken og Marie Lovise Widnes bak.

To sentrale personer i Arbeiderpartiet valgte straks å ta offensiven, statssekretær Bjørn Martin Aasen og partiets "skyggesaksordfører", William Engseth. De ville gi premissene for mottagelsen av flertallsinnstillingen. Allerede den 11., like etter at innstillingene forelå, sendte de ut en pressemelding, fra departementet. Den hadde som overskrift "Helseforvaltningen forenkles – bl.a. etableres et statlig helsetilsyn og et statens legemiddelverk". Den åpner med en slags intervjuttalelse av Engseth. Han sier: "Jeg er fornøyd med det komiteens flertall har kommet til". Han fortsetter: "Den statlige helseforvaltning blir nå endelig forenklet og gjøres

[536] *Dagbladet*, 27.5., 1991. Tittelen på underlederen er "Morks seier".
[537] *Aftenpostens* morgennummer, 27.5., 1992, s. 7. *Vårt Land* 27.5., 1992.
[538] Jon Ola Norbom, samtale 2.2. 2012.
[539] Både fax og svar finnes i departementets arkiv, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990-92, 612.1., kas. 16.

mer effektiv, og tilpasses alle helsereformene som er gjennomført de senere år". Han nevner så overgangen til to nivåer og nevner først til slutt at "Det etableres et Statens helsetilsyn…", og fortsetter med å si at "Helsedirektoratet slik vi kjenner det blir borte. Funksjonene videreføres i den nye organisasjonen bl.a. ved at det etableres et Statens legemiddelverk i tillegg til Statens Helsetilsyn". Engseth fikk flertallsinnstillingen til å høres nokså regjeringsvennlig ut.

Neste morgen, altså fredag den 12., ble Veierød, Norbom & Co. satt tilbake i "angstmodus". Fremskrittspartiets John Alvheim ble intervjuet av NRK radio om flertallsinnstillingen. Den alltid stridslystne eneforvalter av Fremskritsspartiets helse- og sosialpolitikk omtalte innstillingen som langt mer kritisk overfor departementet enn det Engseth hadde gjort, dog uten å referere til Engseth/Aasens pressemelding. Alvheim, som altså var en del av flertallet, uttalte seg så skarpt at Norbom, som hørte meldingen før han hadde stått opp, ble så opphisset at han nesten ikke kom seg ut av sengen.[540] Da han allikevel var på plass i departementet var allerede Aasen og Høvik i gang med å lage en ny pressemelding. De ville forebygge at Alvheims tolkning av flertallsinnstillingen ble stående som den autoritative tolkning. Da statsråden kom på kontoret fikk hun, av betuttede rådgivere, straks høre at hun måtte lage en pressemelding slik at hennes tolkning kom ut. Hun følte seg ikke vel over å sende ut Aasen og Høviks pressemelding, men gjorde det allikevel. Også Norbom var i tvil, men sa, som Veierød, ja til å la meldingen gå.[541]

Også denne pressemeldingen fikk form av et intervju, men var altså et "laget" intervju. Gjennom meldingen sier statsråden at hun er "fornøyd med det kompromiss som er oppnådd i saken om den statslige helseforvaltning". Hun sier videre at hun er fornøyd med at man vil forenkle forvaltningen ved å redusere den med ett nivå, "ved at nåværende Helsedirektoratet kuttes ut som et mellomledd". Hun fortsetter: "Det etableres et Statens legemiddelverk og et Statens helsetilsyn.." Videre sier hun:

> *Jeg har ingen vansker med at det etableres et lovfestet organ for tilsyn med helsetjenesten,.. Jeg vil understreke at denne løsningen ikke ligger langt fra regjeringens eget forslag, og at det er uproblematisk for regjeringen ikke å ha fått full tilslutning på dette punkt. Det som er nytt er at Stortinget ønsket å lovfeste dette organet i tilsynsloven, mens regjeringens forslag var å legge dette til departementet for så å delegere dette ansvaret til et underordnet organ.*

Hadde Alvheim trukket flertallsinnstillingen langt i opposisjonell retning, hadde først Engseth og så (formelt) Veierød trukket den like langt i "posisjonell" retning. De tok en sjanse.

De første reaksjonene på innstillingene var slik at man i S-blokken slappet litt av. De viktige mediene presenterte i stor grad flertallsinnstillingen nokså, om ikke helt, nøytralt og som et slags kompromiss. NTB kunne således allerede om morgenen den 11. juni meddele at "Sosialkomiteen i Stortinget har inngått et bredt forlik der Helsedirektoratet legges ned slik det er i dag, men gjenoppstår i form av Statens helsetilsyn". Dagen etter siterer NTB utførlig, og uten vurderende kommentarer, fra Tove Veierøds pressemeldingsuttalelse.

[540] Opplyst av Jon Ola Norbom i telefonsamtale 3.7. 2012.
[541] Opplysningene i dette avsnitt er basert på samtaler med Tove Veierød 5.8. 2009 og Jon Ola Norbom 3.7. 2012.

Tove Veierød og Torbjørn Mork opptrådte fredag i Dagsnytt 18, men ikke til duell. De redegjorde hver for seg for sine synspunkter. Statsråden var blitt advart på forhånd: ”Du diskuterer ikke med Torbjørn Mork”.[542] Men begge uttalte seg i ”flirtende” vendinger overfor komiteen. Mork kunne, nettopp hjemkommet fra en tur til Stockholm, konstatere at tilsynsbudskapet var blitt hørt og Veierød at innstillingen representerte et kompromiss som ville gjøre at vi ville få en mer effektiv helseforvaltning. Lørdag kunne *Aftenposten*, men nå ved politisk journalist og gammel arbeiderpartimann Trygve Monsen (f. 1945), ikke ved Ole Mathismoen eller Hilde Harbo, ha som overskrift for sin reportasje om saken (m.nr. s. 11): ”Lettelse i begge leire over helseløsningen”. På vegne av direktoratet sier Anne Alvik til Monsen: ”For pasientene betyr dette at vi kan føre et bedre og aktivt tilsyn og bli en bedre instans i klagesaker”. Like forutsigbar som Alvik var, var Veierød: ”Jeg er tilfreds med at vi får en forenklet helseforvaltning. Det er veldig avgjørende at vi får to nivåer i forvaltningen mot tre nivåer i dag”. Tove Veierød vedgår imidlertid også at hun ikke hadde fått det helt som hun ønsket, og sier dette om bakgrunnen: ”Senterpartiet slo kontra, selv følte jeg lenge at vi i sonderingene hadde tilslutning til hovedtrekkene. Men”, fortsetter hun, ”vi er en mindretallsregjering, og vi følte at det var verdt å gi noe”.

Borghild Røyseland, kompromissmakeren, kommenterte innstillingen i sin egen lokalavis, Stavanger Aftenblad, og i den uavhengig kristne avisen Dagen i Bergen lørdag den 13. Til Aftenbladet (Ola M. Aanestad) sier hun blant annet:

> *Vi har lagt visse føringer for hvilke funksjoner Helsetilsynet bør inneholde, men departementet har likevel vide fullmakter i organiseringen av det nye organet. Fra vår side er det politiske instruksen at departementet får en effektivisering og rasjonalisering av helseforvaltningen, der unødig dobbeltarbeid forsvinner. Departementet vet selv hvor flaskehalsene er.*

Til Dagen (Tor Weibye (f. 1957)) sier hun (s. 2), at hvordan det nye Helsetilsynet skal ledes er det ikke hennes, men departementets, sak å avgjøre. Hun nevner dog at andre helsefaglige organer ledes av ”en direktør med vanlige bedriftslederfunksjoner, uten vide fullmakter”. Hun føyer til at ”funksjoner som i dag er tillagt helsedirektøren blir overført til Helsetilsynet”. Med andre ord, i viktige henseender oppheves helsedirektørembedet som et ennå litt institusjonelt og medikratisk embede. Den avmedikratisering proposisjonen la opp til, føres altså videre. Ved å trekke frem dette er Røyseland med på å vise at innstillingen representerer et virkelig kompromiss.

Dagbladet akkompagnerte henne på lederplass samme dag, altså lørdag den 13. Det vil si, avisen gikk enda lenger. Under overskriften ”Bedre helse”, skriver avisen: ”Så blir Helsedirektoratet likevel nedlagt. Regjeringen får gjennomslag for hovedpunktene i forslaget til omorganisering av helseforvaltningen”. Lederskribenten forklarer:

> *Det er ikke det gamle helsedirektoratet som oppstår med nytt navn, Statens Helsetilsyn, men et helt nytt organ med mindre omfattende fullmakter og oppgaver. Og selv dette organet var skissert i proposisjonen, men får en mer selvstendig stilling.*

Dagbladets lederskribent fremholder at ”Det er grunn til å rose sosialminister Tove Veierød for at hun får løst denne saken”, en sak som har en historie tilbake til begynnelsen av 1980-

[542] Samtale med Tove Veierød 5.8. 2009.

årene. ”Derfor er det også så vanskelig å forstå enkelte av de politiske aktørenes krumspring under komitébehandlingen”.

Dagbladets lederskribent var Gudleiv Forr. Forr, som kjente både statsråden og departementsråden, hadde, som vi har vist, lenge vært pessimistisk på de tos vegne, men ble altså altså nå optimistisk. Han ble nesten mer optimistisk enn Veierød og Norbom.

Også den ellers så Norbom-kritiske avisen *Verdens Gang* konstaterte på lederplass søndag den 14.: ”Når enden er god…”, men bemerker også at ”det er litt skremmende å registrere at hverken hun (statsråden) eller mange av de andre som har deltatt i debatten om Helsedirektoratet, synes å se den store prinsipielle forskjellen mellom et selvstendig, lovfestet tilsynsorgan og et lovfestet tilsyn som er lagt inn under departementet”.

Fylkeslege og talsmann for fylkeslegene Øyvind Rolstad, som var en ”gammel” helseinstituttmann, sa til Vårt Lands Johannes Morken (f. 1959) (13.6.) at ”No må vi leggja sutringa og klaginga bak oss og setja alt inn på å gjennomføra den nye modellen i den statlege helseforvaltninga”. Slik bidro også han til å roe ned stemningen forut for odelstingsbehandlingen av saken.

♦

Uken hadde gitt både ned- og oppturer for Tove Veierød. Da den gikk mot slutten var hun en smule lettet. Lørdag morgen kunne hun sette seg på flyet nordover, og for et par dager glemme Helsedirektoratet. Hun skulle være med på å åpne det nye museet for Kaare Espolin Johnson (1907–1994), i Kabelvåg, ”Galleri Espolin”. I Kabelvåg regnet og blåste det, men Statsråden koste seg sammen med hovedpersonen, politimester Willy Haugli (1927–2009), tidligere havrettsminister Jens Evensen (1917–2004) og ytterligere 143 gjester. I sin tale sa hun blant annet, henvendt til den 85-årige kunstneren: ”Du er en ener som menneske og som kunstner. Du er Nord-Norges billeddikter fremfor noen. Du har maktet å trenge inn i det som er denne landsdelens lynne og temperament”.[543] Harstad-piken visste hva hun snakket om.

Oppglødd kunne hun søndag aften sette seg på flyet sydover, for å være med på Norbom-prosessenes finale. Den skulle ikke bli som hun hadde håpet og nå til dels også ventet. Skjønt, en viss uro hadde hun også i seg. Politikk er en krevende ”sport”, spesielt for den sarte.

Før vi ser nærmere på innstillingene, og på hva som skjedde mandag, og første del av tirsdag, skal vi stoppe litt og se tilbake. Vi skal se litt på hvordan ideen om et helsetilsyn oppstod.

Ideen om et helsetilsyn

For Borghild Røyseland, som for de fleste andre, var det i løpet av mars blitt klart at den gamle koalisjonen av Arbeiderpartiet og de to mellompartiene var gått i oppløsning. Senterpartiet var ”falt fra” og mange ville ”ut” også i Kristelig Folkeparti. For henne ble derfor nesten fra starten av det å forsøke å finne et kompromiss, målet. Men skulle hun klare det, måtte hun ha en idé som kunne bære et kompromiss. På et eller annet tidspunkt, antagelig

[543] VG 15.5. 1992, s. 40.

i slutten av april, fikk hun denne ideen. Hun husker ikke selv mer presist når det skjedde, og ingen andre vi har snakket med fra komiteen gjør det heller. Ideen var ideen om et helsetilsyn. Av det notat Thorhild Widvey i Høyre den 11. mai skrev til partiets stortingsgruppe fremgår det at ideen om et nytt organ allerede hadde slått rot i komiteen, selv om organets navn ennå ikke var endelig bestemt. Widvey skrev således: "Det opprettes et uavhengig organ (Statens helsetilsyn, Statens Helseinstitutt, eller lignende), som gis forvaltningsansvar og forvaltningsmyndighet".[544]

Borghild Røyseland (f. 1926): Hun satt på Stortinget fra 1985 til 1993, innvalgt fra Rogaland. Hun hadde tidligere både vært vararepresentant til Stortinget og hatt lokale politiske verv for sitt parti, Kristelig Folkeparti. I perioden 1989 til 1993, da den konfliktfylte dragkampen om Helsedirektoratets skjebne kom opp, var hun nestleder i Sosialkomiteen. Hun var diplomatisk av legning og var den som lengst og mest iherdig arbeidet for å få til et kompromiss i saken. Saken utviklet seg imidlertid slik at det til slutt ble umulig, skjønt den organiseringen dragkampen endte med også hadde noe av kompromisset over seg. Helsedirektoratet ble i prosessen omdøpt til helsetilsyn. Det skyldtes ikke minst Borghild Røyseland. Bildet er fra 10. oktober 1989. (Foto: Knut Falch / NTB)

Borghild Røyseland skjønte at den overordnede tilsynsoppgaven ikke kunne legges til departementet og at det var umulig å redusere direktoratet til et "linjeløst" kompetansesenter. Direktoratet måtte altså langt på vei videreføres. Kunne det kanskje videreføres først og fremst som en slags "vaktbikkje", altså som et, halvt selvstendig, kombinert tilsyns- og klageorgan? Kunne det det, ville man svare kraftfullt på kritikken om at regjeringen la opp til å politisere og dermed vingestekke tilsynet. Samtidig ville man lage et organ som ikke bare ble en videreførelse av Helsedirektoratet. Det nye organet ville først og fremst bli et profesjonelt tilsynsorgan, og først dernest et nedstrømsrettet forvaltningsorgan. Nå var det særlig det siste og bare sekundært, og halvprofesjonelt, det første. Borghild Røyseland la frem sin idé i komiteen og foreslo samtidig at det omdannede direktoratet kunne kalles Statens helsetilsyn. Etter møtet kom John Alvheim bort til henne og sa at "det var et godt forslag, det må du ikke rokke en tøddel på!"[545]

Røyselands idé var nærmest en naturlig følge av en lang utvikling, en utvikling som startet med delingen av direktoratet høsten 1983. Delingen skapte, som vi har sett, straks spenninger knyttet til arbeidsdelingen. Delingen førte også til vedtagelsen av tilsynsloven våren 1984. Jo mere offensivt direktoratet anvendte denne loven, jo mere så departementet på anvendelsen som et ledd i dragkampen. Det så på en del av tilsynsvirksomheten som politiserende. Reaksjonene begynte å komme med Tove Strand Gerhardsen, altså fra sommeren og høsten

[544] Thorhild Widvey, "Omorganiseringen av den statlige helseforvaltning", vedlegg til sak nr. 2, Høyres stortingsgruppemøte 13. mai (skrevet 11.5.), s. 1. Widvey fortsatte ellers slik: "Det betyr at helsedirektoratet i sin nåværende form ikke opprettholdes" (s. 1-2).
[545] Opplyst av Borghild Røyseland i telefonsamtale den 11.9. 2009.

1986, og førte til den statsrådlige ”beskjed” til direktoratet i 1986 om å ”ligge lavt”. Vi har sett at dette ikke dempet spenningene og at både statsråden og Norbom sommeren 1989 var kommet til at en grundig omordning av helseforvaltningen ikke var til å unngå. Det var en omordning som måtte føre til at restene av medikrati ble fjernet: Helsedirektørstillingen som institusjonell stilling måtte bort. Tilsynsloven av 1984 representerte i den sammenheng en ekstra utfordring. Loven gav Helsedirektøren en privilegert, litt ”gammeldags” rolle. Ja, de sider ved den institusjonelle rolle som Helsedirektøren ble fratatt i 1983, ble i noen grad kompensert ved at tilsynsrollen ble mer understreket og til dels definert på en semiprofesjonell måte. Derfor var det denne rollen, den som etter hvert ble kalt ”vaktbikkjerollen”, Norbom og hans folk nå ville ha bort. De foreslo altså å fjerne den ved å sentralisere den ”overordnede” del av den (til departementet) og desentralisere den praktiske del av den (til fylkeslegene).

Men Norbom & Co. så ikke at den økende oppmerksomhet omkring tilsyn ikke var noe særnorsk og personpreget. De så ikke at den var uttrykk for lange, tunge og samvirkende bølger som slo inn over, eller utviklet seg i, helsesektoren.[546] For dem var den, og det er ikke så overraskende, mest et uttrykk for en videreførelse av fagstyret, enskjønt i ny forkledning: Helsedirektørens stil fremstod for hans overordnede i departementet som umiskjennelig medikratisk.

En av de bølger som nå slo inn over helsesektoren var industrialiseringsbølgen. Den betydde blant annet at det som innen industrien ble kalt kvalitetskontroll, men snart også kontinuerlig kvalitetsutvikling og total kvalitetsledelse, begynte å sette preg på helsesektoren. Men industrialiserings- og kvalitetsbølgen slo innover helsesektoren også fordi sektoren var iferd med å bli mottagelig for den. Statistikken, i form av prosedyreutvikling og prosedyredokumentasjon, åpnet medisinen, nærmest samtidig med at Norbom III-prosessen utviklet seg, for tilsyn og kontroll. Det gamle medikrati ble undergravet også innenfra. Disse to, statistikkbaserte, bølger bidro spesielt til å fremme interessen for det mer systemiske og forebyggelsesorienterte, ovenfra drevne, tilsyn. Den tredje bølgen som nå slo innover helsevesenet, pasientrettighetsbølgen, var, hva tilsyn angikk, særlig knyttet til tilsyn ”nedenfra”, altså fra pasientene, og til klager og klagebehandling i vid forstand. Denne bølgen kom delvis som en høyreliberal bølge: Pasientene skulle, nærmest som kunder, få økonomiske rettigheter, altså valgfrihet. Gjennom valg, skulle de kontrollere tjenesteyterne. Den kom også som en nøytral, men i noen henseender venstre-liberal, bølge: Pasientene skulle få sosiale rettigheter, altså rett til å få gode tjenester raskt, og, hvis hjelpen ikke holdt mål, til å få en eller annen form for erstatning. Denne bølgen fikk i Norge et spesielt venstre-liberalt uttrykk gjennom Ståle Eskelands ferske forslag til pasientrettighetslov.

Torbjørn Mork og hans folk i Helsedirektoratet la i stigende grad vekt på tilsyns- og klagespørsmål i sin kritikk av Norbom-innstillingen. Det var ikke uttrykk for strategi. Det bare skjedde: De utnyttet, og ble for så vidt også tatt av, de tre bølgene. De ”red”, mer og mer konsentrert og ensidig på dem. Budskapet ble hamret inn, om og om igjen. Vaktbikkjemetaforen ble, på reklameinspirert måte, ivrig utnyttet. Og folk, leg som lærd, forstod, eller trodde de forstod. Budskapet var så enkelt. I virkeligheten var det nye tilsyn et fenomen det teoretisk var svært krevende å gripe, så krevende at selv de mest informerte, og involverte, aktører ikke helt gjorde det. Resten av 1990-årene skulle faktisk gå før

[546] Det gjorde for så vidt heller ikke Torbjørn Mork og hans støttespillere.

implikasjonene av det nye tilsynet begynte å bli klart for dem som skulle stå for det. Men nå, våren 1992, var det nok med den "overfladiske" forståelsen.

Norbom og hans forbundsfeller hadde lite å stille opp med i denne diskusjonen. Det var som å argumentere mot "tidsånden". De forsøkte, som vi har sett, å svare på noe av tilsynskritikken gjennom proposisjonen, delvis ved selv å gjøre seg til talspersoner for et mer profesjonelt tilsyn, delvis ved å kritisere direktoratet for ikke helt å forstå hva moderne tilsyn innebar og delvis ved å foreslå å opprette en ansvarsnevnd. Men slik bidro de nok mer til å si at tilsyn var viktig og at de, altså departementet, hadde skjønt det for sent. De bekreftet at de var på defensiven og erkjente hva saken nå, i siste runde, ville dreie seg om. Som vi har sett så og sa FFOs Peter Hjort jr. det svært klart i årets første nummer av FFO-nytt: La et Statens helsetilsyn reise seg av "Helsedirektoratets aske". Svært mange talte også i debatten om behovet for et faglig sterkt og uavhengig *tilsynsorgan*. Når Borghild Røyseland i Sosialkomiteen foreslo å kalle "etter-Direktoratet" helsetilsyn var det derfor ikke spesielt originalt. Hun ble ikke inspirert av unge Hjort; hun hadde ikke sett hans artikkel. Navnet lå i luften, for henne, for Hjort og for de fleste som var engasjert av saken. Alvheims spontane reaksjon på hennes forslag er også et uttrykk for det.

♦

I kulissene arbeidet Norboms første "oppdragsgiver", Wenche Frogn Sellæg. Hun hadde fra første stund som statsråd hatt med seg tilsynsideen; det hang, som vi har nevnt, sammen med hennes erfaring med Forurensningstilsynet. Hun hadde imidlertid ikke formulert den klart, og iallfall ikke så klart at Norbom hadde oppfattet den. Etter at den grønne bok kom, understreket hun den stadig sterkere. Slik bidro hun til å gjøre Høyre til et "tilsynsparti". Offentlig tok hun imidlertid aldri til orde for å gjøre Direktoratet om til et tilsyn, heller ikke etter at Peter Hjort jr. hadde lansert navnet tidlig på vinteren. Sent på våren mener hun imidlertid at hun begynte "innsalget" av både ideen og navnet helsetilsyn.[547] Hun "solgte" gjennom Thea Knutzen. Vi har ikke fått dette bekreftet av Thea Knutzen eller andre i komiteen. Vi finner heller ikke spor av det i protokollene fra Høyres gruppemøter og gruppestyremøter på Stortinget denne våren.

Avgjørelsen: Norbom-prosessene konkluderes

Sosialkomiteens innstillinger

Sosialkomiteen leverte altså sine innstillinger sent på dagen torsdag den 11. juni.[548] Bak flertallsinnstillingen stod, på de fleste punkter, alle partier, bortsett fra Sosialistisk Venstreparti. Borghild Røyseland hadde ført flertallsinnstillingen i pennen. Mindretallsinnstillingen var skrevet av Marie Lovise Widnes, altså ikke av SVs mest aktive sosialpolitiker, Magnar Sortåsløkken (som satt i Lagtinget).

[547] Opplyst av Wenche Frogn Sellæg i samtale 12.8. 2009.
[548] Innst. O. nr. 88 (1991-92). (Stortingsforhandlingene, 6b, s. 6-14.)

Etter kort å ha referert bakgrunnen for proposisjonen presenterer flertallet sine normative forutsetninger for en omordning av helseforvaltningen (s. 7):

> *Flertallet mener det er viktig at den statlige helseforvaltning ivaretar den enkelte pasients rettssikkerhet, sikrer høy faglig kompetanse i forvaltningen og sikrer kontroll- og tilsynsordninger som gjør at det kan gripes inn overfor uønskede forhold i helsetjenesten. Samtidig er det nødvendig med en forvaltning som er politisk styrbar og som er et tjenlig arbeidsredskap for både storting og regjering. Organiseringen må være oversiktlig og det må være klare ansvarslinjer.*

Litt forenklet kan vi si flertallet sier to ting: Det vil ha et høykompetent tilsyn og tydelige styringslinjer (og dermed også ansvarslinjer) fra Stortinget og nedover. I det første henseende er det altså opptatt av "vaktbikkjefunksjonen", det vil si opposisjonens viktigste anliggende. I det annet henseende er det opptatt av at helseforvaltningen skal være tydelig politisk styrt, altså posisjonens viktigste anliggende. Drives synspunktene langt, kan man se spenninger i forutsetningene: Vaktbikkjefunksjonen krever en uavhengighet for tilsynsorganet som kan true den politiske styrbarhet. Men uansett, de to forutsetninger som ligger til grunn er et uttrykk for at flertallsinnstillingen springer ut av kompromisstenkning.

Tove Veierød (f. 1940): Hun er filolog og virket fra 1965 til 1986 som adjunkt i den videregående skole i Harstad. Fra 1986 til 1988 var hun statssekretær i Kultur- og vitenskaps-departementet. Fra 1988 til 2006, var hun med unntak for årene 1990 til 1992 – da hun var sosialminister – informasjonssjef i Norsk Hydro. Gjennom hele karrieren hadde hun mange politiske og organisatoriske verv. Helsedirektoratsaken kom til å prege hennes to år som statsråd. Hennes stil var varsom og vennlig. Hun trivdes ikke i «stormen», men tok det som kom med verdighet. Det første bildet er fra 3. november 1990. Hun var en relativt fersk statsråd og problemene hadde ennå ikke for alvor meldt seg. Det andre bildet er fra 17, mars 1992. Nå var det blitt vanskelig. Hun ser betenkt ut. (Foto: Fra venstre: Jon Eeg / NTB, Nils Bjåland / VG)

Når innstillingen så konkretiseres omtales tilsynsoppgaven først. Flertallet skriver at et fylkeslegebasert utøvende tilsyn blir for "oppsplittet og for lite koordinert", og vil derfor ha "et sentralt, faglig uavhengig organ som kan se til at det lokale tilsyn utøves likt i hele landet, og som kan samle og systematisere erfaringsmateriale så det kommer helsetjenesten i hele landet til gode". Flertallet vil også "lovfeste tilsynsorganets myndighet direkte, selv om", som det litt spenningsfylt, men kompromisspreget, heter, "det endelige ansvar for helsetjenesten tilligger departement og regjering".

Flertallet vil at alt som har med pasientklager og pasienters rettssikkerhet å gjøre skal behandles av dette tilsynsorganet: "Dette er saker som i stor grad har sammenheng med tilsynsoppgavene", heter det. På denne måten blir det unødvendig å ha en egen ansvarsnevnd: "En klage kan være både personfeil og systemfeil". Det mer eller mindre nye organet bør,

mener derfor flertallet, hete Statens Helsetilsyn. Det heter videre at det nye helsetilsynet ”tillegges følgende hovedfunksjoner”:

> *-det statlige, faglige tilsyn med helsetjenesten som hjemles i tilsynsloven*
> *-forvaltningsoppgaver og pålegggsmyndighet i tilknytning til utøvelsen av tilsynsfunksjonen*
> *-faglig rådgivning og informasjon til departement, fylkeslege og øvrige forvaltning samt til helsetjenesten og befolkningen*

De to første punktene understreker at det nye organet i hovedsak skal være et tilsynsorgan, og for så vidt et nytt organ. Det tredje punkt peker imidlertid i en mer direktoratlig retning, spesielt hvis man forstår informasjonsoppgaven på en ”hjortsk” måte, som en ”intelligence”-oppgave. Flertallet skriver også, litt tidligere i sin uttalelse at det ”nye” organet skal ha ansvar for ”helserett, individ- og miljørettede forebyggende helsetjenester og kurative tjenester”. Vi må altså konstatere at innstillingen hva gjelder det ”nye” organets status er tvetydig: Den kan tolkes både i retning av at det ”nye” organet virkelig *er* nytt og i retning av at det i viktige, dog ikke alle, henseender er en viderførelse av Helsedirektoratet.

Vi må imidlertid nevne at flertallet trekker frem de kontroll- og kvalitetstiltak departementet nevner i proposisjonen, og støtter dem. Men det gjør mer. Ser man denne støtten til departementet i sammenheng med forslaget om å skape et helsetilsyn, kan man si komiteflertallet på en mer generell måte enn departementet og proposisjonen gjør seg til talerør for å profesjonalisere og modernisere tilsynsoppgaven. Det gjør det nok imidlertid mer som en mer alminnelig refleks, enn en dypere forståelse, av ”tidsånden”. Forslaget om tilsynsopprettelsen og uttalelsene om kontroll og kvalitet er ikke eksplisitt relatert til hverandre og er også plassert et stykke fra hverandre i innstillingen.

Det annet punkt, det som gjelder styrings- og ansvarslinjene, får mindre oppmerksomhet og nevnes litt spredt, og uten tydelig ”nerve”. Standpunktene gies ingen egentlig begrunnelse. Flertallet nøyer seg med å konstatere sine meninger (konklusjoner). Det støtter for det første forslaget om to nivåer, men med en endring i forhold til departementets forslag: Fylkeslegene blir delvis en del av nivå nr. to, ved å underlegges Helsetilsynet, og delvis en del av nivå nr. én, ved å underlegges departementet. Det siste sies dog ikke eksplisitt. Flertallet tar også opp Norbom-utvalgets ”antydning” om å ha et statlig sykehuskontor på nivå nr. to. Det antyder også at selv om det ikke vil ha de løse forebyggelsessentrene departementet foreslår, kan det tenke seg større grad av samordning av institusjonene på dette nivå. Flertallet lar det være opp til departementet å avgjøre om det skal opprettes et integrert legemiddelverk, men sier at hvis et slikt opprettes bør tilsynet med legemiddelforskrivningen legges til det nye helsetilsynet. Endelig tar flertallet, nesten litt tydeligere enn proposisjonen , til orde for en ”total rasjonalisering” av helseforvaltningen.

Selv om flertallets standpunkter hva gjelder styringen mer ”drysses ut”, enn presenteres som en integrert plan, peker noen av dem tydelig fremover mot det som skal komme: De passer de tunge trender. Forslaget om et eget sykehuskontor er en refleks av Høyres tanker om å bedriftsliggjøre sykehusene (og altså først statens). I Høyre ble det denne våren, med Wenche Frogn Sellæg som drivkraft, arbeidet med et Dokument 8-forslag om en ny finansieringsordning for helsevesenet. Forslaget var inspirert av det som skjedde i Storbritannia i forlengelsen av Thatcher-reformeringen av The National Health Service (med et indre marked og delvis finansiering via primærleger) og de britisk-inspirerte forsøkene med å skille bestiller og utfører i det borgerlig styrte Sverige. Sellægs gruppe (WFS samt Thorhild

Widvey og Siri Frost Sterri (f. 1944)) tenkte seg at pengene skulle kanaliseres via primærlegene, og at sykehusene, som noen av utførerne, skulle etterspørselsfinansieres og selv være organisert som (offentlige) aksjeselskaper. Der var en del skepsis i Høyre til Sellægs tanker, men samtidig en viss støtte for å bedriftsliggjøre sykehusene.[549] Høyre, ved Widvey, fikk altså med en avideologisert henvisning til tanken om slik bedriftsliggjørelse. Det var en tanke som Arbeiderpartiet siden skulle føre videre gjennom sykehusreformen i 2001–2002. Tanken om større integrasjon av de forebyggende institusjoner, peker frem mot den samling av de fleste av disse institusjoner i Nasjonalt folkehelseinstitutt som kom et tiår senere. Forslaget om rasjonalisering reflekterte også påtrykk fra Høyre.

Flertallet gjør altså det uvanlige å endre på en god del av de lovforslag regjeringen hadde lagt frem. Det gjelder først og fremst helsetilsynsloven, men også en rekke andre lover. Lovendringene går over nesten fem sider. Men alle de endringer som flertallsforslaget impliserte klarte ikke flertallet nå å utforme. Det ber derfor departementet komme tilbake med forslag til endringer i fire lover i løpet av høsten. Flertallet nevner at ”De lovforslag flertallet fremmer i denne innstilling skjer i samråd med departementet”. Her kunne nok flertallet ha skrevet ”i lovteknisk samråd med departementet”. Høyre hadde altså nå gitt opp sin tanke om å be regjeringen om selv å komme tilbake med forslag til lovendringer generelt. Partiet så at denne måten å diktere regjeringen og departementet på, var enda mer ydmykende for de to enn å følge Høyres opprinnelige preferanse. For så vidt kan også man si at departementet, ved å integrere meldingen og lovproposisjonen, hadde bidratt til ydmykelsen. Det var imidlertid de to mellompartienes, og særlig Senterpartiets, ”frafall” som gjorde at strategien førte til ydmykelse.

Som vi har pekt på, må flertallets innstilling kunne kalles et kompromiss. Det var nok alvorlig for departementet og statsråden at tilsynsoppgaven skulle få den rolle den fikk, og for så vidt også at det nye helsetilsynet skulle få en så prominent rolle. Det erkjente også statsråden etter at innstillingen ble lagt frem den 11. juni. Hun nevnte dog ikke at dette nederlaget ble ekstra stort fordi store deler av pressen, og det politiske miljø, definerte det som så stort – og som en tilsvarende seier for Helsedirektøren. Det kom ikke like godt frem at omdannelsen av Helsedirektoratet til et helsetilsyn representerte en ytterligere vingestekking av Helsedirektøren, og demontering av medikratiet: 1992 ble en videreførelse av 1983; dog litt avhengig av hvor rent helsetilsyn Helsetilsynet ville bli. Det kom i den forbindelse heller ikke frem at helsedirektørembedet nå nesten helt ble gjort om til et vanlig direktørembede, altså renset for institusjonell status – selv om tittelen ikke nå formelt ble endret. Hva styringsfilosofien angikk, fikk statsråden betydelig støtte av flertallet, men uten at det ble lagt så stor vekt på det i omtalen av saken. Man kan altså si at flertallets innstilling var en kompromissinnstilling, og for så vidt en mer balansert sådan enn medier og den politiske opinion gav inntrykk av. Statsråden kunne slik, saklig sett, ha uttalt seg mer offensivt enn hun gjorde i pressemeldingen. Gitt opinionssituasjonen kan man imidlertid si at hun overbetonet støtten og underbetonet, iallfall litt, tapet.

♦

[549] Wenche Frogn Sellæg, Thorhild Widvey og John G. Bernander la på møte i Høyres gruppestyre den 31.3. (sak 2) og 5. mai 1992 (sak 7) og for Høyres stortingsgruppe den 6. mai 1992 (sak 6) frem et dok. 8-forslag om nytt finansieringssystem for helsevesenet. (Høyres stortingsgruppes arkiv, boks for perioden 22.10.91 til 19.5.92, mappe 3 (gr.styre, begge) og 15.1.92 til 5.5.93, mappe 1 (gruppe).)

Sosialistisk Venstreparti går imot de fleste forslag som smaker av kompromiss og foreslår i hovedsak, skjønt uten å være særlig konkret, at det meste forblir som før. SVs to representanter synes ikke det er nødvendig å gjøre Helsedirektoratet om til et helsetilsyn. De foreslår at proposisjonen avvises og at regjeringen bes om å "kome tilbake med ein ny modell, seinast i samband med budsjettet til hausten". Senterpartiets Tove Kari Viken, som i desember hadde støttet departementets opplegg med integrert behandling, var nå bare så vidt med på flertallsforslaget. Hun tolker flertallets forslag så langt i opposisjonell retning at "det faglig uavhengige organet slik det nå etableres er så lik direktorat-modellen at dette bør gjenspeiles i navnet".

15. og 16. juni: "dommens" dager

Fra 91-sommerens "lekkasjer" hadde, som vi har sett, statsråden og Norbom og deres forbundsfeller vært på defensiven i offentligheten. Dette snudde brått i begynnelsen av den uken som nå var til ende. Med presentasjonen av komiteinnstillingen(e), kom de i noen grad på offensiven. De ønsket, og maktet langt på vei, å "selge" flertallsinnstillingen som et kompromiss, et kompromiss statsråden, og enda mer Arbeiderpartiet og regjeringen, godt kunne "leve med". Som vi har sett kunne de endog ha solgt det med enda større suffisanse. Opposisjonen var påfallende spak. Helsedirektøren hadde noen forsiktige intervjukommentarer; han var fornøyd, men hoverte ikke. Men nesten resten av "anti-Norbom-koalisjonen" "lå lavt". Aksjonskomiteen var taus; den hadde nå gjort sitt. Wenche Frogn Sellæg sa intet, iallfall ikke høyt. På "Norbom-siden" håpet man nå at det meste skulle være avgjort før man kom til finalen, odelstingsbehandlingen, mandag aften. Men John Alvheims utbrudd fredag morgen var et skummelt omen.

Mandag den 15., "dommens dag" for Veierød og Norbom, opprant. På Stortinget var "noen" på den etablerte opposisjonssiden varslet av en Norbom-skeptisk journalist om at statsrådens pressemelding, og for så vidt også presseuttalelser, kanskje ikke var helt i tråd med flertallsinnstillingens budskap. Snart "sydet" det på Løvebakken. Stortinget ble brått det svært politiske hus det fra tid til annen er. Arbeiderpartiets folk ble urolige og parlamentarisk leder Gunnar Berge ble alarmert. Utover ettermiddagen var det nærmest blitt krisestemning på Stortinget. Kompromisset var truet. Det nederlag Arbeiderpartiets folk i komiteen og i gruppeledelsen hadde forsøkt å gjøre så lite som mulig, så nå ut til å kunne bli større enn fryktet. Borghild Røyseland hadde ringt statsråden og sagt at det "brygget opp til krig". Hun la til at hun trodde det kunne "bli vanskelig".[550] Da Gunnar Berge ringte statsråden for å be om et møte, var hun derfor ikke overrasket. De to møttes klokken 22.[551]

Da Tove Veierød ankom Stortinget visste hun altså at det var begynt å "ulme". Urolig til sinns gikk hun inn den tunge døren til Norges nasjonalforsamling; den kjentes ekstra tung nå. På vei til statsrådsrommet passerte hun noen kontorer. Døren stod åpen til ett av dem. Hun tittet så vidt inn og så at Torbjørn Mork og SVs Magnar Sortåsløkken satt der og pratet. Det fikk henne ikke til å slappe mer av. "Jeg tenkte at det var nå ganske spesielt", sier hun i dag.[552] Sortåsløkken skulle imidlertid ikke delta i nattens forhandlinger; han satt i Lagtinget.

[550] Fra samtale med Borghild Røyseland 11.9. 2009.
[551] Opplyst av Tove Veierød i samtale den 5.8. 2009.
[552] Fra samtale med Tove Veierød 5.8. 2009.

Tove Veierød fortsatte til møtet med Gunnar Berge. Berge gikk rett på sak: "Tove, du må starte dette (møtet i Odelstinget) med å beklage pressmeldingen, beklage at du har sendt den ut og har foregrepet noe".[553] Berge var spiss i tonen. Da departementsråd Norbom, litt etter statsråden, kom ned til Stortinget traff han sin forrige statsråd, Wenche Frogn Sellæg i vestibylen. Hun var opprørt og sa at statsråden og han var blitt lurt av statssekretæren. Hun sa også at Bjørn Martin Aasen hadde oppført seg utfordrende og åpenbart hadde ambisjoner om å overta Norboms embede når det ble ledig neste år.[554] Det var, som vi har sett, Bjørn Martin Aasen som hadde hovedkontakten med sosialfraksjonen og partigruppen, og han hadde nok, mente Sellæg, gitt et fortegnet inntrykk av hva komiteflertallet egentlig hadde ment. Norbom hørte hva hun hadde å si og gikk så videre til statsrådsrommet, hvor Tove Veierød fortsatt satt med Gunnar Berge. "Han gav henne en overhøvling jeg skulle ønske jeg ikke hadde vært vidne til", sier Norbom idag.[555] Tove Veierød tok ikke igjen med Berge. Hun gikk med på å be om å få ordet ved møtets begynnelse for å beklage utsendelsen av pressemeldingen. Slik aksepterte hun indirekte Berges, og nok ganske mange andres, oppfatning, nemlig at hun hadde vært med på å fordreie komiteflertallets intensjoner. Den vanlige tolkning av flertallsinnstillingen var nå iferd med å bli nokså forskjellig fra det som var blitt den departementalt offisielle tolkning. Statsråden og hennes folk var igjen tilbake der de hadde vært, politisk og opinionsmessig på defensiven.

Etter møtet med Berge gikk Veierød og Norbom for å forberede beklagelsen, og for så vidt møtet. Det var enda noen timer igjen til møtet i Odelstinget skulle begynne. Veierød fikk ingen bistand fra andre i partigruppen eller fraksjonen, eller, for den saks skyld, fra Statsministeren eller andre i regjeringen. Berge var nå borte, og ingen fra regjeringen skulle vise seg i løpet av natten. Da forhandlingene i Odelstinget tok til var Tove Veierød overlatt til seg selv. De som eventuelt kunne bistå henne måtte gjøre det fra kulissene. Jon Ola Norbom og Bjørn Martin Aasen befant seg, da møtet begynte, i diplomatlosjen. Derfra kunne de lite gjøre. Men strategien var jo nå lagt, eller diktert: Statsråd Veierød måtte starte med å beklage, og ble det nødvendig, måtte hun fortsette å beklage. Hun hadde bundet seg, eller blitt bundet, til et defensivt opplegg. Slik sett kunne hun knapt komme godt ut av møtet. Men mer enn å trekke tilbake pressmeldingen ville hun ikke gjøre. Saklig ville hun stå på sine vurderinger. Hun ville stå oppreist. Noen ytterligere Canossa-gang hadde hun ingen planer om. Hun kunne også håpe, håpe at meldingsbeklagelsen ble godtatt og ikke fulgt opp med krav om ytterligere beklagelser.

Klokken var ca. 0100 da møtet i Odelstinget ble satt og sak nr. 14 ble tatt under debatt. Det begynte altså med statsrådens beklagelse.[556] Den innledes slik:

> ***Presidenten:*** *Her har statsråd Tove Veierød bedt om å få ordet før debatten starter generelt, da hun har noe å meddele som kan være av betydning for debatten.*

Statsrådens meddelelse lød slik:

---

[553] Gjengitt som Tove Veierød erindrer det (samtale 5.8. 2009).
[554] Opplyst av Jon Ola Norbom 21.7. 2009. I en samtale Tove Veierød noe tidligere hadde med Wenche Frogn Sellæg hadde hun (WFS) også gitt uttrykk for skepsis til Aasens motiver. Hun mente, forteller Veierød (5.8. 2009), at Aasen hadde tanker om å overta Morks embede.
[555] Jon Ola Norbom, 21.7. 2009.

[556] Tidende O & L, SF 1991-92, b. 8, s. 969-993.

> *Den 12. juni ble det sendt ut en pressemelding fra Sosialdepartementet som kommenterte sosialkomiteens innstilling i den saken som nå er til behandling her i Odelstinget. Jeg beklager at det skjedde. Det har ikke vært min hensikt å forskottere den debatten som Odelstinget skal ha her i kveld. Jeg ber derfor om at denne pressemeldingen anses som ikke sendt, og jeg vil selvsagt avvente Odelstingets debatt i kveld.*

Presidenten, Arbeiderpartiets Inger Lise Gjørv (1938–2009), opplyste så at hun foreslo å avgrense debatten til 2 timer og 10 minutter, fordele den forholdsmessig mellom partiene, men ikke tillate replikker etter de enkelte innlegg. Hennes forslag ble bifalt. Ordet gikk så først til saksordføreren, Borghild Røyseland. Hun anla en saklig og forsonlig tone. Etter å ha redegjort for flertallsinnstillingen sa hun: ”Innst. O. nr. 88,… , er på mange måter et kompromiss mellom fem partier. Jeg tror ikke at noe parti som er med i flertallsmerknaden, kan si at det ble fullt og helt nettopp slik vi ønsket oss det” (s. 971). Hun nevner så at ”Kristelig Folkeparti ønsket også et uavhengig faglig organ, men som fra vår side nok var tenkt litt slankere enn det som nå er blitt resultatet”. Røyseland la for øvrig nesten mindre vekt på tilsynssiden ved flertallsinnstillingen enn innstillingen selv gjorde. Til slutt sier hun (s. 971–972):

> *Selv om jeg betegner innstillingen som et kompromiss, vil jeg gjerne gi uttrykk for at jeg tror dette er blitt en brukbar modell, og at vi ut fra rammene som er lagt i innstillingen, kan få en smidig og god helseforvaltning.*

Tove Veierød hadde ikke gruet seg til saksordførerens innlegg. Det ble da også et forsonlig innlegg, et kompromissinnlegg.

Borghild Røyseland ble etterfulgt på talerstolen av Arbeiderpartiets hovedtalsperson, Alf E. Jacobsen; partiets skyggeordfører, William Engseth, satt i Lagtinget. Tom Thoresen (f. 1947) (Ap) overtok nå som president. Jakobsen åpnet sitt innlegg med å si at ”Først av alt har jeg lyst til å gi statsråden honnør for en svært så voksen opptreden ved åpningen av denne debatten” (s. 972).

Denne rosen var tvetydig. Den var nok ekte, og uttrykk for arbeiderpartilettelse, men samtidig var den en påpekning av at hun hadde grunn til å beklage utsendelsen av pressemeldingen. Hun ble rost for en selvydmykelse som det, gitt innstillingens faktisk innhold, ikke var opplagt at hun burde foretatt. Samtidig åpnet denne rosen for å gjøre pressemeldingen, og selvydmykelsen, til sakens hovedsak(er).

Alf E, som han gjerne kalles, øket sannsynligheten ytterligere for at den videre debatt skulle bli preget av polemikk ved at han ville ”dvele litt ved forhistorien til denne saken ”. Det var den forrige regjering som ”startet opp denne prosessen og har dermed etter min mening i vesentlig grad vært medvirkende til det arbeid som nå har munnet ut i Ot.prp. nr. 43”. Han nevner også at ”det borgerlige flertall” i budsjettinnstillingen for 1990–91 hadde bedt ”Regjeringen iverksette arbeidet for en ny modell for organisering av statlig helseforvaltning”. Han fortsetter med å peke på at de borgerlige partier, eller Høyre alene, foreslo budsjettreduksjoner for Helsedirektoratet de tre siste årene, åpenbart ut fra et ”ønske om å forskuttere en omorganisering og ikke minst rasjonalisering”. Men, fortsetter han, ”I det arbeid som departement og regjering har gjort, har det vært vesentlig at omorganiseringen skulle munne ut i en forenklet organisasjon og en bedre utnyttelse av ressursene”.

Jakobsen gikk så inn på den aktuelle situasjon igjen og sa at noen hadde forsøkt å gjøre debatten om helseforvaltningen til en debatt om Helsedirektoratets eksistens (s. 972–973).

> *Denne vinklingen har dessverre et par politiske partier sterkt bidratt til, og jeg må si at enkelte partier har levd ett liv i arbeidet med komiteinnstillingen og ett liv der hovedoppgaven har vært å informere media om den på det tidspunkt ikke avgitte komiteinnstilling.*
>
> *I debatten i dag vil det overraske meg svært mye om ikke partier som Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil bruke mye av sin taletid til å snakke for galleriet om at de fra ulike ståsted er livreddere til helsedirektør og helsedirektorat.*

Etter disse innledende, halvt polemiske, bemerkninger går Jakobsen nærmere inn på flertallsinnstillingen. Han sier først at forslaget om å opprette et helsetilsyn er "hovedforskjellen mellom regjeringens fremlegg og det som et bredt flertall i Stortinget, inklusiv Arbeiderpartiet, er kommet fram til" (s. 972). Han henviser så til enigheten om de to nivåene og til at flertallet åpner for at departementet kan opprette et legemiddelverk. Vedtaes disse forslag vil, understreker han, "Helsedirektoratet slik vi kjenner det i dag, bli(tt) borte ved at Statens Helsetilsyn er foreslått etablert". Videre nevner han det flertallet sier om et statlig sykehuskontor og behovet for en samordning av virksomheten til de prekliniske institusjoner. Jakobsen oppsummerer slik (s. 973):

> *Totalt sett føler jeg at det er bred tilslutning til Regjeringens arbeid for å få til en enklere helseforvaltning, og jeg tror at flertallsinnstillingen vil gi departementet et godt grunnlag å jobbe videre på.*

Alf E. Jakobsens omtale av flertallsinnstillingen har, som Borghild Røyselands, som siktemål å vise at innstillingen er en kompromissinnstilling. De to sier ikke mer, og slett ikke mindre, enn det statsråden hadde gjort, eller tillatt sine medarbeidere å gjøre, da hun lot pressmeldingen gå. For så vidt sa de to at det ikke hadde vært noen åpenbar grunn til å trekke pressemeldingen tilbake. Slik sett var også Jakobsen inkonsekvent når han innledningsvis sa at det var "voksent", altså riktig, av statsråden å trekke pressemeldingen tilbake.

Neste taler var Høyres hovedtalsperson, Thea Knutzen. Den enda mer aktive Høyre-representant, Thorhild Widvey, var lagtingsmedlem og måtte derfor nøye seg med å følge debatten fra sidelinjen. Statsråden visste at det var nå hun ville få se om tilbaketrekningen av pressemeldingen var blitt godtatt, eller om hun skulle måtte gå gjennom ytterligere runder av ydmykelse. Hennes partifelles innlegg hadde ikke fått henne til å bli optimistisk. Hun behøvde ikke vente lenge på svaret. Thea Knutzen slo an tonen:

> *Den pressemeldingen som statsråden nettopp har beklaget, kom komiteens medlemmer i hende helt tilfeldig i dag. Den er tydelig samkjørt med en tilsvarende pressemelding fra Arbeiderpartiets hovedtalsmann, William Engseth. Departementets melding er i formen en uttalelse fra statsråden, og jeg vil peke på de punkter som har vakt reaksjoner i komiteen.*

Knutzen la altså sitt innlegg opp som en kommentar til pressemeldingen, en pressemelding hun så som misvisende. Vi ser at hun bemerker, og slik indirekte klandrer statsråden for, at departementet ikke også hadde sendt pressemeldingen til komiteen og dens medlemmer.

Nordlandsrepresentantens kritikk av pressemeldingen gjaldt spesielt to punkter, forslaget om å ha to sentrale nivåer og forslaget om å skape et helsetilsynsorgan. Når det gjelder nivåspørsmålet, tar Thea Knutzen utgangspunkt i statsrådens påstand om at "den statlige helseforvaltning reduseres fra tre til to nivåer ved at Helsedirektoratet kuttes ut som mellomledd". Hun sier (s. 974):

> *Det flertallet går inn for, innebærer ingen kutting av det faglige organ i helseforvaltningen, og uttalelsen blir derfor i høy grad misvisende. Flertallet ønsker et frittstående faglig organ tillagt oppgaver hjemlet i lover. Dette organet overtar hovedtyngden av det nåværende Helsedirektoratets oppgaver. Fagorganet kuttes med andre ord ikke ut, det blir faktisk den viktigste del av nivå 2.*

Utsagnet gjelder strengt tatt ikke nivåspørsmålet, for i siste setning synes hun å bekrefte at flertallet vil ha to sentrale nivåer. Også siden i sitt innlegg bekrefter hun dette. Utsagnet gjelder det "nye" organet. Dermed blir hennes hovedkritikk knyttet til statsrådens forståelse av hva det "nye" organet, etter flertallets mening, skal være. Det "faglige organet" kuttes ikke ut; det skal fortsette og skal i hovedsak ha de oppgaver dagens Helsedirektorat har. Thea Knutzen kan slik se ut til å tone nokså sterkt ned flertallsinnstillingens reform- og derfor kompromisspreg. Men helt lykkes hun ikke med det, siden hun godtar ordningen med to nivåer og slik er med på å frata det gamle direktorat dets samordnende rolle.

Hun henviser videre til at statsråden i pressemeldingen skriver at det skal opprettes et legemiddelverk, et verk som skal overta en del av det gamle direktoratets portefølje. Statsråden bruker dette som argument for å vise at det nye tilsynsorganet er noe annet, og mindre, enn Helsedirektoratet. Knutzen sier at dette verket er "en udefinert forvaltningsenhet" og at flertallet ikke har tatt stilling til om der skal komme et legemiddelverk, bare at hvis det opprettes, "må tilsyn med legemidelforskrivningen tillegges Statens Helsetilsyn" (s. 974). Knutzen har rett i dette. På dette punkt var statsrådens omtale av flertallsinnstillingen skjev. På den annen side var det slik at flertallet gav departementet tillatelse til å opprette et slikt verk og dermed også til å fjerne en oppgave fra det gamle direktoratet.

Knutzen fortsatte (s. 974):

> *Statsråden sier videre at det som er nytt, er at Stortinget ønsker å lovfeste dette organet – Statens Helsetilsyn – i tilsynsloven. Dette medfører ikke riktighet. Det er jo departementets forslag som representerer noe nytt ved å uthule tilsynsloven fra 1984 og legge det faglige tilsyn inn i departementet.*

Statsrådens utsagn var ikke klart. Samtidig var det slik at flertallet, som statsråden nok mente, ville bruke helsetilsynsloven til å etablere Statens helsetilsyn. Hva Thea Knutzen mente med at statsåden i så henseende tok feil, er ikke lett å se, for gjennom det som skulle være hennes utdypende forklaring skjer det en tematisk glidning. Hun snakker om noe annet, nemlig om at statsråden, ved å legge "det faglige tilsyn inn i departementet", *uthuler* tilsynsloven. At flyttingen av det *overordnede* tilsyn til departementet, og det praktisk utøvende til fylkeslegene, på ulike vis ville "uthule" tilsynet, hadde vært, og var selvsagt fortsatt, en av de viktigste grunner til at så mange gikk imot proposisjonsmodellen, men "uthuling" er ikke et argument mot påstanden om at flertallet brukte tilsynsloven til å "lovfeste dette organet".

I resten av sitt innlegg utdyper Thea Knutzen hvorfor hun mener de som står bak flertallsinnstillingen nærmest forstår det foreslåtte tilsynsorganet som en forlengelse av

direktoratet. Hun nevner således spesielt flertallets påpekning av at tilsynsorganet skal ha ansvar for "helserett, individ- og miljørettet forebyggende helsetjenester og kurative tjenester" (s. 974). Hva gjelder det forebyggende arbeid påpeker hun ellers at Arbeiderpartiet i den ennå nokså ferske nasjonale helseplan (St.meld. nr. 41, 1987–88) hadde satset på "en integrert modell for det forebyggende arbeid" på lokalt plan. Hun siterer videre fra planen: "Sosialdepartementet ønsker å anvende den samme integrerte modell for organisering av arbeidet på sentralt nivå". Denne påpekningen gjaldt ikke direkte pressemeldingen, men den traff statsråden på et fagopinionsmessig, og politisk, ømt punkt.

Thea Knutzens avsluttet sitt innlegg slik:

> *Hvis ikke statsråden etter dette og de andre partiers innlegg er villig til klart å ta avstand fra de holdninger og de meninger som jeg her har pekt på i pressemeldingen fra Arbeiderpartiets talsmann her i Stortinget og fra statsråden selv, mener jeg at det må få konsekvenser for sakens videre behandling her i kveld.*

Høyres talsperson gav altså uttrykk for at statsrådens foreløpige Canossa-gang ikke var tilstrekkelig.

Stemningen i salen var nå blitt dirrende. Statsråden følte seg uvel. I diplomatlosjen fortvilte statssekretæren og departementsråden, mens Helsedirektøren og hans nestkommenderende kunne slappe av, ja, for så vidt slippe til en liten følelse av triumf.

Etter Knutzen fulgte opposisjonens folk på rekke og rad. Først kom John Alvheim, og ingen kunne refse som ham. Dernest fulgte SVs Marie Lovise Widnes og Senterpartiets Tove Kari Viken.

Alvheim begynte med å si at han følte han nå hadde "fått politisk gjennomslag for Fremskrittspartiets helsepolitikk" (s. 975). Flertallet har "avvist regjeringens forsøk på å politisere det statlige faglige og uavhengige helsetilsyn". Alvheim legger ellers vekt på at det nye helsetilsynet "i realiteten" ikke er "noe annet enn at det nåværende Helsedirektoratet skifter navn til Statens Helsetilsyn", men med en "styrket faglig uavhengig tilsyns- og kontrollfunksjon..". For sikkerhets skyld sier han senere i sitt innlegg at han ser for seg at helseavdelingen blir rasjonalisert og at oppgaver overført til tilsynsorganet, "i overensstemmelse med intensjonene ved utskillelsen av Helsedirektoratet i 1983" (s. 976). For at ikke noen skal være i tvil, bemerker Alvheim også at "Helsedirektøren kan bli sittende i sin stilling som leder for det nye helsetilsynet om han selv måtte ønske det".

Mot slutten hadde Alvheim noen henvisninger til pressemeldingene. Han nevner spesielt at meldingene gir inntrykk av at "flere funksjoner skal delegeres ut til fylkeslegene eller til andre sentrale faglige organer i helseforvaltningen" (s. 976). Disse antydningene, mener han, må ha "indremedisinske" funksjoner. Han avslutter med å advare Arbeiderpartiet og dets regjering mot å la seg forlede av disse antydningene, "hvis de vil unngå nederlag også i neste omgang" (s. 977).

Alvheim var ikke så spiss som Knutzen. Han la mer vekt på sitt eget syn, og det han tolket som flertallets syn. Kanskje kan man si at han, som han innledningvis gav uttrykk for, prinsipielt ønsket seg en mer avpolitisert helseforvaltning, altså en mer fagliggjort forvaltning og styring. Hva fagliggjøringen skulle bestå i, var noe mer uklart. I noen sammenhenger hørtes han liberalt nyttestatlig ut; han kunne, for så vidt som Høyre kunne, ønske og kreve

mer fristillelse, privatisering og, hva gjaldt den virksomhet som skulle forbli offentlig, målstyring. I denne debatten omtalte han imidlertid tilsynsoppgaven og Helsedirektøren personlig, på en slik måte at man kunne tro han ville gi noen konsesjoner til (tilsyns)medikratiet. I andre sammenhenger så vi imidlertid at Alvheim, som politikere flest, også hadde en rem av den politokratiske hud: Han gikk gjerne skjønnende inn i enkeltsaker.

Sosialistisk Venstrepartis Marie Lovise Widnes' innlegg, var nesten et metainnlegg. Hun mer kommenterer saksbehandlingen og flertallskameratenes opptreden enn hun lanserer sitt eget partis helseforvaltningspolitikk. Skjønt, hennes metaanalyse peker faktisk frem mot en politisk konklusjon, som vi skal se.

Hun nevner at de borgerlige partier høsten 1991 hadde bedt om "ein ny modell for helseforvaltninga" (s. 977). Men

> *Da den nye modellen kom på bordet likte dei lite det dei såg. Dei ville likevel ha eit fagleg uavhengig organ, slik vi alt har det. Utgangen på arbeidet i Sosialkomiteen er no i alle fall heilt annleis enn departement og regjering la opp til. Men det merkelege er at parti som tilsynelatande hadde så ulike utgangspunkt, kunne einast i ei innstilling som dei seier er tilfredsstillande for alle partar. Anten er dette eit maskeradeball av dei sjeldne, eller så er det nokon som ikkje er ærlege i kommentarane sine. Eller kanskje veit ikkje dei som har vore med på fleirtalsinnstillinga kva dei sjølve har vore med på.*

Hun henviser så til pressemeldingene, pressekommentarene og kommentarene så langt i Odelstinget. Hun antyder også hva hun tror ligger under den spenningsfylte flertallsinnstillingen og de sprikende kommentarer: ".. i den politiske kvardagen ser det ut til at den pirrande spaninga ved å spela politisk ludo er viktigare enn kva slags resultat som kjem ut av spelet" (s. 977).

Den mer kåserende enn debatterende vestlands-SV'er "oppsummerer", litt tidlig, aftenen i Odelstinget slik (s. 978):

> *SV vil kalle det som no er gjort, for uansvarleg. I staden for å sende heile proposisjonen tilbake til departementet og la dei få tid til å utarbeide lover og regelverk i samsvar med ei fleirtalsinnstilling, lagar ein no eit bælverk av halve lova i ei hast og sender resten tilbake. På den måten kjenner Regjeringa at dei har fått redda nokre stumpar, og fleirtalskoalisjonen at dei har berga fedrelandet. Så går alle heim kvar til sitt, og alle er samde om at det har vore ein gild dag.*

Fru Widnes avsluttet med å si at hvis hennes partis forslag om å behandle saken som melding først, var blitt fulgt, "ville vi kunne gått gjennom alt saman på grundig vis, og prestisjen til Regjeringa ville vore monaleg mindre". I tråd med dette foreslo hun å se på denne "runden" som en meldingsrunde og sende saken tilbake til regjeringen.

Etter Widnes fulgte Tove Kari Viken. Hun er tydelig opposisjonell, og til dels spiss. Hun akkompagnerer blant annet Thea Knutzen når hun sier at hun er tilfreds med at statsråden har trukket pressemeldingen tilbake, men legger til at nå må "statsråden ved den videre behandling av denne saken legge til grunn det flertallet i denne debatten framhever" (s. 979). Viken har ellers en del senterpartipregede tanker om desentralisering, spesielt av det forebyggende arbeid. Senterpartiets gamle skepsis til det sentraliserende og standardiserende

Helsedirektoratet tier hun dog om. Nå trenger hun jo også det "nye" direktoratet for å skape nasjonal likhet i tilsynet med, og tilbudet av, helsetjenester. Hun går, ikke så overraskende, imot etableringen av et legemiddelverk. Tanken om et slikt verk reflekterer et ønske om EØS-tilpasning, hevder hun.[557]

Tove Kari Viken ble etterfulgt på talerstolen av Arbeiderpartiets Marie Brenden (Hedmark). Hun holdt et forsiktig og forsonende innlegg. Hun ble etterfulgt av statsråden, som nå holdt sitt hovedinnlegg, et innlegg hun dog hadde forberedt før pressemeldingsuroen hadde oppstått. Slik sett er det tradisjonelt departementalt. Hun tar, som de to tidligere utredninger, og proposisjonen, utgangspunkt i hvordan helsevesenet er utviklet siden midt i 1970-årene, nemlig gjennom kommunalisering av tjenesteytelsen, og hvordan den sentrale forvaltning bare delvis er blitt tilpasset denne utviklingen. Man startet med tilpasningen ved delingen av direktoratet i 1983, men har først i de senere år sett på sentralforvaltningen på en mer helhetlig måte, sier hun, og passer på å nevne at initiativet til denne mer helhetlige gjennomgåelse ble tatt under regjeringen Syse, med Wenche Frogn Sellæg som statsråd. Som siktemål for denne helhetlige gjennomgåelse nevner hun: "Omstilling, kompetanseheving, rettssikkerhet, lik fordeling og bedre effektivitet i nært samspill med den utøvende kommunesektor.." (s. 981–982). Siktemålene er av litt ulik karakter, men reflekterer mer politisk nødvendighet enn logisk klarhet. Litt senere i sitt innlegg sier hun imidlertid noe som bedre følger opp den velformulerte historiske redegjørelsen (s. 982): "Vi står overfor et alvorlig styringsproblem ved at de ulike enhetene i hele helseforvaltningen ikke er gode nok lagspillere i dagens situasjon".

Hun anlegger så en forsonlig og konstruktiv tone når hun sier at flertallsinnstillingen legger et godt grunnlag for å skape et bedre lagspill i forvaltningen. For henne er det spesielt viktig, sier hun, at flertallet vil ha en vertikal struktur med to sentrale nivåer, og dermed at Helsedirektoratet slik som vi kjenner det i dag, blir borte som mellomledd mellom de øvrige helsefaglige organer og departementet". Hva gjelder det nye tilsynsorganet sier hun: "Flertallets innstilling og de endringer som er foretatt i utkastet til lovendringer, er etter min oppfatning et tilfredsstillende grunnlag å bygge den statlige helseforvaltnings tilsyn og kontroll med helsetjenesten på" (s. 982). Hun avslutter med å si at hun vil merke seg alt som er sagt, og vil bli sagt, i odelsting og lagting, når hun skal arbeide videre og mer konkret med saken.

Tove Veierøds innlegg var godt bygget opp og godt formulert. Gjennom sitt innlegg stod hun frem som en selvbevisst filolog. Men hennes innlegg var samtidig litt "passé". Det var preget av den samme situasjonsforståelse som hun, og hennes rådgivere i departementet, hadde hatt de første dagene etter at komiteinnstillingene var offentliggjort. For Thea Knutzen og de andre "opphissede" sosialpolitikere på opposisjonssiden ble Statsrådens innlegg oppfattet dithen at statsråden ikke hadde hørt hva Høyres talsperson bad statsråden om, nemlig å "krype" mer (for opposisjonen); ja, for så vidt også som om hun hadde glemt den "kryping" hun allerede hadde foretatt ved møtets begynnelse.

Etter Statsråden kom hennes forgjenger, og nå kanskje største utfordrer, Wenche Frogn Sellæg. Også hun hadde forberedt sitt innlegg før debatten startet, men etter at pressmeldingssaken var kommet opp. Hun tok da også, som Thea Knutzen, utgangspunkt i

[557] Hun henviser blant annet til at den nye Europa-tilknytningen kan føre til at Norsk Medisinaldepot må avvikles.

den ”misvisende” pressemeldingen. Dog hadde hun ikke, på sparket, innarbeidet synspunkter som reflekterte hva statsråden nettopp hadde sagt.

Sellæg begynte med å ta tilbaketrekkelsen av pressemeldingen ”til etterretning”, men fortsatte med å si at ”kanskje skal vi likevel være henne takknemlig fordi hun sendte den og dermed gjorde det ganske klart for oss at hun ikke hadde til hensikt å tolke flertallsinnstillingen slik flertallet føler deres intensjoner var”. Hun fortsatte så, nesten som en forhørsdommer (s. 983):

> *Har statsråden oppfattet at to-nivåmodellen ikke er oppnådd ved at Helsedirektoratet er kuttet ut, men ved at Statens Helsetilsyn er kommet inn i stedet og utgjør samme nivå sammen med fylkeslegene? Har statsråden oppfattet at det er forskjell på annet nivå når det gjelder Statens Helsetilsyn, som er tillagt ansvar og myndighet ifølge lov, og eventuelt Statens legemiddelverk eller andre organer som vil bli underlagt departementet direkte? Har statsråden sett at flertallet legger føringer når det gjelder samling av det kurative, det individrettede, det miljø- og samfunnsrettede forebyggende arbeid i Statens Helsetilsyn?*

Wenche Frogn Sellæg fortsetter med, også hun, å trekke noen historiske linjer. Hun sier at hun, fra starten av, var klar over at der trengtes en tilpasning av forvaltningen til utviklingen i det utøvende helsevesenet. Hun mente at dette arbeidet ikke bare var viktig, men vanskelig og at det derfor var viktig at det skjedde i nært samvirke med Stortinget. Det var derfor hun hadde bidratt til stortingsuttalelsen høsten 1990. ”Det er derfor så synd”, fortsetter hun, ”at regjeringen ikke sørget for å ha Stortinget i ryggen også når prosessen ble brakt til ende” (s. 983). Hun tviler ikke, sier hun videre, på at Sosialministeren trodde hun ville få en smidigere og mer effektiv forvaltning med sin modell. Hun og hennes departement gjorde imidlertid ”den fundamentale feil at de overtok et altfor stort faglig ansvar selv”. Sellæg gir her premissene for det som var om ikke hele Høyres, så mange i Høyres, syn på forvaltningspolitikken: Styringen måtte profesjonaliseres gjennom konserninspirert organisering og på tjenesteytende plan, gjennom fristillelse, altså bedriftsliggjørelse, ev. privatisering. For henne hadde Høyre startet en slik prosess i 1983, en prosess den sittende regjering delvis hadde forsøkt å snu ved å repolitisere mer av styringsansvaret.

Sellæg utdypet så Knutzens uttalelser om nivåantallet og det nye tilsynsorganets status. Hun sa at det er ”en vesensforskjell mellom å få delegert sine oppgaver fra et departement …. og å få definert sitt ansvar gjennom lovverket. Det nye tilsynsorganet ville slik, mente hun, få en annen og viktigere status enn de andre institusjonene på nivå nr. to. Ja, hun understreker hvordan det er det nye tilsynsorganet som skal utforme og formidle også den prekliniske rådgivning. Annerledes sagt: Hun beskriver nærmest det nye tilsynsorganet som et organ på nivå nr. én og en halv.

Wenche Frogn Sellægs innlegg var spisst og fremført med stort engasjement. Det var også av en annen saklig tyngde enn de tidligere opposisjonsinnlegg. Sellæg satte sin opposisjon inn i en gjennomtenkt forvaltningspolitisk sammenheng, en sammenheng som også hadde ideologisk forankring, nemlig en høyre-liberal sådan. Det var således ikke tilfeldig at hun nevnte at Høyre gjerne ville ha et sykehuskontor utenfor departementet, altså en sykehuskonsernledelse, og at hun henviste til Andersland-utvalgets innstilling om bedriftsinspirert ansvarsledelse i sykehus. Hennes innlegg gjorde inntrykk på de fleste.

Sellæg ble etterfulgt på talerstolen av komitelederen, Brit Jørgensen. Inger Lise Gjørv satt igjen i presidentstolen. Jørgensen understreket, som statsråden, den historiske bakgrunn for

proposisjonen, og mente, som henne, at flertallsinnstillingen gir et godt grunnlag for ”effektivisering og forenkling, bl.. ved at en reduserer forvaltningen i staten fra tre til to nivåer..” (s. 985). Hun la, altså, som statsråden, vekt på at innstillingen var et for Arbeiderpartiet godtagbart kompromiss. For så vidt bidro hun til å gi de mest opposisjonelle inntrykk av at Arbeiderpartiet ikke var innstilt på mer Canossa-gang.

Den neste taler, Høyres Ole Johs. Brunæs (1936–2019), var mer forsonende i tonen enn sine kvinnelige partifeller. Men som Sellæg undret han seg over at regjeringen, når den var en mindretallsregjering, ikke sonderte bedre i Stortinget før den la frem sine forslag. Han sa det, understreket han, ”i all vennskapelighet” (s. 985).

Etter dette kom det syv ”ferske” innlegg. Alf E. Jacobsen avla Thea Knutzen og Tove Kari Viken noen ”visitter” (s. 986). Hva den første angikk, sa han, uten å være spiss, at han tok det som ”en selvfølge, at både statsråd og departement vil følge opp Stortingets vedtak”. ”Det har” også, fulgte han opp, ”statsråden selv sagt i sitt innlegg”. Man kan kanskje si at han underforstod at Thea Knutzen ikke hadde noen grunn til å stille sine mistenkeliggjørende spørsmål. Overfor fru Viken var han spissere. Han henviste til at hun senest like over nyttår hadde uttalt seg nokså kritisk om Helsedirektoratet og dets måte å løse oppgaver på. ”Men så skjedde det at partileder og gruppeleder hadde et annet syn. Neste dag hadde da også representanten Tove Kari Viken et annet syn”. Thea Knutzen hadde så ordet igjen, og mente stadig det var nødvendig at statsråden bekreftet en del forhold knyttet til ”et faglig uavhengig Statens helsetilsyn”. Ellers la hun, mer Høyre-gjenkjennelig, vekt på at hennes partis opptatthet av organisasjonsspørsmål reflekterte interessen for stadig å rasjonalisere forvaltningen. Alvheim tok så ordet igjen og spurte blant annet herr Jakobsen om hvor mye som ville være igjen av proposisjonen når Odelstinget i natt har fattet sine beslutninger. Han svarte selv: ”ingenting” (s. 987). Viken repliserte så til Jakobsen at hun før og etter jul hadde vært opptatt av å eliminere den ”dobbeltkjøringen” helseavdelingen og Helsedirektoratet representerte; hun hadde altså ikke endret holdning.

Til slutt oppsummerte så statsråden og saksordføreren nattens meningsutveksling. Statsråden sa, uten tegn til ”stikk”, at de ”presiseringer” hun var blitt bedt om å gjøre, hadde hun for så vidt allerede gjort i sitt tidligere innlegg. Hun avsluttet slik, på en veierødsk vennlig måte (s. 988):

> *Avslutningsvis vil jeg bare vise til det jeg også sa i avslutningen av mitt første innlegg, at det er de vedtakene som blir gjort her i dag, og den debatten som er blitt ført her med de presiseringer som er blitt gitt, som vil være grunnlaget for departementets videre arbeid med omorganiseringen.*

Saksordføreren oppsummerte i samme tone. Hun henviste til oppfølgingen som skulle skje til høsten, med en ny proposisjon, og sa at ”når disse lovene vedtaes til høsten – og det som ellers trengs – håper jeg det vil bli ro, og at vi får en god statlig helseforvaltning”.

I det presidenten var iferd med å la klubben falle, reiste Thea Knutzen seg. Presidenten lot henne få ordet. Hun sa da at hun var ”glad for statsrådens bekreftelse, og ser det som uttrykk for at det er debatten og de utsagn som er kommet fra Høyre, Senterpartiet, SV og Fremskrittspartiet, som her har fått gjennomslag, og det er jeg glad for”. Knutzen var noe mildere i tonen nå, men kunne ikke dy seg for å ekskludere Arbeiderpartiet og Kristelig Folkeparti fra enigheten, men inkludere SV: Det var de mest opposisjonelles tolkning av flertallsinnstillingen, som skulle legges til grunn av statsråden.

Ved avstemningen ble flertallsinnstillingen vedtatt, som Besl. O. nr. 129, med 58 mot (SVs) 9 stemmer. Klokken var da ti på halv fire om natten, eller morgenen. Statsråden samlet sine papirer, tanker og følelser og dro hjem kort tid etterpå, litt over kl. halv fire. Hun var utkjørt, men måtte samtidig forsøke å omstille seg. Neste dag, ja, ikke så mange timer senere, hadde hun en ny vanskelig sak i Stortinget, saken om byggingen av det nye Rikshospitalet. Det var "distriktspolitisk" strid om "oversykehusets" dimensjonering.

Fredag den 19. juni, et stykke utpå aftenen (kl. 20.55), bekreftet Lagtinget Odelstingets vedtak (25-2).[558] Det var ingen debatt i Lagtinget, men Kristelig Folkepartis Per Sævik (f. 1940), bemerket at "situasjonen etter odelstingsbehandlinga synest å være litt flokete" (s. 73). Han visste ikke hvor rett han hadde.

Etter dommen

Følelser

Stemningen var, som vi har sagt, fortettet under Odelstingets behandling av Ot.prp. nr 43. Det var ikke minst pressemeldingssaken som bidro til det. Opposisjonen klarte, da pressemeldingen for alvor ble kjent på Stortinget, å få den definert som misvisende overfor flertallsinnstillingen. Også Arbeiderpartiet ble grepet av denne definisjonen og statsråden ble beordret til å trekke meldingen tilbake. Meldingen kunne sies å være misvisende hva gjaldt det som stod om legemiddelverket, men inneholdt ellers ikke saklige feil. Den innebar imidlertid en tolkning av flertallsinnstillingen som la vekt på kompromisset og som forstod kompromisset som forholdsvis proposisjonsvennlig. Opposisjonen, nå med Høyre i spissen, tok utgangspunkt i en tolkning av flertallsinnstillingen som gikk ut på at proposisjonen i det alt vesentlige var avvist. Da Veierød ble tvunget til å trekke tilbake meldingen gav hun en indirekte støtte til denne tolkningen. For Høyre, men også for Fremskrittspartiet og nok også Senterpartiet, var, som vi har påpekt, ikke dette nok. De ville ha Tove Veierød til ikke bare å trekke meldingen tilbake, men til å understreke at, og hvordan, hun hadde tatt feil i sin tolkning. Hun gjorde imidlertid ikke det. I debatten, som hun hadde forberedt seg til før meldingsstøyen oppstod, uttalte hun seg ikke så ulikt det hun hadde gjort da innstillingen ble kjent, og til dels som det fremgikk av pressmeldingen. Hun ville ikke ydmyke seg selv mere. Samtidig unnlot hun å være utfordrende påståelig. Hun stod på sitt standpunkt på en vennlig måte, og nøyet seg med å påpeke det parlamentarisk selvfølgelige, nemlig at hun ville ta utgangspunkt i flertallsinnstillingen og Odelstingets beslutning. Åpenbart mente hun stadig, som Widnes på sin mildt ironiske måte gav uttrykk for, at det som stod i flertallsinnstillingen, lot seg tolke på flere måter. Tove Veierød holdt altså ut, saklig sett, natten igjennom, men mentalt ble hun preget av det som skjedde. Det gjorde også at hun fremstod som mer defensiv enn det forhandlingsreferatet gir inntrykk av. Hun var både fortvilet og engstelig. Det syntes. Det kan ha stimulert de opposisjonelle polemikere; slik er også politikken ofte.

[558] Tidende O & L, SF 1991-92, b. 8, s. 72-73.

Alf E. Jakobsen (f. 1952): Han hadde bakgrunn fra sosial- og helsearbeid i Finnmark da han i 1987 ble personlig sekretær for Sosialministeren (ett år). Fra høsten 1988 ble han ministerens statssekretær og satt som sådan til valget i 1989. Da den siste regjeringen Brundtland tiltrådte høsten 1990, kom han inn på Stortinget som vararepresentant for fiskeriminister Oddrun Pettersen. Han ble sittende i Sosialkomiteen og spilte en viktig rolle i den avsluttende behandling av «Norbom-proposisjonen» våren 1992. Han forsøkte å finne en løsning som kunne være akseptabel for parti og sosialminister. Det gikk ikke. Siden har han, avbrutt av noen år som vararepresentant på Stortinget, hatt det meste av sitt virke i Finnmark, i flere år som ordfører i Hammerfest. Bildet er av ordføreren; i bakgrunnen sees Melkøya. (Foto: Ole Magnus Rapp / Aftenposten)

Debatten ble altså en stor påkjenning for statsråden. Hun følte at mange var ”ute etter henne”, spesielt noen av damene. De stadig tilbakevendende spørsmålene : –har Statsråden nå forstått?, surret rundt i hennes hode. Når hun nå, mange år senere leser referatet fra debatten, kommer den følelsen de stikkene gav, tilbake. Men ikke bare følte hun at mange var ”ute etter” henne. Hun følte, og så, at der egentlig ikke var noen der for henne heller. Statsministeren eller den parlamentariske leder var annetsteds; hun visste ikke hvor. De hadde åpenbart overlatt henne til sin egen skjebne. Også hennes egne partifeller hadde vært nokså spake. Alf E. Jakobsen sa litt, men han var mer engstelig for å provosere opposisjonen enn opptatt av å hjelpe henne. Marie Brenden forsøkte bare å skape forsoning; Brit Jørgensen likeså. Tove Veierød var åpenbart iferd med å bli et offer, et offer for sitt partis interesser. Men tanken kom jo også snikende: Kanskje var hun like meget et offer for seg selv, for det hun hadde gjort og ikke gjort? Spesielt kom tanken om at hun ikke hadde gjort grundig nok politisk ”fotarbeid”, særlig overfor komiteen og fraksjonen. Høyres Ole Johs. Brunæs hadde jo også antydet det. Hadde det kanskje vært bedre å sende saken som melding først, som Marie Lovise Widnes antydet? De kontrafaktiske tankene kommer lett snikende og fyller ens sinn når noe er gått galt.

Også for Tove Veierøds rådgivere i diplomatlosjen ble natten tung. De kunne lite og intet gjøre. De måtte høre og se. De visste ikke hvilke råd de kunne gi. Om også de hadde engstet seg for natten, hadde de ikke forestilt seg det som kunne skje. Det ble så meget verre. De følte seg avmektige, uendelig avmektige. De led med henne. ”Det er det verste jeg har opplevet”, sier Jon Ola Norbom stadig, og legger til: ”Det var uhyggelig”. ”Det å være finansminister, i den ”forhatte” Korvald-regjeringen, med et stortingsflertall som var fornærmet på folket, det var tross alt ikke som dette”. [559] Det bidro til hans følelser at han visste at han hadde vært med på dette, med på å føre henne ut i ulykken. Hadde han bare hatt vett til å stanse den pressemeldingen, tenkte han, selvbebreidende. Som sin statsråd klarte heller ikke han å holde de kontrafaktiske fornemmelser borte. Dessuten, når alt kom til alt var jo dette også like meget et nederlag for ham som for henne. Ja, det kunne bli det ”definerende” nederlag for ham, for han nærmet seg pensjonsalder. Det var enklere for statsrådens yngre rådgivere. De identifiserte seg ikke like meget med saken som Veierød og Norbom. De skulle dessuten videre; de hadde mye foran seg, og kunne snart regne med å glemme saken. Men Bjørn Martin Aasen var allikevel preget av uvelhet og en følelse av medansvar. ”Eg hadde ein

[559] Jon Ola Norbom, samtale 21.7. 2009.

frykteleg dårleg følelse", sier han i et tilbakeblikk.[560] "Det var ille", er statsrådsrådgiver Odd Bakkens kommentar.[561]

Mange, også på den mer opposisjonelle side, følte etter som debatten skred frem med Tove Veierød. Etterpå ble den følelsen enda sterke hos flere. Dagen etter den fæle natten hadde, som nevnt, Tove Veierød rikshospitalssaken. Hun forteller: "Da kom Thea Knutzen bort til meg og satte seg i stolen ved sida av meg og sa, -du Tove vi kan vel være venner fremdeles?" I et forsøk på å gjøre situasjonen naturlig lo hun samtidig litt.[562] Da Veierød utpå høsten sluttet som statsråd inviterte Fremskrittspartiets John Alvheim henne ut på middag, og "betrodde" henne: "Tove, du er min beste fiende!". Han klarte, sier hun nå, å skille mellom sak og person. I forbindelse med hennes avgang inviterte for øvrig hele komiteen henne på avskjedsmiddag, med taler og gaveoverrekkelser. Det var uttrykk for mer enn tradisjon og vanlig høflighet.[563]

Tove Veierød fikk sitt forslag til bygging av det nye Rikshospitalet igjennom i Stortinget. Det var en seier. Fra Stortinget bar det rett opp til det gamle Rikshospitalet og til møte i hospitalets Store auditorium. Der vanket det blomster og ros. "Kontrastene var store", sier hun.[564]

Onsdag kveld, altså halvannet døgn etter "odelstingsnatten", bestemte Tove Veierød seg for at hun ville gå av som statsråd. Dagen etter, torsdag den 18., i forbindelse med regjeringskonferansen, sa Tove Veierød til statsminister Gro Harlem Brundtland at "nå har jeg tapt den saken og nå har jeg lyst til å slutte". "Nei, det har du ikke og det der bestemmer ikke du", svarte Gro Harlem Brundtland bestemt. Tove Veierød ble litt overrasket, men skjønte at Statsministeren ikke oppfattet "tapet" i Odelstinget som noe spesielt tap.[565] Saken var ikke partipolitisk eller ideologisk nok, som vi tidligere har nevnt at Statsministeren mente. Siden ble de to imidlertid enige om at Tove Veierød skulle gå av, men at det ikke hastet. Det var ingen grunn til å knytte hennes avskjed for tydelig til tilsynssaken. Statsministeren trengte dessuten tid til å legge en ny helsekabal. Det var blitt åpenbart for henne at helsepolitikken måtte få mer, og kanskje litt annerledes, oppmerksomhet. Tove Veierøds kommende avgang hadde altså for Statsministeren et annet og videre utgangspunkt. Kanskje spilte også nokså partitaktiske overveielser en rolle? Utover våren kom det i politiske kretser spekulasjoner om at Statsministeren ville skifte ut flere statsråder. Mindretallsregjeringen var utsatt, meningsmålingene dårlige,[566] og neste år (1993) skulle det være valg. Der trengtes et fornyet og forsterket regjeringslag. I pressen var flere kvinnelige statsråder, blant annet Tove Veierød, Tove Strand Gerhardsen (Arb./Adm.), Oddrunn Pettersen (Fiskeri) og til dels Kari Gjesteby (f. 1947) (Justis) en tid blitt omtalt som "svake".[567]

---

[560] Bjørn Martin Aasen, samtale 10.9. 2009.
[561] Odd Bakken, samtale 19.1. 2010.
[562] Opplyst av Tove Veierød i samtale den 5.8. 2009.
[563] *Ibid.*
[564] *Ibid.* Hun fikk vennlige kommentarer både fra den ene og den annen i tiden etter "slaget" om Helsedirektoratet. I et sommerintervju i *VG* (21.6.92) med Kr. F.s leder, Kjell Magne Bondevik (f. 1947), ble han spurt hvilken politisk motstander han ville gi en blomst. Han svarte: "Sosialminister Tove Veierød. Jeg synes synd på henne, etter alt hun har fått gjennomgå i det siste. Hun er et altfor godt menneske til å få så mye kjeft og ydmykelse som hun er blitt utsatt for".
[565] Fra samtale med Tove Veierød den 5.8. 2009. Kfr. også intervju med Veierød i *VG* 5.9. 1992, s. 8.
[566] For juni viste meningsmålinger 25,7 (*Aftenposten*) og 28 (*VG*) prosent for Arbeiderpartiet.
[567] Det var på denne tiden en del pressespekulasjoner om at det ville komme statsrådsutskiftninger. Den 18. juni hadde *Aftenpostens* morgennummer (s. 8) en lengre artikkel, skrevet av hele den politiske redaksjon, om at Brundtland nå måtte gjøre noe med sitt regjeringslag ("Brundtland trenger et vinnerlag"). Hun kunne ikke

Noen presseoppslag

Etermediene og avisene slo selvsagt opp dramaet i Odelstinget. De første kom først og kunne vie saken mest oppmerksomhet. Avisene kom litt for sent: Morgenavisene var gått i trykken da dramaet var over. Aftenposten (Hilde Harbo) rakk et lite oppslag i morgenavisen, men hadde til sin ettermiddagsutgave anledning til å slå saken større opp: ”Nye ydmykelser for sosialministeren i natt”, het det i et femspaltet oppslag. Oppslaget ble innledet slik: ”Det ble en ydmykende natt for sosialminister Tove Veierød i Stortinget. I en uhyre dramatisk debatt om helsedirektorat-saken, måtte hun gjentatt ganger gå spissrotgang til talerstolen”. Dagen etter, altså onsdag, var det litt sent å slå saken opp og den mer eller mindre forsvant fra mediebildet. Siden var oppslagene mer sporadiske. Dramatikken var borte og med den mediene og i stor grad også politikerne.

Men den spisse opposisjons fremstilling av odelstingsnatten ble stående. Statsråden hadde, som det het i Stavanger Aftenblad den 17., lidd et ”sviende nederlag”. Ingen, heller ikke statsråden, forsøkte å rokke ved det bildet. Alf E. Jakobsen kunne imidlertid ikke dy seg for å antyde at Wenche Frogn Sellæg hadde spilt en uheldig rolle den aktuelle natt: Hun hadde brutt med den tradisjon som innebar at nylig avgåtte statsråder er forsiktige i sin kritikk av sine etterfølgere, ”ikke minst i *saker der de selv i stor grad har vært premissleverandør*”.[568]

Kanskje man allikevel kan si at én person ikke oppfattet odelstingsnatten som *bare* et nederlag, nemlig Tove Veierød? I et intervju med Dagbladets ferske medarbeider Marianne Bjørndal (f. 1966) svarte hun slik på spørsmålet om hun angret på måten hun hadde håndtert helsedirektoratsaken på: ”Nei, jeg føler at den måten vi taklet den på i utgangspunktet var riktig”. Hun behandlet den, fortsatte hun, som en vanskelig, men viktig omorganiseringssak. Den ble ekstra vanskelig da den også ble ”en personsak”.

Etter hvert ble mediene, i den grad de fulgte opp denne saken, mer opptatt av hva som videre skulle skje. Også statsråd Veierød ble det. Etter noen uker gikk det opp for henne at det ikke var så helt opplagt hva som skulle skje, det vil si, hva hun skulle gjøre. Widnes hadde et poeng da hun sa at flertallssignalene var uklare. Til sin hjembys avis, Harstad Tidende, sukket Tove Veierød derfor i et ferieintervju den 24. juli, litt oppgitt: ”.. når jeg kommer tilbake fra sommerferien vet jeg ærlig talt ikke helt hvordan vi skal håndtere denne saken”.

Men det var ikke bare statsråden som nå var usikker på hva som videre skulle skje. Også i Helsedirektoratet var det usikkerhet. Den 1. juli møttes direksjonen og den ”nedlagte” aksjonskomiteen for å drøfte hvordan direktoratet kunne innfri de store forventninger til det, som det selv hadde skapt.[569] Vi skal komme tilbake til dette møtet.

risikere å tape et viktig valg for fjerde gang. Dagens Næringsliv hadde den 20. juni et oppslag (s. 7) med overskriften ”Disse statsrådene er i faresonen”. Foruten de kvinnelige statsråder vi har nevnt, nevner avisen også tre mannlige, næringsminister Ole Knapp (1931-2015), kommunalminister Kjell Borgen (1939-1966) og kanskje olje- og energiminister Finn Kristensen (f. 1936).

[568] Artikkelen hadde overskriften ”Avgått statsråd på jakt?” (*Dagbladet* 20.6.92, s. 2.)
[569] Kfr. *intern info* (Helsedirektoratet), nr. 21 (10.7), 1992.

Hvorfor gikk det som det gikk?

Det som skjedde i Odelstinget natt til den 16. juni var avslutningen av en prosess man kan si startet med delingen av Helsedirektoratet senhøstes 1983. Delingen, eller arbeidsdelingen, skapte, som vi har sett, uro fra første stund. Der oppstod et konfrontasjonsspill, som etter hvert fikk et avmaktspreg over seg. Det ble et helseavdeling-mot-helsedirektorat-spill. I stor grad ble spillet også personifisert. Det ble et Hauge-mot-Mork-spill. Mot slutten av 1980-årene ble det mer og mer et sosialdepartement-mot-helsedirektorat-spill, og på personsiden, til sist et Norbom-mot-Mork-spill. For så vidt som forholdet mellom både institusjonene og personene formelt var hierarkisk, var det, som vi også har pekt på, et spill som ikke skulle vært mulig. Departementet og Hauge, og Norbom, skulle kunne diktert Helsedirektoratet og Mork. Men slik var det ikke i praksis. Det skyldtes forsåvidt delvis formelle forhold. Helsedirektøren mente at han i en del saker, ikke minst tilsynssaker og (andre) faglig, altså medisinsk pregede, saker hadde en viss selvstendighet. Siden mange i det videre fagmiljø, og i det politiske miljø, var enig med ham, ble det derfor vanskelig for departementet og dets forvaltningsledere, etter hvert også politiske ledere, å bruke sin hierarkiske makt overfor Helsedirektøren.

Helt til Norbom-prosessene startet forsøkte departementets folk å finne funksjonelle løsninger på dragkampen, altså løsninger som gjaldt arbeidsdelingen og samarbeidsmåtene. Det var det som lå i Norboms tidlige forhåpninger om at forholdene skulle ”gå seg til”. Sommeren 1989 var han kommet til den konklusjon at de ikke ville gjøre det. Han gav derfor nå den funksjonelle strategien opp til fordel for en strukturell strategi. Hans daværende statsråd, Tove Strand Gerhardsen, viste forståelse for dette strategiskifte. Nå skulle man altså i departementet forsøke å finne måter å *organisere* seg bort fra problemene på, altså de problemene som i så stor grad hadde fått et personlig preg, et Hauge-Mork-preg. Initiativtager til den nye strategien var altså departementsråd Norbom. Han tok imidlertid, slik han selv så det, dette initiativ på vegne av statsråden. Han følte også at det var hans plikt, som øverste departementsembedsmann, å gjøre det. Helseforvaltningen ”fungerte ikke”, som han gjerne uttrykte det, og fungerte den ikke, kunne ikke statsråden lede helsepolitikken som hun skulle, ikke minst knyttet til utgiftsprognosene. For Norbom, som var en utpreget politokrat, en talsmann for det politisk-demokratiske (legmanns)styre, gikk linjen formelt fra Stortinget, via regjeringen til statsråden[570] og derfra videre nedover i forvaltningen. Statsråden hadde altså for ham absolutt instruksjonsrett nedover. Den organisasjonskirurgi som Norbom nå ville sette i gang, måtte derfor være utvetydig politisk forankret.

Det ble den også, først hos Jan P. Syses sosialminister, Wenche Frogn Sellæg, så hos Gro Harlem Brundtlands (III) sosialminister, Tove Veierød. Norbom holdt dem løpende orientert om sitt strategiarbeid, og tok aldri initiativ han ikke hadde først hadde forankret hos ministeren. Det var imidlertid han som hele tiden hadde utspillet. Han fikk tilslutning til sine initiativ, men det var han som først hadde tatt dem. Statsrådene reagerte, de agerte ikke. De gjorde det i en slik grad at man antagelig kan si at de ikke helt fikk hans initiativ, og enda mer tankene bak dem, under huden. De fortsatte å ha et litt utvendig forhold til den politikk som ble utviklet under dem, men i deres navn. Et uttrykk for det er at de aldri kom til å bli

[570] Dog var det reelt sett slik, også for ham, at initiativet til Stortingets beslutninger kom fra regjeringen, altså fra (som regel) det som var stortingsflertallets utøvende ”komite”.

engasjerte, for ikke å si engasjerende, talskvinner for de norbomske tanker og planer. Sellæg gav oppmuntrende kommentarer til den første Norbom-utredning, ettersom den skred frem, men forsøkte ikke å påvirke innholdet i utredningen. Da hun for første gang halv-offentlig, nemlig på Staur i oktober 1990, hadde anledning til å identifisere seg med den, gjorde hun ikke helt det. Hun ledet Staur-seansen som en slags lukket ”hearing”. Da Norbom III-prosessen kom i gang sent på høsten 1990 var det på grunnlag av premisser utarbeidet av Norbom, og til dels Thomas Mauritzen, ikke statsråden. Statsråden sa ja, men ikke stort mer. Slik forble det gjennom denne prosessen: Statsråd Veierød ble løpende informert, og for så vidt rådspurt, men grep knapt på noe tidspunkt styrende inn i arbeidet. Da styringsgruppens rapport ble offentliggjort i august 1991 brøt det ut en frisk offentlig debatt om den. I noen grad var den debatten en fortsettelse av den debatt som var oppstått i kjølvannet av Staur. Ja, i en del henseender hadde den innslag som minnet om de, mindre offentlige, debatter som var oppstått i kjølvannet av 1983-reformen. Fra Helsedirektørens, og hans meningsfellers, side, ble nemlig igjen departementets rett til å gjøre noe med forholdet departement-direktorat, på rent hierarkisk grunnlag, bestridt. Det som nå ble Norbom-opposisjonen, hevdet at de departementale organisasjonskirurger var partiske, altså inhabile. Statsråden kommenterte ikke, hverken nå eller senere, offentlig dette synet, men i departementet vokste forbauselsen, og tildels irritasjonen, over Helsedirektørens, og snart også hans medarbeideres, ”illojalitet”.

At styringsgruppens arbeid i så stor grad hadde vært internt, endog så internt at det var ledet av departementsråden, gjorde at statsråden ble tilbakeholden med å kommentere den rapport det resulterte i, for ikke å tale om å slåss for den, utover høsten 1991. Slik ble imidlertid også hennes litt utvendige forhold til rapporten, «den grønne bok», understreket. Da så Norbom III-prosessen ble satt i gang, som en kombinert meldings- og proposisjonsprosess, og med en parallell omstillingsprosess, var det atter hovedsakelig på initiativ av Norbom og andre embedsmenn. Statsråden ble løpende konsultert og informert, men spilte fortsatt ingen direkte styrende rolle. Noen styrende rolle spilte hun heller ikke da proposisjonen vinteren 1992 ble skrevet. Nå spilte Norbom selv en mindre direkte rolle, men ideene fra hans grønne bok svevet over vannene, og ble omgjort til praktiske forslag av hans departementale forbundsfeller, særlig herrene Sæbø og Brofoss og fru Holst. I denne prosessen skjedde det riktignok en viss utvikling av de ”grønne” ideene: Tilsynsideene, som i en slik grad hadde preget den offentlige debatt om hele sakskomplekset, ble gitt større plass enn styringsgruppen hadde gitt dem. Men initiativene her kom fra embedshold, ikke fra politisk hold.

Da proposisjonsdebatten brøt ut, etter presentasjonen av proposisjonen den 6. mars 1992, var departementets politiske ledelse nokså tilbakeholden. Statsråden reagerte noen ganger på avisinnlegg, men dro ikke rundt for å ”slåss” for sin proposisjon. Hennes statssekretær, og etter hvert også hennes politiske rådgiver, arbeidet i noen grad overfor Sosialkomiteen og Arbeiderpartiets sosialfraksjon, men ikke det man kunne kalle intenst. Det debatt- og medieovertak Helsedirektøren, og særlig hans allierte, hadde fått sommeren 1991, beholdt de. Det begynte da også straks etter den 6. mars å rakne for regjeringen, eller snarere departementet. Mye hadde gått galt for dem før mars var omme. Det som skjedde senere var ikke prinsipielt avgjørende. ”Pressemeldingssaken” var, i den store sammenheng, bare en liten sak. Den skapte et døgns dramatikk, og såret noen sterkt, men ble uten saklig betydning.

Vi kan altså konstatere at et reformprosjekt som var definert og legitimert som politisk, og som et statsrådlig ansvar, aldri for alvor ble politisk og statsrådlig. Et talende uttrykk for det er at det heller aldri ble et ”overpolitisk” prosjekt, altså et regjeringsprosjekt. Som statsråden ikke, før det var for sent, slåss for prosjektet utad og overfor det sosialpolitiske miljø, slåss hun ikke for det oppad, overfor statsminister og regjering. Det forble et byråkratisk prosjekt

og til dels ansvar. I den grad det ikke førte frem, var det derfor også mer et byråkratisk enn et politisk nederlag. Politokratisk, men også rettsstatlig, er det imidlertid fortsatt slik at det byråkratiske ansvar er underordnet det politiske.

Men at Norbom ikke lyktes i virkelig å få ”politisert” sitt prosjekt, selv om han definerte det som politisk, er ikke så underlig. Forvaltningspolitikk er komplisert, og var ikke minst komplisert på denne tiden, denne overgangstiden. Denne politikken er vanskelig å gripe, og derfor vanskelig å bli dypengasjert av for dem som står litt utenfor den. Vi så da også at debatten om saken ble preget av forenklede for-og-mot-standpunkter og ikke helt presise slagord. I denne debatten hadde opposisjonen det enklest, den kunne forenkle; det kunne vanskelig posisjonen. Vi så da også at statsråden aldri fikk noen dypinnsikt i saken og ikke egentlig klarte å identifisere seg med den med hele seg. Hennes forenklende stikkord ble ”effektivisering” og det å skape en mer ”oversiktlig” forvaltning. Det er ikke stikkord med (ideologisk) appell. Det er lettere å selge pasientrettigheter og behovet for en vaktbikkje.

Vi må også se denne saken i et sakskomparativt prosjekt. Som en teknisk komplisert forvaltningspolitisk sak måtte den nesten tape kampen om både statsrådens og regjeringens oppmerksomhet med andre saker, som, for statsråden, eldreomsorgspolitikken og sykehuskøpolitikken og, for regjeringen, bankkrisen, arbeidsledigheten og EØS/EF-saken. Slike saker var selvsagt ikke minst viktige for en regjering som var i mindretall.

♦

Som vi har sett er det imidlertid ikke uten videre mulig å tale om seier og nederlag i denne saken. Sakens utfall representerte også en ytterligere svekkelse av det som var igjen av det gamle forvaltningsmedikrati, men hvor stor svekkelsen skulle bli, var det ikke nå mulig å se, eller si. Torbjørn Mork stod utad frem som en slags seierherre etter den minnerike natt, men han var antagelig samtidig ”redusert” til ”vanlig” direktør for et organ som etter hvert kunne bli et langt smalere organ enn det han hadde ledet siden 1983, for ikke å tale om siden 1972. Det ble da også det, et smalere organ.

Jon Ola Norbom og hans politisk foresatte fikk også det resultat de fikk denne natten fordi de ikke hadde grepet logikken i de lange utviklingslinjer riktig. Han og hans medarbeidere la vekt på lokalpolitiseringen av klinikken og mente den fordret en tilsvarende ”politisering” på nasjonalt nivå. De lange linjer pekte imidlertid nå, eller var iferd med å gjøre det, i retning av avpolitisering av (styringen av) produktiv virksomhet, helsetjenesteytelse medregnet. Leg styring og ledelse skulle erstattes av skjermet profesjonell sådan. Styringsgruppen så i noen grad det hva gjelder statssykehusstyringen, men generaliserte ikke det den her ante. Man kan nesten si at Norbom her ikke så nok hen til sine kolleger i den sosialøkonomiske stand: Det var deres samfunnsnytte- og nyttestatstekning, som nå for alvor slo innover de vestlige stater og deres forvaltningsapparater. Denne tenkningen var politisk spesielt en tenkning som, i en venstre- eller en høyrevariant, passet de to store partier, Arbeiderpartiet og Høyre, godt. Det er derfor hverken underlig at arbeiderpartifolk var lite entusiastiske til det tydelige politokratiske innslag i Norbom-modellen, eller at høyrefolk etter hvert så aktivt kom til å motarbeide den. Det hører for øvrig med til denne nyttetendensen at den, spesielt hva spesialisthelsevesenet angår, pekte mot en sentralisering: Spesialisering krever stadig større befolkningsgrunnlag.

Som vi har pekt på flere ganger så Norbom-gruppene heller ikke klart hvordan den industrielt inspirerte opptattheten av kvalitet, kombinert med den økende, individualistisk influerte,

pasientrettighets- og pasientvalgfrihetsopptattheten skapte en kraftfull tilsynsbølge. Denne tilsynsbølgen representerte imidlertid, i tråd med den voksende skepsis til legmannsstyringen, et tilsyn som var mer jusbasert og mer scientistisk forankret enn det gamle tilsynssynet. Torbjørn Mork kunne ri, med fremgang, på denne bølgen, men uten å ha antesipert den, og uten helt å ha skjønt den. Hva det nye tilsynet representerte, så få nå. Det var noe det organet Mork så lenge hadde ledet nå skulle finne ut av.

Norbom-prosessene fikk ikke det utfall Norbom hadde sett for seg, håpet på, og lenge trodd på. De var imidlertid med på å utløse, og gi fart og retning til, de endringsprosesser som i de neste ti år nokså radikalt skulle endre Norges sentrale sivile helseforvaltning.

♦

Vi har så langt fortalt en historie som først og fremst er institusjonell, men som samtidig er preget av personer, ja, personligheter. Denne historien begynte, eller fortsatte, i 1983, men fikk for alvor dramatikkens preg over seg fra sommeren 1989. Den ble, da historien utfoldet seg, snart kalt Norbom-prosessen. Vi har også brukt den betegnelsen, men altså talt om den i flertall. Der var tre Norbom-prosesser.

Før vi fortsetter med å fortelle hva som skjedde etter Norbom-prosessene, skal vi presentere ham som gav den dette navnet, departementsråd Jon Ola Norbom. Vi gjør det fordi han, sammen med sin „motspiller“, Torbjørn Mork, kom til å prege det meste av perioden, nemlig årene til og med høsten 1992. Mork har vi allerede omtalt i bind 1 og ellers gitt en kort ahistorisk karakteristikk av i dette bind. Vi skal imidlertid fortsette den historiske presentasjonen av ham senere i dette bind.

4. Jon Ola Norbom: Økonom, politiker og forvaltningsmann

1923–1966: Unge år

Jon Ola Hauger Norbom ble født i det han som politiker omtalte som Norges største landkommune, Bærum, den 15. desember 1923. Hans foreldre var assuransemegler Harold Ragnar Bruun Norbom (1893–1960) (født i San Fransisco) og husmor Ragna Sophie Rustad Hauger (1895–1950). Han hadde en eldre søster, Annelise (Pran) (1919–2013). De første årene bodde han på Stabekk, men så flyttet familien til Oslo, og Jon Ola Norbom vokste opp som Oslo-gutt. Han gikk på Uranienborg skole, siden på Halling, hvor han tok middelskolen. Artium tok han på "studentfabrikken" Grimeland privatskole.

Jon Ola Norbom fikk to fornavn fordi hans mor ønsket det slik. Men det var ikke vanlig å ha to fornavn i hans barndom, så på skolen ble han bare kalt Jon. Selv skrev han navnet sitt Jon O. Norbom. Hans senere svoger kom derfor til undertiden å more seg med å omtale ham som Jon "Null" Norbom. Det var først da han ble rikspolitiker i regjeringen Borten at dagbladjournalistene, som han hadde et godt forhold til, begynte å omtale ham som Jon *Ola* Norbom. Slik ble han utad i økende grad hetende det. Ola ble, av østlendinger og trøndere, ham selv medregnet, uttalt med tykk L. Etternavnet uttaler han for øvrig med enstavelses tonelag (fonem én), men mange, brukte og bruker tostavelses tonelag (fornem to).[571] Det gjaldt også noen av hans nære medarbeidere i departementet.

Norbom vokste opp i tyve- og tredveårene, men hadde, som han selv sier, en "beskyttet barndom". Denne barndommen, eller oppveksten, tok brått slutt morgenen den 15. mai 1942. Da var han 18 år. Klokken seks ringte det på døren i leiligheten i Wolffs gate, like ved Fagerborg skole. Hans mor hadde noen dager før fått tak i en maler som skulle bistå henne litt i det norbomske bo. Hun gikk til døren for å gi maleren en overhøvling for at han kom så tidlig. Men det var ikke maleren som kom. Det var en morsk mann fra Gestapo. Snart stod han i unge Norboms rom og kommanderte: "Kommen Sie mit!" Unge Norbom befant seg fortsatt i sin seng, men måtte raskt komme seg opp og bli med gestapisten.

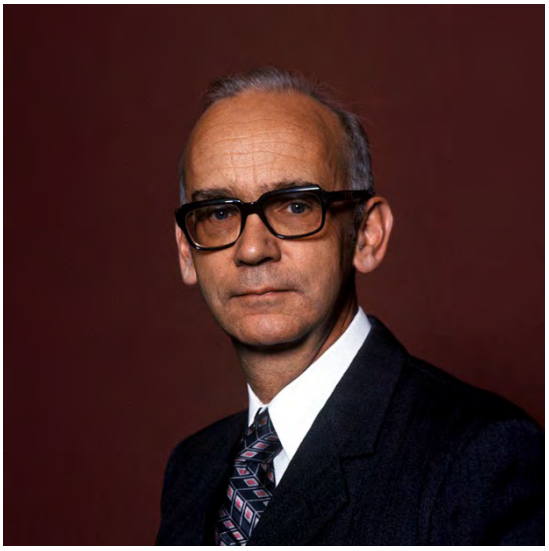
Jon Ola Norbom var ikke aktiv i motstandsbevegelsen, men hadde vært med på å distribuere illegale aviser. Han var, sammen med et sekstitalls andre gymnasiaster, havnet på en liste over distributører, og ble derfor nå arrestert og sendt til Grini (den såkalte gymnasiastaksjon). Norbom stod langt nede på listen og ble sluppet ut etter tre måneder. Han tok så privatisteksamen (artium) høsten 1942 og begynte deretter å studere sosialøkonomi ved Universitetet i Oslo. Men heller ikke nå skulle han få fortsette uforstyrret med sin utdannelse. Han befant seg i Frederiks gate, hvor Institutt for sosialøkonomi holdt til, da tyskerne slo til i den store studenteraksjonen. Det var den 30. november 1943. Han og hans kamerater hadde hørt rykter om at noe var i gjerde, men hadde ikke kommet seg bort i tide. Norbom stod nok da på Gestapos "svarteliste", så han ble ropt opp i første pulje, og ble sendt til SS-Ausbildungslager Sennheim i det da tyske Elsass.

[571] Familienavnet stammer fra Sverige.

Jon Ola Norbom (f. 1923) tok artium høsten 1942, som privatist (etter noen måneder på Grini), begynte så på studiet i sosialøkonomi, men fikk det avbrutt like etterpå da han ble arrestert av de tyske nazimyndigheter og sendt til Sennheim, videre til Buchenwald og endelig til Neuengamme. Han fullførte studiene i 1949 og begynte da som sekretær i Industridepartementet. Samtidig ble han valgt til leder for Unge Venstre. Dette bilde fra 1950 viser ham som Unge Venstre-leder. (Foto: Schrøder/Sverresborg Trøndelag Folkemuseum)

De norske studenter ble behandlet pent; formelt var de ikke fanger. SS hadde håp om å få ”omvendt” noen av dem, men da det mislyktes endte de opp som et arbeidskompani. Fortsatt ble de imidlertid behandlet pent. De var nyttige arbeidere. Da de vestlige styrker nærmet seg området senhøstes 1944 ble nordmennene sendt til Buchenwald ved Weimar. Norbom ankom den dystre konsentrasjonsleiren på sin 21-årsdag, den 15. desember 1944. Her ble han og hans kolleger plassert på ”bunnen”, i ”Kleinlager”, men det gikk snart opp for de ansvarlige at de norske studenter skulle ha ”Sonderbehandlung”. Slik ble de flyttet og fikk det bedre igjen. I Buchenwald var de norske studenter til de, som følge av svenske grev Folke Bernadottes (1895–1948) innsats for de norske fanger (de hvite busser), i mars ble sendt videre til Neuengamme ved Hamburg. Her fikk de dårligere behandling igjen; mye var iferd med å bryte sammen for tyskerne nå. Men allerede i slutten av april ble de sendt videre til Sverige og til friheten. Norbom ankom Sverige i slutten av april.

Mot slutten av tiden i Neuengamme fikk han giktfeber og hadde gulsott da han ankom Sverige, men ellers kom han seg gjennom tiden i Tyskland på en brukbar måte. Ikke fikk han senvirkninger av oppholdet heller, skjønt noen revmatiske problemer (særlig ryggen) kan ha hatt sammenheng med tysklandsoppholdet. Noen av dem han var sammen med i Tyskland ble, og forble, gode venner, som jusstudenten, den senere ekspedisjonssjef, og statssekretær, i Kirke- og undervisningsdepartementet, Enevald Skadsem (1919–1990), jusstudenten, senere politiker (Ap) og fylkesmann i Finnmark (1974–1989), Anders Aune (1923–2011), filologistudenten og den senere journalist Michael Sars (1918–2002) og ikke minst jusstudenten, senere venstreformann (1972–1974), kommunalminister (1970–1971), sosialrådmann, trygderettsformann og herredsrettsdommer Helge Rognlien (1920–2001). Rognlien ble en lederskikkelse blant studentene. Det var ikke minst han som utformet den politiske holdning studentene inntok i Sennheim.



Jon Ola Norboms karriere ble preget av en veksling mellom faglighet (i GATT i Sveits), politikk og forvaltning. Han ble statssekretær under finansminister Ole Myrvoll i Borten-regjeringen og finansminister i Korvald-regjeringen. Han hadde disse to periodene permisjon fra sin direktørstilling i Genève. Portrettbildet er fra hans statsrådstid (1972). Det neste bilde er fra hans statsrådstid og viser ham sammen med LO-leder Tor Aspengren (til v.), riksmeglingsmann Preben Munthe og adm. dir. i Norsk Arbeidsgiverforening (til h.) Kaare Selvig. Bildet er tatt 8. april 1973, etter at det var oppnådd enighet i indeksoppgjøret dette året. (Foto: NTB)

Vel hjemme igjen fortsatte Norbom sine avbrutte økonomistudier, men ble også grepet av politikken. Hans far var høyremann, men Rognlien, som fra 1946 til 1948 var formann i Unge Venstre, fikk Norbom med i sin organisasjon. Norbom ble snart svært aktiv i Studentvenstrelaget. Ja, politikken skulle nå ta så mye av hans tid at han først ble cand. oecon. høsten 1949, da han fylte 26 år. Tid fortsatte for så vidt politikken å ta. I 1950 ble han valgt til formann i Unge Venstre og satt i hvervet i to år. Han fikk en solid laud til embedseksamen.

På Grini hadde Norbom truffet den allerede legendariske prisdirektør, Wilhelm Thagaard (1890–1970), men ble ikke spesielt påvirket av ham. De var nok i noen grad åndsfrender, men Norbom hadde mest kontakt med Thagaard som styreformann i Dagbladet: Unge Venstres økonomi var basert på støtte fra to kilder, Dagbladet – med kr. 10 000, og Venstre – med kr. 5 000. Det var hans jevngamle som påvirket ham mest, som Rognlien, men nå også den senere dagbladredaktør (1954–1965) og kommunalminister (1965–1970) Helge Seip (1919–2004). Seip, utdannet både økonom og jurist, ble en tid nærmest en mentor for Norbom. Forholdet til Seip ble imidlertid mer avmålt etter det EEC-pregede Røros-landsmøtet i Venstre (1972). Norbom ble i Venstre, og gikk inn i Korvald-regjeringen som finansminister, mens Seip brøt med sitt gamle parti og var med på å stifte Det Nye Folkepartiet.

Én eldre politiker ble dog av en viss betydning for Norbom, det svenske Folkpartiets leder Bertil Ohlin (1899–1979). Ohlin var også en prominent økonom. Han hadde i 1920-årene, inspirert av Knut Wicksell (1851–1926) og sin lærer og samarbeidspartner Eli Hecksher (1879–1952), gitt et betydelig bidrag til utviklingen av teorien om internasjonal handel, et bidrag som i 1977 skulle føre til at han ble tildelt Nobels minnepris i økonomi. Wicksell og andre, blant annet Ohlin, alle ”medlemmer” av ”Stockholm-skolen” i nasjonaløkonomi, hadde utviklet ideer som lignet på dem John Maynard Keynes (1883–1946) lanserte gjennom sin *General Theory of Employment, Interest and Money*. Keynes’ voluminøse arbeid kom i

1936.[572] Overfor Norbom bemerket Ohlin ved en anledning at Keynes kunne ha nøyet seg med å publisere en artikkel; stort mer nytt inneholdt ikke boken, arrogant kalt "a General Theory".[573] Ohlin ble folkpartileder i 1944 og satt som sådan til 1967. Ohlin var for utviklingen av en velferdsstat, men var, både av faglige og mer politiske grunner, skeptisk til bedriftsnasjonalisering og til en "overdreven" detaljregulering av produksjonslivet (planøkonomi).[574] Norbom delte disse oppfatningene og foretrakk derfor også, som Ohlin og de svenske folkpartister, å kalle seg sosialliberal.[575] Han følte seg mindre bekvem med den norske betegnelsen sosialradikal, en betegnelse som mer pekte i kulturell, det vil si, kulturradikal, enn i økonomisk, det vil si, moderat-liberal, retning.[576] Norbom var, og forble mer opptatt av økonomisk politikk enn "sin" avis, Dagbladet, men like opptatt av velferdspolitikk som denne avisen.

Norboms forbilde, Ohlin, hadde startet med faget og endt opp som politiker. Norbom ble aldri så mye fagmann som Ohlin, og ble altså "tatt" av politikken allerede før han for alvor var blitt fagmann. Men han trivdes med faget og gjorde det godt. Han syntes nok Frisch og (Trygve) Haavelmo (1911–1999) hadde drevet det langt i formaliserende retning, og kunne av og til, som de fleste studenter, "gå varm" når de to herrer var kommet til den tredje deriverte. Da var det mer avslappende å lytte til den "siste" institusjonalist på Institutt for sosialøkonomi, Wilhelm Keilhau (1888–1954). "Ham kunne man alltid forstå", som Norbom bemerker. Men Keilhau, og hans måte å tenke på, var nå på vei ut. I Frederiks gate ble det nærmest drevet "kirketukt", med Frisch og Haavelmo som dominerende premissgivere. Selv om Frisch var lavkirkelig aktiv, og gjerne brukte bilder fra Bibelen i sin undervisning, var det ikke religiøs kirketukt han drev. Faglig var han det vi kunne kalle en verdslig positivist, eller økonometriker. I det daglige spilte imidlertid Haavelmo den viktigste rolle. Han var alltid til stede. Frisch hadde så mange baller i luften. Frisch fikk for eksempel "aldri" tid til å fullføre de forelesningsserier han hadde startet på. Men da Norbom skulle opp til muntlig eksamen

[572] I begynnelsen av 1930-årene hadde Ohlin, med utgangspunkt i arbeidene til Wicksell, Erik Lindahl (1891-1960) og Gunnar Myrdal (1898-1987) arbeidet med spørsmålet om statsekspansjon i samfunn med overskudd av arbeidskraft (arbeidsløshet). Han publiserte en lengre rapport om spørsmålet og oppsummerte mange av sine funn i en forelesningsserie han gav ved University of Dublin i 1934. Han skriver i sin selvbiografi: "The theoretical model for a time-using process and the policy conclusions that was there presented had some similarity with Mr. Keynes' *The General Theory of Employment, Interest and Money* which was published two years later." Kfr. Bertil Ohlin, "Autobiography", Nobelprize.org, Den svenske nobelkomites offisielle nettsted (http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1977/ohlin-autobio.html).

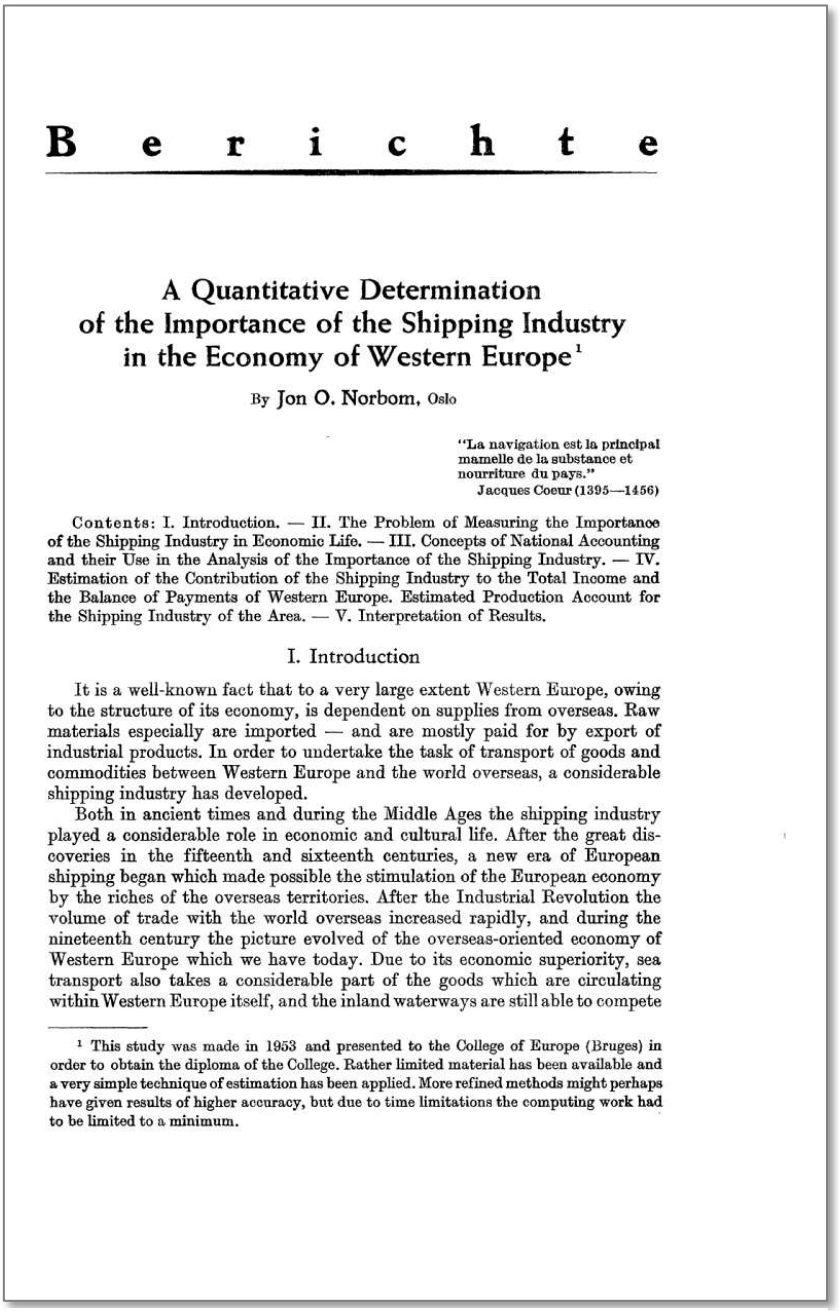
[573] Kommentaren fra Ohlin falt under en middag ved Folkpartiets ungdoms landsmøte, våren 1948. Norbom representerte Norges Unge Venstre og satt ved siden av Ohlin. (J. O. Norbom, 23.7.12.)

[574] Kfr. *ibid.*, avsnittet om "political activity".

[575] Han fant forøvrig de sosialradikale partier i Frankrike og Sveits direkte konservative i sin økonomiske politikk.

[576] I 1969 foreslo en av Venstres mest venstreorienterte politikere, Gunnar Garbo (f. 1924) fra Bergen, at Venstre skulle tale om den radikale, istedenfor den sosiale liberalismen, et forslag som fikk en del støtte blant annet i Unge Venstre. Kfr. hans bok *Den radikale liberalismen* (Oslo: Epoke forlag, 1969). Også i Sverige stod kulturradikalismen sterkt, ja, til dels sterkere enn i Norge. Fra slutten av det 19. århundre århundre hadde filosofen og juristen, og eksteologen, Axel Hägerström (1868-1939) vendt seg krasst mot den øvrighetskonservative idealisme som lenge hadde dominert svensk akademisk tenkning og tatt til orde for en verdinøytral empirisme (positivisme) (Uppsala-skolen i filosofi), og i jusen for juridisk realisme. Hägerström kom til å påvirke svensk filosofi spesielt og kulturfilosofi mer alment. Hans tenkning ble ført videre ikke minst av Ingemar Hedenius (1908-1982), en skarp kritiker av den offisielle svenske kirke. Hedenius, som var oppvokst i en kristen familie, så på seg som verdinihilist. Den tenkning Hägerström og Hedenius representerte fikk stor innflytelse i Sverige fra mellomkrigstiden av og kom til å påvirke tenkningen i det sosialdemokratiske parti og blant kulturradikalere generelt. Tenkningen kom også til å prege avisen *Dagens Nyheter*, kulturelt sett en parallell til den tidens *Dagbladet*.

den 22. desember 1949 var det Haavelmo som var borte og Frisch måtte stille opp. Ekstern sensor var professor ved Norges Handelshøyskole, Ole Myrvoll. Myrvoll var svært opptatt av oligopolteori og begynte å spørre om det. Kandidaten hadde tatt litt lett på den delen av pensum som omfattet slik teori og følte seg ikke helt vel. Da var det Frisch kom ham til unnsetning og sa at at "jeg tror vi går over til makro". Det passet kandidaten bedre, og det gikk bra.



B e r i c h t e

A Quantitative Determination of the Importance of the Shipping Industry in the Economy of Western Europe[1]

By Jon O. Norbom, Oslo

"La navigation est la principal mamelle de la substance et nourriture du pays."
Jacques Coeur (1395—1456)

Contents: I. Introduction. — II. The Problem of Measuring the Importance of the Shipping Industry in Economic Life. — III. Concepts of National Accounting and their Use in the Analysis of the Importance of the Shipping Industry. — IV. Estimation of the Contribution of the Shipping Industry to the Total Income and the Balance of Payments of Western Europe. Estimated Production Account for the Shipping Industry of the Area. — V. Interpretation of Results.

I. Introduction

It is a well-known fact that to a very large extent Western Europe, owing to the structure of its economy, is dependent on supplies from overseas. Raw materials especially are imported — and are mostly paid for by export of industrial products. In order to undertake the task of transport of goods and commodities between Western Europe and the world overseas, a considerable shipping industry has developed.

Both in ancient times and during the Middle Ages the shipping industry played a considerable role in economic and cultural life. After the great discoveries in the fifteenth and sixteenth centuries, a new era of European shipping began which made possible the stimulation of the European economy by the riches of the overseas territories. After the Industrial Revolution the volume of trade with the world overseas increased rapidly, and during the nineteenth century the picture evolved of the overseas-oriented economy of Western Europe which we have today. Due to its economic superiority, sea transport also takes a considerable part of the goods which are circulating within Western Europe itself, and the inland waterways are still able to compete

[1] This study was made in 1953 and presented to the College of Europe (Bruges) in order to obtain the diploma of the College. Rather limited material has been available and a very simple technique of estimation has been applied. More refined methods might perhaps have given results of higher accuracy, but due to time limitations the computing work had to be limited to a minimum.

Faksimile 4.1: Første side av Jon Ola Norboms artikkel i Weltwirtchaftliches Archiv, 7. årg., 1955, s. 139-158.

Etter at Norbom hadde avlagt embedseksamen i sosialøkonomi fikk han arbeid som sekretær II, og etter ett år som sekretær I, i skipsfartsavdelingen i departementet for industri, håndverk og skipsfart. Her arbeidet han dels med å legge opp statistikkprogrammet for Marshall-hjelpen, slik at man kunne kontrollere at 50 prosent av tonnasjen gikk på amerikansk kjøl og dels som sekretær for det såkalte Skipsfartsvalutautvalget. Norbom ble i dette departement til 1954, dog avbrutt av et år (1952–1953) ved College d'Europe i Brügge. I Brügge skulle han blant annet skrive en diplomoppgave. Han valgte å skrive om skipsfartens betydning for den vesteuropeiske økonomi, altså et emne som var svært relevant for hans hjemlige arbeidsgiver. Som veileder hadde han professor Jan Tinbergen (1903–1994), en mann som allerede var en av verdens ledende økonomer og som i 1969, sammen med Ragnar Frisch, skulle få den første Nobel-minnepris for de økonomiske videnskaper. Tinbergen hadde på det tidspunkt Norbom traff ham blant annet lansert det for all makroøkonomisk planlegging så viktige skille mellom to typer størrelser, nemlig mål ("targets") og instrumenter. Tinbergen hevdet blant annet at

man ikke kunne ha flere mål enn man hadde instrumenter.[577] Tinbergen likte Norboms diplomoppgave så godt at han sendte den til det fremste tyske tidsskrift for internasjonal økonomi, *Weltwirtschafliches Archiv* (siden *World Economic Forum*). Her ble det antatt og publisert i 1955[578]; kfr. faksimilen (4.1) av artikkelens første side. Som det fremgår av siden var artikkelen, på en pedagogisk god måte, også preget av det historisk-institusjonelle perspektiv, eller, som det nå skulle hete, det dynamiske perspektiv: Den nye balanseorienterte økonomikken tydde gjerne til fysikkens (mekanikkens) språkbruk.

Brügge skulle ikke gjøre Norbom til akademiker. Derimot gjorde Brügge Norbom til en internasjonalist. Han traff en ung amerikanerinne i Brügge, Ellen Ann Hook (1930–2016). Hun var også kommet til den belgiske kulturbyen for å studere, riktignok mer i humanistisk retning enn ham. De to ble raskt, nemlig i 1954, herr og fru Norbom. Norbom søkte immigrasjonspass til USA og paret slo seg ned i New York City. Hun tok arbeid ved the International Institute of Education, for å bistå blant annet norske studenter som skulle studere i USA. Han fikk først en midlertidig post ved National Bureau of Economic Research og fikk så, i 1955, en fast post ved det statistiske kontor i FN. Han regnet da med at han ville bli FN-funksjonær for resten av sitt yrkesliv. Men slik skulle det ikke gå. Den sindige økonomen skulle fortsette å flytte på seg, og fortsette å pendle mellom fag og politikk, som han hadde begynt med etter krigen.

Allerede etter vel tre år i FN i New York City ble han av sin sjef fortalt at en av direktørene i GATT i Genève trengte en vikar for 18 måneder. Kunne det være noe for nordmannen? Han sa ja og tok med seg sin kone og nyfødte datter, Ingrid (f. 1958), og flyttet i 1959 til Sveits for å arbeide som forskningsøkonom. I Sveits trivdes den unge familien straks godt og etter 18 måneder ved GATT ble Norbom tilbudt fast stilling. Han tok imot tilbudet. Så bygget familien Norbom hus i Genève og så for seg et liv i den internasjonale byen. Snart kom også datter nummer to, Susan (f. 1962).

Det moderne, multilaterale handelssystem, basert på *The General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT) fra 1947, ble for alvor utviklet i 1960-årene.[579] Tekstilsektoren skapte spesielle vanskeligheter, og Norbom ble satt til å administrere en spesialavtale direkte under generaldirektøren. Her lærte han det han kaller ”den ultimate pragmatisme” og ellers dristige forhandlingsmetoder. Denne lærdom hadde han siden stort utbytte av, også som departementsråd.

Utpå høsten 1966 kommer det så en telefon fra Norge. Det var Magne Lerheim (1929–1994), statssekretær for finansminister Ole Myrvoll, som var på tråden. Juristen Lerheim fortalte at han ville slutte i Finansdepartementet og lurte på om fagmannen Jon Ola Norbom kunne ta over etter ham. Sosialt var det ikke enkelt for Norbom å svare ja. Familien var etablert i Genève, den eldste datter gikk på skole der og han var engasjert av sitt arbeid ved GATT. Men fristelsen ble for stor. Han søkte permisjon for to og et halvt år og tok familien med til Norge.

[577] Dette skille har beholdt sin betydning i makroøkonomikken. Det spiller en sentral rolle i Leif Johansens klassiske lærebok i *Offentlig økonomikk* (Oslo: Universitetsforlaget, 1967).
[578] *Weltwirtchaftliches Archiv*, 7. årg., 1955, s. 139-158.
[579] I de første årene dominerte de bilaterale avtaler. Det var i 1960-årene det flernasjonale, liberale handelssystem for alvor vokste frem, det som siden 1995 styres gjennom GATTs etterfølgerorganisasjon, The World Trade Organization (WTO).

1966–1973: Det politiske liv

Den 13. februar var han på plass i den ærverdige gamle, ufullførte, regjeringsbygningen hvor Finansdepartementet holdt til. Slik fikk han sin gamle sensor, professor Ole Myrvoll, som sjef. Norbom fant seg raskt til rette i Finansdepartementet. Han var jo i stor grad omgitt av folk han kjente, og til dels hadde hatt som studiekamerater. De gamle jurister var på vei ut, iallfall fra de viktigste avdelinger, bortsett fra skattelovavdelingen, og inn var kommet, og kom, Frisch og Haavelmos elever. Spesielt viktig i så henseende var opprettelsen av Økonomiavdelingen i 1952 og Eivind Erichsens (1917–2005) utnevnelse til finansråd i 1957 (etter juristen Friedrich Nissen (1887–1969)).[580]

Myrvoll viste fra første stund sin nye statssekretær tillit. Norbom fikk slik nærmest ministerielt ansvar for en av de viktigste økonomisk-politiske reformer i etterkrigstiden, nemlig innføringen av ordningen med merverdibeskatning (”moms”). Ansvaret, og oppgaven, var formidabel, og statssekretæren stod på, nærmest natt og dag. Saken gjorde ham, ikke minst på grunn av sine unge beundrere i Dagbladet, til ”rikskjendis”. Men Norbom fikk hovedansvaret for mer, nemlig regjeringens langtidsprogram for perioden 1970–1973, altså regjeringens kollektive valgkampprogram (for valget 1969). Det var akkurat denne våren, altså våren 1969 at sykehusloven, med den nokså ekspansive finansieringsordningen bygget inn, ble vedtatt. Finansieringsordningen vakte bekymring i Finansdepartementet, men der var det ikke nå krefter til å forsøke å modifisere den: Det var grenser for hvor mange saker Finansdepartementet hadde kapasitet til å gå tungt inn i, og hvor mange saker det kunne lage strid om. Helsedirektør Evang hadde fått med seg sin vennlige sosialminister, Egil Aarvik (1912–1990), på et opplegg som nesten skulle sikre sykehusene ”forlodds” finansiering (kfr. bind 1). I neste, og avgjørende, runde fikk de to også med seg Stortinget. Men Norbom var nå får alvor blitt oppmerksom på hvilke utfordringer velferdsstaten finansielt ville stille stat og samfunn overfor om ikke så lenge. Han fikk også med noen setninger i Langtidsprogrammet om at medisinens utvikling var slik at alt som etter hvert kunne gjøres medisinsk ikke kunne gjøres økonomisk. Tre år senere, under regjeringen Bratteli (1910–1984) I, slo også Finansdepartementet tilbake, og modifiserte sykehusfinansieringsordningen.

Norbom trivdes godt i Finansdepartementet, selv om han skjønte at han var kommet til et departement hvor hans nærmeste medarbeidere ikke bare var hans fagkolleger, men også representanter for et annet parti. Da han tidlig i sin statssekretærperiode skulle avtale tidspunkt for et møte, og de tok opp sine almanakker, la han merke til at de hadde den samme type almanakker, Arbeiderpartiets.[581] Samarbeidet med embedsverket gikk imidlertid uten problemer. Finansråd Eivind Erichsen hadde fra starten av i 1965 lagt vekt på at den nye regjering skulle betjenes like profesjonelt av byråkratiet som arbeiderpartiregjeringene man nesten sammenhengende hadde hatt siden 1945 var blitt. Under regjeringen Borten tiltok imidlertid utgiftspresset. Det skyldtes velferdsreformer, i første rekke Folketrygden (1967), men også stor ekspansjon i utdannelsessektoren. Fagøkonomene i Finansdepartementet ble bekymret og sa ifra. Den fredsæle finansminister forstod dem, men politikkens logikk bragte ham over på defensiven. Som Egil Aarvik siden skrev i sine velformulerte memoirer: ”Myrvoll var en kapasitet. Det burde ha vært mye bruk for ham. Etter min mening hadde han

[580] Om Finansdepartemenets utvikling, spesielt fra 1965, se Einar Lie (f. 1965), *Institusjon, profesjon og politikk: Finansdepartementet 1945-1965*, Oslo: Universitetet i Oslo (dr. avhandling), 1995 og Einar Lie og Christian Venneslan (f. 1968), *Over evne. Finansdepartementet 1965-1992*, Oslo: Pax forlag, 2010.
[581] Jon Ola Norbom, 23.7. 2012.

alle de gode egenskapene som skal til. Men kanskje manglet han de dårlige-".[582] Det bidro til Myrvolls problemer at han ikke alltid hadde Statsministeren, Per Borten (1913–2005), i ryggen. Norbom var også bekymret for den ekspansive finanspolitikken og måtte i noen sammenhenger spille den strenge rolle: Han måtte, som han sier, gjøre litt av "the dirty work". Forholdet mellom Finansministerens og hans statssekretær var for øvrig mer enn godt. Også etter at deres veier politisk skiltes etter splittelsen av Venstre bestod vennskapet mellom de to økonomer.

Den 16. oktober 1969 fikk Norbom avskjed som statssekretær. Den tid han hadde lovet å bistå Myrvoll var mer enn over og han vendte tilbake til Genève. Etter et par år i sin gamle stilling, siden 1963 en stilling som rådgiver med ansvar for spesielle prosjekter, gikk han over i International Trade Centre, som var en kombinasjon av GATT og UNCTAD. Der fikk han en direktørstilling og ansvar for å assistere utviklingsland i deres handelspromosjon. Men han hadde ikke sittet lenge i den stillingen før det igjen kom telefon fra Norge. Det skjedde høsten 1972, like etter den rådgivende folkeavstemning om norsk EEC-medlemsskap den 24. og 25. september. Avstemningen hadde ført til et nei-flertall på 53,5 prosent og til regjeringen Brattelis demisjon. Etter noen ukers hektisk politisk aktivitet var det klart at det ville bli en borgerlig mindretallsregjering av mellompartiene. Den skulle omfatte nei-partiet Senterpartiet, både ja- og nei-partiet Kristelig Folkeparti og nei-delen av det nesten oppløste Venstre. Kristelig Folkepartis formann Lars Korvald (1916–2006) ble den nye mindretallsregjerings leder. Det var imidlertid ikke Korvald, men Venstres fremste mann nå, Hallvard Eika (1920–1989), som ringte Norbom i Genève. Norbom svarte ikke straks ja. Han ville rådføre seg med noen først og dro til Oslo og installerte seg på Astoria hotell, altså like ved Stortinget. Han pratet der blant annet med Korvald og sa at en absolutt forutsetning for at han kunne gå inn i regjeringen var at han hadde Statsministerens støtte. Han husket hvordan Myrvoll hadde hatt det. Korvald forsikret ham om at han ville få Statsministerens støtte. Tidligere finansråd Eivind Erichsen bemerker i den sammenheng: Norbom "hadde en sterk stilling i Regjeringen, ikke minst fordi han i meget sterk grad hadde statsministeren i ryggen".[583] Korvalds statssekretær, Kjell Magne Bondevik (f. 1947), sier det samme: Norbom "oppnådde raskt Korvalds tillit, og de to utviklet et fint samarbeid".[584] Men at det gikk slik tør nok også ha mellommenneskelige grunner. Selv om Korvald og Norbom kom fra svært forskjellige miljøer, og ikke kjente hverandre på forhånd, ble de gode venner i løpet av dette annerledesåret i norsk politikk. De kom til å opprettholde kontakten så lenge Korvald levde.

Norbom konfererte også med sin gamle venn Helge Seip. Han oppsøkte ham på Stortinget. Seip var nå preget av EEC-nederlaget og fortalte at han han antagelig kom til å danne et nytt parti. Den regjeringen Norbom nå var på vei inn i, på vegne av dem i Venstre han nå ville bryte med, var ikke en regjering Seip ønsket velkommen. Seip kom da også til å bli en av Korvald-regjeringens argeste opponenter. Det var således ikke minst Seip som, nærmest på grunnlag av egen "etterretning" førte "aktoratet" i den såkalte Crotale-saken våren og forsommeren 1973. Saken, som gjaldt påstander om kobling mellom forsvarsinnkjøp fra Frankrike og fransk støtte til utvidede kvoter for norsk eksport av aluminium til EEC-området, førte til at Arbeiderpartiet stilte mistillitsforslag til regjeringen. Forslaget falt imidlertid, siden verken Høyre eller Seips Venstre-gruppe støttet mistillitsforslaget.

[582] Egil Aarvik, *Smil i alvor. Fragmenter av et liv*, Oslo: Gyldendal, 1985, s. 144.
[583] Eivind Erichsen, *Glimt fra et lang liv i Finansdepartementet*, Oslo: Finansdepartementet, 1999, s. 96.
[584] Kjell Magne Bondevik, *Et liv i spenning*, Oslo: Aschehoug, 2006, s. 79.

Korvalds regjering ble utnevnt den 18. oktober 1972, med, som opposisjonen understreket, det mandat å forhandle frem en handelsavtale med EEC. For en bitter Trygve Bratteli var den nye regjeringen, med den minimale stortingsstøtte, nærmest å betrakte som et forretningsministerium. Det var den nesten også for resten av opposisjonen, Høyre, og, spesielt, Helge Seip og hans gruppe. Seips gruppe skulle snart, da den kom i mindretall på landsmøtet på Røros i november, danne Folkepartiet Nye Venstre. Protester mot navnevalget gjorde at partiet snart ble omdøpt til Det Nye Folkepartiet.[585]

Men regjeringen Korvald ble noe langt mer enn et handelsavtale- og forretningsministerium. Den presenterte seg gjennom en helhetlig regjeringserklæring og, senere, gjennom et vanlig langtidsprogram for perioden 1973–1977. Det presenterte seg også gjennom en tydelig økonomisk politikk, spesielt hva gjaldt finanspolitikken (statsbudsjettet). Norbom oppdaget raskt at ”Ragnar Christiansen (1922–2019), forgjengeren som finansminister) hadde lagt litt for mye igjen i skuffene, som skulle vært i budsjettet. Det budsjettet han etterlot seg, var meget mer inflatorisk enn det så ut på papiret. Og det brukte jeg da, og begynte å skjære ned”.[586] Brattelis regjering hadde for så vidt fortsatt den, som Norbom så det, litt for ekspansive linje Bortens regjering hadde fulgt – og som Norbom for så vidt hadde vært med på. Der var stort prispress i økonomien, så stort at den avtroppende regjering hadde innført prisstopp fra 7. september, altså bare en drøy måned før regjeringen Korvald tok over. Norbom holdt sin finanstale for den nye regjeringen den 2. november og la frem regjeringens tilleggsproposisjon dagen etter. Regjeringen, og Finansministeren, kom raskt i gang. Den kom også tydelig i gang.

Tilstramning ble etterhvert stikkordet for det videre budsjettarbeid. Det forslag til statsbudsjett regjeringen Korvald la frem et knapt år senere var det strammeste på mange år. Det var så stramt at Norbom skjønte at det politisk ville bli vanskelig å få ”solgt” det. Det kunne ha blitt solgt med henvisning til den krise som nå var iferd med å ramme verdensøkonomien: I oktober 1973 kom Yom Kippur-krigen, en slags revansjekrig for krigen i juni 1967, og i kjølvannet av den kom oljeprissjokkene. Oljeprisen ble firedoblet i løpet av et år. Men regjeringen Bratteli II ”brukte” ikke krisen som begrunnelse for å fortsette Norbom-politikken. Med sosialøkonomen Per Kleppe (f. 1923) som finansminister valgte den å satse på motkonjunkturpolitikk, altså en mer ekspansiv finanspolitikk. Norge fikk ”Kleppe-pakker”. Den nyfunne oljen (1970) gav regjeringen mot til å satse offensivt. Lars Korvald skriver i sine erindringer at da regjeringen Bratteli hadde lagt frem sin tilleggsproposisjon fikk han et telegram fra sin nylig avgåtte finansminister: ”Det lød således: ”Tilgi dem ikke, thi de vet hva de gjør”. Men direktøren i Genève var ikke overrasket. Han visste at om regjeringen Korvald hadde fått fortsette, ville det vært vanskelig å fortsette den stramme politikken. Han syntes derfor det var helt i orden å måtte forlate politikken etter valget høsten 1973.[587]

Korvald skriver videre i sine erindringer: ”Men vi var litt for snare til å tilgi og ikke protestere sterkt nok og framfor alt til ikke å ta opp forslag som gikk imot den nye regjering på viktige

[585] Partiet skiftet i 1980 navn til Det Liberale Folkeparti. DNF/DLF mislyktes. Det fikk valgt inn Norboms gamle sjef Ole Myrvoll i 1973, men siden ble partiet aldri representert på Stortinget. Det slo seg i 1988 sammen med Venstre igjen, dog uten å få alle de gamle utbryterne, bl.a. Helge Seip, med. Splittelsen i 1972 gjorde også at Venstre ble alvorlig svekket. Partiet fikk inn to representanter ved valgene i 1973, 1977 og 1981, men ingen ved valgene i 1985 og 1989.
[586] Jon Ola Norbom, samtale 9.9. 2009.
[587] Samtaler med Jon Ola Norbom 23.7. 2012.

punkter".[588] I Finansdepartementet ble Norboms linje applaudert. De så på den som faglig riktig. Men Finansdepartementets fagfolk hadde for lengst lært politikkens logikk å kjenne, og visste derfor at det var krevende å "selge" stram politikk, ja, at det var dette "salget" som til syvende og sist var det viktige og det vanskelige. For dem lyktes derfor Norbom vel så meget fordi han var en smart politiker som fordi han var en dyktig økonom. Eivind Erichsen, altså finansråden, legger derfor i sine erindringer vekt på hvordan Norbom startet med å sikre seg Statsministerens støtte[589] og fulgte opp med å pleie nær kontakt med Stortinget: "Han tilbragte mange ettermiddager og kvelder i Stortinget, der han pleiet kontakter og været stemninger". Det bør føyes til: Med sin både saklige og vennlige væremåte, og sin underfundige charme, egnet han seg godt til slik "korridorpolitikk". Erichsen nevner for øvrig at Norbom kunne prioritere: "Han hadde en fin evne til å konsentrere seg om det som var hovedsakene i Finansdepartementet. Han kastet ikke bort tiden på småsaker".[590] For en beleiret regjering og finansminister var også dette siste viktig.

Politikk og forvaltning, legmannsstyre og fagstyre: Norboms filosofi

Vi har omtalt Norbom som "politokrat", altså som tilhenger av legmannsstyret i demokratisk utforming. Vi har imidlertid også omtalt ham som økonom og som en som mente at forvaltning krevde et innslag av fagstyre, endog fagstyre av ulike slag, men spesielt av rettsstatlig og nyttestatlig karakter. Sine tanker om forholdet mellom disse styringsformene offentliggjorde han for første gang i en artikkel i festskriftet til sin første politiske sjef, Ole Myrvoll, i anledning Myrvolls 60-årsdag 18. mai 1971. Artikkelen hadde tittelen "Den økonomisk-politiske beslutningsprosess".[591]

Norboms tese er at politikk og fag ikke lar seg adskille. Det betyr at fagfolk i noen grad driver, og må drive, politikk og at politikere i noen grad må opptre som fagfolk. I Frederiks gate hadde Norbom lært det motsatte. Politikk og fag kunne, og burde, adskilles, hvis den økonomiske politikk skulle bli "optimal", det vil si bli mest mulig samfunnsnytteskapende. Frisch insisterte, som vi har nevnt, på positivistisk vis, på at sak og vurdering måtte holdes adskilt. Men Frisch var samtidig ambisiøs på faglighetens vegne: Saklighetsfeltet kunne, i takt med fagutviklingen, utvides og politikken begrenses. Norboms praksis som politiker, eller fagpolitiker, fikk slik noe av kjetteriet over seg. Det skjedde dog stillferdig. Norbom var av natur ingen opprører, ingen radikaler.

---

[588] Lars Korvald, i samarbeid med Per Øyvind Heradstveit, *Politikk og kall*, Stavanger: Rocon a.s., 1982, s. 291. Norbom henviste til Jesu ord til sine bødler: "Fader, forlat dem, thi de vet ikke hva de gjør" (Lukas, 3, 34.)

[589] Norbom selv peker også på at han fikk litt lettere spill i regjeringen fordi hans statsrådsmotspillere var uerfarne som statsråder og ikke kjente Finansdepartementets mange "triks". (Fra samtale 9.9. 2009.) Kåre Willoch skriver i sine erindringer (*Myter og virkelighet*, Oslo: Cappelen, 2002, s. 366 at hvis «noen presset for hardt på for å øke statens utgifter, meddelte han ganske tørt at han godt kunne reise tilbake til sin bedre jobb i Sveits», Willoch legger til at Norbom la frem «et av de mest ansvarlige statsbudsjettene man hadde sett på lenge».

[590] Erichsen, *op. cit.*

[591] Knut T. Gæver, Preben Munthe (1922-2013), Arnljot Strømme Svendsen (f. 1921), Knut Tvedt (1906-1989) og Knut Getz Wold (1915-1987), red., *Økonomi og politikk*, Oslo: Aschehoug, *op.cit.*, s. 34-47.

Vi skal vise hvordan Norbom tenkte ved å gå veien om et kort faghistorisk tilbakeblikk.

Økonomikken vokste frem fra slutten av det 18. århundre som en politisk økonomi(kk), altså som en styringsvitenskap, hovedsakelig i England og Skottland. Som sådan var den imidlertid forsiktig. Den skulle gi anvisninger for hvordan markedet skulle og kunne organiseres, ikke direkte styres. Den mer direkte styringen skulle komme nedenfra, som ikke-styring, ved at markedets aktører, selgere og kjøpere, møttes i uendelig mange handler, og gjennom disse fastsatte priser. Markedsaktørene ble forutsatt å handle på en individuelt nyttemaksimerende måte. Hvis markedet var ”riktig” organisert, ville man slik få også den optimale samfunnsnytte (som altså var en aggregatstørrelse): Egoismens sterke krefter skulle kanaliseres i samfunnsnyttig retning. ”Synd” skulle gjøres til ”dyd”.

Denne indirekte måten å styre politisk på, har vi kalt høyreliberal. I tråd med det har vi talt om en høyreliberal nyttestatlighet. Allerede et par tiår inn i det 19. århundre begynte det å utvikle seg en venstreliberal, og til dels sosialistisk, form for politisk økonomi(kk). For denne formen for politisk økonomi(kk) ble styringsambisjonene i varierende grad utvidet, til dels med den begrunnelse at markedet, nesten uansett hvordan det ble organisert, ville skape ulike former for svikt, og for så vidt også (uakseptabel) ulikhet. Representantene for denne økonomikken tok til orde for at staten ikke bare skulle organisere markedet, den skulle i tillegg, mer eller mindre direkte, styre aktiviteten *i* markedet. De mest ambisiøse sosialister, som de russiske bolsjeviker, hadde så store ambisjoner at de nærmest forsøkte å betrakte samfunnsøkonomien som et bedriftslig fenomen, og styre den deretter. De russiske kommunister fikk, ikke så overraskende, sans for den vestlig utviklede vitenskapelige ledelse. De ville legge den til grunn for samfunnstyringen. Det ble ikke ”teknisk” vellykket og skapte i tillegg en ufrihet, en ”trelldom”, som Friedrich Hayek (1899–1992) sa.[592] Den skremte i vest. Den skremte også de venstreliberale, styringsambisiøse økonomer. Deres svar ble en politisk økonomi(kk) som foreskrev en mindre dirigerende og mer markedsfrihetlig, men ikke mindre ambisiøs, form for styring, for eksempel i form av etterspørselsregulering gjennom finans- og pengepolitikk, enn den de russiske kommunister stod for. Nordiske økonomer som Knut Wicksell, Bertil Ohlin, Erik Lindahl, Gunnar Myrdal og Ragnar Frisch bidro, som vi har nevnt, aktivt til utviklingen av denne politiske økonomi(kk), men kalte den makroøkonomikk, eller makroøkonomisk planlegging. Den internasjonalt dominerende representant for denne venstreliberale makroøkonomikk ble imidlertid, som vi også har nevnt, britiske (Lord) John Maynard Keynes.

Enkelt kan man si at denne lære tok utgangspunkt i en teori for hvordan økonomien, gitt en bestemt organisering av den, hang sammen. Utsetter man denne økonomien for en bestemt politikk, vil teorien om den fortelle hva konsekvensene vil bli. Konsekvensene kan man så konfrontere med den preferanseskala for eksempel myndighetene måtte ha og på det grunnlag vurdere om politikken bør iverksettes eller ei. Slik kan man utvikle ulike former for politikk og prøve dem mot preferanseskalaen og se hvilken politikksammensetning som gir det beste resultat (gitt preferansene). Når politikk skal utvikles må det imidlertid også taes hensyn til at det alltid vil være en rekke faktorer som påvirker økonomien og som myndighetene har liten eller ingen innflytelse over. Men om man ikke hadde midler til å skaffe kontroll over slike faktorer kunne man, på faglig grunnlag, skaffe seg en slags indirekte kontroll over dem ved å forutsi deres virkninger (med en viss sannsynlighet). Noen var imidlertid begynt å bli opptatt av at disse faktorer var representert ved kvasipolitisk opptredende aktører, som organisasjoner

[592] Friedrich A. Hayek, *The Road to Serfdom*, London: Routledge, 1944.

og store bedrifter, og at det introduserte et element av mer gjenstridig uforutsigbarhet, altså av ”spill”. I Norge var nå Leif Johansen (1930–1982) så vidt begynt å interessere seg for dette forholdet, dog uten å gi opp de faglige styringsambisjoner.[593]

Etter denne måten å tenke på, vil man, altså i prinsippet ha et klart skille mellom politikk og faglighet (forvaltning). Politikernes oppgave er å fastsette preferanseskalaen, fagfolkenes å bestemme virkemidlene. I den grad det første kunne gjøres med lengre mellomrom, eller i beste fall ”én gang for alle”, ville politikernes rolle, som Frisch påpekte, bli svært begrenset.

Men for Norbom, og for så vidt i noen grad hans inspirator Bertil Ohlin, sviktet det både på faglig og politisk side. Hva det første angikk var problemet for det første at det Leif Johansen kalte ”strukturmodellen”,[594] altså ligningssettet som skulle gjøre rede for de ulike sammenhenger i økonomien, (ennå) ikke var så godt utviklet at den kunne brukes til å gi robuste prediksjoner av hva ulike former for politikk (virkemidler) ville føre til. Norbom skriver således, litt forsiktig, at ”til tross for store framskritt i anvendt økonomisk forskning, anvendelse av modeller etc., er det som kjent ikke alltid mulig å legge fram med ønskelig klarhet de fulle virkninger av alternative handlemåter” (s. 35). For det annet var problemet på faglig side at modellene heller ikke strakk til prediksjonsmessig når det gjaldt de ”andre” faktorer. Indirekte peker Norbom i denne sammenheng på ”spillproblemet”. Han viser til at staten ikke er enhetlig styrende, og derfor at delvis ”upåvirkelige” faktorer som andre departementer (enn Finansdepartementet) ”spiller” med og mot det økonomiske styringsdepartement på en måte dette ikke kan ta inn i sine forutsigelsesanalyser. Han skriver: ”Den enkelte statsråd identifiserer seg ofte mer som en sektors representant enn som generelle politikere”, og ”spiller” derfor. Men som om ikke det skulle være (kompliserende) nok (for den som vil predikere), er dette spillet også preget av bevissthet om, og ettergivenhet overfor, andre spillere, i interesseorganisasjoner og i Stortinget. Norbom skriver: ”Organiserte interessegrupper som gjør forestillinger overfor Finansdepartementet arbeider mest effektivt gjennom de respektive fagdepartementer og influerer som rimelig kan være fagstatsrådens motiveringer i de enkelte saker” (s. 40). Han fortsetter: ”Når det gjelder rene politiske argumenter fra de andre regjeringsmedlemmene, bygger de noen ganger på kjennskap til hvordan reaksjonen i Stortinget eller i opinionen vil bli” (s. 40). Når modellene slik kommer til kort, forsøker fagfolkene å skape forutsigbarhet ved å hjelpe Finansministeren til å bli en dyktig spiller. Det kan være lettere når Finansministeren selv er fagmann, som Norbom var; kfr. Erichsens bekreftende omtale av Norboms evne til å få Statsministeren på sin side og til å lykkes i Stortinget. Men Finansdepartementet som fagorgan forsøker også selv å ”spille”, altså opptre politisk, som når dets folk er ”vanskelige” i budsjettforhandlingene med de andre departementer.

Spillproblemet er et alvorlig problem forsåvidt som det truer Finansdepartementets rolle som det integrerende styringsdepartement, altså som det overdepartement den venstreliberale styringstenkning forutsetter. I Finansdepartementets integrerte planer skal alle andre departementers, eller sektorers, bidrag til samfunnsnytten være innarbeidet. Faglig sett skulle der ikke være rom for ”spill”. Man kan si det er dét Finansdepartementets ofte noe arrogante opptreden overfor andre departementer, men også andre styringsforsøkende aktørers utspill, er et uttrykk for. Men spill blir det altså, og det tok Norbom konsekvensen av, men på en annen

[593] Han gjorde endog det i Myrvoll-festskriftet: ”Planlegging og spill”, i Knut T. Giæver m.fl., red, *op. cit.*, s. 14-33.
[594] *Ibid.*, s. 15-18.

måte enn spillteorien vanligvis forutsetter, nemlig at spillerne er individuelt nyttemaksimerende. Norbom opptrådte mer fellesskapssøkende. Han argumenterte mer enn han spilte. Han forsøkte å behandle andre aktører også som medspillere, eller, for å si det mindre spillpreget, som samarbeidspartnere.[595] Siden altså fagfolkene også blir trukket med i "spillene", i det minste på vegne av fagligheten, får altså deres rolle også et politisk (i betydningen "spillende" (strategisk)) preg.

Det var slike iakttagelser og refleksjoner som fikk statsviteren og økonomen Charles E. Lindblom (1917–2018) til i 1959 å si at politikk, og man kunne føye til, forvaltning, var "the science of muddling through".[596] Møtet med politikken hadde gjort at fagmannen Norbom tidlig hadde begynt å tenke slik, selv om han ikke henviste til Lindblom.

Også der hvor den faglige analyse, basert på "strukturmodellen", brukes, brukes den ikke slik at "alle" mulige virkemidler (handlinger), og alle deres konsekvenser, nevnes. Det har lite for seg når politikerne er så usikre på hva de dypest sett har for preferanser. "I større saker må politiske valg legges inn i selve analysen – da som arbeidshypoteser – for at ikke saksbehandlingen skal få karakteren av en abstrakt oppregning av alternativer", skriver Norbom (s. 36).

Det sviktet som sagt også på politisk side. Det vil si, politikerne tilpasset seg ikke den rolle fagfolkene ville gi dem. De ville, og kunne, ikke tilpasse seg en rolle som primært oppstillere av en sosial preferansefunksjon, eller vurderingsskala.[597]

Man skal ikke ha arbeidet mye med preferanser før man ser at de er vanskelige å gripe, og enda vanskelige å beskrive. Mange preferanser viser seg raskt å være en slags middelmål, altså ikke endelige mål. Ja, i politikken, som i livet ellers, er de fleste mål eller preferanser man har "midlertidige". Man kan hevde at de reflekterer mer ekte mål eller verdier eller interesser, men disse er man seg ofte ikke særlig bevisst. Målarbeidet fører en altså raskt "bakover" i en mer og mer komplisert filosofi. Filosofi er ikke noe for legmannspolitikere flest, og de fleste av dem vil derfor ikke bli for dype og prinsipielle. De stopper gjerne ved det vage og til dels svadaaktige, om de da ikke helt unngår de dypere verdier. Legmannspolitikere trives bedre med konkrete middelmål enn med de dypere preferanser. De er heller ikke så opptatt av å være (helt) konsistente, eksplisitte og presise. Ja, de kan gjerne skjule preferanser eller endre dem etter kortere eller lengre tid. Det kan skyldes mange forhold, men i den statsvitenskapelige litteratur legges det vekt på at standpunkter ofte er preget av spesielle strategiske hensyn, hensynet til (gjen)valg. Men siden politikerne, ved å bevege seg i

[595] Legger man forutsetningen om individuell nyttemaksimering, som representantene for "social choice"-retningen i økonomikk og statsvitenskap gjorde, blir alle "spillere", også Finansdepartementets fagfolk. Man får da den situasjon at der ikke finnes "objektive" mottagere i Finansdepartementet av de råd som følger av den økonomiske vitenskaps funn. Også embedsmennene blir "subjektive spillere". (Kfr. James Buchanan (1919-2013) og Gordon Tullock (1922-2014), *The Calculus of Consent: The Politics of Constitutional Democracy*, Indianapolis, IN: Liberty Fund, 1958) og J. M. Buchanan og Richard E. Wagner (f. 1941), "Democracy in Deficit: The Political Legacy of Lord Keynes", Indianapolis, IN: Liberty Fund, 1968.)

[596] Charles E. Lindblom (1917-2018), "The Science of Muddling Through", *Public Administration Review*, bind 19, våren 1959, s. 79-88. Se også, mer generelt, Lindbloms bok *The Intelligence of Democracy* (New York: Free Press), 1965.

[597] Det er i denne sammenheng interessant at fagfolk selv har svart på politikernes "endemåls"-vegring med selv å gå inn i "endemålsspørsmålene", for eksempel ved å utvikle tanker om en velferdsfunksjon; kfr. i den sammenheng det viktige begrepet (eller kriteriet) "Pareto-optimalitet" (en fordeling er Pareto-optimal hvis ingens situasjon kan forbedres uten at minst éns situasjon forverres.). Det er altså ikke bare slik at politikerne tråkker i fagfolks bed, fagfolkene tråkker i politikernes bed.

”konkret” retning går inn på fagfolkenes domene, skaper de problemer for dem når disse skal omsette deres, altså politikernes, standpunkter til praktisk politikk. Fagfolkene må finne ut hva politikerne ”egentlig” mener og ønsker, og må i den forbindelse selv opptre mer eller mindre politisk.

Norbom uttrykte det i 1971 slik (s. 35–36):

> *Mange av de politiske målsettinger som finnes i regjeringserklæring, trontaler, nasjonalbudsjett, langtidsprogram etc., er lite presise, iblant kan de endog være selvmotsigende. Det forekommer også at målsettingene ikke er direkte uttrykt. Embetsmennene i departementet må derfor selv fra tid til annen ta ”politiske” standpunkter under saksbehandlingen. Dette gjøres på bakgrunn av de politiske hovedretningslinjer som er trukket opp i de nevnte politiske dokumenter, ut fra hva de tror er den politiske linje eller hva en økonomisk og finansiell vurdering skulle lede til som Finansdepartementets standpunkt.*

Fagmannen Norbom konstaterer altså at de forutsetninger hans mest ambisiøse lærere, spesielt Frisch, hadde lagt til grunn for sitt program for nyttestatlig planstyre ennå på langt nær var tilstede: Fagfolkene var ikke kommet langt nok. Ei heller forstod de legmannspolitikkens logikk godt nok: De idealiserte den altfor mye. Han summerer derfor opp slik (s. 36):

> *Dette viser at embetsverket som en praktisk nødvendighet både tar avgjørelser som inneholder politiske vurderinger og gir anbefalinger til finansministeren som har politisk innhold. Dermed er det tydelig at det ikke er en klar deling mellom faglig behandling og politisk beslutningsprosess.*

♦

Man kan si at Norbom, som Lindblom, presenterte et forsvar for politikken og det erfaringsbaserte legmannsskjønn overfor fagligheten, i dette tilfelle Norboms egen faglighet, den økonomiske, og mer generelt, den nyttestatlige. Men som vi har sett forsvarte han den i praksis ikke bare overfor sitt eget fag. Han gjorde det også overfor medisinen: Medikratene, og ikke minst Mork, brukte for ham fagligheten for politiske formål, uten å erkjenne, og iallfall uten å si, at det var det de gjorde. I så henseende syntes han også de økonomiske fagfolk viste større respekt for politikkens overhøyhet enn medisinerne. Samtidig syntes han nok også de personligheter han hadde møtt på den økonomiske side raget over dem han etter 1984 skulle treffe på den medisinske.

Norbom forsvarte nok også legmannspolitikken overfor den rettsstatlige faglighet, men overfor den var han allikevel mer forsiktig. Det var imidlertid ikke så overraskende. Hans forsvar for det ”gjennomgripende” politikerstyre, eller statsrådsstyre, altså demokrati, var også juridisk forankret. Han, og Knut Brofoss, fikk jo Lovavdelingens støtte for sitt syn om at statsråder har en generell instruksjonsmyndighet ikke bare overfor sin departementsstab, men også overfor underordnede etater. Som han så ofte sa, departementet *er* Statsråden. Politokraten Norbom var også meget av en (moderne) rettsstatsmann. Kanskje kan man si at han undervurderte trykket i den nyttefaglighet hans eget fag representerte, og som for alvor, gjennom mål- og resultatstyring, skulle begynne å gjøre seg gjeldende da han satt som departementsråd? Vi har antydet det ovenfor. Vi har også antydet at han ikke tydelig så hvordan deler av medisinen, med utgangspunkt i den nye helsetjenesteforskningen og (den kliniske) epidemiologi, utover i 1990-årene skulle bringe mer og mer av det medisinske

etablissement nærmere det, økonomisk styrte nyttestatslige foretagende. ”Overseelsen” av tilsynsbølgen er ett uttrykk for det.

At legmannspolitikken i lengre tid har vært under press fra fagstyreideer og –profesjoner, er en hovedtese i dette arbeid. Samtidig er det slik, understreker vi, at denne politikken har en tendens til stadig å komme tilbake og til å utvide sitt domene. Fra slutten av 1960-årene og gjennom 1970-årene, til dels også litt inn i 1980-årene, kom politikken noe tilbake. Lokalpolitiseringen av styringen av klinikken i denne tiden er et uttrykk for det. Som vi har sett legger politokraten Norbom og hans medarbeidere vekt på det i sine utredninger.

1984: Tilbake til Norge igjen, som departementsråd

I regjeringen Korvald var det, særlig i begynnelsen, en følelse av at den ikke ble tatt helt alvorlig av stortingsflertallet; det vil si av (EEC-) ja-flertallet. Men gradvis endret dette seg og den korvaldske regjering fikk, Crotale til tross, sitte hele det året den ”skulle” sitte. Men det kostet. Norbom sier at han aldri, hverken før eller siden, har arbeidet så hardt. Det gikk nærmest døgnet rundt. Han kunne drive slik fordi han nå ikke hadde familien med seg i Norge. Det bidro også til at det gikk bra at han hadde et godt samarbeid med formannen i Finanskomiteen, Høyres sindige Lars T. Platou (1920–2003). De to var blitt godt kjent under arbeidet med skattereformen i 1969.

Men om arbeidet som finansminister var hardt, var det også artig. Året i Korvalds regjering ble det mest spennende yrkesår Norbom hadde.

Han dro altså fornøyd tilbake til familien, huset og direktørstillingen i Genève. Der fikk han ti gode år. Senhøstes 1983 fylte han 60, hvilket var pensjonsalder i de internasjonale organisasjoner i Genève. Han hadde da sendt noen følere til venner i Norge om at han for så vidt var åpen for nye utfordringer. Av regjeringen Willoch var han i 1982 blitt utnevnt til å lede det viktige trygdefinansieringsutvalget. Det var en oppgave han satte pris på å få. Allerede som statssekretær – Folketrygden kom jo i 1967 – var han blitt opptatt av velferdsstatens fremtidige finansiering. Han var, som økonomer ofte blir, bekymret for de ambisiøse ordningenes langsiktige bærekraft.

Våren 1983 døde Sosialdedepartementets departementsråd, Emil Vindsetmo (1916–1983) – Norboms statssekretærkollega fra Borten-regjeringen (1966–1971).[598] Ekspedisjonssjef i planavdelingen, Jan Madsen, ble konstituert som departementsråd. Utpå høsten 1983 ble embedet lyst ut. Der meldte seg flere prominente ansøkere, flere med en viss tilknytning til Arbeiderpartiet. Like før ansøkningsfristen gikk ut fikk Norbom en telefon fra Norge. Det var statsråd Heløe som var på tråden. Han var forbauset over at ikke Norbom hadde søkt, og bad ham om å gjøre det. Heløe og Norbom var blitt kjent etter at Norbom gikk inn i Trygdefinansieringsutvalget, men Norbom hadde ikke ventet denne telefonen. Han bemerket at han nå fylte 60 og at det vel var en litt høy alder å overta et slikt embede i. Men Heløe blåste av det og sa at han kunne sitte i ti år. Norbom sa han skulle tenke på saken. Han tok også en telefon til sin gamle studiekamerat, konstituert departementsråd Jan Madsen og

[598]Vindsetmo var statssekretær på Statsministerens kontor, men så mer på seg som faglig enn som politisk (Sp) embedsmann. (Opplyst av Jon Ola Norbom, i samtale 21.7. 2009.)

spurte: ”hvorfor i Himmelens navn har ikke du søkt?”[599] Madsen svarte at han ingen lyst hadde til å bli departementsråd. Norbom søkte da, først telegrafisk, siden fristen holdt på å gå ut. Kort tid etter fikk han telefon fra Heløe om at han var utnevnt. Heløe hadde klarert henvendelsen til Norbom med Willoch før han ringte.

Nå vendte Norbom hjem ”for godt”; det vil si, for resten av yrkeslivet. Han hadde sin kone med. Døtrene hadde nå forlatt redet. Den eldste var gift i USA; den yngste ble student i Norge.[600] Ekteparet Norbom hadde for øvrig nå skaffet seg et hjem også i fru Ellens hjemland, i USA, men sydpå, i varmen, i Naples, Florida. Norbom selv tok sjelden særlig mye sommerferie. Istedenfor tok han en lengre juleferie; den varte gjerne til litt ut i januar. Etter at han gikk av, formelt da han fylte 70, altså i desember 1993, ble Norboms hjem hjemmet i Naples. Da hans kone døde i 2016 flyttet han til Suwanee, en liten by utenfor Atlanta, Georgia, der hans eldste datter bor. Den yngste bor i Sydney, New South Wales. Norboms fortsatte lenge å ha en leilighet i Norge, på Smestad i Oslo. Ekteparet Norbom tilbragte en lang sommer der, bare avbrutt av elvecruise i Øst-Europa eller andre steder. Og for Norboms søster forble, så lenge hun levet, den aldrende Jon Ola det han alltid hadde vært, Lillebror.

♦

Norbom kjente en del av sine medarbeidere i Sosialdepartementet, i første rekke Madsen og Høvik. Han kjente imidlertid til andre også, både i departementet og i flere av institusjonene på de to neste nivåer. Særlig viktig var det selvsagt at han kjente statsråden litt. Viktig var det også at han kjente sentrale folk i andre departementer, spesielt i Finansdepartementet, og i politikk og samfunnsliv mer generelt. Norbom omtalte seg overfor sine departementskolleger i begynnelsen som læregutt, men han kom snart godt inne i sitt nye embede.

Han hadde ventet at han nå i første rekke skulle få arbeide med velferdsstatens finansielle utfordringer. De var jo også blitt mer alvorlige i tiden etter at han forlot Finansdepartementet. Motkonjunkturpolitikken måtte avvikles mot slutten av 1970-årene. Det ble strammet kraftig til. På velferdssiden gikk det ikke minst utover helsevesenet, og særlig sykehusvesenet. Pensjoner var i noen grad skjermet av langsiktige, juridisk bindende forpliktelser. Som et ledd i innstramningene overfor sykehusene ble det fra 1980 innført ”objektivt” basert, altså særlig befolkningsbasert, rammefinansiering. Tanken var at rammefinansieringen skulle gi sykehuseeierne og sykehuslederne bedre muligheter for å bruke ressursene effektivt. I tillegg håpet regjeringen at økende innsats i primærhelsevesenet, ikke minst preklinisk sådan, i økende grad skulle lette presset på de dyre sykehusene. Regjeringen og statsråden håpet at denne politikken skulle gjøre det unødvendig å heve de økonomiske terskler (egenbetalinger) for adgang til helsens fineste hus. Men det gikk ikke som de håpet. Produktiviteten i sykehusene gikk litt opp, men ikke omkostningseffektiviteten; man fikk altså ikke mer igjen for pengene. Og da primærhelsevesenet ikke klarte å avlaste sykehusene, gikk det som det måtte gå. Sykehuskøene begynte å vokse. Folk måtte vente stadig lenger for stadig flere former for behandling. Vi fikk nå også en dreining fra privat til offentlig aldersomsorg; også her ble det derfor nå køer. Utviklingen ble så alvorlig at den bidro til at regjeringen Willoch tapte sitt flertall ved valget i 1985; regjeringen ble avhengig av Fremskrittspartiets støtte. Den sviktet allerede i mai 1986.

[599] Fra samtale med Jon Ola Norbom 9.9. 2009. Norbom og Madsen avla økonomisk embedseksamen samtidig, nemlig høsten 1949.
[600] Døtrene hadde i stor grad vokset opp i Sveits og gått på utenlandskspråklige skoler. Hjemme var, som Norbom sier, ”kommandospråket” engelsk.

Jo, Norbom fikk arbeide med velferdsstatens ressursproblemer, men ikke på den måten han hadde tenkt og håpet, nemlig langsiktig og strategisk. Han, og selvsagt hans statsråder, måtte arbeide med problemene på en akutt og nesten brannslukkende måte. Det var krevende, ikke minst fordi den løpende drift av klinikken lå i lokalpolitikeres hender. Der var ”spill” innad i fylkeskommunene, til dels også i kommunene, mellom dem og overfor staten. Ja, det var, som vi har vist, spill også innad i staten, nemlig mellom Sosialpartementet, ved helseavdelingen, og Helsedirektoratet. Helsedirektøren fikk stadig anledning til å lufte sin misnøye med den territorielle ansvarsspredningen i helsepolitikken. I Kommunenes Sentralforbund var irritasjonen overfor Helsedirektøren til å ta og føle på, og presset på statsråden og Sosialdepartementet, for å sette Helsedirektøren på plass, ditto. Det er ikke så underlig at en sterkviljet helsedirektør i tilsynsloven av 1984 snart fant et ekstra godt virkemiddel i det helsepolitiske ”spill”: Loven gav jo Helsedirektøren et rettslig grunnlag for å gripe inn, og for så vidt for å legge press på spare- og effektviseringspolitikken i helsevesenet.

Norbom fikk altså anledning til å arbeide med det han hadde ventet han skulle få arbeide med, nemlig velferdsstatens ressursutfordringer. Han hadde imidlertid ikke ventet at han skulle måtte arbeide med dem på en så rent helseorientert og så defensiv måte; ja, at hans arbeid med dem skulle ende i en dragkamp om helseforvaltningens organisering og i en maktkamp med Torbjørn Mork.

Dragkampen tok slutt utpå morgenkvisten den 16. juni 1992. Med avstemningen ble det avmaktsspill som hadde begynt å utvikle seg fra det øyeblikk Helsedirektoratet ble delt senhøstes 1983, men som hadde røtter iallfall tilbake til Morks første periode (1972–1983) og i mange henseender også til midt i Evangs lange epoke (1950-årene), langt på vei, men ikke helt, bragt til ende. En ny politisk og administrativ ledelse i departementet og en delvis ny ledelse i direktoratet, kunne overta det Norbom kunne omtale som ”konkursboet” og begynne ”på nytt”. Norbom tok ferie sommeren 1992 og fortsatte som en slags forretningsdepartementsråd utover høsten. Han hadde året før, omtrent da den grønne bok ble lagt frem, overfor statsråden varslet at han om ca. et år ville ansøke om avskjed i nåde. Nå minnet han henne om dette og sendte midt i august sin avskjedsansøkning. Han fikk formelt avskjed som departementsråd fra den 31. desember 1992, vel 69 år gammel, men hadde reelt sluttet noe før jul. Norbom dro da på sin amerikanske juleferie. Hans etterfølger, Eldrid Nordbø, kom omtrent da han dro på juleferie.

Norbom sluttet imidlertid ikke ganske umiddelbart. Nå var det også kommet en ny ren sosialminister, Grete Knudsen (f. 1940). Hun ønsket at han skulle lede et utredningsarbeid om velferdsstatens ressursmessige utfordringer. Han skulle altså igjen ta fatt på det han ved tiltredelsen trodde han særlig skulle komme til å befatte seg med som departementsråd i Sosialdepartementet. Nå skulle han følge opp noe av det arbeid han hadde utført som leder for trygdefinansieringsutvalget. Det hadde han intet imot. Han var stadig like interessert i velferdsstatens finansiering. Han tok imidlertid på seg dette utredningsarbeidet også av ”terapeutiske” grunner. Han håpet at det ville skyve nederlaget i helseforvaltningssaken mer i bakgrunnen. Det gjorde det.

Norbom fikk som utreder en egen gruppe med sakbehandlere under seg, ”Underhuset”, som han kalte den. Til å lede arbeidet hadde han med seg ekspedisjonssjefene, ”Overhuset”. Arbeidet ble en understrekning av det Norbom for alvor hadde begynt å se da han var statssekretær, og ble enda mer klar over som finansminister, at ambisjonsnivået i velferdspolitikken måtte senkes. I 1972–73 påpekte han dette under inntrykket av den

internasjonale finanskrisen. Nå kunne han gjøre det under inntrykk av en alvorlig nasjonal bankkrise og en høy arbeidsledighet. Men som hans advarsler var falt på stengrunn i 1973, gjorde de det nå, i 1993. Oljen var den viktigste grunn til det. Sverige og Finland hadde ikke olje, men en dypere krise, og klarte å stramme inn på pensjonsprogrammene.

Da han 15. desember 1993 fylte 70 forlot han Sosialdepartementet for godt; det vil si, han hadde gjort det i slutten av november. Nå var han pensjonist. Det er han stadig.

Den 8. desember 1992, i forbindelse med at han gikk av fra embedet som departementsråd, ble det holdt avskjedsmiddag for ham i regjeringens representasjonslokaler i Parkveien. Det ble en hyggelig aften for ham, og for alle tilstedeværende. Norbom avsluttet aftenen med en takketale.

I en takketale er man gjerne litt mer emosjonell enn vanlig. Rasjonalisten Jon Ola Norbom var til daglig lite emosjonell. Det betyr at han særlig var tilbakeholden med å vise ”feminine” følelser, ”kjærlighetsfølelser”. Han ble ikke sentimental. Han viste imidlertid heller ikke gjerne ”maskuline” følelser, altså sinne og aggresjon. Av og til kunne han nok merke at det ”trykket på” litt, men som regel kom da en teknikk han hadde lært av en annen, mer følsom mann og sjef, Ole Myrvoll, til nytte: å telle til ti. Teknikken er en utpreget kognitiv teknikk: Den innebærer at man utsetter også sine følelser for rasjonell vurdering før man eventuelt *velger* å eksponere dem. Den innebærer at man lar det evolusjonært nyere området av hjernen, det prefontale cortex, ta styringen over amygdala og det eldre limbiske system.

Norbom hadde kontroll, nær sagt alltid. Det innebar at sine følelser viste han frem gjennom kognitive erklæringer, ja, nærmest gjennom konstateringer. Han gjorde det på to måter, delvis helt rasjonelt og ”flatt”, altså helt erklærende, og delvis gjennom å sende ut noen fine under- og overtoner. Han er grunnleggende underfundig. Han er, som vi har sagt før, ”britisk” maskulin i stilen. Han er det også på en original og intellektuelt raffinert måte. Hans tørre og litt knirkende stemme føyer nærmest ekstra lag til hans underfundighet. Når han en sjelden gang hever stemmen, så den nesten blir skingrende, men uten engang å nærme seg det ”overfundige”, er det som om utropstegnene blir stående i kø i luften.

Hans underfundighet er så underfundig at den ikke alltid straks oppdages. Man må ha kjent og levd med ham en tid for virkelig å merke den. Men selv for nære medarbeidere og venner kan det undertiden ta noen minutter eller mer før dens fulle virkning merkes, som en slags”lazy bombs”.

Nåvel, før vi sier mer om ham, skal vi fortsette med middagstalen.[601] Den illustrerer våre poenger her.

Han slipper løs noen mykere følelser i begynnelsen av sin tale, selv om han ikke blir direkte dristig. Han forteller utenfra mer enn han lar tilhørerne få slippe inn til sitt følelsesrom: ”La meg med en gang si at for meg har dette vært ni lykkelige år og en særdeles aktiv alderdom. Det har alle dere som er her i dag medvirket til, og det takker jeg for”.

[601] Talen hadde bare overskriften ”Tale ved middag i Parkveien 8. desember 1992”. Vi har en kopi av talen i vårt arkiv.

Vibrasjonene fra Norbom-prosessene hang selvsagt fortsatt igjen i luften. Han måtte si noe om dem, dog igjen uten å bli spesielt emosjonell. Slik gjorde han det:

> *Riktignok var det en stor sak som jeg ble sterkt engasjert i og som ikke lykkes. På det området forlater jeg et uryddig bord. Jeg føler et sterkt ansvar for det og finner det også vanskelig å bære at et meget fint menneske og en dyktig statsråd – fikk større og mer smertefulle sår enn meg selv.*

Han utdypet ikke det mer. Det kunne han ikke. Nå måtte han ta følelsene ut av saken og se offensivt fremover. Han måtte vise at han hadde kontroll, i det minste over seg selv. Han fortsatte derfor slik:

> *Men slik er nå en gang systemet. Jeg er likevel glad for at jeg fikk mitt navn knyttet til en bevisstgjøring av at her er det noe som må forbedres, og selv etter et såkalt "nederlag" ligger det biter igjen som kan settes sammen på en måte som vil gi et bedre resultat enn den nåværende ordning.*

Fra nå av var og forble han som hans medarbeidere var vant til å høre og oppleve ham, saklig, og underfundig.

"Departementet har", fortsatte han, "siden 1913 da det ble opprettet, hatt 36 statsråder, hvordav de 19 første må ha hatt det vondt – for det var nemlig først den 20., Gudmund Harlem, som i 1956 fikk opprettet departementsrådsembedet".[602] Han fulgte opp slik:

> *Det har inntil nå vært fire departementsråder. Jeg som den fjerde var også den første som også fikk helsesaker. –Noe som kanskje ikke alle synes var noen god idé! Departementsrådsembedet har blitt kalt det mest udefinerte i norsk forvaltning og kan bli oppfattet og praktisert på mange måter.*

Han nevner at noen har sett på departementsråden mest som en, ikke altfor viktig, regningskontrollør, mens andre har sett på ham eller henne som den som "manipulerte" det meste i departementet og alltid fikk det som han eller hun ville, altså som en slags Sir Humphrey. Norbom "plasserte" seg slik:

> *Jo, jeg har stilt noen spørsmål vedkommende enkelte reiseregninger – og en ikke ukjent skrankeadvokat sa i fjor på et offisielt møte[603] at inntil departementsråden i Sosialdepartementet hadde begynt på omorganiseringen av den statlige helseforvaltning, så hadde han sett på serien "Javel, Statsråd" som morsom*

[602] Departementsråden er den høyest rangerte faste embedsmann i et departement. Han eller hun har en avdelingssamordnende rolle og er statsrådens nærmeste administrative rådgiver. Opprinnelig (fra 1814) var det ekspedisjonssekretæren som hadde denne rollen. Midt i det 19. århundre begynte det å komme flere embeder på øverste nivå, men med betegnelsen ekspedisjonssjef. Denne tittelen ble gjort generell i 1898. Samtidig falt i praksis den koordinerende rollen bort. Det er altså i noen grad det gamle ekspedisjonssekretærembedet som kom tilbake da man etter krigen begynte å opprette departementsrådsembeder. Det første kom dog allerede i mellomkrigstiden, i 1922. Det kom i Utenriksdepartementet (utenriksråd). Embedene som finansråd og forsvarsråd kom i 1952. Så fulgte de andre departementer etter. Disse brukte imidlertid departementsrådsbetegnelsen. Den første dep.råd i Sosialdepartementet, Agnar Kringlebotten (1892-1972), ble altså ikke sosialråd. Dep.råden på Statsministerens kontor, som også var statsrådssekretær, fikk imidlertid i 2001 tittelen regjeringsråd.

[603] Alf Nordhus, på aksjonskomiteens møte i Misjonsaulaen 30.9.91.

> *underholdning, men nå hadde han skjønt at det var blodig alvor. Med andre ord, jeg må ha utøvet embetet innenfor et bredt variasjonsområde.*

Han fortsetter så med å si at uansett hvordan en departementsråd nå måtte oppføre seg, så må han, hvis han skal lykkes, ”ha et spesielt og nokså udefinert fortrolighetsforhold til statsråden”. Han sier at han tror han har hatt det til ”sine” fire statsråder. Han henviser i den sammenheng til at det har vist seg blant annet ved at de ”direkte, og særlig indirekte” har kommet med hjertesukk overfor ham: ”Det bekrefter”, sier han, ”at det er veldig hyggelig å bli utnevnt til sosialminister, men at det er dager hvor det ikke er like hyggelig å være det”.

Litt sier han imidlertid om sine fire politisk foresatte, én mann og tre kvinner. Han trekker frem en typisk egenskap ved hver av dem. Typisk nok er det en egenskap han ser på, på en bekreftende måte: Leif Arne Heløe, den første, hadde ”utpreget humoristisk sans”, Tove Strand Gerhardsen hadde ”evnen til fort å se det vesentlige og ta hurtige avgjørelser”, Wenche Frogn Sellæg var preget av ”ryddige arbeidsmetoder” og Tove Veierød, den siste, av ”vennlighet og menneskelig forståelse”. Han nevner også at han tror, at hvis han skulle ha fortsatt, ville ha vunnet også de to nye statsråders fortrolighet.

♦

Norbom kom utvilsomt godt overens med alle sine statsråder, og har for så vidt møtt dem alle etter at han gikk av, bortsett fra én, Wenche Frogn Sellæg. Han samarbeidet godt med Sellæg som statsråd. Etter at hun gikk av i oktober 1990 oppmuntret hun ham også, som vi har sett, til å fortsette arbeidet med forvaltningsreformen. Hun, og hennes parti, skulle imidlertid vende seg mot ham da den grønne bok kom. Det ble kanskje avgjørende for utfallet av de norbomske prosesser? Norbom er selv tilbøyelig til å mene det. Wenche Frogn Sellæg forteller også at da Norbom traff henne etter at det hele var over, sa han: ”du har tatt tyve år av mitt liv!”[604]

At Norbom av den forsiktige Myrvoll hadde lært å telle til ti betydde jo at også han undertiden ble vred. Han slapp imidlertid sjelden vreden til, og hvis han gjorde det, gjorde han det på en gjennomtenkt måte. Det som skjedde i Odelstinget natten til den 16. juni hadde også gjort ham vred, vred blant annet på sin tidligere høyrestatsråd, men også på Arbeiderpartiets representanter i Sosialkomiteen, ja, på Arbeiderpartiets ledelse. I et intervju med Dagbladets Gro Møllerstad (f. 1960) på sin 70-årsdag, altså vel et år etter at han hadde holdt sin middagstale i Parkveien, sa han således:[605]

> *Jeg ble opprørt over den måten Odelstinget hundset sosialminister Tove Veierød uten at hun fikk noen skikkelig støtte fra sine egne partifeller. Og dette tør jeg si, uten at jeg dermed vil bli beskyldt for å være en dårlig taper, men fordi jeg ikke regner meg selv som helt uvitende om politisk spill og taktikk. Som finansminister i en mindretallsregjering ble jeg godt kjent med de politiske svøpeslagene, men det opplevde jeg tross alt som en kamp mellom gentlemen.*

Etter natten i Odelstinget, og før han visste at Tove Veierød hadde fortalt Statsministeren at hun ønsket å gå av, sa Norbom til henne: ”Du har intet mer i denne sal å hente”.[606]

---

[604] Opplyst av Wenche Frogn Sellæg i intervju den 12.8. 2009. Uttalelsen falt helt privat. Sellæg husker ikke sikkert når uttalelsen falt, men det kan ha vært i forbindelse med at han gikk av.
[605] Intervju i *Dagbladet*, 15.12. 1993, s. 3.
[606] Opplyst av Jon Ola Norbom i samtale den 23.7. 2012.

Jon Ola Norbom møtte inntil 2016, hver sommer, sine to tidligere arbeiderpartistatsråder, ”mine to Tover”, på en restaurant i Oslo sentrum, til en middag. Da ble nesten alltid ”Norbom-prosessene” et av samtaleemnene.

Departementsråden som forvaltningsleder

Departementsråden befinner seg i skjæringspunktet mellom politikk og forvaltning. Han eller hun er formelt forvaltningsleder, men skal betjene politikken, og må derfor, som Norbom skrev i 1971, også opptre politisk.

Embedet kom, som vi har nevnt, i 1955.[607] De kom som en del av Einar Gerhardsens nye reformoffensiv etter at han dette året kom tilbake som statsminister. Da han overtok som leder for den rene arbeiderpartiregjeringen høsten 1945 var det med store reformambisjoner. Men han så snart at statsrådene ikke kunne makte å være både reformstatsråder og forvaltningsstatsråder. De trengte hjelp til å lede sine departementer. Det var derfor ordningen med statssekretærer ble innført i 1947, mot borgerlig motstand. Statssekretærene skulle bistå statsrådene både med å utvikle politikken og med å drive, eller samordne, som det het, virksomheten innad i departementene. De to oppgavene var ikke lette å forene. Gerhardsens reformprogram var et program som baserte seg på et omfattende fagstyre, spesielt økonomisk fagstyre. Påvirket av ikke minst Erik Brofoss, men også Jens Christian Hauge (1915–2006), ”trodde” Gerhardsen på det Frisch hadde sagt, om at man kunne og burde skille sak, altså forvaltning, og vurdering, altså politikk. Statssekretærene skulle altså forene de to oppgaver. Det viste seg raskt at de færreste klarte det godt. De fungerte, hvis de fungerte, godt politisk, men fikk sjelden godt tak på samordningsoppgaven.

Da Gerhardsen trakk seg som regjeringssjef i november 1951, fordi han følte seg ”trett”, kan det ha vært den viktigste grunn: De første seks årene etter krigen hadde tatt på; deler av hans ”sosialistiske” reformprogram var blitt møtt med stor motstand fra borgerlig side, en motstand som kulminerte med striden om pris- og rasjoneringslovene i 1953, altså godt ute i Gerhardsens ”time out”-periode. Da Gerhardsen kom tilbake i 1955 lanserte han, med justisminister Jens Chr. Hauge som general, en mer faglig preget forvaltningsreform. Som en del av denne ble altså departementsrådsembedet opprettet. Oppgaven med å samordne, eller generelt lede, den departementale virksomhet innen de rammer som politisk var trukket opp, ble overlatt til en departementsråd, en fagmann. Statssekretæren fikk samtidig sin oppgave begrenset til det rent politiske, altså til det å være med på å utvikle ny politikk og ellers bistå statsråden med det denne skulle trenge ham eller henne til, for eksempel å ta seg av de ytre forbindelser, til parti, storting og medier.[608] Denne mer Frisch-iske måte å fordele oppgavene på, var altså uttrykk for at styringen nå skulle bli mer fagpreget. Den ble det i den grad at statssekretærordningen i noen grad forvitret. De statssekretærer som ble beholdt var for øvrig gjerne fagkyndige og erfarne personer.

[607] Embedene som utenriksråd (1922), finansråd (1952) og forsvarsråd (1952) kom, som nevnt, av mer departementsinterne grunner. Om etableringen av dep.rådsembedet, se Tore Grønlie, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945*, bind I, Bergen: Fagbokforlaget, 2009, s. 159-170.

[608] Flere statsråder hadde allerede før 1955 hatt en personlig sekretær, dog ofte en som kom fra departementet og ikke egentlig hadde en politisk oppgave. Nå ble stillingen som sekretær iallfall delvis politisert; skjønt det skulle fortsatt være adgang for statsråder til å ha ”upolitiske” sekretærer. Kfr. *ibid.*, s. 171.

Den mer ”rufsete” legmannspolitikken begynte så vidt å komme tilbake etter at Arbeiderpartiet tapte flertallet ved valget i 1961. Politiseringen tiltok etter Kings Bay-saken og intermezzoet med regjeringen (John) Lyng (1905–1978) (1963), og ble nærmest institusjonalisert med Borten-regjeringens tiltredelse (1965). Nå kom der statssekretærer i alle departementer, og flere personlige sekretærer. I 1947 hadde de borgerlige partier gått imot opprettelsen av statsekretærembedene. Men ikke bare ble slik departementsledelsen mer politisert, flere av statssekretærene fikk også departementale samordningsoppgaver. Politikken begynte altså å spre seg nedover i forvaltningen. Tendensen til repolitisering, altså til mer politokrati, ble bekreftet gjennom 1970-årene og forsåvidt også gjennom 1980-årene og til dels litt ut i 1990-årene. Utviklingen ble understreket gjennom et politikerstyrt utredningsarbeid og i praksis konfirmert i Stortinget i 1977. Regjeringen fulgte opp og ved kongelig resolusjon av 23. januar 1981 (regjeringen Brundtland I), ble et nytt, politokratisk ”Reglement for departementenes organisasjon og saksbehandling” vedtatt.[609]

I paragrafene tre og fire i reglementet heter det:

> *§ 3. Statssekretæren er direkte underlagt departementssjefen og skal ha som oppgave å bistå denne med departementets ledelse.*
> *Statssekretæren handler på vegne av departementssjefen i den utstrekning denne bestemmer.*
> *§ 4. Departementsråden er departementets høyeste faste embetsmann.*
> *Departementsråden har til hovedoppgave å avlaste og å være rådgiver for statsråden i arbeidet med ledelsen og samordningen av departementets arbeid. Han skal sørge for at arbeidet i departementet utføres så rasjonelt som mulig.*
> *Han skal videre holde departementssjefen underrettet om arbeidet i departementet og straks gi denne melding om saker av særlig viktighet.*

Vi ser altså at statssekretæren nå nesten er definert som viseminister. Han eller hun er tydelig plassert over departementsråden, men hvor grensen mellom rollene går, er uklart. Reglementet åpner for tilpasning, etter den aktuelle statsråds behov og vurderinger. Med andre ord: Der åpnes for ”politisering” nedover mer enn for avpolitisering oppover. I de utredninger som lå til grunn for vedtagelsen av det nye reglementet, men for så vidt også forvaltningskomitens innstilling av 1970, ble det gjort et poeng av at man ikke kunne skille klart mellom politikk og forvaltning, mellom erfaringsbasert legmannsskjønn og faglighet. Her var man altså nokså meget på linje med Jon Ola Norbom. Mange av de overordnede, ofte eldre, faste embedsmenn, som departementsråd i Justisdepartementet (1964–1979), Kristian Bloch (1911–1983), la mer vekt på at man kunne skille mellom politikk og forvaltning, og ville skyve statssekretæren lengst mulig inn i politikken, og ut av forvaltningen.[610]

[609] Reglementet, som vi skal komme tilbake til, trådte i kraft den 1. februar 1981. Det erstattet det reglement som var vedtatt ved Kgl. res. av 9. oktober 1970 og Reglement for statssekretærene, vedtatt ved Kgl. res. av 11. juli 1947. 1981-reglementet ble ubetydelig endret i 1984, og gjelder, med denne endringen, fortsatt. Det finnes på nettstedet regjeringen.no.

[610] Bloch, som fra 1956 til 1964 hadde vært ekspedisjonssjef på Statsministerens kontor, og samtidig statsrådssekretær, tilhørte mindretallet i det utvalget som i 1974 leverte sin innstilling om organisasjonsformen og saksbehandlingen i forvaltningen. Kfr. Grønlie, *op.cit.*, s. 401-406. Kfr. også Johan P. Olsen (f. 1939), «Sentraladministrasjonen i en utfordrende æra: Tid for ettertanke», *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, bind 35, nr. 1, 2019, s. 4-27, spesielt s. 11-12.

Både de formalia og de holdninger som dominerte da Norbom ble departementsråd passet ham altså godt. De hadde ikke passet hans forgjenger, Emil Vindsetmo like godt. Vindsetmo, som var cand. mag, og delvis hadde vært journalist, kom inn i forvaltningen i 1966, som statssekretær for statsminister Per Borten. Etter et par år som presidiesesekretær i Nordisk Råd ble han i 1973 departementsråd i Sosialdepartementet. Han var altså ingen tradisjonell embedsmann, men kom allikevel, som departementsråd, til å være skeptisk til juniorpolitikere av alle slag. Han hadde hatt et par krevende statssekretærer, Kjell Knudsen og psykiateren Per Nyhus (1927–1989), og syntes man kunne klare seg uten statssekretær. Da en ny psykiater, Astrid Nøklebye Heiberg, ble statssekretær i 1981 merket hun raskt hva departementsråden syntes om statssekretærer. Han ”smeltet” imidlertid og mente etter en tid at hun kanskje burde overta etter ham; han var 65 i 1981. Men det gikk ikke slik. Da Vindsetmo døde i 1983, ble han først midlertidig etterfulgt av Jan Madsen og så altså, fra våren 1984, av Jon Ola Norbom.

Det fulgte av Norboms syn på forholdet politikk/forvaltning, og på offentlig styring mer alment, at departementet *var* statsråden. Departementet hadde ett, og bare ett, ansikt, statsrådens. Han eller hun hadde dermed også full instruksjonsrett, ikke bare over departementet, men også over underliggende etater, som Helsedirektoratet. Departementet var også forvaltning, men ikke en uavhengig forvaltning: Det var et redskap for statsråden. Det var derfor naturlig for Jon Ola Norbom, og for Knut Brofoss, å forstå statsrådens instruksjonsrett vidt. Det var derfor også like uforståelig for dem når Helsedirektøren ikke ville føye seg.

Norbom var altså, tør man si, på linje med både formalia og den politiske tidsånd, når han så slik på sin rolle, og på hva departementet var, og når han ble forbløffet over Helsedirektørens opptreden både før og under Norbom-prosessene. Ja, for ham var det uforståelig at man overhode skulle trenge noen Norbom-prosesser.

Med Norboms ”departementsforståelse” måtte hans og departementets mandat komme ovenfra, fra statsråden. Det betydde også at det for ham ble avgjørende å forstå, og få et godt forhold til, statsråden. Som vi har sett, mente han selv han fikk det. De mener også alle at de fikk et godt forhold til ham, selv om forholdet selvsagt fikk ulikt innhold i de fire tilfeller; de to siste (parallell)statsråder ser vi da bort fra – dem samarbeidet han ikke så lenge og så nært med. På ett vis hadde han det imidlertid enklere med de to første enn med de to siste statsråder. Som ham var de ”ekte” politikere, opptatt av og trent i, legmannspolitikkens ”håndverk”, det å kunne ”muddle through”. De var det på litt ulike vis: Heløe var særlig opptatt av ”spillet” direkte inn i politikken, i partiet, partiene og Stortinget, til dels også i organisasjonene. Gerhardsen var like mye opptatt av den indirekte politikken, den som gikk via massemediene. Heløe, og enda mer hans statssekretær, hadde et litt mer anstrengt forhold til mediene. Men begge passet altså slik Norbom godt. Han slapp å bekymre seg for deres politiske håndverk, det som det for en departementsråd gjerne er aller vanskeligst å forsøke å påvirke. I politisk stil lignet han nok for øvrig mer på Heløe enn Gerhardsen. Han trivdes bedre i de politiske, mer eller mindre lukkede ”rom” enn på ”scenen”. Norboms to siste statsråder, Sellæg og Veierød, lyktes ikke like godt som politiske håndverkere. Den første laget noen bølger med dristige (høyre)politiske utspill, fikk problemer med ”eldreopprøret” og ble endel av posisjonsstriden i Høyre våren 1990. Hun brukte ikke Norbom som rådgiver i slike saker, og han forsøkte seg heller ikke som rådgiver. Kanskje man kan føye til: han ble heller ikke så godt kjent med henne (etter bare ett år) at han kunne forutsi hvordan hun ville reagere i de avgjørende runder med forvaltningsreformsaken. Men heller ikke Veierød brukte egentlig Norbom som nær politisk rådgiver. Det er fristende å si at det i noen grad skyldtes at de ble for godt kjent. Han forstod at hun ikke var laget for å spille politisk ”hard-ball”, ja, at

den saklige samtale snarere enn "spill" var det som passet henne. Han forstod også at det da ikke passet at han skulle forsøke å få hennes statssekretær til å spille den mer "rufsete" politiske rollen.[611]

Med Norboms syn på departementet som statsrådens, var det viktig at statsrådens intensjoner ble fulgt opp i praksis. Det betyr ikke at han ble en nærstyrende og, om nødvendig, autoritær – altså truende – departementssjef. Av legning var han mild. Han ville heller lede enn styre, heller få med seg folk gjennom argumentasjon enn gjennom maktbruk. Derfor delegerte han generøst myndighet til sine ekspedisjonssjefer, og viste slik at han stolte på dem. Derfor ble også de ukentlige ekspedisjonssjefsmøtene mer seminarpregede, og uttrukne, enn strengt formelle rapporterings- og beslutningsmøter. Vi kan føye til, derfor var han ikke for opptatt av linjer og formelt ansvar; han snakket gjerne med folk på lavere nivåer enn han "skulle" og tillot også at de, som alle andre, kunne ta direkte kontakt med ham. Han la istedenfor vekt på holdninger og kulturdannelse: Hvis alle visste i hvilken retning statsråden ønsket at de skulle, og oppførte seg deretter, var det nok, ja, det beste.

Men Norbom kjente jo til at også byråkratiet kan preges av spill, og unnlot derfor ikke også å passe på, på sin forsiktige, men bestemte måte. Alle visste også det, og hadde respekt for "råden". Det dramatiske uttrykk for det er selvsagt Norbom-prosessene. De kom, for ham, istand fordi han ikke fikk Helsedirektøren og hans direktorat med seg, det vil si med statsråden, i alle henseender. Det forholdt seg nok litt annerledes med de mer uavhengige, underliggende institusjoner enn med departementet, men ikke så annerledes at ikke politokraten Norbom følte at han måtte reagere (overfor Mork). Man kan også si at fordi han var politokrat følte han det som skjedde i Odelstinget den 15. og 16. juni 1992 som så ydmykende.

♦

Som vi har nevnt kom den nye bølge av fagliggjørelse, altså styringsprofesjonalisering, fra ca. midt i 1980-årene, med Willoch-regjeringens *moderniseringsprogram*. Det ble vedtatt ved kongelig resolusjon (11.4. 1986) like før regjeringen falt. Regjeringen Brundtland II fulgte opp med sin versjon av denne styringsprofesjonaliseringspolitikken allerede året etter, men med en ny merkelapp, *fornyelsesprogram*. Det ble lansert med en stortingsmelding kalt *Den nye staten*.[612] Willoch-regjeringens program hadde høyre-liberale innslag, som fristillelse av produktive virksomheter gjennom privatisering, Brundtland-regjeringens hadde mer venstre-liberale innslag, som fristillelse innenfor det offentlige. Det videre arbeid med profesjonaliseringen av styringen fortsatte på disse venstre-liberale premisser, med rapporten om *En bedre organisert stat* (1989) og *Fundament for fellesskap* (1992) som viktige dokumenter. Denne styringsprofesjonalisering var en profesjonalisering på utpreget nyttestatlige prinsipper. Den representerte en fortsettelse, på mer ambisiøst grunnlag, av den gerhardsenske forvaltningsreformoffensiv fra 1955. Konkret innebar den en økende bruk av

[611] Tove Veierød valgte ikke selv sin statssekretær; hun fikk ham etter beslutning på statsministernivå. Veierød og Aasen var også for forskjellige i stil til at de kunne passe helt godt sammen. Interessant nok fikk også Sellæg seg "tildelt" statssekretær. Også hun og Andersland var litt for forskjellige i stil til at de ble et godt integrert lederlag. Heløe og Gerhardsen (da Aasen kom) hadde statssekretærer de passet godt sammen med.
[612] *Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen*. Vedlegg til St.meld. nr. 4 (1987–88), *Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken*.

mål- og resultatstyring, altså en form for kvantitativt orientert styring, inspirert av den privat-kapitalistiske styringsformen.[613]

Som et ledd i styringsprofesjonaliseringen, på nyttestatlige premisser, ble det i *Den nye staten* fastsatt at mål- og resultatstyring skulle innføres i alle statsinstitusjoner innen 1990. Denne styringen ble konkretisert som det som ble kalt *virksomhetsplanlegging*: Den enkelte institusjon skulle lage tidsbaserte planer for hvordan (mest mulig presise) mål skulle oppnåes gjennom tildelte budsjettmidler og andre midler. Det viste seg raskt å være vanskelig for mange institusjoner, ikke minst departementene, å gå over til slik styring. Man klarte på dette tidspunkt ikke å definere mål på noen god måte og dermed ble planene mer en videreførelse av den gamle, og mer "upresise", forvaltningspregede måten å styre på enn en overgang til noe nytt og mer sofistikert. Ett av problemene departementene fikk var også at de, som politiske institusjoner, stadig måtte forholde seg til nye krav og ønsker.

Norbom var innstilt på å følge opp de pålegg som kom, men som det erfarne (leg)politiske menneske han var, mente han at den nye styringsformen var preget av litt hybris. "Denne planen gjelder inntil vi får en ny", kommenterte han en gang.[614] Hans "motpart", Torbjørn Mork, gikk med større engasjement inn i virksomhetsplantiden; kfr. kap. 7. Ja, Mork og hans medarbeidere klaget jo, som vi har sett, gjentagne ganger over at departementet ikke kommenterte direktoratets virksomhetsplaner.

Norbom i den departementale hverdag

Høsten 1985 begynte 38 år gamle Marit Stadheim som forværelsesdame hos Jon Ola Norbom. Hun hadde da vært et drøyt halvår i samme stilling i helseavdelingen (økonomiseksjonen). Da hun ble intervjuet for stillingen, spurte Norbom om hun stenograferte. Hun svarte at det gjorde hun, men at det var noen år siden hun sist hadde gjort det. Hun kunne ta et oppfriskningskurs, føyde hun til. Departementsråden syntes det hørtes betryggende ut. Men det tok ikke så lang tid etter at hun var begynt i stillingen før det ble mindre av stenograferingen. Norbom snakket sakte og tydelig og det var nokså lett å skrive ned det han sa i vanlig "longhand". Gradvis ble hennes rolle også ellers endret. Han begynte å bruke henne mer og mer som en generell assistent. Etter hvert var hun med på alle møter han hadde, også på ekspedisjonssjefmøtene. Som vi har sett var hun sekretær for styringsgruppen. Hun ble hans referatskriver, men slik også mer og mer av en rådgiver. Ja, hun ble uunnværlig for ham. Hun ble hans *factotum*.[615] På denne måten ble han også hennes rådgiver, og opplærer.

[613] I privat virksomhet er resultatet enkelt, avkastning av den investerte kapital. I offentlig virksomhet var målene mange og varierte. Utfordringen ble nå å definere både presise og meningsfulle mål(indikatorer). Som vi har nevnt var slike nå iferd med å bli utviklet innen helsevesenet, med basis i helsetjenesteforskningen, den kliniske epidemiologi og, etter hvert, under den kunnskapsparaply den evidensbaserte medisin skapte. Også innen privat virksomhet var det aktuelt å bruke målstyring, både fordi bedrifter kunne ha flere mål enn avkastning og fordi både avdelinger og ansatte i bedrifter kunne styres gjennom mer middelpregede mål. Den østerriksk-amerikanske ledelsesteoretiker, Peter F. Drucker (1909–2005), hadde allerede tidlig i 1950-årene lansert ideen om "Management by Objectives"; kfr. hans *The Practice of Management*, New York: Harper, 1954, kap. 11 ("Management by Objectives and Self-Control").

[614] Thomas Mauritzen, samtale 17.3. 2011.

[615] Av latin, *fac totum!*, gjør alt!. Ordet ble tatt i bruk i Europa fra det 16. århundre. Mye av informasjonen i denne delen har vi fått gjennom samtale med Marit Stadheim den 20.7. 2011. Vi har imidlertid også brukt

Forværelsesdame Stadheim endte sin karriere i departementets personalseksjon, som underdirektør. Hun hadde ikke akademisk utdannelse, men hun lærte gjennom refleksiv praksis. Hun ble et uttrykk for Norboms tro på betydningen av erfaringslæring og legmannsskjønn.

Marit Stadheim (f. 1947): Hun begynte i Sosialdepartementets helseavdeling, økonomiseksjonen, i 1985. Hun arbeidet på forværelset. Mot slutten av året ble hun departementsråd Norboms personlige sekretær. Norbom tok henne med på alle møter, også ekspedisjonssjefsmøtene. Gradvis ble hun slik også hans rådgiver. Etter at Norbom gikk av, gikk hun over i personalforvaltningen i departementet. Hun ble konsulent i 1990, så førstekonsulent og til sist (2006) underdirektør. (Foto: Privat, fra slutten av 1980-årene)

En av fru Stadheims oppgaver var å passe på departementsrådens dør. Mange ville snakke med departementsråden, litt for mange, syntes han. Hun utøvet imidlertid skjønn og syntes ikke hun skulle stoppe folk som følte de hadde et alvorlig ærend å legge frem for ham. Han forsøkte å irettesette henne: ”Du må være mer drage. Du må ikke slippe så mange inn”, sa han. Men han ville gjerne fremstå som vennlig og tilgjengelig. Han var også nysgjerrig. Han ville gjerne vite, vite mest mulig: Det hadde, kan man kanskje si, også med hans betoning av betydningen av det konkrete å gjøre. Han ble da også mer tilgjengelig, ja, så mye at det ble en av hans viktigste kilder til autoritet i departementet. Etter at han var gått av var hans tilgjengelighet noe av det hans medarbeidere spesielt husket, og hadde satt pris på.

Marit Stadheim ble snart klar over at han var, og stadig mer ble, opptatt av sine medarbeidere, også som personer. Ved en anledning hadde en arkivleder falt i heisen og brukket benet. Stadheim kjente til det, men mente det ikke var noe hun skulle fortelle Norbom om. Han fikk imidlertid vite om det og kom og spurte om hun hadde visst om det. Da hun svarte bekreftende, sa han at det burde hun ha fortalt ham. Han måtte vite hva som skjedde med folk.

Som nevnt ble ikke ekspedisjonssjefmøtene ledet på noen svært formell og stram måte. Selv om Norbom, særlig i starten, var, og forsøkte å være, litt formell og ”opphøyet”, ble tonen etter hvert mer uformell og avslappet. Noen, som selv var mer formelle av legning, kunne nok ha tenkt seg at han hadde styrt diskusjonene på en strammere måte, blant annet for å stagge de mest taleføre og mest selvhevdende – spesielt Harald Hauge – men Norbom gjorde ikke det. Av og til kunne det virke som om han nesten ikke var opptatt av å styre møtene. Det hendte endog at han duppet litt av under dem; iallfall så det slik ut. Men deltagerne lærte jo snart at han fulgte med. Han kom inn når det var tid for det, summerte opp, på en skarp og elegant måte. Intet hadde gått ham hus forbi.

informasjon vi har fått fra flere andre: Jon Ola Norbom, Thomas Mauritzen, Egil Danielsen, Kari Holst og Andreas Disen.

Når ekspedisjonssjefmøtet saklig sett var over, hadde han gjerne et ekstrapunkt: ”Har vi noen pikante historier siden sist?” Hans interesse for sine medarbeidere, og for mennesker, helst med makt, utover den departementale stab, var, som vi har fremholdt, betydelig. Interessen kunne av og til gå over i det nysgjerrige. Men også slik hadde interessen en funksjon: en stemningsskapende.

Norbom brukte ikke tiltaleformen ”De” i departementet. Han tiltalte og omtalte imidlertid alltid statsråden med tittel eller etternavn og de andre lederne i departementet med etternavn. Det gjorde også at de andre gjorde det. Harald Hauge kunne av og til bli mer personlig, og referere til ”Finn”. Det vakte oppmerksomhet. Høvik var den, etter Norbom, det var minst naturlig å tiltale med fornavn. Kari Holst hadde et godt forhold til Høvik og ved en anledning satt de i en gruppe som skulle foreslå tiltak som kunne hjelpe kvinner uten embedseksamen til å få en bedre karriereutvikling. Gruppen arbeidet uformelt og tiltalte hverandre med fornavn. ”Det skal vi også gjøre med deg”, sa Holst til Høvik. ”Ja, det må dere gjerne gjøre”, svarte han, litt smigret, ”men jeg tror ikke dere klarer det”. Det gjorde de heller ikke.[616] Men da Tove Strand Gerhardsen, den håndballspillende Kongsvinger-damen kom som sosialminister, ble det en endring på denne praksis. ”Kall meg Tove”, sa hun, og snart gjorde flere og flere det – men ikke Norbom, selv om han, som nevnt, snart skulle få et svært tillitsfullt forhold til henne. Men statsråd Gerhardsen representerte jo også tidsånden: ”De”-formen var nå stort sett borte i samfunnet, og fornavnsbølgen begynte for alvor å merkes på arbeidsplassene. Den slo jo også raskere og tydeligere inn på arbeidsplasser dominert av folk som politisk stod litt til venstre, og som hadde en betydelig kvinneandel i ”akademiske” stillinger, som tilfellet var med Sosialdepartementet.

Norbom begynte snart å tiltale Marit Stadheim med fornavn, men hun fikk seg ikke til å si Jon. Det forble Norbom. Etter at de begge var gått av, tok hun dog et forsiktig skritt i mer uformell retning. Når hun skriver til ham skriver hun ”Kjære J.O.N.”..

Heller ingen andre i departementet brukte fornavn til eller om Norbom, ikke engang den ”uformelle” statsråden Tove Strand Gerhardsen, eller den dynamiske Harald Hauge. På et vis tilhørte Norbom ikke helt tiden. Han var eldre enn de fleste og så eldre ut enn de fleste. Flere av de litt eldre har bemerket at de syntes han alltid hadde sett gammel ut, for eksempel da han var med i politikken, enda han da var i i førtiårene. Det spilte mindre rolle at han i så stor grad fortsatte å se ut omtrent som han hadde gjort. Han ble bare svært sakte eldre. Det kan ha bidratt til at han ble tiltalt på en mer formell måte. Han bad for øvrig heller aldri noen, heller ikke Marit Stadheim, om å bli tiltalt med fornavn. Fortsatt hang også fortidens kultur slik igjen i ”gangene” at man ikke ville tiltale sjefen med fornavn før han selv bad om det.

Den uformelle tonen viste seg også ved at klesdrakten endret karakter. Stadig flere begynte å kle seg mer ledig og lett; både olabuksen og T-trøyen kunne sees på noen, særlig de yngre saksbehandlerne. På toppen var imidlertid kleskoden fortsatt nokså tradisjonell. Norbom gikk alltid i den tradisjonelle departementale ”uniform”, det vil si i dress eller dressbukse og jakke, med skjorte og slips. I sommervarmen kunne han dog la slipset ligge.

♦

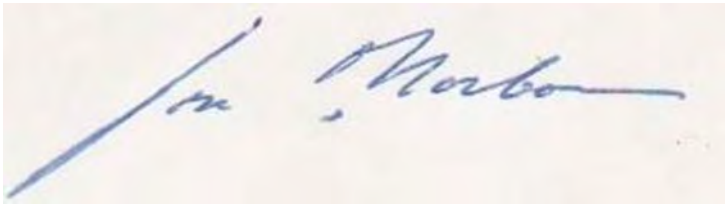
Norbom trivdes i Sosialdepartementet, som han hadde trivdes på alle sine tidligere arbeidsplasser. Hans medarbeidere trivdes også med ham. Det kom klart til uttrykk på

[616] Kari Holst, 14.10. 2010.

avskjedsmiddagen for ham som departementsråd. Han fikk dem, som han hadde gjort på så mange juletilstelninger, til å humre over sin underfundige charme, sitt vidd og sine mange skarpe observasjoner fra det departementale dagligliv.

♦

Slik så hans navnetrekk ut:



Arbeidet absorberte Norbom, i noen perioder nesten fullstendig, i andre litt, men ikke mye, mindre. Han hadde lange dager og korte sommerferier, men da han kom til Sosialdepartementet, ble juleferiene litt lenger enn hva normalt er: Da samlet han krefter og inspirasjon under Floridas sol.

En viktig, kanskje en avgjørende, grunn til at han kunne leve ut sine ambisjoner som han gjorde var at han fikk ”lov” til det av sin kone, Ellen, og de to døtrene. Hjemme ble han alltid møtt av oppmuntring og varmende bekreftelse.

Jon Ola Norbom: avsluttende kommentarer

For Jon Ola Norbom falt personlighet og profesjonalitet sammen. Som den han var kunne han aldri bli en stram fagmann, en teoristyrt politiker eller administrator. Han måtte bruke, og naturlig nok mer og mer, det livet lærte ham og han av livet. Og livet var for ham i siste instans konkret og mangefasettert; det kunne ikke og burde ikke fanges i, og behandles, med utgangspunkt i en formel. Det er fristende å si at han slik var, og stadig mer ble, en ekte konservativ, altså en konservativ i den betydning Edmund Burke (1729–1797) la i begrepet. For Burke var alle deler av virkeligheten uendelig kompleks og, derfor, intellektuelt uoverskuelig i sin helhet. Man burde derfor ikke gripe inn i den som om man hadde full oversikt over den, altså radikalt, som de franske revolusjonsmakere i 1789 hadde gjort. Man burde gå forsiktig frem, og bruke erfaringsbasert skjønn og vise respekt for den visdom som lå i eksisterende institusjoner og tradisjoner – *sensus communis*. Det gjorde Norbom som regel. Kanskje kan man si han var litt mer radikal den siste gangen, altså da han skulle omordne helseforvaltningen?

♦

Jon Ola Norbom fikk en mer spesiell karriere enn de fleste. Det skyldtes delvis ham selv: altså hans dobbelte dragning, mot den administrative faglighet og mot politikken. Men det skyldtes også tilfeldigheter, og den viktigste sådanne var at Ellen Hook og han begge valgte å dra til Collège d’Europe i Brügge i begynnelsen av 1950-årene.

Hans liv hadde innslag av dramatikk, men egentlig bare to. Det første kom da han som ung voksen ble arrestert og havnet på Grini og etterpå ble sendt som fange til Tyskland. Det annet kom da han og hans statsråd ikke fikk Stortinget med seg i juni 1992. Tysklandsoppholdet kom han bra fra. Stortingsaffæren ble mer av et nederlag. Det ble imidlertid også det eneste nederlag han led. Det var uro i og omkring Borten-regjeringen, særlig etterhvert, men han fikk det godt til. Han trivdes, og lærte, i Finansdepartementet, og fikk igjennom "sin" momsreform. Det var enda mer uro omkring Korvald-regjeringen, men Norbom fikk sine folk i departementet med seg og lyktes i Stortinget: Hans budsjetter ble lærebokriktig stramme.

Når Norbom i så stor grad lyktes, også i den forstand at han alltid fikk et godt kollegialt forhold til sine medarbeidere, oppover som nedover, henger det selvsagt sammen med personlighet. Hans vennlig-underfundige væremåte gjorde at hans yrkespraksis aldri ble stiv og teori- eller regelstyrt. Den gjorde at han ble opptatt av å tilpasse seg personer, institusjoner og sted, og å kombinere teoretisk kunnskap og praktisk erfaring. Hans stil ble utpreget bekreftende. Men ved én anledning fikk han det altså ikke til. Ved denne anledning ble den saklige uenighet, og kanskje også forskjellen i personlige stil, mellom ham og Mork, for stor. I dag er han imidlertid mer preget av nysgjerrighet over hvorfor det gikk som det gikk denne natten enn av irritasjon over det. Han har fått se at verden, og helseforvaltningen med den, har utviklet seg videre, på måter som både er preget av noen av hans ideer fra 1992, men også av andre. Slik må det være.

Det er ikke tilfeldig at Jon Ola Norbom har tatt slik vare på sin historie. Han har fortsatt å holde kontakt med de venner han fikk på de ulike stasjoner i sitt liv. Mange av dem han først møtte, i Tyskland og i studiet og i den tidlige politikken, er nå borte, men han fortsatte jo å få venner siden, ikke minst i Sosialdepartementet, så vennekretsen er forblitt stor. Da hans kone døde i 2016 flyttet han, som vi har nevnt, til Suwanee, Georgia, der hans eldste datter bor. Han døde fredfullt der den 12. april 2020.

5. Mot en ny sentral, sivil helseforvaltning: perioden juli 1992 til juli 1994

Å komme i gang igjen

Arbeidet med å omordne helseforvaltningen hadde fra starten av vært stramt styrt fra departementets topp. Planen var at det skulle fortsette slik. Omstillingsarbeidet skulle nå føres videre, under departemental ledelse, med Kjell Knudsen som øverste omstillingsleder. Den nødvendige budsjettproposisjon skulle utarbeides, i departementet. Alt annet arbeid, som den departementale omordning og eventuelt nytt lovarbeid, skulle skje i departemental regi. Nå var disse planene brått blitt uaktuelle. I tillegg var departementet iferd med å miste sitt "hode". Statsråden hadde meddelt at hun ville gå av, og satt nå på oppsigelse. Med henne ville også, sannsynligvis, hennes politiske medarbeidere gå. Omordningsprosessenes general, og departementets øverste faste embedsmann, Jon Ola Norbom, var også på vei ut. Han hadde, som nevnt, meddelt statsråden året før at han, når omordningsbeslutningene var fattet, ville søke om avskjed i nåde. Han ville imidlertid vente med å søke avskjed til statsrådens stilling var avklart. Det burde ikke se ut som om han trakk seg på grunn av en stortingsbeslutning, mente han.[617] Den av ekspedisjonssjefene som hadde vært mest formelt involvert i omordningsarbeidet, Finn Høvik, satt nesten også på en slags oppsigelse. Han ville fylle 70 i 1994.

Det var ikke enkelt for denne ledelsen å lede det videre arbeid med særlig kraft. Hva som nå skulle skje, måtte i størst mulig grad overlates til den nye departementsledelsen. Men noe måtte allikevel straks gjøres. Helsedirektoratet skulle nå leve videre, men som helsetilsyn. Etter stortingsbeslutningen var det åpenbart at man, så raskt som mulig, måtte finne ut hva Helsetilsynet skulle gjøre og hvordan det skulle organiseres. Det var, etter det som var skjedd, ikke naturlig at dette arbeidet først og fremst skulle skje i eller fra departementet: Her manglet man både "tilsynsautoritet" og tilsynskompetanse. Begge deler fantes i direktoratet. Det gjorde også selvtilliten. Her var også "hodet" fortsatt intakt, skjønt hvor intakt det var, var usikkert: Torbjørn Mork hadde lenge vært synlig syk, lungesyk, og nå var han så syk at det var usikkert hvor lenge han hadde igjen å leve. Stortingets beslutning hadde imidlertid gitt ham autoritet, og under seg hadde han en lojal, engasjert og offensiv assisterende helsedirektør, Anne Alvik. Skulle han falle fra, fremstod det som overveiende sannsynlig at hun ville etterfølge ham.

Som vi har sett begynte straks Helsedirektoratet selv å stille seg de eksistensielle spørsmål stortingsbeslutningen hadde aktualisert. På møtet direktoratsledelsen hadde med "aksjonistene" allerede den 1. juli, ble det følsomme spørsmål om hvor defensivt eller offensivt det "nye" tilsynet skulle være, reist: Som vi har sett var noe av bakgrunnen for dragkampen mellom departement og direktorat at det første mente det annet var for tilsynsoffensivt. På dette møtet ble også en rekke organiseringsspørsmål tatt opp, endog spørsmålet om der skulle komme et legemiddelverk. De drøftet også spørsmål knyttet til videreførelsen av virksomhetsplanarbeidet, til "personalpleien" i den omordningsperioden som ville komme og – til spørsmålet om å synliggjøre ledelsen bedre. Med andre ord: Selvsikre direktoratsfolk hadde en offensiv diskusjon.[618]

[617] Jon Ola Norbom, 23.7. 2012.
[618] Møtet er punktreferert i *intern info*, nr. 21, 1992.

I juli var det stort sett ferie, i Grubbegaten som i Calmeyergaten. I august fortsatte arbeidet. Det initiativ Helsedirektoratet hadde tatt før ferien, ble nå ført aktivt videre. Men aksjonskomiteen ble ikke lenger med. Den hadde nå gått over i historien.[619] Den 13. august møtte statsråd og departementsråd, i Morks utenlandsfravær, nr. to i Direktoratet, Anne Alvik, for å drøfte det videre ordningsarbeid. Her fikk Helsedirektoratet i oppdrag å komme med et forslag til hvordan det nye Helsetilsynet kunne organiseres og drives. Statsråden sa til Klassekampens Finn Sjue (19.8.) at direktoratets forslag også burde "gi svar på om det statlige helsetilsynet skal omfatte enda flere oppgaver enn det Helsedirektoratet har i dag". Det øvrige, post-norbomske, arbeid ble utsatt. Det ble det opp til departementets nye politiske og administrative ledelse å ta stilling til videreførelsen av.

En uke etter møtet sa Anne Alvik til Aftenpostens aftennummer (Hilde Harbo) (20.8) at direktoratet ville ha klart et forslag i løpet av kort tid. Hun la til at hun regnet det som "naturlig at Sosialdepartementet også trekker oss med i den videre prosessen". Hun sa også at atmosfæren på møtet hadde vært god. Det var imidlertid nå klart at det var blitt urealistisk å ha det nye Helsetilsynet klart fra 1993.

Helsedirektoratet hadde klart sitt forslag allerede den 1. september. Det bygger delvis på notater av den gamle ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard av 10. og 23.8., men først og fremst på et mer utførlig notat av 24.8., skrevet av Kari Sønderland og Anne Louise Valle i Helserettsavdelingen.[620]

Forslaget fra direktoratet har overskriften "Oppgaver for Statens Helsetilsyn" og er på drøyt åtte sider. I første del (s. 1–6) redegjør direktoratet for hvordan det har forstått Stortingets vedtak, der hvor det har oppfattet nasjonalforsamlingen som utvetydig. I siste del (fra s. 6) går direktoratet inn på de uklare punkter, tar standpunkt og uttaler seg om hvordan det videre arbeid kan og bør skje.

Av første del går det tydelig frem at direktoratet ikke bare tar til etterretning at det nå skal bli et helsetilsyn, men går aktivt inn for at det skal bli det. Direktoratet er tilsynsomfavnende. Det er det endog i større grad enn Sosialkomiteens (og Odelstingets) flertall. Det vil si, direktoratet ser nå klarere hva tilsyn innebærer enn hva flertallet i Sosialkomiteen litt tidligere hadde gjort.

Når direktoratet omtaler Helsetilsynets oppgaver tar det utgangspunkt i innstillingens tre strekpunkter om faglig tilsyn, forvaltning i tilknytning til tilsynet og faglig rådgivning, men nevner ikke det innstillingsflertallet lenger ute i innstillingen skriver om andre forvaltningsoppgaver (iverksettelse av politikk). På s. 4–5 skriver direktoratet således at "Helsetilsynet skal ha forvaltningsoppgaver", men "først og fremst slike .. som har tilknytning til utøvelsen av tilsynsfunksjonen". Videre heter det: "Forvaltningsoppgavene vil tildels være en del av tilsynet, men bør også omfatte forvaltningsoppgaver som kan belyse tilsynsvirksomheten og fremme og sikre kvalitet og rettssikkerhet". Det siste henviser til det

[619] Dog fikk den et slags videre liv gjennom "de ansattes interessegruppe", en gruppe som skulle følge den forestående omordningsprosess. Gruppen var dominert av aksjonskomitemedlemmer; blant annet kom Martin Bjerke med i gruppen.
[620] Notatene finnes i Helsedirektoratets fjernarkiv, 003.20, boks 10. Også et notat fra legemiddelavdelingen av 19.8. har gitt premisser for Helsedirektoratets forslag.

siste strekpunkt i flertallets innstilling: Rådgivning og veiledning må, for så vidt både oppover og nedover, sees på ”som en viktig del av tilsynsfunksjonen” (s. 4).

Direktoratet forstår tilsyn i det alt vesentlige som virksomhet som skal (forhånds)sikre at helsevesenet overalt i landet, og overfor alle som får dets hjelp, fungerer forsvarlig og på ulike vis gripe inn når det ikke skjer. Det siste innebærer at enkeltfagfolk eller institusjoner kan bli utsatt for sanksjoner. Nært knyttet til den siste oppgaven er oppgaven med å gi dem som blir skadet som følge av uforsvarlig behandling, eller feil og uhell av ulike slag, erstatning. Direktoratet ser således for seg at det får oppgaven med å innstille i billighetserstatnings- og erstatningssaker, etter delegasjon fra departementet (s. 5). Vi bør her også nevne, siden det spilte så stor rolle i ”Norbom-prosessene”, og siden direktoratet nå gjør det, at tilsynsvirksomheten er nært knyttet til verdien rettssikkerhet: Kravet om forsvarlighet innebærer at alle borgere har en garanti for at de får den hjelp de medisinsk har behov for, når behovet er der, og at den hjelpen de får er på et medisinsk akseptabelt nivå.

Vi ser altså at direktoratet tenker seg det nye helsetilsynsorganet som et langt mer oppgavespisset organ enn det gamle direktorat var. Det skal i all hovedsak føre tilsyn, altså passe på at tjenestenivået ikke faller under en bestemt grense. Det skal i langt mindre grad enn før, men særlig før 1983, være med på å utvikle og iverksette den ”offensive” helsepolitikken. Det er også, selv om ikke det sies slik i forslaget, nettopp denne forsvarlighetsorienteringen som gjør at kravet om ”faglig uavhengighet” betones så sterkt.

Denne forståelsen av hva den 16. juni innebar for det nye helsetilsynet, betydde at den juridiske faglighet måtte få en mer prominent plass i Helsetilsynet enn den hadde i Helsedirektoratet. Den fikk for så vidt økende betydning etter 1983, og spesielt fra våren 1984 (da tilsynsloven kom), noe som for alvor ble markert da det fra 1989 kom en egen helserettsavdeling, men nå ble et nytt viktig skritt tatt. Som vi skal se, så man imidlertid ikke helt innebyrden av dette nye skrittet i 1992. Den skulle gradvis gå opp for Helsetilsynets fagkvinner og –menn. Det er altså ikke tilfeldig at forslaget Helsedirektoratet sendte statsråden – det er stilet til henne – i hovedsak var konsipert av to unge (kvinnelige) jurister. At det var Helsedirektøren og assisterende helsedirektørs, altså to medisineres, initialer som ble stående på brevet, var mer et uttrykk for hvor det formelle ansvar for brevet og forslaget lå. Juristene var iferd med å gjøre sine to medisinske sjefer til enda mer jurister enn de hadde vært, og for så vidt til å ”dytte” det gamle helsedirektorat enda et skritt nærmere en bifaglig status: Helsetilsynet skulle bli et mediko-juridisk organ.

I sin omfavnelse av den nye tilsynsfagligheten kan man si at Helsedirektoratet førte videre den linje det lenge hadde fulgt i Norbom-prosessene, nemlig å presentere seg som ”vaktbikkje”, og samtidig å vise lojalitet overfor Stortinget og dets ferske vedtak. Men om direktoratet nå også var lydig, var det langt fra underdanig. Oppmuntret av ”seieren” den 16. juni, tolket det de ”uklare punkter” i vedtaket på sin, offensive, måte. Det skriver således om ordningen med to nivåer (s. 6):

> *For å kunne utøve tilsyns- og rådgivningsfunksjonen på en tilfredsstillende måte, bør Statens Helsetilsyn også tillegges en koordinerende funksjon i forhold til råd og informasjon fra de øvrige organer og også spisskompetansemiljøer ellers.*

Med andre ord, når Helsetilsynet får rollen som det overordnede helsetilsyn, og tilsynsrådgivende organ, må den kompetanse som kommer fra andre organer integreres av Helsetilsynet. I noen henseender, mente altså det kommende helsetilsyn, måtte det spille en

gammeldags nivå to-rolle. Det fulgte, mente Helsetilsynet videre, at det også måtte ha ansvaret for å føre tilsyn med hele produksjons- og distribusjonskjeden på legemiddelområdet. ”Legemiddelbruk er en integrert del av både den forebyggende og kurative helsetjenesten” (s. 7), mente direktoratet. Selv om Stortinget lot det være opp til departementet å bestemme om det skulle opprettes noe integrert legemiddelverk, mente altså direktoratet at det var opplagt at det ikke burde komme på tale.

Helsedirektoratet omtaler i sitt brev også forholdet til helseavdelingen i departementet. Det skriver at ”Det fremgår nokså klart av debatten i Odelstinget at man forutsetter en nedbygging av Helseavdelingen i departementet” (s. 8). Direktoratet vil også ha en revisjon av den instruks om arbeids- og funksjonsfordeling som ble vedtatt i 1983. Det vil endelig at det blir sett på hvilke oppgaver Helsedirektoratet bør si fra seg og hvilke det bør få fra andre organer. Direktoratet er altså aktivt opptatt av å bli et mest mulig rendyrket, men integrert, tilsynsorgan. Den forvaltningsreform som nå skal gjennomføres dreier seg derfor, skriver direktoratet (s. 8), ”om noe mer enn en navneendring”. Direktoratet ser ellers for seg at når Helsetilsynets oppgaver er nærmere avklart må dets organisering tilpasses disse oppgavene.

Den gamle medikrat Torbjørn Mork satte gjerne sitt navn under et brev som nok vel så meget var tenkt og formulert av hans unge jurister som av ham og hans nestkommanderende. Vi vet ikke om han like gjerne hadde gjort det hvis han hadde visst hva reformen skulle føre til, i 2002.

Lenger kom departementet og direktoratet ikke før det var tid for vaktskifte i Sosialdepartementet. Det var imidlertid et godt stykke. Premissene var nå, i noen viktige henseender, lagt for det som skulle skje frem mot 2002, altså frem til det tidspunkt da Helsetilsynet for alvor ble det rene tilsyn Helsedirektøren og hans nærmeste, skjønt noe uklart, hadde sett for seg i august 1992. Satt på spissen: Den offensive holdning Helsedirektoratet nå viste var, sett fra en medikratisk og direktoratlig synsvinkel, defensiv. I 1983 gikk mye av den politisk-strategiske rollen tapt. Nå la Direktoratet selv forholdene til rette for at alt annet enn den like meget juridiske som helsefaglige tilsynsrollen, rollen som klage- og disiplineringsorgan, medregnet, skulle gå tapt. Det var imidlertid, som vi legger slik vekt på, et uttrykk for den lange historiske linje, den rollespesialiserende og -profesjonaliserende. Det er derfor ikke overraskende at departementet etter hvert skulle ta kommandoen i det videre ordningsutviklende arbeid. Det *måtte* det, altså gjenopprette sin autoritet.

Departementet: en ny ledelse og delvis et nytt departement

Som vi har sett hadde det utover våren bygget seg opp en forventning om en fornyelse av regjeringen. Skulle den komme før valget i 1993, måtte det skje nå. Det skjedde nå, nemlig den 4. september. Fornyelsen kom til å gjelde en tredjedel av regjeringen. I tillegg ble det gjort noen organisatoriske endringer.[621] Sosialdepartementet ble delt på politisk nivå. Tove

[621] Seks statsråder gikk ut og seks kom inn. I tillegg ble det gjort fire organisatoriske endringer: Arbeids- og administrasjonsdepartementet ble gjort om til et rent administrasjonsdepartement. Arbeidsdelen ble flyttet til et bredere Kommunal- og arbeidsdepartement. Næringsdepartementet ble slått sammen med Olje- og energidepartementet til Nærings- og energidepartementet. Disse organisatoriske endringene trådte i kraft fra 1.

Veierød ble erstattet av to, av Grete Knudsen som sosialminister og Werner Christie som helseminister. Denne politiske delingen ble ytterligere markert et drøyt år senere, den 8. november 1993, da departementet ble omdøpt til Sosial- og helsedepartementet.

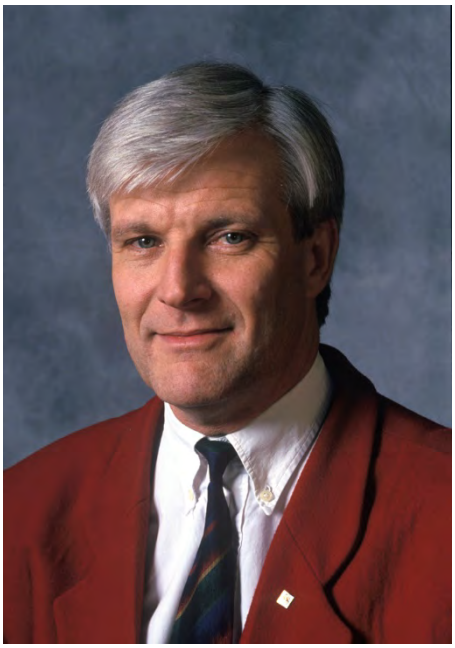
Både todelingen av departementet og utnevnelsen av Werner Christie til den første helseminister, kom som en overraskelse både på det almene politiske miljø, på helsesektoren og på pressen. Den kom også overraskende på Sosialministeren og hennes departement: Ministeren ble ikke tatt med på råd. Endringsarbeidet skjedde på Statsministerens kontor. Todelingen kan man imidlertid knapt si var overraskende, saklig sett. Der var det kvantitative: Sosialdepartementet var blitt et både økonomisk tungt og faglig krevende departement å bestyre for ett menneske. Der var imidlertid også det kvalitative hva gjaldt helsesektoren: Under Norbom-prosessene ble spørsmålet om å få flere helseavdelinger tatt opp. For så vidt som Stortinget godtok forslaget om to sentrale nivåer, var det all grunn til å tro at tanken om å dele helseavdelingen ville bli ført videre. Ja, så stort og komplisert som helsevesenet var blitt, kunne man godt tenke seg en ytterligere helseavdelingsoppdeling. Men med flere helseavdelinger, og et større departementalt styringsspenn, var det nærliggende å foreslå en deling av Sosialdepartementet. Forslaget var jo også fremme i Norbom-prosessene. Sjefen for helseavdelingen, Harald Hauge, ville gjerne ut av "sosialfavnen" og bli departementsråd i et eget helsedepartement. Nå ble det altså i denne omgang bare en politisk deling av Sosialdepartementets arbeidsområde. Men valget av Werner Christie som den første helseminister var overraskende. Vi skal si litt om hvorfor han ble valgt.

Valget av Werner Christie som helseminister

Det startet sent på våren, antagelig i slutten av april eller begynnelsen av mai. Regjeringen hadde begynt arbeidet med langtidsprogrammet for den kommende valgperiode (1993–97). Planavdelingen hadde det administrative ansvaret for dette arbeidet hva gjaldt Sosialdepartementets porteføljе. Under statssekretær Aasen arbeidet en gruppe med å bringe frem et grunnlagsmateriale om helsevesenet. I den sammenheng ønsket politikerne å ha et seminar, hvor representanter for det utøvende helsevesen kunne fortelle hvordan "det stod til". Blant annet skulle det inviteres en fylkeshelsesjef. Den ferske sjefen for Planleggingsavdelingen, Andreas Disen, hadde, fra sin tid i helseavdelingen, blitt litt kjent med alle fylkeshelsesjefer, og foreslo å spørre Hedmarks Werner Christie. Disen mente Christie både kjente godt til det praktiske i sykehusvesenet og hadde en "akademisk tilnærming til ting". Christie ble spurt og sa ja. Han holdt et frimodig innlegg, hvor han la vekt på behovet for samordning mellom tjenestenivåene og på behovet for å få større enheter i fylkeshelsevesenet. Han nevnte også, uten å legge vekt på det, at med en lokalpolitisk styrt klinikk trengtes en faglig sterk sentralforvaltning. Han var, syntes Disen, "virkelig god".[622]

januar 1993. Regjeringsendringen skapte en del uro og førte til kritikk mot Statsministeren for kløhete saksbehandling og uheldig personalpolitikk. Spesielt ble diskusjon om delingen av Arbeids- og administrasjonsdepartementet, en deling som Tove Strand Gerhardsen, departementets statsråd var uenig i, og som førte til at hun ikke ville fortsette i regjeringen (på en annen post).

[622] Fra samtale med Andreas Disen den 26.8. 2009.



Werner Hosewinckel Christie (f. 1949): Han var en samfunnsengasjert lege, med både filosofisk og sosiologisk fagbakgrunn. Han hadde arvet en storgård på Hedmarken, men ble politisk radikal. Som fylkeshelsesjef i Hedmark (siden 1988) ble han etter Norbom-prosessene bedt av statsminister Gro Harlem Brundtland om å gå inn i det nye embedet som helseminister høsten 1992. Han satt som helseminister til slutten av 1995. På den tiden hadde ideen om «managed competition» vind i seilene. Christie lanserte motslagordet: «managed cooperation». Han kalte derfor sin stortingsmelding «Samarbeid og styring». Bildet er fra 18. november 1993. (Foto: Rune Petter Ness / NTB)

Det syntes åpenbart Statsministerens statssekretær, Bjørn Skogstad Aamo, også. Han var tilstede på seminaret og etterpå kom han bort til Christie. Han likte hedmarkingens innlegg og bemerket at han syntes det hadde vært svært ”sosialdemokratisk”. Christie svarte at innlegget ikke var ment politisk, men at det kanskje ikke var så underlig at det hadde gitt Aamo sosialdemokratiske assosiasjoner, for han hadde midt i 1980-årene meldt seg ut av SV og inn i Arbeiderpartiet. Werner Christie, sønn av generalmajor Johan Koren Christie (1909–1995), nevø av generalmajor Werner Hosewinckel Christie (1917–2004), og sønnesønn av professor (NLH) Werner Hosewinckel Christie (1877–1927) og baronesse Karen Wedel-Jarlsberg (1886–1952), hadde etter artium og et studieopphold i USA studert sosiologi, filosofi og statsvitenskap og tydelig plassert seg på venstresiden i politikken, dog slik at de den gang så aktive marxist-leninister omtalte ham først som ”radikalismens haleheng” og så som ”reaksjonens spydodd”. Fra samfunnsvitenskapen gikk han til medisinen og ble cand. med. ved Universitet i Oslo i 1979. Han var assisterende fylkeslege i Hedmark fra 1981 til 1988, avbrutt av noen år (1984–1987) som forsker ved Peter Hjorts Gruppe for helsetjenesteforskning. Fra 1988 var han helseavdelingssjef (fylkeshelsesjef, formelt kalt det fra 1992) i Hedmark.[623]

Etter møtet tenkte ikke Christie mer på samtalen med Bjørn Skogstad Aamo. Aamo hadde imidlertid nevnt for sin sjef, altså Statsministeren, hva han hadde hørt. Det var ikke tilfeldig, for etter odelstingsnatten var det klart at regjeringen trengte en ny minister i Sosialdepartementet. Det som skjedde på Stortinget gjorde jo også at spørsmålet om å ha en egen helseminister meldte seg. Statsminister Brundtland var selv lege, men hadde ingen person hun umiddelbart syntes passet. Peter Hjort, som også var arbeiderpartimann, hadde vært et naturlig valg, men han passet ikke henne. Han var ikke, mente hun, politisk fleksibel nok. Han ville ha tingene litt for mye på sin måte.[624] Statsministeren kjente ikke Christie, en elev av Hjort, men det Aamo kunne fortelle gjorde at hun ville prøve ham. En fagmann med politiske interesser og administrativ erfaring fra tjenesteytende nivå. Ja, en mann som ikke minst hadde vært opptatt av samarbeidet mellom de to, på så mange måter ulike deler av

[623] Hedmark var ”frifylkeskommune” da Christie var helseavdelingssjef.

[624] Dette var en holdning Brundtland hadde hatt siden hun kom inn i politikken, altså midt i 1970-årene, og som hun gav uttrykk for i en (uformell) samtale med oss den 17. mai i 1977.

helsevesenet, primær- og spesialisthelsevesenet, hørtes tiltrekkende ut. I etterkant av odelstingsnatten fikk derfor Werner Christie telefon fra Statsministerens kontor. Det var politisk rådgiver Inger Elise Birkeland (f. 1954) som ringte og sa at Statsministeren gjerne ville møte ham. Litt senere, i begynnelsen av juli, møttes de. Det ble en samtale på ca. halvannen time, selvsagt om helsepolitikk, og litt om helseforvaltningen, men også om mye annet, endog landbrukspolitikk: Werner Christie var også storbonde på den tradisjonsrike gården Vidarshov på Vang i Hedmark.

Statsministeren ville altså ha en egen helseminister. Hun var, for så vidt som Norbom, opptatt av å styrke den nasjonale politiske styring av helsevesenet. Hun mente, som han, at fagetatene, særlig Helsedirektoratet, var for sterke i forhold til departementet, men også at departementet, selv med direktoratets bistand, ble for svakt overfor kommuner og fylkeskommuner. Men svaret for henne nå ble ikke å flytte flere oppgaver til departementet, og å svekke institusjonene på sentralnivå nr. to, men å beholde departementet på et moderat nivå, bruke nivå to-institusjonene mer aktivt som instrumenter i helsepolitikken og, ikke minst, styrke den helsepolitiske ledelse. Brundtland og Christie var alene under hele samtalen.

Da Christie gikk fra toppetasjen i Høyblokken ble intet avtalt, men han hadde, som han sier nå, ”en god følelse”. Han hadde funnet ”tonen” med Statsministeren. Det ante ham også at han i noen grad ble vurdert for en mulig posisjon i hennes lag.[625]

Resten av sommeren hørte Werner Christie intet, men litt ute i august kom det en telefon fra hans fylkeshelsesjefkollega i Hordaland, Finn Henry Hansen (f. 1948). Statsviteren Hansen var en aktiv og dyktig nettverksbygger. Han kjente ”alle”. Han hadde spunnet sine tråder i mange retninger, også politiske. Ikke minst hadde han tråder inn i regjeringspartiet og dets nære omgivelser. Han var ikke fri for politiske ambisjoner selv heller. Herr Hansen kunne røpe for sin hedmarkskollega at han kanskje måtte forberede seg på å ta plass ved Kongens bord. –Å, det har ikke jeg hørt, bemerket Christie.[626] Slik fikk han bekreftet en vag mistanke han hadde hatt etter møtet med Statsministeren. Han visste jo også at et slikt signal fra Finn Henry Hansen ikke var tilfeldig: Hansen var blitt utspurt om Christie. Signalet fortalte ham også at Statsministeren, eller hennes kontor, nå nokså seriøst arbeidet med ham som statsrådskandidat. Hansen husker i dag ikke hvordan han fikk høre om Christies kandidatur.[627] Så mange kjente imidlertid ikke til ”undersøkelsene”, for intet lekket ut om utnevnelsen før den var et faktum.

Etter denne samtalen drøftet Christie statsrådsmuligheten med sin kone Idun (f. 1952) og sin aldrende far, Johan. Om et statsrådshverv var aldri så fristende, var det ikke gitt at Werner Christie kunne si ja. Han hadde kone og to yngre barn. Han hadde ansvar for sine aldrende foreldre og for en funksjonshemmet søster. Og så hadde han den store gården, med all den historie den representerte. Riktignok hadde han en bestyrer til å drive den, men bestyreren var nå nådd vanlig pensjonsalder og Christie var selv en nokså aktiv ”gårdsgutt”.[628] De hadde allikevel kommet til at han skulle si ja hvis det ble aktuelt, dog bare for et par år eller så.

Det ble stille igjen, helt til onsdag aften den 2. september kl. 18. Bonden holdt på å ta inn hveten da Statsministeren ringte – i siste liten. Utnevnelsen skulle skje to dager senere.

[625] Samtale med Werner Christie 6.4. 2011.
[626] W. Christie, 6.4.11.
[627] Opplyst av Finn Henry Hansen.
[628] Opplysningene ovenfor og nedenfor er i stor grad basert på samtale med Werner Christie den 6.4. 2011.

Christie var nå godt forberedt og sa at han syntes det hørtes spennende ut å skulle bli statsråd. Han gjorde imidlertid regjeringssjefen oppmerksom på, noe det ikke hadde vært naturlig å gjøre i deres første samtale, at han hadde vært medlem av Sosialistisk Venstreparti. Fru Brundtland ble ikke skremt av det, men bemerket bare at det gjør ikke noe med folk som melder seg ut (av SV). Det er verre med dem som melder seg inn. Dermed var saken avklaret og generalens sønn kunne møte Kongen for første gang fredag den 4. september. Nå stod ikke bare to år med hardt arbeid for døren, som "avtalen" med fru Idun var, men godt over tre.

Klokken halv ti denne dagen ringte Bjørn Skogstad Aamo til Bjørn Martin Aasen og fortalte at hans sjef, statsråd Veierød nå kom til å gå av, men at Statsministerens kontor ønsket at han skulle fortsette, under Werner Christie. Som Tove Veierød hadde fått seg "tildelt" Aasen, skulle nå Werner Christie få det. Men Aasen sa, etter en kort, og nokså formell, tenkepause nei. "Det er ikkje rett. Werner skal få lov til å arbeide uavhengig av meg. Han skal få bygge sitt team".[629] En statssekretær går med sin statsråd.

Men da Werner Christie kom, tok han kontakt med Aasen og sa at han gjerne ville ha ham som statssekretær. Aasen svarte: "Nei, eg har allereie sagt frå at eg ikkje skal fortsette. Du skal ikkje ha med deg ein statsekretær som har vore her i tilsaman snart 3,5–4 år. Du skal få begynne på din måte, på "scratch". Det vil vere ein hemsko for deg å ha meg med".[630] Slik fikk Christie velge sin egen statssekretær. Han valgte Ellen Strengehagen (f. 1940), fylkeshelsesjefskollega fra Buskerud, og sykepleier og bedriftsøkonom av utdannelse. Arvid Libak (f. 1957), som hadde vært Tove Veierøds personlige sekretær og fra 1. juli 1992 hennes politiske rådgiver, fortsatte som Christies rådgiver. Libak var politiker av profesjon, og hadde utdannet og utviklet seg gjennom hverv i partiet og AOF. Strengehagen og Libak ble med Christie helt til "mål", altså til 22. desember 1995.

Den avgående statsråd, Tove Veierød, ble informert om statsrådsskiftet, og om at hun skulle erstattes av to statsråder, torsdag den 3. september, dagen før skiftet skulle finne sted.[631] Det førte til hektisk aktivitet i departementet, blant annet fordi det raskt måtte finnes et nytt statsrådskontor.[632]

Christie kjente mange i departementet, blant annet Andreas Disen, og i direktoratet, blant annet Helsedirektøren. Han ble tatt imot med spent forventning, men også litt usikkerhet. Så mye hadde skjedd. Til Helsedirektoratet kom han på besøk først etter tre uker. Han kom den 30. september. Her møtte han, og hans medarbeidere, ledelsen i direktoratet og ble orientert om direktoratets arbeid og planer. Han møtte også alle de ansatte i direktoratets viktige sosiale møteplass, kantinen. Anne Alvik skriver om dette:[633]

> *Jeg husker hvordan kantinen var fullsatt av medarbeidere med spente ansikter. Statsråden mintes sitt tidligere kjennskap til Helsedirektoratet, et kjennskap han blant annet hadde fått fordi han hadde vært assisterende fylkeslege i Hedmark. Han sa at han hadde satt pris på samarbeidet med Helsedirektoratet og var glad det sentrale tilsynsorganet skulle bestå, og at han så frem til samarbeidet med Mork og hans medarbeidere. Jeg så på Mork, som stod ved siden av statsråden, så hvordan*

[629] Bjørn Martin Aasen, 19.9. 2009.
[630] Fra samtale med Bjørn Martin Aasen 10.9. 2009.

[631] Opplyst av Tove Veierød (13.8.12) og Jon Ola Norbom (15.8.12.)
[632] Det var den avgående statssekretærs kontor som ble tatt.
[633] Anne Alvik, "Fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn – en titt bak kulissene", *op. cit.*, s. 31.

skuldrene senket seg og hvordan glede og lettelse tegnet seg i ansiktet hans, og jeg så det samme i medarbeidernes ansikter.

Men det ble ikke noe samarbeid mellom Mork og Christie. Vel to uker etter dette møtet, den 16. oktober, døde Torbjørn Mork. Christies samarbeidspartner skulle bli Anne Alvik.

Christies styringsfilosofi

Det var et element av tilfeldighet i valget av Werner Christie som den første helseminister. Han antydet det selv da han møtte sine nye medarbeidere i departementet. Henvendt til ekspedisjonssjef i planavdelingen, Andreas Disen, sa han: ”Det er din skyld Andreas, at jeg sitter her”.[634] Men utnevnelsen var ikke bare mer enn vanlig tilfeldig, den var også basert på en nokså overfladisk kandidatvurdering. Selv i sin tredje regjering kunne altså Statsministeren velge ut statsråder på en så ”vilkårlig” måte. Hun var imidlertid ikke den eneste statsminister som gjorde det. De gjør det ”alle”. Det henger sammen med politikkens logikk, altså med politokratiets natur. Statsministeren kan ikke avertere statsrådsstillinger ledig og så ha en lang vurderingsprosess. Ei heller kan hun eller han bruke et lederrekrutteringsfirma. Statsministeren vil, og må, bestemme selv, og i samråd med sitt partis, og eventuelle koalisjonspartiers, ledelse. Statsrådsvalget er basert på en politisk elitevurdering, der både kvalifikasjoner av mange slag og ulike representativitetshensyn (kjønn, alder, geografi, etnisitet etc.) skal avveies mot hverandre. Men i dette tilfelle ble valget ekstra ”vilkårlig”. Det var bare basert på to personers vurderinger, etter at de begge hadde hatt ett møte med kandidaten. Christie ble, med ekspedisjonsjef Disens bistand, ”funnet” av statssekretær Aamo og ”approbert” av statssekretærens sjef, statsminister Brundtland.

Det er ikke så underlig at statssekretæren ble imponert over Christies foredrag. Det baserte seg på den boken han fullførte like før jul i 1987, hos Peter Hjort. Boken kom ut i 1988 med tittelen *Politikk og fag på samme lag? En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten*.[635] Den tok spesielt utgangspunkt i den nye kommunehelsetjenesteloven, som var trådt i kraft i 1984, men reflekterte også et gjennomtenkt syn på utviklingen av helsevesenet og helsepolitikken. Ingen helseminister, hverken før eller siden, har så utførlig presentert sin helsepolitiske filosofi før han eller hun tiltrådte som minister. Men de som plukket ham ut hadde ikke satt seg inn i denne filosofien.

Christie omtalte den ”politiseringen” av styringen av klinikken som skjedde med fylkeskommunenes (gradvise) overtagelse av styringen av sykehusene (fullt ut fra 1976) og, spesielt, kommunenes overtagelse av styringen av primærhelsevesenet med full tilslutning. Ja, han så også på delingen av direktoratet i 1983 i det samme perspektiv: Den nasjonale styring av hele helsevesenet ble ”politisert”. Han brukte imidlertid ikke ordet ”politisering”. Han talte om demokratisering (s. 18):

Denne boken bygger på en idealistisk tro på at folkestyre kan og bør virkeliggjøres også i helsesektoren, og på erkjennelsen av de mange vanskeligheter som fører til at dette ofte ikke lykkes. Et ufullkomment demokrati er likevel bedre enn alternativene.

[634] Opplyst av Andreas Disen i samtale den 26.8. 2009.
[635] Oslo: TANO, 1988.

Han vendte seg altså mot medikratiet, det generaliserte fagstyre. Han ville gi mer rom for politikken, for den kompliserte verdi- og interesseavveining og for det erfaringsbaserte valg av virkemidler. Han så for øvrig, det bør føyes til, på mange virkemiddelvalg som så "verdigjennomsyrede" at de ikke adskilte seg så meget fra verdi- eller målavklaringene. Men han ville selvsagt ikke skyve helsefagligheten helt ut. Helsevesenet måtte i stor grad være kunnskapsbasert, men slik at beslutningsprosessen fikk et økende demokratisk innslag ettersom man, medisinsk talt, beveget seg fra spesialmedisinen over almenmedisinen til samfunnsmedisinen (kfr. kap. 3). Den siste skulle da omfatte ikke bare det bredt hygieniske, men også det klinisk styrende og ledende.

Den nye statsråd ville altså integrere de medisinske og de politisk-demokratiske prosesser, men slik at blandingsforholdet endret seg ettersom man gikk i teknisk eller samfunnsmessig retning. Han så for seg at denne integrasjonen skulle skje gjennom en prosess som var genuint politisk, altså alment argumentasjonsbasert. Partene skulle "snakke seg" frem til enighet og fellesskap. Politikk og fag skulle slik bli, som han markerte med boktittelen, en del av det samme lag.

Werner Christie var, som samfunnsviter, og studentaktivist, blitt påvirket av den tyske sosialfilosofen Jürgen Habermas (f. 1929). Habermas var en humanistisk modernist, som trodde det var mulig å komme frem til enighet ikke bare om empirisk-vitenskapelige forhold, men også om moralske og estetiske. Han trodde på den tvangsfrie dialog og på tyngden i de bedre argumenter, også på det normative område. Disse tanker lanserte han i boken *Theorie des kommunikativen Handelns* i 1981[636]; dog hadde han del-lansert dem i flere tidligere arbeider. Habermas, som Christie, var klar over at samtalen om beslutninger som skulle fattes lett kunne bli infisert av hard interessehevdelse og slik miste sitt enighetssøkende formål. De så imidlertid begge på dette som et ideal, et ideal de mente stod seg best for offentlighetens domstol. Christie ville levendegjøre dette idealet ved å ansvarliggjøre begge, eller alle, parter; altså ved å skape (en følelse) av at man er i samme båt, og på „samme lag". Denne tenkningen skulle han i ikke liten grad følge opp som statsråd; han henviste stadig til Habermas. Det er ikke tilfeldig at Christies politiske testamente ble stortingsmelding nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring*. Den kunne forsåvidt også vært kalt Samarbeid om styring, eller Styring gjennom samarbeid. Han presenterte internasjonalt sin helsepolitiske filosofi gjennom slagordet „Managed cooperation". Han lanserte det i bevisst kontrast til det britisk-liberale (etter Margaret Thatcher) „Managed competition".

Samarbeidet var naturlig nok et samarbeid om det som skal skje, altså et plansamarbeid. En plan blir lett, spesielt når fagfolk begynner å interessere seg for den, til en slags teori, eller oppskrift. Planen for byggingen av et hus, men også for fremstillingen av ulike typer varer, er slik teorier. Det samme er planer, eller prosedyrer, for behandling av sykdommer. Det industrialiserte og industrialiserende samfunn er et samfunn gjennomsyret av planer og planlegging. Den industrielle tenkning begynte nå for alvor å gjøre seg gjeldende i helsevesenet. Den nyere samfunnsmedisin, basert på den både kliniske og prekliniske epidemiologi, var et uttrykk for det. Werner Christie, som den gruppen han representerte, var endel av denne samfunnsmedisinen. De fleste av gruppens medlemmer var venstre-liberalere, eller en eller annen form for planøkonomisk inspirerte sosialister. Også Werner Christie var preget av denne tenkningen. Han hadde sans for tall om helsetilstand og

[636] Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1981 (to bind).

helsetjenestevirksomhet og ville gjerne koble dem. Han ønsket den nye datateknologi, som gjorde dette mulig, velkommen. Ja, han ble, og forble, på mange måter en teknologientusiast. Samtidig var han påvirket av sine åndsfrenders advarsler mot den „rasjonalistiske planlegging" – som gjorde planlegging, eller planutviklende politikk, til fag. Han gjorde seg derfor også til talsmann for en mer fleksibel, rullerende planlegging, altså en planlegging der den løpende politikk, eller tilpasning fikk spille en betydelig rolle (kfr. kap. 4). Hans tenkning kom slik til å inneholde noen spenninger.

Ideologisk stod han nok ikke helt på linje med den som nå ble hans sjef. Hun var ingen „habermasianer". For henne var politikk mer et spørsmål om forhandlinger og dragkamp, og i siste instans om „den sterkestes" rett, det vil si flertallets rett, enn om uttrukne „kommunikative diskurser". For henne var det i politikken ikke tid til den slags. Hun var også mer utvetydig nyttestatsorientert enn ham. Hun kunne nok tenke seg en betydelig grad av fagliggjøring også av styringen og ledelsen. Hun ledet slik den andre (etter Willoch) fristillingsbølge, altså avpolitiseringsbølge. Hun var en *New Labour*-dame, før begrepet egentlig var skapt. Hun visste altså ikke helt hva hun gjorde da hun valgte helseminister. Han stod nok fortsatt litt til venstre for henne hva gjaldt styringsfilosofi, kan man kanskje, men noe upresist, si.

Christie var altså også en slags politokrat (og demokrat), men på en litt annerledes måte enn Norbom. Norbom hadde nok, som Brundtland, et mer prosaisk syn på hvordan politikk ble til, og kunne bli til, enn Christie. Men de ville begge gi politikken betydelig plass. Fagmannen Norbom var ikke en så tydelig nyttestatsmann som mange av sine fagkolleger. Som Christie ville han imidlertid styrke politikkens, og demokratiets, rolle i helsepolitikken. Slik sett stod den nye statsråden Norbom nærmere enn han stod Mork. Christies invitasjon til Mork om samarbeid, var ikke et signal om at det skulle bli mer fagstyre, men om at styringen skulle bli mer samspillspreget, mer dialogpreget. Den var et signal om at både Mork og Hauge nå måtte komme seg ut av „spillet" og over i dialogen, eller „diskursen". Den var endog et signal om at denne dialogen måtte bli enda bredere, altså mer legmannspreget og „politisk", enn den hadde vært. Christie var nok like likhetsorientert som Mork, men styringsfilosofisk, og temperamentsmessig, stod de langt fra hverandre.

Etter Norbom: Omordningen langs den vertikale dimensjon, 1992–1994

Vi har sett at departementets avtroppende ledelse utover ettersommeren overlot arbeidet med å følge opp noe av Stortingets vedtak til Helsedirektoratet. Det betydde imidlertid ikke at et "skadeskutt" departement halvveis abdiserte, som endel aviser nærmest gav inntrykk av.[637] Det var bare det eneste naturlige på dette tidspunkt. Departementet var jo nå uten ledere "med fremtid". Offensiven kunne departementet først ta når en ny ledelse var utnevnt. Med utnevnelsen av Werner Christie til helseminister, viste Statsministeren at regjeringen ikke var

[637] I Klassekampen (Finn Sjue) het det i et stort førstesideoppslag den 19. august: "Etter at regjeringa har forsøkt å nedlegge direktoratet i månedsvis: Tove Veierød snur og ber Helsedirektoratet om hjelp". Inne i avisen er overskriften "Veierøds helomvending". Aftenposten (Hilde Harbo) følger opp den 20. august: "Først ville Sosialdepartementet nedlegge Helsedirektoratet. Nå blir direktoratet bedt om å komme med råd om hvordan det statlige helsetilsyn bør organiseres".

helsepolitisk ”utslått”, men nå ville spisse den helsepolitiske styring. Skulle den lykkes med det, trengte den imidlertid også en kraftfull ny departementsråd, altså en som kunne gjøre Ministerens apparat mer handlekraftig. Det var imidlertid ikke naturlig, og politisk heller ikke tilrådelig, å gjøre det videre forvaltningsutviklingsarbeidet til en ”politisk” oppgave. Nå skulle og måtte ”gemyttene” roes. Utviklingen av forvaltningen skulle igjen få en mer ”teknisk” status. Den politikk som skulle få prege den måtte bli (indre)korporativ og ikke ”mediepolitisk”. De mest umiddelbart berørte parter måtte få komme konstruktivt, men for så vidt også egeninteresseivaretagende, til orde – fra første stund.

Det skulle ta litt tid før den nye departementsråden var på plass. Det skjedde formelt ikke før ved årsskiftet. Omordningsarbeidet kom derfor heller ikke ordentlig i gang før man kunne skrive 1993.

Men hvem skulle få rollen som departementsråd og omordningsgeneral? Utnevnelsen av en egen helseminister, viste at helsepolitikken, og helseforvaltningspolitikken, nå hadde fått mer oppmerksomhet fra Statsministeren. Allerede like etter at den nye helseminster var utnevnt, begynte derfor ryktene å gå – de kan til og med ha vært ”satt ut” – om at Eldrid Nordbø var tiltenkt rådsembedet. Hun hadde gått av som regjeringen Brundtlands handelsminister og EØS/EF-sjef i november året før og hadde nå utredningsoppgaver for Miljøverndepartementet. Hun var ”ledig” for større og mer delikate oppdrag. Hun passet også for så vidt som hun kjente helse- og sosialvesenet godt. Hun hadde i sin tid skrevet magisteravhandling i statsvitenskap om et sosialpolitisk emne (1968), hadde vært personlig sekretær i Sosialdepartementet (1971) og hadde vært kommunalråd for sosialsaker i Oslo kommune (1972–1979). Gro Harlem Brundtland kjente henne også svært godt, siden hun hadde vært ikke bare statsråd i Brundtlands tredje regjering, men også hennes stabssjef i regjeringen Brundtland II (1986–1989). Statsministeren kjente Eldrid Nordbø som en svært sindig, saklig og klok person, ja, som en person som av vesen nesten mer var den weberske embedskvinne enn den polemiske politiker. Nordbøs bilde var for øvrig også i andres, også opposisjonspolitikernes, øyne, slik. Hun fremstod altså som den ideelle person til å ”rydde opp” i helseforvaltningen.

Noen problemer var der dog. Nordbø hadde gått av som handelsminister av private grunner. Hun ville ha mer tid til sine to barn. Det behovet var ikke forsvunnet på et år. Potensielt var det jo også et problem at hun var så assosiert med den sittende regjering, en regjering som lenge var blitt beskyldt for dynastiske tendenser. På Statsministerens kontor satt stadig hennes mann, Bjørn Skogstad Aamo, som stabssjef. Han var Statsministerens nærmeste rådgiver i mye som angikk det kritikkutsatte Sosialdepartementet og var som nevnt den som hadde ”funnet” Christie. Ble Nordbø utnevnt til departementsråd i Sosialdepartementet, kunne det jo nesten virke som om hun var blitt utnevnt av sin mann.

Eldrid Nordbø (f. 1942): Hennes karriere var preget av veksling mellom politiske stillinger og forvaltningsstillinger. Hun ble magister i statsvitenskap i 1967. Hun hadde disse politiske stillinger: Personlig sekretær for Sosialministeren 1971, statssekretær og stabssjef ved Statsministerens kontor (Brundtland II-regjeringen) 1986–1989 og handelsminister 1990–1991. Etter å ha hatt ulike saksbehandler-stillinger i forvaltningen, var hun fra 1981 til 1986 ekspedisjonssjef i Kommunaldepartementet, fra 1989 til 1990 og 1991 til 1992 spesialrådgiver i Miljøverndepartementet, fra 1992 til 1996 departementsråd i Sosial- og helsedepartementet og fra 1996 til hun ble pensjonert, ekspedisjonssjef i Miljøverndepartementet. Hun hadde en rekke styreverv og andre tillitsverv gjennom mange år. Hun var både som politiker og forvaltningsleder utpreget saklig og pragmatisk-diplomatisk. Hun kom derfor godt overens med alle. Det var ikke uten grunn at hun, som departementsråd i Sosial- og helsedepartementet, ble satt til å lede organisasjonsutviklings-arbeidet i helseforvaltningen etter de friske dragkampene i 1991 og 1992. Bildet er fra 18. mars 1993.
(Foto: Pål Hansen / NTB)

Da listen over ansøkere til toppembedet i Sosialdepartementet ble kjent, like etter at ansøkningsfristen var gått ut, midt i oktober, stod Eldrid Nordbø oppført som én av tre ansøkere. Den ene av de to andre var Oslos stadsfysikus, Arne Victor Larssen (f. 1938). Han var en av de mest prominente fylkesleger, men hadde ikke departementserfaring. Den annen var ekspedisjonssjef Knut Brofoss. Som meget erfaren departementsmann, var han en sterk ansøker. Kanskje kan det til og med ha spilt en rolle at han også, som sønn av Gerhardsen-statsråd Erik Brofoss, hadde prominent arbeiderpartibakgrunn. Men Brofoss forstod at saken var avgjort "på forhånd".[638] Eldrid Nordbø hadde fått oppfordring om å søke[639] og ble da også snart utnevnt, nemlig den 23. oktober, og tiltrådte fra årsskiftet, men overlappet litt med Norbom i desember, før han dro på juleferie. Utnevnelsen førte ikke til kritikk av noe slag. Det hadde nok sammenheng med den nye departementsråds personlige stil og kvalifikasjoner. Hun etterfulgte jo for øvrig en mann som selv hadde vært minister, og som selv hadde søkt rådsembedet etter statsrådlig oppfordring, og statsministeriell klarering.

Da Eldrid Nordbø kom lå forvaltningssaken og ventet på henne. Ingen hadde rørt saken siden den nye statsråden var tiltrådt. "Alle" visste at hun var blitt utnevnt spesielt for å ta seg av denne saken, og like meget hadde et politisk som et administrativt mandat. Det var, for regjeringen, maktpåliggende å få gjenopprettet ro og orden i helseforvaltningen. "Du er jo vant til å rydde opp i vanskelige saker", fikk hun høre. Hun var forberedt på at denne saken ville bli hennes viktigste sak, i hvertfall i første omgang. Men hun var ikke forberedt på at den skulle bli så dominerende, og ble overrasket over at ingen hadde gjort noe med den utover høsten.

Departementsråd Nordbø følte umiddelbart at hun ble møtt med urealistiske forventninger, både fra den politiske ledelse, ja, endog fra to ledelser, og fra ekspedisjonssjefene. "Det første jeg tenkte var derfor at disse må jeg få bygget ned, eller så blir det helt håpløst", sier hun i ettertid. Hun fikk bistand fra Statskonsult til å intervjue både sine overordnede og nærmeste

[638] Knut Brofoss, samtale 15.8. 2012.
[639] Opplyst av Eldrid Nordbø i samtale den 21.8. 2009.

underordnede om deres forventninger til henne. Resultatene fra Statskonsults intervjurunde tok hun så med seg til et møte med sine politiske ledere og sine ekspedisjonssjefer og sa at møtet måtte resultere i en avtale om hvordan hun skulle prioritere de ulike saker. Hvis ikke det skjedde, kom ikke hun til å bli lenge i departementet.[640]

Men møtet gikk greit og "avtalen" ble at den nye departementsråden i tillegg til å betjene den politiske ledelse, skulle konsentrere seg om arbeidet med organiseringen av departementet og forholdet til etatene. Hun gjorde det ellers klart at ingen kunne forvente at hun skulle gå inn i alle store og små saker. Noen "andre" saker kunne hun gå inn i, men det skulle avtales med henne. Beskjeden til ekspedisjonssjefene var altså klar: de fikk selv ta et "endelig" ansvar for de fleste "andre" saker.

Eldrid Nordbø startet arbeidet med forvaltningen raskt. Den 13. januar ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å se på arbeids- og myndighetsfordelingen mellom Sosialdepartementet, Statens helsetilsyn og fylkeslegene, altså det som under Norbom-prosessene ble omtalt som den vertikale linje.

Nordbø-gruppen: premissene for den nye helseforvaltning legges; organiseringen av arbeidet

Eldrid Nordbø skjønte at det var behov for å gjøre en del med helseforvaltningen, men så det nå som sin oppgave først og fremst å sette stortingsvedtaket ut i livet og å skape ro i helseforvaltningen. Spesielt var det viktig å gjenskape gode samarbeidsforhold mellom departementet og Helsedirektoratet: "Vi kan ikke ha krig med Helsedirektoratet".[641]
En dypere organisasjonsutvikling fikk komme i neste omgang.

For Nordbø var det åpenbart at "helingsarbeidet" måtte innledes ved at "partene" møttes til samtale, og samtale mer enn tautrekning. Det var derfor hun valgte arbeidsgruppeformen. Hun gikk, selvsagt, selv inn som arbeidsgruppens leder. Med seg hadde hun fra departementet, ekspedisjonssjef Harald E. Hauge og avdelingsdirektør Thomas Mauritzen, fra Helsedirektoratet den konstituerte sjef, Anne Alvik, fra fylkeslegene Vestfolds fylkeslege Asbjørn Haugsbø og som representant for forvaltningsdepartementet, avdelingsdirektør Eva Hildrum (f. 1948). Som sekretær ble utnevnt den forvaltningspolitisk alltid anvendelige rådgiveren i helseavdelingen, Øyvind Sæbø. De to viktigste personer i gruppen var Nordbø og Alvik. Arbeidet skulle jo først og fremst dreie seg om forholdet mellom departement og direktorat. Hvis de to fant tonen, ville meget være gjort. Det gjorde de, fra første stund. Det ble, skulle det vise seg, viktig også for utviklingen av forholdet mellom departement og direktorat: Oppstod det gnisninger, tok straks de to damer den vanskelige saken opp med hverandre, og fant, alltid, en løsning de kunne si seg tilfreds med. "Politisk" var det også viktig at Hauge satt i arbeidsgruppen. Han var preget av den gamle spenningen, ja, hadde jo, som vi har vist, i utgangspunktet vært den ene av de to kamphaner. Også Hauge og Alvik, ja, spesielt de to, måtte nå forlikes, så langt det lot seg gjøre. De andre i gruppen kunne nå spille en organisasjonsfaglig rolle, selv om de alle i forrige runde, bortsett fra Hildrum, men medregnet Sæbø, hadde spilt en mer eller mindre "norbomsk" rolle.

[640] Opplyst av Eldrid Nordbø i samtale 21.8. 2009.
[641] Eldrid Nordbø 21.8. 2009.

Arbeidet i gruppen gikk raskt. Gruppens enstemmige innstilling var klar etter to måneder, den 18. mars.[642] Innstillingen ble på 26 sider. Den ble, og skulle nok være, analytisk enkel. Den skulle først og fremst være konkluderende. Hadde gruppen gått mer i dybden kunne raskt behovet for en mer omfattende organisasjonsutvikling ha meldt seg, og med det spenningene. Nordbø ønsket å gjøre minst mulig endringer nå, utover dem som fulgte av stortingsvedtaket. Endringene måtte derfor konsentreres om det nye helsetilsyns oppgaver, men først og fremst om innføringen av de to nivåer i den sentrale forvaltning. Nordbø var opptatt av å komme Helsedirektoratet i møte så langt det lot seg gjøre innen de rammer Stortinget hadde trukket opp. Det skulle vise seg å være et godt stykke.

Man kan si at gruppens sammensetning viser at departementet, det vil si departementsråden, ville styre bestemt. I tillegg til at hun selv ledet gruppen hadde hun to til med seg fra departementet. Halve gruppen kom altså fra departementet. Med Eva Hildrum utgjorde departemenstfolkene 4 av 6, eller 2/3, departementssiden. Departementsdominansen ble understreket ved at departementets Øyvind Sæbø, var sekretær. Mauritzen og Sæbø sørget, kan man si, for kontinuiteten fra Norbom-prosessene. Vi merker oss ellers at fylkeslegene var representert med en av de fylkesleger som hadde vist mest forståelse for de norbomske planer, Asbjørn Haugsbø. Som en slags "vinner" i juni 1992 stod Anne Alvik nokså alene. Det understreker ytterligere gruppens departementsdominans at Anne Alvik fortsatt bare var konstituert helsedirektør. Hennes karriereskjebne lå i departementets, men i første rekke gruppelederen, Eldrid Nordbøs, hender. Men Nordbø var altså opptatt av å bruke den åpenbare makt hun hadde, ikke til å diktere, men til å få alle, og først og fremst Anne Alvik, med seg.

Samtidig med at denne arbeidsgruppen ble nedsatt ble det sendt et brev til alle ansatte i den statlige helseforvaltning.[643] Her ble det redegjort for gruppens oppgaver og for hvordan dens arbeid skulle følges opp. Om det siste het det at man, når arbeidsgruppens innstilling var politisk behandlet, skulle se nærmere på den interne ordning av de to nivåene. Det skulle, som vi skal komme tilbake til, føre til at det ville bli oppnevnt én gruppe til å se på ordningen av departementet og én til å se på ordningen av det kommende helsetilsyn. Det ble også antydet at en gruppe ville bli oppnevnt for å se nærmere på det horisontale bilde på nivå nr. to, og på forholdet mellom dette og nivå nr. én. Når det spesielt gjaldt legemiddelforvaltningen, het det i brevet at den ville bli behandlet allerede i første omgang, altså av Nordbøs arbeidsgruppe.

Det het ellers i departementsrådens brev at "Det vil bli lagt vekt på at de berørte enheter i helseforvaltningen deltar i det videre arbeid". Videre het det at "Det vil bli holdt nær kontakt med arbeidstakerorganisasjonene underveis". Nordbø ønsket imidlertid ikke slik bare å være korporativt korrekt, hun ville også bidra til å bygge et bredere forvaltningsfellesskap. Helsedirektoratets informasjonssjef, Helge Iversen, satte pris på begge deler. Til Aftenpostens

[642] *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosialdepartementet, Statens Helsetilsyn og fylkeslegene*, Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet, levert den 18. mars 1993.

[643] Brevet har overskriften "Omorganiseringen av den statlige helseforvaltning. Videre oppfølging" og er datert den 13. januar 1993. Det er stilet "Til de ansatte i den statlige helseforvaltning" og er undertegnet av Eldrid Nordbø. Det er på to sider. (Forvaltningsdokumentene det henvises til i resten av dette kapittel har vi i hovedsak fått fra Anne Alvik og Helge Høifødt, men en del er også kopiert fra de aktuelle dokumenter som befinner seg i departementets arkiv (Dokumentasjonsenheten: Organisasjonsgjennomgåelsen 1990-92, 612.1., kas. 16). Vi henviser derfor i resten av dette kapitlet til dokumentene med overskrifter og ellers til vårt arkiv.

Hilde Harbo sa han at "Sosialdepartementets opplegg virker veldig konstruktivt".[644] Nordbø holdt forøvrig, etter at YS-Stat hadde anmodet om det, et orienteringsmøte for hovedsammenslutningene den 27. januar.

Oppfølgingen av stortingsvedtaket fra sommeren 1992 fikk beskjeden offentlig oppmerksomhet. Bare mindre deler av pressen, men spesielt Aftenposten, omtalte oppfølgingen. I den grad pressen gjorde det, gjorde den det uten store oppslag. Dog hang noe av tonen fra Norbom-prosessene igjen: "Vinner" direktorat eller departement? Blant politikerne var imidlertid interessen for saken nå nesten borte. Det passet både Statsministeren, Helseministeren og departementsråden at de "avsluttende" runder i helseforvaltningssaken kunne foregå uten særlig offentlig "spetakkel". "Spetakkel" var det ellers stadig nok av for mindretallsregjeringen. Helt enkel skulle allikevel ikke saken bli. Den førte for så vidt heller ikke til mer stabile løsninger. Den videre, og mer overskridende, organisasjonsutviklingen skulle derfor snart ta til igjen.

Nordbø-gruppen: Innstillingen

Vi har sett at Helsedirektoratets første refleksjoner over stortingsvedtaket var preget av det vi nærmest må kalle tilsynsentusiasme. Direktoratet startet her prosessen med å videreprofesjonalisere tilsynsvirksomheten. Det var offensivt, men offensiven pekte i dybderetning. Nå, altså over nyttår i 1993, bremses denne utviklingen. Arbeidsgruppen, direktoratsjefen medregnet, vil nå at Direktoratet skal opprettholde mye av sin breddeoppmerksomhet og nesten forbli et direktorat. Den tolker Stortinget konservativt, ikke radikalt.

Gruppen sier lite av analytisk karakter om hvordan den forstår tilsyn. Dermed drøfter den ikke hvordan det kan oppstå spenninger mellom denne oppgaven og andre oppgaver. Det gjør det også enklere for den å la Helsedirektoratets oppgavemangfold få bestå. Sosialkomiteens innstilling kunne tolkes slik at kompetanseoppgavene, som de etter Norbom ble kalt, og også forvaltningsoppgavene Helsetilsynet skulle beholde, skulle være knyttet til den nye primærvirksomheten, tilsynsvirksomheten – vidt forstått. Helsetilsynet sluttet i august i stor grad opp om en slik tolkning. Nå blir imidlertid kompetanseoppgaven forstått videre, nesten som en generell helsefagbasert rådgivning overfor departementet, altså som en sentral oppstrømsoppgave.[645] Arbeidsgruppen skriver således, og advarer nesten mot å tolke kompetanseoppgaven for spesialisert tilsynsrettet (s. 5):

> *Det er viktig å unngå at Helsetilsynet først og fremst blir et tradisjonelt kontrollorgan med hovedvekten på det juridiske tilsyn. Det er behov for et faglig sterkt kompetanseorgan i den sentrale helseforvaltning som kan bidra til å legge premissene for helsepolitikken og som har en sterk og uavhengig stilling i forhold til fagmiljøer og profesjoner i helsetjenesten.*

[644] Oppslaget har en talende overskrift: "Omorganiseringen av Helsedirektoratet: Prosessen mer åpen". (Aftenpostens aftennummer 18.1.93, s. 2.)
[645] Det var selvsagt ikke til hinder for at Helsetilsynet kunne gi råd i andre retninger, men her er det altså oppstrømsrollen som trekkes frem.

Senere i innstillingen (s. 9) gjentaes det at Helsetilsynet ikke skal være et organ som ”utelukkende har tilsynsfunksjoner”. Det skal også ha ansvar for ”kompetanseutvikling, samt faglig rådgivning og bistand til departementet i utforming av helsepolitikken”. Enda senere i innstillingen (s. 13) sies det endog at den kompetanse Helsetilsynet skal bidra med oppstrøms går utover det helsefaglige. Det heter: ”Helsetilsynet …. skal bistå departementet i utformingen av lover og forskrifter på helserettens område”. Ja, gruppen ser for seg at helsetilsyn og departement nærmest utarbeider lover i et fellesskap som overskrider institusjonsgrensene: ”Dette må smeltes sammen til et fruktbart samarbeid hvor det kreves gjensidig respekt for de litt ulike roller,…”. Det heter også (s. 13) at ”Etablering av felles arbeidsgrupper eller prosjektgrupper .. ofte (vil) være en god arbeidsmåte i større saker”.

Arbeidsgruppen tenker seg også at Helsetilsynet bør spille en rolle på nedstrømssiden, utover det å være tilsyn, altså som et generelt iverksettende (forvaltende) organ. I innstillingen understrekes det at departementet først og fremst skal være et sekretariat for statsråden(e) (s. 10), og at det innebærer at departementet ikke ”skal bli belastet med forvaltningsoppgaver som kan legges til Statens Helsetilsyn” (s. 22). Her henvises det spesielt til prekliniske (forebyggende) oppgaver. Men på sidene 11 og 12 går det frem at Helsetilsynet bør få ansvaret for en hel rekke både klinisk og preklinisk orienterte forvaltningsoppgaver ”med et relativt omfattende helsefaglig innhold”. Her nevnes spesielt oppfølging av handlingsplaner, for eksempel innen spedbarnsomsorgen, det psykiatriske helsevesen og rehabiliteringsarbeidet, og deler av arbeidet med legetariffen og takstsystemene for poliklinikker og offentlige laboratorier og røntgenavdelinger.

Arbeidsgruppen foreslår altså at Helsetilsynet ikke må overbetone tilsynsoppgaven, men at det skal være et kombinert oppstrøms- og nedstrømsorgan – altså langt på vei et direktorat. Siden arbeidsgruppen også anbefaler et nærmest organisk, eller ”sammensmeltet”, samarbeid, både oppstrøms- og nedstrøms, kan man nesten si at gruppen toner ned betydningen av den deling som skjedde i 1983. Gruppen ser at man slik kan få ansvarsuklarhet, men har altså som det generelle svar på det problemet – tillitsfullt samarbeid: Arbeidsgruppens innstilling er også en kulturinnstilling. De to på toppen i de to organer, Eldrid Nordbø og Anne Alvik, skulle representere, og slik spre, den nye kultur. Det kom de til å gjøre, fra første stund. De kom til å gjøre det slik at også Harald Hauge, nå den største utfordringen, tok signalet. Overgangen til en ny tid ble for øvrig, kan man si, også markert med at Hauge snart skulle få en periode som ministerråd i Brussel.

Også når det gjelder den vertikale linjen, altså inndelingen i to nivåer, tolker arbeidsgruppen Stortinget på en konservativ måte. Den gjør det både når det gjelder spørsmålet om hvilket organ fylkeslegene rapporterer til og når det gjelder de gamle tredjenivåinstitusjonenes hierarkiske plassering. Gruppen nevner innledningsvis at fylkeslegene er underordnet Helsetilsynet i tilsynssaker og i administrative saker. At de er det i det siste henseende betyr at Helsetilsynet er deres arbeidsgiver. Men for å redde tonivåordningen må gruppen da, som for så vidt også komiteen, definere forholdet mellom Helsetilsynet og fylkeslegene som et ”indre” forhold. Uten direkte å si det, viser imidlertid gruppen at den redningen bare er en skinnredning. Den peker på (s. 4) at hvis de ”to” organer virkelig er ett, vil klager på vedtak fattet av fylkesleger måtte gå til departementet. I tillegg vil korrespondanse mellom de ”to” organer være å anse som interne dokumenter og således være unntatt fra offentlighet. Men slik hadde ikke Stortinget tenkt at det skulle være. Det opprettholdt jo, gjennom den reviderte tilsynsloven, og i noen andre lover, fylkeslegene som egne organer. Uten tydelig å si det, sier altså arbeidsgruppen at ordningen med tre nivåer i noen henseender er beholdt – og at den synes det er det mest naturlige. Der er elementer av tonivåordning, peker komiteen på, nemlig

på de områder hvor fylkeslegene er direkte underlagt departementet. Men slik hadde det jo lenge, nemlig siden 1983, vært.

Arbeidsgruppen er ellers, som "alle" hadde vært siden 1983, opptatt av å delegere oppgaver – fra departementet til direktoratet og fra direktoratet (Helsetilsynet) til fylkeslegene. På dette punktet overlater imidlertid arbeidsgruppen mye av ansvaret til den "fylkeslegegruppen" som skal komme. Arbeidsgruppen sier ellers også lite om fylkeslegenes oppgaver sett under ett, og under fortsatt todelt ledelse – under departementet og under Helsetilsynet.

Også hva gjaldt de gamle nivå tre-institusjoners direkte underordning under departementet modifiserte arbeidsgruppen i noen, skjønt bare i noen, grad, den nye to-nivå-ordningen. Det gjaldt på det område som var av betydning for (de fleste) av disse institusjoner, nemlig det prekliniske område. Stortinget hadde bestemt at Helsetilsynet skulle ha ansvar for tilsyn med det prekliniske arbeid, og for så vidt også bidra med faglig rådgivning oppstrøms når det gjaldt preklinisk politikk. Siden "alle" institusjonene nå skulle være på nivå to kunne da denne rådgivningen lett bli nokså fragmentert og kanskje heller ikke konsistent. Arbeidsgruppen ser det og skriver, litt kryptisk (s. 21):

> *Arbeidsgruppen forutsetter at de sentrale funksjonene på nivå 2 blir organisert på en slik måte at virksomhetene samordnes, og at dobbeltarbeid og uklare ansvarsforhold unngås.*

Gruppen så nok for seg, skjønt uten å si det, at Helsetilsynet kunne bli dette samordnende organ. Et uttrykk for det, kan være denne passasjen (s. 23):

> *For at den statlige kompetanse og forvaltning av forebyggende arbeid ikke skal bli oppstykket, uoversiktlig og lite samordnet slik tilfellet er i dag, vil det være naturlig å vurdere om visse funksjoner som i dag ligger i andre sentrale organer blir lagt til Statens helsetilsyn.*

Gruppen ser altså for seg ikke bare at Helsetilsynet kan bli det samordnende organ oppover på forebyggelsesområdet, men også at en del av forebyggelseskompetansen blir flyttet fra "de andre organer" til Helsetilsynet.

Men i den grad Helsetilsynet skulle få en slik samordnende oppgave oppover, ville de "andre" miste den fag-politiske kontakt oppover. De ville bare administrativt bli direkte underlagt departementet. Siden arbeidsgruppen også antydet, som de to siste sitatene viser, at samordningen også burde gjelde nedstrøms, altså på forvaltningssiden, og selvsagt hva gjelder tilsyn, ville "de andre" organene også kunne miste (noe av) den fagstyrende og faglige rollen nedover. Slik ville de ikke bare fortsette å være nivå-tre-organer; de ville bli mer eller mindre fjernet fra linjen. De ville bli en slags stabsorganer til Helsetilsynet. Som innstillingen fra arbeidsgruppen var, var den en betydelig trussel mot "de andre". "De andre" hadde oppnådd mye gjennom Norbom-utredningen og "nr. 43", og gjennom stortingsvedtaket. Nå kunne de tape alt, og mer til.

"De andre" var ikke representert i arbeidsgruppen, men det antydes i innstillingen at man her står overfor noen utfordringer. Gruppen sier at rollefordelingen mellom tilsynet og "de andre" "vil bli tatt opp i neste fase av omorganiseringen" (s. 23). Det skjedde også, som vi skal se.

Stortinget overlot altså til departementet å bestemme om det skulle opprettes et legemiddelverk, som foreslått av Norbom-utvalget. Legemiddelkontrollen ville, som vi har sett, svært gjerne utvides til å bli et verk. I Helsedirektoratet var motstanden mot verket massiv, ledet av legemiddelavdelingens engasjerte nye sjef (siden 1991), Anne Marie Horn, og sekundert av en av legemiddelinspektørene, den like engasjerte Beate Morstad Manger. Legemiddeldelen av direktoratet hadde fra gammelt av vært det mest tilsynsprofesjonaliserte organ. Den hadde tidligere vært mest apotekorientert, men med industrialiseringen av legemiddelfremstillingen, hadde den utvidet sitt virkeområde. Den hadde riktignok i sin tid (1947, 1974) tapt noe av legemiddelkjeden, nemlig den første del av den, den som var knyttet til den industrielle fremstilling av legemidler og til import og grossistsalg av slike midler. Nå gjaldt det, mente Horn og Manger, å hindre at mer av legemiddelforvaltningen ble flyttet "bort" fra det kliniske helsevesen – fra tjenesteytelsen – til det "industrielle helsevesen", til vareverdenen. De skrev derfor notat etter notat etter at arbeidsgruppen var oppnevnt – den 27. januar, den 8. februar (to), den 17. februar, den 10. mars og den 15. mars. Det var lenge meningen å foreslå at det skulle taes skritt i verksmessig retning – Stortinget hadde jo indirekte støttet Norbom og departementet her – men den direktoratlige mobilisering gjorde at Eldrid Nordbø til slutt gav det opp. Med et notat skrevet 16. mars, to dager før rapporten ble levert, fikk Anne Alvik stoppet denne planen. I notatet het det blant annet:

> *For at Helsetilsynet skal kunne legge til rette for en god legemiddelforsyning, må tilsynet ha ansvaret for hele distribusjonskjeden…. Det er .. viktig å se kravene til grossist og detaljist i sammenheng.*[646]

I rapporten fra arbeidsgruppen har legemiddelforvaltningen fått 21 korte linjer. Det konstateres (s. 24) at

> *I dagens situasjon er det lite ønskelig å dele tilsynsoppgavene på legemiddelområdet. På dette området skjer det mye internasjonalt. Arbeidsgruppen antar at Sosialdepartementet bl.a. i lys av utviklingen på et senere tidspunkt vil vurdere hvorvidt nåværende organisasjonsform er hensiktsmessig.*

De direktoratskonservative hadde altså vunnet frem i arbeidsgruppen, endog i større grad enn de kunne ha håpet. Partene "rykket" nesten tilbake til 1983. Det vil si, de bekreftet på nytt den forsiktige avpolitisering, avmedikratisering, og nyttestatliggjøring som delingen av direktoratet den gang representerte. De ble, kan vi antagelig si, også langt på vei stående på den tidens "preprofesjonelle", men medikratipregede, tilsynsforståelse. Mork hadde gått imot 1983-reformen, men etter hvert både godtatt og omfavnet den. Slik sett kan man si Nordbø-gruppens innstilling i større grad ble en seier for ham enn det som skjedde i Odelstinget den 15. og 16. juni. Nå var det imidlertid Anne Alvik og ikke han som skulle få glede seg over det som var iferd med å skje.

Vi kan altså konstatere at det faglig potente "tilsynsfrø" som var sådd i direktoratet et halvt år tidligere, i euphorien etter odelstingsnatten, nå så ut til å være glemt. Det hadde imidlertid festet seg i den direktoratlige jordbunn, og skulle etter hvert få konsekvenser: Det skulle komme til å sprenge det "etter-morkske" direktorat. Det skulle, forsinket, gjøre direktoratet til et rent helsetilsyn.

---

[646] "Kommentarer fra AA til kap. 10", 16.3.93, sendt til Ø. Sæbø og A. Haugsbø (pr. fax). (Vårt arkiv, levert av Anne Alvik.)

♦

Klassekampen lekket litt fra rapporten den 12. mars, altså før den var ferdig skrevet, men fikk ikke særlig meget ut av saken. Nå var den mediemessig og politisk blitt "kjedelig". Aftenpostens "direktoratsspesialist", Hilde Harbo, kunne dagen før offentliggjørelsen av rapporten, altså den 17. mars (morgennummeret), også gi litt informasjon om dens innhold. Under overskriften "Få endringer for Helsedirektoratet: Fortsetter som "vaktbikkje"", kunne hun, nokså riktig, konstatere at "Den lange striden om Helsedirektoratet ender med at det i store trekk består som før, men under nytt navn".

Den 18. mars, på ferdigstillelsesdagen, ble rapporten presentert på en pressekonferanse, ledet av helseminister Christie. Han sa at rapporten gav et godt utgangspunkt for en "ny start". Han la ikke minst vekt på at den understreket kombinasjonen samarbeid og styring, de to stikkord han siden skulle plassere i tittelen på sin helsepolitiske stortingsmelding. Nordbø redegjorde for innholdet i rapporten og fikk noen, men ikke mange, spørsmål. Ingen spørsmål var utfordrende. De medier som hadde fulgt Norbom-prosessens siste runde mest oppmerksomt stilte ikke, med VG som en untagelse, et eneste spørsmål.[647]

Departementsledelsen redegjorde også for rapporten i Sosialkomiteen. Det vil si, Christie overlot til Nordbø å redegjøre. Det kom bare ett eller to "uskyldige" spørsmål.[648] De tidligere så engasjerte sosialpolitikere – bortsett fra Alf E. Jakobsen (A) satt de der fortsatt alle – hadde nå mistet interessen for saken. Til Aftenpostens Hilde Harbo (aftennummeret 19.3.) uttalte dog noen av de gamle kritikerne seg. Høyres Thea Knutzen var fornøyd med rapporten, men føyet til at hun ventet på de nærmere planer for å bedre pasientenes rettssikkerhet – og, ikke så overraskende, på hvilke rasjonaliseringsgevinster organisasjonsutviklingen skulle gi. Fremskrittspartiets John Alvheim var også fornøyd, ikke minst med at Arbeidsgruppen hadde forsøkt å smugle inn noen av de forslag Sosialkomiteen hadde gått imot. Den gamle direktoratskritiker Tove Kari Viken, var på vegne av Senterpartiet, også fornøyd, men understreket at hun ville bli mer fornøyd jo flere oppgaver som ble delegert til fylkeslegene. Kristelig Folkepartis samarbeidsdame Borghild Røyseland gledet seg over at samarbeidet mellom departement og direktorat nå var blitt så bra, men ventet med en viss spenning på hvordan organiseringen av det forebyggende arbeid ville bli. Hun var nok ikke alene om det: Murringen på den gamle nivå tre-siden var allerede hørbar. Fra SV fikk ikke Harbo noen kommentar og regjeringspartiets folk spurte hun ikke, men de måtte jo nå følge sin statsråd og hans departementsråd.

Nordbø-gruppen: Konkretiseringen av forslagene

Som vi har nevnt skulle Nordbø-gruppens forslag konkretiseres av fire nye grupper, én for departementet, én for arbeids- og myndighetsfordelingen i den "gamle" vertikale linje, én for fylkeslegene og én for det forebyggende arbeid og de gamle nivå tre-institusjonene. Der kom

[647] Avsnittet er basert på Anne Alviks håndskrevne referat fra pressekonferansen. (Referatet er nå i vårt arkiv.)
[648] Opplyst av Eldrid Nordbø i samtale 21.8. 2009.

for så vidt noen (under)grupper til i den omfattende, svært korporativiserte, omordningsprosessen.

Omordningen av departementet

Når det gjaldt departementet var det særlig beslutningen om å ha to sentrale nivåer, og om å styrke det prekliniske arbeid, som gjorde det nødvendig å omordne departementet. Departementet hadde imidlertid endel spenninger som også gjorde en viss omordning av det aktuell. På toppen hadde man nå fått en todelt ledelse, men det var ikke tale om å fortsette todelingen ned ett nivå til: Det skulle bare være én departementsråd. Men med todelingen på toppen var for så vidt prosessen med å dele departementet startet. Den nye departementsråd merket jo straks hvor vanskelig det var å være det eneste personlige integrasjonspunkt i departementet. Hun hadde riktignok to avdelinger som i stor grad var departementsomfattende og slik sett kunne bistå henne med samordningen, nemlig administrasjonsavdelingen og planavdelingen. Den første virket imidlertid først og fremst budsjettmessig samordnende – den var det departementsinterne finansdepartement – altså ikke generelt samordnende. Hun trengte bistand til å samordne pengebruk og helsefaglighet, men fikk altså ikke det av denne avdelingen, eller for den saks skyld av andre enheter heller. Planavdelingen hadde i noen grad en slik rolle, men mer på lang sikt og på bestemte fagområder. De to avdelingene var dessuten sidestilt med de såkalte fagavdelinger og hadde derfor begrenset samordnende autoritet. Fagavdelingene ville for eksempel helst lage fagplanene, eller sette i gang utviklingsprosjekter for sine egne ansvarsområder, selv, eller gjøre det gjennom utredningsutvalg de selv i praksis var ansvarlig for. Skulle de to første avdelingene kunne fungert som virkelige samordningsavdelinger måtte de vært organisert som stabsenheter for departementsråden og eventuelt også hele departementsledelsen. At de ikke var det, er et uttrykk for den norsk-danske tradisjon med ministerielt, altså et nokså desentralisert, styre: Statsministeren (og hans kontor) var forholdsvis svak(t) overfor ministrene og deres departementer, og statsrådene (og departementsrådene) var forholdsvis svake overfor sine avdelinger, selv om det hadde vært en viss sentralisering, særlig siden 1970-årene.[649]

Styringsgruppen vedrørende omorganiseringen av Sosialdepartementet,[650] som den ble kalt, tok i beskjeden grad opp de viktige samordningsspørsmålene som nå meldte seg. Også denne gruppen var så konservativ som den kunne være, og som den indirekte var bedt om å være av den første Nordbø-gruppen. Den ville, og skulle, bare foreslå "nødvendige" endringer. Således kom det ikke på tale å gjøre større strukturelle endringer, som å opprette flere avdelinger. Men gruppen antydet noe. Den sa at mer av budsjettstyringen nå måtte skje fra administrasjonsavdelingen, siden, som vi skal se, planavdelingen skulle få en annen innretning. Den bad også i sin innstilling, som kom den 25. august 1993, om at administrasjonsavdelingen selv måte lage en plan for hvordan den skulle organiseres og fungere fra 1994. Nokså umiddelbart ble der derfor nedsatt (nok) en styringsgruppe til å lage denne planen. Gruppen fikk, naturlig nok, den helt ferske avdelingssjef (1993), Steinar Stokke, som leder.[651] Den unge (38 år) og offensive statsviteren Stokke kom fra

[649] Denne sentraliseringen har fortsatt siden, men fortsatt spilte den desentraliserte tradisjon en betydelig rolle.
[650] Innstillingen den leverte fikk tittelen "Omorganisering av Sosialdepartementet. Arbeidsfordeling mellom avdelingene", og ble avgitt den 25. august 1993. Den er på 23 sider. (Vårt arkiv, mottatt fra Helge Høifødt.)
[651] Det fremgår ikke av innstillingen gruppen leverte allerede den 11. november når gruppen ble utnevnt, men den hadde sitt første møte den 25. august, altså samme dag som Nordbøs gruppe leverte sin innstilling. Foruten

finansavdelingen i Finansdepartementet, altså det mest samordningsopptatte departement i den norske statsforvaltning.[652] Gruppen, og ikke minst han, konstaterer tidlig i sin innstilling: "Administrasjonsavdelingen er departementets samordningsavdeling" (s. 3). Med andre ord, den er en avdeling som egentlig betjener departementsledelsen på en stabsmessig måte. Man kan si gruppen understreket dette med å peke på den personalpolitiske lederrolle den hadde både innad i departementet som helhet og nå ville få overfor institusjonene på nivå nr. to – gjerne kalt etatsstyringsrollen.[653]

Den departementale gruppen var altså, naturlig nok, ledet av departementsråden. Den hadde ellers som "politiske" medlemmer alle ekspedisjonssjefene og som "korporative" medlemmer tre representanter for de ansattes yrkesorganisasjoner.[654] Gruppen tok for gitt at den utvidede etatsstyringsoppgaven departementet nå fikk, måtte legges til den avdeling som allerede var en etatsstyringsavdeling, administrasjonsavdelingen.

Den brukte det meste av sin tid til å drøfte hvor det oppgraderte prekliniske helsearbeid nå skulle plasseres. Det kunne selvsagt plasseres i helseavdelingen, hvor den såkalte Forebyggingsenheten (FE), opprettet i 1988, befant seg.[655] Det hadde imidlertid lenge vært et statsrådlig ønske om å styrke det forebyggende arbeidet, og da dette ønske ble konfirmert av Stortinget, hadde Nordbøs styringsgruppe ikke noe valg. Der måtte komme en egen avdeling for dette fagområdet, med unntagelse av den del av arbeidet som gjaldt tidlig-diagnostikk ("screening"). Hauge gikk med på det. Han hadde jo hele tiden ønsket seg et eget helsedepartement, og det å opprette en helseavdeling til, var å ta et skritt i den retningen. Siden der ikke skulle opprettes flere avdelinger, kunne den nye forebyggingsavdelingen imidlertid ikke bli en ren helseavdeling. Svaret gav da seg selv: Andreas Disens planavdeling måtte ta over FE og det forebyggende arbeid. Siden dette arbeidsområdet var så stort, og blant annet innebar styringsansvar for alle de forebyggende institusjoner på det utvidede nivå nr. to, ville det i praksis bety at planavdelingen primært ble en forebyggelsesavdeling. Det var liten begeistring for dette i den halvt avdelingsovergripende, tenkeloftspregede, planavdelingen. Med en egen fagportefølje ville jo også planavdelingen miste en del autoritet som en overordnet, det vil si, sektoruavhengig, avdeling. Men den gamle "helsemann" Disen hadde intet valg og godtok løsningen. FE(sekretariatet) måtte bli en ordinær seksjon i planavdelingen.[656]

Stokke bestod gruppen av ni ledere og saksbehandlere og tre tillitsvalgte, alle fra avdelingen. Olafur Pétursson var sekretær.

[652] Som vi har sett kom han også inn i Norboms styringsgruppe våren 1991 (etter Nils Holm).

[653] Fra 1994, foreslo gruppen, skulle avdelingen organiseres med et informasjonskontor og en analyseenhet i stabsposisjon og ellers med tre seksjoner, én for personal- og administrasjonssaker (intern ledelse), én for budsjett- og økonomisaker (departemental samordning) og én for etatsstyring. Kfr. innstillingen, s. 26.

[654] Ekspedisjonssjefene var Knut Brofoss (Sos. I), Andreas Disen (Plan), Bjørn Halvorsen (Trygd), Harald E. Hauge (Helse), Fredrik Hoffmann (Sosial II) og Steinar Stokke (Adm.). Ansatterepresentantene var Marit Folkestad (AF), Eli Johanne Lundemo (NTL) og Laila Thorbjørnsen (SL). Sekretærer var Nordbøs konsulent, Hanne Nymoen, og Ellen Seip.

[655] Enheten ble formelt opprettet som et sekretariat for den såkalte prosjektgruppen for forebyggende arbeid. Denne gruppen ble ledet av departementsråden. Gruppen skulle ha ansvar for å samordne det forebyggende arbeid mellom helseavdelingen, andre departementsavdelinger og Helsedirektoratet, men kom etter hvert mest til å fungere som en forebyggelsesseksjon i helseavdelingen.

[656] Det innebar også at at den prosjektgruppe FE formelt var sekretariat for, måtte oppløses. Vi skal også nevne at overflyttingen av FE til planavdelingen reiste avgrensningsspørsmål overfor både helseavdelingen og sosial- og trygdeavdelingene. Tjenesteytelsen er i noen grad samtidig behandlende/hjelpende og forebyggende. Denne skulle de gamle fagavdelinger beholde ansvaret for. Den primært prekliniske helsestasjons- og

Planavdelingen fikk ikke bare FE. Den fikk også Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME). SME, ledet av legen Trine Normann, var, som vi har sett, en halvt uavhengig gruppe. Det hørte administrativt hjemme i helseavdelingen, men var faglig ledet av et programråd. SME kunne ha blitt en seksjon i helseavdelingen, men planleggingsorientert og politikkutviklende som det var, var det heller ikke unaturlig å legge det til det som fortsatt skulle bli også en planleggingsavdeling.

Selv om flyttingen av SME til planavdelingen i prinsippet var et planstyrkende bidrag, var det langt viktigere at FE ble flyttet dit. Det omgjorde langt på vei en ikke altfor sentral planavdeling til en mer sentral forebyggelsesavdeling. Nå fikk Disen og hans folk en mer håndfast portefølje. Men siden de fikk det, ble det også vanskeligere å ha, som de delvis hadde hatt, en integrert planleggende rolle: Nå ville de, som de andre fagavdelinger, bli mer ”partiske”. Som Nordbøs styringsgruppe skrev (s. 14): ”Avdelingen kan ikke lenger ha den budsjettkritiske funksjonen når de får et større ansvar for egne budsjettposter”. Planavdelingens omdannelse gjorde slik administrasjonsavdelingen i enda større grad til samordningsavdeling, altså til en stabspreget ”overavdeling”. Det passet herr Stokke godt, selv om Nordbøs gruppe ikke sa det så eksplisitt som Stokkes egen administrasjonsgruppe gjorde.

I og med at Stortinget fulgte regjeringens og Norbom-utvalgets forslag om to nivåer, og altså om en betydelig grad av ”politisering” av helseforvaltningen, fikk departementet svært mange linjer nedover, nemlig til ”vel 30 etater og bedrifter” (s. 15). Noen av statssykehusene kunne, og skulle, slåes sammen (i det nye rikshospital), men linjemangfoldet ville forbli stort. Man kan nesten si at det ville bli ”dobbelt” så stort, for så vidt som styringsgruppen foreslo, eller tok for gitt, at den budsjettmessige og administrative styringen og ledelsen skulle utgå fra administrasjonsavdelingen og den ”faglige” fra ”fagavdelingene”. Gruppen så selvsagt at departementet her ville få betydelige problemer med å samordne sin styring, altså sine mange linjer. Men den kunne jo ikke utfordre Stortinget. Ei heller fant den det mulig å foreslå at de to former for styring skulle samles i enkeltavdelinger. Den nøyde seg med å ”oppfordre” administrasjonsavdelingen og fagavdelingene til å samarbeide ”nært og godt” (s. 16), formodentlig både om styringen overfor den enkelte etat og virksomhet og om etatsstyringen som en helhet (altså ”mellom linjene”). Det var ikke vanskelig å forutse at her ville det komme krav om forenkling, altså om sammenslåing av institusjoner og virksomheter på nivå nr. to og kanskje også om ”enhetlige” styringslinjer overfor den enkelte institusjon. Noen oppgaver langs linjene og mellom dem måtte man imidlertid straks se på. Det gjaldt de oppgaver hvis plassering allerede fattede vedtak ikke gav klare svar på.

Omordningen av departementet trådte i kraft fra 1994. Det samme gjorde overgangen til to nivåer i den sentrale helseforvaltning.

---

skolehelsevirksomheten skulle imidlertid følge FE til planavdelingen (kfr. s. 7). En del av den virksomhet sosialavdelingene og trygdeavdelingen drev hadde forebyggende sider som også var av helsemessig betydning. Intet av denne virksomhet skulle flytte med FE. Dog het det (s. 9), en smule uklart: ”Den nye Planavdelingen med forebyggingsansvar vil imidlertid måtte ha et overordnet ansvar for å dokumentere levekårsforhold av betydning innenfor sosial- og trygdesektoren, slik den vil ha det for faktorer som påvirker folks helse”. Noe av ”problemet” her var at den ferske forebyggelsesmeldingen, St.meld. nr. 37 (1992-93), *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, så sterkt betonet sykdoms- og skadeforebyggelsens sosiale forutsetninger. Meldingen var i hovedsak skrevet av den utpreget sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk orienterte lege og alkoholforsker Olaf G. Aasland.

Omordningen videre nedover i helseforvaltningen

Vi har sett at departementsrådens arbeidsgruppe var så endringskonservativ som den kunne være når det gjaldt forholdet mellom departement, direktorat og fylkesleger, og for så vidt enda mer når det gjaldt forholdet mellom direktorat og legemiddelkontroll. Når det gjaldt den vertikale linjen måtte den jo ta til følge at den etatstyring direktoratet hadde hatt, nå skulle flyttes opp til departementet, mens den altså valgte ikke å samle legemiddeloppgavene i et nytt verk, selv om den altså hadde "lov" til å gjøre det. En arbeidsgruppe, oppnevnt den 19. april, og ledet av fagsjef i Helsedirektoratet, tannlegen Kjell Røynesdal (f. 1949), skulle følge opp omfordelingene i linjen, mens en undergruppe ledet av underdirektør Kari Holst, Sosialdepartementet, skulle se på hvordan omfordelingene mellom departement, direktorat og legemiddelkontroll skulle være.[657] En gruppe, utnevnt den 31. mars, og ledet av Buskeruds fylkeslege Anne Berit Gunbjørud, skulle se på konsekvensene av Nordbø-gruppens konklusjoner for fylkeslegeetaten. Ytterligere en arbeidsgruppe, ledet av tidligere fylkeslege, nå administrerende direktør ved SINTEF UNIMED, Paul Hellandsvik, skulle se på den fremtidige organisering av "det helsefremmende og forebyggende arbeid i den sentrale helseforvaltningen". Denne gruppen ble oppnevnt den 14. mai.

Omordningen i linjen departement – helsetilsyn – fylkesleger: Røynesdal-gruppen

Røynesdalgruppen kom med en delinnstilling den 16. august[658]; noen endelig innstilling kom ikke. I delinnstillingen vurderes spesielt hvilke ressursmessige konsekvenser omfordelingen av arbeidsoppgaver ville få. Gruppens beregninger tør være symptomatiske for hvor forsiktig hele omordningen nå var blitt.

Gruppen kom til at tre og et halvt årsverk burde flyttes opp fra direktoratet til departementet – på grunn av oppflyttingen av etatsstyringsansvaret. Den andre veien skulle det gå tre årsverk, knyttet til de mest helsefaglig pregede oppgavene. Selv om den overordnede holdningen var, etter nyttestatlige premisser, å flytte oppgaver nedover, ble altså nettoresultatet et halvt årsverk oppover. Gruppen kom til at seks og et halvt årsverk kunne flyttes fra direktoratet til fylkeslegene, i hovedsak til ett av dem (Akershus), for å ta seg av godkjennelse og autorisasjon av helsefagfolk og fordeling av turnuskandidater (leger). Ellers mente gruppen ett årsverk kunne overføres til organer utenfor helseforvaltningen.[659] Gruppen kom altså til at 11 årsverk kunne flyttes ut av Helsetilsynet. Nettoutflyttingen ville da bli på åtte årsverk. Samtidig mente gruppen at økningen av innsatsen innen tilsyn, vidt forstått, krevde nye ressurser, nemlig 13–14 årsverk. Helsetilsynet ville altså bli litt større enn det

[657] Det fremgår ikke av rapporten fra undergruppen når den ble utnevnt, men det har trolig skjedd omtrent samtidig med at Røynesdals gruppe ble oppnevnt, altså i april (1993).

[658] *Omorganisering av den statlige helseforvaltning – gjennomføring av arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosialdepartementet, Statens Helsetilsyn og fylkeslegene. Delinnstilling fra Røynesdal-gruppen pr. 16. august 1993 vedrørende ressursmessige konsekvenser for Statens Helsetilsyn*. (Vårt arkiv.)

[659] Det gjaldt blant annet ansettelsessaker (til institusjonene) og godkjennelse av enkelte typer helsefagfolk (til utdannelsesinstitusjonene).

Helsedirektoratet ennå var. I linjen ville det da altså bli små forflytninger. Både departement, tilsyn og fylkeslegeetat ville imidlertid vokse litt, men Helsetilsynet mest.

Legemiddelforvaltningens ordning: Holst-undergruppen

Legemiddelundergruppen kom med sin innstilling den 3. september 1993.[660] Nordbø-gruppen hadde i praksis bestemt at det meste skulle være som før når det gjaldt fordelingen av oppgaver mellom Helsedirektoratet/Helsetilsynet og Legemiddelkontrollen. Undergruppens oppgave var derfor mer å konkretisere, og formalisere, fordelingen av oppgaver enn å foreta prinsipielle valg. Utgangspunktet for Nordbø-gruppen var at det kommende helsetilsyn skulle være også et legemiddeltilsyn og være det i helt generell forstand: Helsetilsynet skulle føre tilsyn med hele "legemiddelkjeden". Helsedirektoratet hadde hatt også mange forvaltningsoppgaver, til dels også politisk-strategiske oppgaver. Det gjaldt på forvaltningssiden (nedstrømssiden) oppgaver som å gi bedrifter tillatelser til legemiddeltilvirkning og grossist- og import/eksportvirksomhet; å gi tillatelse til drift av apotek, forvaltning av avgifts- og tilskuddsordninger for apotek, fastsettelse av apotekavanser og prisforhandlinger med legemiddelbransjen; og å planlegge, administrere og følge opp legemiddelberedskapen. Underutvalget ville at Helsetilsynet skulle fortsette med alle disse oppgaver, altså forbli et kombinert tilsyns- og forvaltningsorgan også på legemiddelsiden. Det ville dermed også at Legemiddelkontrollen skulle fortsette som det, altså som et organ for kontroll med legemidler.[661]

På noen punkter oppstod det uenighet mellom Helsedirektoratets medlem, avd.direktør Anne Marie Horn og SLK-direktør Ola Westbye. I disse tilfeller fattet departementet avgjørelsen, og den avgjørelsen er tatt inn i undergruppens rapport – en rapport som slik også formelt blir en vedtaksrapport. Uenigheten gjaldt, naturlig nok, oppgaver i begynnelsen av legemiddelkjeden, altså oppgaver knyttet til produktene. Det gjaldt spørsmål om oppnevnelse av og medlemsskap i Spesialitetsnemnda, Bivirkningsnemnda og Farmakopékommisjonen, samt hvilket organ som skulle ha myndighet til å endre preparaters reseptstatus. Det var spesielt uenigheten om den første nevnden som var av betydning. Her satt jo Helsedirektøren som leder. Den nye legemiddellov, vedtatt 4. desember 1992, men som ennå ikke var trådt i kraft, hadde ingen bestemmelse om Helsedirektørens rolle. Den var, mer enn både den gamle og nye helsedirektør likte,[662] tilpasset den kommende EØS-avtale og innebar at nevnden bare skulle vurdere et preparats kvalitet, sikkerhet og virkninger. Den kunne ikke (lenger) ta helsepolitiske hensyn. Den skulle være rent faglig rådgivende overfor departementet. Departementets myndighet delegeres så til Legemiddelkontrollen. Loven innebar altså at legemiddelpolitikken skulle "avpolitiseres", det vil si, tilpasses det kommersielle marked.

---

[660] *Omorganisering av den statlige helseforvaltning – oppgavefordeling mellom Statens Helsetilsyn og Statens legemiddelkontroll*, rapport fra en undergruppe, avgitt 3. september 1993. (Helsedirektoratet: 9302967-005/vårt arkiv.)

[661] Det innebar bl.a. å godkjenne og gi markedsføringstillatelse for medikamenter og andre medisinske produkter, å klassifisere produkter som legemidler eller handelsvarer, godkjenne pakning og merking av legemidler, godkjenne bruksansvisninger som medfølger legemidler, godkjenne priser og prisendringer for legemidler, kvalitetssikre kliniske utprøvinger, men også tilsynspregede oppgaver som overvåkning av registrerte legemidler med tanke på bivirkninger og medisinske virkninger og godkjennelse av og tilsyn med legemiddelreklame.

[662] Opplyst av Anne Alvik i samtale 29.6. 2009.

Departementet mente derfor at nevnden ikke skulle ha medlemmer fra helsetilsyn og legemiddelkontroll, men lot Helsetilsynet få ha en observatør i nevnden.

Bivirkningsnemnda og Farmakopékommisjonen gav råd til Legemiddelkontrollen, og hadde ikke noe medlem fra Helsedirektoratet. Departementet ville ikke endre på dette forhold. Når det gjaldt spørsmålet om myndigheten til å endre et preparats reseptstatus, gav departementet Westbye medhold og gav Legemiddelkontrollen denne myndighet, men Helsetilsynet skulle kunne be Legemiddelkontrollen om å vurdere å endre et preparats reseptregler.

Undergruppen, og departementet, fulgte altså Nordbø-gruppens konservative linje i legemiddelpolitikken, med fortsatt samling av tilsyn og mye forvaltning i Helsetilsynet, men "vedgikk" samtidig at den nye, EØS-tilpassede legemiddelloven, peker i den retning Norbom-utvalget (1991) og regjeringen (i 1992) hadde pekt, nemlig mot en samling av legemiddelforvaltningen på Legemiddelkontrollens "varegrunn". Denne samlingen skulle imidlertid komme senere (2001). Vi skal senere, under redegjørelsen for tilsynsutviklingen generelt, komme tilbake til legemiddelforvaltningen.

Ordningen av fylkeslegeetaten: Gunbjørud-gruppen

Arbeidsgruppen som så på gjennomføringen av omordningen i fylkeslegeetaten kom med sin første, mest tekniske, delrapport den 4. september 1993.[663] Gruppens rapport er en parallell til rapporten fra Røynesdal-gruppen. I denne gjennomgår arbeidsgruppen, i detalj, de oppgavemessige implikasjoner av Nordbø-gruppens innstilling. Arbeidsgruppen, ledet (igjen) av fylkeslege i Buskerud, Anne Berit Gunbjørud, tar utgangspunkt i de konklusjoner Røynesdal-gruppen trekker når det gjelder oppgaveoverførsel til og fra fylkeslegeetaten, men går altså lenger i konkretiserende retning. Den peker også på en del muligheter for å gå enda lenger enn det Nordbø-gruppen og Røynesdal-gruppen har gjort når det gjelder å føre oppgaver ut av fylkeslegeetaten. Arbeidsgruppen er slik en både lojal og ivrig talsgruppe for den i hovedsak nyttestatlige delegerings- og desentraliseringslinjen.

I sin annen delrapport vurderer og fremmer gruppen, som det heter i mandatet, "forslag til forbedring av styrings- og samarbeidsordninger med Statens helsetilsyn og Sosialdepartementet på basis av de retningslinjene som er skissert i innstillingen av 18. mars 1993".[664] Oppdraget er forvaltningspolitisk, og forholdsvis åpent. Det gir gruppen anledning til å opptre nokså "politisk". Det gjør den også. Indirekte setter den Helsedirektoratet, men spesielt departementet, ja, endog Stortinget, litt på plass fordi det ikke er det vi kunne kalle nok i tiden. Gruppen mener, selv om den formulerer seg på en upolemisk måte, at fylkeslegene ikke blir styrt så profesjonelt som den nyttestatlige styringsfilosofi tilsier. Den

[663] *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Gjennomføring i fylkeslegeetaten. Delrapport I.* Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet. Avgitt 4. september 1993. Medlemmer av arbeidsgruppen var fylkeslege Anne Berit Gunbjørud, Buskerud (leder), fylkeslege Asbjørn Haugsbø, Vestfold, fylkeslege Hans Petter Schjønsby, Hedmark, kontorsjef Øystein Ruud, Fylkeslegen i Hedmark, utredningsleder Anne Louise Valle, Helsedirektoratet og rådgiver Øyvind Sæbø, Sosialdepartementet. I tillegg kom tre tillitsvalgte: førstefullmektig Anja Marjatta Tande, Fylkeslegen i Oppland (ELF), sekretær Åse Heistein, Fylkeslegen i Aust-Agder (NTL) og fylkessykepleier Anne-Ragnhild Vestøl, Fylkeslegen i Aust-Agder (AF).

[664] *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Gjennomføring i fylkeslegeetaten. Delrapport II. Styrings- og samarbeidsordninger mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og fylkeslegeetaten*. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet. Avgitt 31. januar 1994. Sitatet er fra s. 12 og 16.

mener også, men sier det i dulgte vendinger, at Nordbø-gruppen representerer den samme mangel på nyttestatlig offensivitet. Annerledes sagt: Departementet, og den nye departementsråd med, henger for mye igjen i legmannspolitikkens logikk. Gunbjørud-gruppen ønsker seg en tydeligere, og fremfor alt, en bedre samordnet mål- og resultatstyring fra toppen, men for så vidt også fra Helsetilsynet. Den antyder også hvordan styringen ovenfra kan bli mer slik, altså mer nyttestatlig profesjonell, nemlig ved å vitalisere den indre-demokratiske, eller institusjonskorporative, (oppover)linjen. Annerledes sagt: meget kan bli bedre hvis fylkeslegene i større grad får legge premissene for styringen. Det tør være et uttrykk for hvor diplomatisk Gunbjørud og hennes fylkeslegekolleger klarte å uttrykke seg, at de fikk de erfarne representantene for Helsedirektoratet (Valle) og endog departementet (Sæbø) med seg.

Styringen nedover skal, nyttestatlig sett, være integrert gjennom (de forholdsvis nye) virksomhetsplaner, og iallfall budsjetter. Også lovgivningens, og andre styringstiltaks, implikasjoner skal innarbeides i disse planer. Gruppen mener at både departement og direktorat preges av for mye løpende, diskresjonær styring. Denne styringen er ofte lite eller svakt tilpasset de gjeldende, samordnende planer. Gruppen formulerer noe av dette poenget slik (s. 17): ”Fylkeslegen er på en rekke områder en ”samlende” instans på fylkesnivå for diverse brev, henvendelser og innspill fra Helsedirektoratets 5 avdelinger, Sosial- og helsedepartementet (Helseavdelingen og Sosialavdeling 2) samt eventuelt fra andre institusjoner (Folkehelsa, SHUS etc.) og departementer”. Med andre ord, mange slike linjepålegg kommer uten ”at de er tatt hensyn til i virksomhetsplanen”.

Gruppen er klar over at der må være plass for diskresjonær politikk i et demokrati, men gjør det samtidig klart at den kan styre sin begeistring for slik politikk (s. 17):

> *Arbeidsgruppen er selvsagt innforstått med at fylkeslegene i løpet av året må kunne pålegges oppgaver som ikke er planlagt eller tatt hensyn til i virksomhetsplanen. Det er en del av et politisk og forvaltningsmessig system. Situasjonen har imidlertid vært preget av at det ikke har vært etablert hensiktsmessige samarbeidsordninger. Det har i for stor grad ført til ad hoc-løsninger og til dels tilfeldige prioriteringer.*

Gruppens diagnostikk peker altså over mot terapien. Problemet er den fragmenterte og til dels litt tilfeldige styring. Botemidlet er en tydeligere og mer konsistent mål- og resultatstyring, med virksomhetsplanen og virksomhetsplanleggingen, som det sentrale samordnings- og dermed profesjonaliseringstiltak. Annerledes sagt: virksomhetsplanleggingen må bli bedre[665] og den må virke mer bindende også på overordnede organer. Gruppen nevner at større grad av samarbeid langs linjen i oppstrømsfasen (planfasen) kan bidra både til å forbedre planene og til å gjøre dem mer reelt bindende – spesielt for departement og direktorat.[666] Fylkeslegene ser altså på seg selv som sine overordnedes beste oppdragere. De anbefaler varmt at de brukes mere.[667] De peker for øvrig også på at samhandlingen i linjen vil virke samordnende, og ”samarbeidsoljende”, ved at den gjør at aktørene på de ulike nivåer blir mer kjent med hverandre: ”Det fører til en etatsfølelse – en forutsetning for at Statens Helsetilsyn og

[665] Gruppen skriver blant annet at virksomhetsplanleggingen ikke har virket godt nok integrerende blant annet fordi den er blitt oppdelt i ”målstruktur, felles satsingsområder, felles (årlige) resultatmål og særlige styringsområder” (s. 18).
[666] Fylkeslegemøtene er her viktige, men ikke nok.
[667] Gruppen nevner også at det her har vært en utvikling. Blant annet nevnes de ”felles resultatmålgrupper som har vært i virksomhet” (s. 18).

fylkeslegeetaten skal fungere helhetlig i fremtiden" (s. 18).[668] Men gruppen vil også ha en mer håndfast ordning på nedstrømssiden for å hindre at departement og direktorat glemmer seg og skeier ut i diskresjonær retning. Den foreslår at det i begge organer lages en "koordineringsordning", en ordning for å "sile" iallfall alle styringstiltak som har ressursmessige konsekvenser (før de ekspederes) (s. 22).

Gruppen ser ellers for seg at oppgavefordelingen nivåene imellom løpende utvikles, og at det skjer gjennom aktiv deltagelse oppover. Gruppen venter åpenbart at oppgaver slik stadig skal sendes nedover og at fylkeslegene blant annet vil få både tilrettevisnings- og påleggsmyndighet (s. 29).

Gunbjørud-gruppen er altså svært opptatt av den mer eller mindre fragmenterte måte fylkeslegene blir styrt på. Den ønsker seg en mer profesjonell styring, eller et bedre "etatstyringssystem", både hva gjelder den indre styring av virksomhetene og styringen av måten fylkeslegene styrer eksternt på.[669] For gruppen er virksomhetsplanen det viktigste svaret på dette ønsket. Den oppfant ikke selv denne plantypen, men fikk den som regjeringspålegg. De gamle, til dels nokså selvbevisste og selvstendighetsbevisste, medikrater tok pålegget alvorlig og ble forholdsvis snart tilhengere av det. Noen ble endog begeistrede tilhengere av det. Under den gamle ordning styrte de (innad og utad) i stor grad med utgangspunkt i lover og budsjetter, men også (utad) i et nærmest implisitt sett av (medisinsk definerte) verdier og en generell faglig kunnskap. De fungerte slik i praksis på mange områder nokså selvstendig og skjønnsutøvende. Med virksomhetsplanen ble deres virke, innad som utad, mye mer standardisert og formalisert. Målene for den ble mer presist definert: Kvalitativ vurdering ble erstattet med kvantitativ registrering. Dette skjedde omtrent samtidig som medisinen selv gikk inn i den presise evidensæra. Fylkeslegene fant den nye regime attraktivt. Det koblet styring og ledelse til medisin på en mer presis måte: Alt fikk et mer vitenskapelig og sikkert preg.

Fylkeslegene hadde gått "om bord" i nyttestatligheten.

Der var imidlertid et problem: Departementet, og til dels Helsetilsynet, hang litt etter. I fylkeslegenes etat var det opprettet et virksomhetsplanutvalg – for å harmonisere planleggingen i etaten. Vinteren 1993, altså omtrent da Nordbø-prosessen kom i gang, sendte dette utvalget et forslag til departementet og Direktoratet om "utvikling av et etatstyringssystem mellom Sosialdepartementet, Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn og fylkeslegene". Etatsstyringssystemet skulle være en videreutvikling av ideen om virksomhetsplanlegging. Forslaget var utarbeidet av en Statskonsult-rådgiver, Roar Hind (f. 1959), men, heter det, basert på diskusjoner i utvalget. Det er filosofien i dette forslaget Gunbjørud-gruppen legger til grunn. Notatet fra Hind, med ledsagende brev fra virksomhetsplanutvalgets (daværende) leder, fylkeslege i Hordaland, Svein Hindal (f. 1941), ble lagt ved Gunbjørud-gruppens rapport.[670] Vi skal si litt om det. Det sier mye om rapportens

[668] Gruppen var så vidt opptatt av samhandlingen langs linjen at den også tok til orde for at det skulle opprettes en "referansegruppe av tillitsvalgte". Denne gruppen kunne bistå ledelsen i "den videre omorganiseringsprosess og i det videre arbeid for øvrig" (s. 21). Anne Alvik syntes det ble vel mye nedenfrastyring. I sitt eksemplar av innstillingen hadde hun her satt spørsmålstegn i margen.

[669] Det vil si, måten de styrer kommune- og fylkeskommunehelsevesenet på.

[670] Brevet fra virksomhetsplanutvalget og notatet fra Hind er vedlagt Gunbjørud-rapporten som vedlegg 1. Brevet, med overskriften "Forslag til utvikling av et etatstyringssystem mellom Sosialdepartementet,

filosofi, og sier det tydeligere enn det er sagt i rapporten. Statskonsult hadde jo også, som vi har nevnt, en tid vært statsforvaltningens ivrigste spreder av det nyttestatlige budskap.

Det er påfallende, men også interessant, at et forslag til et styringssystem kommer nedenfra i dette systemet. Men når det først kommer, og er så styringsprofesjonaliserende motivert, er det ikke så overraskende at dets forfatter, altså herr Hind, belærer de øverste organer, fra storting, via departement til direktorat. Han skriver således (s. 4):

> *Et styringsorgan har to roller i en styringskjede, en rolle som overordnet og en rolle som underordnet. Som hovedprinsipp bør styringsorganet bare ha en overordnet instans, blant annet for å sikre at at budsjett (ressurser) og oppdrag tildeles langs samme kanal. Men svært ofte settes dette hovedprinsipp til side. Innst. O. nr. 88 (1991–92) indikerer at fylkeslegene fortsatt vil bli underlagt både Sosialdepartementet og Helsedirektoratet/Helsetilsynet.*

Roar Hind utdyper, som om det skulle være nødvendig:

> *Virksomhetsplanutvalget ønsker å påpeke at når ressurser og oppdrag tildeles fra flere hold, øker sannsynligheten for manglende koordinering og samordning i systemet. Etatstyringsforholdet mellom departementet og direktoratet/tilsynet og etatstyringen h.h.v. fra departementet og direktoratet/tilsynet overfor fylkeslegene vil bli mer komplisert å håndtere. Dette vil igjen komplisere den interne resultatstyringen ved fylkeslegekontorene.*

Han konkluderer slik: ”Som ledd i arbeidet bør departementets og direktoratets/tilsynets instruksjonsmyndighet og budsjettansvar avklares i forhold til fylkeslegene”. Konsulent Hind, og hans oppdragsgivere, fylkeslegene, vil egentlig ha en enlinjet ledelse, men ber de to styringsorganer i det minste samordne seg så meget at de for fylkeslegene opptrer som ett organ. For dette formål redegjør han for hvordan ”styringskjeden” og ”styringsdialogen” kan organiseres. Selv om fylkeslegene tidligere ikke hadde noe imot også å forholde seg direkte til den egentlige makt, departementet, kan det nå virke som om de ønsker seg en treleddet linjeledelse. Indirekte kritiserer de ordningen med ”to og et halvt” nivå.

Den prinsipielle kritikken av etatsstyringen fra fylkeslegenes virksomhetsplanutvalg, som altså Gunbjørud-gruppen sluttet seg til, fikk ikke direkte konsekvenser: Den ble stående som en påminnelse til de to overordnede organer om å samordne (seg) bedre. Gunbjørud-rapporten fikk mest praktisk betydning gjennom de konkrete oppgave- og ressursfordelingsforslag den kom med i delrapport I. Den gikk ”for langt” når den uttalte seg om etatsstyringen. Den tok spesielt ikke nok hensyn til legmannspolitikkens logikk: Denne logikk innebærer at ulike elementer i en ordning ikke alltid er harmonisk tilpasset hverandre. Ofte reflekterer jo elementene sprikende hensyn og interesser. Ordningene blir slik gjerne intellektuelt uelegante kompromisser. Det er imidlertid ikke minst slike spenninger som skaper forvaltningens dynamikk: Psykologen Leon Festinger (1919–1989) talte i femtiårene om hvordan ”kognitiv dissonans” skaper endringstrykk.[671]

Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn og fylkeslegene”, er datert den 18. januar 1993 og er stilet til Sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Hinds 6 siders notat er ferdigstilt den 12. januar 1993.

[671] Leon Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Evanston. Ill.: Row, Peterson, 1957.

Men fylkeslege-rapportens klarhet representerte også noen problemer. Det ene stikkord er tilsyn, det annet fylkesmannen.

Hvis tilsynet skal profesjonaliseres i den forstand at medisin brutt ned til prosedyrer kombineres med, men "underordnes", jus, bør ikke tilsynsvirksomheten underlegges etatsstyring: Da kan den kompromitere sin habilitet.[672] Gunbjørud-gruppen har resonnert som om Helsetilsynet skulle fortsette å være et helsedirektorat, altså et vanlig forvaltningsorgan. Med andre ord, gruppen er ikke helt konsistent moderne, eller nyttestatlig.

Gunbjørud-gruppen henviser også til den diskusjonen som lenge har pågått om i hvilken grad fylkesmannen skal spille en "statsintegrerende" rolle i den statlige styring av kommuner og fylkeskommuner (s. 24–25). Gruppen nevner at samarbeidet mellom fylkesmannen og de store statlige, fagspesialiserte etater (helse- og skolevesen) i flere fylker er blitt mer omfattende, og ser at fylkesmannen etter hvert kan komme til å bli et lokalt statlig samordningsorgan. Den nevner at Kommunal- og arbeidsdepartementet, i samarbeid med Administrasjonsdepartementet, våren 1994 vil sette i gang et prosjekt for å "klargjøre" fylkesmannens rolle. Gruppen nevner allikevel ikke at en hierarkisk basert samordning på lokalt nivå, vil true den funksjonelle (helseinterne) samordning den selv tar så sterkt til orde for. Å samordne langs begge dimensjoner er svært vanskelig, og tid- og ressurskrevende. Ja, at spørsmålet om territoriell samordning nå kom opp, var delvis en følge av tendensen til strammere styring langs den funksjonelle linje. Stram styring langs denne linje gav de lokale helseledere mindre selvstendighet og dermed også mindre rom for selv å sørge for den lokale samordning: Gårsdagens distriktsleger og administrerende overleger kunne lettere forene påleggene ovenfra med lokale behov enn det dagens helsesjefer og sykehusdirektører kunne. Fylkesmannens "vekst" var for helsefolkene desto mer skummel som den innebar at de lokale helseinstitusjoner i stigende grad ble satt under dobbel, og ikke alltid like godt samordnet, departemental styring, Kommunaldepartementets og Sosialdepartementets. Men fylkesmannsutfordringen ble mer nevnt enn diskutert. Det er forståelig, siden jo gruppens forslag innebar at denne utfordringen ville bli større.

Ordningen av det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid: Hellandsvik-gruppen

Arbeidsgruppen som skulle se på det vi har kalt det prekliniske felt omfattet, foruten lederen, Paul Hellandsvik, (sekretariats)lederne for forebyggelsesinstitusjonene på nivå nr. to,[673] samt fylkeslege Asbjørn Haugsbø, rådgiver Hans Ånstad fra departementet og tre tillitsvalgte.

Gruppens arbeid, og innstilling, var preget av at dens leder, som nok de aller fleste av medlemmene, var utpreget mål- og resultatorientert. De representerte, for så vidt mer enn

[672] Medisinen, eller andre helsefag, skal gi kunnskap om fakta. Jusen, det vil si jurister, bruker disse fakta i de vurderinger den avgir, det vil si i de "dommer" den avsier. Jo mer presis medisinen blir, og den blir nå stadig mer presis, jo mer marginaliseres den medisinske skjønnsutøvelse og med det medisinens "frie" rolle. Samtidig tar jusen mer og mer over. Det skal den gjøre med bind for øynene; det er slik den blir habil.

[673] Fra Tobakkskaderådet møtte først rådslederen, professor Asbjørn Kjønstad, siden kontorsjef Anne Marie Müller. Statens institutt for strålehygiene (opprettet 1939, som Statens fysiske kontrollaboratorium) var nå (fra 1993) slått sammen med Statens Atomtilsyn (opprettet 1973) til Statens strålevern og var ikke med i gruppen. Rettstoksikologisk institutt og Giftinformasjonssentralen deltok, som ikke primært forebyggende institusjoner, ikke i gruppen.

departementsråden (og hennes gruppe(r)) og departementet, men som Gunbjørud-gruppen, nyttestaten. Denne felles forankring lettet arbeidet. Forankringen var imidlertid ikke helt den samme, som vi skal komme tilbake til. Og selv om forankringen i viktige henseender ikke var så ulik, var det en naturlig spenning i fordelingsspørsmål: Ingen var særlig interessert i å gi fra seg ressurser. Det lettet situasjonen at det nye Helsetilsynet først og fremst skulle være en profesjonalisert tilsynsinstitusjon: Det gjorde at den gamle dragkampen mellom Helsedirektoratet og (særlig) SIFF om (forvaltnings)oppgavene ikke ble så relevant.

Ut fra et nyttestatlig synspunkt, var det avgjørende at forebyggelsespolitikken, som behandlingspolitikken, tok utgangspunkt i tydelige mål, ble fulgt opp gjennom en systematisk tilpasning og samordning av virkemidlene og kontroll med resultatene. Hele forvaltningssyklusen skulle altså være mest mulig integrert; integrasjonen skulle også være tydelig (gjennomsiktig). Ut fra slike premisser blir Hellandsvik-gruppen, som Gunbjørud-gruppen, mer ambisiøs og mer politisk utfordrende, enn dens mer pragmatiske formål skulle tilsi. Gruppen(e) lar det skinne igjennom når ”bestillingen” fra storting og departement ikke er helt (nyttestatlig) profesjonell.

Paul Hellandsvik (f. 1948): Etter endt medisinsk utdannelse (1976) gikk han inn i almenmedisinen og virket som distriktslege i Hegra fra 1978 og fra 1980 i Stjørdal. Han ble helsesjef i Stjørdal fra 1984 og ble i 1986 assisterende fylkeslege i Sør-Trøndelag. Han ble fylkeslege i samme fylke i 1989 og spilte en viktig rolle både ved innføringen av virksomhetsplanlegging i fylkeslegeetaten (fra 1989–90) og i det omorganiseringsarbeid som skjedde i den sentrale helseforvaltningen etter odelstingsvedtaket i juni 1992 og frem til den nyordningen som trådte i kraft i 1994. Også i årene som fulgte ble han en sentral og meget synlig helseforvaltningsleder. Den meget taleføre sunnmøring, som tidlig i karrieren slo seg ned i Stjørdal, var med på å gi premisser for den helseforvaltningsreform som trådte i kraft i 2002, og ble selv en del av den, blant annet som styreleder og administrerende direktør for Helse Midt-Norge fra 2001 til 2007. Han var så seniorrådgiver i Helse Midt-Norge til 2016. I denne tiden var han styreleder i Kreftforeningen, styreleder og leder for de regionale helseforetaks toppelederprogram og nestleder i styret i Sykehuset Innlandet. Bildet er fra en pressekonferanse holdt like etter at 2002-reformen var trådt i kraft. (Foto: Jan Tomas Espedal / Aftenposten)

Den prekliniske politikk hadde, som vi har sett, fått økende politisk oppmerksomhet siden Heløes tid som sosialminister. Heløes etterfølger, Gerhardsen, hadde, blant annet gjennom sin nasjonale helseplan (St.meld. nr. 41 (1987–88)), spesielt tatt til orde for å gi det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid mer ressurser. Stortinget hadde gitt hennes tanker tilslutning (våren 1989). Men ennå manglet den samlende plan, med presise målformuleringer og handlingsstrategier, for det prekliniske arbeid. Dette planarbeidet ble satt igang under Gerhardsen og fulgt opp av hennes to etterfølgere. Høsten 1988 ble det nedsatt en egen prosjektgruppe for forebyggelse, en gruppe som også kom til å omfatte folk fra sosial- og trygdesiden. Også Helsedirektoratet var representert i gruppen. Gruppen, som knapt kom til å spille noen stor rolle, ble ledet av departementsråd Norbom. Han var selv blitt en ivrig ”forebyggelsesmann”. Han hadde også oppdaget at den spesialrådgiveren han i 1988 hadde fått fra Statens edruskapsdirektorat, Olaf Aasland, var den rette mann til å drive dette

prosjektarbeidet. Norbom ble langt viktigere enn gruppen for utreder Aasland. Aasland, som var en sosialt orientert lege, og gjerne ville se forebyggelsesarbeidet i et videst mulig perspektiv, gikk med stor iver løs på oppgaven.[674] Arbeidet, i all hovedsak utført av ham, resulterte i NOU 1991: 10, *Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier*.[675] Utredningen ble sendt til uttalelse til aktuelle institusjoner og organisasjoner og førte til at regjeringen den 2. april 1993 la frem St.meld. nr. 37 (1992–93), kalt *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.* Meldingen reflekterte den første utredningens filosofi nøye, men ble mer konkret hva gjaldt beskrivelsen av virkemidlene i politikken. Mange remissinstanser hadde bedt om en slik konkretisering. Aasland hadde i stor grad skrevet også meldingen.[676] På knapt fire år skrev han altså ca. 300 offentlige sider.[677]

De aaslandske dokumenter er tilpasset tidens nyttestatlige tenkning. De er uttrykk for at nå skal ikke bare den prekliniske politikk moderniseres, den skal for første gang fremstå som en samlet og samlende preklinisk politikk. Ja, egentlig skal den nå gjøres så vid at den i prinsippet favner all politikk: Man skal nå fremme helse og sosial velferd, og forebygge helse- og annet velferdstap, ved å gi premisser for "all" annen politikk. Aaslands utredning er, skriver departementsråd og oppdragsgiver Jon Ola Norbom i et forord, preget av at "en stor del av den forebyggende innsatsen må skje *utenfor* helse- og sosialsektoren dersom vi skal kunne bekjempe og redusere disse problemer slik vi møter dem i behandlings- og omsorgsapparatet,.." Formålet med politikken nærmer seg altså det almenpolitiske. Derfor er det naturlig at Aasland allerede innledningsvis skriver at "en overordnet målsetting, som både helse- og sosialsektoren og alle andre sektorer bør kunne slutte seg til, er: FLERE GODE LEVEÅR FOR ALLE".[678] Han konkretiserer så dette målet som to "delmål": Å fremme helse gjennom gode levekår, og å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Det første delmålet er målet for den offensive, levekårsbaserte helsefremmende innsatsen, for hovedformålet med det som fra slutten av 1970-årene internasjonalt ble kalt "New Public Health" (nevnt ovenfor). Det annet delmålet er målet for den mer defensive sykdoms- og problemforebyggende innsatsen. Forsåvidt som det er etisk, og derfor politisk, vanskelig å avveie de to delmål mot hverandre på en presis måte, blir de stående som to, nesten sideordnede og litt adskilte, uttrykk for hovedmålet.[679]

Hellandsvik-gruppen ønsker, kan man si, Aaslands nyttestatlige og profesjonaliserende tanker velkommen, selv om den i praksis forstod det prekliniske arbeid på en mer tradisjonell, avgrenset måte.[680] Gruppen skriver at det er "viktig å samordne innsatsen ved å forplikte alt dette arbeidet til **en felles målstruktur på tvers av sektorgrenser**"; uthevelsen er gruppens. At gruppen mener det var på tide å få gitt den prekliniske politikk et samlende formål, fremgår av gruppens diagnostiske karakteristikk av status quo. Det viktigste problemet den

[674] I den nasjonale helseplan ble det nevnt at departementet, i samarbeid med Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund, ville sette i gang et femårig tiltaks- og utviklingsprosjekt rettet mot visse, høyt prioriterte, innsatsområder. Dette skjedde gjennom det som ble kalt Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Planen kom til å gjelde perioden 1989 til 1994, altså seks år.
[675] Arbeidet startet våren 1989 og utredningen ble lagt frem i april 1991. Den er på 160 sider.
[676] Bekreftet av Olaf Aasland i e-brev den 5.10. 2012.
[677] Meldingen var på 153 sider samt noen vedlegg. Når vi skriver at Aasland stod for ca. 300 sider gjelder det endelige sider. Begge dokumentene ble selvsagt revidert mange ganger underveis.
[678] NOU 1991: 10, s. 7.
[679] Det ville det selvsagt også gjøre å veie slik innsats mot behandlingsinnsats. Utredningen inneholder for øvrig et vedlegg om etikk.
[680] Den var altså mindre opptatt av drive sykdomsforebyggende politikk gjennom andre departementer. Å gjøre det, ble for øvrig mindre aktuelt i årene som fulgte. Denne del av den aaslandske filosofi ble snart, iallfall i betydelig grad, historie.

prekliniske politikk har er knyttet til ”den politiske styringen av feltet”. Gruppen konkretiserer slik: Der mangler ”en samlet strategi, inkludert felles mål og prioriteringer”. I første instans har altså departementet sviktet. Forvaltningen er departementets utøvende apparat. Når dette ikke får et klart oppdrag, og det i tillegg er nokså oppdelt, må nesten den utøvende politikk både bli uklar, fragmentert og gjerne spenningsfylt. Gruppen sa det ikke slik, men konstaterte at det var ”Uklare ansvarsforhold og funksjonsfordelinger mellom nivåene og mellom institusjoner på samme nivå”. Gruppen unntar ikke de institusjoner den representerte for kritisk vurdering, selv om disse institusjoner hadde et vanskelig mål-utgangspunkt: Den konstaterte at ”Manglende samordning og koordinering på spisskompetansenivået fører til vanskeligheter både for det politiske og operative nivå”.[681] Den kunne ”unnskyldt” seg litt ved å henvise til at når ”katten (departementet) er borte danser musene (enkeltinstitusjonene) på bordet”. Den gjorde ikke det, kanskje både av hensyn til seg selv og departementet.

Aasland-dokumentene hadde, med utgangspunkt i de to (hoved)delmål definert to ganger seks resultatmål, knyttet til diagnose (kartlegge helse- og velferdsbildet) (4), utvikling og formidling av preklinisk kunnskap (1) og direkte prekliniske tiltak (2). Gruppen setter pris på det, men minner i sin diagnostikk om at så langt har ”Mangel på overordnet styring og systematisk resultatvurdering … medført vekslende kvalitetsutvikling ved tjenester og institusjoner” (s. 18). Det er altså først nå, etter Aasland, at ”de ansvarlige enkeltorganene på nivå 2 (kan) formulere sine egne konkrete innsatsområder og resultatmål” (s. 19). De har nok drevet med virksomhetsplanlegging noen år allerede, men denne planleggingen har ”hengt litt i luften” på det prekliniske område. Nå kan den få et mer styrt utgangspunkt.

Men mye gjenstår altså. Først må departementet vende seg til sin rolle som styrende organ på dette område. Gruppen konstaterer at det vil hjelpe at man nå får en egen forebyggelsesavdeling, men sier intet om at avdelingens andre oppgaver kan skape et problem i den sammenheng. Dog sier den indirekte at dette vil ikke den nye avdeling klare alene, spesielt ikke siden nivå nr. to er så oppdelt. Den skriver at institusjonene på dette nivå i betydelig grad må sørge for en samlende styring ved at de, formodentlig med utgangspunkt i de aaslandske mål, kompenserer for styringsunderskuddet ovenfra ved å samordne seg horisontalt. Gruppen bruker mange sider på å drøfte hvordan dette kan skje, men viser samtidig at den egentlig leter etter et substitutt for sammenslåing av institusjonene, altså etter å hierarkisere nivå to. Å miste direktoratet som styrende nivå var altså, i prinsippet, men ikke i praksis, uheldig – sett fra gruppens nyttestatlige perspektiv. Men gruppen, særlig lederen og sekretariatet, må bare konstatere at sammenslåing har Stortinget forbudt. Mange av institusjonslederne var imidlertid fortsatt tilfreds med det, uten at det kommer frem i den stort sett enstemmige rapporten gruppen laget.

Gruppen nevner et eksempel på hvilke problemer fragmenteringen på nivå nr. to skapte: I stortingsmeldingen, og utredningen som den bygger på, heter det at det nå må gjøres mer preklinisk med tre grupper av problemer: mentale lidelser og psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker og skader. Administrativt var det imidlertid ingen av de eksisterende institusjonene det var naturlig å gi ansvaret for å gjøre noe med disse problemene. Det gamle Helsedirektoratet kunne tatt seg av dem, men ikke det nye Helsetilsynet. Et samlet folkehelseinstitutt ville uten videre gjort det, men et slikt fantes ikke ennå. Gruppen er, kan man si, indirekte kritisk overfor et storting som ikke helt har ”skjønt” hva nyttestaten fordrer. Den leter imidlertid videre, og må forkaste alt som minner om

[681] Sitatene er fra s. 18 i Hellandsvik-gruppens rapport.

hierarki, altså ikke bare sammenslåing, men også et felles styre og en halvhierarkisk "konserntenkning", institusjonalisert gjennom et konsernmøte. Særlig formannen, Hellandsvik, og til dels også SIFFs Bodolf Hareide, var ikke fremmed for konsernideen, men alle de andre mislikte den. De ville ikke slippe til tanker som kunne true deres selvstendighet. Anne Alvik mislikte også av ideologiske grunner konsernideen. Den ender da med at gruppen foreslår å etablere et slags felles ledermøte, kalt et "samordningsforum for forebygging" (s. 28–34). Gruppen tenker seg at ekspedisjonssjefen for forebyggelse skal lede møtet, men er nøye med å påpeke at møtet bare er rådgivende, ikke besluttende. At ekspedisjonssjefen leder møtet, kan gjøre at institusjonene på nivå nr. to blir halvveis integrert i departementet, altså nivå nr. én. Gruppen antyder at ekspedisjonssjefen kanskje bør kalles "områdeleder" eller "områdeansvarlig" når han leder samordningsforumet (s. 33–34). "Samordningsmekanismen" som den ender med å foreslå, er altså en nokså anemisk institusjon.

Mot slutten av rapporten drøfter gruppen institusjonenes forskning, altså aktiviteten knyttet til de første delresultatmålene. Den viser sin målstyrende innstilling ved å understreke at forskningen skal være måltilknyttet: "Forskning som ikke er klart forbundet med institusjonenes mål og andre funksjoner skal … ideelt sett ikke foregå ved disse institusjonene" (s. 43). Den stiller derfor spørsmålstegn ved berettigelsen av den helsetjenesteforskning som foregår ved SIFF, hvis den ikke tydelig orienteres i preklinisk retning (s. 48–49).

Helsetilsynets rolle vies betydelig oppmerksomhet i gruppen. Gruppen utfordrer Helsedirektoratets representant, altså Anne Alvik, til å klargjøre hvordan det fremtidige helsetilsyn vil se på tilsyn. Alvik svarer, gjennom flere lengre notater, at Helsetilsynet nå i praksis vil bli et spesialisert og profesjonalisert helsetilsyn.[682] Hva forebyggelse angår, ser hun for seg at Helsetilsynet vil være et tilsynsorgan. Dets rådgivning skal gjelde tilsynsspørsmål, ikke innholdet i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det er, som vi har nevnt, derfor det ikke i gruppen oppstod spesielle revirstridigheter mellom Alvik og for eksempel Hareide (SIFF).

Alviks svar eksponerte imidlertid et annet problem: Helsetilsynets forlengede arm i fylkene, fylkeslegene, skulle fortsette å være også et forvaltningsorgan – men på vegne av departementet. De habilitetsproblemer Anne Alvik, gjennom sine notater til gruppen, sa meget om hvordan hun skulle unngå, de ble hennes lokale representanter sittende tungt med. Det gjør de for så vidt fortsatt: Departementet har ikke ansett det for ressursmessig forsvarlig å ha to statlige helseinstanser på fylkesnivå. Av og til koster det for meget å være konsekvent (nyttestatlig/modernistisk). Vi skal føye til at fylkeslegenes departementale oppgaver på det prekliniske område også ville bli spesielt krevende, ja, nesten politiske: De skulle omfatte det, både gruppen og andre ofte, både upresist og upoetisk, kalte å være "pådriver" overfor andre (lokale) etater, men for så vidt også overfor helseetaten. Avstanden mellom å være "uprofesjonell" pådriver og profesjonell tilsynsutøver er betydelig. Gruppen sa lite om dette (kfr. s. 25). Fylkeslege Haugsbø bad ikke om at mer måtte sies.[683] Gruppen kunne

[682] Kfr. spesielt notat av 30.10.93 kalt "Om tilsyn". Notatet er vedlegg to til brev av 1.1.93, stilet til arbeidsgruppa for organisering av helsefremmende og forebyggende arbeid i den sentrale helseforvaltningen, ved sekretariatet, og har overskriften "Kommentarer til sekretariatets notater/kapitler, samt spørsmål vedrørende tilsyn". Brevet har saksnummer 93/00238 5. Tilsynsnotatet har signaturene BMI (Børge Minsaas, f. 1941), MK (Marit Kromberg) og HJ (Hilde Jordal). Kfr. også gruppens rapport, s. 23-25.

[683] I Helsetilsynet påpekte dog AHA den 4.1. at fylkeslegene i praksis allerede opplevde forholdet mellom den departementale og den tilsynsmessige styringen som uklar. I det ene tilfelle, skriver hun, oppfatter fylkeslegene

”unnskylde” seg med at det var nivåene én og to den skulle se på, og fylkeslegene kunne behandles både som om de tilhørte Helsetilsynet og som om de befant seg på nivå nr. ”to og en halv”.

Ett spørsmål skapte spesielle vanskeligheter. Det var, som vi så vidt har nevnt, spørsmålet om ressursfordelingen. Departementet skulle bygge opp en forebyggelsesavdeling og måtte få noen ressurser fra nivå to. Fylkeslegene ville også få et større ansvar på forebyggelsessiden, og måtte, også de, få ressurser fra nivå to. Ingen på nivå to ville imidlertid gi fra seg noe. Helsetilsynet stod mest utsatt til. Det ble mange runder, helt til siste slutt, om fordelingsspørsmålet og på et tidspunkt ”truet” Hellandsvik med å gå til departementsråden og si at ”partene” ikke ville gi fra seg noe.[684] Spesielt Hareide gav da etter og ”gav” tre stillingshjemler, med lønnsmidler, til departementet. SHUS ”gav” én stilling og Kreftregisteret lønnsmidler til én stilling, men ikke hjemmelen. De to første gav også fra seg noen ”tomme” hjemler, blant annet til fylkeslegene. Flertallet mente at Helsetilsynet måtte gi fra seg noen hjemler og lønnsmidler fra sin forebyggelsesavdeling til fylkeslegene. Mindretallet, Anne Alvik og Elin Sæther (tillitsvalgt), mente at Helsetilsynet ikke kunne gi fra seg noe og tok dissens. Alvik hadde først tenkte å levere en bredere anlagt ”generell særmerknad”. I utkastet til den het det blant annet: ”Hensikten med en så ”tungt” sammensatt gruppe har trolig vært å komme fram til, om ønskelig og nødvendig, mer omfattende endringsforslag enn departementet selv kunne identifisere og få gjennomført. Jeg kan ikke se at vi har fullført denne viktige del av vår oppgave”. Men hun sendte ikke denne ”særmerknaden” fra seg. Det skyldtes blant annet, som hun har påført sin usendte «særmerknad», ”fortrolig samtale med dep.råd Nordbø”.[685]

Hellandsvik-gruppen leverte sin rapport først litt inn i 1994, nemlig den 22. februar. Alt var ikke avklaret til første januar 1994. Overgangen til den ”nye”, nordbø-pragmatiske orden, ble fullført i løpet av første halvår av 1994. Hellandsvik-gruppens forslag om et samordningsforum ble ikke satt ut i livet. Det behov for samordning på den prekliniske side som spesielt Hellandsvik og Hareide var så opptatt av ble først, som vi har nevnt, tatt alvorlig, og da svært alvorlig, da de prekliniske institusjoner, bortsett fra Kreftregisteret og Statens strålevern, ble samlet i det nye Nasjonalt folkehelseinstitutt (2001).

Overgangen til den nordbøske orden

Som vi har sett var den nye departementsråd opptatt av så raskt og så konfliktfritt som mulig å følge opp de beslutninger Stortinget hadde fattet i juni 1992. Det førte til en ordning preget både av ”gammelt” og ”nytt”, formet gjennom en svært korporativ prosess. Ja, prosessen nærmest garanterte at utfallet ble teoretisk mangfoldig. Utgangspunktet var det politokratiske prinsipp: Stortingsflertallets ønsker skulle følges. Dette prinsipp kom også til uttrykk ved at

det slik at de har ”Hjul-tilsyn” eller ”styringstilsyn” og i det annet tilfelle faglig tilsyn etter tilsynsloven. Hun skriver: ”Ideelt sett er det overordnede tilsynsansvar lagt til Statens helsetilsyn og styringsfunksjonen til departementet. Virkeligheten kan bli noe mer komplisert fordi enkelte elementer som har betydning for de to funksjonene, kan gå over i hverandre”. Hennes innspill fikk imidlertid ingen konsekvenser for gruppens innstilling. (Notat med overskriften ”Tilsyn og styring. Problematisering omkring begrepene. Konsekvenser for Statens helsetilsyn og departementet”. (Vårt arkiv.))

[684] Opplyst av Paul Hellandsvik i samtale den 4.10. 2012.

[685] Notat av 7.1.94; befinner seg nå i vårt arkiv.

politikken, etter parlamentarikernes ønske, ble gitt et betydelig spillerom: Departementet fikk, i Norboms ånd, direkte styring med alle forvaltningsorganene – for så vidt som alle institusjoner ble plassert ved siden av hverandre på nivå nr. to. Selv fylkeslegene, som i hovedsak ble plassert under Helsetilsynet, skulle departementet fortsatt kunne forholde seg direkte til, for så vidt også uten alltid å varsle Helsetilsynet: For et politisk departement vil det stadig haste. Vi har pekt på at de norbomske forslag til "politisering" nærmest impliserte en egen helseminister og for så vidt et eget helsedepartement. Norbom fulgte ikke den implikasjonen, Veierød og regjeringen ei heller. Etter odelstingsnatten gjorde imidlertid Statsministeren og regjeringen delvis det: Der kom en egen helseminister og en egen helsepolitisk stab, men ikke noe eget helsedepartement. Fra 1993 skiftet imidlertid Sosialdepartementet navn til Sosial- og helsedepartementet. Under den helsepolitiske ledelse kom der imidlertid ikke noe integrasjonsledd over de to helseavdelinger. Fortsatt fungerte jo dessuten, som vi har påpekt, administrasjonsavdelingen som en generell integrasjonsavdeling i hele departementet.

Stortinget, det vil si sosialkomiteens flertall, tenkte ikke helt tydelig når det gjaldt Helsetilsynets oppgave og lot det delvis forbli et direktorat, endog med medikratiske innslag. Nordbø og hennes "overgruppe" utfordret ikke Stortingets kvinner og menn og lot, uten å kommentere det direkte, Helsetilsynet få forbli et blandingsorgan. At Helsetilsynet, eller "etter-direktoratet", fikk beholde den legemiddelforvaltningen den hadde, er et uttrykk for det samme. Mens Stortinget, og Eldrid Nordbø og hennes "under-utredere" førte videre mye av Jon Ola Norboms politokratiske ordningsfilosofi, brøt de altså med hans tenkning og forslag når det spesielt gjaldt Helsetilsynet. De ville ikke bryte helt med den medikratiske tradisjon. Som vi skal se ble også, hvilket var symbolsk viktig, den medikratisk-institusjonelle tittel "helsedirektør" beholdt. Men rettsstatligheten og nyttestatligheten fikk selvsagt også sin plass. Den første form for statlighet var jo blitt gitt stor oppmerksomhet av Stortinget. Nå ble den imidlertid koblet til den nyttestatlige tilsynsvirksomhet og gitt en særlig fremtredende rolle. Tilsynet ble basert på en kombinasjon av juridisk og medisinsk regelstyre. Det var imidlertid mer Helsetilsynet selv, og fylkeslege- og forebyggelsesgruppene, enn Nordbø, eller, for den saks skyld Stortinget, som sørget for det.

Hadde stortingsflertallet helt ut forstått hva som lå i ideen om et profesjonalisert, nyttestatlig tilsyn, og gått inn for den, hadde det kanskje foreslått å la direktoratet fortsette å leve og heller skapt et eget helsetilsyn. Men flertallet "forstod" ikke ideen, eller likte den kanskje ikke helt. Det omdannet derfor direktoratet til helsetilsyn og la slik premissene for, siden, å gjenskape direktoratet ved å flytte ut de egentlige direktoratsoppgavene fra Helsetilsynet.

Vi skal avslutte beretningen om makrostrukturutviklingen fra 1983 til 1994 ved å redegjøre for omgjørelsen av Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn.

Den lange dragkampen (1983–1994) avsluttes: Helsedirektoratet blir til Statens helsetilsyn

Det begynte senhøstes 1983, med delingen av Helsedirektoratet: "Dobbeltorganisasjonen" ble løst opp. Den politisk-strategiske del av den ble til helseavdelingen i Sosialdepartementet, det øvrige ble da til det nye Helsedirektoratet – eller til det medisinaldirektorat det hadde vært før krigen. Nå var det gamle og vanskelige spørsmålet om samling og deling av den sentrale

helseforvaltning ”endelig” besvart. Svaret var altså deling. Men det svaret som ble gitt, omtrent et tiår etter den endelige deling, var ikke noe endelig ordningssvar. Vi har sett at det var ”teknisk” vanskelig å skille oppstrøms- og toppoppgavene klart fra hverandre og likeledes at det var vanskelig å skille topp- og nedstrømsoppgavene klart fra hverandre.

Grensesnittsproblemene ble ikke enklere å håndtere av at det, nærmest fra første stund, var lite tillit mellom ledelsen i helseavdelingen og i Helsedirektoratet. Ekstra vanskelig ble det å håndtere en litt spesiell nedstrømsoppgave, tilsynsoppgaven. Vi har sett at der oppstod et konfrontasjonsspill fra første stund av, og at dette etter hvert også fikk et avmaktspreg: Ingen våget å slutte å ”slåss”. Da departementsråden etter hvert tok ansvar for å få slutt på spillet, ble han og departementet, altså også i en viss forstand statsråden, en del av spillet, og ”slåssingen”. De overtok noe av ekspedisjonssjef Hauges rolle. Stortinget gjorde slutt på spillet. Det ble imidlertid enklere å gjøre det fordi de sentrale personer nå forlot scenen. Det gjaldt Helsedirektøren på direktoratsiden og det gjaldt statsråden, statssekretæren og departementsråden, ja, snart også ekspedisjonssjefen (Hauge), på departementssiden. Men måten Stortinget hugget over knuten på, aksentuerte en spenning i den etterdirektoratlige forvaltning som hadde ligget der siden 1984 – symbolisert ved den nye helsetilsynsloven – spenningen mellom ”vanlige” forvaltningsoppgaver og tilsyn. Stortinget hugget over knuten ved å gjøre Helsedirektoratet om til et tilsynsorgan. Tilsynsoppgavene hadde imidlertid nå fått et mer spesialisert og profesjonalisert innhold. Det var blitt mer preget av jusen og dens krav til objektivitet, altså habilitet. Omdøpingen skulle derfor snart komme til å reise spørsmålet om hvordan det omdøpte organet skulle kunne forene den distansekrevende tilsynsoppgaven med de ofte nokså nærhetspregede andre forvaltningsoppgavene: Helsetilsynet kunne lett komme i en situasjon hvor det førte tilsyn med et helsevesen som delvis var formet av det selv. Annerledes sagt: Det kunne bli et tilsyn som drev ”internkontroll” også i den juridisk problematiske forstand av ordet.

Vi har sett at ikke minst Helsedirektoratets folk så dilemmaene, men var usikre på hvordan de skulle håndtere dem. I sine innspill til Hellandsvik-gruppen gikk Anne Alvik og hennes medarbeidere langt i en tilsynsprofesjonaliserende retning. De hadde bred støtte for dette i den øvrige helseforvaltning på nivå nr. to. Denne støtten hang sammen med en nesten almen omfavnelse av den mål- og resultatstyrende nyttestatlighet. Samtidig følte direktoratets folk det som tungt å forlate den direktoratlige skute. Det kom nå frem.

Anne Alvik ble fra november 1992 konstituert som helsedirektør. Den 20. august 1993 ble hun formelt utnevnt som helsedirektør og sjef for (det kommende) Statens helsetilsyn. I et intervju med Lene Skogstrøm i Aftenposten (morgennummeret) den 29. desember 1993[686] legger Alvik ”ikke skjul på at det nye navnet faller henne tungt for brystet; hun skulle gjerne ha fortsatt med å lede et Helsedirektorat”. Hun erkjenner samtidig at ”opprettelsen av Statens helsetilsyn er mer enn bare et navneskifte”. Tilsynsoppgavene vil få et større omfang og en større oppmerksomhet enn tidligere – og for så vidt også et delvis nytt, mer profesjonalisert, innhold.

Det er altså noe spenningsfylt over overgangen fra direktorat til tilsyn. Den er positivt spennende for så vidt som den gir den omorienterte institusjonen grunnlag for en ny faglig offensiv. Vi ser, som i Anne Alviks notater til Hellandsvik-gruppen, at dette engasjerer. Men

[686] Intervjuet stod på s. 2, men ble annonsert med et oppslag på s. 1. Overskriftene var tilsynspregede. På s. 1 het det: ”Bedre sikkerhet for pasientene”, på s. 2. ”Vil behandle pasientklager raskere”.

overgangen er spenningsfylt i en mer negativ forstand for så vidt som omorienteringen gjør at institusjonen settes litt på sidelinjen helsepolitisk. Vi har imidlertid sett at den nye departementsråd var innstilt på at Helsetilsynet i mange henseender skulle få fortsette også som direktorat. Når nå arbeidet med å konkretisere Helsetilsynets oppgaver, og med å omordne organisasjonen, kom i gang viste det seg også at det nye helsetilsyn i stor grad skulle bli et kombinert tilsyn og direktorat. Anne Alvik og hennes medarbeidere kunne slik håpe at de skulle få det beste av begge verdener, de nye tilsynsutfordringer og den gamle strategiske rolle.

Anne Alvik (f. 1937): I tillegg til medisinsk embedseksamen har hun mastergrad i «community medicine» fra London School of Hygiene and Tropical Medicine. Hun arbeidet som almenlege og folkehelselege i årene 1967 til 1975. Etter to år som gruppesekretær på Stortinget for Det nye folkepartiet var hun fra 1977 til 1982 assisterende overlege i Helsedirektoratet. Etter tre år som assisterende fylkeslege i Akershus ble hun medisinalråd i 1985. Hennes tittel ble i 1990 endret til assisterende helsedirektør. Da Torbjørn Mork døde høsten 1992 ble hun konstituert som helsedirektør og utnevnt fra høsten 1993. Hun satt som helsedirektør til 2000. Frem til 2007 arbeidet hun som seniorrådgiver ved Senter for helsetjenesteforskning (Heltef) og Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Hun har sittet i en rekke styrer og råd. Hennes tid i Helsedirektoratet og Helsetilsynet fra 1985 til 2000 var preget av endringer, dragkamper og utfordringer. Først var det dragkamp om oppgavefordelingen mellom departement og direktorat, siden var det utfordringer knyttet til å definere og praktisere rollen som helsetilsyn. I dragkampen med departementet var hun en nær støttespiller for Helsedirektøren, ikke minst som hans «innenriksminister». I etableringen av Helsetilsynet hadde hun mange medarbeidere med seg, men de viktigste utfordringene håndterte hun i hovedsak selv. Hun var som helseforvaltningsleder både sosialt og etisk svært bevisst. Det første bildet er fra 2. april 1993, altså et halvt år før hun formelt ble utnevnt til helsedirektør. (Foto: Christian Fougner/ VG) Det andre bildet er fra 30. juni 1994, Hun sitter på sitt kontor, opptatt blant annet av en pågående sykepleierstreik. (Foto: Fredrik Naumann / NTB)

Den formelle etablering av Helsetilsynet

Ettersom 1994 nærmet seg gjenstod det ennå litt ordningsarbeid. Det meste var det imidlertid nå enighet om. Nordbø-prosessen nærmet seg slutten. Det gjenstod, som vi har sett, noen avklaringer på den prekliniske siden, men de var av mindre betydning. Der gjenstod også en

del andre avklaringer, blant annet hva gjaldt Helsetilsynets instruks. Det begynte imidlertid også å haste. Det var halvannet år siden odelstingsnatten. Nå måtte fremtiden snart komme, også til helseforvaltningen.

I departementet, men tillike i det gamle Helsedirektoratet, var det et ønske om å komme i gang med det nye. Slik ble det også. Statens helsetilsyn ble en realitet fra 1. januar 1994. I foredraget til den kongelige resolusjon av 3. desember 1993, skrevet av helseavdelingen, heter det at "Brikkene for ny organisasjonsmodell for den sentrale helseforvaltning er nå lagt og ny organisasjonsform forutsettes gjennomført fra 1. januar 1994".[687] Sosial- og helsedepartementet anbefalte derfor Kongen å fatte slik beslutning:

> *Med hjemmel i Stortingets vedtak av 30. juli 1992 besluttes at lov om endringer i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover, trer i kraft 1. januar 1994.*

Anbefalingen ble bifalt.

Den nye instruks; delegasjon av oppgaver

Det ble arbeidet med å lage en instruks for Helsetilsynet senhøstes 1993. Departementet laget forslag og Helsetilsynet kommenterte. Der ble noen frem-og-tilbake-runder om instruksen. Resultatet var at instruksen først ble vedtatt ved kongelig resolusjon den 18. februar 1994. Instruksen ble kort. Den fikk bare fire paragrafer.

I § 1 heter det: "Statens helsetilsyn er underlagt Sosial- og helsedepartementet. Fylkeslegene er underlagt Statens helsetilsyn, men kan utføre oppgaver direkte for departementet etter nærmere retningslinjer". Ordet "Fylkeslegene", erstattet departementets opprinnelige forslag, "Fylkeslegeetaten". Det var direktoratet som ønsket endringen: Den bidro til å understreke at fylkeslegene ikke var en eget etat, og et eget nivå, men en del av Helsetilsynet. En slik omformulering kunne kanskje også bidra til å dempe departementets direkte bruk av fylkeslegene. Dette skulle imidlertid nærmere avklares i de retningslinjer som ble bebudet. De kom den 2. juni 1994. Vi skal komme tilbake til dem.

I § 2 heter det:

> *Med hjemmel i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal Statens helsetilsyn ha det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten. Statens helsetilsyn har forvaltningsoppgaver og påleggsmyndighet i tilknytning til utøvelsen av tilsynsfunksjonen. Statens helsetilsyn skal på sitt område gi faglige råd og informasjon til departementet, fylkeslegene og den statlige helseforvaltning for øvrig, samt til helsetjenesten og befolkningen. Helsetilsynet skal bistå departementet med informasjon om helseforholdene i landet, og kan fremsette forslag om de tiltak som anses nødvendig.*

[687] Kongelig resolusjon, 3. desember 1993, Statsrådssak nr. 24.

Statens helsetilsyn kan gi råd til de øvrige departementer og andre sentraladministrative organer i saker som krever helsefaglig innsikt.

Statens helsetilsyn skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift, stortingsvedtak eller pålegg fra departementet.

Direktoratet var ikke helt fornøyd med departementets forslag. Det ønsket at ordene ”faglig tilsyn” skulle erstattes med ”tilsyn”, siden ”det ikke dreier seg om ulike former for tilsyn”.[688] Vi har sett at Anne Alvik og hennes helserettsavdeling var på vakt mot å se på ”styringstilsyn”, altså generell kontroll med iverksettelsen av politikken, som en egen form for tilsyn. De ville reservere betegnelsen tilsyn for det (nye) profesjonelle tilsynet. Det er ikke så underlig: Det ”doble” tilsynsbegrepet kunne gjøre det enklere for departementet å ”overstyre” Helsetilsynet også i dets tilsynsfaglige virksomhet. Men her ble altså ikke Anne Alvik og avdelingsdirektør Kari Sønderland hørt. Departementet ville ha mer politokratiske formuleringer. Alvik og Sønderland ville også i stor grad bruke den lengre og mer forpliktende formuleringen fra den gamle instruks istedenfor den korte, litt mindre forpliktende formuleringen departementet valgte i siste setning av paragrafens første ledd. Antagelig ser man også her et departementalt ønske om å stå friest mulig, for eksempel i bruk av faglig basert rådgivning, og et direktoratlig ønske om en mer tradisjonell og institusjonalisert ”pådriverrolle”.

Det siste leddet i paragrafen mislikte direktoratet aller mest: ”Dette gir inntrykk av at departementet har full instruksjonsmyndighet over direktoratet i alle saker”. Direktoratet henviser til lovavdelingens to uttalelser om dets uavhengighet, en fra 1983 (16.6.) og den som kom i siste Norbom-prosess (24.3. 92). Direktoratet kommenterer: ”Uttalelsen fra 1983 er noe mer restriktiv enn uttalelsen fra 1992, som gir departementet nærmest full instruksjonsmyndighet. Helsedirektoratet er av den oppfatning at uttalelsen fra 1983 er mest i samsvar med forvaltningsrettslig teori”. Det ber ikke om en full omskrivning av leddet, men vil gjerne ha iallfall ordet ”pålegg” erstattet med ”retningslinjer” eller ”instruks”. Men heller ikke på dette punktet – dette svært viktige punktet – ble det gamle helsedirektorat hørt. Departementet opptrer bevisst politokratisk. Her opptrer imidlertid Alvik og Sønderland antagelig mer nyttestatlig tilsynsprofesjonelt enn tradisjonelt medikratisk.

Mer medikratisk opptrer de nok når de vil ha tilbake en formulering fra den gamle instruksen. Den gjelder en bestemmelse det stod strid om også i 1983, nemlig bestemmelsen om Helsedirektørens adgang til statsråden. Alvik og Sønderland ville, som et nytt ledd i § 4, ha inn formuleringen ”Særlig betydningsfulle saker av helsefaglig karakter kan helsedirektøren anmode om å få drøftet med helseministeren direkte”. Departementet sa nei til det. De to siste paragrafer i instruksen fikk dette innhold:

§3. Hovedstrukturen i Statens helsetilsyns organisering og endringer i denne skal godkjennes av departementet.

§ 4. Statens helsetilsyn ledes av en direktør (helsedirektøren). Direktøren skal være lege eller ha en annen relevant helsefaglig utdanning.

[688] Brev til Sosial- og helsedepartementet, 13.12. 1993. (H.dir. sak nr. 93/08290.)

§ 3 er en departemental påminnelse om at dets instruksjonsrett over Helsetilsynet, her formulert som kontrollrett, også gjelder Helsetilsynets organisering.[689] Utformingen av § 4 kan sees på som et skritt bort fra den medikratisk-institusjonelle tittel "helsedirektør". Men her kan man nesten spørre hvorfor ikke denne tittelen nå ble fjernet helt.

"Retningslinjene for den direkte kommunikasjon mellom Sosial- og helsedepartementet og fylkeslegene (m. v.)" ble fastsatt av departementet først den 2. juni 1994.[690] De består av hele ti punkter, og illustrerer for så vidt at det å plassere fylkeslegene under en slags dobbel ledelse skapte vanskeligheter. I en viss forstand var den dobbelte ledelsen nå blitt viktigere enn før, da direktoratet var et helt generelt sentralt forvaltningsorgan og det var naturlig for departementet å la dets styring av det lokale, utøvende helsevesen gå via direktoratet. Fylkeslegene skulle fortsette å ha det samme gamle brede virkefeltet og trengtes derfor av staten for å følge opp dens politikk. I den grad Helsetilsynet nå skulle bli et mer spesialisert tilsyn, var det langt mindre naturlig å la den departementale styring gå via Helsetilsynet. Den "burde" gå direkte fra departementet. Men siden departementet hadde latt Helsetilsynet delvis forbli et direktorat, og på et vis latt fylkeslegene være "en del" av Helsetilsynet, var der argumenter for å la den departementale bruk av fylkeslegene gå gjennom Helsetilsynet. Hvorom alt er, det er forståelig at det tok tid å lage retningslinjene, og for så vidt at de ble mange og nokså pragmatisk formulert.

Det heter i det første punkt at "Når departementet vil pålegge fylkeslegene oppgaver direkte, bør det skje i forståelse med Statens helsetilsyn". Under det annet punkt heter det: "Når det gjelder forutsigelige oppgaver av betydning, skal behov for å disponere ressurser tas opp med Helsetilsynet slik at det kan tas med i virksomhetsplanleggingen for det aktuelle år. Departementet bør så langt som mulig angi ressursbehovet og forventet omfang av oppgaver". Under punkt tre lyder første setning slik: "Fylkeslegene må være forberedt på å påta seg uforutsette oppgaver for departementet i løpet av året". Under punkt 5 står det at hvis departementet skal gi fylkeslegene "pålegg eller direktiver", må det "først bringe på det rene om Helsetilsynet tidligere har gitt oppdrag eller direktiver som går i en annen retning slik at disse ev. kan avstemmes eller annulleres". Under punkt 6 står det at siden flere departementsavdelinger kan ha behov for å henvende seg til fylkeslegene, "er det viktig med koordinert opptreden". Under punkt 8 fremgår det at "Enten det er tale om planlagte eller uforutsette oppgaver, skal Helsetilsynet holdes orientert på hensiktsmessig måte".

Utgangspunktet er altså at departementets behov, man kunne også si løpende behov, har forrang, ikke minst for Helsetilsynets behov eller de behov som reflekterer tidligere bestemt politikk. Retningslinjene er laget av departementet, og i stor grad overfor departementet, for å forsikre Helsetilsynet om at departementet og dets avdelinger vil ta hensyn til de behov for arbeidsmessig forutsigbarhet som Helsetilsynet har. Av retningslinjene fremgår det dog at denne forutsigbarhet undertiden kan bli satt til side, nemlig når departementets behov krever det. Retningslinjene er retningslinjer, ikke strenge regler. Ordningen er, kan man trygt si, politokratisk, altså politisk hensiktsmessig. Den er samtidig et uttrykk for den spenning som nå ble bygget inn i helseforvaltningen og som skulle være med på å skape det videre endringstrykk.

♦

[689] Paragrafen har også et tautologisk innslag, for så vidt som "hovedstruktur" kan forståes som "organisering".
[690] Retningslinjene har den nevnte overskrift. De har saksnummer 94/01995-008 i Helsetilsynet.

Da Helsedirektoratet ble delt i 1983 ble arbeidsdelingen mellom helseavdelingen og direktoratet gjenstand for mye oppmerksomhet (bind 1). Som vi har sett fortsatte fordelingen av oppgaver å skape både usikkerhet og strid og kiv, noe som resulterte i en ny formell avklaring i 1986 (8.1.) og 1988 (15.5.). Som nevnt ble ikke uklarhetene helt fjernet med disse avklaringene – ei heller det vanskelige forhold mellom departement og direktorat. For så vidt skulle det være grunn til å klargjøre arbeidsdelingen ytterligere nå. Det skjedde imidlertid knapt. I den nye delegasjonskrivelse som trådte i kraft fra den 1. januar 1994, ble det gjort små endringer.[691] De viktigste var dem som fulgte av beslutningen om å overføre mye av ansvaret for lovgivningen om de ulike yrkesgrupper til fylkeslegen i Oslo. Ellers måtte jo myndigheten knyttet til mye av den nye (1992) lov om legemidler bestemmes: Myndigheten skulle fordeles mellom departement, helsetilsyn og legemiddelkontroll, og gjelde fra det tidspunkt EØS-avtalen trådte i kraft. De fleste paragrafer ble et helsetilsynsansvar.

De beskjedne endringene er et uttrykk for at departementet mener, som det hadde gjort helt siden delingen i 1983, at uklarhetene og striden ikke først og fremst skyldtes formelle realiteter, men ”uvilje” og mangel på tillit mellom institusjonene. Dog nevner departementet at det kan ha vært en saklig sett forståelig uklarhet om noen sider ved hva det ville si å administrere en lov(bestemmelse). Departementet nevner spesielt punkt IV i Sosialdepartementets rundskriv om delegasjon av 11. november 1983, et punkt som omhandler lovfortolkning. Her heter det at ”Når det gjelder ansvaret for tolkning av lover, gjelder de alminnelige regler for forholdet mellom departement og direktorat”. Departementet nevner at dette punkt har ført ”til en del tvil” og derfor trenger en presisering. Det fortsetter: ”Lover og forskrifter der hovedtyngden av myndighetsbestemmelsene er delegert, som for eksempel helsepersonellovene, skal fortolkes i sin helhet av Statens Helsetilsyn”. Det heter videre: ”Statens Helsetilsyn skal fortolke de myndighetsbestemmelser som er delegert, også i lover der hovedtyngden av myndighetsbestemmelsene ikke er delegert”. Departementet skriver videre at Helsetilsynet kan gi veiledning om lovforståelsen når det vet at departementet ”har samme oppfatning”, kan ta opp spørsmål om lov- og forskriftsrevisjoner i relevante lover når det ser behov for det og kan henvende seg direkte til Justisdepartementets lovavdeling for å få råd, men da sende gjenpart av korrespondansen til departementet.

Når det gjelder omfanget av delegasjonen av myndigheten til å utforme forskrifter, skriver departementet at fullmakten til å utforme forskrifter normalt må omfatte en fullmakt til å endre og oppheve dem, dog skal i slike tilfeller departementet orienteres, og i viktigere spørsmål konsulteres.

Den nye delegasjonskrivelsen innebærer altså ikke så mye strengt formelt, men i kommentarene innledningsvis legger altså departementet vekt på å opptre tillitsskapende overfor Helsetilsynet. Også slik markerer det at en ny tid var begynt. Dog merker vi oss at departementet ikke har fått med seg Helsetilsynets påpekning av hvordan institusjonens navn skal skrives. Departementet skriver konsekvent det annet ord i navnet med stor H: Statens Helsetilsyn.

[691] Delegasjonsskriv av I.1. 1994: *Arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens Helsetilsyn, Statens legemiddelkontroll og fylkeslegene.* (Finnes bl.a. i vårt arkiv.)

Helsetilsynets oppgaver: strategisk plan 1994–97

Stortinget gav de viktigste premisser for hva det nye helsetilsyn skulle gjøre. Noen av disse premisser kom dog også fra regjeringssiden, i første rekke gjennom ”nr. 43”. Man kan slik si at Helsetilsynets oppdrag ble et kombinert departementalt og parlamentarisk oppdrag. Man kunne i noen grad også personifisere det ved å si at det var et oppdrag ”satt sammen” av de to siste statsråder før Christie, Wenche Frogn Sellæg og Tove Veierød. Skulle man ”byråkratisere” det, kunne man si at oppdraget ble en funksjon av ”sammenstøtet” mellom Jon Ola Norbom og Torbjørn Mork.

Den nye departementsledelse konkretiserte i noen grad oppdraget gjennom sin instruks, og gjennom de oppgaveavklaringer den, sammen med en del byråkrater, foretok i de arbeidsgruppene som virket i 1993 og, for én gruppes vedkommende, litt inn i 1994.

Men intet av dette var nok. Helsetilsynet måtte også selv tolke sitt oppdrag, og på den måten forme det og gjøre det til sitt. Det måtte inngyte en smule ”subjektlighet” i egen virksomhet. Det måtte vise at det hadde litt frihet, at det kunne spille også en skapende rolle. Det måtte lage sin egen strategiske plan.

Det gjorde det parallelt med den øvrige klargjøringsvirksomhet som foregikk i 1993. Planen forelå like før 1993 tonet ut. Arbeidet med planen ble organisert som prosjekt, med direksjonen som prosjektgruppe, rådgiver Per Wium (f. 1943) som prosjektkoordinator og utredningsleder Helge Høifødt som prosjektsekretær. Men helt klarte ikke det kommende helsetilsyn seg alene. Som da det omorganiserte virksomheten i 1988–89, og samtidig laget den første virksomhetsplan, søkte det ytre bistand, denne gang fra Norsk Institutt for Personalutvikling og –Administrasjon (NIPA). Fra NIPA deltok konsulentene Arne Anmarkrud og Tom Samuelsen, med Eivor Brynestad som prosjektsekretær.

Arbeidet gikk fort utover høsten. Et utkast var klart den 23. november. Det ble forelagt fylkeslegene, men siden det ble sendt først den 30. november, med svarfrist 7. desember, var det ikke tid for fylkeslegene til å komme med annet enn korte kommentarer.[692] Bare Buskeruds fylkeslege Anne Berit Gunbjørud leverte en lengre uttalelse; hun hadde fått utkastet tidligere og sendte sine, litt kritiske, kommentarer den 26. november. Planen ble også sendt de ansattes organisasjoner og departementets ledelse til uttalelse. Den ble sluttbehandlet på et direksjonsseminar den 8. og 9. desember. Organisasjonene for de ansatte, i alt 17, ble invitert til drøftingsmøte om planen den 15. desember. Den forelå trykket like før jul og ble den 22. desember sendt alle de ansatte i det kommende Helsetilsynet. Den ble gjort offentlig kjent gjennom en pressemelding den 21. januar 1994. Planens omslag er gjengitt i faksimile 5.1.

[692] Fylkeslege Einar Vandvik i Nord-Trøndelag bemerket at siden hans kontor fikk utkastet fredag 3. desember hadde han bare to virkedager til å kommentere det. Skulle han og kontoret klart det, måtte alt annet arbeid legges til side. (Sak nr. 93/05255-011, Helsedirektoratets arkiv, 003.20.) Fylkeslege Gunbjørud gir uttrykk for at Helsedirektoratet ikke har «husket» fylkeslegene (er de på nivå 2 eller 3?, spør hun, retorisk) i den grad det burde. Hun bemerker også, lett ironiserende, at «fagforeningene er nevnt som samarbeidspartnere før arbeidstakere, universiteter og fagmiljøer. Det er liksom ikke helt samsvar mellom det og det som fremgår på side 3 om uavhengighet av interessegrupper». (Sak 93/05255-008, Helsedirektoratets arkiv, 003.20.)

Faksimile 5.1: Helsetilsynets strategiske plan

Planen går fra det luftige til det mer konkrete. Det luftigste er visjonen, som lyder slik: ”Tilsyn for trygg helsetjeneste”. Så følger det første konkretiseringsnivå, under vignetten ”Virksomhetsidé”. Her uttrykkes under første punkt visjonen på en litt annen måte: ”Statens helsetilsyn har det overordnede tilsyn med helsetjenesten i Norge”. Her ser vi også at det kommende helsetilsyn ”forsøker” seg litt overfor departementet: Det benytter sin avgrensede frihet til å fjerne adverbiet ”faglig” foran ”tilsyn”. Det proklamerer altså at tilsynet er ett og udelelig og skal utføres i regi av Helsetilsynet. Departementet så det, og overså det. Det ville neppe få så store konsekvenser. Departementet hadde jo, med lovavdelingens bistand, sikret seg den ”fulle” instruksjonsrett over Helsetilsynet. Under punkt nr. to heter det at Helsetilsynet ”er et uavhengig tilsynsorgan med tverrfaglig kompetanse og helhetlig innsikt i helsemessige forhold”. Man kan si at direktoratet her fortsetter den litt selvhevdende linjen fra det første punkt.

I de to siste punktene tar direktoratet, på det nye Helsetilsynets vegne, et skritt i konkretiserende retning når det gjelder oppgaver. Under punkt tre heter det: ”Sammen med fylkeslegene skal vi fremme kvalitet og rettssikkerhet i helsetjenesten”. Under punkt fire heter det: ”Vår kunnskap og innsikt formidles aktivt til våre myndigheter, helsepersonellet og befolkningen for å fremme en etisk og faglig forsvarlig helsetjeneste”. I det første tilfelle nevnes to oppgaver, den kvalitetspolitiske og den rettssikkerhetsmessige. I det annet tilfelle nevnes fagrådgivningsoppgaven, dog slik at den kan synes å begrense seg til det tilsynsmessige.

Virksomhetsideen er altså fire ideer, av litt ulik innholdsmessig karakter. Den gir uttrykk for tilsynsoffensivitet (de to første punkter), og i konkretiseringen også av en ”plan” om en viss tilsynsmessig ”spissing”. Man vil beholde noen direktoratsinnslag, men de er tonet litt ned.

Virksomhetsideen gir ellers inntrykk av å ha to adressater. Under de første punkter henvender man seg utad og omtaler Helsetilsynet i tredje ”person”. Under de siste punkter henvender man seg til sine egne medarbeidere: ”Vi” skal fremme, og ”Vår kunnskap og innsikt” skal formidles til de andre. Personliggjørelsen er endog litt innsnevrende: ”Sammen med fylkeslegene skal vi”, altså de ansatte i Helsetilsynet i Calmeyers gate, fremme kvalitet og

rettssikkerhet i helsetjenesten. Indirekte plasserer man slik fylkeslegene ikke bare utenfor ”viet”, men også på et eget nivå, et nivå nr. tre. Dette ”taktskifte” i presentasjonen av virksomhetsideen er knapt nok svært gjennomtenkt. Samtidig er det neppe helt tilfeldig heller. Overgangen til vi-form kan også sees på som et ønske om å høres offensiv ut, og som et bidrag til å skape en offensiv holdning i Helsetilsynet: Vi skal klare det! Vi skal se at denne, til dels litt ”trasspregede”, selvbevissthet også preger resten av planen.

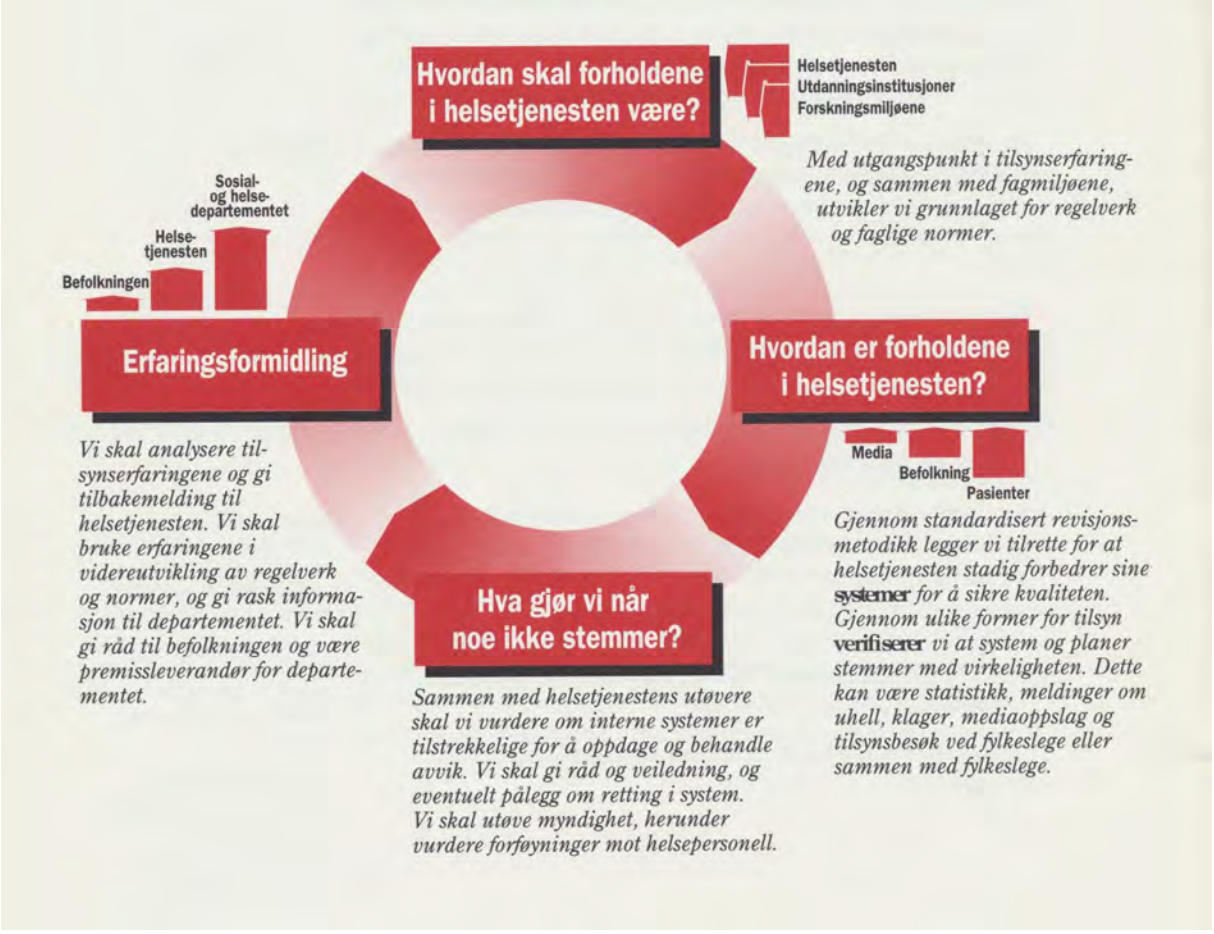
Virksomhetsideen gjøres så enda mer konkret gjennom de fire ”strategiske områder”. Disse har overskriftene: ”Kvalitetsutvikling, rettssikkerhet, innsamling og analyse av faktagrunnlag og erfaringsoverføring”.

Om det første heter det: ”Statens helsetilsyn skal føre overordnet tilsyn med at alle som yter helsetjenester arbeider systematisk for å sikre kvalitet og utvikle kvaliteten på tjenesten”. I den nærmere redegjørelse for dette punkt drøftes ikke forholdet mellom tilsyn og kvalitetskontroll. Det gies nesten, men indirekte, inntrykk av at det er to ord for det samme. Det er ikke så underlig. Tilsyn var helsevesenet kjent med fra gammelt av, men da som en virksomhet basert på medisinsk faglig-etisk skjønn, utført i kollegial regi. I løpet av særlig siste del av 1980-årene ble, som vi har nevnt, tilsynsvirksomheten gradvis spesialisert og profesjonalisert. Et viktig utgangspunkt for denne utviklingen var introduksjonen av begrepet *forsvarlighet*; det kom inn i lovgivningen med lege- og tannlegelovene av 1980. Før hadde man brukt ulike ord, men ofte med referanse til utøveren, for eksempel legen: Han eller hun kunne bli sett på som skikket eller uskikket. Det skulle meget til før en lege ble sett på som (generelt) uskikket. Med begrepet forsvarlig tok man utgangspunkt i den upersonlige kunnskapen og den like upersonlige (upersonliggjorte) etikken. Spørsmålet var nå om en fagutøver eller institusjon opptrådte klart i strid med den etablerte, stadig mer formaliserte, kunnskap eller etikk (formulert som jus) enten i konkrete tilfeller eller mer generelt. Utgangspunktet for dem som nå skulle utøve tilsyn ble altså om fagpersoner eller institusjoner falt under mer eller mindre presist definerte faglige og etiske standarder. Tilsynet ble slik en ”kontroll” med at de som skulle hjelpe ikke gikk gjennom ”gulvet”; ikke at de ikke hevet ”taket”. For så vidt som det kunne defineres presist hvor ”gulvet” gikk – gjennom faglige eller etiske normer – ble tilsynsgrunnlaget gjort stadig mer juridisk. Etter hvert som medisinen ble mer og mer vitenskapelig prosedyrebasert (EBM er et stikkord), kunne tilsynet også flyttes stadig mer over i den juridiske sfære. Tilsynsprofesjonaliseringen representerte på denne måten en tiltagende rettsliggjørelse av tilsynet.

Kvalitetskontrollen skyllet som en ”bølge” innover helsevesenet omtrent samtidig med at tilsynet ble profesjonalisert. Bølgen kom fra industrien. Her var man blitt mer og mer opptatt av hvordan de besparelser man oppnådde i varefremstillingen gjennom industrialisering i noen grad gikk tapt på grunn av kvalitetssvikt, til dels alvorlig sådan. Å gjøre noe forebyggende med denne svikten var blitt stadig viktigere i løpet av 1950- og 1960-årene. Men tradisjonell kontroll, altså overvåkning, var kostbar og man utviklet derfor etter hvert mer profesjonelle, statistisk baserte måter å kontrollere på. Disse ville man nå ta i bruk også i helsevesenet. De kom inn, typisk nok, via den industri som betjente helsevesenet, den farmasøytiske og den medisinsk-tekniske. Det skjedde fra 1985.

I industrien skal, iallfall i prinsippet, gulv og tak ”falle” sammen: Et produkt er enten godt (perfekt) eller ubrukelig. Forskjellene kommer her frem ved at noen utgaver av en gitt type varer er kvalitativt bedre enn andre (men kan også slik med større sikkerhet være brukelig). I den tjenesteytende del av helsevesenet er der ofte tale om et spenn mellom gulv og tak, mellom det som så vidt er godt nok (forsvarlig) og det som er fremragende. Det er derfor

talende at man i helsevesenet snart gikk over fra å tale om kvalitetskontroll til å tale om kvalitetsutvikling. Men da kommer også forskjellen mellom kvalitetspolitikk og tilsyn tydeligere frem. Det å drive kvalitetsutvikling er en faglig-dynamisk prosess, og krever andre virkemidler enn tilsynsvirksomheten: Den første er positiv og mobiliserende, den annen er alltid overvåkende, inspiserende, mer eller mindre åpent mistenksomhetsbasert og potensielt punitiv. Det er altså ikke åpenbart at kvalitetsutvikling, som også er ordet som brukes i den strategiske plan, skal være det første strategiske område for Helsetilsynet. Man kunne tenke seg at tilsyn og kvalitetskontroll etter hvert kunne falle mer sammen også i helsevesenet, nemlig etter hvert som formaliseringen av den medisinske kunnskap som prosedyrer skjøt fart, men dit var det ennå et godt stykke igjen. Det tør være symptomatisk at det "bakgrunnsnotat" til en "nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten", som ble fremlagt i mai dette året (1993) av en arbeidsgruppe, oppnevnt av departementet, og ledet av Helsedirektoratets Haakon Melsom, også er vag når det gjelder forholdet tilsyn/kvalitetsutvikling, og for så vidt også om hvordan ansvaret i kvalitetspolitikken bør (for)deles, for eksempel mellom departementet og Helsetilsynet.[693]



Faksimile 5.2: Tilsynssyklusen, etter Statens helsetilsyns strategiske plan 1994-97

I den strategiske plan er ikke tilsyn trukket frem som et strategisk område i det hele tatt. Det er neppe fordi planens skapere har glemt det. Det er fordi de, iallfall her, så tilsyn og

[693] Dokumentet har overskriften "Bakgrunnsnotat til Sosialdepartementet: Forslag til nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten". Det ble til *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (1995 – 2000)*.

kvalitetsutvikling (eller kvalitetskontroll) som nesten to sider av samme sak. At planforfatterne ikke har glemt tilsyn går for øvrig frem av en figur som presenteres på s. 16 i planheftet; kfr. faksimile 5.1. Her er det vist hvordan det vi kunne kalle tilsynssyklusen kan organiseres. For så vidt kunne planskaperne ha startet her og utledet de strategiske områder av denne syklusen. Den tar utgangspunkt i disse spørsmålene: Hvordan skal forholdene i helsetjenesten være? (normering, definering av gulvet); hvordan er forholdene i helsetjenesten? (samle informasjon om tilstanden); Hva gjør vi når noe ikke stemmer? (intervensjoner); og erfaringsformidling (melde tilbake til berørte parter, myndigheter, skape premisser for normutviklingen). Område nr. 1 ligger altså delvis utenfor "sirkelen", område nr. to er dels knyttet til normeringsutviklingen (spørsmål 1 og 4) og delvis til informasjonsinnsamlingen og intervensjonene (spørsmål 2 og 3). Område tre er tydelig knyttet til tilbakemeldingen (spørsmål 4). Det siste strategiske område gjelder ikke sirkelen direkte, men en forutsetning for at den kan fungere, nemlig at Helsetilsynet er målorientert, er hensiktsmessig organisert og har velkvalifiserte medarbeidere. Men slik bryter også dette område med den "logikk" som ellers preger de strategiske områder: *De* er knyttet til Helsetilsynets utadrettede oppgaver, *dette* er knyttet til de indre oppgaver. "Bruddet" er ikke begrunnet, men kan nok, iallfall i noen grad, sees på som uttrykk for at Helsetilsynets medarbeidere skal løftes opp og frem: De var sammen med ledelsen i de norbomske strider; nå skal ledelsen vise at Helsetilsynet fortsatt er et samlet lag.

Også den strategiske plan er uttrykk for den overgangsfase det kommende helsetilsyn befant seg i. Den nye organisasjonen var delvis på vei ut av sin gamle ham, men var samtidig usikker på om den nye som skulle gro frem skulle være "helt" ny, eller en slags blandingsham. Tilsyns- og kvalitetsarbeidet, som det ble utviklet gjennom perioden vi ser på, omtales nærmere i kapitlene 12–14.

Statens helsetilsyn markerer overgangen fra direktorat til tilsyn

Det ble hektisk ettersom 1994 nærmet seg. Alt ble heller ikke klart til årsskiftet. Som vi har sett kom Hellandsvik-gruppens innstilling først litt ut i det nye året. Røynesdal-gruppens andre innstilling kom ikke, mens Gunbjørud-gruppens og legemiddelundergruppens (Holst-gruppens) innstilling kom i tide. Instruksen for det nye Helsetilsynet ble en god del forsinket. Men det avgjørende var at endringene i tilsynsloven trådte i kraft fra 1. januar 1994. Gjennom den ble Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn.

Det var aktuelt også å tilpasse organiseringen av det kommende helsetilsyn til institusjonens delvis nye status. Det arbeidet kom imidlertid først i gang i begynnelsen av desember. Vi skal komme tilbake til det.

Den nye organisasjonen skulle ha nytt navn og ny logo, ja, en ny grafisk profil. Navnet var jo bestemt, men hvordan det skulle brukes var ennå ikke avklaret. I "Omorganiserings-info" nr. 2 1993, sendt ut den 6. desember, het det at Statens helsetilsyn skulle ha Helsetilsynet som kortform, "både skriftlig og muntlig". Det heter videre: "Det skal IKKE brukes noen form for bokstavforkortelse!!" I brev til fylkeslegene av 13. desember nevnes som eksempel på et akronym som ikke skal brukes, SHT. På engelsk foreslår Helsedirektøren, overfor UD, at navnet blir "National Board of Health in Norway", altså et navn som gir inntrykk av at Helsetilsynet stadig er et helsedirektorat.

I brevet til fylkeslegene[694] heter det også at det sentrale organ og fylkeslegene som samlet tilsynsetat skal omtales som "Statens helsetilsyn og fylkeslegene". Navnet Helsetilsynet skal altså ikke brukes om hele tilsynsetaten. I Helsedirektoratet var man kommet til at det "ikke vil skille tilstrekkelig klart for brukerne når det er snakk om bare det sentrale organet og når fylkeslegene er medregnet". Det legges til at noen lover jo også tillegger myndighet direkte til fylkeslegene. Det var imidlertid også av interesse for fylkeslegene å synes på mer gammeldagse premisser, og ikke bare fremstå som Helsetilsynet i fylke det og det. Det kommende helsetilsyn hadde samtidig interesse av ikke å tirre fylkeslegene: Forholdet mellom (mange av) fylkeslegene og Helsedirektoratet ble, som vi har sett, litt anstrengt under Norbom-prosessene, og var det fortsatt.

Det tok litt tid å bli enig om Helsetilsynets grafiske profil. Den var imidlertid klar like før jul. Helsetilsynets logo fremgår av faksimilen av den strategiske plan; kfr. ovenfor. Logoen presenterer, om enn på en nokså abstrakt måte, Helsetilsynet som tilsyn: Pilene markerer at man (i helsevesenet), under Helsetilsynets årvåkne blikk, ser kritisk på seg selv.

Den 20. desember sendte Helsedirektoratet ut en pressmelding om overgangen fra direktorat til tilsyn. Vedlagt meldingen fulgte noen eksemplarer av en informasjonsbrosjyre om det nye Helsetilsynet.

Mandag den 3. januar 1994 begynte Helsetilsynet i praksis å fungere. Dagen startet på vanlig måte, i Calmeyersgate 1. Etter noen timer dro så hele staben opp til Soria Moria konferansesenter på Voksenkollen, for å markere tilblivelsen på en mer både høytidelig og festlig måte. Etter en bedre lunch ble det holdt et internseminar med orienteringer om "den nye tid". Uken deretter, mandag den 10. januar, markerte Helsetilsynet "hamskiftet" med et presentasjonsseminar. Til dette seminar, hvor både helseminister og helsedirektør sa noe om "hamskiftet", og presenterte noen perspektiver for fremtiden, ble også pressen invitert.

Statens helsetilsyns "nye" ham

Til slutt i den lange historien skal vi se på den smule omordning som skjedde i forbindelse med overgangen fra direktorat til tilsyn.

Det startet med et "drøftings- og forhandlingsmøte" mellom direktoratsledelsen og de ansattes organisasjoner den 25. november. Det heter i det forslag til ny ordningsform som ble lagt frem den 18. februar 1994, at i dette møtet "ble man enig om å nedsette en partssammensatt gruppe, jfr. Hovedavtalen § 2 nr. 5". Gruppen skulle, heter det i mandatet, "legge frem forslag til intern organisering av Statens helsetilsyn". Det het videre at gruppen skulle ta hensyn til de politiske beslutninger som var fattet og de premisser som fulgte av de ulike rapporter som ble utarbeidet i 1993 og til dels i 1994. Det het også at gruppen skulle ha et nært samarbeid med Helsedirektøren og løpende orientere henne om arbeidets fremdrift.

[694] Brevet har overskriften "Statens helsetilsyn og fylkeslegene – bruk av betegnelser", og er datert den 13. desember 1993. Det er undertegnet av Helsedirektøren og parafert av utredningsleder Helge Høifødt. Det har saksnummer 93/00238 5.

Gruppen fikk denne sammensetning: avd.dir. (Legemiddelavdelingen), Anne Marie Horn, kontorsjef Finn Aasheim, Helsetjenesteavdelingen, underdirektør Hilde Jordal (f. 1953), Helserettsavdelingen, (fung.) avdelingsdirektør Hilde Sundrehagen (f. 1954), Administrasjonsavdelingen – mot slutten etterfulgt av utredningsleder Helge Høifødt, Administrasjonsavdelingen, Leonora Martinussen, SL, Elin Sæther, NTL, Gunhild Røstadsand (f. 1964), AF og Jan Fredrik Andresen (f. 1960), AF. Kontorsjef Jo Kittelsen (f. 1948) og underdirektør Lena Hagberg (f. 1948) var sekretærer.

Gruppen hadde sitt første møte den 20. desember og sitt siste den 17. februar. I alt hadde gruppen 13 møter.

Vi legger merke til at gruppen ble nedsatt som en utpreget korporativ gruppe; den sprang ut av et møte mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner. Gruppen fikk også betegnelsen ”partssammensatt”. Et viktig styringsmiddel, det å utforme organisasjonen, ble altså gjort til en forhandlingsgjenstand. At det forholdt seg slik understrekes av en passus i innstillingen. Her heter det at ”gruppen har tolket Hovedavtalens § 17 dithen at helsedirektøren ikke kan overprøve gruppen i forhandlingsspørsmål, og at dersom gruppen ikke ble enig i slike spørsmål måtte saken tas opp med departementet”. Videre heter det at ”Kapittel 4 Organisasjonsmodell er å anse som en forhandlingsprotokoll”. Gruppen skulle altså i praksis bestemme hvordan Helsetilsynet skulle være ordnet. Helsedirektøren var satt, og hadde indirekte selv satt seg, på sidelinjen når det gjaldt utformingen av den organisasjon hun ledet og skulle fortsette å lede. Hun deltok imidlertid på den partssammensatte gruppens første møte, ”under punkt 1” (referatets ord), og gav da ”noen føringer”. ”Føringene” var delvis formelle; de gjaldt for eksempel antallet avdelinger (minst 4, høyst 7), at avdelingene burde være forholdsvis like i størrelse og at de burde ha omtrent lik fordeling av løpende saker og utredningsoppgaver. Hun gav videre noen råd hva gjaldt fordelingen av noen mindre oppgaver, men sa dessuten, og det var det viktigste, at hun ønsket å beholde to av avdelingene som før, Helserettsavdelingen og Legemiddelavdelingen. Hun kom også med et mer generelt ønske hva gjaldt Helsetilsynets virkemåte: ”Den nye organisasjonsformen må legge til rette for samarbeid mellom enheter og utvikling av en felles bedriftskultur i hele Statens helsetilsyn”.[695]

Man kan se Helsedirektørens betingede ”abdikasjon” som organisator som nok et uttrykk for hvor sterkt de ansattes organisasjoner, og for så vidt de ansatte, nå stod i Helsedirektoratet. De hadde vært med på å nedkjempe Norbom-planen og slik i noen grad også med på å ”kollektivisere” ledelsen av direktoratet. I den ”partssammensatte gruppen” hadde for øvrig halvparten (Horn, Aasheim, Martinussen, Sæther) på ulike vis markert seg i motstanden mot ”Norbom”. Når alt kom til alt, tenkte nok gruppen og Helsedirektøren nokså likt, og konservativt, om ordningsspørsmålet.

Gruppen tok utgangspunkt i de mange premisser som allerede var lagt for hva Helsetilsynet skulle bli, blant annet den ferske strategiske plan, men kom til at (for)målene (”strategiske områder”) alene ikke gir noe godt grunnlag for å ordne Helsetilsynet. Gruppen så istedenfor på mer instrumentelt pregede, og nærmest formålsnøytrale, kriterier for ordning av organisasjoner, som geografi, fag(grupper), brukere (primære klienter) og tjenesteytere (sekundære klienter), og kom til at heller ikke disse kunne brukes konsekvent. Den konstaterte

[695] *Omorganisering av Statens helsetilsyn*, Rapport fra en partssammensatt gruppe, 18. februar 1994. Helsedirektørens ”føringer” fremgår av vedlegg 2 til rapporten (s. 20).

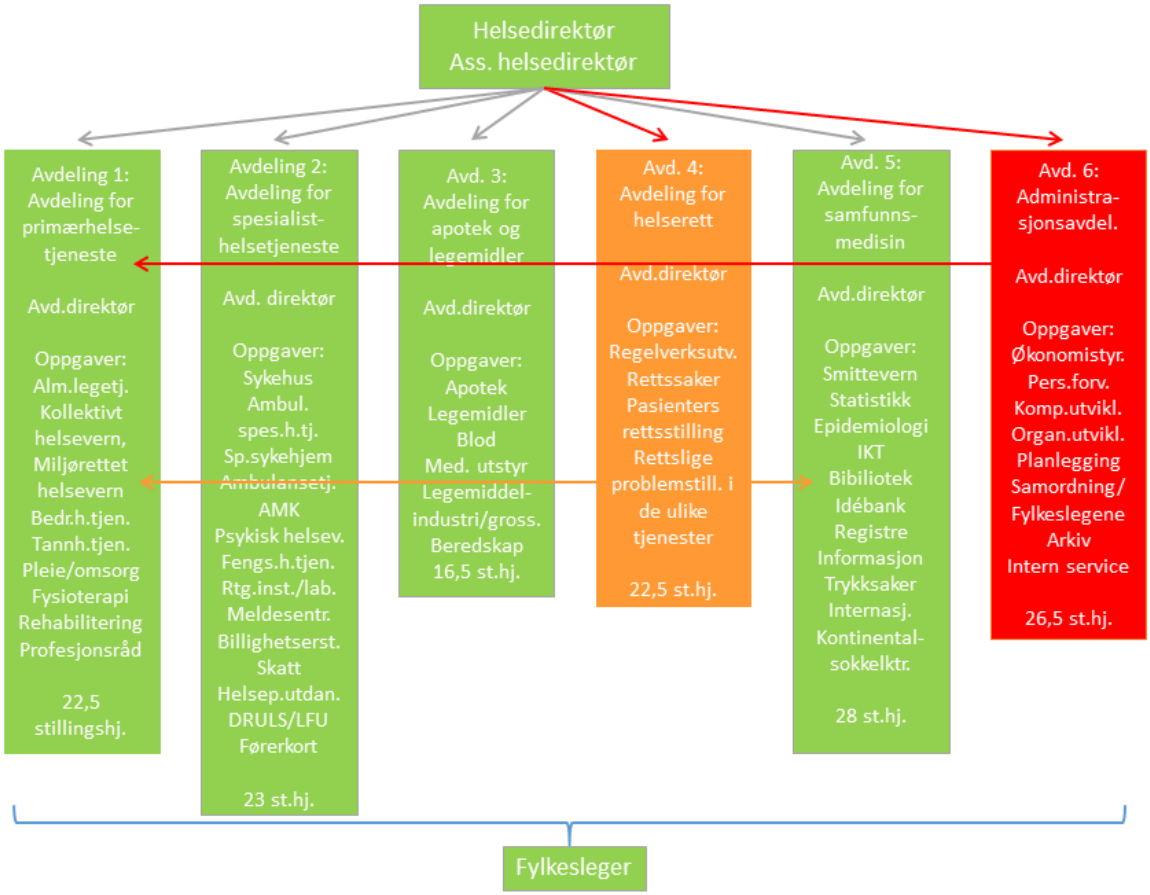
så, naturlig nok, med at ”en kombinasjon av organisasjonsprinsipper best vil ivareta brukernes behov og de øvrige intensjonene i Strategisk plan”.

Gruppen endte således med å foreslå at organisasjonen skulle bli som den var da den var direktorat, med én unntagelse: Den store, og nesten dominerende, helsetjenesteavdelingen skulle deles i to – i én avdeling for primærhelsetjenesten og én for spesialisthelsetjenesten. Man kan si at dét var i tråd med Helsedirektørens ”føring” om å ha omtrent like store avdelinger. Ellers foreslo gruppen at legemiddelavdelingen skulle fortsette, men som avdeling for apotek og legemidler, og med litt utvidede oppgaver (utstyr, blodprodukter, beredskap), og at avdeling for helserett (før helserettsavdelingen) og avdeling for forebyggende helsetjenester – dog omdøpt til avdeling for samfunnsmedisin – og administrasjonsavdelingen, skulle gjøre det samme.

”Gruppen er” ellers, står det, ”enig om at man ikke skal ha stabsfunksjoner knyttet direkte til helsedirektøren”. Standpunktet begrunnes ikke. Helsedirektøren hadde ikke uttalt seg om dette spørsmålet i sine ”føringer”, men må altså finne seg i at slik vil det bli – det står nemlig i det ”dikterende” kapittel 4, ”forhandlingsprotokollkapitlet”. Uttalelsen er et uttrykk for at gruppen ikke ønsker en for sterk sentral ledelse, men for så vidt også for noe som var tradisjon: Karl Evang mente han ikke trengte noen sentral stab. I noen grad mente også Torbjørn Mork det, men begge, skjønt mest Mork, ble svært avhengig av sin juridiske rådgiver, den ekspedisjonssjef Evang fikk seg pådyttet av statsråd Gudmund Harlem i 1956.[696] Nå skal altså denne stabsjuristen bort, og ikke erstattes av en annen, eller, enda verre, av andre.

Forslaget ble som vi ser av figur 5.1. Slik ble også fra 1. april 1994 virkeligheten.

[696] Kaare Bjerkomp (1907-1966) var den første ekspedisjonssjef. Han ble etterfulgt av Knut Munch-Søegaard i 1966, som satt til han ble 70 år i 1993. Kari Sønderland fungerte i stillingen, som spesialrådgiver, inntil hun fra 1994 ble avdelingsdirektør i helserettsavdelingen.



Figur 5.1: Statens helsetilsyn, organisasjonskart, 1. april 1994
Grønt: helsefagpreget; oransje: tilsynsprofesjonelt; mørkt rødt: styrende/admin

I sin uttalelse sier gruppen også noe om måten den ”nye” organisasjonen skal virke på. For å oppnå mer og bedre samarbeid på tvers av avdelinger skal bruken av ”tverrgående prosjekter” og ”etablering av team på tvers av avdelinger” økes (s. 12). Denne tanken kan man imidlertid også si lå i Helsedirektørens ”føringer”.

Gruppen foreslo altså langt på vei at Helsetilsynet også organisatorisk skulle bli en fortsettelse av Helsedirektoratet. Delingen av den store tjenesteavdelingen er mer å betrakte som en teknisk enn som en prinsipiell endring. At gruppen konkluderte så konservativt kan man delvis se på som en funksjon av Helsedirektørens ”føringer”, men kanskje like meget som en funksjon av gruppens korporativt pregede sammensetning. Når ”alle” er representert i en slik gruppe vil det man blir enige om gjerne være det som representerer minst endring. Endringsmotstanderne har som regel sterke meninger, mens endringsforkjemperne har mer avslappede meninger. Man får slik mye mer ”trykk” bak forsvaret for status quo enn bak ønskene om endringer. Det forsterker trykksituasjonen at mange kan enes om å bevare, mens endringstilhengerne gjerne sprer seg på ulike alternativer – og slik blir enda svakere. Helsedirektoratets ansatte hadde jo ellers nå i tre år vært i forsvarsposisjon – og var blitt vant til å se på det å være (organisasjons)konservativ som radikalt.

Forslaget til "omordning" gir altså inntrykk av at Helsetilsynet skal være en videreførelse av Helsedirektoratet. Forslaget er direktoratpreget, ikke tilsynspreget. Bare én avdeling reflekterer ideen om tilsyn, nemlig avdeling for helserett, men den hadde jo allerede eksistert noen år – som et første svar på den voksende tilsynsbølge.

Gruppen aner for så vidt dette, for den drøfter kort hvordan tilsynsoppdraget kan følges opp i tiden som kommer. Den skriver (s. 10): "For å sikre at utvikling av tilsynsmetodikk både får den nødvendige prioritet og tyngde, og skjer som en integrert del av virksomheten bør det etableres et **tverrgående prosjekt** forankret i Avdeling for samfunnsmedisin". Den skriver videre at helserettsområdet nå styrkes og at det kan gi grunnlag "for å videreutvikle kvaliteten på klagesaksområdet" (s. 10). Gruppen fortsetter: "Ett virkemiddel som også skal bidra til videreutvikling av kvaliteten på dette området er etablering av et klagesaksprosjekt på tvers av avdelingene, forankret i Avdeling for helserett".

I to vedlegg (3 og 4) redegjør gruppen nærmere for hvordan prosjektene kan gjennomføres. Det heter at det første prosjektet, tilsynsmetodeprosjektet, bør ha en styringsgruppe, ledet av Helsedirektøren. Også det annet prosjekt skal ha en styringsgruppe, mener gruppen, men der skal ikke Helsedirektøren sitte, bare representanter for fagavdelingene, og eventuelt fylkeslegene.

Om gruppen var konservativt direktoratlig i hovedsaken, er den altså mer radikal og offensiv "til slutt". De to prosjekter den foreslår å opprette peker jo frem mot en mer gjennomgående tilsynsomdannelse av Helsetilsynet, selv om gruppen synes å forutsette at en slik omdannelse ikke trenger å få organisatoriske konsekvenser. Det skulle den imidlertid vise seg å få.

Gruppens uoppfordrede tilsynsoffensiv er imidlertid nok et uttrykk for hvordan innslagene av styring nedenfra-og-opp nå preget Helsetilsynet. Gruppen gikk utover sitt organisatoriske mandat og tok et tydelig strategisk initiativ, et initiativ som pekte frem mot 2002. Slik bidro den også til ikke bare å markere, men å bidra til, den avinstitusjonalisering av helsedirektørembedet som over lengre tid hadde skjedd, og som Norbom-prosessene hadde gitt ekstra fart til. Helsedirektør Anne Alvik bidro indirekte til utviklingen ved å godta at ordningsspørsmålet skulle avgjøres gjennom "forhandlinger", forhandlinger hun selv bare påvirket gjennom såkalte "føringer", men også, mer alment, ved bevisst å nedprofilere rollen som helsedirektør. Tiden var blitt en annen. Det var ikke, sier hun selv "lenger rom for utøvelse av helsedirektørembetet slik Karl Evang og Torbjørn Mork hadde gjort det".[697] Hun var heller ingen Evang eller Mork.

[697] "Anne Alvik møter Anne Alvik 28 år etter", referat fra intervju med Anne Alvik i Det norske medicinske Selskab, 24.1. 2007, *Michael*, bind 4, nr. 2, 2007, s. 180-186. Referatet er ved Øivind Larsen.

II Organisasjonsutviklingen: de små linjer

I det følgende skal vi se nærmere på den organisatoriske utvikling av de dominerende enheter i hovedlinjen i helseforvaltningen, altså departementet og dets helseforvaltningsenheter, Helsedirektoratet og fylkeslegeetaten. Vi vil altså ikke, av plasshensyn, omtale de andre, mer fagspesialiserte institusjoner – de som typisk nok ofte ble omtalt som spisskompetanseorganer under Norbom-prosessene. Vi vil heller ikke, igjen av plasshensyn, omtale den mer forvaltningspregede institusjonen Legemiddelkontrollen, utover å si litt om den når vi drøfter legemiddellovgviningen og tilsynsutviklingen.

Sider ved utviklingen i de nevnte helseforvaltningsinstitusjoner er berørt i den foregående del. Vi skal nå se nærmere på utviklingen av disse, og andre, sider – sider som vi ikke, eller knapt, har omtalt. Vi skal forsøke å vise hvordan også disse kan forståes innen rammen av den regimeutviklingshistorie vi allerede har fortalt.

6. Sosialdepartementets helseforvaltning: den indre organisasjonsutvikling

Vi skal starte med å se på helseforvaltningens rolle innen en av Sosialdepartementets sektorer. Så skal vi se på utviklingen av helseforvaltningen mer spesielt og internt, og da spesielt konsentrere oss om kjernen i denne, helseavdelingen.

Departementets sektorisering

Vi påpekte i første bind at legene, eller mange av dem, var opptatt både av å skjerme og selv styre helsesektoren. Aldri lyktes de mer med det enn under den evangske orden, særlig under årene frem til 1955. Delingen av direktoratet i 1983 var et uttrykk for at legene for alvor hadde mistet taket på styringen. Skjermingen av sektoren forsvant imidlertid ikke med denne delingen. Helsepolitikkens økende politiske betydning, og den begynnende overgang til en mer mål- og resultatorientert styringsform (den nyttestatlige styringsform), gjorde snarere at det ble mer nødvendig å beholde skjermingen. Utnevnelsen av en egen helseminister i 1992 er, som vi har nevnt, uttrykk for at skjermingen, eller sektoriseringen, ble enda tydeligere. Den skulle nå, iallfall i stor grad, gå helt til topps. Kanskje kan man også si at denne tiltagende sektorisering av helseforvaltningen ble styrket av at også resten av Sosialdepartementet ble sektorisert. Trygdesektoren hadde lenge vært sektorisert, naturlig nok – under departementet fungerte den jo som et slags offentlig monopolforsikringsselskap – men ble konsolidert som nasjonal sektor i 1966, da inndelingen i geografisk baserte kontorer ble opphevet. Sosialsaker hadde lenge (siden departementets etablering i 1913) sortert under den almindelige avdeling. I 1966 ble sosialsaker skilt ut fra den alminnelige avdeling og lagt til en egen sosialavdeling. I 1988 ble denne avdelingen delt og der kom en avdeling (I) for barneverns- og rusomsorgsoppgaver – begge virksomheter hadde nå fått et mer sektorielt preg – og en avdeling (II) for sosiale oppgaver. I 1991 ble de siste saker samlet i en enda mer tydelig sektorpreget sosialavdeling (I), mens den andre avdelingen ble gjort om til en avdeling for ”eldreomsorg, funksjonshemmede og omsorgstjenester”. Omsorg var iferd med å bli en

egen sektor, og en sektor mer orientert mot helse- enn mot (resten av) sosialsektoren. Syv år senere ble, ikke så overraskende, avdelingen gitt navnet pleie- og omsorgsavdelingen. Grunnlaget ble slik lagt for å plassere denne avdelingen sammen med helsesektoravdelingene i et Helse- og omsorgsdepartement (2004).

Men den sektorielle tendens var ikke entydig. I 1966 ble de administrative oppgaver skilt ut fra den alminnelige avdeling, som nå ble løst opp, og lagt til en egen avdeling. På den måten ble de "finansdepartementale", og sektorintegrerende, oppgaver gitt styrket status, også overfor Helsedirektoratet. For så vidt ble også de indreadministrative oppgaver på denne måten gitt styrket status, men først etter 1983 overfor helsesiden, og nå altså helseavdelingen. I 1971 ble integrasjonshensynene ytterligere styrket ved at det ble opprettet en plan- og utredningsavdeling. Den kom imidlertid ikke, hverken da eller senere, til å bli en generell integrasjonsavdeling. Blant annet skulle den ikke, som vi skal komme tilbake til, få noe bredt ansvar for helseplanleggingen. Helseavdelingen fikk således en egen planseksjon da den ble opprettet i 1983. Planleggingsavdelingen bidro allikevel til å styrke de integrerende krefter i departementet. Da den, etter Norbom, ble gjort om til en avdeling som først og fremst skulle være en forebyggelsesavdeling, tapte den dog noe av sin integrerende rolle. I 1988 overtok et statssykehuskontor i administrasjonsavdelingen ansvaret for forvaltningen av de store og viktige statssykehus, spesielt Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Også det bidro til å styrke administrasjonsavdelingens posisjon som en integrerende avdeling, spesielt overfor helseavdelingen, men symbolsk også overfor de andre avdelinger. Som vi har sett, bidro prosessene etter Norbom til at administrasjonsavdelingen, og dermed integrasjonshensynene, ble ytterligere styrket. Denne endringen ble også markert ved at juristen Finn Høvik nå gikk av (1993) og ble etterfulgt av den unge og svært "fremoverlente" statsviter, Steinar Stokke, en mann som hadde fått sin forvaltningsoppdragelse i Finansdepartementets finansavdeling og som hadde spilt en rolle i Norboms styringsgruppe. Det var for øvrig symptomatisk for utviklingen at avdelingen ble omdøpt til Administrasjons- og budsjettavdelingen.

Det er først og fremst som klinikk helsevesenet er sektorielt. Deler av preklinikken, altså den sykdomsforebyggende og helsefremmende virksomheten, har riktignok klinikklignende oppgaver og befinner seg derfor innenfor den kliniske sektor. Mye befinner seg imidlertid utenfor klinikken, som det tradisjonelle folkehelsearbeidet og enda mer det arbeid som består i å legge premisser for andre sektorers politikk – det som (etter finsk EU-initiativ) fra 2006 ble omtalt som «Health in All Policy» (HiAP), og som folkehelse-NOUen (1991: 10) fra helseavdelingen la slik vekt på. Man kan imidlertid slik si at det representerer en styrkelse av det sektorielle prinsipp at det etter hvert skjer en adskillelse av klinikken og preklinikken, *også* på forvaltningsnivå. På det utøvende nivå spilte den tiltagende adskillelse av almenklinikken og preklinikken – en adskillelse som for alvor startet med distriktslegestillingens avvikling i 1984 – den utløsende rolle. Denne adskillelse ble fulgt opp forvaltningsmessig da forebyggingsenheten ble opprettet i 1988. Da den ble opprettet var den delvis en del av helseavdelingen og delvis en egen enhet under departementsråden. Selv om dét skyldtes at statsråden ikke ville legge en politikk hun var spesielt opptatt av å styrke under helseavdelingens sjef, representerte organiseringen et "sektorielt trekk" som passet med den sektorielt orienterte nyttestatstenkning. "Sektoriseringen" av folkehelsearbeidet ble jo også ytterligere markert da Forebyggingsenheten etter Norbom ble knyttet til den nye forebyggings- og utviklingsavdelingen. Det mer spesielt tilblevne Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) (1988), ble, som vi har sett, lagt inn i den nye forebyggings- og utviklingsavdelingen, og ble der til en mer konvensjonell seksjon.

Statsrådene var altså generelle sosialstatsråder frem til høsten 1992. En viss sektorisering var det imidlertid også innad i den politiske ledelse før 1992. Noen av statsrådens politiske medarbeidere kom fra helsesiden, andre fra sosial- eller trygdesiden, men noen kom også primært fra "politikken". De som kom fra en fagside hadde som regel også politisk erfaring. Sektoriseringen er dermed alltid betinget på politisk nivå. På dette nivå skal det politokratiske prinsipp stå sterk(es)t. I praksis er det imidlertid alltid noe modifisert av det faglig-sektorielle prinsipp. Vi ser således at tre av denne periodens fem statsråder – vi regner da ikke med den rene sosialminister fra høsten 1992 – var medisinere, den første tannmedisiner, den tredje indremedisiner og den femte samfunnsmedisiner. Nr. to var økonom, men kom fra stillingen som underdirektør ved Rikshospitalet. Den fjerde, Veierød, hadde ingen relevant sektoriell bakgrunn. Hun var, som vi har nevnt, filolog og kom fra skolen. Av de ni statssekretærer som fungerte i årene 1983 til 1994 (én to ganger), var to leger – Astrid Nøklebye Heiberg, under Heløe, og Bjørn Martin Aasen under Gerhardsen og så igjen under Veierød – to sykepleiere og én diakon. De to leger – de satt til sammen syv av de 10–11 år – var også de statssekretærer som ble de mest innflytelsesrike. De andre statssekretærer hadde juridisk eller (annen) samfunnsvitenskapelig bakgrunn og bare en viss sektorielt relevant erfaring. Blant rådgiverne, men spesielt blant sekretærene, var andelen som primært var politikere, og som hadde mindre sektorielt relevant bakgrunn, større. I den grad de hadde sektorielt relevant bakgrunn hadde de i større grad bakgrunn fra sosial- og delvis trygdesektoren enn tilfellet var blant statssekretærene. Også det viser helsesektorens statusforrang.

Sosialdepartementet var et flersektorielt departement, men altså et departement hvor helsesektoren nå dominerte. Trygdeavdelingen satt med ansvar for en større andel av statsbudsjettet, men var ennå ikke blitt så politisk viktig som den skulle bli. Som vi har nevnt trodde Norbom da han tiltrådte at han skulle komme til å bruke mest tid på trygdesakene. Slik gikk det altså ikke. Han, som hans statsråder, ble først og fremst helsepolitikere og helseforvaltere. Slik sett er det ikke så underlig at statsrådene og deres politiske medarbeidere i langt større grad hadde en forankring i helsesektoren enn i en av de andre sektorer.

Den nye helseavdelingen ble også straks den sosialt dominerende avdeling i departementet. Dens sjef, Harald Hauge, holdt, som vi har sett, fra første stund en høy profil. Han fikk også umiddelbart skapt en selvbevisst gründerånd i avdelingen, en ånd som bidro til avdelingens dominans innad i departementet. Hauges, og avdelingens, offensive stil skapte reaksjoner blant de andre ekspedisjonssjefene og for så vidt også i deres avdelinger. Hauges kolleger kunne irritere seg over hans selvsikkerhet, og betoning av helsesektorens (medisinske) særpreg. Hauge tok stor plass på ekspedisjonssjefsmøtene, men også på sjefsmøtene (ledet av statsråden). Han minnet dem litt om både Mork og Evang. Han eksponerte, mente de, en medikratisk suffisanse, men en suffisanse som kanskje var forsterket av mangelen på fortrolighet med forvaltningskulturen. Som vi har nevnt ble etter hvert Hauges posisjon noe svekket, både innad i helseavdelingen og utad i departementet for øvrig. Svekkelsen gikk til topps. Den som i starten hadde presentert seg som "profesjonelt lojal", ble i grunnen bare vist full tillit av den første av sine statsråder, den som hadde innstilt ham til ekspedisjonssjefsembedet, Leif Arne Heløe. Den siste i denne perioden, Werner Christie, fikk ham sendt til en ministerrådspost i Brussel.

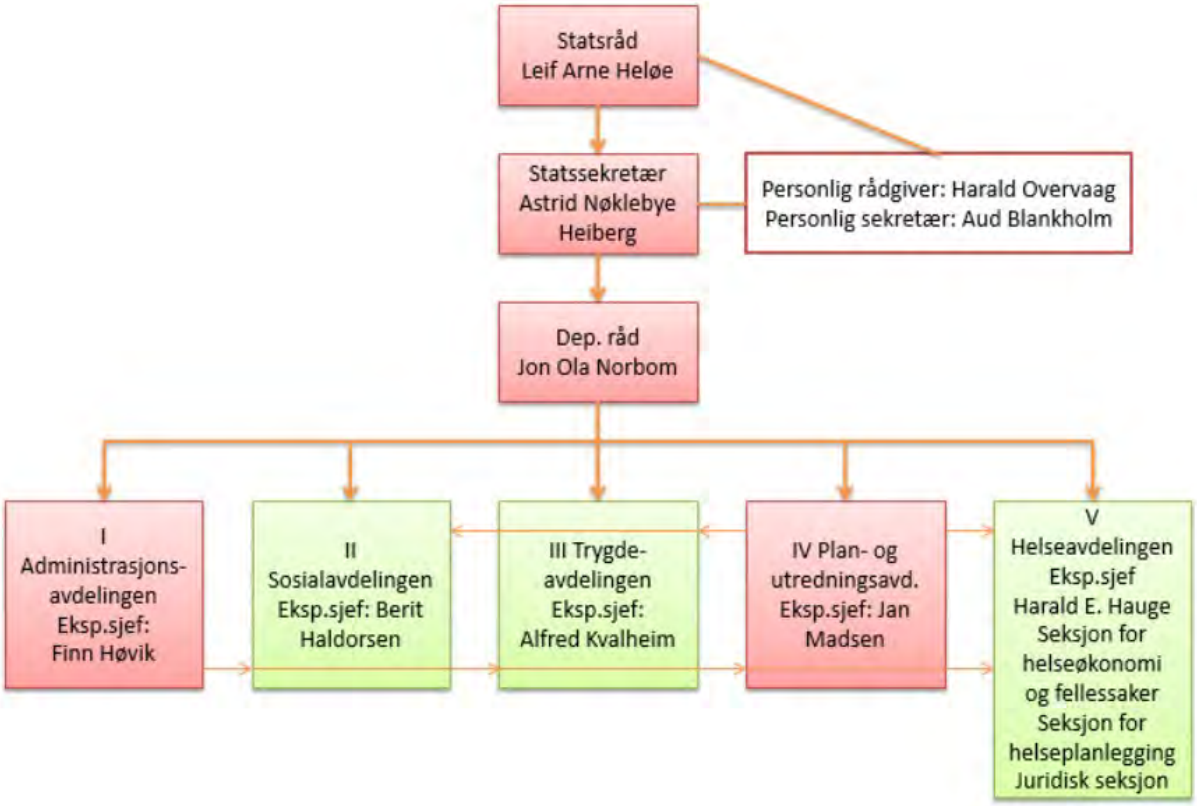
I takt med at Hauges stilling ble svekket, forvitret også noe av gründerånden i helseavdelingen. Avdelingen ble også preget av økende dragkamp om posisjoner. Vi skal komme tilbake til det. Men denne utviklingen til tross, helseavdelingen og helsesektorens oppgaver og problemer, dragkampen med Helsedirektoratet medregnet, beholdt helsektoren sin forrang i det sosiale departement.

♦

I figur 6.1. A, B og C har vi illustrert hvordan departementet, spesielt som helsedepartement, utviklet seg i denne perioden. Under A har vi presentert det opprinnelige heløeske departement, under B det gerhardsenske, etter endringene høsten 1988, og under C det christieske departement, som det fremstod etter Nordbø-prosessen, altså i 1994. Detaljer omkring organisasjonsendringene, spesielt i helseavdelingen, skal vi komme tilbake til.

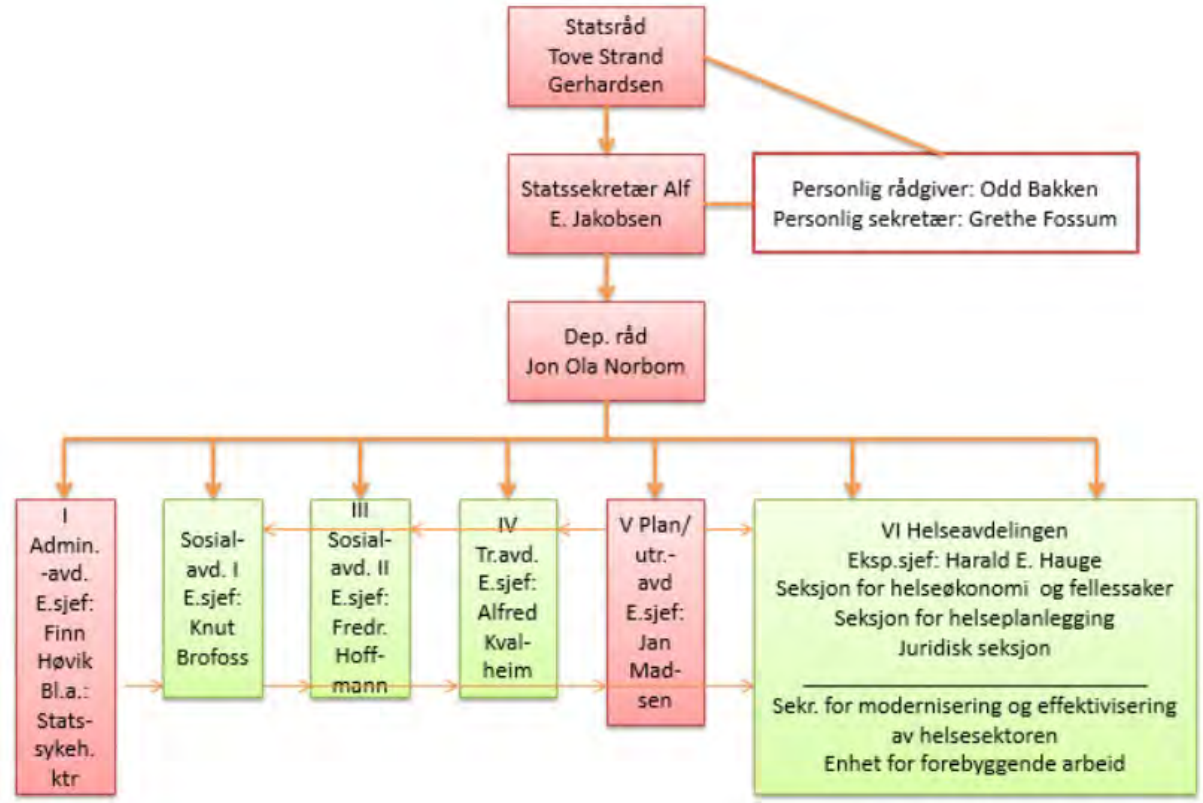
♦

Det svekket det nyttestatlig og sektorielle prinsipp at det utøvende, hovedsakelig kliniske, helsevesen hverken var organisert som et slags konsern under den departementale helseforvaltning, eller som konkurrerende organisasjoner i et "vanlig" marked. Det hadde noe



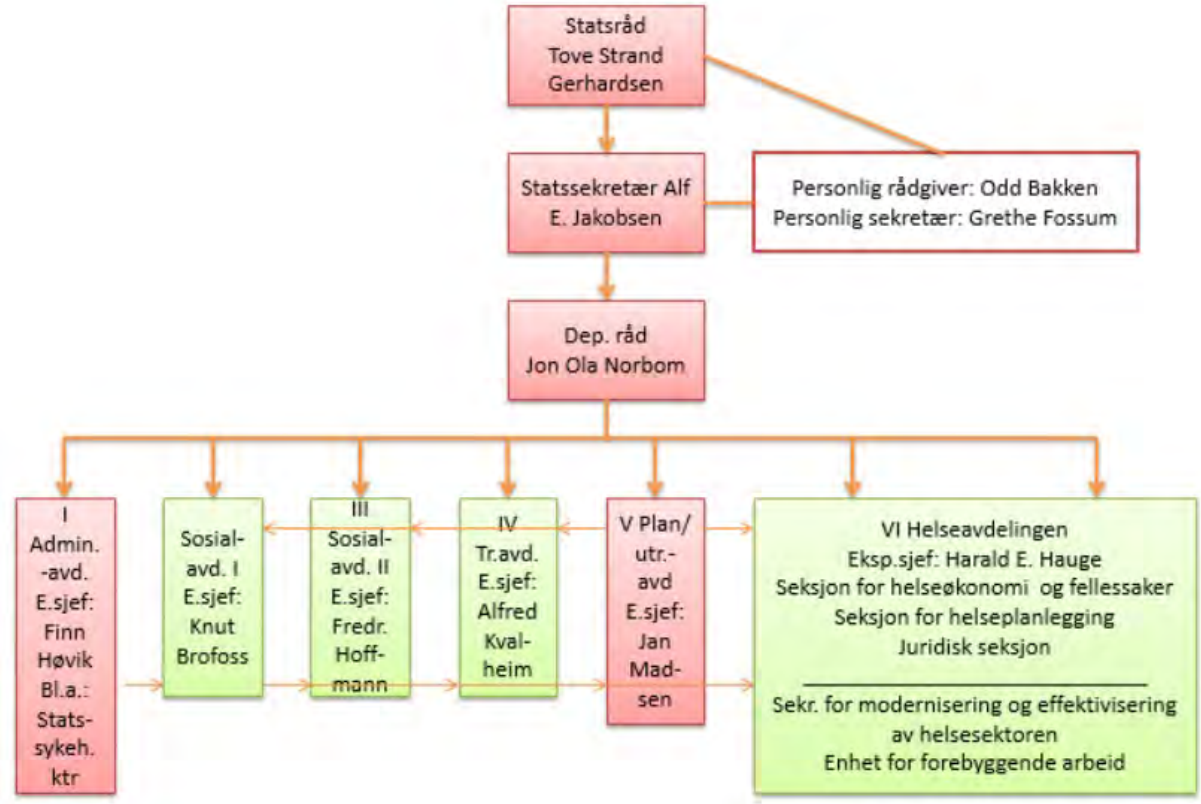
Figur 6.1. A Sosialdepartementets oppbygning senhøstes 1981.
(De styrende enheter er farvet rødt, fagenhetene grønt).

halvkonsernaktig over seg ettersom mesteparten av helsevesenet var offentlig eiet, men konsernprinsippet ble vesentlig svekket ved at eierne var organisert i tre demokratiske nivåer, det statlige (endel sykehus), det fylkeskommunale (sykehusene) og det kommunale (det utenominstitusjonelle helsevesen). Også på den prekliniske siden var sektoren i noen grad splittet opp på denne måten (stat og kommune). Det kompliserte bildet på den kliniske side at en del av tilbyderne var private, dog i de fleste tilfeller ikke-kommersielle og i betydelig grad offentlig styrt. Ja, det kompliserte bildet ytterligere at samarbeidet mellom departementet og direktoratet om styringen av sektoren ikke var helt tillitsfullt. Som vi har nevnt ønsket Helsedirektøren å nasjonalisere helsevesenet og slik virkelig konsernorganisere, og



Figur 6.1. B Sosialdepartementets oppbygning senhøstes 1988.
(De styrende enheter er farvet rødt, fagenhetene grønt).

konsernstyre, sektoren. I så henseende var han meget mer av en nyttestatsmann enn departementets ledere. Der gjorde seg nok gjeldende ønsker også på departementalt plan om å nasjonalisere og konsernorganisere klinikken, men disse ønsker kom aldri skikkelig frem. I Gerhardsens nasjonale helseplan, lagt frem i mars 1988, kunne man finne slike tanker her og der, for eksempel i omtalen av effektiviseringsarbeidet (kap. 8). I planen tales det også om at utviklingen *peker* i det vi har kalt konsernretning. Det heter (s. 71): ”Offentlige styringsmidler som lover, plansystemer og finansiering har styrket kontrollen med utviklingen av helsevesenet i etterkrigstiden”. Her kunne det godt stått ”den statlige” foran ”kontrollen”.



Figur 6.1. C. Sosialdepartementets oppbygning 1994.
(De styrende enheter er farvet rødt, de rene fagenhetene grønt og den komb. fag- og styr.enhet lilla).

I det utvalg som i 1985 (av regjeringen Willoch) ble oppnevnt for å se på finansieringen og organiseringen av norske sykehus, og som kom med sin innstilling i 1987, var det et mindretall som argumenterte for å nasjonalisere sykehusene.[698] Mindretallet som blant annet bestod av direktøren for Statens rasjonaliseringsdirektorat, nyttestatlighetens viktigste forankringspunkt i Norge på den tiden, arbeiderpartipolitikeren Inger Louise Valle (1921–2006), påpekte at den sterke nasjonale styring som var lagt inn i Asvalls plan var ”blitt utvannet”. Dens ”gode intensjoner” er dermed ikke blitt fulgt opp, konstaterer mindretallet og foreslår å opprette et Statens sykehusverk.[699] Mindretallets skarpt formulerte syn var et nyttestatlig tegn i tiden. Men nyttestatligheten, som nå fikk ny oppmerksomhet etter syttiårenes betoning av lokalt politokrati, slo ikke i den grad igjennom i helsepolitikken.

Helsepolitisk ble ”dobbeltpolitikken” fra Jo Asvalls ”nr. 9” (1974–1975) fulgt opp: En konsernaktig og sektoriell politikk skulle realiseres gjennom nasjonal rammepolitikk og lokal tilpasning. Den siste fikk stor plass, og den konsernaktige nyttestatligheten ble svekket, som Valle og hennes meningsfeller i sykehusutvalget påpekte. Det var tilfellet under Heløe. Det var også tilfellet under Gerhardsen og Veierød.

[698] NOU 1987: 25 *Sykehustjenesten i Norge. Organisering og finansiering*. Utvalget var ledet av overlege Eilert Eilertsen (1918-2014), tidligere Høyre-ordfører i Bergen (1973-1983).
[699] Kfr. utredningen, s. 81. Mindretallet bestod, foruten Valle, av BI-rektor Jørgen Randers (f. 1945), tidligere sykepleiesjef i Helsedirektoratet Idunn Heldal Haugen og avdelingsdirektør hos Mork, og Høyre-politiker, Christian Erlandsen.

Med den nyttestatlighetsbølge som nå slo inn i nesten all politikk, fulgte der også en ”nytteintern” strid, en strid mellom dem som ville sektorisere på nasjonalt konsernaktig måte og dem som, iallfall i noen grad, ville pluralisere helsevesenet, altså skape mange, mindre kliniske konserner (bedrifter), og ”styre” mer nedenfra, altså gjennom regulert konkurranse. Heløe og de to arbeiderpartidamene var, som nevnt, nølende konserntenkere, men (ytterst) skeptiske til (kommersiell) privatisering. Gerhardsens etterfølger, Sellæg, åpnet for en viss grad av privatisering og nedenfra-styring (utvidet bruk av stykkprisfinansiering). Hun hadde også en viss sans for at helseinstitusjoner kunne styres mer konsernaktig, eller bedriftslig, men ikke at helsevesenet som helhet skulle styres slik – altså som et monopol. Hun markerte det, som vi har sett, gjennom den innstilling om sykehusledelse som hennes statssekretær Geir Kjell Andersland, og det utvalg han ledet, la frem høsten 1990. Periodens siste statsråd, Christie, var ytterst kritisk til sin forgjengers privatiseringslinje, ja, også til alt som smakte av konkurranse mellom tilbydere. Han ville, som vi har sett, ha *styrt samarbeid* – ”managed cooperation”. Han ville følge opp den *nasjonale* del av den asvallske plan, altså kjernen i den, men helst beholde den lokal-demokratiske styringen. Han viste samtidig at han hadde et ris bak speilet: Ville ikke de lokale myndigheter samarbeide ville han styre; hans helsemelding fikk jo den tvetydige overskriften *Samarbeid og styring*. Etter hvert skulle hans etterfølgere ta frem riset, og velge den styrte konsernveien, den venstrepregede variant av nyttestatligheten. Sektoriseringen, og den nyttestatlige styring av helsevesenet, skulle altså fortsette å bli utdypet i tiden etter den periode vi her omtaler.

Sosialdepartementets politiske ledelse

Før krigen bestod den politiske ledelse i et departement bare av statsråden. Etter krigen ble den politiske ledelse gradvis utvidet. Først kom (1945) en statsministersekretær og personlige sekretærer. Den siste var imidlertid helt til inn i sekstiårene i stor grad en sekretær i tradisjonell forstand. Fra 1947 kom det, som vi har sett, statssekretærer. I 1974 kom den tredje av de ekstra-statsrådlige politiske stillinger til, den personlige rådgiver. Den første rådgiver kom også i Sosialdepartementet. I 1977 ble statssekretærens plass som statsrådens nestkommanderende, som vi også har nevnt, formelt fastslått. De andre politiske stillinger var, og forble, stabsstillinger. De var koblet til statsråden, men for så vidt også til statssekretæren. Hvordan de for øvrig ble brukt avhang en del av statsråden, men også av de aktuelle stabspolitikere. Dog ble det ikke, spesielt ikke av den ordinære forvaltning, godtatt at de forsøkte å utøve myndighet. Som vi har sett ble de personlige sekretærstillinger og de personlige rådgiverstillinger i 1992 omgjort til politiske rådgiverstillinger.

Den politiske stab ble omtrent fordoblet fra 1945 til 1971 (fra 9 under Gerhardsen II til 17 under Borten). Fra da av og til 1981, altså på ti år, skjedde det ytterligere en drøy fordobling, nemlig til 38 (Brundtland I). Denne staben vokste moderat gjennom åttiårene, nemlig fra 38 under Willoch-regjeringen til 41 under Brundtland II. Utover i nittiårene kom det en ny økning, slik at staben talte 56 i 1996.

Da Willoch-regjeringen tiltrådte i 1981, med Leif Arne Heløe som sosialminister, var ordningen med en politisk stab bestående av statsråden, en statssekretær, en personlig rådgiver og en personlig sekretær etablert. Denne ordningen ble beholdt frem til 1992, da altså sekretær- og rådgiverstillingene ble slått sammen. Der skjedde ingen stabsmessig ekspansjon i Sosialdepartementet i perioden 1983 til 1994. Faktisk ble staben en tid noe redusert. Heløe

hadde startet med en stab på tre, én i hver type stilling, men fikk etter hvert to i hver type stilling. Gerhardsen beholdt én i de to øverste stillinger, men fikk etter hvert en sekretær nr. to. Sellæg og Veierød hadde hele tiden tre i sin politiske stab, mens Christie nøyde seg med to – en statssekretær og en rådgiver. Nå (under Christie) var det imidlertid også kommet en egen sosialminister og hun hadde med seg en statssekretær og en politisk rådgiver, slik at den politiske stab i hele departementet var på fire foruten statsrådene.

På ett vis var det overraskende at den politiske stab ikke vokste spesielt i "vaktene" fra Heløe til Christie. Dette var nemlig en periode hvor det politokratiske innslag ble styrket, og ble styrket som et selvstendig, legbasert, innslag. Under Gerhardsens regjeringer, til dels helt til 1965, spilte det politokratiske en viktig rolle, men det gjorde det i sterk samklang med den nyttestatlige filosofi for styring – i en venstre-liberal tapning. Det er ikke tilfeldig at Gerhardsens viktigste styringsfagfolk, økonomene – særlig i Finansdepartementet – i hovedsak var arbeiderpartifolk, oppdratt av planøkonomer ved Universitetet i Oslo. Etter at Arbeiderpartiet hadde tapt "monopolmakten" ble politikken "politisert" og legmannsinnslaget forsterket, forsterket som styringsekspertkritisk innslag. I 1970-årene gav det seg utslag i en nyttestatsopposisjonell holdning: Legmannsstyret ble gjort mer lokalt og slik enda mer legmannspreget. Leif Arne Heløe kom til makten etter at denne prosessen var kommet godt i gang hva gjaldt helsepolitikken, men han førte den videre – og fullførte den. Han fikk avmedikratisert, og delvis "lokalsosialisert", almenhelsevesenet (fullt ut i 1984). Han førte videre "lokalsosialiseringen" av sykehuspolitikken (fylkeskommunene) (fra 1970 og 1976). Han fullførte avodontokratiseringen av "folketannrøkta" (innført i 1950) (1983). Endelig skilte han ut, som vi har sett i detalj, den strategiske oppgave fra det medikratiske Helsedirektoratet og "sentralsosialiserte" den (til departementet). Selv om de nyttestatlige ideer snart fikk økende tyngde, og etter hvert også manifesterte seg i helsepolitiske utredninger og en nasjonal helseplan (1988), slo de ikke for alvor igjennom i helsepolitikken. Heløe forble slik en politisk balansekunstner. Det samme gjorde, om enn på en annen måte, Gerhardsen, og for så vidt også, men igjen på litt ulike måter, Sellæg, Veierød og Christie. Arbeidet med å tilpasse helsepolitikken og helsevesenet mer til det politikkskeptiske, og særlig det lokalpolitikkskeptiske, nyttestatsregimet, kom først for alvor i gang med Gudmund Hernes (f. 1941) (desember 1995). Heløe og hans etterfølgere forsøkte å realisere den nyttestatlige LEON-planen til Asvall (av 1975) gjennom legmannspolitikk, særlig lokal sådan. Det var ingenlunde lett, og de (statsrådene) fikk det alle travelt. Heløe og Gerhardsen hadde godt tak på politikken, og kom seg unna med mindre alvorlig kritikk. De siste tre fikk det vanskeligere – det ble jo også objektivt sett vanskeligere etter hvert. Den nest siste, Veierød, fikk til sist også stortingsflertallet imot seg.

Perioden 1983 (1981) til 1994 ble altså en "heløesk" periode: Det var den politiske linje han tok over og "fullførte", eller konsoliderte, som satte tonen for tiden frem til Hernes.

♦

Gitt den politokratiske offensiv fra 1970-årene av, er det ikke så underlig at statsrådene holdt seg til den politokratiske oppfatning av departementsledelsens instruksjonsrett overfor Helsedirektøren. Gitt denne offensiv er det heller ikke så overraskende at de fem statsråder alle ble "plaget" også av indre politikk, altså av dragkamp med en "ettermedikratisk" helsedirektør, men for så vidt også av en parallell politikk som utspant seg i klinikken (mellom leger og de nye ledere (og mellom leger og sykepleiere m.m.)). Med Christies avgang og prestesønnen Hernes' komme, skulle arbeidet med igjen å forene legmannspolitikk

og styringsfaglighet – ved å "temme" legmannspolitikken – ta til. Gerhardsen-linjen (spesielt fra 1955) skulle taes opp igjen, skjønt i fornyet utgave.

At den politiske stab, til tross for legpolitiseringen, holdt seg stabil i denne perioden, kan skyldes tilfeldigheter, som at staben hadde nådd en slags "modning", på tvers av departementer: Standarden var nå blitt én statsråd, én statssekretær og én eller noen få rådgivere og personlige sekretærer. Den perioden vi her omtaler er også nokså kort.

Helseavdelingen

Som vi har sett, da Helsedirektoratet ble delt og nyetablert utenfor departementet i 1983 ble der tilbake i Sosialdepartementet, ikke en gammeldags, juridisk preget helseavdeling, men en nyttestatlig orientert avdeling, med så vel leger som nyttestatlighetens fremste bærere, økonomer, i sentrale stillinger. Avdelingens sjef ble, som vi har sett, legen Harald Hauge. Det tør være styringsmessig symptomatisk at da han i 1988 skulle få en nestkommanderende valgte han økonomiseksjonens sjef, Andreas Disen, ikke rettsseksjonens sjef, Ingeborg Webster, eller for den saks skyld planseksjonens sjef, Gerd Vandeskog. Utnevnelsen skapte litt uro, og bidro til at Ingeborg Webster etter hvert sluttet. [700] Men da Disen ble utnevnt var han allerede de facto en slags nummer to. Hauge behandlet ham som sådan, og nærmest insisterte på at han måtte få Disen som sin nestkommanderende. Når Hauge var borte var det også blitt vanlig for departementsråden å henvende seg til Disen. Disens økonomiseksjon var dessuten den seksjon i avdelingen de andre departementsavdelinger hadde mest behov for å samarbeide med.

Som det fremgår av figurene 6.1. A og 6.1. B ble avdelingen organisert med utgangspunkt først og fremst i tre styringsfunksjoner, styring gjennom (generelle) planer, gjennom budsjetter og regnskaper og gjennom rettsregler. Slik styring skaper avstand mellom styrende og styrte, og i dette tilfelle mellom departementet og så vel fylkeskommuner og kommuner som styrings- og delvis eierinstanser og de (pre)kliniske, verdiskapende institusjoner. Ordningen representerer også et tydelig brudd med den medikratiske tenkning, hvor ledelsen skal reflektere den underliggende medisinske spesialisering. Det er den i noen grad oppdelte, men nyttestatlige, styringsspesialisering som legger premissene for organiseringen.

Hvorfor valgte Harald Hauge å organisere sin avdeling slik? Han spilte først og fremst opp til styringsfagfolkene, og, skulle det vise seg, aller mest økonomene. To av seksjonene fikk økonomer som ledere og den tredje, nødvendigvis, en jurist. Nå sluttet riktignok økonomen Jan Grund som planseksjonssjef omtrent samtidig som han begynte, og ble erstattet av legen

[700] De tre store fagforeningene i departementet anmeldte statsråden til Likestillingsombudet for kvinnediskriminering. De pekte på at fire hadde meldt sin interesse for embedet, tre kvinner og Disen, og at det i utlysningen av embedet hadde stått at kvinner var spesielt oppfordret til å søke. De pekte også på at Webster hadde lengre ledererfaring enn Disen. VG hadde den 16. april 1988 (s. 8) et femspaltet oppslag om utnevnelsen. Overskriften lød: "ANMELDT for kvinnediskriminering". VG skriver blant annet i teksten: "At Disen også er en gammel studiekamerat av statsråden har ikke gjort de ansattes opphisselse mindre. Begge er utdannede sosialøkonomer fra Blindern.» Statsråden fulgte imidlertid ekspedisjonssjefens tydelige ønske. Disen spilte forøvrig, under Gerhardsens ministertid, ofte rollen som en mellommann mellom Hauge og henne (statsråden hadde et anstrengt forhold til Hauge). (Samtaler med Tove Strand 10.7.09, Andreas Disen 26.8.09 og Jon Ola Norbom 24.9. 2013.)

Gerd Vandeskog. Andreas Disen, sjef for økonomiseksjonen, ble, som nevnt, snart uformelt, og så i 1988 formelt, avdelingens nr. to. Senhøstes 1986 overtok han ansvaret for den viktigste planleggingsoppgaven, fra Gerd Vandeskog, arbeidet med den nasjonale helseplan. Økonomene stod også sterkt fordi de hadde støtte hos sjefen for planleggingsavdelingen, Jan Madsen, og dennes gamle studiekamerat, departementsråd Norbom. Den indre organisering, og bemanning, av helseavdelingen passet også Finansdepartementet godt. Nå hadde det en avdeling som forstod finansforvalternes måte å tenke på og fikk slik en velkommen buffer mellom seg og det utgiftsorienterte Helsedirektoratet. Bufferen ble, som nevnt, også styrket da statssykehuskontoret, et kontor i administrasjonsavdelingen, kom i 1988.

Den nylig avgåtte legeforeningspresidenten gav altså ikke «sine egne» noen prominent plass. Gerd Vandeskog fikk planseksjonen, men ikke i lengden noen sterk stilling i avdelingen. Hennes posisjon ble, nokså symbolsk, svekket da seksjonens viktigste oppgave, helseplanarbeidet ble overlatt til økonomiseksjonen. Hauge hadde også Hans Ånstad, som en i mange saker nær medarbeider. Ånstad var imidlertid ingen tradisjonell byråkrat og fungerte primært som prosjektmann (spesiallege), men også som leder for Forebyggingsenheten da den ble opprettet i 1988. Andre legekolleger hadde ikke Hauge, inntil Trine Normann og Olaf Aasland kom i 1988. Men også disse var, som vi har sett, prosjektmedarbeidere (rådgivere). Helsedirektøren kritiserte ansettelsen av leger i departementet – han så dem som «overprøvelsesleger» – men egentlig var legebemanningen i departementet beskjeden. Den faglig godt orienterte Hauge var på mange måter først og fremst sin egen medikrat. For ham var det viktigere å ha autoritet innad i avdelingen og departementet og oppover mot Makten, mot statsråden og mot Finansdepartementet, enn nedad. Ja, for ham var støtten ovenfra en betingelse for å få autoritet nedover. Han kunne derfor også, med en viss fryd, konstatere at for eksempel fylkeslegene heller ville ha kontakt med avdelingen enn med direktoratet; de resonnerte som ham, maktorientert. Han hadde sett hvordan Torbjørn Mork, med sin utfordrende stil, hadde henvist seg selv til avmakten, og altså blant annet svekket sin posisjon i fylkeslegekollegiet.

Helseavdelingen var, nødvendigvis, en forlengelse av deler av det gamle Helsedirektoratet. Da avdelingen ble opprettet kom der, som vi har nevnt, bare tre nye til, nemlig sjefen, Harald Hauge, han som altså siden skulle bli avdelingens nestleder, Andreas Disen og byråsjef Jan Tvedt. Statsviteren Tvedt ble knyttet til seksjon for helseplanlegging. Avdelingen ble, som vi har sett, raskt en meget departementalt selvbevisst avdeling. Det hang sammen med Harald Hauges engasjerte og engasjerende lederstil, men nok også litt med dragkampen med Helsedirektoratet. Hauge fikk med seg hele avdelingen og nær sagt hver eneste medarbeider. Han «tente» de fleste. Avdelingsånden ble slik sterk og offensiv. Men slik «tenning», slik offensivitet, lar seg vanskelig opprettholde over lang tid. Hverdagen kommer gradvis, rutinene setter seg og dragkampen om gunst og posisjoner skaper en mer prosaisk stemning. Slik gikk det også med helseavdelingen. Stemningen var forholdsvis høy de første to år, så begynte den å dale. Hauge hadde imidlertid godt tak på avdelingen ut 1980-årene og til dels enda litt lenger.

En forutsetning for at Hauge kunne lede så offensivt som han gjorde var at han hadde støtte oppover. Det hadde han hos den som hadde utnevnt ham, Leif Arne Heløe. Mot slutten av Heløes tid ble imidlertid det politiske press på statsråden stadig større. Den stramme finanspolitikken overfor særlig sykehusene (etter innføringen av rammefinansiering fra 1980) hadde skapt sykehuskøer. Statsråden ble stadig mer utfordret av opposisjonen. Frem mot valget i 1985 ble statsråden i stigende grad en brannslukker; han ble mer reagerende og stadig mindre agerende. Presset fortok seg ikke da valget førte til at regjeringen mistet sitt

stortingsflertall, og ble avhengig av Fremskrittspartiets støtte. Stresset forplantet seg nedover. Da så regjeringen Willoch falt våren 1986 og Tove Strand Gerhardsen ble ny sosialminister mistet snart Hauge den «ryggdekning» han hadde hatt oppover. Den nye statsrådens tillit til Hauge ble mindre og mindre. Det tok på Hauge. Det var ydmykende for ham at Andreas Disen, etter hvert måtte være en slags mellommann mellom ham og statsråden. Senere statsrådsskifter endret ikke på Hauges situasjon.

Økonomiseksjonen ble altså ekstra viktig for Hauge. Dermed ble også Andreas Disen, som vi har sett, ekstra viktig. Det bidro til det at Hauge og Disen gikk så godt sammen. Da Disen i 1988 ble avdelingsdirektør og den formelle nr. to i avdelingen, ble hans nære medarbeider Andreas Bjelde (f. 1949), også han sosialøkonom, ny seksjonsleder. Det bidro til økonomiseksjonens «overtak» på de andre seksjoner at den omfattet både faglig og personlig sterke folk som økonomen Tor Borgenvik (f. 1952) (byråsjef, fra 1986 spesialrådgiver) og snart også (våren 1984) statsviteren Øyvind Sæbø (fra 1986 spesialrådgiver).

Økonomen Jan Grund ble først utnevnt som sjef for planseksjonen, men kom altså ikke til å tiltre. Han ble av finansrådmann Bernt H. Lund (f. 1924) fristet over til Oslo kommune for å arbeide med bydelsreformen, men kom siden (1986) tilbake som spesialrådgiver, og som en slags uformell «politisk rådgiver» for statsråd Tove Strand Gerhardsen.[701] Etter hvert forlot han også departementet for godt. Psykiateren Gerd Vandeskog gikk, som nevnt, inn i Grunds stilling. Hun stod også i starten sterkt hos Hauge, men etter hvert ble det noe større distanse mellom Hauge og henne. Det gikk også utover seksjonen. Vandeskog startet, etter oppdrag fra Leif Arne Heløe, arbeidet med det som skulle bli Tove Strand Gerhardsens nasjonale helseplan, men ble altså etter hvert, av statsråden, fratatt ansvaret for planarbeidet.[702] Med det begynte en marginalisering av planseksjonen. Den ble ført videre da Forebyggingsenheten og Sekretariatet for modernisering og effektivisering kom i 1988. Begge var først og fremst planleggingsenheter. Tanken hadde først vært å legge FE til planleggingsavdelingen, men sjefen for den, Jan Madsen, ville ikke ha den, og så ble den altså i stedet ledelsesmessig lagt under departementsråden. SME kom meget brått, og uten at den administrative ledelse i departement og helseavdeling hadde hatt noe med saken å gjøre. Det var statsråden selv som ønsket enheten og som gjerne ville ha Trine Normann til å lede den. SMEs politikk reflekterte, som vi skal komme tilbake til, lederens, Trine Normanns, initiativ og statsrådens tilslutning til disse.[703] Da den nye forebyggings- og utredningsavdelingen kom i kjølvannet av 1992-begivenhetene, ble planseksjonens skjebne endelig beseglet. Ja, da ble for så vidt avdelingen radikalt omorganisert.

Juridisk seksjon var, under Ingeborg Webster, blitt en svært fagorientert seksjon. Hauge og Webster fikk ikke noe nært forhold. Dette, samt det at seksjonen i noen grad ble preget av en del revirstrid med juristene i direktoratet, bidro til at juridisk seksjon kom litt i skyggen av økonomiseksjonen. Seksjonen fikk imidlertid etter hvert (etter 1988) igjen en viktigere rolle, blant annet, som vi har sett, i Norbom-prosessene.

♦

[701] Grund sluttet i departementet i 1988. Han ble da professor ved Handelshøyskolen BI. (Intervju 11.2.09.)
[702] Statsråd Leif Arne Heløe hadde først ønsket en mer akademisk basert utreder til å lage den nye helseplanen, men han fant ingen og gav da Gerd Vandeskog ansvaret for den. Tove Strand Gerhardsen overlot det samordnende ansvar for planarbeidet til Andreas Disen like før jul i 1986. (Jon Ola Norbom, 24.9. 2013.)
[703] Avsnittet er dels basert på opplysninger gitt av Jon Ola Norbom 24.9. 2013.

Helseavdelingen var altså organisert etter styringsfunksjon, men slik at den økonomiske, nyttestatlige styringsfunksjon dominerte. Den juridiske var delvis tilpasset den økonomiske, men var samtidig preget av rettsstatlighetens logikk. Planfunksjonen, en oppstrømsfunksjon, spilte en tertiær rolle – tillike en rolle som gradvis ble svekket som selvstendig rolle. Som iallfall en delvis nyttestatlig orientert avdeling var den slik organisert som et kombinert regulerings- og eierorgan. Den var et reguleringsorgan for så vidt som den skulle bestemme «spillereglene» for det som skulle skje i det kliniske marked og den var et strategisk eierorgan for så vidt som den skulle gi det utøvende, kliniske og prekliniske helsevesen oppdrag. Oppdragene var for øvrig en blanding av oppdrag, bestillinger og oppfordringer. Vi kan tale om oppdrag for så vidt som de aller fleste av oppdragsmottagerne var offentlige institusjoner og for så vidt som oppdragene var konkretisert gjennom lovgivning, finansieringsordninger, budsjetter og til dels statlige planer. Vi kan tale om bestillinger og oppfordringer for så vidt som institusjonene i stor grad var (fylkes)kommunale, ideelle eller private (men altså i stor grad offentlig finansierte).

Nyttestatlig sett skulle departementets avdeling hatt umiddelbart under seg enten en egen reguleringsmyndighet og en egen pseudokonsernledelse (oppdrags/oppfordringsledelse), eller en kombinert myndighet og konsernledelse. Man kan si at det var den siste type organ direktoratsdelerne i 1983 forsøkte å skape gjennom det nye helsedirektorat. Den perioden vi behandler i dette bindet er imidlertid historien om hvordan, og hvorfor, helseavdelingen ikke klarte å gjøre den tanken om til praksis – og om hvordan og hvorfor særlig Harald Hauge, men også Torbjørn Mork, ikke lyktes med sine forsett. Den er dermed også historien om hvordan departementets administrative og politiske ledelse heller ikke lyktes i å realisere den litt utydelige 1983-intensjonen. Istedenfor nyttestatlig avpolitisering, og styringsmessig profesjonalisering av nivåene under helseavdelingen, fikk man mer politisering, og en politisering som ikke bare omfattet forholdet avdeling/direktorat, men alle linjer nedover i sunnhetssektoren.

At Forebyggingsenheten og Sekretariatet for modernisering og effektivisering kom til på siden av helseavdelingen, er et litt «tilfeldig» uttrykk for hvordan helseavdelingens rolle som integrert regulerings- og eierorgan også ble svekket ovenfra. Opprettelsen av et eget statssykehuskontor i administrasjonsavdelingen kan man se som uttrykk for det samme. De endringene som kom etter politikkens kulminering sommeren 1992, og som vi har omtalt tidligere, er først og fremst uttrykk for pragmatiske forsøk på å avpolitisere helseforvaltningssituasjonen mer enn for å forberede de kommende, mer ambisiøse, nyttestatlige reformer. De bærer imidlertid, ikke minst gjennom den begynnende oppsplittingen av helseavdelingen, og dermed den begynnende utskillelse av helsepolitikken til et eget departement, i seg kimen til disse reformene på departementalt plan. I dette reformarbeidet ble det ikke plass til Harald Hauge. Han var blitt for meget av et symbol på den historien man nå skulle legge bak seg.

7. Helsedirektoratet: den indre organisasjonsutvikling

Det postmedikratiske direktorat vokser frem

Det evangske helsedirektorat var bygget opp forholdsvis medikratisk, selv om der skjedde en viss medikratimodifisering på slutten av Evangs tid. Under Morks første periode, altså frem til høsten 1983, fortsatte denne modifiseringen. Allikevel, direktoratet var, som vi har sett, stadig i stor grad en medikratisk organisasjon. På toppen satt Helsedirektøren og medisinalråden, med den juridiske ekspedisjonssjefen som en rådgiver, ikke som en linjeleder. Videre var direktoratet organisert som 10 kontorer. Åtte av kontorene ble omtalt som fagkontorer – i praksis var de helsefagkontorer. De representerte langt på vei en slags sektorer innen helsevesenet, men sektorer som var faglig, og spesielt medisinsk, definert. Lederne for disse kontorer var leger eller andre helsefagspesialister. De ledet, eller regulerte, i praksis først og fremst kolleger (lederkolleger), uten at der, med én unntagelse, kom noen fremmede imellom. Legekontorets overlege ledet, via fylkeslegene, distriktslegene og via dem igjen, eller direkte, de private leger. Hygienekontorets overlege ledet, via fylkeslegene, distriktslegene som folkehelseleger. Kontoret for sosialmedisins overlege ledet, via fylkeslegene, distriktslegene som sosialleger (tuberkuloseomsorgen, omsorgen for funksjonshemmede, abortsaker m.m.). Statens overlege for psykiatri, som hans gamle tittel var, ledet, via fylkeslegen, det psykiatriske helsevesen, via dets overleger – inntil 1976. Sykehuskontorets overlege ledet, via fylkeslegen og den administrerende overlege ved sykehusene, sykehusene, inntil 1976.

Sykehusene var, nesten i sin helhet, blitt tatt over av fylkeskommunene i 1970 (sykehusloven av 1969), men fylkeskommunen var ennå ingen «selvstendig» politisk enhet. Det ble den etter det første direkte fylkestingsvalget i 1975, altså i praksis fra 1976. Da fikk fylkeskommunen sin egen fylkesadministrasjon, blant annet med en direktør for sykehustjenesten, etter hvert kalt en fylkeshelsesjef. Slik ble i noen grad helsefaglinjen fra direktoratet ned til sykehusene brutt. Nå skulle den gå via den politisk-administrative enhet, fylkeskommunen. Det bidro til dette bruddet i den medikratiske linje at rollen som administrerende overlege nå var iferd med å bli borte: Denne overlegen ble snart en «anemisk» sjeflege, mens den gamle, legetjenende, forvalter, etter hvert som regel økonomisjef, ble sykehusdirektør.

Tannlegekontorets overtannlege ledet og forvaltet reguleringen av det offentlige og det private, tannlegeledede tannhelsevesen. Innen en medikratisk ramme, med Helsedirektøren som øverste leder, var altså tannhelsevesenet organisert som et *odontokrati*. Apotekkontorets overapoteker ledet og forvaltet reguleringen av apotekervesenet og mange sider ved legemiddelforsyningen og legemiddelomsetningen, altså i stor grad virksomhet ledet av farmasøyter. Her var det altså stadig elementer av et legeovervåket *farmakokrati*. Sykepleiekontoret, et forholdsvis ferskt kontor, var ledet av en sykepleier (som også var jurist) – med tittelen underdirektør. Hun ledet og forvaltet reguleringen av en sykepleietjeneste som var iferd med å bli mer fristilt fra medisinen og medikratiet; man fikk innslag av det vi kunne kalle *nutrixokrati*.[704]

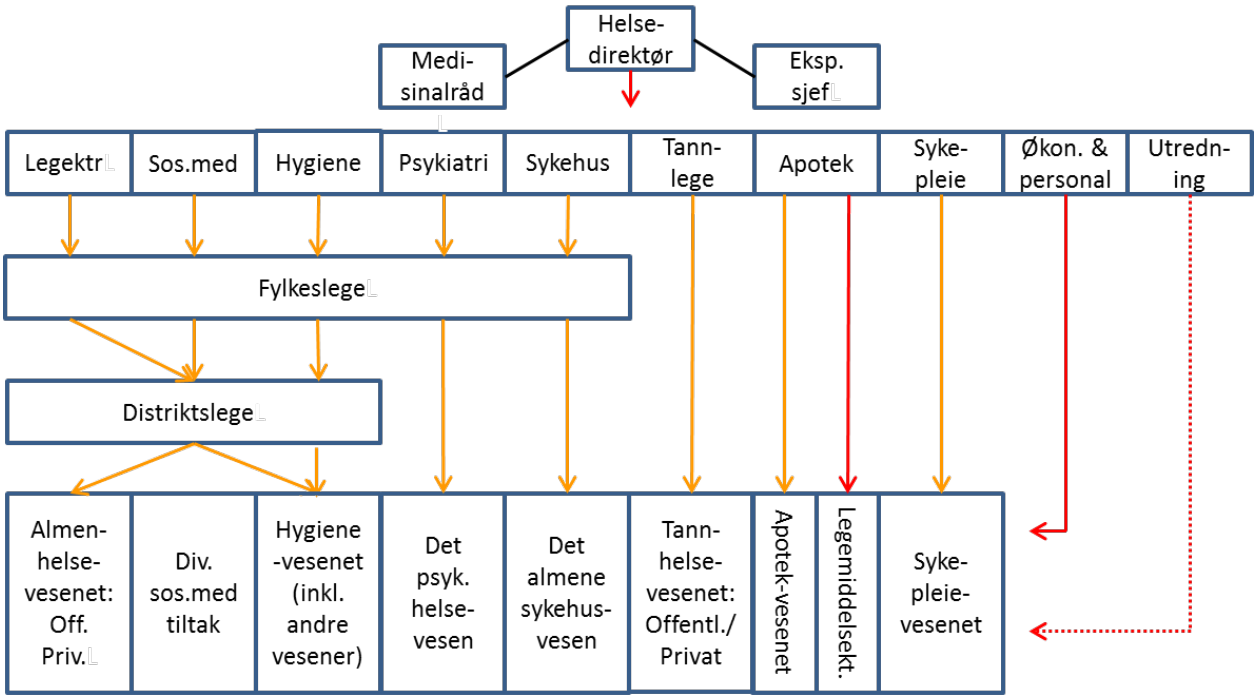
I tillegg til disse åtte helsefagkontorer, var der to styringsfaglige kontorer, Økonomi- og personalkontoret og Helsedirektoratets utredningskontor. Det første ble til allerede i 1921

[704] Fra latin *nutrix*, en nærende (sykepleier).

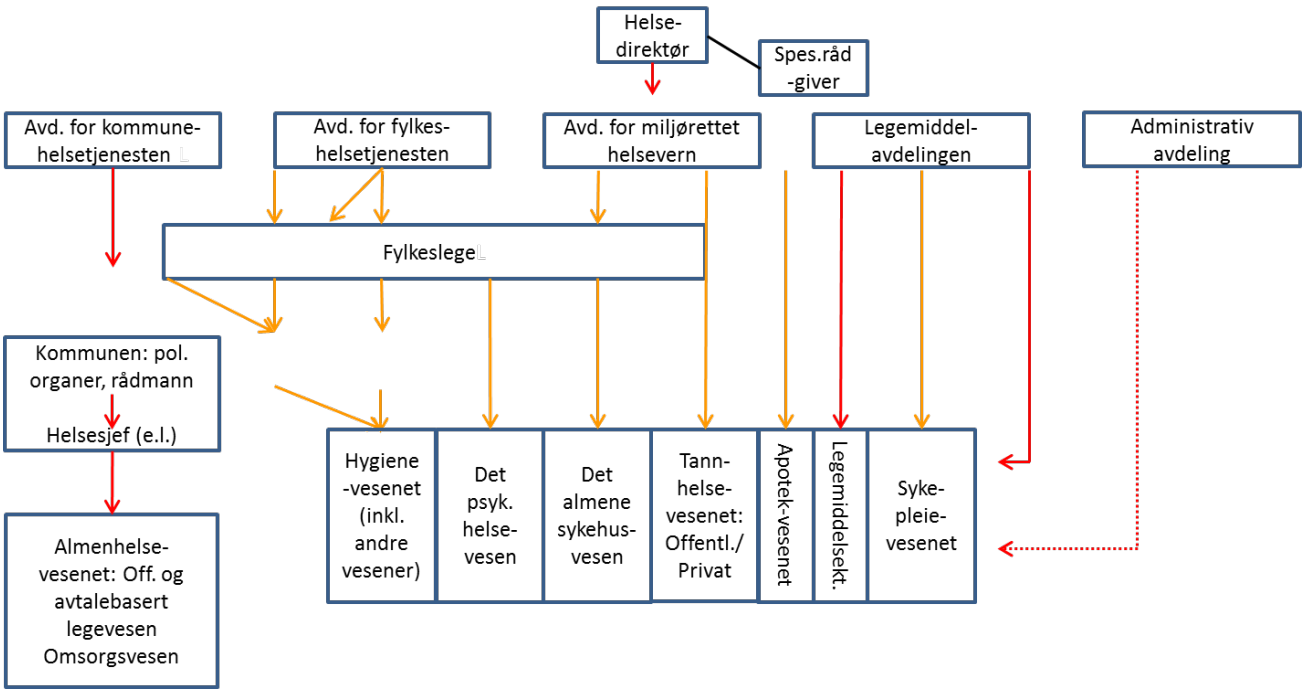
(som Budsjett- og personalkontoret), det annet i 1971 (som Utrednings- og planleggingsgruppen). Det første fungerte forholdsvis teknisk-administrativt. Det var en i hovedsak intern, nedstrømsorientert forvaltningsenhet. Utredningskontoret fikk ikke virke så lenge, og ble i stor grad en litt abstrakt fungerende tankesmie. Den viktige planleggingen foregikk fortsatt i helsefagkontorene, eller i departementet. I det første tilfelle var den under medikratisk og annen helsefaglig kontroll. Utarbeidelsen av sykehusplanen, eller egentlig den generelle helsevesensplanen («nr. 9»), vedtatt av Stortinget våren 1975, skjedde således i sykehuskontoret. I det annet tilfelle var planleggingen under politokratisk kontroll, men styringsnyttehensyn kunne også spille en rolle. Planene for omordningen av primærhelsevesenet ble utarbeidet slik, først i utvalg, så i departementet. Direktoratet og dets legekontor, altså den medikratiske struktur, var i dette tilfelle satt på sidelinjen.

Angrepene på de medikratiske og generelt helsefaglige strukturer fortsatte, og fortsetter for så vidt fortsatt. Nyordningen av spesialisthelsevesenet (sykehusvesenet inntil videre) skjedde i praksis i løpet av den siste del av 1970-årene. Nyordningen av primærhelsevesenet kom i 1984, med kommunaliseringen av det medikratiske distriktslegevesenet. Samtidig ble det odontokratiske tannhelsevesenet fylkeskommunalisert – i regi av odontologiprofessor Leif Arne Heløe og, til dels, tannlege, stortingsrepresentant og senere fylkestannlege, Johan Buttedahl. Presset økte også på de farmakokratiske strukturer; særlig på apoteksiden. De ble av mange, blant annet i departementet, sett på som for kollegialt «koselige» - noe som kunne få konsekvenser for tildelingen av apotekbevillinger. Nyordningen skulle imidlertid først komme en god del senere (fra 1995 til 2001), og bli langt mer nytteorientert enn politokratisk. Tiden var nå blitt en annen, mer politikkskeptisk. Endelig mistet høsten 1983, som vi har redegjort utførlig for, Helsedirektoratet, og Helsedirektøren, sin medikratiske «heisposisjon» – oppover, som nedover. Det siste innebar at direktoratet, fra å ha vært en intern del av helsevesenet ble en ekstern, «objektivt» regelforvaltende og like objektivt overvåkende og inspiserende del av det. Utenforplasseringen ble understreket ved at objektet for regelforvaltningen og overvåkningen, spesielt av det offentlige helsevesen, i prinsippet gjaldt vesenets eiere – og altså bare indirekte de helsetjenesteytende institusjoner og utøvere (med den farmasøytiske sektor som unntagelse).

I figurene 7.1 og 7.2 har vi skjematisk illustrert de regimemessige endringer fra det gamle (7.1), delvis medikratiske, til det nye (7.2), delvis postmedikratiske, helsedirektorat.



Figur 7.1: Det semimedikratiske helsedirektorat (inntil 1975-76) og dets forhold til det utøvende helsevesen



Figur 7.2: Det postmedikratiske helsedirektorat (1984) og dets forhold til det utøvende helsevesen

De ti kontorer ble, som vi ser, erstattet av fem brede avdelinger. Det skjedde i regi av departementet, gjennom kongelig resolusjon. Avdelingene ble, som kontorene, institusjonelt basert (i organisasjonsteorien taler man om klientprinsippet). Nå ble imidlertid institusjonene de fikk ansvar for (i de fleste tilfeller) bredere definert, nemlig som primærhelsevesen, spesialisthelsevesen (sykehusvesen), folkehelsevesen og legemiddelsektor (apotekvesen og legemiddelsektor). Som en refleks av politikkens økende betydning etter omorganiseringen,

får de to første avdelinger navn etter sine klienter: Den første blir avdeling for kommunehelsetjenesten, den annen avdeling for fylkeshelsetjenesten. De tre siste får mer helsefaglig tradisjonelle navn, avdeling for miljørettet helsevern og legemiddelavdelingen. Den siste avdelingen får imidlertid et navn som mer henviser til en av helsesektorens faglige varer, legemidler (de andre varer er utstyr/teknologi), og håndteringen av dem gjennom mange ledd. Slik reflekteres en relativisering av apoteke(r)nes (tradisjonelt dominerende) rolle. Sektoren tilpasses den industrielle, og etter hvert kommersielle, logikk.

Denne brede avdelingsorganiseringen legger premisser for den kommende, stadig sterkere, organisatoriske konsentrasjon av helsesektoren, en konsentrasjon som etter hvert både skal gi en mer nyttestatlig, konsernaktig styring og en strammere, nyttebasert, regulering av helsesektoren. Den femte avdelingen i det nye direktoratet, administrasjonsavdelingen, baserer seg, som det gamle økonomi- og personalkontoret, på den hovedsakelig indre økonomisk-administrative styringsfunksjon, men får også en del andre oppgaver, blant annet knyttet til personellsertifisering, klager og kontroll. At planleggingsenheten ikke fikk noe forlenget liv skyldes både det forhold at direktoratets rolle innen politikkutviklingen nå ble svekket og at det hadde vist seg uhensiktsmessig å løsrive planleggingen fra helsefagforvaltningen. De to klinikkrettede avdelinger fikk begge en seksjon for organisering og planlegging.

Som vi har sett, var omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen frem mot, men spesielt i, 1983 både et uttrykk for politisering av styringen og for større grad av rettsstatlig og særlig nyttestatlig styre. For direktoratet betydde dette for det første at forholdet oppover ble fjernere og mer formelt: Direktoratet mistet mye av sin strategiske (oppstrøms)rolle. For det annet betydde det at direktoratets forhold til klinikken (nedover) både ble langt mer formelt, altså lovanvendende og utvendig. Det ble, kan man si, «bind for øynene-preget» og indirekte. Det siste skyldtes, og det ble nå meget viktig, at direktoratets styring nedover gikk, ikke bare via helsefagpersonen fylkeslegen, men via kommunen og fylkeskommunen. De som f.eks. hadde arbeidet i legekontoret, eller hygienekontoret, og som var vant til hyppig telefonisk kontakt med distriktsleger, opplevet at det nå brått ble stille. De satt nå i nye avdelinger og hadde ikke lenger noen egentlige kolleger der ute. Dem de skulle ha kontakt med var ikke lenger kolleger, men byråkrater, selv om disse undertiden også var leger. På sykehussiden var den medikratiske kontakt mer gradvis forsvunnet, særlig fra 1976. På den odontologiske side kunne kontakten etter forholdsvis kort tid bli noe mer odontokratisk, for så vidt som der kom en egen tannhelseseksjon i fylkeshelsetjenesteavdelingen og fylkestannlegen fikk en viss uavhengighet i fylkeskommunen: Fylkeskommunene brydde seg lenge ikke så meget om tannhelsevesenet; de hadde nok med sykehusene (og sykehuskøene, og budsjettoverskridelsene). Også innen apotekersøylen bestod i noen grad den gamle faglinjen. Dette forhold ble forsterket av at den gamle apotekersjefen, Bjørn Jøldal (for)ble sjef for det som nå altså ble kalt legemiddelavdelingen.

Under det gamle regime hadde direktoratets linjer nedover som sagt et kollegialt, eller korporativt, preg. Også oppover var Helsedirektørens kontakt i prinsippet «kollegial», eller «privat», det vil si den var i stor grad tosidig og preget av liten grad av formalitet. Nå ble kontakten altså avkollegialisert, begge veier, men både gjort mer formell og mer almenpolitisk. Det siste skyldtes at legmannspolitikken slo sterkere inn, ofte så sterkt inn at det gikk nokså meget utover formalismen og ryddigheten i linjene. Som vi har nevnt før, utviklet det seg ikke minst kontakter mellom departementet og de ulike nivåer under direktoratet. Dette satte, som vi har vist, sterkt, ja stadig sterkere, preg på arbeidsforholdene i direktoratet.

Formaliseringen av direktoratets forhold til fagvirksomheten og dens eiere gav seg uttrykk i at den ble todelt. På den ene siden ble direktoratet et iverksettende organ. Iverksettelsen sprang ut av jus. På den annen side ble direktoratet nå stadig mer et formelt inspeksjons-, anklage- og domstolslignende organ, altså et «nytt» tilsynsorgan. Etter hvert skulle spenningen mellom disse to juspregede oppgaver skape betydelige spenninger og føre til store endringer i helseforvaltningen i 2002. Nå bidro de altså til å endre direktoratets måte å fungere på: Medisinen og helsefagene begynte å tape innflytelse og jusen å vinne innflytelse. Juristene hadde tidligere vært «holdt nede». Når vi ser bort fra det ekspedisjonssjefsembede de, mot Evangs vilje, fikk (av statsråden) i 1956, kunne de i høyden bli byråsjefer. Noen av legene, bl.a. Fredrik Mellbye (bind 1), syntes nok det skjedde i urimelig grad. Andre, bl.a. Ole B. Hovind (bind 1), mente at de juridiske byråsjefer ikke så sjelden «reddet» overlegene fra å begå juridiske bommerter. Nå kom jusen som en lavine. Det var en lavine Mork, som vi har sett, benyttet seg av, for å stagge den løpende politikk ovenfra, men enda mer ute i fylkeskommuner og kommuner. Men ved slik å støtte opp om jusen – i kampen mot departementet – bidro han, som vi har sett, til å skape det jusbaserte tilsyn som formelt kom i 1992 og 1994, men gradvis utviklet seg i årene som fulgte og som avgjørende for at de medikratiske innslag langt på vei ble drevet ut av det helsetilsyn det gamle direktorat ble til.

Jusens voksende betydning i direktoratet førte til at der kom en egen juridisk avdeling, dog ikke før i 1989. Det satt et stykke inne å slippe jusen slik til. Det innebar jo at man måtte flytte den juridiske styrings- og kontrollfunksjon ut fra den institusjonelt rettede forvaltningen, og kanskje gjøre den juridiske avdeling til en slags kontrollavdeling overfor de andre avdelingene. Det var ekstra vanskelig siden Mork og legene etter omorganiseringen høsten 1983 straks lanserte en remedikratiserende offensiv. Etter omorganiseringen begynte også juristene for alvor å opptre samlet. De møttes første tirsdag i annen hver måned. På møtet 8. mai 1984 var temaet: «Hva kan gjøres for å bedre juristenes stilling i Helsedirektoratet?»[705]

Det postmedikratiske direktorat: utviklingen 1983–1989

Avviklingen av restene av helsefagstyret i den sentrale statlige helseforvaltning var altså en del av en helt almen avmedikratisering av helsevesenet. Torbjørn Mork mislikte altså det. Som radikal medikrat, og som sosialradikaler, mislikte han særlig at det fjernet ham fra det strategiske arbeid med helsepolitikken. Den partssammensatte gruppen som i 1988 skulle se på direktoratets organisering, tenkte tilsynelatende som ham da den konstaterte at direktoratet ble «pålagt alt for mange mindre viktige, men likevel ressurskrevende funksjoner av faglig og administrativ art»,[706] samtidig som det ble holdt utenfor helsepolitisk viktige saker der medisinsk kompetanse var viktig – som arbeidet med prioriteringsutvalgets mandat, arbeidet med den kommende nasjonale helseplanen og med vurderingen av kommunehelsetjenesten og etter hvert i noen grad også WHOs Helse for alle-program.

Men, som vi skal se, ikke alle i direktoratet tenkte (folkehelse)medikratisk. Mange var endog på linje med departementet i dets bestrebelser på å avmedikratisere direktoratet. De ønsket

[705] *H.DIR intern melding*, årg. 1984, mai, nr. 1, s. 3.
[706] *Rapport fra partssammensatt gruppe som har vurdert en hel eller delvis reorganisering av Helsedirektoratet*, fremlagt 8. mars 1988, s. 13.

imidlertid «alle», som Mork, å gi direktoratet en tydeligere helsepolitisk rolle. I den sammenheng så de at de kunne bruke mye av den filosofi som preget den nye offentlige ledelse, den rettsstatlige og den nyttestatlige del av den. For disse andre, altså i hovedsak ikkelegene, kunne denne filosofi tjene en dobbelt oppgave for dem, både å føre avmedikratiseringen videre og å bygge opp igjen direktoratets strategiske rolle. Gradvis skulle Mork og den øvrige ledelse stille seg bak ikkelegene: De oppdaget at den nye ledelsen kunne brukes i kampen mot departementet og for igjen å gi direktoratet en mer radikal strategisk-politisk rolle. Mork kom slik egentlig mer og mer til å bli, om det aldri skjedde med entusiasme og en dypere overbevisning, en eksmedikrat og målstyrer, hvis bare målene var hans sosialradikale mål. Men medikratiske ideer fortsatte å spille en viss rolle, kanskje vi kan si dyprolle, hos ham. Således forble for ham ordet «faglig», iallfall langt på vei, synonymt med «medisinsk». Fra tid til annen kunne han også skrive ironisk om både det nye, ofte upersonlige, språk den nye, nyttestatlige ledelsen skapte og om den filosofi den representerte. I *H.DIR intern melding* nr. 4 1985 «morer» han seg over ordet «feilsektorisert pasient», og i nr. 6, 1985 over den måten de nye ledelsesprofeter taler om behovet for effektivisering på. Men vi kan ikke se at han drøfter den nye ledelsesfilosofien på noen systematisk, dyptloddende, måte. Evang drøftet, som vi har sett i bind 1, en tidligere variant av denne ledelseslæren, og mente den var lite relevant for helsevesenet.

Vi skal i det følgende se nærmere på detaljene i regimeutviklingen i Helsedirektoratet.

Begynnelsen: mellom gammelt og nytt

Av figur 7.3 fremgår det hvordan det nye direktoratet fra starten av ble bygget opp og hvilke ledere det hadde. Denne oppbygningen ble altså, i hovedsak, beholdt de drøye fem første år etter omorganiseringen høsten 1983.

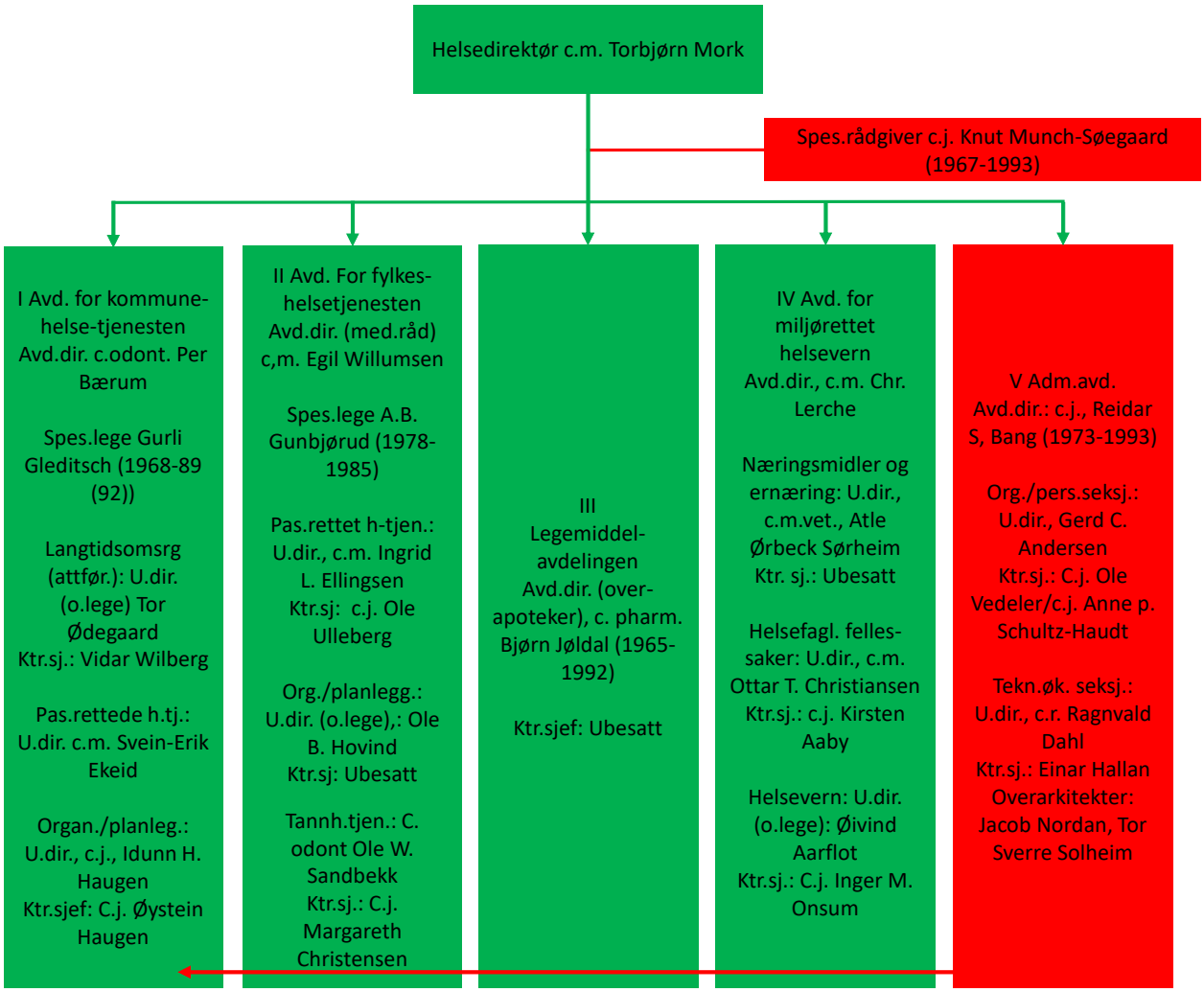


Fig. 7.3: Helsedirektoratets ledere etter omorganiseringen i 1983
Underenhetene i avd.ene er seksjoner. L.middelavd. er ikke seksjonert. Årstall i parentes: ansettelsesperiode

Selv om den nye måten å ordne direktoratet på reflekterte både politokratiske og nyttestatlige ideer, reflekterte den også i noen grad gamle fagstyreideer. Apotekkontoret ble til legemiddelavdeling. Videre ble legekontoret til seksjon for pasientrettede helsetjenester, kontoret for sosialmedisin til seksjon for langtidsomsorg og attføring, sykehuskontoret til fylkeshelsetjenesteavdelingens to første seksjoner, hygienekontoret til avdeling for miljørettet helsevern og tannlegekontoret til seksjon for tannhelsetjenesten. I tillegg levde jo det administrative kontoret videre som administrasjonsavdeling. Fra 1985 ble alle sykepleiere i direktoratet samlet i den sykepleieledede seksjon for organisering og planlegging av helsetjenester; slik fortsatte også i noen grad det gamle sykepleiekontoret (og med samme leder). De gamle legedeledede kontorene fortsatte som legeledede avdelinger eller seksjoner; Tannlegekontoret fortsatte som tannlegeledet seksjon, men i en legeledet avdeling. Mindre fagtradisjonelt var det at den gamle overtannlegen, Per Bærum, ble sjef for kommunehelsetjenesteavdelingen. Alle de gamle sjefer fikk beholde sine tidligere fagtitler (som medisinalråd, overlege, overtannlege og overapoteker), selv om rolletitlene var endret og skulle gjelde for nye ledere.

Gitt disse historiens skygger er det ikke så underlig at avdelingene, og til dels også seksjonene, som deres kontorforløpere, kom til å fungere nokså innadvendt og hierarkisk. De konsentrerte seg om «sitt og sine», altså om saksbehandlingen overfor den del av helsevesenet de hadde et visst forvaltnings- og tilsynsansvar for. De samarbeidet lite til siden i direktoratet. Der ble av noen talt om at en «båsmentalitet» hadde utviklet seg, eller var blitt ført videre. Mork hadde den 21. desember 1983 sendt et kort notat til alle avdelinger der han oppfordret til «Gjensidig bistand avdelingene imellom». I det arbeid med organisasjonsutvikling som for så vidt startet da direktoratet var reetablert,[707] ble samarbeidet på tvers et tilbakevendende tema. Blant annet fikk det, som vi snart skal se, en spesiell rolle i den debatt som oppstod om spesiallegenes stilling.

Det nye direktorat kom altså til å speile det gamle i større grad enn organisasjonskartet kan gi inntrykk av. I noen grad kom de personalorganisatoriske endringer som skjedde i 1985, og som skjedde som en følge av Heiberg-gruppens forslag høsten 1984 om å styrke direktoratet personalmessig, til å gjøre denne speiling tydeligere. Forslagene hadde nemlig en medikratirestaurerende, og til dels helsefagrestaurerende, hensikt. De gikk blant annet ut på at embedet som medisinalråd skulle gjenopprettes – og besettes med en som skal være «lege eller har annen relevant helsefaglig utdanning»[708] – at der skulle opprettes fem stillinger som spesiallege[709] og at de helsefagutdannede underdirektørene skulle kalles fagsjefer. Gruppen foreslo også ytterligere noen nye stillinger (én kontorsjef- og to konsulentstillinger), samt at lederstillingene og spesiallegestillingene skulle oppjusteres lønnsmessig. Spesiallegene, som i praksis var saksbehandlere, skulle lønnes i lønnstrinn 31, ett trinn under fagsjefene, men ett trinn over (de gjenværende) underdirektørene og ca. 10 trinn over konsulentene (18–22). Regjeringen fulgte opp gruppens forslag gjennom sin salderingsproposisjon. Forslagene ble vedtatt av Stortinget, uten endringer.

Opprettelsen av de nye stillingene og omgjøringen av noen av underdirektørstillingene til fagsjefstillinger skapte ingen diskusjon i direktoratet. Den organisatoriske plassering av spesiallegene skapte imidlertid en del dragkamp. De to første spesialleger (fra 1983) ble plassert i en litt uformell stabsposisjon til avdelingsdirektøren. Direktoratets ledelse så gjerne at den ordningen fortsatte, og ble tydeligere formalisert – slik at spesiallegene ble en fellesressurs for avdelingene og til dels for hele direktoratet. Det reagerte de andre gruppene på. Norsk Tjenestemannslags talsmann, Finn Aasheim, skrev at forslaget ville gi legene «en ytterligere særstatus i forhold til andre saksbehandlere med spesiell kompetanse».[710] Han og hans organisasjon ville, i likhet med de andre «misfornøyde» og deres yrkesorganisasjoner at spesiallegene, som andre saksbehandlere, skulle plasseres i seksjonene – og heller ikke ha noen fortrinnsrett til å «fungere» som avdelingsdirektører eller fagsjefer. Norges Juristforbunds lokale lag sa at det å plassere spesiallegene i stab ville «innebære at spesiallegene automatisk får en høyere status enn saksbehandlere med annen bakgrunn». Legene var delt i spørsmålet om spesiallegenes plassering. De som var skeptiske til stabsplassering mente en slik ville kunne plassere legene litt på utsiden av den vanlige, og altså nokså «båspregede», saksbehandling. Spørsmålet ble drøftet i møte mellom ledelsen (Mork og Alvik) og organisasjonene den 30. oktober 1985. Resultatet ble et vagt kompromiss: «Spesiallegenes kompetanse må komme hele avdelingen, og direktoratet, til gode. Samtidig legges det opp til en viss seksjonstilknytning». Det heter også at «Spesiallegene skal ligge

[707] Det ble etablert en koordineringsgruppe for organisasjonsutvikling.
[708] Brev fra Sos.dep. til Helsedir. 7.3. 1985, sak nr. 2817/85; Helsedir., sak nr. 4669/85.
[709] Samtidig skulle fire saksbehandlerstillinger inndraes.
[710] Brev av 13.6. 1985.

utenfor en klar plassering i linjen, og skal herunder ikke fungere ved ledighet i de ulike avdelinger». Som organisasjonsoppstillingen etterpå ble, var det klart at organisasjonene i stor grad fikk det som de ønsket. De nye spesiallegene ble alle plassert i seksjonene, mens den ene (gjenværende) av de opprinnelige spesialleger ble værende i stabsposisjon. Her ble de imidlertid, med én unntagelse,[711] plassert rett etter fagsjefen og altså foran kontorsjefen (som de øvrige saksbehandlere ble plassert etter). De forble forsåvidt litt mer enn bare saksbehandlere.

De nye legestillingene, medisinalrådsembedet (fra mai 1985) medregnet, kan altså sees på som et lite uttrykk for remedikratisering. Samtidig førte denne remedikratiseringen til en mobilisering av de andre gruppene som ville vært nærmest utenkelig i Morks første periode, og utenkelig i Evangs tid. Vi har nevnt at sykepleierne fikk en liten revansje nå, men Mai Dalen (f. 1945) måtte nøye seg med å bli underdirektør; hun ble ikke fagsjef (som legene, tannlegen og veterinærmedisineren). Fra sykepleiernes forbunds side (Aud Blankholm) kom det også et, nokså urealistisk, forslag om å opprette en sjefsykepleierstilling i direktoratet, knyttet stabsmessig til Helsedirektøren. Viktigere var den passus ikkelegene fikk inn i protokollen etter møtet (29.11. 1984) om «Heiberg-pakken». Det het her at det ved «ledighet i spesiallegestillinger kan vurderes om slike stillingshjemler skal brukes til andre yrkesgrupper enn leger».

Det vi ser her er hvordan yrkesgruppene både tilpasser seg og utnytter den nye styringsprofesjonalisering. Legene er iferd med å gi opp sin «utvidede» forståelse av legerollen, altså en rolle som både er faglig-teknisk og styrende (ledende). Legene blir mer fagspesialister i nyttestatlig forstand. De begynner å slippe den utvidede autoritet fagkunnskapen og standsetikken tidligere hadde gitt dem. De andre, både akademikere og høyskolekandidater, begynte å dytte på for å bli stillingsmessig anerkjent som fagspesialister. De, men særlig de første, argumenterte nyttestatlig. De argumenterte imidlertid ikke samlet. De hadde også i sin midte altfor få økonomer – i 1985–86 var de bare tre, og alle på saksbehandlernivå – til at de for alvor kunne utnytte den viktigste del av styringsprofesjonaliseringen, nyttestatliggjøringen. Men nyttestatligheten skulle allikevel snart slå inn også i direktoratet. Det skjedde gjennom politiske vedtak og signaler; nå (fra 1987) skulle jo «Den nye staten» bygges. Direktoratsledelsen slapp den imidlertid ikke bare lydig inn; den slapp den også ivrig inn. Mork og Alvik slapp den inn i form av private (Asplan Analyse AS) og offentlige (Statskonsult) konsulenter. Det skjedde ikke etter krav, ei heller etter ønske, fra direktoratets overordnede organ, departmentet. Det skjedde etter ønske både fra ledelse og ansatte.

Den største «andre» gruppen, juristene, som under hele Evangs periode, og delvis under Morks første periode, var blitt «holdt nede», kom nå, som vi allerede har antydet, for alvor på offensiven. De utnyttet den nye situasjonen. Nyttestatligheten var jo akkompagnert av rettstatligheten. Det vil si, nyttestatligheten trengte rettsstatligheten – men først og fremst i en post-idealistisk, instrumentell tapning. Den nyttestatlige styring måtte i stor grad konkretiseres gjennom jus – en jus som altså var midler til å realisere (nytte)mål, mer enn en jus som reflekterte verdier (normative prinsipper). Den siste (og gamle) form for jus skulle nok også få en viss plass igjen, gjennom rettighetslovgivning, men da er vi inne i den post-morkske tid. Nå kunne juristene komme på offensiven fordi legenes kombinert normative og praktiske skjønnsutøvelse i økende grad ble gjort til jus. Et typisk uttrykk for det er tilsynsloven, den

[711] Spesiallegen i seksjon for helsefaglige fellessaker i avdeling for miljørettet helsevern.

loven som på mange måter *markerte* overgangen fra medikratisk til rettsstatlig (og nyttestatlig) styring, og som, som vi har sett, Mork brukte i sin kamp for å bevare rester av medikratiet. Som vi også har sett, bidro den imidlertid først og fremst til å undergrave det – altså til å gjøre direktoratet om fra et institusjonelt direktorat til et inspektorat og kontrollorgan, et helsetilsyn.

Juristene hadde oppnådd noe, om ikke så mye, gjennom nyordningen av direktoratet. De beholdt Munch-Søegaard på toppen – nå som spesialrådgiver (men han kunne fortsatt kalle seg ekspedisjonssjef) – og Bang som avdelingsdirektør. To av Bangs kontorsjefer ble underdirektører. Men juristene ville ha mer. De ville samle alle, eller de fleste, jurister i en egen, mer faglig preget, juridisk avdeling. Administrasjonsavdelingen var jo langt mer enn en juridisk avdeling. Ja, selv om den nå hadde fått en del av tilsynsområdet, ble den jo også viktigere som strategisk nyttestatlig (økonomisk) avdeling. Som vi snart skal se, juristene – og mer som ekte enn som ledet kollektiv – vant frem.

Juristene vant imidlertid frem, som vi har antydet, på en ny, mer nyttestatlig måte. De vant frem som fagspesialister, mer enn som de gamle, generelle forvaltere, altså i hovedsak behandlere av enkeltsaker. I den nye nyttestatlighet, som nå ble fremmet både av Høyre (kalt modernisering) og Arbeiderpartiet (kalt fornyelse), skulle den gamle rettsstatlighet – med det weberske byråkrati – gradvis erstattes av et mer offensivt, endringsorientert styringsapparat. Også juristene skulle slik fungere mer på oppstrømssiden, som planleggere og politikkutviklere, det vil si, som lov- og lovstyringsutviklere. *Direktoratets* jurister skulle imidlertid ikke i særlig grad få fungere slik; den oppgaven gikk til deres kolleger, og til tider rivaler, i helseavdelingen. I direktoratet forble juristene mest nedstrømsfungerende. De måtte fortsette å fungere tradisjonelt byråkratisk. Ja, forbrukerrevolusjonen, og den økning i klage- og erstatningssaker den førte til, gjorde at juristenes «tradisjonelle» oppgaver økte betydelig i omfang. Men i økende grad fikk også juristene i direktoratet nye, mer «moderne» oppgaver knyttet til lovtolkning generelt og, ikke minst, til *det* nye, jusbaserte tilsyn. Også juristene begynte derfor nå mer og mer å kalle seg spesialister, og å be om å få en egen, spesialisert rettsavdeling. De ville, minst, ha et «horisontalt» forhold til sine gamle mestre, legene og til dels de andre helseakademikere.

Men juristene var altså ikke alene. Også de andre faggrupperepresentantene begynte i stigende grad å kalle seg spesialister, og å be om å bli synliggjort som sådanne. Helsefagfolkene, og mer som sådanne enn som leger, farmasøyter etc., ble i noen grad fagsjefer og i noen grad spesialleger. Særlig den første, men egentlig også den annen, tittel, var titler som representerte en distansering fra de gamle, klinisk lydende fagstyretitler. Legene, farmasøytene, tannlegene, psykologene, sykepleierne og veterinærene kom, og plasserte seg nesten, slik på linje med fagspesialistene man kjente fra de tekniske sektorer, og som man hadde noen få av i direktoratet, nemlig arkitektene. Men som spesialister ble de i stor grad dyttet «nedover», både på oppstrøms- og nedstrømssiden. På oppstrømssiden skulle de i større grad spille en rolle som samfunnsmedisinske diagnostikere – de skulle følge helsetilstandens utvikling. Som overvåkere av utviklingen av fagtilbudene, altså intervensjonene, skulle de følge med i litteraturen og den norske medisinske praksis, også med et kritisk-vurderende blikk. Med disse utgangspunkter skulle de gi politiske premisser oppover, men altså aldri selv nå opp til politikken, altså det strategiske nivå. Mellom dem og politikken hadde jo helseavdelingen etablert seg. På nedstrømssiden skulle de bidra med fagpremisser i forvaltningen av tradisjonell lovgivning, og i de ulike tilsynsoppgaver. Slik ble de altså i økende grad rådgivere, oppover for departementet, nedover for juristene. Medikratiet og de andre

helsefagstyrene skulle nå i stigende grad underordnes «utilitokratiet» og «nomokratiet».[712] Juristene er styringsspesialister, som samfunnsøkonomene, og kommer nå offensivt tilbake, men altså på en annen måte enn tidligere. Som styringsspesialister *bruker* juristene, og økonomene, de andre tekniske spesialister. Under medikratiet var det i stor grad motsatt. Selv om der fortsatte å sitte leger i de viktigste lederstillinger i direktoratet, ledet, eller administrerte, de den begynnende overgangen fra medikrati til «utilotokrati» og «nomokrati». Bestrebelsene på å bryte ned seksjonsgrensene, og til dels avdelingsgrensene, som kom i gang fra første stund etter delingen i 1983, kan sees på som en del av denne utviklingen – altså av den kombinerte avbyråkratiseringen og avmedikratiseringen. Vi skal komme tilbake til den.

Mot en ny tid: den nye ledelsesfilosofi som dynamikkskaper

«Det har vært en klar forutsetning for omorganiseringen at det må skje et organisasjonsutviklingsarbeid også etter at den formelle nyordningen trådte i kraft», heter det i Heiberg II-rapporten (av 27.11.84) (s. 20). Et slikt arbeid startet også straks (etter delingen), men det tok tid – mer enn fem år – før det førte til mer grunnleggende endringer. Direktoratet trengte tid til å finne seg selv igjen, eller gjenoppfinne seg, på iallfall delvis sine egne premisser. Det trengte det i flere henseender. Det trengte å finne, eller like gjerne, gjenfinne, sitt *raison d'être*, og å bestemme hva det innebar, spesielt organisatorisk, men også ledelsesmessig. Det første, formålsspørsmålet, var nært knyttet til striden med departementet. I denne striden ble det imidlertid først og fremst håndtert på en tradisjonell, ressortaktig måte, som et spørsmål om å bestemme hvem som skulle ha det formelle ansvar for hva (kfr. arbeidsgrupperapporten i 1987). Det ble ikke håndtert på en målrettet måte. Innad i direktoratet ble så etter hvert spørsmålet om direktoratets formål mer sentralt. Det var ikke minst en følge av det nye målstyringsregimet. Som det het i *Rapport fra partssammensatte gruppe som har vurdert en hel eller delvis reorganisering av Helsedirektoratet*, fremlagt den 8. mars 1988 (s. 13):[713]

> *Helsedirektoratet er en del av sentralforvaltningen og eksisterer i kraft av å ha en samfunnsfunksjon… På tross av dette må vi dessverre konstatere at det ikke foreligger noen klar og bevisst policy blant overordnede myndigheter om hva de skal bruke Helsedirektoratet til.*

I rapporten heter det videre at direktoratet «må ha en struktur tilpasset de samlede oppgaver vi er satt til å ivareta». Den nyttestatlige idé om målstyring passet altså svært godt. Det var det direktoratet, eller mange av dets medarbeidere nå, etter fem år, for alvor oppdaget, og begynte å utnytte – utnytte i dragkampen med departementet. Gjennom å lage et prinsipprogram, definere direktoratets mål, begynne å utarbeide virksomhetsplaner og, på dette grunnlag, å omordne organisasjonen, kunne direktoratet kanskje komme mer på offensiven i dragkampen. Departementet kunne jo vanskelig si nei til en organisasjonsutvikling som baserte seg på statens nye, overordnede styringsfilosofi. Men samtidig kom slik direktoratet for alvor til å gi opp tanken om å restaurere noe av medikratiet og de øvrige innslag av helsefagstyre. Helsefagfolkene ble altså med denne satsingen på den nye offentlige ledelse gjort mer til

[712] Vi kaller et lov- eller rettsstyre (også) et nomokrati, etter det greske ord for lov, *nómos.*
[713] Gruppen bestod av Anne Alvik og Per Bærum fra direksjonen og fire representanter for de ansatte fagorganisasjoner: Erik Fjell, NTL, Ole Willy Sandbekk, AF, Hanna Bild, NSF, NOSO og SL. Rapporten er på 26 sider pluss to korte vedlegg.

tekniske eksperter à la ekspertene i de andre direktorater, for så vidt *noe* av det som hadde begrunnet delingen i 1983. Som vi har påpekt hadde den nye ledelse satt færre spor etter seg i departementet. Her var det de politokratiske hensyn som hadde prioritet. Departementet lot derfor direktoratet langt på vei styre med sitt. Da direktoratet la frem sine målstyringsdokumenter, og så sine virksomhetsplaner, og da det la frem sine forslag til omorganisering, hadde departementet få viktige innvendinger, eller meninger. Det hadde dog noen, som vi skal se. Det passet på sin rolle som overordnet organ. Slik sett var imidlertid departementet forholdsvis lite etatsstyringsbevisst, for å bruke et ord som siden skulle bli så sentralt i det (nye) nyttestatlige regime.

Vi skal nå se nærmere på ledelses- og organisasjonsutviklingen i Helsedirektoratet i annen halvdel av 1980-årene. Vi skal starte med ledelsesorganiseringen, fortsette med ledelsesutviklingen, så se på organisasjonsutviklingen og avslutte med å redegjøre for utviklingen av virksomhetsplanleggingen. Det er den siste som først og fremst er uttrykk for den nye målstyringen. Vi kunne således ha startet med den, men vi skal i stedet bruke den til å summere opp den utvikling direktoratet gjennomgikk i denne perioden: Den styrte ikke helt ut den generelle organisasjonsutvikling i det morkske direktorat. Virksomhetsplanlegging er en oppgave, og kunne vært behandlet senere, i oppgavedelen. Vi har funnet det mest hensiktsmessig å behandle den her, siden den i beskjeden grad ble en del av den helsepolitiske planlegging.

Ledelsesorganiseringen

Som vi har vist i bind 1 ble ledelsen av direktoratet gradvis kollektivisert og integrert. Utviklingen startet under Evang i midten av 1960-årene og fortsatte i Morks første periode. Under Morks første periode ble de orienteringsmøter Evang hadde hatt mot slutten av sin tid til en slags ledermøter (fredagsmøter). Etter delingen ble ledermøtene til mer reelle, «moderne» møter, kalt *direksjonsmøter*.

Den 4. januar 1984 utstedte helsedirektør Torbjørn Mork et sett av «Retningslinjer for organisering av ledelsen i Helsedirektoratet». Her het det i punkt 1 at «Helsedirektoratet ledes av helsedirektøren. Beslutninger treffes av helsedirektøren eller de/den han har delegert fullmakt til». I punkt 2 heter det: «I Helsedirektoratets nye organisasjon er det etablert en direksjon bestående av helsedirektøren, spesialrådgiver og 5 avdelingsdirektører». Fra mai 1985 kom også den nye medisinalråden med. Mork valgte altså det utpreget hierarkiske ordet «direksjon», ikke det «mykere» ledelse. For så vidt passet det, siden han innledningsvis hadde understreket at han var den øverste og enslige beslutter i direktoratet. Direksjonen (forøvrig) var altså egentlig et rådgivende organ. Direksjonens øvrige medlemmer skulle drøfte sakene med Helsedirektøren, men han skulle så, «alene», fatte beslutningene. Han kunne, som vi har sett, delegere beslutningsmyndighet, og trekke slik tilbake. Selv om han skriver «de/den» var det åpenbart at all beslutningsmydighet i direktoratet var énpersonlig. Også avdelingene fikk nå ledermøter, og også der var avdelingsdirektørene enebesluttere.

Men i litt større grad enn under Morks første periode ble nå ledelsen kollektivisert. Det het i siste del av punkt 2: «Ut fra samarbeidshensyn og informasjonsbehov, vil flest mulig av de sentrale beslutninger fattes av helsedirektøren i direksjonsmøtet». Denne bestemmelsen gjorde at han fortalte de andre i ledelsen at han ikke skulle sitte og bestemme for seg selv, på mer eller mindre skjønnsmessig og intuitivt grunnlag, men gjøre beslutningsprosessen

offentlig og eksplisitt. Slik ville det bli vanskelig for ham å fatte beslutninger de andre i direksjonen hadde kommet med gode argumenter imot mens han selv kanskje manglet gode argumenter for det som var hans egne preferanser. Ble han for egenrådig ville han under et slikt regime undergrave sin reelle autoritet. At han bandt seg til å fatte de viktige beslutninger i direksjonsmøtet gjorde også at han fraskrev seg makten til å fatte beslutninger «på egen hånd», altså utenom møtene. Han gjerdet slik inn, og formaliserte, sin myndighetsutøvelse. Samtidig ble det straks klart for alle hva de formelle beslutninger var; de ble jo, gjennom møtereferatene, løpende gjort kjent i direktoratet og fylkeslegeetaten.

Det hører med til bildet av en ny, mer profesjonell, formalisert ledelse at det i retningslinjene også het at direksjonsmøter skulle forberedes skriftlig, at de skulle ha en fast møtestruktur, at der skulle taes (beslutnings)referat og at møtene skulle finne sted på en fast dag og et fast tidspunkt, onsdager fra 0830 til 1030. Sakspapirer skulle foreligge senest mandagen før et møte.

Denne formaliseringen og ekspliseringen av ledelsesoppgaven ble gjerne, med en normativ undertone, omtalt som en profesjonalisering av den. Det var en måte å lede på som nå «lå i tiden», som en del av den nye offentlige, målorienterte ledelsen, men også som en del av en bredere ledelsesinteresse. Den representerte, i direktoratet, en overgang fra det som ofte ble kalt en faglig ledelse, der det å finne særlig de medisinsk gode svar var utgangspunktet for ledelsen og hvor det som kom i tillegg, den «renere» ledelse, var basert på erfaringsbasert skjønn, og personlig psykologi, til en mer profesjonalisert og integrert ledelse. Dette innebar at den gamle skjønnsbaserte ledelsen fikk en helt annen oppmerksomhet og det helsefaglige fikk en mer teknisk status. Under den nye, mer profesjonelle, ledelse skulle beslutningsprosessene gjøres så eksplisitte og offentlige som mulig. Denne endringen i ledelsesform hadde en parallell i den endring som nå var iferd med å komme i medisinen, en endring der skjønnet og kunsten drives ut til fordel for dokumentert, eksplisert faglighet. Som moderne innstilt fagmann kunne ikke Mork gå imot denne ledelsesprofesjonalisering, men han mer godtok enn skapte den. Ja, som vi skal komme tilbake til, godtok han den ikke helt i den grad han kanskje trodde han gjorde.

Retningslinjene til tross, fortiden fortsatte å gjøre seg gjeldende. Mork tok aldri virkelig inn over seg den nye, profesjonaliserte og målstyringsorienterte ledelse. Det samme var tilfellet med de eldre lederne han hadde rundt seg enda en del år, ja, i noen tilfeller nesten resten av hans tid. Det gjaldt, så lenge han satt, medisinalråd Willumsen (til våren 1985), avdelingsdirektørene Bærum, Jøldal, Lerche – og til dels hans etterfølger Wiik – en kort tid Erlandsen og Bang, og i noen grad en del av de tidligere overleger, særlig Øivind Aarflot (1923–1989). Dette gjaldt i stor grad også ekspedisjonssjef Munch-Søegaard. Helsefaglederne var vant til, og foretrakk stadig en ledelse basert på faglig frihet, kollegialitet og enighet. Det første innebar at de bestemte selv, der de var de mest kompetente til å gjøre det, det annet at de klarerte saken med Helsedirektøren, på tomannshånd og det siste at de toneangivende fagledere snakket seg frem til enighet. Dette var for dem faglig ledelse, en ledelse juristene Munch-Søegaard og Bang var blitt vant til og på mange måter en del av. Det var en ledelse som var en videreføring av Evangs ledelse, men en videreføring i moderat kollektiviserende retning.

De eldre lederne førte tradisjonen videre på litt ulik vis. Den mest frihetlige var Jøldal. Han ledet sin avdeling nokså selvstendig, og trengte han klarering ovenfra gikk han direkte til Mork. Mork hadde ingen problemer med det. Han var interessert i legemiddelspørsmål og han trivdes godt med Jøldal. Legemiddelavdelingen var nesten en avdeling for seg i direktoratet.

Som vi skal se ble den heller ikke nevneverdig berørt av den omorganiseringen som kom fra 1989. Også Bang kunne undertiden ta opp ting direkte med Mork, gjerne etter innspill fra sine medarbeidere, først særlig fra Runar Carlsen (f. 1950, c.j.), fra 1988 av også fra Helge Høifødt. Det var ikke så underlig, og henger sammen med ledelsesprofesjonaliseringen: Den gjorde administrasjonsavdelingen til mer av en stabsavdeling for ledelsen, altså til en mer internt styrende avdeling. Carlsen og Høifødt, men også andre i denne avdelingen, som Gerd Coward Andersen (c.j., f. 1920) og Bjørg Månum Andersson (f. 1945), var inspirert av tankene om ledelsesprofesjonalisering. Det var en inspirasjon som skulle bli skjerpet ettersom omorganiserings- og virksomhetsplanarbeidet begynte å gjennomsyre direktoratet. De andre helsefagavdelingene (før 1989) hadde oppgaver som krevde mer kollektiv oppmerksomhet, men Mork styrte sjelden på tvers av avdelingsdirektørenes ønsker. Han ville helst at direksjonsmedlemmene skulle snakke seg frem til enighet. Han likte at det ble nikket rundt bordet. Han ville ikke tvinge igjennom sin vilje, i mange saker også fordi han knapt hadde en tydelig vilje.

Men ledelsesprofesjonaliseringen, og for så vidt også den dypere kollektivisering som nå ledsaget den, gav ham utfordringer, ja, voksende sådanne. Noen av avdelingsdirektørene, den første var Jørgen Jonsbu, som kom i 1987,[714] begynte å kreve en tydeligere, mer forpliktende ledelse av ham. Jonsbu ble selv en tydelig og fornyende leder innad i sin egen avdeling, først avdeling for fylkeshelsetjenesten så (1989) helsetjenesteavdelingen. Han tok med seg mange saker til direksjonen og ville ha alle til å engasjere seg i alt. Slik eksponerte han også Morks forsiktige og ofte utydelig ledelse som litt gammeldags. Han gjorde for så vidt også det med de andres rolle både som avdelingsledere og som medlemmer av direksjonen. Det er ikke tilfeldig at han forlot direktoratet i 1991, og gikk til klinikken.[715] Men omtrent samtidig med at Jonsbu gikk, gjorde også noen av de eldre det, Bærum, Jøldal og Bang. Bærum hadde gått av som avdelingsdirektør ved omorganiseringen i 1989 og gikk til sentralledelsen, før han gikk av for aldersgrensen. Viktigere var avdelingsdirektørene Jøldal og Bangs avgang, fordi de ble etterfulgt av to «ledelsesmoderne» og ambisiøse yngre fagpersoner, Anne Marie Horn, farmasøyt, og Hilde Sundrehagen (f. 1954), jurist. Begge tok den nye ledelseslæren alvorlig og var langt mer enn tradisjonelle fagledere.

Horn sørget for at apotek- og legemiddelpolitikken og ledelsen knyttet til den, ble sett i sammenheng med annen helsepolitikk, helseøkonomi og helseledelse. Hun mente noe om «annen» politikk og ville ha sine direksjonskolleger til å mene noe om «hennes» politikk. Sundrehagen førte den politikk som hadde startet under Bang, men som var inspirert av noen av hans medarbeidere, videre: Hun gjorde administrasjonsavdelingen til en enda mer tydelig styrings- og ledelsesavdeling, og det på langt mer enn juridiske premisser. Således sørget hun, og Helge Høifødt, for å legge om styringen av fylkeslegeetaten i mer resultatorientert retning. Styringen i detalj ble avviklet og erstattet av målbasert delegasjon av myndighet. Denne styringen hadde nok noe «styrende» over seg, men den var også, i tråd med den humanistiske ledelsesteorien, mobiliserende. Også lederen for helserettsavdelingen, den kom med omorganiseringen i 1989, Kari Sønderland, representerte i stor grad den nye ledelsen.

[714] Han kom i 1986 som fagsjef (vikar).
[715] Han ble overlege ved medisinsk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus.

Smilene var ekte: Torbjørn Mork og Anne Alvik var kommet hverandre nær og samarbeidet godt. Den siste betegnet av og til ham som direktoratets utenriksminister og seg selv som dets innenriksminister. Hun var også virkelig «innenriksminister» for ham. Personalledelsen var det stort sett hun som stod for. Genert som han var, var han forsiktig med å si hva hun betydde for ham, men han var svært klar over det og hun så at han var det. Bildet er fra 1990 eller 1991. (Foto: NTB premium)

Etableringen av «den nye direksjonen» etter delingen innvarslet overgangen til en ny ledelse også i Helsedirektoratet. Overgangen fikk en dytt fremover da Anne Alvik ble medisinalråd våren 1985 og da de overordnede myndigheter erklærte at staten skulle gå over til målstyring og ledelsesprofesjonalisering. Etter hvert som de eldre ledere gikk av ble dyttene flere og tydeligere. Men de kom ikke bare ovenfra og innenfra (fra avdelingsdirektørene), de kom også nedenfra. Den organisasjonsutvikling, og etter hvert også virksomhetsplanlegging, som ble satt i gang, kom, som vi skal se, med stor tilskyndelse fra de ansatte og deres organisasjoner. De to viktige indre reformer som ble gjennomført i Morks andre periode, omorganiseringen og innføringen av virksomhetsplanlegging, skjedde i stor grad gjennom partssammensatte grupper, og med omfattende bruk av almen såkalt høring.

Ledelsesprofesjonaliseringen i direktoratet kom slik til å få et tydelig forhandlingspreg. Også dette bidro til å utdype kollektiviseringen av direktoratledelsen: Den kom i noen, men økende, grad til å omfatte hele staben. Slik var det direktorat Mork døde fra høsten 1992 et annerledes ledet direktorat enn det han begynte med etter delingen i 1983, og det var det vel så meget på grunn av krav ovenfra og et voksende trykk nedenfra som av tanker og drømmer han hadde, både i 1972 og i 1983. Men endringen i hovedretning, skiftet fra fagdirektorat til tilsynsorgan, den ble hverken skapt ovenfra eller nedenfra. Den kom, som vi har sett, intensjonsløst, som en følge av dragkampen med departementet, selv om jo loven av 1984 hadde lagt noen premisser for hva utfallet kunne bli.

Den spesielle form for kollektivisering, som både reflekterte det gamle fagstyre og den nye, forhandlingsledelse, viser seg blant annet i referatene fra direksjonsmøtene. Allerede fra starten av står det i referater fra direksjonsmøtene at «Direksjonen sluttet seg til dette..» (møte 28.3.84). Det kan også hete: «Forslaget ble vedtatt av direksjonen» (6.4.88) eller «Direksjonen aksepterte..» (28.9.88) eller «Direksjonen besluttet» (16.11.88), eller bare at noe ble «vedtatt», eller «klubbet» (2.6.88). Direksjonen omtales altså nokså generelt som det handlende subjekt, aldri Helsedirektøren. Man kan også se at det refereres til *flertallet*: «Flertallet ble imidlertid stående ved…» (9.9.87). Men litt er nok også dette uttrykk for hvordan referatet ble ført. Det varierte en del i presisjon. Ofte var det imidlertid slik at når

referatet er utydelig, var det uttrykk for at en enighet ikke hadde utkrystallisert seg. Det reflekterer at Mork gjerne ville ha alle med, og om nødvendig, tok en runde til.

Mork ledet alltid, hvis han var til stede, møtene og ledet dem på en tilsynelatende nokså dominerende måte. Det var imidlertid på mange måter bare tilsynelatende. Han var ikke, som vi har sett, så mye av en målbevisst strateg at det var naturlig. Da var det naturlig at sakene ble diskutert litt og at en enighet slik etter hvert kunne utkrystallisere seg. Det var det desto mer, som både saker og standpunkter gjerne kom nedenfra, fra dem som arbeidet med dem, avdelingene og deres direktører.

Legene hadde et nølende forhold til den avmedikratisering denne utviklingen skapte, men tilpasset seg gradvis den nye tid. Således forsvant nå ordningen med at leger kunne ha en dag i uken fri til å praktisere medisin, i første rekke som bedriftsleger. Den nye medisinalråden (fra mai 1985), Anne Alvik bidro aktivt til å avvikle denne ordningen, som av ikkelegene, men også av henne, ble sett på som et privilegium fra en forgangen tid. Ordningen ble imidlertid ikke formelt opphevet, og noen av de eldre fylkesleger, samt en av de gamle overlegene i direktoratet, benyttet seg av den også i annen halvdel av 1980-årene.[716] De andre gruppene følte imidlertid nå at de, etter mange år under legene, var på offensiven, og utnyttet det. Spesielt gjorde juristene det, som vi har nevnt og også skal komme tilbake til.

Med etableringen av direksjonen fikk altså Helsedirektoratet en mer kollektiv ledelse enn det hadde hatt, både på direktoratsnivå og på avdelingsnivå. Den gamle hierarkiske kulturen spilte fortsatt en viss rolle, og så vel Helsedirektøren som avdelingsdirektørene kunne fremstå som dominerende ledere. Kombinasjonen av ny, profesjonalisert ledelse og et ekspanderende bedriftsdemokrati, gjorde imidlertid at den hierarkiske kulturen gradvis ble modifisert. Helsedirektøren selv opptrådte tydelig og «gammeldags» utad, spesielt i samfunnsmedisinske og til dels mer almene samfunnspolitiske spørsmål – det var slike saker som for ham spesielt var de *faglige* saker – og i spørsmål som hadde med enkelte tilsynssaker å gjøre. Her sprang hans standpunkter også ut av gjennomtenkte holdninger, altså av hans dypere, sosialradikale og ennå litt medikratiske, verdier. Disse holdninger hadde også konsekvenser innad, blant annet for hvordan direktoratet fungerte på det sosialmedisinske område (abort, HIV/AIDS, stoffavhengighet), men langt mindre. Indrepolitisk lot han seg etter hvert nesten bringe under opplæring, spesielt av den medisinalråd han fikk fra mai 1985, Anne Alvik, etter hvert også av konsulenter. Men han var også nesten ideologisk forpliktet til å være åpen for innspill og medvirkning nedenfra. Hans naturlige myndighet, hans «helsedirektørbevissthet» og hans genanse (kfr. bind 1) gjorde imidlertid at det ikke var lett for ham å bli en spaserende og sosialt nær leder. Kombinasjonen av genanse og snillhet gjorde det også vanskelig for ham å ta opp kinkige personalsaker direkte med folk, ja, også indirekte. Slike saker – noen var nokså delikate, som å få en fylkeslege til å trekke seg – måtte, uten unntagelse, medisinalråden ta. Hun gjorde det også, uten særlig nølen.

Fra sin første periode var Mork vant til å spise lunch med de to andre topplederne, Munch-Søegaard og Bjørnsson, senere Willumsen, og helst litt skjermet fra andre. Da Alvik kom sa hun til ham at de burde sette seg forskjellige steder og få bedre uformell kontakt med folk i de ulike avdelingene. Mork syntes det hørtes fornuftig ut, men hvis Alvik kom litt etter Mork og Munch-Søegaard ned i kantinen (etter flyttingen til Calmeyers gate 1 sommeren 1987) satt de gjerne sammen, for seg selv. Da måtte Alvik slutte seg til dem.[717]

[716] Blant annet opplyst av Anne Alvik, i samtale 24.11. 2008.
[717] Vi bygger her på opplysninger gitt av flere, men spesielt av Anne Alvik (samtale 24.11. 2008).

Otto Hauglin (1942–2012): Han var sosiolog, kristen-sosialist og satt en periode (1973–1977) på Stortinget for Sosialistisk Valgforbund, Østfold. Da regjeringen i 1974 foreslo fri abort, falt forslaget, med én stemmes overvekt, Hauglins. Han støttet imidlertid et modifisert forslag som ble lagt frem i 1975. Han var rektor ved Diakonhjemmets sosialskole fra 1971 og ut tiåret. Siden arbeidet han som konsulent, blant annet for Helsedirektoratet i forbindelse med omorganiseringen og lederutviklingen 1988–89. Bildet er fra hans tid som stortingsrepresentant. (Foto: Stortinget)

I forbindelse med direktoratets engasjement av Asplan Analyse AS som organisasjonsutviklingskonsulent fra våren 1988, sørget Anne Alvik for at lederne også skulle få råd om sin egen lederstil. Konsulentene Otto Hauglin (1942–2012), sosiolog, og Gro Johnsrud (f. 1955), psykolog, deltok på en del direksjonsmøter og fulgte også lederne individuelt i en periode. Etterpå fikk de ulike ledere kommentarer til sin lederstil, illustrert av videoinnslag, og råd om hvordan de burde endre sin stil i et eller flere henseender. Mork fikk da høre at han i møter hadde en tendens til å eksponere sine synspunkter tidlig i saksbehandlingen. Slik punkterte han den videre meningsutveksling, mente konsulentene, og hadde nok rett i det. Han ble rådet til å være mer tilbakeholden, og fulgte, iallfall delvis, rådet.[718] Vi skal komme tilbake til dette lederutviklingsprogrammet og direksjonens måte å fungere på.

I bind 1 har vi sett at Mork delvis arvet ledere fra Evang, men at han i liten grad ble en aktiv ledelsesbygger. Det skyldtes i stor grad natur. Han var – hans genanse spilte her en stor rolle – nokså meget av en *Einzelgänger*, og forble også det, selv om han mot slutten av livet, noe nølende, åpnet seg mer (og mer) for lagspillets, og for så vidt også det private vennskapets, muligheter. Han fikk, eller fant, ingen nye nære, og varige, medledere i sin første periode. Evang hadde stadig snakket om sitt «public health team». Mork gjorde aldri det, og fikk heller ikke noe slikt. Han drev ingen aktiv, oppsøkende lederrekrutteringspolitikk. Da han fikk anledning til å velge en ny nestkommanderende etter Evangs mann, Jon Bjørnsson (1909–1987), var han ingen aktiv kandidatspeider. Embedet ble lyst ut to ganger, og den som fikk det, Egil Willumsen, hadde søkt på overtid, i annen runde. Den naturlige etterfølger etter Bjørnsson, Jo Asvall, ble riktignok, noe nølende, innstilt som nr. 1 av Mork, men statsråden,

[718] Anne Alvik, 24.11.08.

Ruth Ryste (f. 1932), utnevnte, uten at Mork «motsatte» seg det, Willumsen (1977) (kfr. bind 1).

Willumsen og Mork ble aldri det lederparet Evang og Bjørnsson hadde vært. Da direktoratet etter Heiberg II (1984) fikk tilbake medisinalrådsembedet fikk imidlertid Mork en nr. to han kunne samarbeide like godt med som Evang hadde kunnet med Bjørnsson, nemlig Anne Alvik. Ja, hun ble egentlig en viktigere nr. to enn det Bjørnsson hadde vært. Bjørnsson var grenseløst lojal, også på den måten at han aldri utfordret Evang. Han handlet knapt på egen hånd, og på eget initiativ. Han var, selvbevisst underdanig. Alvik var en selvbevisst kvinne, med mange egne meninger, ikke minst om ledelse og om ulike samfunnsmedisinske spørsmål. Hun bidro, og mer enn Mork, til at direktoratet– spesielt når det gjaldt det indre liv – etter hvert fikk en nesten enhetlig todelt ledelse. Ja, i noen henseender fikk det en enhetlig tredelt ledelse. Juristen Munch-Søegaard ble, og forble, svært viktig for Mork gjennom hele Morks virketid. Munch-Søegaard ble viktigere for Mork enn han, eller hans forgjenger Kaare Bjerkomp, hadde vært for Evang. Ja, det var under Mork den sindige og skarpsindige juristen for alvor fikk utfolde seg, og sette spor etter seg. At de tre delte forværelse og stadig kunne treffes på gangen, eller sette seg ned hos den ene eller andre for en uformell prat, og altså stadig spise lunch sammen, gjorde at trioen virkelig fungerte som en nesten enhetlig sådan. Mork, eller de tre, nølte imidlertid med å gi «gruppen» et mer formelt tilsnitt, for eksempel ved at de gjorde den til et eget formelt (beslutnings)forum, altså en overdireksjon. Uformelt, og dermed reelt, virket den imidlertid i mange henseender som sådan.

Mork fikk altså en ledergruppe helt på toppen som han trivdes med, og som utfylte ham der han selv ikke hadde sin styrke, som personalleder og som jurist. Men det var skjebne, ikke lederskap som gjorde at han fikk det slik. Munch-Søegaard overtok han fra Evang i 1972. Alvik fikk han, etter hennes, først litt nølende, initiativ. Mork fikk gjennom Heiberg II-prosessen tilbake medisinalrådstillingen. Han hadde, man kunne nesten si typisk nok, ingen spesiell person i kikkerten til denne stillingen. Mork hadde bedt Alvik om å gå inn i Heiberg I-gruppen, men hun var den andre han spurte. Den første, og som sa nei, var juristen, byråsjef Inger Onsum (1919–2016), i hygienekontoret. Etter Heiberg I-oppdraget gikk Alvik, litt forsinket, til Østfold som assisterende fylkeslege. Hun trivdes bare sånn passe der og søkte så den nye stillingen som fagsjef i direktoratets kommunehelsetjenesteavdeling. Den fikk hun, og begynte i den senvinteren 1985. Omtrent da bestemte Willumsen seg for å forlate det nyopprettede medisinalrådsembedet. Embedet ble lyst ledig. Anne Alvik sier i et tilbakeblikk:[719]

> *Da var det flere medarbeidere rundt meg som spurte: Skal ikke du søke den stillingen? Jeg tenkte, ja, hvorfor ikke? Jeg hadde aldri hatt noen plan. Det var alltid litt tilfeldig hva jeg gjorde. Jeg var mamma og hadde deltidsjobber. Det var litt tilfeldig hva jeg begynte med etter det. Men jeg tenkte, ja, ja. Da får jeg gjøre det og så søkte jeg.*

Anne Alvik var ikke alene som ansøker. Hele 11 meldte sin interesse for embedet. De fleste var mindre aktuelle, men to var det, Anne Alvik og Kjell Bjartveit. Konvensjonelt sett stod nok Bjartveit, sjefen for «Skjermen», sterkest. Mork skjønte at Bjartveit ville bli vanskelig å komme utenom, med en borgerlig regjering, og var bekymret. Som vi har sett hadde han lenge hatt et nokså anstrengt forhold til den tidligere Kr.F.-statssekretæren. Han måtte derfor satse på Alvik, en person han hadde tillit til, men ikke noe nært forhold til. Han fikk det som han ønsket. Den politiske ledelse i departementet foretrakk Alvik, men gav Bjartveit en form for

[719] Anne Alvik, i samtale den 24.11. 2008. Også opplysningene i avsnittene nedenfor kom frem i denne samtalen.

kompensasjon: Statens skjermbildefotografering ble fra 1986 gjort om til Statens helseundersøkelser (SHUS) og fikk både et videre mandat og litt ekstra ressurser.[720] Alvik var på et seminar på Hovden da utnevnelsen skjedde. Hun fikk torsdag kveld, altså dagen før utnevnelsen, telefon fra sin tidligere kullkollega fra medisinerstudiet, Astrid Nøklebye Heiberg, om utnevnelsen.

Alvik, som i 1983–84 hadde gått Solstrand-kurset (i lederutvikling), hadde i sin ansøkning skrevet at hun, hvis hun fikk embedet, ville legge vekt på personalarbeid og organisasjonsutvikling. Både Mork og departementets politiske ledelse så på det som positivt.

«Tilfeldigheter» gjorde altså at Mork fikk en mer sammensveiset gruppe umiddelbart omkring seg i sin andre periode. Han gjorde det, som vi har sett, i mindre grad videre nedover. Han fikk med seg tre fra Evangs tid, Bjørn Jøldal i legemiddelavdelingen, Per Bærum i kommunehelsetjenesteavdelingen og Reidar Bang i administrasjonsavdelingen. Den første fortsatte han, som vi har sett, å ha et godt faglig og personlig forhold til. De andre fortsatte han å ha et mer saklig forhold til. Willumsen var, til han gikk av i 1985, sjef for fylkeshelsetjenesteavdelingen. Etter et kort mellomspill med psykiateren Christian Erlandsen, kom Jørgen Jonsbu inn som sjef for avdelingen. Som vi skal se, ble siden de to helsetjenesteavdelingene slått sammen og Jonsbu ble sjef for den nye. Jonsbu og Mork fikk et saklig godt samarbeid, men personlig ble det ikke. Jonsbu var en aktiv og kreativ organisasjonsutvikler, og som den viktigste avdelingsdirektør fra 1989 ble han en sentral, men, som vi har sett, også utfordrende, person i Morks siste lederlag. I den siste fagavdelingen, avdeling for miljørettet helsevern, fra 1989 forebyggingsavdelingen, ble det en del skifter. Den første sjef ble den gamle SIFF-mannen Christian Lerche (til 1987), den annen fylkeslegemannen Johannes Wiik (f. 1941) (til 1991) og den siste den internasjonalt orienterte samfunnsmedisineren Marit Kromberg (fra 1991). Mork hadde et saklig og godt forhold til alle, men kanskje særlig til Lerche. Etter etableringen av helserettsavdelingen i 1989 kunne Mork, og Alvik, velge sjef internt, og valgte kontorsjef Kari Sønderland (siden 1983), fremfor den mer akademisk orienterte, og jevngamle (f. 1953), kontorsjef (siden 1988) Bente Ohnstad (f. 1953).[721]

I figur 7.4 har vi gitt en oversikt over sammensetningen av Helsedirektoratets ledergruppe i Morks andre periode, altså i tiden fra høsten 1983 til høsten 1992.

[720] Navneendringen var imidlertid overmoden, siden institusjonen siden 1970-årene hadde gått inn på en rekke nye områder for sykdomskartlegging; tuberkuloseundersøkelsene var da iferd med å bli overflødige. Kjell Bjartveit har skrevet en oversikt over institusjonens opprettelse og utvikling, kfr. hans «Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet», *Norsk epidemiologi*, årg. 7, nr. 2, 1997, s. 157-174.

[721] Ohnstad forlot ikke så lenge etterpå direktoratet. Hun gikk til departementet, og derfra til høyskolesystemet (1993), hvor hun, med avbrudd av en kortere periode i departementet (1998), ble værende.

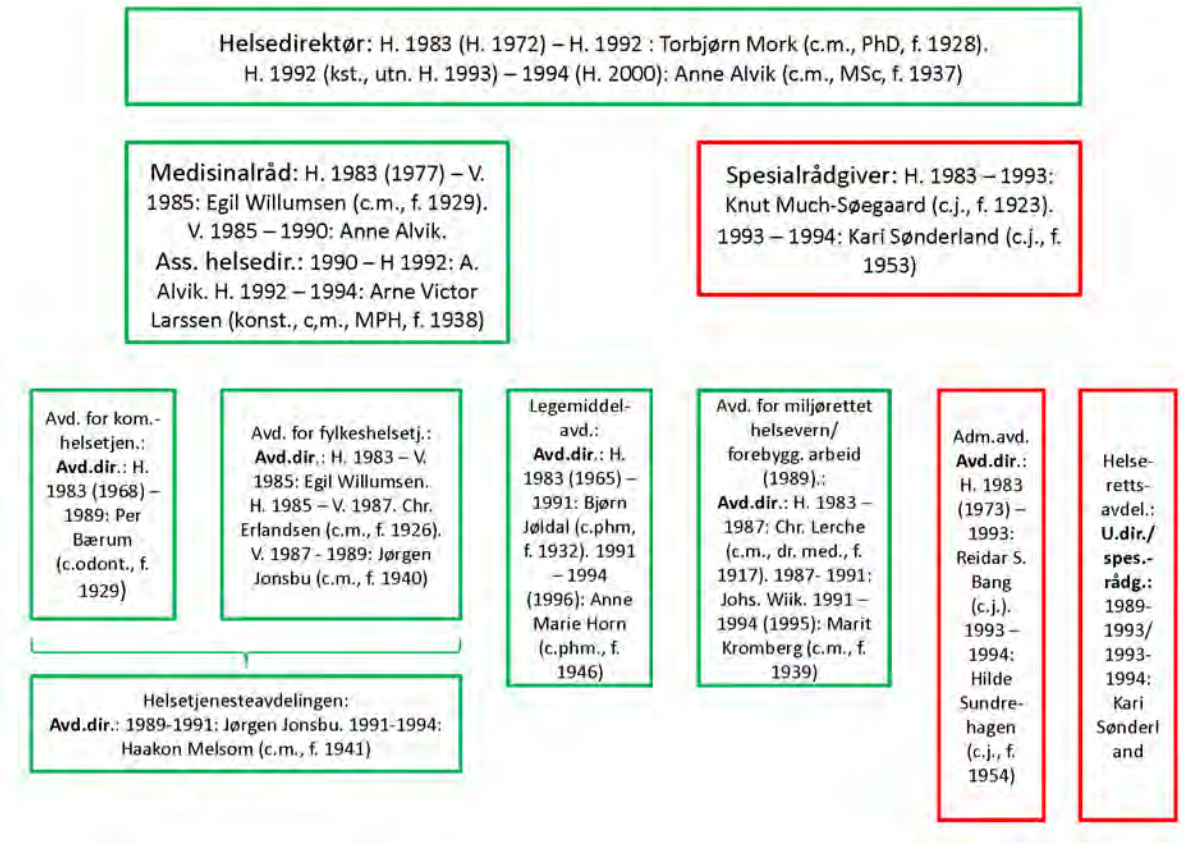


Fig. 7.4: Helsedirektoratets direksjon 1983–1994

Ledelsesutviklingen

Den 2. januar 1985 nedsatte direksjonen koordineringsutvalg for personal- og organisasjonsutvikling, snart bare kalt koordineringsutvalget for organisasjonsutvikling, eller KU. Formålet var, som navnet sier, å samordne ledelses- og organisasjonsutviklingen i direktoratet. Det var imidlertid i første rekke ledelsesutviklingen i snever forstand utvalget la vekt på. Utvalget gav imidlertid viktige premisser også for organisasjonsutviklingen.

Utvalget fikk som medlemmer underdirektørene Gerd Coward Andersen og Kjell Johannesen (siv.ing., f. 1937), kontorsjef Kirsten Aaby (c.j., f. 1952)[722] og førstekonsulent Finn Aasheim (c.mag.). De tre første kom fra administrasjonsavdelingen, den siste fra fylkeshelsetjenesteavdelingen. Utvalget var altså ikke partssammensatt. Det ble oppnevnt «hierarkisk» og ble dominert av «administrasjonsfolk». Denne dominansen ble understreket ved at utvalget hadde som sekretær og rådgiver førstekonsulent i administrasjonsavdelingen, og personalledelsesentusiast, Bjørg Månum Andersson. Over seg hadde utvalget, som styringsgruppe, bare direksjonen, men Anne Alvik deltok i utvalgets møter etter at hun hadde tiltrådt som medisinalråd. Selv om dette KU ble til som et internreformtiltak ble det altså til på

[722] Kirsten Aaby og Runar Carlsen gikk våren 1987 på Statens forvaltningshøyskole og skrev i den forbindelse en rapport om «Personalpolitikk i Helsedirektoratet. Fordeling av personalansvar». Denne rapporten, som var basert på en spørreundersøkelse blant de ansatte, gav viktige premisser for arbeidet med PLUTO-rapporten; kfr. nedenfor.

nokså tradisjonelle, hierarkiske premisser. Det ble til før Anne Alvik kom, og før fagforeningene for alvor var kommet på offensiven. Nokså snart ble imidlertid både ledelsen, ved Anne Alvik, og de ansattes fagorganisasjoner, engasjert i arvbeidet. Som det heter i KUs innstilling (s. 2) ble den et «resultat av et nært samarbeid mellom direktoratets ledelse, de ansattes organisasjoner og administrativ avdeling».

Utvalget kom med sin utførlige innstilling den 22. august 1986. Som et ledd i KUs arbeid ble det fra september 1985 til mars 1986, i regi av Bjørg Månum Andersson, gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte om «Helsedirektoratet som arbeidsplass». Utvalget nedsatte også seks delprosjektgrupper. Disse skulle utarbeide forslag til endringer i personalledelsen, kontoradministrasjonen, EDB-bruken, den generelle ledelsen og direktoratets utadvendte virksomhet. Delprosjektgruppenes konklusjoner er innarbeidet i KUs sluttrapport, kalt *Personal-, ledelse- og organisasjonsutviklingsplan for Helsedirektoratet*, eller, for å lage et mer slående akronym, *Personal-, ledelsesutvikling, teknologi og organisasjon (PLUTO)*.

Rapporten fra utvalget er grundig og omfattende; den er på 51 sider. Den gjennomsyres av ønsket om å profesjonalisere den ledelse som går utover den tradisjonelle faglige og til dels byråkratiske ledelsen. Det er åpenbart at utvalget ikke minst ville profesjonalisere direktoratet på de premisser den nye offentlige målstyringsledelsen representerte. Målstyring kan forståes på ulike vis, men i sin kjerne er den teknisk preget: Dens utgangspunkt er presise, helst kvantitative mål, definert ovenfra – i utgangspunktet på politisk nivå. Slik styring kan følges opp enten ved hjelp av den synlige hånd, altså hierarkisk – gjennom planstyre, eller ved hjelp av den usynlige hånd, altså gjennom konkurranse (i markeder), og der staten spiller en markedsskapende og markedskontrollerende rolle over uavhengige, helst private, tjenesteytere. Den første formen for styring vil altså være utpreget hierarkisk, men kan i prinsippet «mykes opp» ved at styringen også får et element av forhandlinger mellom de styrende på toppen og for eksempel de tjenesteytende, stort sett offentlige, institusjoner (og deres lokale eiere), og mellom de styrende på flere nivåer nedover og de ansatte og deres organisasjoner. I ledelseslæren tales det i det siste tilfelle om «transaksjonsledelse». Jo mer tyngde de underordnede aktører med en slik ledelse får, jo mer vil imidlertid toppledelsens, til sist politikernes, styringsrett svekkes: Det blir mindre politokrati, og her altså nasjonalt demokrati.

Rapporten går ikke i dybden på dette punkt. Betegnelsen målstyring fungerer som et litt vagt signal om i hvilken retning utvalget vil at direktoratet skal gå. Det er imidlertid åpenbart at utvalget åpnet opp for innslag av en slags forhandlingsledelse, i første rekke, og mest tydelig, når det gjelder direktoratets egne ansatte. Men utvalget gjorde mer. Det talte om å delegere myndighet nedover, og om å gi ledere på hvert nivå, gjerne i samarbeid med sine medarbeidere, betydelig grad av frihet i hvordan mål kan nåes, men til dels også defineres. I rapporten siterer således utvalget (s. 26), på en tilsluttende måte, den amerikanske humanistiske psykolog og ledelsesrådgiver, Saul Gellerman (1929–2003), slik: «Fremtiden vil i økende grad tilhøre de ledere som kan lære sine medarbeidere å lede seg selv». Gellermans syn bryter imidlertid med den nye målstyringstenkningen. For Gellerman er lederens oppgave ikke å fortelle medarbeiderne hva de skal gjøre, og for hvilke formål, men å stimulere dem til selv å finne ut hva de bør gjøre, gitt et sett av formål, eller verdier, de oppfatter både som sine egne og som virksomhetens iboende formål eller verdier. Man finner også andre spor av dette ledelsessynet i PLUTO-rapporten. Rapportens forfattere la således vekt på å delegere myndighet, altså på å gi operativ frihet på de ulike nivåer nedover i organisasjonen. Å gi frihet er å vise tillit. Det er å vise at man mener at medarbeiderne selv kan finne ut hva de bør gjøre

– fordi man stoler på at de er besjelet av de verdier som skal prege organisasjonen, og som man derfor ikke behøver å konkretisere som mål. Ja, hvis man begynner å konkretisere har man begynt å begrense tillitsvisingen.

Rapporten går også utover den målstyringsfilosofi som nå vokser frem ved at den enkelte steder omtaler det Helsedirektoratet gjør som «service-virksomhet». Ut fra både en tradisjonell byråkratisk forståelse og en nyere målstyringsforståelse, er Helsedirektoratet ikke primært en tjenesteytende organisasjon, men en styringsorganisasjon, og en del av et større styringsapparat. Den har regulerende oppgaver overfor samfunnet generelt, og styrende oppgaver overfor et sett av stort sett offentlige organisasjoner, altså klinikker, som er tjenesteytende. Det går imidlertid an å se på styring og ledelse som *tjenende*, nemlig når man ser på styringen som tilretteleggende og motiverende, mer enn som styrende i streng forstand. Man kan si at Gellerman-sitatet gir uttrykk for en slik form for styring eller ledelse. I nyere ledelseslitteratur omtales også en spesielt lite hierarkisk, humanistisk form for ledelse som «servant leadership». Målstyringen og målledelsen er imidlertid ikke slik. Rapporten er derfor spenningsfylt. Den omfavner den forholdsvis tekniske og hierarkiske målstyringsfilosofien, samtidig som den tar til orde for ganske mye mobiliserende og humanistisk ledelse. Ja, rapportens praktiske forslag peker mer i humanistisk enn i teknisk retning hva ledelse og organisering angår. Spenningen, og derfor uklarheten, kommer til uttrykk i disse sitatene (s. 7):

> *Gjennom planen tar Helsedirektoratet sikte på å:*
>
> - *bli en service-virksomhet der medarbeidere, samarbeidspartnere og brukere står i sentrum*
> - *gjøre organisasjonen mer effektiv og resultatorientert gjennom et prinsipprogram, målstyring og desentralisert myndighet og ansvar.*

Rapporten er altså ledelsesprofesjonaliserende i sin tendens. Dens forfattere var nesten intenst opptatt av å spre budskapet om ledelsesbevisstgjøringens betydning. De mente at den ledelsen direktoratet hadde hatt, og i stor grad fortsatt hadde, både hadde vært altfor lite preget av den indre direktoratlige ledelse og personalutvikling og for snevert «faglig» orientert. Utvalgets rapport innebar ikke et forslag om å gjøre organisasjonen til et formål i seg selv. Utvalget, støttet av pågående fagforeninger, mente at bedre indre ledelse ville gi bedre ytre virkning, men dens rapport hadde allikevel en innadvendende tendens: Det å ta mer hensyn til de ansattes (og deres organisasjoners) ulike synspunkter og interesser innebar at ledernes oppmerksomhet måtte bli vendt mer mot de ansatte og mot livet i Calmeyers gate 1 (fra sommeren 1987).[723] KU bidro slik, med sin PLUTO-rapport, til å forberede overgangen fra det morkske til det alvikske direktorat (tilsyn). Uten at hverken Mork eller Alvik bevisst tenkte slik, bidro de for så vidt også begge til denne utviklingen, den første ved, litt passivt, å godta den – hans interesser forble mer fagligpolitiske, den annen ved aktivt å bidra til den.

PLUTO-gruppens forslag til tiltak er samlet under fire overskrifter. Den første er kalt «Virksomhetsutvikling» og omfatter forslag om at det skal utarbeides et prinsipprogram for hele direktoratet og de fem avdelinger – men da kalt strategiske planer. Her kommer

[723] Senere skulle den indiske teknologigründer Vineet Nayar (f. 1962) gjøre en slags innadvendt ledelse til et konkurransemessig fortrinn. Han har redegjort for sin tenkning i boken med den slående tittel *Employees First, Customers Second*. (Boston, MA: Harvard Business Press, 2010.)

målstyringsfilosofien til uttrykk: Gjennom prinsippprogrammet skal målene, altså eksistensgrunnlaget, defineres. Gjennom de strategiske planer skal målene konkretiseres og strategier for å realisere dem, beskrives. De øvrige tiltak som foreslåes i rapporten er ytterligere detaljeringer av innholdet i prinsipprogrammet (det som blir til virksomhetsplanen) og de strategiske planer. Disse detaljeringer går imidlertid, som vi skal se, mer i organisasjonsfunksjonell enn organisasjonsstrukturell retning. Organiseringsreformene kommer i neste runde (fra 1987), etter nye initiativ, spesielt ovenfra. Dette forslaget ble først og fremst fulgt opp gjennom utviklingen av virksomhetsplanleggingen. Vi kommer tilbake til den.

De tre neste overskriftene i tiltaksforslaget er «Ledelsesutvikling, lederutvikling og lederopplæring, «Personalutvikling» og «Rekruttering». Man kan si at alle tiltakene er personalrettede og funksjonelle. De retter seg mot lederne, det øvrige personale og det «potensielle personale». Det første av disse forslagene til tiltak ble fulgt opp gjennom et nokså intensivt opplæringsprogram, i noen grad preget av den på den tiden i Norge mye brukte amerikanske ledelseskonsulent Ichak Adizes (f. 1937).[724] Det omfattet litteraturstudier, et brevkurs i ledelse, diskusjon over litteraturen og ledelsesoppgaver, alt i månedlige møter og spesialiserte møter og konferanser utenfor «huset». Programmet kulminerte med den individuelle lederveiledningen lederne fikk av fotfølgende konsulenter; vi har nevnt den ovenfor. Hva gjaldt ansettelse og oppfølging av ledere, heter det ellers i PLUTO-rapporten at der trengtes forbedringer (s. 21): Man måtte forebygge feilansettelser, at ledere «stivnet» og at ledere ble sittende for lenge; med alder blir ytelsen mindre, heter det. Her er det særlig målstyringstekningen som slår inn: Man må komme utover den tradisjonelle kultur preget av ansettelsestrygghet, og kreve resultater, hele tiden.

Det annet av disse forslagene til tiltak ble fulgt opp i første rekke ved at underdirektør Gerd Coward Andersen ble utpekt som direktoratets personalsjef og at kontorsjefene (i seksjonene) fikk hovedansvaret for den lokale personalledelse og personalutvikling. Disse personalledere skulle ta initiativ til og være ansvarlige for en rekke personalutviklingstiltak, men også for å sørge for at personalutviklingshensyn ble integrert i den generelle ledelse både på direktoratsplan og avdelingsplan. Der kom snart også flere tiltak, blant annet ble allerede høsten 1986 en ordning med medarbeidersamtaler innført som en fast ordning. Samtidig ble ordninger for å forbedre informeringen nedover innført. Generelt kan man si at forslagene til personalutviklingstiltak hadde et mobiliserende og myndiggjørende siktemål; de var altså mer humanistiske enn egentlig målstyringspregede. Direktoratet skulle, var hensikten, få mer offensive, «fremoverlente» og kvalitetsbevisste medarbeidere.

Det tredje av disse forslagene til tiltak resulterte blant annet i en mer «skreddersyende» beskrivelse av stillinger som ble lyst ut og et eget program for å ta imot og integrere nyansatte.

PLUTO-rapporten er preget av en forførende tro på den nye ledelsens muligheter. Den er åpenbart skrevet i ungdommelig entusiasme, en entusiasme som er så stor at det ofte går over stokk og sten. Fremstillingen preges av en charmerende mangel på eleganse og stringens. Anne Alvik skriver, i en litt prosaisk tone, at «Direksjonen er positiv til hovedtrekkene i

[724] Adizes, som sammen med sin nærmeste familie overlevde jødeforfølgelsene under krigen, kom i 1963 til USA, fikk der en handelshøyskoleutdannelse og etablerte etter hvert sitt eget ledelsesutviklingsfirma. Adizes lanserte blant annet sin lederfunksjonstypologi, PAIE (produsent, administrator, integrator og entreprenør), en typologi som også norske konsulenter fant nyttig.

planen»[725]. Direksjonen fulgte allikevel, som vi har sett, PLUTO-forslagene, opp, spesielt hva gjelder de mer konkrete forslag. Noe annet var knapt heller mulig; rapporten målbar i så stor grad «tidsånden» hva gjaldt offentlig ledelse, en tidsånd Alvik også var en del av. Det kunne imidlertid være litt mer opp og ned når det gjaldt oppfølgingen av forslagene som gjaldt lederstil generelt. Her satte psykologien en del begrensinger for hva den enkelte leder både ville og kunne klare. Det gjaldt også Helsedirektøren.

Organisasjonsutviklingen

Arbeidet med organisasjonsutviklingen, vidt forstått, startet raskt, men mer konkret fra høsten 1984, da direktoratet fikk en del nye stillinger, spesielt for leger og der skjedde en liten helsefagliggjørende titteltilpasning. Men, som vi har sett, disse stillingene og deres innplassering bidro mer til å påskynde «alminneliggjøringen» av direktoratet som direktorat, enn til å bygge opp igjen medikratiske strukturer. Denne utviklingen ble ført videre i kjølvannet av de prosesser PLUTO-rapporten gav opphav til. Men det var direksjonen som selv tok det egentlige initiativ til den omorganisering av direktoratet som skulle skje fra 1989. Det skjedde på et direksjonsmøte 28. oktober 1987. Anne Alvik og Bjørn Jøldal ble utpekt til å utarbeide et forslag til ny organisasjonsform. Et foreløpig forslag ble drøftet i direksjonen den 9. og 15. desember og den 16. ble så et «endelig» forslag lagt frem og sendt til uttalelse til avdelingene, de ansatte generelt og de ansattes fagorganisasjoner. Forslaget ble sendt ut uten nærmere begrunnelse, men det nevnes, litt defensivt, at «andre modeller» kan «tenkes». Det sies også at det «i alle fall» vil «bli behov for atskillige justeringer».[726]

Forslaget gikk ut på at det skulle etableres en liten stab for toppledelsen – noe som passer godt med nyttestatlig tenkning – og at direktoratet skulle bestå av fem avdelinger. Tre avdelinger skulle fortsette omtrent som før, legemiddelavdelingen, avdeling for helsevern og helseopplysning (med nytt navn) og administrativ avdeling. De to tjenesterettede avdelinger skulle slåes sammen under betegnelsen helsetjenesteavdelingen. Endelig skulle det opprettes en ny avdeling, kalt avdeling for forskning, utredning og internasjonalt samarbeid. Den nye avdelingen skulle ha noen forvaltningsoppgaver, men kunne også sees på som en slags kunnskapsavdeling. Som sådan skulle den imidlertid mer ha oppgaver på oppstrøms- enn nedstrømssiden, altså mer knyttet til samfunnsdiagnostikk (statistikk, epidemiologi etc.) enn til styring av fagutøvelsen.

Allerede den 23. desember sendte organisasjonene, samlet, et brev til direktoratets ledelse hvor de henviser til hovedavtalen for ansatte i staten, som gir arbeidstagerne medbestemmelsesrett i denne typen omorganiseringssaker, og ber om et snarlig «innledende forhandlingsmøte». Organisasjonene foreslår samtidig at det opprettes en styringsgruppe og en arbeidsgruppe for omorganiseringen, begge med representanter for organisasjonene. Organisasjonene mener arbeidsgruppen bør få som mandat å «legge fram forslag til reorganisering og eventuelt nye arbeidsmåter i direktoratet, på grunnlag av en problemanalyse og direktoratets prinsipprogram». Ledelsen inviterte da til et *drøftingsmøte* den 5. januar. Organisasjonene hadde vært nokså offensive i sitt brev, men Helsedirektøren kunne ved

[725] Uttalelsen, på én knapp side, er gjengitt i PLUTO-rapporten, før selve uttalelsen.

[726] Notatet er datert 16.12. 1987 og har overskriften «Reorganisering av Helsedirektoratet».

møtets begynnelse sette dem litt på plass ved å minne om at den «nåværende organisasjonsform av 21. november 1983 er fastsatt ved Kgl. res. av 8. juli 1983» og at direktoratet «således pr. i dag ingen fullmakt (har) til å forhandle med organisasjonene om en mulig reorganisering i medhold av Hovedavtalens § 18». Representantene for organisasjonene svarte ikke direkte på Helsedirektørens «belæring», men tok litt igjen (særlig juristen, konsulent Hilde Jordal og tannlegen, fagsjef Ole W. Sandbekk (f. 1945)), både ved å uttrykke misnøye med at ledelsen hadde «låst» prosessen ved allerede i starten av prosessen å lansere en omorganiseringsskisse og ved å be om at det videre arbeid måtte skje i regi av en partssammensatt gruppe. Dagen etter ble det holdt et møte mellom Mork, Alvik og to organisasjonsrepresentanter. De to lederne gikk under dette møtet med på at det skulle nedsettes en partssammensatt gruppe. I et brev av den 15, januar gir de ansattes representanter uttrykk for hvordan arbeidet burde skje. Et hovedpoeng er åpenbart å bidra til at gruppen skal stilles mest mulig fritt, og nærmest at ledelsens skisse til ny organisering skal sees på som en «ikke-skisse». De fikk det som de ville. I mandatet ble det hetende at gruppen skulle «vurdere om fremlagte skisse … eller andre endringsmuligheter i nåværende organisasjonsmodell, …, kan være hensiktsmessige å arbeide videre med …». Gruppen omfattet Anne Alvik (leder) og Per Bærum fra direksjonen og fra organisasjonene konsulent Erik Fjell (NTL), fagsjef Ole Willy Sandbekk (AF) og konsulent Hanna Bild (f. 1941) (NSF, NOSO og SL). Den begynte å arbeide den 19. januar og møttes så ukentlig i seks uker. Den la frem sin rapport den 8. mars.

Rapporten er mer en klagesang (elegi) enn en strategi for hvordan Helsedirektoratet kan få en ny, mer offensiv oppbygning. Den inneholder en «diagnose», eller «problemanalyse» (som den kalles). Denne formuleres på mange måter, blant annet slik (s. 20):

> *Problembeskrivelsen viser at direktoratet er i en tilstand av uro og usikkerhet både internt og i forhold til omgivelsene og at vi opplever vår faglige autoritet som svekket.*

Denne diagnosen gjelder imidlertid direktoratet generelt; det er i en slags almen «krise». I rapporten sies det imidlertid lite om hvordan den *indre* organisering er «grunn» til «krisen». Hovedgrunnen til «krisen» er delingen i 1983 og departementets både uklare og stramme måte å styre direktoratet på. Spesielt pekes det på at direktoratet ikke ovenfra har fått «en akseptabel mål- og styringsbeskrivelse som rettesnor for (sin) funksjon» (s. 18), men også at det har liten frihet over disponeringen av sine, for knappe, ressurser. I rapporten rettes det imidlertid også kritikk oppad i direktoratet: personalledelsen er lite dynamisk. Både topplederne og avdelingslederne må ta noe av ansvaret for den ikke helt gode stemningen, og for at utskiftingen av personell er så høy – opp mot en tredjedel pr. år – heter det.

Rapporten ble mer et skrift for å begrunne innføringen av den nye målstyringen av direktoratet og av direktoratets målstyring og målledelse innad og overfor de etater den har styringsansvaret for, enn en plan for hvordan Direktoratet kunne omorganiseres. Om organiseringsspørsmålet heter det bare (s. 25):

> *Gruppen mener en eventuell reorganisering ikke alene kan løse de ulike problemer som er beskrevet, og som delvis må løses bl.a. i samarbeid med Sosialdepartementet. Gruppen mener likevel en reorganisering kan løse noen av problemene, og vil konkludere enstemmig med at arbeidet med en reorganisering bør fortsette. Det er også enighet om at det kan være fordelaktig med ekstern konsulentbistand i det videre arbeid.*
> --

> *Imidlertid har gruppen ikke tatt standpunkt til om den tidligere framlagte skissen til avdelingsstruktur er det mest aktuelle utgangspunkt, eller om det finnes andre alternativer.*

Gruppen, ledet av Anne Alvik, klarte altså ikke å komme noen vei med organiseringsspørsmålet. En særuttalelse fra representantene for organisasjonene viser endog at man var satt tilbake i prosessen. I uttalelsen heter det således (s. 26):

> *Når det gjelder de problemer som er beskrevet internt i direktoratet og i forholdet mellom direktoratet og helseavdelingen, mener vi disse må løses med andre virkemidler enn en reorganisering.*

Representantene gir allikevel også uttrykk for at de endringer som var skjedd og skjer i helsevesenet bør få konsekvenser også for organiseringen av Helsedirektoratet (s. 26):

> *Vi stiller oss derfor positive til et videre arbeid med sikte på en reorganisering av direktoratet, men mener dette arbeidet må gjennomføres på et fritt grunnlag.*

Omorganiseringen blir til prosjekt, med bistand fra Asplan Analyse

Det lå nå i kortene at direktoratet måtte få hjelp utenfra for å komme offensivt videre med reorganiseringsarbeidet.[727] Direksjonen tok kontakt med konsulentselskapet Asplan Analyse AS, en kontakt som førte til et møte den 20. april 1988. Den 25. sendte Asplan direktoratet et tilbud om konsulentbistand. Asplan foreslo at arbeidet ble gjennomført i to faser. I den første, som skulle gå frem til 1. juli skulle inndelingen i avdelinger, med oppgavefordeling, samt lederutnevnelse og personalfordeling være klar. I neste fase, som skulle starte etter ferien og gå frem til 1. november, skulle den avdelingsinterne organisering, forholdene mellom avdelingene og mellom avdelingene og direksjonen, samt en plan for «utvikling av personalfunksjonene» være klar. Asplan ville ha med fase to fordi «direktoratets aktuelle organisasjonsmessige problemer ikke bare er knyttet til dette strukturelle spørsmål, men også til utvikling og forbedring av flere sentrale funksjoner som personalpolitikk og ledelse». Asplan hadde satt seg inn i PLUTO-rapporten og rapporten fra den partssammensatte gruppen og mente direktoratet burde bestille en større konsulentpakke.

Etter Asplans forslag skulle direksjonen være styringsgruppe for arbeidet, med Anne Alvik som «daglig» representant, og den partssammensatte gruppen skulle være rådgivningsgruppe. Fra Asplans side skulle arbeidet ledes av Otto Hauglin; i tillegg skulle en rekke konsulenter delta – i praksis ble disse Gro Johnsrud, Eli Kvåle og Asplans direktør Bjørn Larsen (som prosjektrådgiver). Direktoratets direksjon godtok Asplans planforslag. Asplan satte i gang den 20. mai, med samtaler i avdelingene og seksjonene, med ledelsen (styringsgruppen) og med rådgivningsgruppen. I begynnelsen av juni intervjuet konsulentene også noen av direktoratets brukere, summerte opp intervjuinntrykkene og begynte å arbeide med «skisse(r) til modell(er) for ny organisasjonsstruktur». Den 13. juni la Asplan frem sin første skisse til ny

[727] Den 19. februar hadde Mork, Alvik og to «partsrepresentanter» møte med dep.råd Norbom, eksp.sjef Hauge og avd.dir. Mauritzen i Sosialdepartementet. Her fikk i praksis direktoratet myndighet til å gå videre med omorganiseringsarbeidet.

organisasjonsplan for direktoratet. Planen ble diskutert på et arbeidsmøte med direksjonen, rådgivningsgruppen og tre representanter for hver avdeling to dager senere.

Asplans skisse er bygget «medisinsk» opp. Den begynner med en diagnose av direktoratets status helt generelt, fortsetter med en diskusjon av i hvilken «ende» man skal begynne å behandle og avsluttes med et forslag til hvordan man behandler gjennom omorganisering. Diagnosen er en fortettet versjon av den som finnes spredt utover i PLUTO-rapporten, og som er blitt forsterket gjennom de samtaler, noen nokså åpenhjertige, Asplans folk hadde med direktoratsmedarbeidere. Den går ut på at direktoratet er «sykt», systemisk sykt: Vi har, heter det,

> *fått et sterkt og relativt overbevisende inntrykk av et direktorat med en uklar rolle, som fungerer dårlig på flere områder internt og eksternt og som ikke utnytter sine ressurser, først og fremst personell, optimalt. Noen stiller endog spørsmål ved direktoratets eksistensberettigelse.*[728]

Asplan skriver, i god tråd med målstyringsfilosofien, at reorganiseringen må sees i lys av den mer grunnleggende målavklaring. Det heter (s. 4) at «En slik avklaring av mål, prioriteringer og roller burde saklig sett komme foran både virksomhetsplan og reorganisering». Asplan, altså Otto Hauglin, konstaterer så at det nå ikke er mulig, men legger selv inn noen av de premisser som mangler. Generelt ser han på direktoratet som et overordnet styringsorgan, som (ovenfra) må få og (selv) konkretisere de mål det skal styre etter, kommunisere disse nedover – både som veiledning og ordre – og følge opp gjennom resultatorientert kontroll. Han sier ikke så meget om målinnholdet – det ville være å gå utover det oppdrag han nå hadde – men antyder noe: Målinnholdet må baseres på kunnskap skapt gjennom (s. 5) «overvåkingen og den helsefaglige evalueringen både av helsetilstanden, helsetjenestene og forebyggende arbeid». Indirekte antyder han slik også at denne kunnskap skal brukes for de formål som i stor grad ligger innebygget i helsearbeidet. Han sier ikke noe om disse formål, men peker på at de innebygde formål tilsier at direktoratet «må markere et overordnet og samordnende grep på forebyggende arbeid». Det var en velkommen påpekning i en Helse for alle-tid, og i en situasjon hvor departementet begynner å «ta seg litt til rette» og de prekliniske institusjoner under direktoratet gjør det samme.

Hauglin fremholder at den ytre målstyring, må bygge på en indre målledelse. Direktoratet må «styrke den strategiske, samordnende ledelse internt med tettere oppfølging og resultatkontroll», flytte ut og ned det meste av den løpende forvaltning («omfattende delegering») og avbyråkratisere arbeidsmåten. Det siste innebar at direktoratet skulle arbeide mer prosjektorientert, særlig på oppstrømssiden, men til dels også på nedstrømssiden, og mindre enkeltsaksbehandlende. Der burde bli (s. 5) «tynnere vegger og lavere terskler» innad i avdelingene, men også mellom dem, og en økende andel av de ansatte burde være rådgivere, prosjektledere etc. Hauglin ville også at ledelsen skulle være mest mulig generell, både på direktorats- og avdelingsnivå: Budsjett- og (annen) personalledelse kunne slik føres over fra den «matrisefungerende» administrasjonsavdelingen til de utadstyrende avdelingene.

Hauglin er ikke helt sikker på om han skal anbefale at det gåes videre med omorganiseringen før de eksistensielle spørsmål er avklaret, men ber om at (s. 8) «både ledelse og ansatte må

[728]Asplan Analyse, *Reorganisering av Helsedirektoratet – Skisser og premisser*, Sandvika 13. juni, 1988, s. 4.

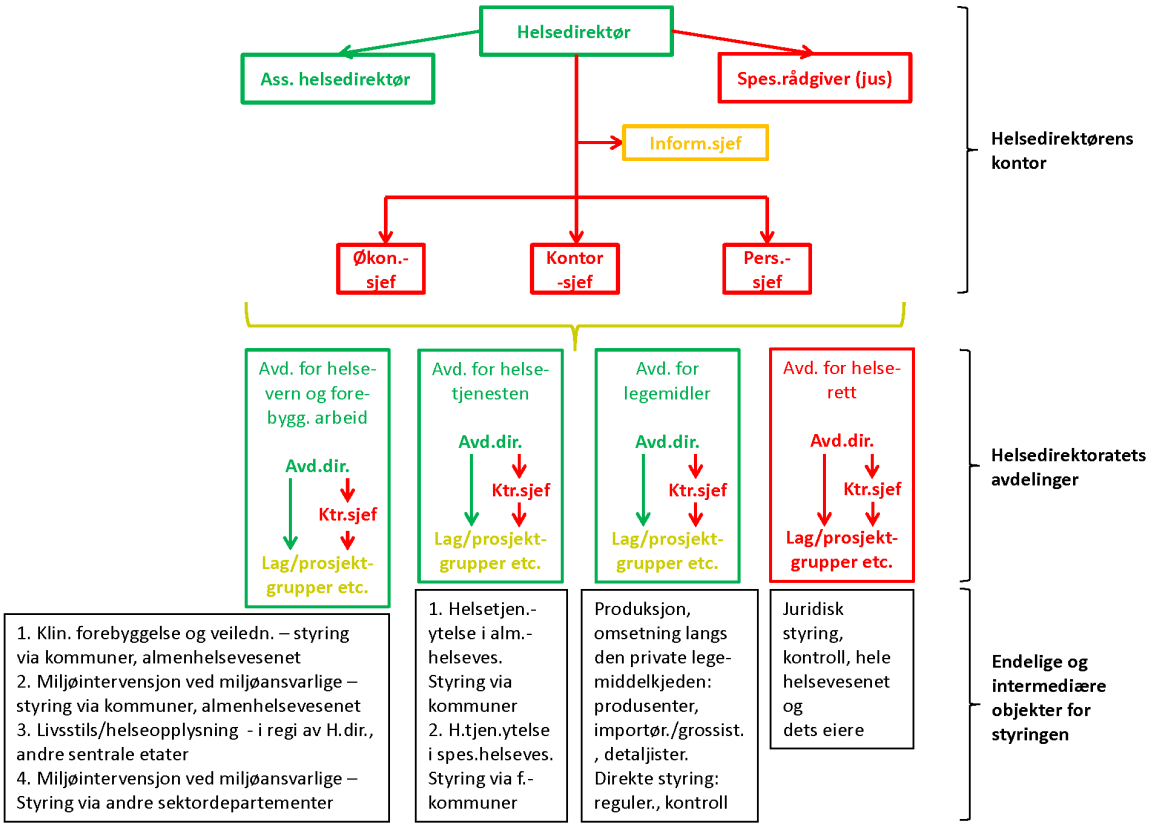
gjøre seg opp en selvstendig mening om dette og ta et standpunkt så snart som mulig». Han vet hva svaret er og presenterer derfor straks sin egen, og Asplans, skisse.

I all hovedsak baserer Hauglin seg på det institusjonelle prinsipp, altså det prinsipp som preget det direktorat som kom i 1983: Han foreslo imidlertid å slå sammen de to «tjenesteavdelingen» til én, en avdeling for helsetjenester. Legemiddelavdelingen og forebyggelsesavdelingen, den siste omdøpt til avdeling for helsevern og forebyggende arbeid, ville han skulle fortsette som før. Sammenslåingen av tjenesteavdelingene kunne gi god målstyringsmening. Den ville gjøre det lettere å integrere styringen av den tjenestebaserte målrealisering. Fortsatt var jo almen- og spesialisthelsevesenet som to verdener. Noe dristig forslag var imidlertid ikke dette; det var jo allerede fremmet av direksjonen, i dens skisse fra desember 1987. Hauglin avviste direksjonens forslag om en kombinert internasjonal og kunnskapsforvaltende avdeling, blant annet med den begrunnelse at det å trekke ett virkemiddel – kunnskapsstyring – ut av de «institusjonelle» avdelinger, ville svekke den integrerte målstyringen disse skulle drive. Gitt denne vurderingen fremstår det da som pussig at han foreslår å opprette en avdeling for helserett; også å gjøre det vil jo svekke institusjonsavdelingenes evne til å drive integrert styring. Han vil riktignok beholde litt juridisk kompetanse i de sistnevnte avdelinger. Hauglins forslag må imidlertid sees på bakgrunn av den økende juridiske «aktivisme» i direktoratet etter delingen: Juristforbundet hadde allerede høsten 1987 (27.10.) utarbeidet et forslag til opprettelse av en rettsavdeling, et forslag direksjonen ettergivende fulgte opp. Forslaget ble også fulgt opp fra 1988 for en prøveperiode på seks måneder: Det ble opprettet en midlertidig juridisk enhet.[729] At det hadde hopet seg opp med klagesaker og lignende hadde gjort det mer opportunt å opprette en juridisk avdeling. Hauglin hadde ikke mye valg; han måtte foreslå at denne enheten ble ført videre – dog, understreket han, uten full juristsamling.

Helt i tråd med målstyringstenkningen foreslo Hauglin å følge direksjonens ønske om å lage et Helsedirektørens kontor. Hauglin går imidlertid mye lenger enn en varsom Mork hadde våget å gå. De vil at medisinalråden skal få en tydeligere rolle som stedfortreder og linjeperson – altså bli assisterende helsedirektør – og at de interne styringsoppgavene, som økonomisjeffunksjonen, personalsjeffunksjonen og funksjonen som en slags teknisk kontorsjef også legges til kontoret. Hauglin ville altså plassere ansvaret for de overordnede ledelsesfunksjonene på toppen, men ellers delegere den mer løpende økonomi- og personalledelse til avdelingene. Han ville også plassere en informasjonssjef ved kontoret. Forslaget var originalt, men i tråd med målstyringstenkningen. Hvis det ble fulgt, ville det gjøre den avdelingen Reidar Bang hadde bestyrt siden Evangs tid, og ennå hadde noen år igjen å bestyre (til han ble pensjonist), til historie og Helsedirektøren til en langt mektigere leder innad, ja, for så vidt også utad. Det forutsatte imidlertid at Sosialdepartementet gav ham et tydeligere, og mer ambisiøst målorientert mandat. Det gjorde det, som vi har sett, ikke. Vi kan også konstatere at Hauglins forslag til institusjonell organisering av direktoratet brøt med den styringsfunksjonelle organiseringen av helseavdelingen. Det ville komplisere den sistes styring av den første, ja, forholdet generelt mellom de to styringsorganer. Hauglin diskuterer ikke betydningen av denne organiseringsforskjellen.

I figur 7.5 har vi illustrert Asplans forslag til ny organisering av Helsedirektoratet.

[729] I direksjonsmøtevedtak den 25.11. 1987 (sak 15/11/87) het det: «En midlertidig enhet for helserett, i hovedtrekk som foreslått av tillitsmannsutvalget 23. november 1987 etableres så snart som mulig for inntil 6. mnd., i påvente av en reorganisering av Helsedirektoratet».



Figur 7.5: Asplans forslag til ny organisering av Helsedirektoratet, 13. juni 1988

Asplan og Hauglin fikk det langt på vei som de ønsket på arbeidsseminaret. Det ble litt diskusjon om Helsedirektørens kontor, men konklusjonen ble at det skulle beholdes. Dog presiserer Asplan i sitt etterseminarforslag, datert den 24. juni,[730] altså bare ni dager etter seminaret, at kontoret ikke skal bli noe mellomledd mellom Helsedirektøren og avdelingene: Kontorstaben skal formelt sees på som det, en stab, og det tillike en stab som bare skal fungere nokså overordnet. Det meste av økonomi- og personalforvaltning skal således legges i avdelingene – for å gjøre ledelsen der mest mulig enhetlig. Men i den grad Helsedirektøren skal lede også økonomi- og personalpolitisk i den grad vil det bli vanskelig å unngå å bruke de administrative sjefene som iverksettere, og da blir de et slags mellomledd. Det sa dog ikke Hauglin. Han kunne ha føyet til at også den nåværende administrasjonsavdelingen i noen henseender fungerte som et, stundom endog irriterende, mellomledd mellom Helsedirektøren og de andre avdelingene.

Også forslaget til avdelingsinndeling ble i hovedsak godtatt. Dermed ble samtidig ledelsens desemberskisse for godt lagt til side; ikke minst til organisasjonenes tilfredshet. Der var en mer pragmatisk diskusjon om styringen av det prekliniske arbeid. Noen mente det burde

[730] Asplan Analyse, *Reorganisering av Helsedirektoratet – Grunnlag og forslag*, Sandvika 27. juni, 1988 (ref.: RAPP15\R3750H\P1366\bk).

legges til en kombinert almenhelse- og folkehelseavdeling, siden så mye av folkehelsearbeidet skjedde i kommunene. Disse mente også man da burde fortsette med en spesialisthelseavdeling. Asplan mente imidlertid, og fulgte her flertallsstemningen, at man burde følge forslaget i den opprinnelige skissen: Siden folkehelsearbeid etter Helse for alle-filosofien ikke minst burde drives ved å påvirke andre sektorer, ville det være upraktisk, og dessuten bryte med den integrerende målstyringstenkningen, å legge det til en kommuneorientert helsesektoravdeling.

I sitt reviderte forslag understreker Asplan noen av de forutsetningene for omorganisering som ble presentert i den første skissen, og føyer noen til. Asplan nevner igjen behovet for en «radikal nedskjæring av oppgaveomfanget» (s. 8): Spesielt bør omfanget av forvaltningsoppgaver, stort sett behandling av enkeltsaker, bort. Men Asplan nevner også rollen som statlig «sykehussjef» og legemiddelavdelingens kontrollvirksomhet. Igjen er begrunnelsen åpenbar: Skal direktoratet bli en strategisk, målstyrende organisasjon kan den ikke fortsette som en «subsumpsjonsmaskin» og pirkete kontrollør. Mye av dette refererer til det som ble kalt «pliktløpet», og som direktoratet ofte klaget oppover over, men som det viste seg vanskelig å bli kvitt. Asplan overser, kan det se ut til, en del av disse vanskelighetene, og for så vidt også vanskelighetene med å «målrette» direktoratet i den grad Asplan ønsket. Kravet om en «klarere profilering av direktoratet» (s. 9) er også et krav om en sterkere «målretting» av direktoratet. Det samme kan man si om forslagene om å øke den indre fleksibilitet i avdelingene (s. 10) – målstyring krever at det arbeides i fleksible, skiftende lag (team) – og om en mer «allsidig og profesjonell ledelse». Hva angår det siste, savner Asplan spesielt en mer strategisk, altså målrettet, overordnet ledelse – der den videre ledelse er en konkretisering og spesialisering av denne. Konsulentfirmaet mener direktoratet er for ensidig opptatt av «faglig ledelse» (s. 10–11), altså at det henger for mye igjen i den medikratiske tid. Ser man hva firmaet skriver om nedskjæring av oppgaveomfanget, er det åpenbart at det også mener direktoratet fortsatt er for preget av byråkrati. Annerledes sagt: Asplan mener det lider under et dyptgående kulturelt etterslep. Det antyder altså at hvis det ikke skjer noe kulturelt og funksjonelt med direktoratet – og her blir arbeidet med mål og virksomhetsplan avgjørende – vil en omorganisering være til liten hjelp.

Asplans rapport ble sendt alle ansatte i direktoratet. Direksjonen vedtok i sitt møte den 1. juli, for ikke å tape tid, å oversende Asplans rapport til Sosialdepartementet før behandlingen av den startet innad. I oversendelsesbrevet, datert den 15. juli, tok Helsedirektøren samtidig egentlig standpunkt. Han anbefalte at alternativ 1, altså i praksis det opprinnelige alternativ (fig. 7.5), ble lagt til grunn for det videre arbeid med omorganiseringen. Helsedirektøren (og medisinalråden) fulgte opp dette brevet med uformelt å diskutere saken med statsråden og departementsråden den 26. juli. Den 3. august var det møte i den rådgivningsgruppen for omorganisering som var etablert, både for å drøfte saken og for hvordan man best kunne holde de ansatte informert.[731] Direksjonen hadde ønsket å møte organisasjonene for de ansatte til et diskusjonsmøte allerede den 12. juli, men det ville ikke organisasjonene; de kunne ikke behandle forslaget ordentlig midt i ferien, og møtet ble utsatt til den 15. august. På dette møte deltok Helsedirektøren, medisinalråden og spesialrådgiveren for ledelsen og ni representanter for de ansattes organisasjoner. Forut for møtet hadde de to største organisasjonene, AF og NTL, sendt ut en skriftlig uttalelse. Her het det at de støttet Asplans forslag når det gjelder de fire avdelingene, men ønsket at administrasjonsavdelingen skulle fortsette – og altså at det

[731] Disse opplysningene finnes blant annet i brev fra Helsedirektøren til de ansatte av 5. august 1988: «Reorganisering av Helsedirektoratet – orientering om framdriften».

ikke skulle bli noe eget kontor for Helsedirektøren (utover ev. noen få nye medarbeidere). NOSO støttet de tos syn. De to siste organisasjonene, NSF og SL, gjorde det subsidiært; primært ønsket de at Asplans alternativ nr. to, med en kombinert forebyggelses- og almenhelseavdeling, ble valgt. Siden organisasjonene på forhånd hadde bestemt seg, og stort sett var enige, måtte Mork bare si at han «kunne slutte seg til flertallets forslag», men håpet på iallfall litt til «seg selv» – «en liten stab på 2–3 personer i tillegg til informasjonsmedarbeider».[732] Det ble imidlertid ikke sagt noe mer om dette ønsket under møtet. AF begrunnet sin avvisning av forslaget om et Helsedirektørens kontor med å si at de oppgavene som skulle legges til kontoret ville kunne «belaste ledelsen med oppgaver som naturlig ikke hører hjemme der, og dermed være til hinder for prioritering av viktige overordnede ledelsesfunksjoner».[733] AF argumenterte altså i noen grad på målstyringspremisser, men tok ikke opp Asplans viktige målstyringspremiss om at flytting av den overordnede økonomi- og personalledelse *opp*, og resten av denne ledelse *ned* til avdelingene, ville kunne gjøre det lettere å skape en enhetlig ledelse både på topp- og avdelingsnivå. Organisasjonene var altså noe mer byråkratisk-konservative enn Asplan. Utfallet av diskusjonsmøtet, som i praksis ble et forhandlings- og beslutningsmøte, ble imidlertid kanskje et litt større nederlag for Hauglin enn for Mork.

Vi har nevnt at opprettelsen av en helserettsavdeling ikke uten videre samsvarer med den nyttestatlige målstyringstenkningen. I et notat til departementet av 30.8., som ledelsen hadde (fått) utarbeidet, heter det at «Den rettssliggjøring av helsevesenet som har funnet sted det siste tiår har ført til en betydelig økning i sakstilfanget på nær sagt alle delområder hvor Helsedirektoratet utøver sin virksomhet». Det gjelder spesielt enkeltsaker, som erstatningssaker, billighetserstatningssaker, spørsmål om rettighetstap, kontroll av legers forskrivninger, taushetspliktsspørsmål, journalinnsynssspørsmål, konkrete fortolkningsspørsmål og klager på behandling. Med andre ord, direktoratet var i stor grad, og blir i noen henseender i stigende grad, et mer tradisjonelt forvaltningsorgan enn Asplan mener det bør bli.

Den 31. august svarer departementet, og sier, «under visse forutsetninger», ja til det siste forslaget.[734] En av forutsetningene er knyttet til den forebyggende avdelingen: Den må samarbeide med den Forebyggingsenheten departementet holder på å etablere. Det var en pikant forutsetning siden enheten, etablert uten at direktoratet var rådspurt, lett kunne bli en enhet som svekket grunnlaget for direktoratsavdelingen – og iallfall kunne gjøre målstyring på området mer komplisert. Når det gjelder den sammenslåtte tjenesteavdelingen forutsetter departementet at sammenslåingen ikke gjør at det går utover områder som «kurative deler av kommunehelsetjenesten, pleie og omsorg og psykiatri». Departementet gir slik noen premisser for den indre organisering av avdelingen. Ellers er departementets kommentarer særlig knyttet til oppgavereduksjonen. Departementet går med på å overta budsjettstyringen av statssykehusene, mot å få overført stilling(er), men ikke de mer forvaltningspregede

[732] Referat fra drøftelsesmøtet den 15.8. 1988, s. 3. Referatet ble den 22.8. sendt til departementet. (H.dir.ref.: 4917/88 AA/NBT)
[733] «Uttalelse fra AF-gruppen om reorganisering av Helsedirektoratet». Uttalelsen følger som vedlegg til brevet til departementet.
[734] Brev av 31.8. 1988. Dep. j.nr. 8834/88 II Hp GV/KHS. Brevet er på fire sider og undertegnet av statsråden og sjefen for administrasjonsavdelingen, Finn Høvik. I den kopi av brevet Anne Alvik hadde fått, var henvisningen til Forebyggingsenheten, og opplysningen om at departementet *«på det nåværende tidspunkt»* ikke fant det hensiktsmessig å opprette et forebyggingsdirektorat, spesielt understreket. Det samme var kravet om stillingsoverføring og instruksen om å organisere tjenesteavdelingen slik at «svake» tjenester ikke ble svekket.

spørsmål knyttet til personal- og lønnsforvaltning og forhandlinger. Det vil ellers at direktoratet skal være mer konkret, og begrunne bedre, de ulike delegeringsforslag, blant annet hva gjelder tilskuddsordninger. Departementets kommentarer hadde slik både et litt pekefingeraktig preg og et innhold som lot forvaltningspragmatikk gå litt utover målstyringssystematikken. Til det siste hadde dog allerede fagforeningene bidratt litt, som vi har sett. Samtidig som departementet sendte sitt svar til direktoratet, sendte det ut en pressemelding om saken.

Etter forslag fra Hauglin,[735] og samtale med organisasjonene, opprettet direksjonen en partssammensatt gruppe[736] til å foreslå navn på de nye avdelingene, hvordan reorganiseringen, med de fornødne oppgaveforflytninger, konkret burde foregå og hvilken stillingsstruktur og hvilket stillingsantall de ulike avdelinger burde ha. I denne gruppen gikk Anne Alvik (Runar Carlsen stedfortreder) og Per Bærum inn fra ledelsen og May Britt Christoffersen (NOSO, NSF, SL), Helge Høifødt (NTL), Arild Gjertsen (AF) og Marianne Tinnå (AF) fra organisasjonen, inn. Otto Hauglin deltok som konsulent. Leder for gruppen ble Helge Høifødt, altså en av organisasjonsrepresentantene, men samtidig en som nå for alvor var iferd med å bli administrasjonsavdelingens viktigste organisasjonsekspert og som sådan en som i stigende grad tenkte direktoratlig og for så vidt i synkende grad «partisk». Han erstattet på et vis Carlsen, som ble opptatt med andre saker, og representerte jo også «ledelsesavdelingen», administrasjonsavdelingen.

Gruppen foreslo (21.9.) at fire av avdelingene skulle få ettords navn, helsetjenesteavdelingen (2), legemiddelavdelingen (3) og helserettsavdelingen (4) og én et lengre navn, avdeling for forebyggende arbeid (1). Gruppens (flertalls)forslag til stillingsmessig oppbygning av direktoratet var ikke radikalt.[737] Det innebar i praksis ingen endring av personellfordelingen mellom avdelingene, selv om den forsøkte å styrke forebyggelsesavdelingen. Det innebar heller ingen styrkelse av Helsedirektørens kontor. Endringen kommer primært til utrykk i en forsiktig omgjøring av «byråkratiske» stillinger, som underdirektør- og kontorsjefstillinger, til mer nyttestatlige spesialstillinger, særlig som rådgivere. Gruppen foreslo en reduksjon i antallet av den første typen på fem (2 u.dir., 3 ktr.sj.) og en økning i den andre typen på 11. Den foreslo også å ta bort to mer medikratisk pregede stillinger, som fagsjef/overlege. Noe av veksten i rådgiverantallet hadde sin parallell i en reduksjon på fire førstekonsulentstillinger. Det var imidlertid begrenset hva gruppen kunne foreslå, siden direktoratet jo ikke uten videre kunne flytte, eller si opp, folk. Vi konstaterer ellers at administrasjonsavdelingen er forblitt som før, størst, selv om oppgaver skulle flyttes fra denne avdelingen til «fagavdelingene».

Målstyringsfilosofien kommer tydeligere til uttrykk i filosofi enn i konkrete forslag, og mer når det gjelder det funksjonelle enn det strukturelle. Hva det stukturelle angår, foreslo gruppen «at seksjonsinndeling som prinsipp for organisering av arbeidet avskaffes» (s. 1). Dog vil den at alle ansatte skal ha en mellomleder å forholde seg til, selv om der bør bli færre mellomledere. Det heter videre at vanlig saksbehandling bør begrenses noe og erstattes av

[735] «Reorganisering av Helsedirektoratet – framdriftsplan etter 31.08.88, notat til direksjonen fra Otto Hauglin, Asplan Analyse (Fag6/59OH.bk) (5 s.).
[736] «Reorganisering – videre framdrift», notat fra direksjonen til alle ansatte, 8. september 1988 (3 s.) Direksjonen følger i det alt vesentlige Hauglins forslag.
[737] Innstillingen er kalt «Reorganisering av Helsedirektoratet. Organisasjonsstruktur og –prinsipper. Stillingssstruktur. Oppgaver og stillingsantall i de nye avdelingene». Den ble avgitt den 20. oktober 1988. Én person i gruppen, juristen Marianne Tinnå (AF), dissenterte i ett henseende; hun ville ha en sterkere konsentrasjon av jurister i helserettsavdelingen enn resten av gruppen.

prosjektarbeid, gjerne et prosjektarbeid som går på tvers av mindre tette avdelingsskiller. Hva det funksjonelle angår, støttet gruppen PLUTO-forslagene om en mer dynamisk, desentralisert budsjett- og personalledelse. At en mer fleksibel, målrettet personalledelse kunne skape ulikheter mange ville mislike, var en pris man måtte betale, mente gruppen – ledet av en fagforeningsmann og dominert av fagforeningsmedlemmer.

Kanskje aller viktigst var gruppens forslag om å styrke de roller som skulle legemliggjøre målstyringen, lederrollene. Gruppen ville at lederne skulle bli mer rene ledere; deres roller skulle spesialiseres og profesjonaliseres. I rapporten heter det kritisk at lederne, særlig de helsefaglig utdannede ledere, Helsedirektøren inkludert, i altfor stor grad har vært «faglige ledere», altså drevet det vi kunne kalle en form for overordnet helsefaglig saksbehandling. De bør i større grad, heter det (s. 24) bli strategiske ledere, administrative ledere og mellommenneskelige ledere. Som strategiske ledere må de definere og konkretisere mål. Som de andre typer ledere, må de se til at måten det ledes på fører til størst mulig grad av måloppnåelse. Gruppen mener derfor lederne, «fra helsedirektør til mellomledernivå», bør gjennomgå et lederutviklingsprogram. Den understreker også at direksjonen enda mer bevisst bør bli det organ hvor ledelsen starter og hvor ledelsen integreres vertikalt. Direksjonen skal slik fungere ledelsesdisiplinerende for lederne ned til avdelingsnivå. Gruppen foreslår ellers at det «uhierarkiske» medisinalrådsembedet gjøres om til et tydeligere hierarkisk lydende assisterende helsedirektørembede.

Der kom en del, men stort sett pragmatiske, kommentarer til den partssammensatte gruppens forslag til innføring av den nye organisasjonsformen. Gruppen justerte sitt forslag litt.[738] Samtidig (28.10.88) ble en ny partssammensatt gruppe (2) nedsatt for å fordele personellet på avdelingene.[739] Den 2. november 1988 vedtok direksjonen den nye organisasjonsformen – den skulle tre ikraft den 1. januar 1989 – og fordelte både oppgaver og stillinger. De aller fleste oppgaver hørte naturlig hjemme i de ulike avdelinger. Dermed gjorde også personellet det. Omgjøringene av stillinger i mer «dynamisk» retning var forholdsvis få: I sentralledelsen ble underdirektørstillingen foreslått omgjort til rådgiverstilling, i forebyggingsavdelingen underdirektørstillingen til fagsjefstilling og én kontorsjef- og én førstekonsulentstilling til to rådgiverstillinger og i helsetjenesteavdelingen én fagsjef-, én kontorsjef- og to førstekonsulentstillinger til én prosjektleder- og tre rådgiverstillinger. I legemiddelavdelingen ble ingen stillinger foreslått omgjort, i helserettsavdelingen ble to førstekonsulentstillinger foreslått omgjort til to rådgiverstillinger og i administrasjonsavdelingen en førstekonsulentstilling til en rådgiverstilling. I sitt brev til Sosialdepartementet av 23. november 1988 foreslår direktoratet også at medisinalrådsembedet blir til embede som assisterende helsedirektør og at de to stillinger som overarkitekt gjøres til rådgiverstillinger. Helsedirektørens stab ble ellers foreslått litt styrket i siste runde ved at den «overtallige» avdelingsdirektør i kommunehelsetjenesteavdelingen, Per Bærum og fagsjef Øivind Aarflot i avdeling for miljørettet helsevern ble foreslått flyttet opp til ledelsen som henholdsvis spesialrådgiver og rådgiver. Det hadde vært et ønske å gjøre avdelingene mer like i antall ansatte; det lyktes ikke. Ei heller førte ønskene om å føre flere oppgaver over fra administrasjonsavdelingen til «fagavdelingene» til at denne avdelingen ble noe mindre.

[738] Partssammensatt gruppe 1, «Reorganisering – organisasjon, oppgaver, stillinger – gruppens merknader til høringsuttalelsene», datert 9.11.88, undertegnet Helge Høifødt (5 s.).
[739] Den fikk som leder Anne Alvik og som medlemmer Runar Carlsen (ledelsen), Kari Sønderland (AF), May Britt Christoffersen (NOSO, NSF, SL) og Leonora Martinussen (LO/S). Gruppen sendte den 28.10. ut et notat om arbeidet til de ansatte, og med et skjema for plasseringsønsker den enkelte skulle fyll ut og returnere.

Fordelingen av stillinger etter omorganiseringen fremgår av tabell 7.1. Her er imidlertid ikke (de til sammen 11) omgjøringene tatt med; de kom senere på året.[740] Helsedirektoratets instruks måtte først endres noe og stillingsomgjøringene med lønnsplassering måtte klareres med Forbruker- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet.

Tabell 7.1: Helsedirektoratet, oppbygning og stillingsfordeling fra 1989						
Org.enhet	Direksjon.	Forebygg.	Helsetjen.	Legemid.	Helserett	Admin.
Toppledere	Helsedir. Med.råd Spes.-rådgiver	Avd.dir.	Avd.dir.	Avd.dir.	U.dir.	Avd. dir.
Spesialister Mellom-ledere	1 u.dir. 1 inf.leder 1 kons./ o.lege 1 avd.dir./ o.tannlege	2 fagsjefer 1 u.dir. 3 ktr.sjefer 5 sp.leger	4 fagsjefer 3 ktr.sjefer 4 sp.leger 3 rådgivere 2 o.arkitekt.	1 u.dir. 1 ktr.sjef 4 legemid. inspektører	1 ktr.sj.	1 u.dir. 3 ktr.sj. 1 utr.led.
Saksbe-handlere	1 kons.	8 f.kons. 6 kons. 3 f.sekr.	7 f.kons. 8 kons. 2 f.sekr.	2 f.kons. 3 kons. 1 f.sekr.	6 f.kons. 2 kons. 4 f.sekr.	5 f.kons. 4 kons.
Kontorister/ andre	2	4	5	2	3	1 skr.led. 1 arkivled. 1 bibl.led. 1 bibl. 1 kons. 20 ktr
Tilsammen pr. enhet	3+4+1+2 =10	1+11+17+4 =33	1+16+17+5 =39	1+6+6+2 =15	1+1+12+3 =17	1+5+9+5 +20=40
Tilsammen	154					

Kilde: Den offisielle oversikt over de organiserte stillinger i Helsedirektoratet 1. januar 1989. Oversikten viser at det er 154 stillinger (noen ubesatt). Etter budsjettbeslutning i Stortinget hadde direktoratet fra 1989 151 stillinger. Diskrepansen skyldes at noen stillinger «hørte til» andre steder.

Det ble hektisk frem mot nyttår. En rekke små og store spørsmål og uenigheter måtte avklares, delvis innad i direktoratet og delvis oppad overfor departementet. Ofte hang spørsmålene sammen. Det var for eksempel tilfellet med det spørsmål som skapte mest engasjement, spørsmålet om ledelsen i den nye helserettsavdelingen. I brev av 7. desember skriver departementet at det ikke kan godta at denne avdelingen får en ny avdelingsdirektørstilling. Departementet mener at spesialrådgiveren i ledelsen, juristen Knut Munch-Søegaard, kan overta som avdelingsdirektør i den nye helserettsavdelingen, med bibehold av tittel og lønn – og så kan Bærum overta rollen som spesialrådgiver for

[740] Departementet godkjente uten videre omgjøringer av mellomlederstillinger til rådgiverstillinger, men mente omgjøring av tre, ikke seks (som bedt om) saksbehandlerstillinger til rådgiverstillinger var «en rimelig løsning», men omgjøringene måte finansieres av Direktoratet selv. (Brev av 5.4.89, dep.j.nr.: 4018/89 II A OMA/BK.)

Helsedirektøren. Direktoratet reagerer litt irritert på hva det oppfatter som departemental detaljstyring – og arroganse. Der var også andre «pirkete» innvendinger til direktoratets plan for stillingsomgjøringer. Blant annet ønsket ikke departementet at fagsjefstillingene igjen skulle gjøres om til overlegestillinger, selv om det var av rekrutteringsgrunner. Ut fra den «faglige profilering det nå legges opp til av direktoratet» bør det fortsatt være aktuelt å ansette «medarbeidere med annen profesjonsbakgrunn».[741] Men Munch-Søegaard ville ikke bli leder for den nye avdelingen og i et nytt brev fra direktoratet (13.12.) heter det at «Etter Helsedirektoratets syn gir Tjenestemannsloven ikke adgang til å overføre ekspedisjonssjef Munch-Søegaard til en lavere stilling mot hans vilje». Direktoratet gjentar derfor sitt forslag om at det opprettes en stilling som avdelingsdirektør i helserettsavdelingen. Det gir seg heller ikke når det gjelder overlegetittelen – en tittel, fremholder direktoratet, som også brukes i andre direktorater, som Oljedirektoratet, Rikstrygdeverket og forsvaret.[742] Saken ble også drøftet muntlig mellom departement og direktorat og mellom departementets administrasjonsavdeling og Juristforbundet. Den 12. desember ble saken tatt opp i forhandlingsmøte mellom Juristforbundet og ledelsen i direktoratet. Juristforbundet var stadig opptatt av å få en avdelingsdirektørstilling lagt til helserettsavdelingen, subsidiært en underdirektørstilling, men krevde i tillegg bl.a. å få (ytterligere) to kontorsjefstillinger (for jurister). Partene ble ikke enige og saken ble sendt til departementet for endelig avgjørelse, med forklarende brev fra direktoratsledelsen og Juristforbundet (20.12.). Etter et møte i departementet den 21.12., der direktorat og de ansattes organisasjoner deltok, svarte departementet lille julaften. Det svarte, med et lite stikk, at helserettsavdelingen «forutsettes» «ledet av en underdirektør idet direktoratet har en juridisk spesialrådgiver på høyt nivå i stab hos helsedirektøren».[743] Slik ble det, og forble det. Helsedirektoratet skulle for resten av sin tid (til 1994) måtte klare seg uten en avdelingsdirektør i helserettsavdelingen. Helserettsavdelingen fikk heller ikke de to ekstra kontorsjefstillinger som direktoratet og juristene bad om.

Disse skjermyslene på tampen av en tid- og følelseskrevende prosess var knapt av noen regimemessig betydning. De ble uttrykk for et «spill» rundt og med reglene, et spill der partene forsøkte å utmanøvrere hverandre gjennom juridisk fektekunst, og der mistilliten fungerte som en kulisse rundt det som skjedde. Men utviklingen gikk forsiktig videre. Den nyttestatlige filosofien slo sakte dypere røtter i direktoratet. Det topplederutviklingsprogram direktoratsledelsen i praksis for lengst hadde sagt ja til, ble nå, vinteren 1989, satt i gang. De to øverste ledere og avdelingsdirektørene skulle bli fotfulgt og skolert, personlig og kollektivt, spesielt ut fra den filosofi at ledelse «foregår mellom mennesker».[744] Nå skulle ledelsen i

[741] Brev fra Sosialdepartementet av 5.12.88, «Reorganisering av Helsedirektoratet». Dep ref.: 12406/88 A II THM/MES. Brevet var ført i pennen av avd.direktør i adm.avdelingen, Thomas Mauritzen, og undertegnet av departementsråden og eksp.sjef Finn Høvik. I brevet sier for øvrig departementet også nei til å endre overrakitektstillingene til rådgiverstillinger.

[742] Brev fra Helsedirektoratet til Sosialdepartementet, datert 13. desember 1988, «Reorganisering av Helsedirektoratet». H.dir.ref.: 23707/88 V AA/TRN/NBT. Brevet var konsipert av Anne Alvik, men undertegnet av Torbjørn Mork og Reidar Bang.

[743] Brev fra Sosialdepartementet av 23.12.88, «Reorganisering av Helsedirektoratet». Dep.ref.: 13272/88 II A THM/ås. Kari Sønderland ble, som underdirektør, leder for helserettsavdelingen. Da Munch-Søegaard gikk av fikk hun i 1993 fungere som spesialrådgiver i Helsedirektørens stab, men ble utnevnt til avd.direktør fra 1994 (i Statens helsetilsyn). I brevet av 23.12. står departementet fast på at direktoratet ikke kan bruke tittelen overlege, bl.a. under henvisning til at tittelendringen er organisatorisk og derfor må forelegges Stortinget og at den ev. må vurderes overfor den da eksisterende lov om etableringsstopp for leger.

[744] Sitatet er fra Otto Hauglins notat av 1.12.88 til direksjonen, kalt «Reorganisering av Helsedirektoratet – forslag til plan, innhold og ramme for ledelsesutviklings- og opplæringsprogram». Programmet omfattet først en kartlegging blant ansatte om deres forventninger til lederne. Konsulentene bearbeidet så informasjonen, sammenholdt den med Direktoratets oppdrag og konfronterte lederne med resultatet. Deretter fulgte Gro

direktoratet profesjonaliseres på de nye, nyttestatlige premisser; gamle medikratiske og byråkratiske ledelsesformer skulle avlæres. Ingen tenkte på å gjøre noe slikt i departementet, men i direktoratet tenkte etter hvert nesten alle slik, men spesielt Anne Alvik – med Torbjørn Mork som støtte. Noen av de eldre lederne hadde nok sine motforestillinger, men måtte jo være med på «ferden». I tillegg til programmet for lederne ble det laget og gjennomført mer teknisk pregede opplæringsprogrammer i økonomi-, personal- og prosjektledelse, delvis i regi av administrasjonsavdelingen og delvis i samarbeid med Forbruker- og administrasjonsdepartementet. Programmet i prosjektledelse førte også til at det ble laget egne retningslinjer for prosjektledelse.[745] Disse programmer startet vinteren 1989 og fortsatte resten av året og ut i 1990. De ble en del av en mer institusjonalisert, nyttestatlig orientert ledelsesutvikling. Administrasjonsavdelingen markerte også det ved å etablere et faglig forum for direktoratsansatte som arbeidet med personal- og økonomiforvaltning.[746]

Som en del av den direktoratlige organisasjonsutvikling ble *H.DIR intern melding* fornyet og rustet opp, under navnet *intern info*. Den nye helserettsavdelingen begynte i mai 1989 å gi ut fagnotatet *HELSERETT-**INFO***.

Omorganiseringen og det fornyede helsedirektorat

I beste målstyringstradisjon ble det bestemt at omorganiseringen skulle vurderes (evalueres) på ulike tidspunkter. Den første vurderingen ble foretatt fra midten til utløpet av mars, den annen tidlig på høsten og den siste sent på høsten (1989). Som en del av den siste vurderingen ble det også i perioden 15. til 22. november gjennomført en spørreundersøkelse blant de ansatte. Vurderingene viste at Helsedirektoratet mer og mer ble et nytt direktorat, selv om fortiden stadig var til stede, endog legemlig, gjennom ledere med røtter i det evangske og tidlige morkske direktorat.

Det konstateres i den første rapporten, som kom i mai, at mye gjenstår på det primære målstyringsplan, altså det å bestemme direktoratets eksistensielle oppgaver, og, spesielt, å knytte dem til konkretiserte mål.[747] Det kunne også langt på vei konstateres ved de neste vurderinger. Direktoratets «profil» er derfor stadig, heter det i de neste vurderinger, litt uklar. Virksomhetsplanarbeidet var imidlertid nå godt i gang, selv om planenes virkninger ennå var moderate. Det hang imidlertid også, som vi skal komme tilbake til, sammen med ressursproblemer.

Johnsrud eller Otto Hauglin de ulike ledere i deres ledergjerning i ca. en måned (vinteren 1989). Minst ukentlig samtalte så konsulentene med «sine» ledere og gav dem råd. Temaer som gikk igjen ble drøftet kollektivt. Programmet ble fulgt opp med kurs i det å gjennomføre medarbeidersamtaler og å organisere og lede prosjekter.

[745] Retningslinjene hadde tittelen «Prosjekt som arbeidsform i Helsedirektoratet. Retningslinjer og veiledning» og er på 14 sider, med vedlegg, blant annet som flytdiagrammer. De ble godkjent av direksjonen den 10. mai 1989. Retningslinjedokumentet er preget av den nyttestatlige filosofi, en filosofi som innebærer at endring blir viktigere og at mange endringer må gjennomføres som prosjekter, éngangstiltak. Ettersom endringstakten tiltar, vil prosjekter, heter det, bli en viktigere måte å arbeide på for Direktoratet.

[746] Det første møtet ble holdt den 13. mars 1989. En drivkraft i dette arbeidet ble Helge Høifødt, førstekonsulenten som fra 1989 ble utredningsleder og som nå hadde fått rollen som Helsedirektoratets fremste organisasjonsutviklingsmann.

[747] «Reorganisering av Helsedirektoratet 1.1.89. Innføring av nye organisasjonsprinsipper mv. Statsurapport pr. 31.3.89». Rapporten, skrevet av administrasjonsavdelingen, ble godkjent av direksjonen den 10.5.89.

Indirekte hadde imidlertid også en del skjedd: Avdelingsinndelingen representerte en oppgaveantydning hva de tre «institusjonelle» avdelingene, men i noen grad også helserettsavdelingen, angikk. Og i oppgavene lå der implisitt om ikke mål så verdier og formål. Men det viktigste nå var endringene i funksjonelle enheter og i ledelsesfilosofi – og samspillet mellom disse. De faste byråkratiske enheter var blitt færre og større: avdelingene ble de laveste sådanne enheter. Innad i avdelingene skulle seksjonene bort og erstattes av midlertidige (endrings)prosjekter og halvfaste lag («team»). Der skulle arbeides mer horisontalt og kollektivt. Det skjedde også, gradvis, men i noen grad kom de løsere enhetene, prosjektene og særlig lagene, til å bli iallfall halvfaste og halvbyråkratiske.

Overgangen til prosjektorganisering gikk sakte. Ved første vurdering var det særlig i forebyggingsavdelingen prosjektformen ble brukt. Her økte også etter hvert bruken av den nokså mye. Mot slutten av 1989 hadde avdelingen miljørettet helsevern som hovedprosjekt, og ellers mindre prosjekter knyttet til omsorg for nyfødte, sikkerhetstiltak for aktive barn, helsestasjonsvirksomheten (lage en veileder), skolehelsetjenesten og HIV/AIDS-omsorgen. Etter hvert ble det satt i gang prosjekter også i andre avdelinger, spesielt i helserettsavdelingen og i administrasjonsavdelingen. Helserettsavdelingen satte i gang prosjekter om kvalitetssikring («Fra klage til kvalitet»), bygging av et presedensarkiv og utarbeidelse av forskrift for miljørettet helsevern. Administrasjonsavdelingen hadde prosjekter knyttet til internopplæringen, blant annet i prosjektarbeid[748] og personal- og økonomiledelse (for de «andre avdelinger»), og til overførselen av personal- og økonomiledelsesoppgaver til de andre avdelingene. Innføringen av EDB (tekstbehandling) hadde også i noen tid vært prosjektpreget.

Den voksende bruk av prosjektarbeid var altså et uttrykk for at Helsedirektoratet ble en mer endringsskapende organisasjon. Det skapte spenninger overfor «fortiden», altså den rutinepregede forvaltning, spenninger som selvsagt ble forsterket av ressursmangelen. Spesielt forebyggingsavdelingen, men også helserettsavdelingen, ble hengende etter med forvaltningsoppgavene.

Bruken av lag («team») istedenfor seksjoner kom nokså tidlig i gang i tre av avdelingene. Forebyggingsavdelingen hadde få lag, helsetjenesteavdelingen hadde svært mange lag og administrasjonsavdelingen fire lag. Legemiddelavdelingen hadde ikke hatt seksjoner og ønsket ikke å ha lag: Man kan si at avdelingen i seg selv var et lag, men også at hver medarbeider var det. Helserettsavdelingen ville ikke ha lag. Den fryktet at laginndeling ville føre til sterk spesialisering og svært små lag – og dermed til sårbarhet (ved fravær eller utskifting av personell); også denne avdelingen fungerte slik også som ett lag. I legemiddelavdelingen var det daglige postmøter for hele avdelingen og månedlige avdelingsmøter. Det bidro til å styrke avdelingens status som lag. I helserettsavdelingen bidro et ukentlig faglig forum til det samme. Når disse to, små, avdelinger ikke hadde indre lag, skyldes det imidlertid også at de (stadig) arbeidet nokså tradisjonelt, den første farmasøytisk-byråkratisk, den annen, men ikke bare, juridisk-byråkratisk.

Det var ikke overraskende helsetjenesteavdelingen som baserte seg mest på lag. Jørgen Jonsbu, avdelingens sjef, var nysgjerrig og alltid opptatt av å prøve noe nytt. Han stod dessuten overfor den formidable oppgave å bygge bro over den kulturkløft som eksisterte, fra praksis- til forvaltningsnivå, mellom almen- og spesialisthelsevesenet. Resultatet ble altså

[748] I mai 1989 hadde administrasjonsavdelingen klar en veileder om prosjektarbeid. Den het «Prosjekt som arbeidsform i Helsedirektoratet. Retningslinjer og veiledning». Den ble godkjent av direksjonen den 10.5.

nokså mange lag, med påfølgende multiple lagmedlemsskap. Siden alle medarbeidere også skulle ha en fast arbeidsleder, kom alle ikke-ledere slik under et dobbelt og ofte flerdobbelt lederskap. Avdelingen ble en flerdimensjonal matrise. I tillegg kom at lagmedlemmene også i stor grad måtte bedrive gammeldags forvaltning, og slik arbeide også utenfor lagene og prosjektene. Dette skapte faglige samordningsproblemer, problemer lederne fikk «i fanget». Det skapte også arbeidsledelsesproblemer. Det ble ofte vanskelig for personallederne å kunne lede ut fra ressurshensyn: I et lavt bemannet direktorat, «forsynte» lagledere seg av arbeidskraft ut fra de behov de hadde, samtidig som forvaltningsoppgavene også måtte vies oppmerksomhet. Dette fikk den følge at mange medarbeidere ble overbelastet, og personallederne satt litt ut av spill. Lagorganiseringen, kombinert med uformell «seksjonsorganisering», skapte også i noen grad uklare ansvarsforhold; lagorganisering svekker de linjene seksjonene krever. De problemer det kan skape kan i noen grad begrenses hvis en organisasjon preges av lik målforståelse og har en sterk lojalitetskultur, men de forsvinner ikke helt. Helsetjenesteavdelingen merket disse problemer, men også de andre avdelingene som brukte lag gjorde det. Problemene avtok imidlertid noe etter hvert, også i helsetjenesteavdelingen. Typisk nok ble avdelingen litt rebyråkratisert: Avdelingens fire faggrupper, hver ledet av en fagsjef, ble de nye «seksjoner», men lagene var i noen tilfeller stadig sammensatt av personer fra ulike faggrupper. I den siste, og mest omfattende vurderingen het det (s. 9) at «Teamene,…., har ikke funnet sin endelige form».[749] Det reduserte imidlertid ansvarsuklarheten noe at avdelingen innførte et skille mellom den beslutningsorienterte «linjekontakt» og den mer utredende «stabskontakten».[750]

Det var altså vanskelig å forene gammelt og nytt. Det kom endog tidlig til syne tendenser til at lagene («teamene») kunne stivne litt til og bli semiseksjoner. Målstyringen, med løsere strukturer innad i avdelingene, virket imidlertid i viktige henseender også som intendert. Målbevisstheten «satte seg» i større grad, lederne ble viktigere – også topplederne – og de øvrige medarbeidere fikk mer varierte arbeidsoppgaver og ble i større grad bevisst sitt medansvar. Også mellom fag- og kontorgruppene ble det lavere terskler. Kontoransatte ble trukket mer inn i det faglig pregede fellesskap i avdelingene. Ettersom året gikk, og ledere og ansatte fikk tid til å tilpasse den formelle struktur og utvikle den «nødvendige» uformelle (tilleggs)struktur ble noen av de problemene vi har nevnt mindre, men andre holdt seg i betydning og til dels tiltok, som vi skal komme tilbake til.

I en laginnstilt organisasjon skal alle faste, formelle enheter i størst mulig grad bort. Slik ble det også tenkt av Helsedirektoratets organisasjonsutviklere. Asplans Otto Hauglin gjentok stadig at det nye direktoratet skulle fungere med «tynnere vegger og lavere terskler». Det press «oppløsningen» innad i avdelingene skapte, kombinert med ressursknapphet, resulterte imidlertid i at veggene og tersklene *mellom* avdelingene ble tykkere og høyere. I vurderingen den 10.5. heter det at det er kommet signaler om at «avdelingene mer enn før vegrer seg for å bidra til løsningen av oppgaver som er forankret i andre avdelinger, og at avdelingene konkurrerer om å vise at de har kommet dårlig ut av reorganiseringen mht antall stillinger og arbeidssituasjon».[751] Den strukturoppløsning og ansvarskollektivisering og ansvarsanonymisering overgangen til løsere organisasjonsformer førte til, skapte samtidig et behov for en fasthetskompensasjon. De skillene som ble fjernet innad i avdelingene, ble gjort skarpere mellom dem. Kanskje kan man også si at Helsedirektoratets oppgaver stadig var

[749] «Reorganiseringen – evaluering pr. 15.11.89», notat fra administrasjonsavdelingen til direksjonen, datert 12. desember 1989. (J.nr. 89/06329 5 HH.)
[750] Kfr. «Reorganisering av Helsedirektoratet 1.1.89. Innføring av nye organisasjonsprinsipper mv. Statsurapport pr. 31.8.89, s. 1. Rapporten ble avlevert den 11.10.89 og direksjonsbehandlet samme dag.
[751] Fra vurderingsrapporten av 10.5.89., s. 5.

langt mer helsefaglig tekniske og forvaltningsmessige, og stabile, enn den løsere, målstyringsorienterte organisasjonsformen tilsa. I andre sammenhenger klaget jo direktoratet nettopp over det – over «pliktløpets» omfang. Kanskje er det slik heller ikke så overraskende at den eldste, mest «konservative», og mest «adskilte» avdelingen var den som før omorganiseringen var preget av størst medarbeidertilfredshet (vist i «PLUTO»), og som fortsatte å være det etter omorganiseringen. I november-vurderingen heter det (s. 10) at «Svarene på spørreundersøkelsen viser generelt mer positivt syn på reorganiseringen og tiltakene i oppfølgingen (i legemiddelavdelingen) enn i andre avdelinger». Man kunne nesten sagt, «et mer positivt syn på «ikkereorganiseringen», for som det heter i vurderingen (s. 10): «Avdelingen ble lite berørt av endringene i avdelingsstrukturen».

Ikke så overraskende har «institusjonsavdelingene» opplevd problemer med samarbeidet med den nye juridiske avdelingen – og omvendt. Utskillelsen av juskompetansen svekket jo institusjonsavdelingene som integrerte avdelinger. Det måtte ta tid å finne «lagaktige» måter å samarbeide på over avdelingsskillene, og nok ekstra lang tid på grunn av både helserettsavdelingens behov for å «finne seg selv» og den skjerpede avdelingsegoismen. Helserettsavdelingens problemer tiltok endog. Allerede i mai, etter den første vurderingen av omorganiseringen, skrev helserettsavdelingen til adminstrasjonsavdelingen og klaget sin nød, endog komparativt. I brevet, ført i pennen av kontorsjef Bente Ohnstad, heter det således at mens helserettsavdelingen i første kvartal 1989 hadde 1 606 arkivregistrerte dokumenter, hadde legemiddelavdelingen, med omtrent den samme bemanning (15 mot 17), 613 saker. Videre skriver hun: «Avd. 1 har dobbelt så mange hjemler som oss, mens antall inn-/ut-dokumenter ligger på 1 454, altså noe under vårt tall». Hun nevner også at «det er nødvendig for avdelingens fortsatte eksistens å ha en fast lederstruktur på minst 3»; avdelingen hadde nå to. Hun legger i den forbindelse til at mens de andre avdelinger hadde 20 til 22 prosent lederhjemler hadde helserettsavdelingen 11,7 prosent. Ledelsen hadde forståelse for situasjonen, men syntes Ohnstad overdrev på noen punkter. Anne Alvik skrev i en kommentar til Torbjørn Mork at «Vi må prøve å bedre forholdene i avd. 4 på en slik måte at de andre avd. ikke reagerer for mye, om mulig».[752] Det var imidlertid ikke så mye budsjettet tillot ledelsen å gjøre nå. Allikevel ble stemningen etter hvert bedre i den internt uspesialiserte avdelingen. Den faglige homogeniteten, og følelsen av at jusens rolle og status ble styrket, bidro til det. I november-vurderingen står det (s. 10) at «avdelingen har etablert en velfungerende intern organisering, med en positiv avdelingsidentitet og god arbeidsorganisering».

Som vi har sett ble det ikke mulig å skape et mer utpreget nyttestatlig Helsedirektørens kontor. Vi ser allikevel nokså snart at administrasjonsavdelingen delvis får en styringsrolle overfor de andre avdelingene. Ja, den tydeliggjøres gjennom delegeringen av personal- og økonomioppgaver til «fagavdelingene»: Gjennom denne delegeringen får i virkeligheten administrasjonsavdelingen sine «agenter», eller iverksettere, i fagavdelingene. Ved at denne styringen gjøres mer målorientert, blir den også mer penetrerende; den påvirker direkte de «faglige» overveielser i større grad enn den gamle byråkratiske styringen hadde gjort. Da Anne Alvik satt og forberedte seg til vurderingsmøtene den 15. mars, skriblet hun ned noen momenter og spørsmål på et papir. Et av spørsmålene var: «Er avd. 5 en stabsavdeling?» Spørsmålet var nok også et svar.[753] Det fremgår også av hele vurderingsprosessen. Den ledes

[752] Brevet fra helserettsavdelingen, med overskriften «Evaluering av reorganiseringen – erfaringer ved 1. kvartal 1989», er i den versjon vi har bare datert mai 1989. Kommentaren fra Alvik til Mork er skrevet på den versjonen vi har, og har fått av Alvik.

[753] Hennes A5-ark med momenter var heftet sammen med innkallelsen til vurderingsmøtene. Innkallelsen hadde overskriften «Oppfølging av reorganisering – møter mellom avdelingene og ledelsen – temaer for statusrapport pr. 31.3.89», datert 9.3.89. Vi har fått momentarkene av Anne Alvik. De er nå i vårt arkiv.

av administrasjonsavdelingen, på en stadig mer selvbevisst og fremadskuende måte. Den siste vurderingen ender med tydelige råd til avdelingene, og lederne på alle nivåer, og med både stillings- og budsjettforslag. Forholdet er, at det etter hvert først og fremst er administrasjonsavdelingen som leder omorganiseringsarbeidet og lederutviklingen; ja, som vi skal se, til dels også innføringen av virksomhetsplanleggingen. Asplan spilte en tid en viktig rolle, men i regi av administrasjonsavdellingen. Etter hvert overtok administrasjonsavdelingen det meste av initiativet. I noen grad kan vi også snevre inn vår påstand. I administrasjonsavdelingen var det førstekonsulent, og altså fra 1989 utredningsleder, cand. mag. Helge Høifødt, som var drivkraften. Han hadde begynt i direktoratet og administrasjonsavdelingen bare noen få år før, i 1986, og kom først for alvor med i organisasjonsutviklingsarbeidet som fagforeningsrepresentant (NTL). Mer og mer kom han til å tenke på vegne av hele direktoratet, altså tenke som leder. Gradvis kom han slik også til å skifte side, men ikke på noen maktbevisst og maktsøkende måte. Han ble, og forble, en sindig, utredende leder. Han arbeidet på den nye ledelsesfilosofiens premisser, men hans stil var ikke den «harde» målstyringens. Han var, og forble, en både pragmatisk og humanistisk målstyringsmann. Det passet for så vidt hans sjef, Reidar Bang, og Helsedirektoratets øverste «indreleder», Anne Alvik. Høifødt søkte seg forøvrig, typisk nok, ikke formelt inn i linjen.

Senhøstes 1989 var imidlertid Høifødt, og administrasjonsavdelingen, spissere i tonen enn de pleide å være, og siden skulle bli. I vurderingen til den 15. november er administrasjonsavdelingen forholdsvis fornøyd med det som er skjedd på det forebyggende område; å styrke dette var ett av formålene med omorganiseringen. Et annet formål var å gjøre mer hva gjaldt pasienters rettigheter. Administrasjonsavdelingen konstaterer at her henger direktoratet etter. Spesielt er «Saksbehandlingstiden for klage-, erstatnings- og billighetserstatningssaker vedr. pasientbehandling altfor lang», heter det.[754] Men selv om den er lang brukes mye ressurser på å få den ned, så mye at det går utover annet helserettslig arbeid. Her kreves det, legges det til, «forbedringer når det gjelder organisering og og bemanning». Enda mer negativ er vurderingen av hvordan hovedformålet om å bedre samordningen av helsetjenestene er fulgt opp. Vurderne skriver (s. 2–3): «Styrking av arbeidet med almenhelsetjenestene, overvåking og tilsyn med og kvalitetssikring i helsetjenesten, helsetjeneste for enkelte svake grupper, er oppgaver som ikke blir tilstrekkelig ivaretatt».

Spørreundersøkelsen viser, heter det i vurderingsrapporten (s. 3), at «de ansatte vurderer reorganiseringen verken klart vellykket eller mislykket (score 3,7 der 6 = svært vellykket, 1 = svært mislykket)». Lederne er mest fornøyd, kontorpersonellet minst fornøyd; resten befinner seg imellom de to gruppene. Tilfredsheten følger altså i noen grad hierarkiet.

Det konstateres at arbeidsbelastningen oppleves som stor og endog økende. Spesielt er det siste tilfelle for helsetjenesteavdelingen. I rapporten anslåes det (s. 6) at det ble utført mellom 8 000 og 10 000 timer ubetalt overtidsarbeid i 1989, i tillegg til vel 2 000 timer betalt overtidsarbeid. Samlet ble det altså utført et overtidsarbeid tilsvarende 5–6 årsverk. Vi har sett at Asplan anbefalte en drastisk utflytting av oppgaver. En viss oppgavereduksjon ble foretatt i løpet av året, i tillegg ble antallet saksbehandlingsledd i mange saker redusert (til i høyden to). Nå skriver administrasjonsavdelingen at utflytting og forenkling ikke på noen måter er nok til «å skape den nødvendige kraft i arbeidet med de prioriterte områder». Den legger dog

[754] Rapport pr. 15.11.89, *op. cit.*, s. 2.

formanende til at målet må være at «det ikke skal utføres oppgaver som er lavere prioritert, dersom oppgaver som er høyere prioritert ikke blir utført» (s. 6–7). Dette skjer imidlertid stadig, også i 1989, heter det. Administrasjonsavdelingen vil derfor at den målbaserte prioriteringen skal bli tydeligere, blant annet gjennom bedre resultatrapportering. Annerledes sagt: Avdelingene har ikke tatt tilstrekkelig inn over seg hva målstyring i praksis innebærer; de er for forvaltende. Her nevnes det dog ikke at jusen ofte fører til en annen prioritering enn hva den nyttestatlige målprioritering gjør; og jusen har alltid forkjørsrett, og mer forkjørsrett jo mer konkret den er. I rapporten sies det, litt unnvikende, at «feilprioriteringen» «sikkert (har) rimelige forklaringer i hvert enkelt tilfelle».

Prioriteringsskjevheten kan i noen grad føres tilbake til måten det ledes på, mener vurdererne: Ledelsen er for lite reelt ledende; til dels fungerer den, som før, som en slags siste saksbehandlingsinstans. Rapportens forfattere er til dels generelt kritisk, altså kritisk både til avdelingslederne og til topplederne, men mest kritisk er de til lederne for forebyggingsavdelingen og helsetjenesteavdelingen og til topplederne, direksjonen som kollegium medregnet. Ledelsen i forebyggingsavdelingen får lavest vurdering i spørreundersøkelsen. Bedømmerne erklærer (s. 7–8) at avdelingsdirektøren må legge mer vekt på ledelsesoppgavene, «særlig med tanke på å få avdelingsledergruppen til å fungere som en gruppe med felles ansvar for avdelingens drift, å utvikle den avdelingsinterne organisering og å forbedre koordinering og samarbeid». Om ledelsen i helsetjenesteavdelingen heter det (s. 9) at «den lider fordi lederne bruker uforholdsmessig mye av sin kapasitet til saksbehandling». Det legges dog til at dette også reflekterer avdelingens ekstra vanskelige ressurssituasjon, spesielt på legesiden.

Mest kritisk er administrasjonsavdelingen i sine kommentarer til direksjonen. Den begynner sin vurdering av direksjonen slik (s. 4):

> *Direksjonen har ikke blitt det sentrale forum for strategisk planlegging og ledelse, drøfting av prinsipielle faglige spørsmål, og organisering av større prosjekter og fellestiltak, slik det var forutsatt. Det skorter særlig på direksjonens evne til å få avdelingene til å samarbeide og å trekke i samme retning, og på lojalitet mot, gjennomføringsevne og oppfølging av ledelsens og direksjonens beslutninger. Dette har negative virkninger på resten av organisasjonen.*

Vurderne henviser også til sakssammensetningen i direksjonsmøtene. Av 169 direksjonssaker i 1989 (inntil 6.12.) var 75 referat- og informasjonssaker, 65 interne saker og bare 29 «fagsaker». En del av de interne sakene var utpregede ledelsessaker, men nesten en tredjedel ikke var det, og kunne vært avgjort uten direksjonsbehandling, mente administrasjonsavdelingen. Avdelingen bruker ordet «fagsaker» på den gamle, medikratiske måten, altså også om saker av prinsipiell og helsepolitisk betydning.

Direktoratet hadde lenge vært forholdsvis fragmentert. Under Evang fungerte kontorene nokså autonomt. Slik fortsatte det i Morks første periode. I Morks andre periode fikk Helsedirektøren etter hvert en stab, spesielt helt på toppen, som var mere hans, og som ble en mere mobiliserende stab enn Morks gamle stab, eller Evangs. Administrasjonsavdelingen mente altså nå at direktoratet i noen grad var begynt å gå i oppløsning. Antagelig er det en «ahistorisk» vurdering. Det var tidligere en nokså løs organisasjon, preget av det som i dag i ledelseteorien ofte omtales som fordelt (distribuert) ledelse. Noen, som Henry Mintzberg,

mener det gir en bedre organisasjon: den blir mere fleksibel fordi mange leder.[755] Nå var det mindre løst, men litt for løst sett fra et integrert målstyringsperspektiv. Lederne var mer ledere enn de, og deres forgjengere hadde vært, men altså ikke nok til å kunne kalles gode målstyringsledere.

Administrasjonsavdelingen var altså bekymret for at direktoratet falt litt fra hverandre både vertikalt – ledelsen ble svevende litt for mye over vannene, og horisontalt – avdelingene ble i stor grad seg selv nok. Det siste hadde de også vært før, men det er nok riktig at ressursmangelen og «oppløsningen» av de faste strukturer i avdelingene, hadde bidratt til en viss horisontal fragmentering.

Administrasjonsavdelingen ville ha «skabhalsene» til å gå bedre sammen, og lanserte derfor en rekke utfordrende forslag i sin oppsummerende vurdering. På den ene siden ville avdelingen at alle i ledergruppen skulle forberede seg bedre, delta mer i diskusjonene i direksjonen, være mer strategiske – altså målorienterte, mer ansvarstagende «etterpå» og mer resultatrapporterende. Avdelingen ville ha en kulturrevolusjon i direksjonen, en revolusjon som ble videreført i avdelingsledelsene og som til syvende og sist skulle gjøre hele direktoratet til en organisasjon gjennomsyret av kreativ målbevissthet og effektiv resultatoppnåelse. Den ville at en både vertikalt og horisontalt fragmentert organisasjon skulle bli et (mer) friksjonsfritt målsøkende maskineri.

Men som vi har sett, reorganiseringen og den ledelsesutvikling som ledsaget den, skapte både virkninger fornyerne hadde hatt som formål å skape, og virkninger de ikke ønsket å skape. De løsere organisasjonsformer internt i avdelingene skapte uklare ansvarsforhold og bidro til å forsterke, eller iallfall bibeholde avdelingsskillene og avdelingsselviskheten. Desentraliseringen av en del av økonomi- og personalledelsen, kombinert med opplæring av avdelingspersonell i slik ledelse, skapte større fleksibilitet innad i avdelingene – og ble godt likt i avdelingene, men førte også til at direksjonen og til dels avdelingslederne mistet noe av kontrollen over økonomi- og personalledelsen. Ja, siden de øverste ledere ikke selv fulgte opplæringen, hverken visste eller forstod de hva som skjedde med denne ledelsen. Lederne fikk, som vi har sett, selv lederopplæring, men den var adskilt fra blant annet økonomi- og personalledelsesopplæringen. Den skapte ikke ledelse «hele veien» ned og ut. Spørreundersøkelsen viste dog at der var en nettogevinst av opplæringen. Administrasjonsavdelingen skriver i sin vurdering at opplæringen har gitt «enkelte resultater», spesielt på avdelingsnivå, og spesielt i de to mest ledelsesspesialiserte avdelingene, helsrettsavdelingen og administrasjonsavdelingen. Siden de ansatte i legemiddelavdelingen var relativt fornøyd både før og etter opplæringen, kan vi igjen konstatere at minst hadde skjedd med ledelsen i de to store institusjonelle avdelinger, forebyggingsavdelingen og helsetjenesteavdelingen.

Før vi avslutter denne redegjørelsen skal vi kort si litt om topplederutviklingen og de virkninger den hadde.

[755] Kfr. Henry Mintzberg, "Managing the Myths of Health Care," *World Hospitals and Health Services*, b. 48, nr. 3, 2012, s. 6.

Direksjonen

Opplæringsprogrammet for lederne ble satt i gang i slutten av januar 1989 og varte frem til overgangen april/mai samme år. Det startet med at de to konsulentene, Gro Johnsrud og Otto Hauglin, hadde møter med folk i avdelingene om deres forventninger til lederne. Så delte konsulentene lederne mellom seg og «fulgte» dem en tid i deres ledelsesutøvelse. Denne «skyggingen» var ikke bare informasjonsinnhentende. Konsulentene ble straks normative, både diagnostisk og terapeutisk. De kombinerte altså observasjon og rådgivning. I noen grad var de også aktive på denne måten på avdelings(leder)møter. Konsulentene ledet også møter både i avdelingene og direksjonen hvor ledelsesemner av særlig relevans for direktoratet ble drøftet. De tok også opp på video flere av møtene i direksjonen – opptak på til sammen tre timer. Opptakene ble brukt som grunnlag for diskusjoner om direksjonens, og dens medlemmers, rolle og oppgaver og hvor godt de ble ivaretatt. Konsulentene var altså muntlig og sosialt aktive gjennom prosessen. Til dels gav de, på egne vegne, substansielle vurderinger og råd, og til dels forsøkte de å mobilisere direktoratslederne til å bli sine egne bedømmere og rådgivere. Selv om de, og Asplan, var knyttet til målstyringsfilosofien, gjennomførte de lederutviklingsprosessen også på en mer kunstnerisk-humanistisk, eller mobiliserende, måte. Som mobiliserere var de også venstre-liberale på en måte som passet den fagforeningsbevisste staben: De anbefalte mindre hierarki og mer (bedrifts)demokrati. Vi har ovenfor også sett at Hauglin hele veien la stor vekt på «partsrepresentasjon» og å sende alle forslag ut til vurdering blant de ansatte.

Asplan lot ikke direktoratet få en utførlig skriftlig analyse av lederne og ledelsen. Gro Johnsrud skrev et notat om ledelsesutviklingsarbeidet. Det var på vel tre luftige sider og inneholdt ingen dypere analyse.[756] Men det var den måten Asplan hadde fungert på, også i organisasjonsutviklingsarbeidet: De skriftlige notater var korte, til dels strekpunktpregede og uten dypere premisser. De skulle «provosere» til diskusjon og praktisk refleksjon, ikke være filosofisk dype. De fungerte også slik, men ikke minst fordi de to konsulenter var tydelige, bestemte og engasjerende. De klarte å sette seg i respekt, selv i en organisasjon med mange akademikere – altså personer som lett tyr til spiss ironi når de utsettes for utenforstående forståsegpåere. Etter hvert som den mer «prosaisk» fungerende administrasjonsavdelingen fikk en mer aktiv rolle i arbeidet, ble dens notater og analyser snart mer omfattende og dyptpløyende enn konsulentenes. Avdelingen gled gradvis over i rollen som direktoratets internkonsulenter.

Johnsrud begynner sin omtale av direksjonen slik: «Direksjonen er sterkt preget av helsedirektørens faglige briljans». «De fleste av diskusjonene i direksjonen er» derfor, heter det videre, «sentrert rundt helsedirektøren». Hun skriver videre: «I diskusjoner om enkeltsaker fra de ulike avdelingene deltar stort sett helsedirektøren og den aktuelle avdelingsdirektøren». Når «fellessaker og mer prinsipielle spørsmål» drøftes, er engasjementet lite fra avdelingslederne.

Hun bekrefter hva Helge Høifødt skriver i den siste vurderingen av omorganiseringsprosessen, at «detaljdiskusjoner av enkeltsaker» spiller en større rolle enn «overordnede prinsippsaker». Hun konstaterer videre at de strategiske diskusjoner gjerne

[756] Notatet har overskriften «Ledelsesutvikling i Helsedirektoratet: Kort tilbakeblikk på opplegg og arbeid i direksjonen». Det er udatert, og for så vidt uten forfatternavn, men følger som vedlegg til Administrasjonsavdelingens vurdering pr. 15. november 1989.

ender uten «klare konklusjoner» – altså målbaserte beslutninger – og uten «forpliktende oppfølgingsplaner». Den praktiske «oppfølging» både av små og store, inkludert prinsipielle (målbaserte), beslutninger eller avklaringer «foregikk i form av «masing» og «purring» fra helsedirektøren, ikke gjennom faste rapporteringsrutiner», skriver hun.

Man kan si at Helsedirektoratets løse struktur, vertikalt som horisontalt, ble avspeilet i måten direksjonen fungerte på, særlig hva angår det vertikale. Helsedirektøren snakket, og de andre hørte, og overhørte, skriver Gro Johnsrud. De andre engasjerte seg ikke, spesielt ikke i «strategiske» spørsmål, dog særlig med Jørgen Jonsbu som en unntagelse. I noen grad, kan man si at de – men da overdriver vi noe – undertiden knapt var til stede på møtene. Signaler som ble gitt, og mer og mindre konkrete beslutninger som ble fattet, ble i varierende grad fulgt opp. Helsedirektøren måtte mase og mase for at ting skulle skje. Med andre ord, Helsedirektøren og hans stab styrte bare delvis. Direksjonen møttes, overla og fattet noen beslutninger, men beslutningene og signalene ble ikke de eneste, og ofte ikke de viktigste premisser for det som så skjedde i avdelingene. Der startet i noen grad en ny beslutningsprosess. Sentralledelsen og avdelingsledelsene var, som nyinstitusjonalistene sier, «løst koblet».

Gro Johnsrud sier at avdelingsledernes semiabdikasjon i direksjonsmøtene skyldtes Morks «briljans», og dermed dominans. Hun foreslår derfor både en demokratisering av direksjonens beslutningsprosesser og en «tetting» av linjen nedover. Hun vil altså ha mer (bedrifts)demokrati oppover (på beslutningssiden) og mindre demokrati nedover (på iverksettelsessiden). Hun foreslår således i det første tilfelle at møteledelsen burde gå på omgang og at diskusjonene burde ha innslag av smågruppediskusjoner og paneldebatter. I det annet tilfelle foreslår hun at klare (plan)beslutninger skulle følges opp med «et *bedre system for rapportering og oppfølging*». Hennes forslag reflekterer på en typisk måte målstyrernes oppskrift for å kombinere målstyring og demokrati.

En leders «briljans» *kan* virke passiviserende. Den som viser frem sin storhet kan lett få andre til å føle seg små. Men briljans kan også virke motsatt, nemlig mobiliserende. Det er det vi ser når charismatisk lederskap ofte har dramatiske virkninger. Den amerikanske statsviteren James MacGregor Burns (1918–2014) taler om slik ledelse som «transformational leadership». Den oppstår "when one or more persons engage with others in such a way that leaders and followers raise one another to higher levels of motivation and morality".[757] Slik ledelse forutsetter altså et dypere verdifellesskap. Det var nok et slikt i Helsedirektoratet, men å utnytte det mobiliserende, er krevende, selv for den mest charismatiske, og særlig i lengden. Som i så mange sammenhenger går «tenningen» etter hvert over; de opphissende hormonene søker tilbake til sine depoter. Evang opplevde titt og ofte dette, etter hvert stadig mer. Som vi har omtalt i første bind sluttet etter hvert hans gamle venn og ideologiske forbundsfelle, Otto Galtung (Hansen), å gå på Evangs (lege)lunchmøter. Han ble lei av sjefens «kamintaler» og av at han gav inntrykk av å beherske større deler av medisinen enn han gjorde.[758] Mork kan nok også ha merket at hans «briljans» etter hvert ikke slo like meget igjennom. Han var opptatt av medisinsk forskning, og deltok ivrig i Rådet for medisinsk forskning (NAVF), men behersket langt fra hele det medisinske fagfelt med «briljans». Han var imidlertid skarpsindig – Bjørn Jøldal, den av avdelingslederne som så mest opp til ham, opplevde han som mer skarpsindig enn Evang[759] – og mente han hadde en nesten gammeltestamentlig utstråling. Han

[757] James McGregor Burns, *Leadership*, New York: Harper Collins, 1978, s. 20.
[758] Opplysningene har vi fått av Kjell Bjartveit i samtale 7.11. 2008.
[759] Opplyst av Bjørn Jøldal i samtale 15.10. 2008.

forente de retoriske appellformene logos, ethos og pathos som få andre. Det var heri hans briljans lå. Men den bar ikke lenge nok, og langt nok. Han klarte ikke i lengden å fascinere noen av de andre avdelingslederne (enn Jøldal). Både han og Evang opplevde stadig at det var lettere å rive med seg andre forsamlinger og personer, nemlig dem de møtte ved avgrensede anledninger.

Men den vertikale «løsheten» er nok allikevel mer et spørsmål om sosiologi enn (sosial)psykologi. Hvis beslutningene i direksjonen, og av Mork, ble for mange og for presise, ville det redusere avdelingsledernes frihet som avdelingsledere. De ønsket en løst koblet vertikal linje, altså en ledelse som mer var basert på verdier og visjoner enn på presise målbeskrivelser. Spesielt ønsket antagelig de ledere som ledet de medikratitunge avdelinger, forebyggingsavdelingen og helsetjenesteavdelingen, det. I den grad de skulle bedrive målledelse ville de bedrive den selv, i sine egne avdelinger. Gro Johnsruds målstyringsinspirerte forslag om å tvinge dem til å bli mer aktive i direksjonen, for å tvinge dem til å binde seg selv, var derfor ikke særlig attraktive. Derfor forble avdelingene, for resten av Morks siste periode, forholdsvis autonome. Den avdelingen som mest ble en forlengelse av direksjonen var den som også saklig sett var det, administrasjonsavdelingen. Men den ble ikke det på grunn av Mork, men på grunn av saklighet. Denne avdelingen skulle administrere den nye filosofiens innføring. Sørlendingen og juristen Reidar Bang var for øvrig heller ikke en mann som så lett lot seg rive med av en charismatisk helsedirektør.

Gitt disse forholdene er det heller ikke så rart at direksjonsmøtene ble preget av konkrete, ofte «administrative» saker. De var «ufarlige» (for avdelingene). Undertiden var de kinkige for den ene eller annen avdelingsleder; det kunne være greit å få slike saker avgjort av «andre». Direksjonen ble slik i noen grad mer en «overadministrasjon» enn en strategisk ledelse.

Det desidert største problem for alle avdelingsledere, men en delvis unntagelse for Jøldal, var mangelen på folk, gitt de oppgaver de hadde. Ressursmangelen var derfor ikke minst den saken avdelingslederne var mest opptatt av å få behandlet på toppen. I noen grad drev den dem fra hverandre; de konkurrerte om de knappe personellmessige og økonomiske ressurser, og «kranglet» om hvor stillinger skulle holdes ledige for å få budsjettet til å gå opp. Ressurssaken pekte videre oppover, til departementet. Selv om kravene og forventningene til hva som kunne oppnåes ved å presse mer på oppover ikke stadig ble artikulert, ble de til en følt belastning for Helsedirektøren. Utover i 1984, med et klimaks høsten 1984, dramatiserte han presset oppover – ved å gjøre det offentlig. Han fikk, som vi har sett, uttelling, om ikke svært god, for det. Han fortsatte å klage på litt ulike vis i årene som kom, men mer forsiktig, og altså med magre resultater. Dette tæret på den tillit avdelingslederne viste ham, og han følte det, selv om de intet sa. For så vidt forstod de også alle at striden med departementet hadde sine indre omkostninger, og at bak deres departement «lurte» «overdepartementet», Finansdepartementet.

Vi har nevnt at Gro Johnsrud bemerker at diskusjonene i direksjonen ofte er tosidige. Slik gjenspeiles den horisontale «krakelering» ute i direktoratet på toppen. Helsedirektøren tar opp saker med de aktuelle avdelinger og andre abdiserer; ikke er de så interessert i de andres saker og ikke vil de blande seg unødig inn i dem. Det er selvsagt noe som «irriterer» konsulenten som ambisiøs målstyrer, men det reflekterer jo også den gamle autonomikultur.

Vi kan altså konstatere at direksjonen fungerte mindre integrerende enn det som formelt var intensjonen etter delingen i 1983, og som kom til uttrykk i retningslinjene for direksjonen. Den ble nok etter hvert en mer kollektivisert, og integrerende, enhet, men det skjedde ikke raskt. Reorganiseringen bidro til å dytte på i en slik retning, men virkningene var ikke dramatiske. Ønskene om autonomi ute og nede i direktoratet var for sterke. De var for sterke hos de fleste av avdelingslederne og hos mange fagfolk under dem. De var antagelig også for sterke hos organisasjonene, til tross for hva de ofte sa. Det kan endog virke som om den gamle medikrat, Torbjørn Mork, selv tvilte på den nye tids ledelsesbudskap, selv om han i formelle sammenhenger gav uttrykk for noe annet. Som vi har nevnt, gikk han aldri dypt inn i premissene for den nye ledelsestenkning. Undertiden kunne han endog skrive lett ironiserende over en del sider ved den. I en av sine «Helsedirektøren har ordet»-artikler i H.DIR intern melding (nr. 6, 1985) reflekterer han, distanserende, over tidens opptatthet av effektivisering – målstyringens viktigste stikkord (både som mål og middel). Han tar utgangspunkt i et sitat fra forvaltningsfilosofen fremfor noen på den tiden, Samferdselssdepartementets Rolf N. Torgersens (1918–2010) (c.j.) betraktninger om møter:

I en arbeidsform med så meget utveksling av så mange meninger av ulik vekt og verdi, sier det seg selv at det har lett for å bli langt mellom beslutningene. I stedet legges det vekt på å produsere uvesentlige møtereferater eller tilfeldige notater. For å vise gruppens innsats distribueres disse til flest mulig, hvilket fører til ytterligere uklarhet om ansvar og fremdrift.

Mork skriver at han nikker gjenkjennende og tar, generelt, til ordet for å ha færre, men bedre begrunnede, planlagte og gjennomførte møter. Han oppfordret imidlertid selv til å gjøre møter til de sentrale beslutningsfôra både i direktoratet og dets avdelinger og omfavnet initiativene til å la alt som skulle utredes, for eksempel i forbindelse om reorganiseringen og virksomhetsplanutviklingen, bli utredet i partssammensatte grupper og gjerne drøftet i forskjellige plenumsmøter. Det hang både sammen med tanken om å integrere beslutninger og å demokratisere måten de ble fattet på, som han formelt gikk inn for. I årene etter at han skrev det han skrev om å planlegge møter og profesjonalisere gjennomføringen av dem, fortsatte han å lede møter på måter han hadde ironisert over. Han var mer lik dem han hadde under seg i linjen enn han undertiden kunne gi inntrykk av. Både han og de følte seg i noen grad fremmed for den nye tids ledelsestenkning. Den mer stresset enn fascinerte dem. Det er også noen av grunnen til at direksjonen, og avdelingsledelsene, bare med små skritt tilpasset seg konsulentenes, og etter hvert delvis også administrasjonsavdelingens, råd. At de sistnevnte ikke helt så dette er antagelig noe av grunnen til at de ble litt nedlatende i sine vurderinger i siste runde. Ja, ikke bare ble de nedlatende, de ble også frustrert: De fikk det ikke helt til, men skjønte ikke hvorfor.

Målledelsen konkretiseres: Helsedirektoratet innfører virksomhetsplanlegging

Første, søkende fase – 1986

I PLUTO-rapporten (august 1986) het det (s. 7) at «PLUTO er en strategisk plan..», en plan som blant annet skal «gjøre organisasjonen mer effektiv og resultatorientert gjennom et prinsipprogram, målstyring og desentralisert myndighet og ansvar». I rapporten er det spredte betraktninger om hva prinsipprogrammet, eller den strategiske plan, skal inneholde. På s. 38

heter det at den strategiske planen er en «plan for omstilling», men at omstilling krever at organisasjonen er seg bevisst hvem den er og hvor den vil hen. PLUTO-forfatterne fortsetter: «Det er derfor behov for å konkretisere direktoratets overordnede mål for sin virksomhet og fremtidige arbeide i 2 år fremover i form av et prinsipprogram». Det sies så (s. 39) at dette program bør være ferdig før 1986 er omme og altså gjelde for 1987 og 1988. Det er uklart om programmet bare skal være et målavklaringsdokument, eller om det også skal inneholde en (strategisk) plan for hvordan målene i hovedsak skal nåes.

PLUTO-forfatterne hadde ikke referert til Stortingets beslutning av 20. mars 1985 om budsjettreform,[760] det vil si, om en reform i statens måte å styre på; det er derfor de vakler i språkbruken. Gjennom denne reformen skal budsjetteringen gjøres målrettet. Tradisjonelt var målene for bevilgningene gjemt i vage formålsoppfatninger, i oppgavene, og i den lovgivning som ofte lå til grunn for dem (begge). Nå skulle alt integreres – det skulle altså styres strammere. Formålene, som de ble forstått, og kom til uttrykk gjennom oppgavene, skulle nå defineres konkret, som hovedmål. Hovedmålene skulle så «brytes ned» i delmål og disse igjen i arbeidsmål, alle med tidsangivelser. De underordnede målene er altså også *mål*, ikke midler eller strategier. Arbeidsmålene er saklig, kanskje romlig, og tidsmessig konkrete *implikasjoner* av delmålene, hovedmålene og i siste instans (eksistens)formålet. Å konkretisere mål innebærer, etter den nye styringslæren, å gjøre dem kvantitative, eller iallfall svært konkret beskrivbare. I den grad institusjoner klarer det, kan de lett se (måle) i hvilken grad de har nådd sine mål: Resultatene (altså graden av måloppnåelse) er lett rapporterbare; i noen tilfeller rapporteres de automatisk. Når målene er fastsatt og konkretisert skal institusjoner bestemme hvilke midler de skal bruke for å nå målene. Særlig viktige midler i denne sammenheng er penger, men penger er viktige også fordi de er en slags midler for midler: penger brukes til å skaffe til veie blant annet det personell, de ytre tjenester og de varer, inkludert teknologi, institusjonen trenge for å kunne nå sine mål. Budsjettet blir slik en integrert del av den samlede styringsplan, den som fra nå av kalles *virksomhetsplan*.

Direksjonen, og dermed direktoratet, gikk nå, for en tid, over til å bruke den terminologien som kom med stortingsproposisjonen og tankene fra «Den nye staten».[761] Denne del av PLUTO-prosessen skulle altså nå føres videre som en virksomhetsplanprosess. Den skulle skje nokså parallelt med (den øvrige) organisasjonsutviklingen. Direktoratets første virksomhetsplan skulle bli en plan for 1989. Men andre oppgaver, også organisasjonsutviklingsarbeidet, kom i veien og arbeidet ble forsinket. Direksjonen hadde riktignok et første forslag til overordnet mål, eller formål, og hovedmål klart den 24. november 1986. Men så tok det nesten et år før et nytt, og nå mer utførlig dokument, forelå; det kom i september, men var opprinnelig konsipert før ferien (og datert 22.6.). Det hadde den PLUTO-inspirerte, og mer tradisjonelle, overskriften «Helsedirektoratets prinsipprogram og langtidsplan».

Vi skal først se på direksjonens forslag til målstruktur (av 24.11.). Det lød, i sin helhet, slik:

Overordnet mål/formål:

[760] *St.prp.* nr. 52 (1984–85), «Om reformer i statens budsjettsystem og endringer i bevilgningsreglementet». Kfr. også *Innst. S.*, nr. 135 (1984–85).

[761] Direktoratet baserte i stor grad sitt arbeid på det «oppskriftsnotat» om virksomhetsplanlegging Statens rasjonaliseringsdirektorat hadde utarbeidet like før direksjonen startet sitt konkretiseringsarbeid: *Til deg som ansatt: Virksomhetsplanlegging – en ny måte å styre på*, som igjen var en kort utgave av R-direktoratets *Resultatrettet virksomhetsplanlegging – en veiledning*, 1986.

Helsedirektoratets overordnede mål/formål er
- å medvirke til helsefremmende miljø og levekår
- å forebygge sykdom og uførhet
- å sikre den enkelte – uavhengig av kjønn, alder, bosted, økonomi og diagnose – gode helsetjenester bygget på ajourført kunnskap og hensiktsmessig teknologi.

HOVEDMÅL 1:
Helsedirektoratet skal minst en gang i hver stortingsvalgperiode legge fram for Sosialdepartementet og almenheten direktoratets vurdering av helseforholdene og det som påvirker dem, med forslag til politiske og andre tiltak til fremme av folkehelsa.

HOVEDMÅL 2:
Helsedirektoratet skal ut fra aktuell kunnskap, det statlige tilsyn og utøvelsen av den myndighet som er gitt direktoratet, vurdere hvordan helsetjenesten samsvarer med helseproblemene i landet og gi forslag og bidrag til helsefaglig og annen videreutvikling av helsetjenesten.

HOVEDMÅL 3:
Helsedirektoratet skal gjennom sin overordnede ledelse sikre at det statlige helsevesen og statens institusjoner inngår som en rasjonell og effektiv del av landets samlede helsetjeneste.

HOVEDMÅL 4:
Helsedirektoratet skal gi sin sakkyndige uttalelse, vurdering eller tilråding i konkrete saker til Sosialdepartementet, øvrige departement, direktorater o.a. innen rammen av fastsatte prinsipper og avsatte ressurser.

HOVEDMÅL 5:
Helsedirektoratet skal videreføre organisasjonsutviklingsarbeidet og virksomhetsplanleggingen for direktoratet, fylkeslegekontorene og andre underliggende instanser i samsvar med ny viten, evalueringsresultatene og nye bestemmelser fra Stortinget, Regjering og Sosialdepartementet.

Forslaget var ikke begrunnet, men omtales i oversendelsesskrivelsen til organisasjonene i direktoratet som «uferdig». Det kan man si det er. Det vidner om at direktoratets folk ikke er vant til å tenke så stramt og konkret som den nye målstyringsfilosofien krever. Stramt og målstyringstydelig hadde imidlertid heller ikke departementet tenkt da det delte direktoratet i 1983. Men tar man utgangspunkt i det mest formålspregede, verdiene, kan man nok si at de er de samme for de to hierarkisk forbundne instansene. Departementet skal, målstyringspolitisk, definere de verdier som skal prege helsepolitikken, bestemme hvilken relativ betydning de skal ha og så konkretisere dem som mest mulig presise (hoved)mål, evt. også delmål og arbeidsmål. I noen grad vil disse måtte oversettes til regler (jus). Departementet skal også utforme de «overordnede» strategier (generelle virkemidler) for å nå målene. Disse strategier skal konkretiseres gjennom planer, lover og budsjetter, men også gjennom måten styrings- og forvaltningsapparatet utformes på (og også det skjer i stor grad juridisk, gjennom statutter (kompetansenormer)).

Delingen av direktoratet var slik et middel i departementets måte å realisere regjeringens verdier og mål på, på det helsepolitiske område. Det fremgår, om ikke presist, av begrunnelsene for delingen og de oppdrag direktoratet fikk ved delingen, at det nye helsedirektoratet i første rekke skulle bidra tidlig og sent i styrings- og forvaltningssyklusen.

Det skulle gi premisser for departementets politikkutvikling (oppstrøms) ved å overvåke og vurdere helseforholdene. Det skulle altså stille en folkehelsediagnose, men på det grunnlaget også peke på hvor og kanskje også hvordan departementet burde handle, overfor miljøet og de som er ansvarlige for de ulike deler av det, folks livsstil og den kliniske tjeneste og dens måte å fungere på. Disse rådene skulle altså ta utgangspunkt i en medisinsk diagnose og derfor også selv i hovedsak basere seg på medisinsk (helsefaglig) innsikt. De skulle være mål-middelorientert. De skulle, slik den nye styringsformen forutsetter, gies «tjenestevei», altså internt, ikke via ekstern «megafon», for eksempel massemediene. Når så departementet hadde utformet politikken ((om)definert målene og utarbeidet strategier for å nå dem) skulle Helsedirektoratet komme inn igjen nedstrøms, som iverksetter, dog ikke bare en hierarkisk iverksetter – også en mykere, rådgivende sådan. Endelig skulle direktoratet spille en nokså fornyet, det vil si målstyringsbasert, oppgave, som kontrollør og tilsynsutøver.

Helsedirektoratet skulle altså, målstyringstenkt, ha det samme helsepolitiske formål som departementet. Når departementet ikke eksplisitt hadde formulert noe sånt, måtte Helsedirektoratet gjøre det selv, men basert på en tolkning av den rådende politikk. Det gjorde direktoratet gjennom formålsdefinisjonen. Man kan si at det her trakk frem to verdier, men verdier som for så vidt lett lot seg konkretisere som presise mål. Den første var det vi kunne kalle (folke)helsemaksimering, den annen likhet ((nesten) barrierefri tilgang på tjenester). Den første verdien som skulle «maksimeres» (ennå uten kvantitativ spesifikasjon), helse, kunne konkretiseres som forventede leveår, spesielt ved fødselen, ev. «korrigert» for livskvalitet – altså det som nå innen helseøkonomikken ble definert som forventede kvalitetsjusterte leveår.[762] Det er utvilsomt at dette var et sentralt mål for alle partiers helsepolitikk, selv om de ikke presist definerte hvor rask veksten skulle være, og for så vidt hvilken relativ verdi helse skulle ha, men det var åpenbart at de fleste mente Norge burde ha «helseutbytter» som de beste i verden. Likhetsverdien kunne konkretiseres som ventetid til tjenester og omfanget av økonomiske, geografiske og andre barrierer for adgang til de ulike tjenester. Likheten ville være fullstendig hvis helsetjenester var gratis, nære og «umiddelbart» tilgjengelige. Etter at helseforsikringen, innført i 1911 (vedtatt 1909), ble gjort universell i 1956, hadde det vært enighet om at folk skulle få nesten gratis, og rask, tilgang til de «siste» tjenester (vitenskapen har muliggjort), selv om denne «rettigheten» ennå ikke var formalisert på en helt forpliktende måte. At denne likhetsverdien stod sterkt midt i 1980-årene ser vi av den politiske støy som oppstod omkring den økte ventetid for en del spesialiserte tjenester, f.eks. i valgkampen i 1985.

De to verdiene, som de her er konkretisert som mål, er delvis konkurrerende. Hvis adgangen til tjenester skulle være «lik» ville «helseproduktet» ikke bli så høyt som det kunne blitt, fordi prekliniske tiltak stort sett gir større helseutbytte enn kliniske, særlig kostbare, og derfor ofte subjektivt de mest «nødvendige», tjenester. Det var også en slik tankegang som lå under den canadiske helseminister, Marc Lalonde's forslag fra 1974 om å styrke folkehelseinnsatsen, til dels på bekostning av helsetjenesteinnsatsen, og som ble fulgt opp av Verdens helseorganisasjon gjennom Helse for alle innen år 2000-strategien, en strategi Sosialdepartementet var påvirket av og Helsedirektoratet «bergtatt» av – skjønt begge mer i

[762] Ideen om kvalitetsjusterte leveår har røtter tilbake til en artikkel skrevet av Herbert E. Klarman, John O'S Francis og Gerald D. Rosenthal i 1968, kalt "Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease". Den ble publisert i *Medical Care*, b. 6, nr. 1, s. 48–54. Klarman og hans kollegers ide ble siden videreutviklet av andre; spesielt kom helseøkonomene ved York University til å spille en viktig rolle for raffineringen og operasjonaliseringen av ideen. Den begynte for alvor å få oppmerksomhet i løpet av 1980-årene.

teorien enn i praksis. Helsedirektoratet omtalte således ikke denne konkurransen i sin formålsbeskrivelse.

Målstyringsrevolusjonen begynte å gjøre seg gjeldende i 1970-årene i helsesektoren. Med den fikk hensynet til andre verdier større betydning i helsepolitikken: Den kom som et krav om (omkostnings)effektivisering. Ja, effektivisering, eller (hensynet til) andre verdier, skulle være også middelet til å redde den frie tilgjengelighet. Effektivitet ble slik en del av «oppdraget» til helsevesenet. Dette reflekteres ikke i direktoratets formålsomtale, men nevnes indirekte i hovedmålene 3 («rasjonell og effektiv») og 4 («avsatte ressurser»). Man kan si at dette skyldtes at direktoratet skulle konsentrere seg om de rene helseverdier, og at effektivitet var noe departementet skulle ha ansvaret for. Det var imidlertid å legge opp til spenning mellom departementet og det direktorat som skulle betjene det: Det aksentuerte direktoratets rolle som «helseaktivistisk» organ.[763]

På tjenestesiden hadde også den fremvoksende helsetjenesteforskningen begynt å stille spørsmålstegn ved kvaliteten, og virkningen, av mye av den kliniske praksis. Denne utviklingen, kombinert med en voksende opptatthet i industrien av kvalitet og en fremvoksende forbrukerbevegelse, begynte også å gjøre kvalitet til et mer forpliktende mål for helsetjenestepolitikken. Heller ikke den delen av helsepolitikkens formål, eller hovedmål, eller eventuelt delmål, er tatt direkte med. For så vidt som tilsyn blant annet er rettet mot å forebygge kvalitets*svikt*, er det interessant: Å ta tilsyn virkelig alvorlig var noe som for Helsedirektoratet ennå tilhørte fremtiden.

Hovedmålene 1, 2 og 4 er uttrykk for hvordan Helsedirektoratet hadde tenkt å følge opp sin oppstrøms rådgiveroppgave, det tredje sier litt, men bare litt, om hvordan Helsedirektoratet ville realisere sin nedstrøms iverksetterrolle og det femte sier litt om hvordan Helsedirektoratet ønsket å utvikle seg selv som et stadig mer målrettet rådgivnings- og iverksettelsesorgan. Sammenhengen mellom formålsbeskrivelsen og den litt strategipregede målkonkretiseringen er synlig, men ikke tydelig.

Å utforme en målstruktur for et underordnet organ uten at det overordnede er involvert, er i prinsippet på kant med tanken bak målstyringen: Målstyringsprosessen skulle startet ovenfra. Departementet er ennå ikke så opptatt av målstyringen, men den kom på mange måter som en nådegave for Helsedirektoratet. Den tvang det til å tenke igjennom sine eksistensielle utfordringer, og slik også til å utfordre departementet til å si tydeligere hva direktoratets oppgaver skulle være. Men departementet tok ikke denne utfordringen, eller tok den ikke på denne målrettede måten. Vi har tidligere, i detalj, sett hvordan det tok den, og hvordan direktoratet svarte på måten det gjorde det på.

[763] Vi ser imidlertid nå hvordan den forvaltningsmessige spesialisering og utskillelse gjør at flere og flere forvaltningsorganer begynner å opptre som «aktivistiske» organer. Det gjelder blant annet de stadig flere tilsynene og ombudene. De svenske statsviterne Johannes Lindvall og Bo Rothstein skriver at "these new institutions can be seen as 'ideological state apparatuses' (Louis Althussers betegnelse). They are not designed to implement specific policies based on laws; instead they are engaged in the production of ideological positions." Kfr. deres "Sweden: The Fall of the Strong State", *Scandinavian Political Studies*, b. 29, nr. 1, 2006, s. 47–63.

Annen, søkende fase – 1987

Forslaget til målstruktur for Helsedirektoratet ble sendt organisasjonene til uttalelse etter direksjonsmøtet den 24. november (1986). Direksjonen bad om å få eventuelle kommentarer før den skulle ha sitt direksjonsmøte på Soria Moria den 4. og 5. desember. Det kom ingen avklaring på dette møtet, men det ble bestemt at en gruppe skulle arbeide videre med saken, og blant annet ha møter med organisasjonene over nyttår. Gruppen ble bestående av medisinalråden og avdelingsdirektørene Christian Lerche og Per Bærum og, som rådgiver og sekretær, konsulent Lise Fosmo fra Rasjonaliseringsdirektoratet. Gruppen møttes ca. hver 14. dag utover våren, og drøftet løpende sine forslag med direksjonen. Også Koordineringsutvalget skulle arbeide med utkastet til målstruktur. Gruppens planforslag ble på 28 sider og ble lagt frem den 22. juni.

Planutkastets forfattere begynner med å besvare spørsmålet om hvorfor det nå kommer en langtidsplan. De peker på ulike forhold, som «samhandlingspartnernes» behov for å vite «hva de kan forvente av direktoratet» (s. 2–3), direktoratets «pålegg» om å innføre målstyring (s. 3 og 5), økte krav til rådgivning oppover (s. 4), det stadige behov for å avklare arbeidsdelingen mellom departement og direktorat (s. 4) og krav fra direktoratets egne medarbeidere og deres organisasjoner. Før planens oppbygning presenteres, understrekes dens forankring i den nye målstyringsfilosofien. Det heter (s. 6):

> *Målet er at vi gjennom en plan som beskriver direktoratets samfunnsfunksjon, hovedmål og utfordringer skal få en felles ramme for direktoratets politikk, som også det offentlige helsevesen kan arbeide ut fra.*

Det heter så (s. 7) at planen består av en «hovedplan», hvor «direktoratets «samfunnsfunksjon», eller «virksomhetsidé, klargjøres, hovedmålene bestemmes (s. 8) – gjennom en «forholdsvis fast målstruktur» – og innsatsområder «skisseres»». Hovedplanen følges så opp, heter det (s. 8), av avdelingsvise planer, der delmål er «detaljert beskrevet» og de tilhørende «strategier og virkmidler» er «konkretisert». Det understrekes her at hovedplanen skal tilpasses når de mer konkrete avdelingsplaner er utarbeidet. Med utgangspunkt i hele planen, som er en fireårig, rullerende plan, utarbeides det «årsprogram» eller «arbeidsprogram» (s. 8).[764] Det legges til (s. 9) at Helsedirektoratets langtidsplan skal sees i sammenheng med budsjettet og «overordnete og egne ytre etaters langtidsplaner og målstyringssystemer». Her nevnes altså for første gang den hierarkiske organisering av virksomhetsplanene: Direktoratets plan skal være et svar på departementets plan og gi premisser for planarbeidet i SIFF og de andre direktoratsunderliggende etater, fylkeslegeetaten medregnet.

I kapittel 3 (s. 15) presenteres «Helsedirektoratets samfunnsfunksjon og hovedmål». Begge deler er nå en god del endret fra det første forslaget. «Samfunnsfunksjonen», eller «virksomhetsideen», beskrives nå slik:

[764] Avdelingene hadde allerede fra starten av etter delingen utarbeidet årsplaner. Disse var imidlertid svært oppgaveorientert, ja nesten saksorientert.

Overvåke helseforholdene, være med på å fremme befolkningens helse og føre overordnet tilsyn med helsetjenesten. Helsedirektoratet skal også yte rådgivnings- og veiledningsbistand bygget på ajourført vitenskapelig kunnskap og erfaring.

I denne formuleringen legges det vekt på oppgaver, og dermed strategier; verdiene – som var tydelige i den første formuleringen – er nå mer antydet. Sett fra en målstyringssynsvinkel er altså den nye formuleringen et tilbakeskritt, både innholdsmessig og hva gjelder pedagogisk eleganse.

Fire hovedmål for Direktoratets virksomhet defineres (s. 15–16):

- *Virke for at all virksomhet innen helsesektoren skjer ut fra gode faglige premisser*

- *Bidra til å sikre befolkningen mot helsefare*

- *Virke for at helsetjenesten dekker befolkningens behov for helsehjelp*

- *Bidra til å sikre en mer effektiv forvaltning og administrasjon av det offentlige helsevesen*

Punktene to og tre inneholder delvis de to viktige verdier fra den første formuleringen, helsemaksimering og tilgjengelighetslikhet(smaksimering), mens de øvrige punkter i større grad refererer til to (av mange mulige) strategier. Heller ikke disse formuleringene representerer noe målstyringsmessig fremskritt. Generelt kan man si at de nye formuleringene vidner om at direktoratets ledere er usikre på hva målstyring er og innebærer. De uttrykker seg ikke med «tenning». Men forfatterne ser det også selv. De nevner (s. 16) at formuleringene ikke «er helt dekkende», og at de må endres etter at avdelingene har laget delmål.

Resten av planforslaget, kapitlene 4 og 5 er skrevet nesten som om de første kapitlene ikke fantes. Nå skriver planforfatterne med engasjement. Det de skriver bæres oppe av noen sentrale ideer – man kunne si kunnskapsideer – og det er formulert med eleganse. Her er forfatterne på «hjemmebane», ikke på den ennå fremmedgjørende målstyringsbanen. Men det de skriver er ikke i strid med målstyringsfilosofien. Det er bare det at Helsedirektoratets helsefagfolk er langt mer fortrolig med den logikk som preger det nye medisinske kunnskapsregime enn det almene styringsregime, selv om det siste etter hvert – men for alvor først fra 1990-årene – får mer og mer bruk for, og vil bruke, det første.

Vi har allerede antydet hva budskapet er: Den medisinske kunnskap er iferd med for alvor å bli dokumentert og *systematisert*, og dermed også å bli mer oversiktlig og mer styringsrelevant. Det gjør at Helsedirektoratet kan spille en langt mer aktiv og presis rolle på oppstrømssiden – det er stadig den direktoratet legger mest vekt på – både når det gjelder å kartlegge og karakterisere behovssituasjonen (helsetilstanden) og peke på hvilke handlingsimplikasjoner den har og når det gjelder de muligheter de prekliniske og kliniske, dokumenterte, tilbud representerer, og hvordan disse muligheter kan og bør utnyttes. Planforfatterne skriver offensivt om hvordan direktoratet for å kunne spille denne rollen må systematisere sin kunnskapsinnhenting på en helt annen måte enn før, under medikratiet, – hvor kunnskapen ofte kom med personene, var erfaringsbasert og «idosynkratisk» og raskt ble foreldet. Ikke minst skriver forfatterne engasjert om den nye, eller nybevisstgjorte og nysystematiserte, folkehelsekunnskapen: Den gjør, som Helse for alle-strategien viser, det

mulig å drive en langt mer offensiv og systematisk folkehelsepolitikk, gjennom det som siden skulle bli kalt «Health in All-Policy»-virksomhet.

Skribentene legger mest vekt på oppstrømsrollen, men har også anbefalinger til en mer systematisert, kunnskapsbasert nedstrømspolitikk – og nå, politisk klokt, med *tilsyn* som stikkord. De skriver således (s. 23): «Tilsyn består både av rådgivning og kontroll. Jo mer vekt som legges på rådgivning, jo mindre blir behovet for kontroll i ordets snevre forstand». Plankonsipistene skrev intet om den mulige spenningen det er mellom rådgivning og «kontroll-tilsyn». Her er det imidlertid åpenbart at direktoratet og dets planleggere ikke helt har tatt inn over seg det «nye» tilsynets logikk, og derfor legger de det meste av vekten på direktoratets rolle som *rådgivere* på nedstrømssiden, men slik at den hierarkiske forvaltningsrollen består, men altså taes som en uuttalt selvfølge.

Det er et fornyet direktorat planleggerne ser for seg – et direktorat der grunnlaget for det meste av virksomheten er den nye kunnskapen, *hentet inn* på en ny, systematisk måte. Det krever, følger planleggerne naturlig opp (s. 27–28), at «Kompetanseoppbygging og utviklingsmuligheter hos de ansatte må .. gis høyeste prioritet». Det fordrer også at Helsedirektoratet, med kunnskap som grunnlag, målstyrer nedover, ikke minst overfor de etater det har direkte under seg.

Det planleggerne beskriver, er altså konturene av det som under Norbom-prosessene ble omtalt som «kompetanseorgan». Interessant nok kommer også de mer dyptloddende verdibetraktninger, som vi ikke finner i første del av plannotatet, nå frem: I noen grad viser planleggerne hvordan direktoratet, ved å bli et mer profesjonalisert kunnskapsorgan, kan spille en tydeligere rolle som realiserer av det norske helsevesens viktigste verdier (s. 25–26), altså helsemaksimering, tilgjengelighetslikhet – og nå nevnes også pasientrettigheter – og kvalitet, mens effektivitet behandles mer indirekte.

Det hadde tatt tid å utarbeide dette planforslaget. Etter at det var lagt frem, fortsatte direksjonen å bruke tid på det. Den var ikke helt fornøyd med forslaget som det forelå. Den er, heter det i et notat til avdelingene og koordineringsutvalget (KU) den 24. september (1987), «klar over at foreliggende utkast bare må betraktes som et første og meget uferdig forslag», men sender det nå allikevel ut til kommentering. Den antyder samtidig at de to første, og altså mest uklare, kapitlene bør taes ut og at man bør starte med «samfunnsfunksjonen», altså kapittel 3. Interessant nok skriver den også:

> *Videre tror direksjonen det bør taes inn noe om tilsynsfunksjonen. Dette har måttet bero i påvente av pågående intern diskusjon i direktoratet om hvordan vi utøver tilsynet.*

Som vi har sett hadde Mork i 1986 (for alvor) begynt å bli «vaktbikkje», men uten at han eller direktoratet ennå hadde tatt skikkelig inn over seg hva den nye tilsynsrollen innebar. Nå skjønner direktoratslederne at de bør finne ut det.

Direksjonen bad om kommentarer til planforslaget innen 15. november (1987).

Nå bestemte imidlertid ledelsen seg for å «forlate» PLUTO og tankene om prinsipp- og langtidsprogram. Målstyringen var, som sagt, i prinsippet innført fra 1986, som en del av den borgerlige regjeringens moderniseringsprogram. Nå, under arbeiderpartiregjeringen Brundtland II, ble politikken ført offensivt videre, men under vignetten fonyelse. I

statsbudsjettet for 1988 nevnes det at *virksomhetsplanlegging* skal være et sentralt element i fornyelsesarbeidet. Alle statsinstitusjoner, heter det, skal ha utarbeidet sin første (års)virksomhetsplan senest innen utgangen av 1990. Helsedirektoratet bestemmer nå at planarbeidet skal føres videre som et virksomhetsplanarbeid. Det ønsker å ha den første planen klar for iverksettelse allerede fra 1989. Det har det derfor travelt, og kontakter tidlig på nyåret 1988 statens fremste ekspertise innen virksomhetsplanlegging, Statskonsult – det tidligere (til 1986) Statens rasjonaliseringsdirektorat. Det ble holdt et møte mellom direktoratet og Statskonsult den 15. januar. Den 20. januar svarer Statskonsult at det sier ja til å bistå direktoratet. Brevet er skrevet av Terje Haugli Nilsen. Han fikk nå anledning til å gjøre seg kjent med direktoratet. Siden skulle han, som vi har sett, bli en sentral person i den avgjørende Norbom-prosessen. Han skulle ikke glemme den sympati han gjennom arbeidet med virksomhetsplanen fikk for Helsedirektoratet og dets sjef.

Hovedfasen – våren og sommeren 1988

I møte 15. januar ble det bestemt at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe med representanter for Helsedirektoratet og Statskonsult for å lage en plan for innføring av virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet (fra 1989). Gruppen, bestående av Kjell Johannessen, Finn Aasheim, Børge Krogsrud (f. 1953) fra direktoratet og Robert Feiring og Terje Haugli Nilsen fra Statskonsult, la frem sitt forslag til prosjektplan den 17. mars. På sitt møte den 23. mars vedtok direksjonen at direktoratet skulle innføre virksomhetsplanlegging, og at den fremlagte prosjektplanen skulle legges til grunn for utarbeidelsen av planen. Samtidig ble avdelingsdirektørene pålagt å oppnevne de arbeidsgrupper som skulle stå for virksomhetsplanarbeidet i avdelingene.[765] Til å lede arbeidet i direktoratet ble det den 13. april nedsatt en prosjektgruppe bestående av avd.dir. Jørgen Jonsbu (leder), medisinalråd Anne Alvik, underdirektør Kjell Johannessen samt de to fra Statskonsult, Feiring og Nilsen. Prosjektgruppen skulle ha over seg en styringsgruppe, bestående av hele direksjonen, Statskonsults Feiring samt tre organisasjonsrepresentanter, Kari Sønderland, AF, Helge Høifødt, NTL og May Britt Christoffersen, NOSO, NSF, YS. Styringsgruppen ble oppnevnt i direksjonsmøtet den 21. april.

Prosjektplanen følger det som allerede var blitt en standard mal for utarbeidelse av virksomhetsplaner; det er altså i første rekke Statskonsults folk som har utformet den, med Terje Haugli Nilsen som hovedkonsipist. Den er en videreførelse av den orientering Statskonsult tidligere hadde laget om målstyring. Den preges av en form for pedagogisk god, vennlig paternalisme: Ekspertene på den nye, nytteorienterte form for styring, skal, så enkelt som mulig, forklare gammeldags tenkende byråkrater av ulike slag hva de må gjøre for å kunne fungere under et nytt, eller fornyet, regime. Det heter således i planen[766] (s. 2):

> *Statskonsults bistand vil omfatte opplæring i virksomhetsplanlegging, utarbeiding av veiledningsmateriale til de ulike fasene i prosjektet og veiledning i gjennomføring av planleggingsarbeidet,..*

[765] Avdelingsdirektørene gikk selv inn i alle avdelingsarbeidsgruppene. De ble på fire (kommune, legemiddel), fem (fylke) og syv (miljø, admin.) representanter. Det var en forutsetning at gruppene skulle involvere *alle* ansatte i arbeidet, og langt på vei skjedde også det.

[766] *Plan for prosjektet: Virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet*. Planen er på 15 sider og datert den 17. mars 1988. Den ble lettere revidert den 5. april.

Direktoratet skal altså få opplæring og veiledning i hva styrings*formen* innebærer, styrings*innholdet* skal direktoratet bestemme (s. 1):

> *Helsedirektoratet skal klargjøre målene for virksomheten, velge framgangsmåter for å nå målene, prioritere ressursene i forhold til målene og etablere rutiner for resultatoppfølging og resultatrapportering.*

Planarbeidet skulle inndeles i faser og styres stramt hva gjelder tid. Fremdriftsplanen ble slik:

Fase 1: Utarbeidelse av målstruktur, ukene 12 – 21
Fase 2: Kartlegging og analyse av tjenester og behov, ukene 16 – 22
Fase 3: Oppsummering og justering av målstruktur, ukene 22 – 25
Fase 4: Opplegg for resultatmåling, ukene 25 – 34
Fase 5: Utforming av virksomhetsplan for 1989, ukene 35 – 49
Fase 6: Utforming av planleggings- og rapporteringsrutiner, ukene 46 – 50
Fase 7: Iverksettelse, evaluering og korrigering av styringssystemet, ukene 3 – 8, 1989

Arbeidsprosessen ble stramt styrt, både hva gjelder planens innholdsutforming og gjennomføring (tid). Vi skal trekke frem noen sider ved de veiledningene som gies om innholdet i den kommende virksomhetsplanen.

Om målene heter det at planen skal inneholde «en systematisk oppstilling og beskrivelse» av det overordnede mål (virksomhetsidé), hovedmål og delmål. Delmålene skal gi grunnlag for «å tallfeste eller formulere presise resultatmål» (s. 4). Det heter også at «Målformuleringene bør være klart nytte-/effektorienterte i forhold til direktoratets omgivelser og brukere» (s. 4). Slik understrekes altså den nye styringsformens nyttestatlige preg.

I fase 2 skal hver avdeling utforme oversikter over (s. 5) «hovedgrupper av brukere» og «hovedgrupper av tjenester», ressursbruken knyttet til tjenestene og vurderinger av hvordan de tjenester som ytes tilfredsstiller samfunnets og brukernes behov. Prosjektplanen følger her opp PLUTO-tankene om direktoratet som tjenesteytende institusjon. Men, som vi har nevnt, direktoratet er en styrende og forvaltende, ikke (primært) en tjenesteytende institusjon – med «sluttbrukere». Man kan imidlertid se på ordene som brukes her som uttrykk for den bedriftstenkning som preger målstyringsutviklerne.

Når det gjelder fase 4 og resultatmålingen, skriver prosjektgruppen (s. 6) at man ofte ikke kan måle resultater direkte. Da må det brukes resultatindikatorer, supplert med kvalitative vurderinger. Men poenget er at styringen nå, gjennom bruk av tallmessige resultatmål, skal bringe inn en helt annen displin i statens styring enn man har hatt før, med en viss unntagelse for den makroøkonomiske styringen. Ja, denne styringen er jo basert på premisser som kommer fra den nytteorienterte økonomikken. Den statlige budsjettstyring, som hva nytte angår primært var knyttet til makroøkonomiske resultater, skal nå også knyttes til sektorielle mål, nyttemessig definert. «Planleggingsrutinene for virksomhetsplanen …. skal være knyttet til budsjettrutinene» (s. 7).

Det heter at «For å sikre felles oppslutning om direktoratets mål og ressursbruk er det nødvendig med bred medvirkning fra de ansatte i planleggingsprosessen» (s. 9). Det var nødvendig å engasjere de ansatte og deres organisasjoner; direktoratet var blitt en utpreget bedriftsdemokratisk organisasjon. Men her er det vel så viktig at de ansatte både måtte forstå

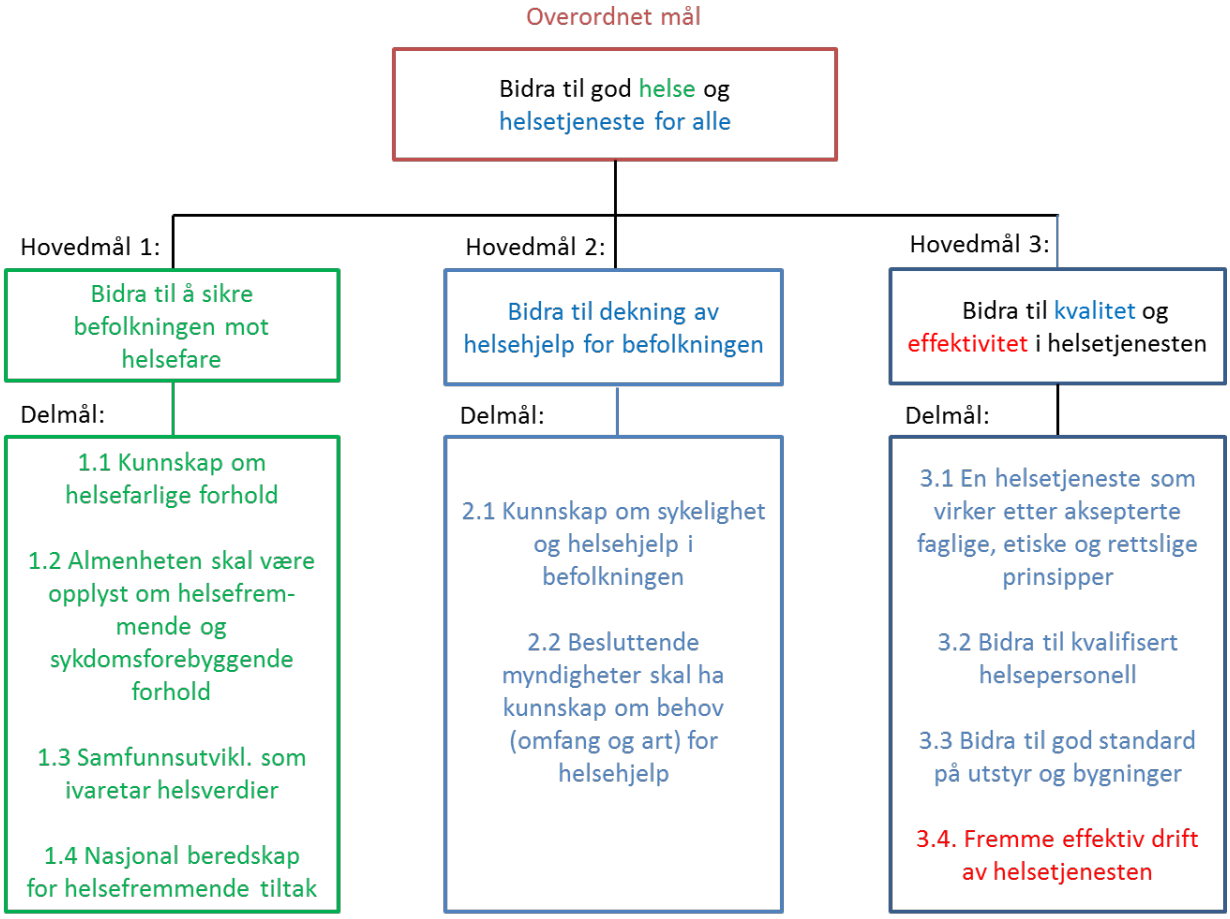
og «omfavne» den nye styringsmåten skulle den virke. Målstyringen måtte inn i folks hoder. Den er jo i prinsippet «totaliserende». Den fjerner rommet for skjønn på nedstrømssiden. Bedriftsdemokratiet er et oppstrøms- ikke et nedstrømsdemokrati, men selv på oppstrømssiden er medvirkningen regulert med hensyn til form. Det er derfor bred opplæring er en så viktig del av konsulentenes bistand.

Den «kollektive» starten på arbeidet med å utarbeide virksomhetsplanen skjedde gjennom et informasjonsmøte for alle medarbeidere i direktoratet den 25. april. Den 2. og 5. mai ble det i regi av Statskonsult holdt opplæringsseminar for arbeidsgruppene, samt en del flere, med henholdsvis 20 (ca.) og 26 deltagere. Nesten en tredjedel av alle ansatte var altså med på seminarene. I god tid før ferien begynte ble Calmeyers gate 1 preget av virksomhetsplanarbeidet. Mange hadde fått opplæring og «alle» var på en eller annen måte trukket med i arbeidet. Hele ledelsen satt i styringsgruppen for prosjektet og i avdelingene fikk alle anledning til å engasjere seg. Fra oven kom beskjeden om at arbeidet skulle ha høy prioritet, så høy at andre oppgaver eventuelt måtte vike. Virksomhetsplanarbeidet ble slik mer preget av mobilisering enn arbeidet med omorganiseringen. Det skulle få frem det alle stod sammen om; det som skulle «tenne». Arbeidet med omorganiseringen hadde et mer prosaisk preg, men også tydelige innslag av interessedragkamp.

Den 19. mai hadde alle avdelingene levert bidrag til defineringen av målene. Prosjektgruppen bearbeidet bidragene og la den 31. mai frem sitt første forslag til «Mål for Helsedirektoratets virksomhet», altså kapittel 1 i det som skulle bli virksomhetsplanen.

I forslaget taes det, naturlig nok, (igjen) utgangspunkt i «de politiske forutsetninger for virksomheten», særlig som disse fremgår av lover og budsjetter, men heller ikke nå sies det at Stortinget og regjeringen gjennom disse dokumenter sier hvordan de, men i praksis særlig Sosialdepartementet, vil bruke Helsedirektoratet som et *redskap* for å realisere det som er det normative grunnlag, altså målene, for helsepolitikken. Som vi har påpekt ovenfor, er disse målene også Helsedirektoratets mål. Direktoratet skal imidlertid bidra, som vi også har påpekt, til å realisere disse målene ved å delta som premissgiver oppstrøms og iverksetter og kontrollør nedstrøms. Man kan da si at direktoratet lykkes i den grad dets råd oppover blir fulgt, og, i neste omgang, i den grad det som iverksetter, rådgiver og kontrollør nedover bidrar til at de helsepolitiske mål blir nådd, også når dets råd oppover bare delvis blir fulgt. Det er også slik at det er virkningen nedover som normativt er den avgjørende. Man kan imidlertid tenke seg at direktoratet både har «mål» oppover, innflytelsesmål, og mål nedover, altså de helsepolitiske mål. Innflytelsesmålene kan imidlertid også i noen grad bli vurdert helsepolitisk, nemlig i den grad rådene blir fulgt og man, til syvende og sist, kan måle virkningen av realiseringen av dem. Prosjektgruppen, som de to tidligere «målkonstruktører» (1986 og 1987), resonnerer ikke eksplisitt på denne måten, men som vi snart skal se, gjør den det i noen grad implisitt. Hva den derimot ikke gjør er å ta hensyn til hvordan det utøvende helsevesens organisering, spesielt hva gjelder tjenesteytelsen, spiller for rolle for dem som skal målstyre: Det kliniske, og deler av det prekliniske, helsevesen (eller marked) er delvis eid og styrt av fylkeskommunale og kommunale myndigheter og delvis av private organisasjoner eller av helsepersonell (private praksiser). De styrende instanser, Helsedirektoratet medregnet, kan ha som «middel-mål» å påvirke disse aktørenes adferd slik at de bidrar til at de egentlige helsepolitiske mål blir nådd. Det er ikke tilfeldig at ettersom målstyringen for alvor begynte å slå igjennom i norsk helsetjenestepolitikk fra midt i 1990-årene, men særlig fra 2001/02, ble sykehusene nasjonalisert og oppdragsstyrt, og de praktiserende behandlere styrt gjennom stadig mer detaljerte kontrakter.

Forslaget som ble fremlagt nå, altså ved overgangen mellom mai og juni 1988, ligner på de tidligere forslag, men er en del endret. Prosjektgruppen presenterer sitt forslag som en figur (7.6):



Figur 7.6: Forslag til målstruktur for Helsedirektoratet, 31.5.88

Vi merker oss at målsmedene fortsatt bekjenner seg til den kvalitative verden. De taler om, som overordnet mål, å «bidra til god helse … for alle», og som hovedmål «å bidra til å sikre befolkningen mot helsefare», «å bidra til dekning av helsehjelp for befolkningen» og «å bidra til kvalitet og effektivitet i helsetjenesten». Som vi har sett ovenfor, er det imidlertid enkelt å «tallrette» disse målene. Det overordnede målet kan man således si inneholder tre tallpotensielle mål, nemlig *helsemaksimering* («god helse … for alle»), *maksimering av tilgjengelighet* (ev. som full likhet i tilgjengelighet), og som *maksimering av kvalitet* (det vil si av tilgjengelighet til de til enhver tid beste tjenester, ytt på den beste måten) og, må vi føye til, *minimering av kvalitetssvikt* (forsvarlighet). Det siste, som er av særlig tilsynsbetydning, kommer imidlertid først til uttrykk på delmålnivå: Helsetjenesten skal fungere etter blant annet faglige og etiske prinsipper. Vi har her illustrert den første delen av det overordnede målet og det hovedmål som er knyttet til det, med grønt. Som vi ser er dette mål i første rekke det prekliniske helsevesens ansvar. Den annen del av det overordnede mål, og som er knyttet til to hovedmål det kliniske helsevesen har hovedansvaret for, er illustrert med blått. Hensynet til «andre verdier» er ikke nevnt i det overordnede målet, men kommer igjen under det dobbelte hovedmål tre, og er kalt effektivitet. Vi har illustrert det med rødt. Også dette er et naturlig kvantitativt mål; som for så vidt allerede er definert – som maksimering av *omkostningseffektivitet*.

Hvis man så går ned til delmål, ser man at målsmedene har forlatt den normative sfære, og taler om strategier for å realisere de egentlige mål. Delmålene er altså egentlig ikke delmål. Hvis vi ser i den venstre, grønne søylen, relatert til helsemaksimeringsmålet, ser vi således at målet om helseøkning blant annet skal realiseres gjennom helseopplysning og «Helse i Alt-politikk», altså nedstrømstiltak, men det står intet om hvordan dette først kan kreve at de som i departementet skal utforme folkehelsepolitikken blir rådgitt og opplyst, noe som var viktige hovedmål (1 og 4) i 1986-forslaget. Under delmål 2 legges det også vekt på formidling av kunnnskap, formodentlig oppover, men her nevnes bare kunnskap om behovs/etterspørselssiden, ikke tilbudssiden (medisin, teknologi). Hva gjelder etterspørselssiden nevnes det intet om rådgivning oppover hva gjelder fordelingssituasjonen (likheten i tilgjengelighet). Hovedmål tre, kvalitet, kan indirekte sies å ha en viss forankring i det overordnede målet, nemlig i ordene «god … helsetjeneste». Hovedmål tre, effektivitet, bringes imidlertid inn som et nytt mål.

Under hovedmålene kunne man presentert delmål, eller endog arbeidsmål, som var konkretiseringer av målene på toppen, f.eks. ved å spesifisere hvilke forbedringer i leveutsikter, i tilgjengelighet, i kvalitet (og sviktreduksjon) og i effektivitet man skulle oppnå det kommende år, og med det som grunnlag laget adskillig mer konkrete strategier enn dem man finner i prosjektgruppens forslag. Til disse strategier kunne man så laget en slags «middelmål», f.eks. for bedring av opplysningsnivået blant folk flest om sammenhengene mellom ulike livsstiler og helse (den venstre kolonnen), om en bestemt forbedring av kartleggingen (større grad av kvantifisering) av behovet for (bestemte) helsetjenester (midtre søyle) og en mer presis kunnskapskartlegging av helsepersonellet – alt sammen tidspesifisert.

Det var en omfattende diskusjon om målstrukturen siste del av våren. Statskonsult gav litt veiledning, og minnet om at det overordnede målet måtte være slagordpreget. På opplæringsseminarene mente flere at hovedmålene var for lite distinkte. Prosjektgruppen fikk inn mange forslag fra avdelingene, men syntes en del av dem var for avdelingsspesifikke og at de generelt representerte ulike former for systematikk. Prosjektgruppen måtte derfor spille en relativt selvstendig rolle, men som den sier i sitt oversendelsesbrev til styringsgruppen for prosjektet:[767]

> *Vi har lagt stor vekt på Statskonsults veiledende prinsipper om at hovedmål og delmål skal beskrive tilstand, ikke oppgaver eller måter å utføre oppgaver på, samt at disse målene skal være altomfattende, men ikke overlappende.*

Gruppen legger så til at den har latt målstrukturen «hvile på tre ben»: ett forebyggende, ett klinisk og ett kvalitetsbasert. Kvalitet gjelder for begge de to utøvende deler av helsevesenet, men gruppen ønsker allikevel, sier den, å føre det opp «som ett separat hovedmål».

Styringsgruppen drøftet forslaget på et møte den 2. juni. Med noen mindre alvorlige kommentarer sendte den forslaget til vurdering i avdelingene og blant alle ansatte i direktoratet. Forslaget ble så drøftet på avdelingsseminarer i tiden 16. til 22. juni. 97 deltok på seminarene, nesten 70 prosent av de på den tiden ansatte.[768] Prosjektgruppen laget så, på

[767] Notat om «Helsedirektoratets målstruktur» fra prosjektgruppen for virksomhetsplanlegging til styringsgruppen for virksomhetsplanlegging, datert 1. juni 1988 og signert JJ/LH/MF. (JJ er Jørgen Jonsbu, gruppens leder.) Sitatene er fra s. 2.

[768] Deltagelsen varierte noe fra avdeling til avdeling. Den var høyest i administrasjonsavdelingen og legemiddelavdelingen og lavere, rundt 50 prosent i de «medisinske» avdelingene.

grunnlag av kommentarene, et revidert forslag. Det ble behandlet og (foreløpig) godtatt av styringsgruppen på dens møte den 27. juni. Prosjektgruppen konstaterte i det brev som ledsaget det reviderte forslaget at «Ingen har hatt prinsipielle innvendinger til hovedtrekkene i målstrukturens innhold og oppbygging».[769] De fleste syntes imidlertid formuleringen «bidra til» i hovedmåldefinisjonene var for passiv og ville helst ha den bort. Formuleringen kan også, men ingen påpekte det, sies å reflektere «tradisjonell» tenkning: Målstyring krever at man definerer bestemte mål (Statskonsult talte om tilstand) og erklærer at man, evt. i samarbeid med navngitte andre institusjoner, skal oppnå en gitt bedring hva disse mål angår i det kommende år, ikke bare at man vagt sier at man skal forsøke å bidra til at det går i riktig retning. Men direktoratets problem her reflekterer også en annen svakhet ved hele målstyringsprosjektet på dette område: Styringsorganene, og direktoratet er et sådant, skal bidra til at den verdiskapende virksomhet blir målstyrt, men da må forholdet mellom de organer som skal skape målstyring «der ute» gjennomdrøftes og avklares målstyringsmessig. Hverken konsulenter eller direktoratsfolk så det tydelig, men «følte» det «på kroppen»; derav også deres språklige problemer. Hvorom alt er, prosjektgruppens svar ble å erstatte «bidra til», med det «mer aktive» «medvirke til».

I tillegg til å endre «bidra til» til «medvirke til» ble to av målene, og litt flere av delmålene, litt omformulert. Noen delmål ble flyttet, noen kom til og noen ble tatt ut. Dette ble endringene:

Hovedmål 1: «Medvirke til å fremme helse og sikre befolkningen mot helsefare» (tilføyet «fremme helse»). Hovedmål 2: «Medvirke til å sikre befolkningen helsehjelp» («å sikre» istedenfor «dekning av». Under delmål 1 kom et nytt 1.3 til: Besluttende myndigheter skal ha kunnskap om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak». Her nevnes altså det som i første runde ble «glemt», direktoratets fagrådgivning oppover. Under delmål 2 kom et nytt 2.2 til: «Befolkningen skal ha tilgjengelighet til nødvendig helsehjelp». Her kan man si hovedmålet gjengies med en litt annen formulering. Under delmål 3 er «bidra til» og «fremme» tatt ut (under 3.2 til 3.4), mens 3.4 har fått et tillegg («styring»): «Effektiv styring og drift av helsetjenesten».

Det er åpenbart at Helsedirektoratets folk ennå følte seg noe fremmede overfor den nye målstyringsteknikken. Nå skulle verdier som i stor grad fungerte som indre kompass og følelser frem i lyset og opp på bordet, veies i forhold til hverandre og bli til konkrete, kvantitative arbeidsmål. Strategiene skulle så relateres presist til disse målene. Det var både vanskelig og skummelt, og mange, fra Helsedirektøren og nedover, opplevde at de plutselig satt der som litt kompetansemssig akterutseilte helseforvaltere. Helt hadde ikke konsulentene lykkes ennå, og helt skulle de heller ikke lykkes, som opplærere og som beroligere.

Men prosessen gikk videre. Fase 2, som gjaldt «kartlegging og analyse av tjenester og behov», men også kom til å omfatte ressursbruk, var allerede i gang før sommeren, men fortsatte utover ettersommeren. Formålet med denne fasen var å begynne sammenføyningen av det «hverdagslige» arbeid – nå kalt «tjenester» – som Direktoratets ansatte var sysselsatt med og den ennå litt luftige «overbygning» målstrukturen representerte (utviklet i fasene 1 og 3). «Behov» og ressurser» er også stikkord her; vi skal komme tilbake til dem. Det siste ledd i

[769] Notat fra prosjektgruppen til styringsgruppen, 27.6. 1988 (LH/GB), «Vurdering av innkomne kommentarer til målstruktur for Helsedirektoratet».

sammenføyningen – fase 4-arbeidet – var å formulere resultatmål, mål som både reflekterte de hensikter som lå i de praktiske oppgaver direktoratet hadde og som kunne være konkretiseringer av delmålene. Resultatmålene skulle altså være det som skulle få basis, oppgaveporteføljen, og overbygningen til å «klikke» sammen. Når det var skjedd, kunne arbeidet med å lage selve virksomhetsplanen ta til.

Dette skulle bli en krevende øvelse.

Hovedfasen – høsten 1988

Kartleggingen var klar den 31. august 1988. For Helsedirektoratet som helhet ble den, hva eksterne tjenester angår, som det fremgår av tabell 7.2 (skjema 1).

Tabell 7.2: Eksterne tjenester, brukere og ressursbruk, Helsedirektoratet, 31.8. 1988

Tjenester/ produkter	Brukere/mottagere												Ressurs, ukeverk (%)
	Sos. dep.	Andre dep., dir.	F.leg. Andr. statl. etat., inst.	Uni., FoU-inst.	Kom. Kom. h.inst.	F.kom. F.kom. h.inst.	Personer i h.-tjen.	Friv., Y.-org.	Int. org.	Publ., politik., medier	Pas., pårørende	Andre	
1.Rådgivn.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	720,5 (16)
2.Kval.sikr., kontr./klag.	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	348 (8)
3.Godkjen.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	355,5 (8)
4.Info./oppl. (materiell)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	510 (11)
5.Opplæring, kurs., konf.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	313 (7)
6.Systemlev. (registre, metodeutv., stat., EDB)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	276 (6)
7.Regelverksarbeid	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	193,5 (4)
8.Jusfortolk., lovutv.bidr.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	414 (9)
9.Helsepers.-fordel., mm.	●	●	●	●	●	●	●	●		●		●	326,5 (7)
10.Statstilskudd/tildel.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			333,5 (7,5)
11.Ekst. regnsk./ budsj.arbeid	●	●	●			●		●					417,5 (9)
12.Ekst. adm. tjen.	●	●	●		●		●	●	●	●		●	282,5 (6)
13.Beredsk.	●	●	●		●	●	●	●					19,5 (0,5)
14.Byggesak.	●	●	●									●	44 (1)
Totalt													4 554 (100)

Kilde: Prosjektgruppen for virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet, ultimo august 1988

Som vi ser er tjenestene definert etter innnholdsart, ikke etter for eksempel plass i forvaltningssyklusen. På den måten blir rådgivning oppover til departementer slått sammen med rådgivning nedover til institusjonseiere (kommuner og fylkeskommuner), helsepersonell og pasienter, og utad til ulike nasjonale og internasjonale organisasjoner; kfr. hvordan «alle» er «brukere/mottagere» av disse og mange andre «tjenester/produkter». Det gjør det vanskelig å knytte «tjenestene», eller oppgavene, til de aktuelle mål, og altså basis til overbygning. Annerledes sagt, det er vanskelig å knytte arbeidsmål til disse oppgaver som kan sees på som konkretiseringer av delmål og hovedmål.

Rådgivningen oppover er et middel til å få styringen nedover til å fungere (mer) målrettet, rådgivningen nedover, på samme måte som informasjonen (tjeneste 4) nedover, er like meget en måte å styre og lede på som å yte tjenester på (skape «endelige verdier» på). Rådgivningen utad er i stor grad samarbeid og forhandling og i mindre grad tjenesteytelse. Men det inntrykket som går igjen, er jo at direktoratet først og fremst er et forvaltningsorgan, som rådgiver oppover, men særlig som iverksetter nedover – og slik sett bare i en spesiell forstand et tjenesteytende eller produserende organ med brukere (kunder) og mottagere. Det er de institusjoner direktoratet skal styre, lede og forvalte, direkte, men særlig indirekte, de kliniske og til dels prekliniske, som har brukere (pasienter) og som betjenes (behandles, beskyttes), og som de «endelige» verdier og mål er knyttet til. Direktoratet er (svært) indirekte, ikke (i særlig grad) direkte, verdiskapende. Planleggerne, og her gjelder det også «statskonsulentene», har (ennå) ikke tydelig sett hvilken rolle målstyringsfilosofien gir de styrende organer. Det skal de oppdage senere, når eierstyring, avtalestyring, sørge-for-ansvar og oppdrags- og bestillerroller (og – tilhørende dokumenter) blir viktige stikkord for den helsepolitiske styring, altså mer enn ti år senere. Nå, i 1988, er direktoratet og planleggerne ennå i en styringsideologisk overgangsfase.

Skjemaet for de «interne fellestjenester» (skjema 2) omfattet 19 «tjenester/produkter», eller oppgaver. 17 av disse var ekte interne tjenester, som skrive- og arkivtjeneste, bibliotekdrift og postombæring, mens to var indre ledelsesoppgaver (forvaltningsoppgaver), nemlig økonomi- og personalforvaltning (10 og 11). Tjenestene lot det seg gjøre å knytte arbeidsmål (middelmål) til, arbeidsmål som kunne sees på som konkretiseringer av effektivitetsmålet. Det var verre å gjøre det med ledelsesoppgavene. Som oversikten over «brukere/mottagere» var lite opplysende, og lite relevant for målkonkretiseringen i den «eksterne» oversikten, var den det for den «interne» oversikten. I den første var nesten alle brukere av alle «tjenester», i den annen var nesten bare «avdelingene/ledelsen» og, til dels, de «ansatte», brukere.

Oppgave- og ressurskartleggingen ble summert opp. Det gav det bilde som fremgår av tabell 7.3.

Tabell 7.3: Årsverk, fordelt etter oppgavekategori, Helsedirektoratet 1988 (beregnet aug./sep. 1988)

Oppgaver (tjenester)	Årsverk (=46 ukeverk)
Eksterne oppgaver/tjenester (4 554 ukeverk)	99,0
Intern administrasjon (665,5 ukeverk)	14,5
Interne fellestjenester (2001,75 ukeverk)	4,0
Helsedirektoratets ledelse	4,0
Korttidsengasjementer pr. aug. 1988	0,7
Totalt	161,7

Budsjetterte stillinger 1988	153,0
Vakanser	12,0
Besatte stillinger	141,0

Kilde: Prosjektgruppen for virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet, aug./sep. 1988

Vi ser at den eksterne virksomhet omfatter 99 årsverk, eller 61 prosent av alle de reelle årsverkene. Vi ser også at direktoratet utførte nesten 162 (betalte) årsverk med 141 besatte stillinger. Direktoratet var altså knapt bemannet. Det var, som vi har sett, et løpende problem, men nå ble det en ekstra utfordring, for nå skulle Helsedirektoratet styrke innsatsen på noen områder og kanskje ta opp nye oppgaver. Det ble slik en del av planarbeidet å peke ut oppgaver som skulle avvikles eller nedprioriteres.

I forlengelsen av kartleggingen skulle altså direktoratet for alvor starte arbeidet med å «koble» tjenester (oppgaver) til målstrukturen. Det skulle skje ved å gå veien om en vurdering av hvor godt de «behov» direktoratets arbeid skulle være svar på, fungerte. Robert Feiring, Statskonsult, bad i den sammenheng direktoratsplanleggerne om å «beskrive/karakterisere» de behov Helsedirektoratet i dag forsøkte å tilfredsstille.[770] Han bad dem videre ta stilling til (1) hvilke tjenester, og med hvor mye ressurser, de ulike behov ble forsøkt tilfredsstilt. Så skulle de (2) lage en oversikt over hvilke andre instanser som var engasjert i tilfredsstillelsen av de samme behov, og hvordan de var det. Deretter skulle de (3) peke på hvilke behov direktoratet ikke klarte å tilfredsstille godt nok, hvorfor det her kom til kort, og om behovstilfredsstillelsen kunne blitt bedre om andre institusjoner overtok ansvaret for den, ev. i samarbeid med direktoratet. Endelig skulle planleggerne (4) komme med forslag til hva direktoratet nå burde gjøre, og altså ta med i den nye planen: Hvilke oppgaver burde det prioritere opp og hvilke ned? Denne prioriteringen skulle reflektere «mål på kort og lang sikt» og en strategi for hvordan målene kunne nåes, ev. i samarbeid med andre.

Med utgangspunkt i de(t) siste av spørsmålene (4) skulle så planleggerne fylle ut tre lister, én hvor de formulerte resultatmål for 1989, én hvor de pekte på hvilke tjenester (oppgaver) det var aktuelt å overføre til andre institusjoner og endelig én hvor de førte opp viktige behov de mente hverken direktoratet eller andre i dag tok seg av. Den første listen hadde fire kolonner, «resultatmål», tilhørende «aktiviteter/tiltak», «ressursbruk» og «ansvar/frist». De to andre listene hadde to kolonner, «tjenester/behov» og «forslag til løsninger (forhandlingstema)».

Vi ser altså at konsulentene taler om oppgavene som «tjenester/produkter» og om mottagerne av tjenestene som «brukere/mottagere». Vi ser også at de taler om at tjenestene skal tilfredsstille «behov». Konsulentene tenker altså på en bedriftsinspirert måte, mens direktoratets folk i praksis ikke definerer tjenester, men oppgaver eller aktiviteter, og ikke relaterer behov til brukere i vanlig forstand, men til politisk (og samfunnsmessig) bestemte verdier, forsøkt fanget gjennom mål. Det ble slik en spenning mellom den terminologi og ideologi Statskonsult forsøkte å få direktoratet til å ta inn over seg, og den virkelighet direktoratet var omgitt av. Men direktoratets folk var påfallende «underdanige» og lot seg villig belære og geleide. Det tør imidlertid være et uttrykk for at direktoratfolkene fornemmet

[770] Han laget et skjema for dette formål, kalt «Hjelpeskjema til Fase 2, II og III – profilering av Helsedirektoratet», august 1988. Skjemaet ble ledsaget av et veiledende notat, også det laget av Robert Feiring, kalt «Profileringen av Helsedirektoratet. Avslutning av fase 2 og oppstrating av fase 5: Utforming av virksomhetsplan for 1989», datert 22.8.88.

at det var en spenning mellom den nye teori og den gamle praksis når det i referatet fra direksjonens arbeidsmøte om virksomhetsplanlegging den 11. og 12. oktober blant annet heter:[771]

> *I prioriteringen av oppgaver må det erkjennes at Helsedirektoratet er et forvaltningsdirektorat, (ikke forskningsinstitutt, undervisningssted eller lignende), hvilket innebærer at lovbestemte og andre regelfestede oppgaver må utføres.*

Innspurten av planleggingsarbeidet, og arbeidet med utformingen av planleggings- og rapporteringsrutinene (fase 6), ble hektisk, og ekstra hektisk siden det, særlig for noen avdelinger, måtte tilpasses den nye organisasjonsformen. Planen forelå ferdig i slutten av januar 1989 – den er ikke datert – og ble oversendt departementet den 10. februar.

Virksomhetsplanen for 1989

I forordet til Helsedirektoratets første virksomhetsplan, signert av Helsedirektøren, men formulert av prosjektsekretæren, kontorsjef Lisbeth Hårstad, heter det at arbeidet med virksomhetsplanen «har vært nyttig». Det har vært det av eksistensielle grunner: Den har ført til en «gjennomgripende diskusjon av hva som er Helsedirektoratets mål». Den har vært det av ressursmessige grunner: Den har gitt innsikt i hvordan direktoratet bruker sine ressurser (for å nå sine mål). Begge deler, heter det videre, har bidratt til å gi direktoratet en «klarere profil».

Det heter også at direktoratet nå vil «prioritere», altså opprioritere, «forebyggende helsearbeid og ivaretakelse av pasientrettigheter». Det skal ikke skje på bekostning av andre oppgaver – Direktoratet taler her mer i oppgavetermer enn i måltermer – men ved at oppgaver skal flyttes over til andre, ikke minst fylkeslegene, og ved å forenkle «saksbehandlingsrutiner m.v.».

Forordet er skrevet i en nøktern, men positiv form. Helsedirektoratet viser at det vil bli en aktiv del av den målstyrte stat. I oversendelsesbrevet til departementet heter det forøvrig også at arbeidet med virksomhetsplaner er godt i gang i fylkeslegeetaten og at fylkeslegekontorene vil utarbeide planer fra 1990. De underliggende etater, Statens institutt for folkehelse, Statens institutt for strålehygiene og Kreftregisteret har laget virksomhetsplan for 1989; de øvrige etater vil komme etter fra 1990.

Planen er på 96 sider, men bare de 13 første omfatter direktoratet som helhet. Detaljeringen følger så, avdeling for avdeling. Hver avdeling har skrevet en kort innledning, så følger en rekke skjeamer, hvert ordnet etter delmål og så etter resultatmål. Resultatmålene er beskrevet etter «tilsiktet effekt» og «målemetode/tidspunkt» og de «planlagte tjenester – tiltak/aktiviteter» som kan bidra til at resultatmålene blir nådd. Videre følger en «tidsbruksplan» og en kolonne for «merknad».

Den første delen starter med målene, fortsetter med en organisasjons- og ressursoversikt og avsluttes med presentasjon av hvordan det vil prioriteres i 1989.

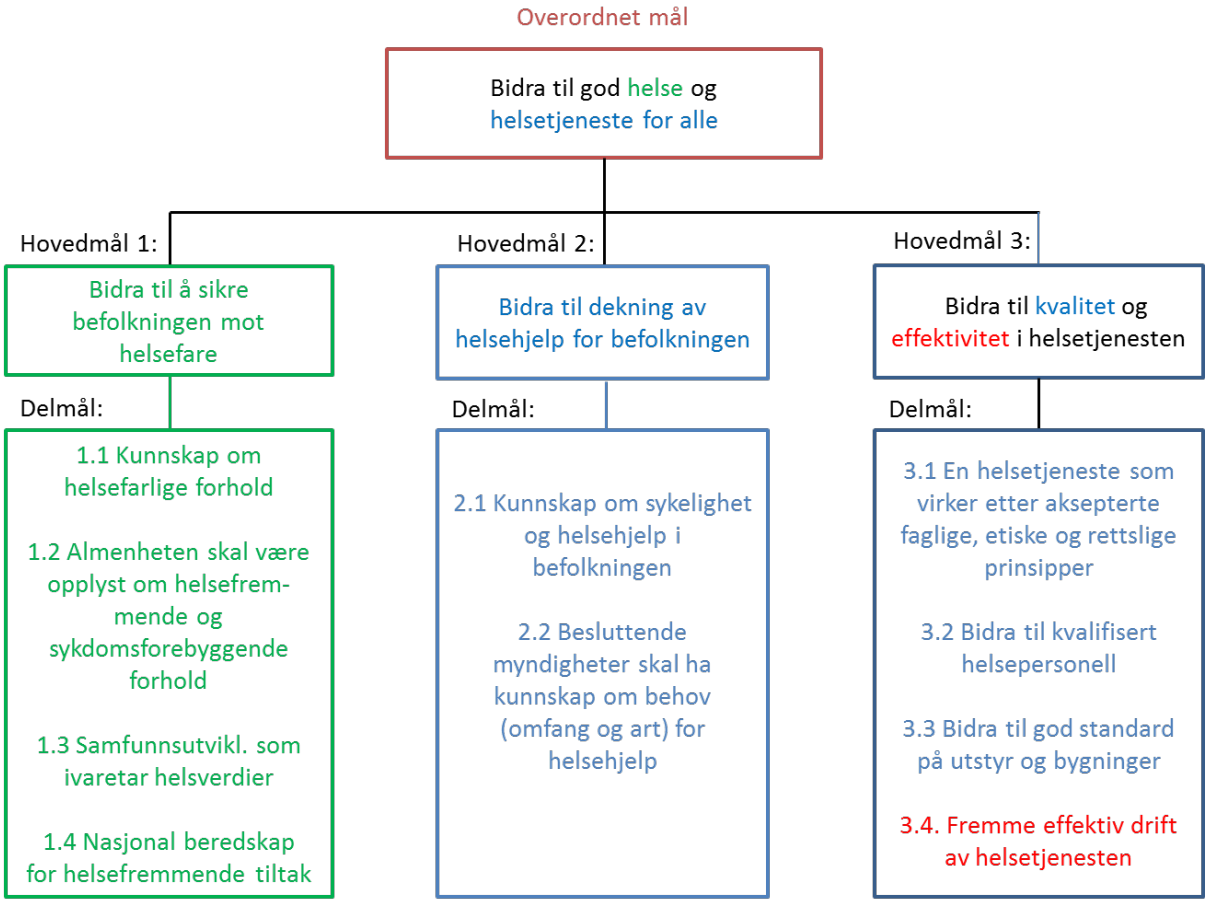
[771] Referat fra direksjonens arbeidsmøte om virksomhetsplanlegging 11. og 12. oktober 1988, datert 13.10. 1988 og skrevet av prosjektgruppens prosjektsekretær, Lisbeth Hårstad. Sitatet er fra s. 6.

Måloppbyggingen er, som det fremgår av figur 7.7, svært lik den som ble foreslått allerede den 31. mai 1988 (kfr. figur 7.6). Den ble justert litt i flere omganger, den 29. juni og den 24. oktober. Den endelige formuleringen var klar den 25. januar 1989.

Under arbeidet med planen understreket konsulentene stadig at mål måtte beskrives som *tilstander*. Helsedirektoratets planleggere tok aldri det helt innover seg. De fortsatte å definere det overordnede mål (egentlig de to mål) og de tre hovedmål i vendinger som kombinerte mål og aktivitet: Helsedirektoratet skulle *medvirke til* å realisere noen mål, nemlig *god helse* (helsemaksimering) og *helsetjeneste for alle* (tilgjengelighet etter behov, og uten ventetid). De to målene gjentaes i praksis som hovedmål 1 og 2, mens det tredje (og fjerde) hovedmålet, å medvirke til *kvalitet (og sviktreduksjon)* og *effektivitet*, knapt kan sies å være en konkretisering av det overordnede mål. Statskonsult hadde, som vi har sett, sagt at det overordnede mål burde være slående, og antagelig derfor mer verdiantydende enn målkonkret, f.eks. noe à la Erich Fromm's (1900–1980) boktittel fra1955, *The Sane Society*, Det sunne samfunn. Men man kan også si de tre, eller fire hovedmål representerer en slags kausal logikk: Det første mål gjelder folks tilstand før helsesvikt er oppstått, det annet hvor terskelfri adgangen til helsens hus er for folk når helse i et eller annet henseende er redusert og endelig hvor god og uten innslag av sløsing den hjelp er som ytes innenfor helsens hus.

Delmålene er imidlertid mer tilstandspregede, og derfor i prinsippet kvantifiserbare. De er imidlertid stadig mer mål knyttet til midler for å realisere de egentlige mål enn konkretiseringer av disse. Delmålene er delvis kunnskaps- og holdningsmål: Direktoratet har som mål å øke (det medisinske) kunnskapsnivået både hos «besluttende myndigheter», «helsetjenesten» (3.1.) og «befolkningen» og «etiske og rettslige» holdninger i helsetjenesten (3.1.), og antar altså at det vil føre til f.eks. helsefremmende politikk og adferd. Delmålene er også å gjøre omgivelsene («samfunnsutviklingen», 1.4) sunnere, og sørge for at pasientenes omgivelser, blant annet utstyret, i helsevesenet er medisinsk forsvarlig (3.3). Dog antydes intet om hvor nivået i de ulike henseender er i dag og, hvor mye det eventuelt skal økes i løpet

av det kommende år.



Figur 7.7: Målstruktur for Helsedirektoratet – Virksomhetsplanen for 1989

For så vidt som ingen av målene er kvantitative eller spesielt konkrete, kan man si planen normativt er mer indikativ enn forpliktende: De ulike avdelinger skal gjøre det de kan for å realisere de ulike mål. Det ligger altså hverken konkrete normative ambisjoner i planen, eller prioritering av de ulike mål. I kapittel 4 i planen presenterer direksjonen allikevel noen prioriteringer. Den gjør det ved å si hvordan ressurser skal fordeles og omfordeles, ikke mellom de ulike mål, men mellom tiltak. Direksjonen konstaterer at «de løpende, pålagte oppgavene er den klart største delen av vårt arbeid». Den sier imidlertid ikke hvordan disse oppgavene er knyttet til de ulike målene, bare at den prioritering som ligger i dem, er frosset, særlig gjennom lovgivning.

I den grad direksjonen kan flytte ressurser, vil den gjøre det i retning av forebyggende arbeid, fremme av pasientrettigheter, kvalitetsutvikling og tilsyn. Man kan si at det første innebærer at helse(maksimerings)hensynet skal få høyere prioritet, det annet at tilgjengelighetshensynet (f.eks. kortere ventetid på helsehjelp) skal få det, det tredje at kvalitet (her nevnes målet eksplisitt) og det fjerde at både tjenestetilgjengelighet og tjenestekvalitet skal få det. Men slik sett kan man si at direksjonen mener at alle mål skal få høyere prioritet. I praksis mente den imidlertid at det var de aktiviteter forebyggingsavdelingen og helserettsavdelingen drev for å realisere direktoratets mål, som skulle få mer. Hvis vi ser på forslagene til nedprioritering ser vi at det ikke så meget var tale om «politisk» nedprioritering av mål som om flytting av oppgaver (knyttet til flere av målene) fra direktoratet til andre offentlige institusjoner, særlig fylkeslegene, men til dels også universiteter og høyskoler. Det som konkret nevnes av

ressursflytting er at forebyggingsavdelingen skal få 5–6 ekstra årsverk, etter en innstramning i andre avdelinger – ein innstramning som har vært større enn «strengt tatt ønskelig».

Selv om ikke Helsedirektoratet gjennom planen definerte målambisjonene eksplisitt og konkret, sa det noe om prioriteringen av målene, for så vidt som planen viste hvordan personalressursene (og dermed også pengene) skulle fordeles mellom aktiviteter knyttet til de ulike mål. Hvis vi «idealiserer» målene og kaller dem (mer eller mindre egalitær) helsemaksimering, tilgjengelighetsmaksimering, tjenestekvalitet (også etisk forstått) og (omkostnings)effektivitetsmaksimering, får vi det bildet som fremgår av tabell 7.4.

Tabell 7.4: Fordelingen av ressursandeler (prosent) på de ulike «idealiserte» mål, etter Helsedirektoratets virksomhetsplan for 1989

Avdeling	Mål				
	Helse-maksimering	Tilgjengelig-hetsoptimali-sering	Kvalitets-maksimer-ing	Effektivitets-maksimer-ing	Ukeverks-andel
Forebygging	23	2	1	0	26
Helsetjeneste	1	13	15	2	31
Legemiddel	5	4	3	3	15
Helserett	3	0	14	1	18
Administrasj.	0	0	1	8	6
Tilsammen	34	18	33	15	100

Vi ser altså at det er helsemaksimering og kvalitetsmaksimering direktoratet vil bruke mest ressurser på, ca. en tredjedel på hvert av målene, uten at vi dermed kan si det setter disse målene øverst, eller at dette er norsk helsepolitikks høyest prioriterte mål. Det er for eksempel ikke bare Helsedirektoratet som har ansvaret for disse primære målene. Vi legger ellers merke til at forebyggingsavdelingen er nokså ettmålsorientert, og at det i stor grad dominerer i arbeidet for å øke helseproduktet. Avdelingen og målet er altså nesten ett. Helsetjenesteavdelingen skal bruke det meste av sine ressurser på tilgjengelighet og kvalitet, men påfallende lite på effektivitet. Det siste reflekterer at hovedansvaret her ligger på de lokale forvaltningsnivåer. Legemiddelavdelingen er en utpreget allemålsavdeling, mens helserettsavdelingen er en kvalitetsavdeling, dog slik at dens opptatthet av kvalitet er rettet mot kvalitetssvikt og konsekvensene av den. Administrasjonsavdelingen er ytre sett i hovedsak en effektivitetsorientert avdeling; ellers er den primært en innadrettet avdeling – som slik, på en nokså indirekte, vanskelig klassifiserbar, måte bidrar til de ulike ytre mål.

La oss avslutte med å si at virksomhetsplanarbeidet i påfallende liten grad er opptatt av tilsyn, hva det er og hvilke verdier, eller mål, det skal fremme. For så vidt som Helsedirektoratets arbeid med virksomhetsplanen fra starten av også hadde et institusjonseksistensielt formål, forteller det hvordan tilsynsbevisstgjøringen var noe som i stor grad tilhørte fremtiden. Den godt etablerte krangelen med departementet og veksten i omfanget av klage- og erstatningssaker – og jusens økende rolle i direktoratet – var ikke nok til å få moderne tilsyn på dagsordenen som en av morgendagens viktigste oppgaver. Noe var imidlertid iferd med å skje, som vi skal komme tilbake til. Tilsyn ble fortsatt i stor grad sett på som en samlebetegnelse for svært mye av det Helsedirektoratet gjorde, samtidig som ideen om egenkontroll begynte å få virkninger – blant annet i form av tilsynsbesøk. Påvirkningen fra industriens kvalitetskontroll ble generalisert. Jusens økte innflytelse og forbrukerrevolusjonen

(som for alvor kom i 1980-årene) bidro også til at tilsyn fikk en mer profesjonalisert oppmerksomhet.

Virksomhetsplanen som praksis: 1989–1994

Arbeidet med virksomhetsplanen hadde, viser det seg allerede i 1989, en kulturvirkning. Direktoratet ble mer bevisst hva mål var, hvordan mål kunne defineres og at styring og ledelse i økende grad kan, og vil, skje gjennom bruk av mål. Denne bevisstheten ble imidlertid skjerpet av at den var et pålegg ovenfra og at hele samfunnets styringskultur var kommet i bevegelse. Virkningen av planen ble ikke dramatisk i 1989, men allikevel tydelig. Det ble også tydelig at «målstyringsagentene» i direktoratet nå var godt etablert. De hadde fått status og de dyttet vennlig, men bestemt, på. Det vil si, administrasjonsavdelingen, tradisjonelt en forsiktig og indretjenesterettet avdeling, ble viktigere. Det var særlig her målstyrings- og virksomhetsplanagentene satt. Direktoratet hadde vært et utpreget fagdirektorat, altså en del av medikratiet. Nå ble det et tydeligere styrt, og styrende, fagdirektorat: De yngre ledelsesfagfolkene i administrasjonsavdelingen viste helsefagfolkene i de andre avdelingene hvordan de skulle styre og lede bruken av sine fag utad. Men de ledet, eller veiledet, ikke bare slik «nedover», eller til siden, de gjorde det også oppover: De «oppdro» linjelederne, Helsedirektøren medregnet, til å bli mer bestemte mål- og resultatrettede ledere. I den grad de «stresset» noen, var det altså «alle». Men «dyttingen» («the nudging», som det heter på engelsk) virket ikke særlig stressende. Den var for vennlig, og tålmodig, til det. Det skyldtes ikke minst den som først og fremst hadde overtatt etter de innleide konsulentene, «indrekonsulent» og fra 1989 utredningsleder, Helge Høifødt. Han forstod, bedre enn noen, hva den nye tid krevde og kunne være kreativ på dens vegne. Avdelingsdirektør Bang, som nå nærmet seg pensjonsalder, hadde tillit til Høifødt. Han var glad for at den unge utredningslederen hadde så mange ideer. Når han så, på forhånd, og løpende, ble orientert, hadde han ingen problemer med Høifødts iver. Da Bang i 1993 gikk av og ble etterfulgt av juristen Hilde Sundrehagen[772] fortsatte Høifødt å spille den viktige grå eminensrollen han hadde spilt. Det vil si, nå fikk han sin nye sjef mer aktivt med enn han hadde hatt sin gamle sjef.

La oss imidlertid nå se litt nærmere på hva som skjedde med realiseringen av planen, og utarbeidelsen av de nye planene.

Da arbeidsgruppen[773] for virksomhetsplanen oppsummerte erfaringene med den første planen konstaterte den at planen kunne brukes av ledelsen til å følge opp avdelingene, men ikke de enkelte ansatte. Ledelsen brukte allikevel i liten grad planen slik. Avdelingsledelsene brukte ikke ukeverkregnskapet «fullt ut» som styringsinformasjon. De hadde heller ikke nok oversikt over virksomheten til at de kunne styre med henvisning til resultatmål og ukeverksforbruk. Gruppen konstaterte derfor at planen var «dårlig forankret i organisasjonen», også i direksjonen og i avdelingsledelsene.[774] Helsetjenesteavdelingen kunne også, etter en nærmere vurdering ved utløpet av juni konstatere at de pålagte oppgaver, blant annet administrasjonen

[772] Hun kom til administrasjonsavdelingen som underdirektør i 1989.
[773] Den bestod av avdelingsdirektørene Per Bærum, Jørgen Jonsbu og Johs. Wiik, men ble høsten 1989 utvidet med Finn Aasheim og Helge Høifødt.
[774] Virksomhetsplanen for 1990 – prinsipper og rutiner for oppfølging, notat datert 10.11. 1989 (89/12977). Helsedirektoratets arkiv 003.20, Virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet 1990, boks 6.

av turnusordningen og personellgodkjennelser, tok mer ressurser enn planlagt, og at uforutsette, men «nødvendige», oppgaver kunne ta så mye som 12 til 13 prosent av ressursene.

Arbeidsgruppens diagnose, nærmest dikterte de forslag som nå kom. Direktoratet måtte ta målstyringens og målledelsens logikk mer innover seg. Lederne måtte arbeide for å konkretisere målene, eller «middelmålene», mer og måtte legge større vekt på løpende å følge opp måloppnåelsen. Den øverste ledelse skulle spesielt gjøre det hva hovedmålene og de spesielle prioriteringer gjaldt, samt «de store linjer i ressursbruken». Den skulle også føre en slags oversikt over «generelle problemer som gjelder organisering, kompetanse, ledelse i avdelingene; ressurssituasjonen; forholdet til viktige målgrupper/samarbeidspartnere».[775]

Avdelingsledelsene skulle følge opp, og følges opp (av seg selv), på en mer konkret måte, ned til den enkelte ansatte. De skulle sette opp en «årsdagsorden» for avdelingsledermøtene og avdelingsmøtene – «for å sikre oppfølging av fremdriften i og faglig diskusjon om de viktigste arbeidsoppgavene». Avdelingsledelsene, het det videre, burde månedlig gjennomgå virksomhetsplanen og drøfte «status og avvik». Når det skjer, legges det til, bør avdelingsledelsene også se på avdelingsbudsjettet, med regnskapsrapporten: Nå skal mål- og budsjettstyring integreres.

Arbeidsgruppen ville også at planstyret skulle føres *helt ned*: Planleggingssamtalen med de enkelte ansatte ved årets begynnelse «skal resultere i at medarbeideren har en klar oppfatning av hvilke «planlagte tjenester» i vpl hun skal bidra til, hvor mange ukeverk på hver tjeneste, og en detaljplan med frister, samarbeid med andre mm for arbeidet gjennom året». For å lette kontrollen med medarbeidernes tjenesteytelse skal «hver tjeneste (produkt/aktivitet) i vpl gis et løpenummer, som grunnlag for oppfølging». Den enkelte tjeneste skal gies et «aktivitet-nr» på fem siffer, «hvor første siffer er avdeling, annet (siffer) hovedmål, tredje (siffer) delmål, og fjerde og femte (siffer) løpende nummerering av aktivitetene innen hvert delmål i hver avdeling». I medarbeidersamtalene utpå nyåret skal det avklares hvilke «aktivitet-nr» hver enkelt skal «jobbe med», ha ansvar eller medansvar for, og legges en «detaljplan for utførelsen av hver aktivitet,..».[776] Administrasjonsavdelingen skal lage et EDB-system «for oppfølging». Her ser vi, kan vi føye til, hvordan den nye informasjonsteknologien blir et viktig virkemiddel i den «tettkoblede» styringen målstyringen fører til.

Arbeidsgruppen er oppmerksom på at målstyringen kan virke detaljdikterende, og slik undergrave grunnlaget for den skapende dynamikk i møtet mellom ledelse og medarbeidere og mellom medarbeidere og aktørene i det utøvende helsevesen, som PLUTO i noen grad la opp til. Det heter derfor at arbeidsgruppen ikke tror det er «hensiktsmessig å innføre som generelt pålegg at alle medarbeidere kontinuerlig skal registrere tidsbruk fordelt på resultatmål». Den føyer til at «Tidsregistrering bør brukes målrettet».[777] Hva det er, er imidlertid ikke åpenbart.

Den 14. november sendte administrasjonsavdelingen ut noen retningslinjer for avdelingenes ferdigstillelse av sine planer for 1990.[778] Naturlig nok gikk de ut på en tilstramning av målstyringen: Det heter at det fortsatt er få «vurderingskriterier for vellykket gjennomføring

[775] *Ibid*., s. 2.

[776] *Ibid*., s. 4.
[777] *Ibid*.
[778] Notat 14.11. 1989: 89/12977 5 HH. (003.20, Vpl for H.dir., boks 6).

av resultatmålene» og nevner hva som trenges – som svartid e.l. for «pliktoppgaver» og beskrivelse av kvalitetskrav til større produkter. Det heter videre at det bør komme flere «datoer for ferdigstillelse», en bedre presisering av hvilke «målgrupper» resultatkravene gjelder, en større, og mer lik, detaljering av aktivitetene som planen omfatter og en større grad av samling av aktiviteter som skal bidra til samme delmål.

Virksomhetsplanen for 1990 ble vedtatt av direksjonen den 17. januar 1990. Helsedirektøren bekrefter gjennom forordet, som dog er skrevet av administrasjonsavdelingen, at han slutter opp om den styrings- og ledelsesfilosofi målstyringen representerer. Han legger til at planen representerer en videreutvikling av den målstyringen 1989-planen representerte, og skriver ellers at direktoratet, som i 1989, vil fortsette opprioriteringen av forebyggende arbeid, altså helsemaksimering, og ivaretagelse av hensynet til pasientenes rettssikkerhet, altså tilgjengelighet og kvalitetssviktsminimering – samt erstatning ved svikt.

Direktoratet var fornøyd med den måloppbygning det laget til 1989-planen og fortsatte derfor med denne, dog slik at arbeidet med den fortsatte. Direktoratet ville «arbeide videre med presisjonsnivået i målformuleringene», med å finne «hensiktsmessige indikatorer på måloppnåelse», med å koble «mål og planer til budsjett og regnskap» og med å sette «tidsfrister for de enkelte tiltak». Litt resignert føyes det dog til at mange av direktoratets oppgaver er av «løpende karakter» – det gjelder særlig «pliktløpet» – og disse egner seg dårligere for målstyring, gir direktoratet inntrykk av.[779]

Det heter innledningsvis at forebyggende arbeid, altså helsemaksimering, og pasientrettighetssikring, skal opprioriteres. Oversikten over ukeverksfordelingen viser imidlertid at helsemaksimeringen får *mindre* ressurser enn i 1989, nemlig 24 prosent, mot 26 prosent året før. Kvalitetsmaksimering, i praksis først og fremst kvalitetssviktsminimering, får 40 prosent, mot 33 prosent året før. De to andre mål, tilgjengelighetsmaksimering og effektivisering får omtrent de samme ressurser som året før, henholdsvis 20 mot 18 prosent og 14 mot 15 prosent.

Vi kan, hva gjelder styringens innhold konstatere at det helsefremmende arbeid er langt mer styringsutviklende (på miljøsiden) enn styringsoppfølgende: Forebyggingsavdelingen skal spesielt arbeide med nye landsforskrifter for miljørettet helsevern og med statistikkutvikling (sammen med SIFF), men også vie livsstil noe oppmerksomhet, spesielt gjennom forebyggelse av HIV-infeksjon. Oppfølging gjennom tilsyn og andre former for kontroll får liten oppmerksomhet. Hva kvalitet angår, er det igjen kvalitetssvikt som får oppmerksomhet, og som tar det meste av helserettesavdelingens ressurser: Klagesakene var blitt en belastning for direktoratet; opprioriteringen av dem var derfor blitt en pådyttet nødvendighet. Positiv kvalitet hadde ennå ikke fått den samme oppmerksomhet, men oppmerksomheten var tydelig økende nå. Helserettsavdelingen fornemmet det og ville bruke innsikten etterkontrollen (klagesakene) gav til å arbeide mer kvalitetsforbedrende. I 1989 ble således prosjektet «Fra klage til kvalitet» lansert. Et enda tydeligere uttrykk for at kvalitetsmaksimeringen får mer oppmerksomhet, er Helsetjenesteavdelingens tilsynsoffensiv. Nå vil den, i samarbeid med fylkeslegene, utvikle «prosedyrer og rutiner for (bedre) egenkontroll og ta initiativ til, i samarbeid med fylkeslegene og fagmiljøene, å sette i gang «konkrete prosjekter i

[779] Helsedirektoratets virksomhetsplan 1990, s. 4-5. Planen er til sammen på 139 sider. De første 29 sider gjelder Direktoratet som helhet, resten detaljerte planer for de enkelte avdelinger. Planen finnes i Helsedirektoratets arkiv nr. 003.20, Helsedirektoratets virksomhetsplan 1990, boks 6.

metodeutvikling innen kvalitetssikring..».[780] Vi merker oss imidlertid at den konkrete planen her er mer offensiv enn måloversikten; her er kvalitetspolitikkens mål begrenset til det vage å sikre at «aksepterte faglige prinsipper» (delmål 3.1.) blir fulgt, og til inngangskontroll – gjennom å sikre at personellet formelt er kvalifisert og at utstyret institusjonene bruker holder «god standard» (3.2 og 3.3).

Den 23. mai summerte administrasjonsavdelingen, det vil si Helge Høifødt, i et notat til direksjonen, opp planrealiseringen som den så ut den 30. april. Avdelingen var fornøyd med utviklingen, men var offensivt opptatt av å stramme opp både ledelse og avdelinger. Den anbefalte «at direksjonen gjennomgår status og planer for alle satsingsområdene nokså detaljert på (det kommende) møtet». Videre påpekte den at noe burde gjøres med «Helheten i arbeidet med tilsyn og kvalitetssikring..», med tilsynsforskriften og med oppfølging av fylkeslegenes ordinære tilsyn.[781] Under direksjonsseminaret den 28. og 29. mai ble denne tilsynsoffensiven ført videre. Det heter i referatet fra seminaret at når fylkeslegene har ført tilsyn må de gi reaksjoner på dette til institusjonseierne, og at når tilsynet krever pålegg fra Helsedirektøren, må fylkeslegene komme med forslag til hvilke pålegg som skal gies. Det heter også i referatet at fylkeslegene innen 1. november skal summere opp resultatene av sitt «særlige tilsyn» og at oppsummeringene skal drøftes på høstens fylkeslegemøte.[782]

I referatet fra seminaret, ført i pennen av Per Bærum, heter det at virksomhetsplanen «stort sett er realisert». Det heter også at avdelingene budsjettmessig er i god rute. Ellers er det interessant at Administrasjonsavdelingens «dyttende» rolle stadig kommer til uttrykk – og at denne dyttingen først og fremst er rettet mot ledelsen, mot den øverste ledelse og mot avdelingsledelsene. Hva gjelder dyttingen overfor den øverste ledelse heter det således i seminarreferatet, at Helsedirektøren fant medarbeidersamtalene «nyttige» og at erfaringene til nå var «rimelig gode». Videre heter det: «Ettersom innholdet i Helsedirektørens medarbeidersamtaler med avdelingsdirektørene ikke er kjent, fant avd. 5 at oppfølgingen av resultatkravene til den enkelte avdelingsdirektør var vanskelig» (*Ibid*., s. 4). Målstyringsfilosofien, som virksomhetsplanen er et uttrykk for, krever en gjennomsiktig oppfølging. Den gjennomsiktighet var ikke lederne ennå helt innstilt på å skape, og gir seg selv en «anmerkning». Direksjonen, eller administrasjonsavdelingen, er heller ikke helt fornøyd med takten i direksjonens tilpasning til den nye tid. Det heter således i seminarreferatet også at Helsedirektøren mente direksjonens funksjon var blitt «noe bedre», men at de gamle «svakheter» ennå gjorde seg gjeldende. Blant de mulige områder for forbedring nevnes således: «engasjementet/frimodigheten/den gjensidige tryggheten», tendensen til å «grave oss ned i detaljer/formuleringer», vedtaksklarheten – med angivelse av «ansvar for oppfølging og tidsfrist for ferdigstilling» og «system(et) for oppfølging av vedtak» (*ibid*., s. 5). Den planbaserte målstyringen forutsetter at den øverste ledelse er det offensive utgangspunkt for den. Det var ennå ikke ledelsen. Men den var «under opplæring», av administrasjonsavdelingen, og spesielt av utredningsleder Høifødt.

Oppfølgingen av realiseringen av virksomhetsplanen for 1990 skjedde hyppig høsten 1990: Den ble behandlet av direksjonen 3. oktober, 7. november og 19. desember.

[780] Virksomhetsplanen 1990, s. 11.
[781] Notat fra administrasjonsavdelingen 23.5. 1990, Virksomhetsplan 1990 – avdelingsbudsjett 1990 – organisasjonsutvikling – oppfølging pr. 30. april, s. 1-2. (Sak nr. 89/12977 5, H.dir.arkiv 003.20, Virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet, boks 6.)
[782] Referat fra direksjonens seminar 28.-29. mai 1990 (samme arkivboks som den foregående henvisning), s. 1.

Ved utløpet av august 1990 ble realiseringen av virksomhetsplanen, og budsjettsituasjonen, kommentert av de ulike avdelinger. Her merker vi oss at alle avdelinger, bortsett fra helsetjenesteavdelingen, gav en forholdsvis teknisk situasjonsrapport. Jonsbus helsetjenesteavdeling skriver at en viktig del av avdelingens strategi er *forandring*. «(V)i skal endre våre oppgaver med minst 30 % hvert år». Hadde avdelingen videreført de «faste «forvaltningsoppgavene» uten forandringer» ville de i 1990 ha utgjort 89 prosent av virksomheten. Nå utgjør de istedenfor «bare 37 %. Resten er overveiende nye oppgaver». Vi skal, skriver Jørgen Jonsbu videre, «utvikle oss til å bli et «helsefaglig kompetansesenter»». Det skjer ved at avdelingen utvikler en «grunnkompetanse», og med den som utgangspunkt kjøper «spisskompetanse på de områder vi har behov for det». Jonsbu hadde tatt inn over seg noen av de forutsetninger som ble lagt til grunn ved delingen av direktoratet i 1983 og som ble forsterket av de signaler som kom i «Ikke-dokumentet» og som snart skulle bli fulgt opp av Norboms styringsgruppe. Planen, med sine mål, reflekterte imidlertid ikke uten videre (bare) disse jonsbuske tanker. Helserettsavdelingen pekte da også på at «Med den lovgivning vi i dag har, og slik helsemyndighetene er organisert, er det en selvfølge at Helsedirektoratet skal behandle enkeltsaker», altså (også) være et «forvaltningsorgan».[783]

Norbom-prosessene var iferd med å påvirke planarbeidet i Helsedirektoratet. Denne spenning mellom kompetanseoppgaver, i hovedsak helsefaglig veiledning oppover og nedover, og forvaltningsoppgaver, i praksis særlig nedstrøms enkeltsaksbehandling og kontroll, lå i den første planen. Nå ble den løftet opp av Jonsbu, og indirekte av Norbom, som talsmenn for kompetanserollen. Men inn i denne spenningen begynte også tilsynsoppgavene å kile seg, oppgaver som var gitt liten oppmerksomhet i den første planen. Tilsyn kilte seg imidlertid inn på en flertydig måte. Til dels ble tilsyn knyttet til kompetanserollen: Tilsyn var slik rådgivende tilsyn, litt på oppstrømssiden – f.eks. gjennom planutvikling (tilsynsforskrift, som det nå ble arbeidet med) – men mest på nedstrømssiden, og her i stor grad gjennomført gjennom fylkeslegene. Men tilsyn ble også knyttet til forvaltningsoppgaven, særlig nedstrøms, i form av behandling av klager og krav om erstatning. Denne forvaltningen skjedde både i regi av helserettsavdelingen og i regi av fylkeslegene.

Jonsbu, og Norbom, ja, helseforvaltningsutviklingen generelt, gjorde at Helsedirektoratet ble både oppmuntret og presset til å tenke ytterligere gjennom sine eksistensielle utfordringer. Det kom tydelig frem i planen for 1991, en plan som ble sluttbehandlet av direksjonen den 19. desember 1990 og drøftet med de ansattes organisasjoner den 23. januar 1991. I kapittel 2, om Mål for Helsedirektoratets virksomhet, diskuteres disse utfordringer på en grundigere måte enn i de to foregående planer. Etter å ha referert til det politiske oppdrag, direktoratets instruks medregnet, skriver planforfatterne (s. 2):

> *Direktoratet er både et forvaltningsorgan og helsefaglig kompetanseorgan. I kombinasjonen av og gjensidigheten mellom de to funksjonene ligger en vesentlig styrke: Nærhet til den utøvende helsetjeneste og god tilgang til eksterne helsefaglige kompetansemiljøer kombineres med forvaltningskompetanse og myndighet til å iverksette tiltak innen gjeldende politiske, økonomiske og administrative rammer.*

De fortsetter:

[783] Notatene fra helsetjenesteavdelingen (Jørgen Jonsbu) og helserettsavdelingen (usignert) er datert 29.8. og 14.9 (men gjelder pr. 31.8.) finnes i boks 6 (Virksomhetsplanleggingen i H.dir.). Sitatene er fra s. 2 og 3.

> *Den relativt sterke vridningen de siste årene mot rådgivning, veiledning, utredning og kompetansespredning, har vært muliggjort ved en kraftig reduksjon av forvaltningsoppgaver, særlig enkeltsakbehandling, når det gjelder saker som det ikke finnes tilstrekkelig sterke grunner til å beholde i et sentralt statlig organ.*

De forvaltningsoppgavene direktoratet «nå sitter igjen med, finnes det imidlertid sterke grunner til å beholde», skriver de videre og gir over nesten en hel side (s. 3) rede for hvilke grunner dette er. Spesielt nevnes det at direktoratet trenger (juridisk basert) myndighet for å gjennomføre saker, også «faglige», og at mange saker, ikke bare enkeltsaker, krever rettskyndighet. Ja, utformingen av ny politikk, som direktorater er med på, innebærer i stor grad å lage forslag til nye eller endrede lover og forskrifter – lover og forskrifter som i neste omgang skal iverksettes som forvaltning. Den helsefaglige arroganse som lå i bruken ev betegnelsen «pliktløp», er nå borte. Ja, man kan nesten si at til tross for den kompetanseoffensiv Norbom-prosessene representerte, er det nå forvaltningsoppgaven som igjen styrkes. Det som skjedde i Stortinget i juni 1992 var jo også forvaltningsopppgavens seier over kompetanseoppgaven, eller jusens seier over medisinen. Kompetanseoppgaven skulle, som vi har nevnt i forbindelse med gjennomgåelsen av Norbom-prosessene, for alvor først komme tilbake etter den neste store forvaltningsreform, markert med gjennopprettelsen av Helsedirektoratet fra 2002: Nå blir kunnskapsstyring et stadig viktigere virkemiddel i styringen av det utøvende helsevesen. Men da blir det det på en virkelig mål- og resultatorientert måte. I 1991 var direktoratet fortsatt preget av kompetanse- eller kunnskapsstyringen som en rådgivende, ikke som en bydende, oppgave. Evidensrevolusjonen, som startet nettopp i 1990–91, hadde ikke slått igjennom i Helsedirektoratet ennå.

Vi merker oss også at Helsedirektoratet i planens innledning ikke egentlig taler om mål, selv om overskriften skulle tyde på det. Det taler om oppgaver, om kompetanse- og forvaltningsoppgaver, mer indirekte også om tilsynsoppgaver, selv om det her er uklart om disse bare er underoppgaver under de to første oppgaver. Vi har også ovenfor påpekt at direktoratet, gjennom sine delmål og arbeidsmål, egentlig mer taler om oppgaver enn om «endelige» mål. Dette understrekes nå; direktoratet går tilbake til det såkalte ressortprinsipp for fordeling av oppgaver. Etter dette prinsipp ligger verdiene og målene underforstått i oppgavetildelingen.

Det er imidlertid tydelig at målstyringsfilosofien nå begynner å «sette seg» i direktoratet. Ettersom det skjer, ser og erfarer stadig flere av dets medarbeidere hvilke implikasjoner den har: Som MIT-forsker Michael Schrage har påpekt i boken *Serious Play,* skjer innovasjon og ny- og videreutvikling gjerne gjennom prøvende praksis, eller simuleringer.[784] Han taler om bruk av prototyper, men mener med det også planer og konsepter. Det er gjennom prøvende iverksettelse av ideer at ideene utvikles og sette spor i hodene på styringsutviklerne. Slik er det gradvis «fagavdelingene» som tar initiativet i utviklingen av målstyringen, en utvikling hvor virksomhetsplanen etter hvert institusjonaliseres og like meget blir en beskrivelse av det som skjer enn en plan for hva som skal skje. Det er, er det fristende å føye til, noe ironisk over at det er slik styringen utvikles i direktoratet, siden jo filosofien innebærer at praksis er en teknisk anvendelse av teori.

Planene for 1992 og 1993 viser at læringen fortsetter. Den skjer imidlertid på nivåene under målstrukturen. Målstrukturen beholdes uendret helt til Helsedirektoratet blir til Statens

[784] Michael Schrage, *Serious Play, How the World's Best Companies Simulate to Innovate*, Boston, MA: Harvard Business School Press, 2000.

helsetilsyn. Bevisstheten om hva tilsyn kan innebære øker, naturlig nok spesielt mot slutten av perioden. Det er imidlertid åpenbart at direktoratet ikke klarte å komme så langt at et bestemt begrep om tilsyn fikk feste seg. Direktoratet fortsatte å se på tilsyn både som et annet navn for helseforvaltning og som noe inspeksjons- og kontrollpreget. Det er imidlertid en tendens over utviklingen: den mer spesialiserte forståelsen av tilsyn får økende plass. Det viser seg blant annet ved at tilsynsvirksomheten knyttes nærmere til mål, altså i større grad tilpasses målstyringen. Den knyttes til tilgjengelighetsmålet (hovedmål 2) og til kvalitetsmålet (hovedmål 3). Den knyttes først og fremst indirekte til helsemaksimeringsmålet, nemlig for så vidt som bedret tilgjengelighet til kvalitativt gode helsetjenester også er helsefremmende. Den får også en dobbel tilknytning til målene, en negativ og en positiv. I det første tilfelle er målet å forebygge tilgjengelighets- og kvalitetssvikt, og når slik oppstår, å gripe inn – kritisk (overfor personell og institusjoner) og kompensatorisk (erstatninger til pasienter). I det annet tilfelle er målet å bedre tilgjengeligheten og kvaliteten; i det siste tilfelle også i betydningen bidra til at helsevesenet er faglig à jour. Fagliggjøringen av tilsynet skjer særlig på den «negative» siden, og i regi av den stadig mer ambisiøse helserettsavdelingen, men også av legemiddelavdelingen. Ansvaret for det «positive» målet ligger særlig hos helsetjenesteavdelingen, men i noen grad også hos legemiddelavdelingen. Jørgen Jonsbus opptatthet av å gjøre direktoratet til et kompetanseorgan, reflekterer hans og hans avdelings ønske om å fagliggjøre også den «positive» politikken. Men fortsatt forsøker han å gjøre det gjennom mer tradisjonell rådgivning. Som vi har nevnt kommer den mer styrende positive kvalitetspolitikk (og tilgjengelighetspolitikk) senere.

Den økte betydning av tilsyn kommer i konkurranse med den økende vekt Sosialdepartementet, og Helsedirektoratet, begge med internasjonal tilskyndelse (WHO) og betydelig entusiasme, legger på helsemaksimering (gjennom forebyggelse og helsefremmende virksomhet). Det er en konkurranse de som er opptatt av tjenestemålene (tilgjengelighet og kvalitet) kommer best ut av. Da forebygging fikk sin egen avdeling i departementet etter den post-norbomske omorganiseringen kunne da også avdelingens første sjef, Andreas Disen nokså snart konstatere at forebygging ikke opptok statsrådene, det gjaldt først Christie, så Hernes (fra desember 1995), eller det politiske miljø generelt, så meget.[785]

De siste direktoratsårene (1992, 1993) med virksomhetsplanlegging var ellers preget av at det ble lagt stigende vekt på «brukerne». Mål- og resultatkravene skulle i større grad knyttes til ulike brukere. Det er, som vi har nevnt før, analogien fra bedriftsverdenen som slår inn: Som bedrifter skaper verdier for kunder, skal forvaltningen bli seg mer bevisst at den skaper verdier for brukere (borgere), noen som er en slags kunder, pasientene, og andre, som andre forvaltningsorganer og interessenter (utenom pasientene).

Utarbeidelsen av virksomhetsplanen for 1992 bød på spesielle utfordringer. Norbom-utvalget hadde jo foreslått å nedlegge Helsedirektoratet som det var. Hvilken hensikt skulle det da ha for direktoratet å lage en plan for 1992? Da direktoratet startet planarbeidet, med direksjonsmøte den 6. noevmber (1991) og allmøte den 14. november, var det åpenbart at omorganiseringen ville ta tid og direktoratet bestemte seg da for å lage en plan for hele 1992. Det lå nok imidlertid også noe strategisk i det: Direktoratet ville vise at det satset på å bestå, altså på å nedkjempe forslaget fra Norbom og hans medutredere. I et notat fra Helsedirektøren til «avdelingene og de ansatte» den 7. november heter det at «1992 blir et vanskelig år med mye usikkerhet for direktoratet. Desto viktigere blir det å ha klare mål for arbeidet og være

[785] Opplyst av Andreas Disen i samtale 26.08.09.

samkjørt på prioriteringer, arbeidsmåter, arbeids- og ansvarsdeling og samarbeidsbehov».[786] Det heter i det samme notatet at planarbeidet «skal engasjere flest mulig av de ansatte, både i diskusjon om satsingsområder, og ved utformingen av de konkrete aktivitetsplanene». Også denne formuleringen må sees i et «Norbom-perspektiv».

Like før planarbeidet for alvor ble satt i gang skrev direktoratet brev til departementet og bad, nok en gang, om «avklaringer» med hensyn til en rekke forhold, blant annet om eventuelle «nye politiske prioriteringer», hvordan departementet ville bruke «direktoratets ressurser» og om «samordning og arbeidsdeling med departementet».[787] Også dette brevet har en Norbom-tilknytning. Helge Høifødt gjør det klart i det notat administrasjonsavdelingen sendte direksjonen den 1. november. Der het det: «Avd. 5 mener det er riktig å forsøke å provosere frem en samlet kommunikasjon om hvordan departementet ønsker å bruke oss til neste år, uansett organisasjonsgjennomgang».[788] Men hverken nå, eller tidligere, klarte direktoratet å få departementet i særlig grad i tale.

I juni 1991 sendte Statskonsult ut et spørreskjema til de ulike statlige virksomheter om deres bruk av «resultatstyring og virksomhetsplanlegging».[789] Helge Høifødt fylte ut skjemaet på vegne av direktoratet. Hans avkrysninger viser at (han mener) direktoratet var kommet langt i bruken av virksomhetsplanlegging. Fortsatt manglet den strategiske plan (for to eller flere år – den kom, som vi har sett, først med nyordningen fra 1994). Fortsatt ble ikke de ressurser som gikk med til resultatmålene dokumentert og fortsatt ble det ikke foretatt produktivitets- og effektivitetsmålinger i direktoratet, men ellers var det meste Statskonsult spurte om, på plass. Både litt selvkritisk og litt direktoratskritisk krysser Høifødt av på «endel» for de ulike akørers, også ledernes, deltagelse i planarbeidet.

Når han skal krysse av for «konsekvenser av innføring av virksomhetsplanlegging» gjør han det på en tydelig planpositiv måte. Han krysser av 1 eller 2 (av 6) for «positive» påstander, som «målsetninger og ressurser ses bedre i sammenheng» og «oversikt over virksomhetens arbeide er bedre». For «negative» påstander, som «vi må foreta målinger som er umulige» og «planprosessen er blitt komplisert og fremmedgjørende», krysser han av 5 eller 6. Vi legger ellers merke til at på spørsmål om det blir henvist til virksomhetsplanen i tildelingsbrevet til virksomheten svarer han nei. Han svarer også nei på spørsmålet om institusjonen har «dialog med den overordnete myndighet i plan-/budsjettprosessen». Dog er planen nevnt i budsjettproposisjonen (til Stortinget). Vi har tidligere sett at direktoratet under Norbom-prosessene flere ganger henviste til departementets taushet om direktoratets planer.

Virksomhetsplanarbeidet – en epilog

Den hierarkiske mål- og resultatstyring som gradvis kom til å fange sinnene hos stadig flere politikere og byråkrater slo mere og tidligere rot i Helsedirektoratet, og delvis dermed også de

[786] Notatet, med overskriften «Arbeidet med virksomhetsplan for 1992», har saksnummer 91/06780 (003.20, boks 12).
[787] Brevet har overskriften «Styringssignaler og rammebetingelser for direktoratets arbeid med virksomhetsplan for 1992» og har saksnummer 91/0678.
[788] «Direktoratets virksomhetsplan for 1992» (sak nr. 91/0678), undertegnet av R.S. Bang og parafert av Helge Høifødt.
[789] Statskonsults referanse: 91/433; Direktoratets: 91/00310. Spørreskjemaet ble sendt den 3.6.91. Kopi av Høifødts utfylte skjema finnes i Statens helsetilsyns arkiv, 003.20 (boks 12)

etater som ble forvaltet av direktoratet, enn den gjorde i det departement direktoratet var underlagt. Direktoratet var slik sett mere lojalt oppover enn det departementet var. Men for så vidt som lojaliteten gikk opp over departementet, var den betinget. Direktoratet «utnyttet» slik i en viss forstand den nye styringsfilosofien i sin dragkamp med departementet. Det var slik sett både uttrykk for direktoratslig frustrasjon og triumf når direktoratet under Norbom-prosessene kunne henvise til at dets virksomhetsplanlegging nærmest ble neglisjert av departementet. Antagelig var også triumfen større enn frustrasjonen, for direktoratet visste at det var på parti med fremtiden. Det erfarte dessuten at målstyringen hjalp det ut av den identitetskrise delingen i 1983 hadde bragt det ut i: Innføringen av målstyringen gjorde at direktoratet fikk bygget opp ny identitet og ny stolthet.

Men at departementet ennå ikke hadde tatt den nye styringslære helt inn over seg, var knapt noe enestående. Både Willoch- og Brundtland-regjeringen hadde formelt lagt vekt på at nå skulle der styres mer målrettet og mer kvantitativt, mer «teknokratisk» kan man nesten si. Det var imidlertid ikke alle politikere, ei heller statsråder som helt forstod hva det innebar, og slett ikke lot seg begeistre. Å fagliggjøre styringen var jo også å utfordre det erfarings- og skjønnsbaserte demokrati, et demokrati som fikk fornyet bekreftelse gjennom den desentralisering og styringspolitisering som skjedde fra midt i 1970-årene, altså like før den den siste fase av fagliggjort styring ble lansert. Vi har sett at departementet og dets departementsråd hele tiden la stor vekt på legmannsstyrets primat. Dessuten slo i nokså varierende grad målstyringen an i byråkratiet. I prinsippet appellerte den særlig til økonomer, ikke minst siviløkonomer, og fagfolk på den tekniske side, men f.eks. økonomen Norbom ble langt fra revet med av de nye ideene. Jurister, spesielt av den eldre skole, var nokså lunkne til de nye ideene om styring og ledelse.

Også innad i direktoratet varierte begeistringen. Helsedirektøren selv var formelt positiv, men kom fra tid til annen med ironiske betraktninger om moter innen styringstenkningen. Noen målstyringsentusiast var han langt fra, som vi skal komme nærmere tilbake til. Lederne for det som ofte ble kalt fagavdelingene var i nokså varierende grad begeistret for de nye tankene. Jørgen Jonsbu, fra 1988 leder for den sammenslåtte helsetjenesteavdelingen, var tilsynelatende den mest aktive forkjemper for målstyring og virksomhetsplanlegging, men han forstod den på sin måte. Også helserettsavdelingens leder, Kari Sønderland, fulgte aktivt opp de nye signaler, men tolket dem samtidig på nokså juridiske måter. Folkehelselederne tok de nye signaler innover seg, og fant for så vidt at de lot seg godt forene med den epidemiologiske måte å tenke på. Den nye Helse for alle-filosofien, og WHO, var jo også inspirert av den kvantitative målstyringstenkning; ja WHO ble etter hvert, også gjennom Gro Harlem Brundtlands aktive medvirkning, en svært målstyringsorientert institusjon. Legemiddelsjefen tilpasset seg også den nye tid, men uten å ta den tungt inn over seg.

De eneste virkelig «true believers» fant man i administrasjonsavdelingen. Sjefen inntil han gikk av i 1992, Reidar S. Bang, var, som jurist, ikke spesielt fascinert av den nye filosofien, men de av hans medarbeidere som arbeidet med både omorganiseringsspørsmål og virksomhetsplanlegging, var svært positive til den nye filosofien – og kanskje de eneste som virkelig forstod den på dens egne premisser. De så jo også at den betydde at deres avdeling, og dermed de selv, fikk en viktigere rolle i styringen av direktoratet. Avdelingen hadde vært en avdeling for litt kjedelig og tradisjonell intern forvaltning. Nå ble den, iallfall i noen grad, en strategisk avdeling, en stabsavdeling. Som sådan fikk den også en pådyttende og oppdragende rolle overfor Helsedirektøren og medisinalråden. Den la således ikke skjul på at den øverste ledelse av direktoratet ennå hadde en del å lære.

Det gikk altså ikke spesielt raskt med innføringen av den nye styringsfilosofien i helseforvaltningen. Terje Haugli Nilsen, Statskonsults mann, som vi har sett var sentral i deler av Norbom-prosessene, konstaterte i sin oppsummering av resultatene fra Statskonsults undersøkelse av erfaringene med virksomhetsplanlegging at «overordnet resultatstyring … ikke (har) hatt noen gjennomslagskraft i statsforvaltningen».[790] Han henviser til politikernes labre interesse for den mer systematiske målstyringen og at departementer og direktorater i moderat grad fulgte opp den nye styringen med overvåkning og reaksjoner. Sosialdepartementets holdning overfor direktoratets virksomhetsplanlegging var slik ikke spesiell. Direktoratets, det vil særlig si administrasjonsavdelingens, oppfølging av planene var nok mer aktiv enn det som var vanlig ellers i forvaltningen.

Målstyringen er i prinsippet en hierarkiunderstrekende styringsform; den er primært venstreliberal, ikke høyreliberal, som så mange iakttagere av utviklingen har hevdet og hevder. Det var den for både Willoch- og Brundtland II-regjeringen.[791] At hierarkiet ikke helt fungerte, som Nilsen og Statskonsult irriterte seg over, ble nå konstatert også av regjeringen Brundtland III og lederne i de to viktigste generelle styringsdepartementer Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet. Virksomhetsplanleggingen ble nå, det vil si fra 1992, i økende grad knyttet til budsjettpolitikken, med *tildelingsbrevet* som et sentralt dokument. For at innholdet i brevet ikke skulle komme overraskende på virksomhetene under departementene skulle målkonkretiseringen skje gjennom såkalte *styringsdialoger*. Her skulle virksomhetene engasjeres i arbeidet med å fastsette bevilgningene knyttet til målene. Dialogene skulle følge en *styringskalender*. Initiativet til denne styrkingen av hierarkiet i styringen, dog altså noe modifisert av en «dialog», ble for alvor tatt av regjeringen Brundtland III på et møte på Halvorsbøle i 1992. Initiativet ble fulgt systematisk opp i mai 1995 da Administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet og Statskonsult presenterte et sett av felles *Retningslinjer for styring og oppfølging av underliggende etater*. Hele styringsordningen ble nå i økende grad omtalt som etatsstyring. Disse retningslinjene ble fulgt opp fra 1997 med et nytt økonomiregelverk i staten.

Målstyringen innebar altså at hierarkiet i styringen ble tydeligere. Man kan også se Sosialdepartementets irritasjon over Helsedirektoratets «oppsetsighet» i dette lys.

[790] Terje Haugli Nilsen, «Virksomhetsplanlegging: hvordan gikk det?», i Per Lægreid, red., *Målstyring og virksomhetsplanlegging i offentlig* sektor, Bergen: Alma Mater, 1991, s. 42. Her sitert etter Tore Grønli og Yngve Flo, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945, bind 2*, Bergen: Vigmostad & Bjørke, 2009, s. 107. Kfr. også Statskonsult Rapport 1991: 16, Kartlegging av virksomhetsplanlegging i offentlig forvaltning, 1991.
[791] Vi er her på linje med Grønlie og Flo, *op. cit.* Men vår påstand gjelder generelt. Målstyringsfilosofien, som i stor grad kommer fra USA og Storbritannia, og ble realisert av Reagan og Thatcher, innebar også her, men spesielt i Storbritannia, en strammere styring av offentlige helseinstitusjoner. Det er også interessant at man utover i 1980- og 1990-årene fikk en markert tilstramning av eierstyringen av de, stadig større, private institusjoner i USA. Der ble det talt om «managed care».

8. Helseforvaltningens spesialisering og profesjonalisering 1983–1994, i tall

Vi skal i dette kapitlet følge opp det forrige. Vi skal se på den indre utvikling i Sosialdepartementets helseforvaltning, i praksis særlig i helseavdelingen og i Helsedirektoratet, gjennom tall for de ansatte. Vi skal bruke tallene til å utdype de synspunkter vi allerede har presentert, men også til å utvide perspektivet noe, nemlig i demografisk retning.

Fagsammensetningen

I tabell 8.1 og 8.2 har vi presentert tall for utviklingen av fagstaben i perioden 1984-1993/94 i Sosialdepartemenets helseforvaltning og i Helsedirektoratet, etter type stilling stabsmedlemmene hadde. Tabellene omfatter ikke det kontortekniske personale og de ansatte i arkiv og bibliotek; dog har noen erfarne personer i den første gruppen i direktoratet fått saksbehandlerstillinger, selv om de fortsatt i hovedsak har kontortekniske oppgaver.

Tallene for 1984 gjelder fra starten av året, altså like etter delingen av Helsedirektoratet. Tallene for 1989 gjelder også fra nyttår, etter de organisatoriske endringer som skjedde da, spesielt i Helsedirektoratet. Tallene for 1993 gjelder for utløpet av den perioden vi behandler her, før omorganiseringen etter Norbom-prosessene trådte i kraft (fra 1994). Vi har for departementet brukt opplysninger fra Statskalenderen og statsforvaltningens telefonkatalog, for direktoratet i tillegg personaloversikter. Opplysningene i de ulike kildene er ikke helt like. Det skyldes at oppføringene har skjedd til ulike tidspunkter i det aktuelle år og delvis fordi permisjoner og engasjementer ikke alltid er behandlet likt.

Tabell 8.1: Sosialdepartementets helseforvaltning 1984–1993, antall ansatte etter type stilling (prosentandel i parentes)*

Ansattkategori	1984	1989	1993
Øverste ledere[1]	1 (3)	2 (3)	1 (2)
Mellomledere[2]	3 (10)	4 (9)	4 (7)
Rådgivere m.m[3].	3 (10)	15 (33)	22 (37)
Byråsjefer	4 (14)	6 (13)	6 (10)
Første/konsulenter	17 (59)	19 (41)	26 (43)
Førstesekretærer	1 (3)		1 (2)
Til sammen	29 (99)	46 (99)	60 (101)

Kilder: Statskalenderen og regjeringskvartalets telefonkatolog. Tallene er forbundet med en viss usikkerhet. Opplysningene er ikke helt like i de to kilder. Her spiller ansettelses-, permitterings- og engasjeringstidspunkter en rolle. Usikkerheten øker over tid: Andelen engasjementer og permitteringer vokser.
*Tallene omfatter, foruten helseavdelingen med Forebyggingsenheten og Sekretariatet for modernisering og effektivisering, sekretariatet for Bioteknologirådet, prosjektet Nytt Rikshospital og statssykehuskontoret (i administrasjonsavdelingen).
[1] Tallene omfatter eksp.sjef og avd.dir. (1989). [2]Underdirektører. [3]Omfatter spesiallege (1984) og rådgivere av ulike slag.

Tabell 8.2: Helsedirektoratet 1984–1994, antall ansatte etter type stilling (prosentandel i parentes)*			
Ansattkategori	1984	1989	1994
Øverste ledere[1]	8 (7)	8 (7)	8 (7)
Mellomledere[2]	11 (10)	9 (8)	10 (9)
Rådgivere m.m.[3]	11 (10)	17 (16)	30 (26)
Byråsjef/kontorsjefer	14 (12)	7 (7)	10 (9)
Første/konsulenter	58 (51)	57 (53)	55 (47)
Førstesekretærer	12 (11)	9 (8)	3 (3)
Til sammen	114 (101)	107 (99)	116 (101)

Kilder: Statskalenderen, regjeringskvartalets telefonkatolog og personaloversikter i Helsedirektoratet (1984 og 1994). Tallene er forbundet med en viss usikkerhet. Opplysningene er ikke helt like i de tre kildene. Her spiller ansettelses-, permitterings- og engajseringstidspunkter en rolle. Usikkerheten øker over tid: Andelen engasjementer og permitteringer vokser.

*Tallene omfatter Kontinentalsokkelkontoret i Stavanger og sekretariatet for Sentralrådet for narkotikaproblemer, men ikke Statens ernæringsråd, Codex Alimentarius-rådet og den stedlige riksrevisjon. [1]Tallene omfatter lederne for hele direktoratet samt avdelingslederne, inkl. lederen for helserettsavdelingen (fra 1989), selv om hun ikke var avd.dir., men underdirektør. [2]Tallene omfatter underdirektører, fagsjefer og overleger. [3]Tallene omfatter også spesialleger, ass. overleger, overarkitekter, overingeniør, utredningsledere, utredere og legemiddelinspektører.

Vi ser av tabellene at Sosialdepartementets helseforvaltning ble vel fordoblet, mens Helsedirektoratet holdt seg nokså konstant i løpet av det tiåret vi er opptatt av. Samlet sett hadde de to øverste helseforvaltningsorganisasjoner en viss, men ikke dramatisk, vekst. Vi skulle ha ventet en sterkere vekst, og gjerne at veksten hadde vært størst i direktoratet. Et aktivt, ekspanderende målstyre krever et større, og stadig større, (endrings)styringsapparat enn en mer passiv forvaltningsorganisasjon, og spesielt på den utøvende siden (i direktoratet). Når den ikke ble sterkere skyldes det, som vi flere ganger har nevnt, at det nye målstyringsregime ikke for alvor hadde satt seg på det helsepolitiske område ennå. Den perioden vi nå behandler, er en fase preget av overgang og forberedelse for perioden med den virkelig offensive helsestat. Men siden makten nå først og fremst befant seg i departementet, og som forholdet mellom de to organisasjoner utviklet seg i denne perioden, er det ikke overraskende at veksten særlig kom i departementet. Det er således påfallende at de nye enhetene som kom rundt omorganiseringene i 1988–89, spesielt Forebyggingsenheten og Sekretariatet for modernisering, men til dels også statssykehuskontoret, kom i departementet. Saklig sett skulle man ventet at de hadde kommet i direktoratet.

Interesseforhold spilte også en rolle innad i departementet: De nye enhetene ble, som vi har nevnt, i stor grad lagt utenfor ekspedisjonssjefens kontroll. Statssykehuskontoret ble endog lagt helt utenfor hans kontroll. Dermed ble også departementets evne til å lede på en samlet, målorientert måte, svekket. Nyttestatshensyn måtte altså vike noe, både innad i departementet og hva gjaldt forholdet mellom departementet og direktoratet. Konfliktene mellom departement og direktorat bidro altså til å forsinke det nyttestatlige gjennombrudd på helseområdet.

Et nyttestatlig regime forutsetter en sterk ledelse. Hverken helseavdelingen eller Helsedirektoratet fikk egentlig noen sterk ledelse i løpet av denne perioden. Både Harald Hauge og Torbjørn Mork hadde «for få» rundt seg til å bistå seg i styringen. Hauge hadde spesiallege Hans Ånstad som stabsmedarbeider frem til etableringen av Forebyggingsenheten, og fikk omtrent samtidig (1988) en nestkommanderende, avdelingsdirektør Andreas Disen.

Disen ble bare sittende til 1991, da han ble sjef for plan- og utredningssavdelingen. Fra da av fikk imidlertid Hauge fire rådgivere til disposisjon. Men det svekket jo Hauge vesentlig at han ikke ble den reelle sjef for de nye enhetene etter 1988. Mork hadde medisinalråden og ekspedisjonssjefen, og var slik litt bedre stilt enn Hauge, men da han ved omorganiseringen i 1988–89 forsøkte å etablere et Helsedirektørens kontor, mislyktes han, som vi har sett. Som vi også har nevnt vingestekket hans underordnede, særlig ved deres organisasjoner, ham i noen grad. Det bidro til denne vingestekkingen at hans medisinalråd var svært opptatt av å lytte til de ansatte. Det var vanskelig for ham, sosialradikal som han gjerne ville fremstå som, å ikke lytte til sin nestkommanderende i dette henseende. Han så dessuten at han i dragkampen med departementet trengte all den støtte han kunne få fra sine underordnede.

Mork stod også formelt sterkere innad enn det Hauge gjorde, spesielt frem til 1988–89. Topp- og mellomlederne utgjorde i 1984 13 prosent av de fagansatte hos Hauge, 17 prosent hos Mork. I 1989 var tallene 12 og 15. Fra 1989 var også rådgiverne for alvor kommet, og de representerte en del av den nye nyttestatlige offensiv, og bidro til å styrke ledelsen. Det er gjennom dem den kvantitative styrkelse av den nyttestatlige ledelseskapasitet for alvor ble bygget ut i departementet – og byråkratiet ble løst litt opp. Departementet hadde en rådgiverandel på hele 33 prosent i 1989. Den andelen var økt til 37 prosent i 1993. I direktoratet var den på 16 prosent i 1989 og på 26 prosent i 1994. Staben av tradisjonelle byråkrater, som byrå- og kontorsjefer, underdirektører og saksbehandlere gikk noe ned i løpet av perioden i begge organisasjoner. Byrå- og kontorsjefandelen var på 14 og 12 prosent i 1984 og på 10 og 9 prosent i 1993. Mellomlederandelen (i departementet bare underdirektører) gikk i departementet ned fra 10 til 7 prosent og i direktoratet (underdirektører og fagsjefer) fra 10 til 9 prosent. For saksbehandlerne var andelen på over 60 prosent i 1984 og på 45 og 50 prosent i 1993/94.

Men generelt er det veksten i andelen rådgivere og tilsvarende som preger utviklingen, i begge organisasjoner. Veksten kom i forlengelsen av den generelle statlige overgang til nyttestyre, som startet under Willoch-regjeringen og ble forsterket under Brundtland II-regjeringen. Denne politikken ble imidlertid forsterket av press fra de ansatte og deres organisasjoner. Titlene var «finere» og deres innhavere mer autonome enn de tradisjonelle byråkrater. De stillingene titlene gjaldt var dessuten som regel bedre, til dels langt bedre, avlønnet enn de gamle saksbehandlerstillingene. Det hører med til dette bilde at de gamle sekretærstillingene for saksbehandlere var helt borte, at førstesekretærstillingene nesten var borte og derfor at de fleste såkalte saksbehandlere nå var blitt konsulenter, ja, i (sakte) stigende grad førstekonsulenter. Konsulentene var opprinnelig få, og de var det tittelen tilsa, rådgivere. Som regel var de derfor også tekniske saksekspert, ikke jurister. Nå ble de fleste saksbehandlere sett på som slike, «rådgivende» saksekspert. For så vidt var den «nye» tittelen, rådgiver – siden også seniorrådgiver – bare en fornorskning av tittelen konsulent. Typisk nok ble, og det startet under Evang, leger som var saksbehandlere, omtalt som legekonsulenter. Nå var de borte.

I tabellene 8.3 og 8.4 ser vi hvordan fagsammensetningen var og hvordan den endret seg, etter nivå og generelt. Mens helseavdelingen (m.m.) og Helsedirektoratet ikke adskilte seg meget hva gjaldt oppbygning, ser vi at de adskiller seg nokså tydelig hva gjelder faglig sammensetning. Departementet er langt mer preget av styringseksperter, det vil si samfunnsvitere av ulike slag – og under den betegnelsen kan man også ta med de mest tradisjonelle offentlige styringseksperter, juristene – enn direktoratet: I 1984 hadde departementet en andel styringseksperter på 71. Denne andelen gikk så litt ned, til 61 prosent i 1989 og til 59 prosent i 1993. I Direktoratet var andelene 29, 26 og 30 prosent, altså under

halvparten av hva de var i departementet. Der er imidlertid også en interessant forskjell innad i styringseksepertgruppen. I departementet var andelen jurister circa halvparten av andelen (andre) samfunnsvitere, og litt synkende. I direktoratet var andelen jurister over dobbelt så høy som andelen (andre) samfunnsvitere i 1984, og vel 72 prosent høyere enn andelen (andre) samfunnsvitere i 1994. Juristene spilte en mer styrende, det vil si, lovutarbeidende, rolle i departementet. I direktoratet var de kontrollører og tilsynsspesialister; de var lovanvendende. Departementsjuristene var altså strateger, mens direktoratsjuristene var teknikere (subsummerere). Det er teknikere det kreves flest, og stadig flere, av. Derfor er det naturlig at juristandelen holder seg høy i direktoratet, men går noe ned i departementet. Saklig sett skulle den økt i direktoratet. Direktoratet «maste» jo også stadig på departementet for å få flere juristhjemler; klagesakene hopet seg opp, og så meget at det innebar en trussel for direktoratets renommé.

Tabell 8.3: Sosialdepartementets helseforvaltning 1984–1993, antall ansatte (konsulent og høyere) etter ansattkategori og fagbakgrunn (prosentandel i parentes)

Faggruppe	Ansattkategori	1984	1989	1993
Leger/tannleger	Øverste ledere	1	1	1
	Melloml./rådg./byråsj.	2	5	4
	Første/konsul.	1		
	Tilsammen	4 (14)	6 (13)	5 (8)
Jurister	Melloml./rådg./byråsj.	2	5	4
	Første/konsul.	5	4	6
	Tilsammen	7 (25)	9 (20)	10 (17)
Samfunnsvitere (økon., statsv., sos., ped., c.mag.)	Øverste ledere		1	
	Mel.led./rådg./byråsj.	6	9	12
	Første/konsul.	7	9	13
	Tilsammen	13 (46)	19 (41)	25 (42)
Andre (s.pl. etc., ukjent)	Melloml./rådg.		6	12
	Første/konsul.	4	6	7
	Tilsammen	4 (14)	12 (26)	19 (32)
Tilsammen		28 (99)	46 (100)	59 (99)

Kilder: Statskalenderen og regjeringskvartalets telefonkatolog.

Tabell 8.4: Helsedirektoratet 1984-1994, antall ansatte (konsulent og høyere) etter ansattkategori og fagbakgrunn (prosentandel i parentes)

Faggruppe	Ansattkategori	1984	1989	1994
Leger	Øverste ledere	4	4	5
	Mellomled./rådg./ktrsj.	9	12	15
	Første/kons.	1		
	Tilsammen	14 (14)	16 (16)	20 (18)
Farmasøyter, tannleger, psykologer, veterinærer	Øverste ledere	2	1	1
	Mellomled./rådg./ktrsj.	9	5	12
	Første/kons.	8	5	2
	Tilsammen	19 (19)	11 (11)	15 (13)
Jurister	Øverste ledere	2	3	1
	Mellomled./rådg./ktrsj.	9	4	8
	Første/kons.	10	9	13

	Tilsammen	21 (21)	16 (16)	22 (19)
Samfunnsvitere, cand.mag., journ., bibl.	Øverste ledere			1
	Mellomled./rådg./ktrsj.		2	6
	Første/kons.	8	8	5
	Tilsammen	8 (8)	10 (10)	12 (11)
Arkitekter, siv.ing.er	Mellomled./rådg./ktrsj.	4	3	3
	Første/kons.			2
	Tilsammen	4 (4)	3 (3)	5 (4)
S.pl./sosion. etc.	Mellom./rådg./ktr.sj.	3	4	4
	Første/kons.	6	12	14
	Tilsammen	9 (9)	16 (16)	18 (16)
Andre	Mellomled./rådg.	2	3	2
	Første/kons.	25	23	19
	Tilsammen	27 (26)	26 (27)	21 (19)
Tilsammen		102 (101)	98 (98)	113 (100)

Det gamle direktorat var sterkt preget av legene – det var et medikrati. Det var imidlertid også etter hvert et mer generelt helsefaglig organ. Farmasøytene og tannlegene spilte en viss rolle. Forsåvidt som direktoratet også fungerte som departementsavdeling til høsten 1983, betydde det at legene og de andre helsefagfolkene spilte en viktig *strategisk* rolle. De ledende helsefagfolkene befant seg jo over styringsfagfolkene. Etter delingen i 1983 var dette i stor grad snudd. Der var fortsatt leger, men ingen andre helsefagfolk, i departementet. På toppen satt jo også en lege. Men legene kom etter hvert styringsmessig på defensiven i departementet. Hauges rolle ble, som vi har sett, etter hvert svekket. Hans tid som departemental helsesjef tok i praksis slutt ikke så lenge etter at Mork var borte. Det skyldtes personlige forhold – Hauges forhold til statsrådene ble fjernere etter Heløe – men ikke bare det. Med det store Helsedirektoratet ute av Sosialdepartementet, slo den ordinære departementskultur – en kultur som stod i klar opposisjon til den medikratiske – stadig tydeligere inn. Skulle leger fortsatt spille en ledende rolle i departementet måtte de gjøre det på byråkratiske og nyttestatlige premisser. Det viktigste uttrykk for avmedikratiseringen av helseforvaltningen er altså adskillelsen av den strategiske helsepolitiske oppgaven fra det medisinske og helsefaglige miljø, en adskillelse som skjedde abrupt i 1983, men siden ble utdypet.

I Helsedirektoratet ble endringen markert ved at direktoratet ble omorganisert etter vanlige og nye, nyttestatlige, premisser, og hvor helsefagfolkene fikk en mer teknisk rolle, tidlig i oppstrømsprosessen (planleggingen), men særlig i nedstrømsprosessen (iverksettelse og kontroll). Men rester av medikratiet ble beholdt for så vidt som leger og andre helsefagfolk ble sittende i de fleste av de ledende stillinger, men altså nå som tekniske, ikke strategiske ledere. Noen fikk også (beholde) helsefaglige titler, som medisinalråden og de nye spesiallegene; i tillegg kunne jo de «gamle» ledere fortsette å bruke titler som overlege, overtannlege og overapoteker. Vi ser også at spesielt legene først og fremst forblir plassert høyt i hierarkiet. De er, i praksis alle sammen, enten toppledere eller mellomledere hele perioden igjennom. Ja, det er først og fremst legene, en tannlege og en farmasøyt som utgjør toppledelsen, med unntagelse for noen jurister og, med overgangen til neste periode, en statsviter (administrasjonsavdelingen). Legenes andel av hele den faglige stab (fra konsulentnivå og opp) i direktoratet var i 1984 14 prosent, i 1989 16 prosent og i 1994 18 prosent. Andelen økte altså. Slår vi alle helsefaggruppene (og tar med sosionomene) sammen

får vi andeler på 31, 44 og 47 prosent. Siden juristandelen holdt seg rundt 20 perioden igjennom, kan vi si Helsedirektoratet virkelig var iferd med å bli et teknisk preget direktorat. Det bygger opp om dette bildet at de fleste av de øvrige ansatte fra konsulentnivå og opp ikke hadde en (annen) akademisk utdannelse; flere av dem var kontorpersonell som hadde fått en saksbehandlerstilling.

Slår vi sammen de to organisasjonene finner vi at legeandelen var 13 prosent i 1984, 15 i 1989 og 14 i 1993/94, altså nokså stabil. I Morks første periode var den 24 prosent i 1973, 20 i 1977 og 15 i 1983, like før delingen. Der skjedde altså en viss kvantitativ demedikratisering i begynnelsen av Morks tid som helsedirektør, men den demedikratiseringen stanset i løpet av de første 1980-årene. Den kunne ha fortsatt etter delingen, men den morkske offensiv i 1984, som resulterte i Heiberg II-tiltakene, stanset den utviklingen. Istedenfor fikk vi det vi kan kalle en viss kvalitativ demedikratisering.

Endringer i bemanningen

Det er vanskelig å gi et godt samlet bilde av omfanget av endringene i sammensetningen av stabene i de to organisasjonene. Vi har valgt å kombinere et delvis kvalitativt og et mer kvantitativt bilde. I tabell 8.5 presenterer vi en oversikt over utviklingen av bemanningen av de øverste lederembedene og lederstillingene i den sentrale helseforvaltning.

Som vi har nevnt fortsatte Helsedirektoratet i stor grad med gamle ledere, noen endog med ansiennitet fra Evangs tid, mens helseavdelingen startet med en toppleder som kom utenfra. Helseavdelingens øvrige første ledere ble alle nyansatt som underdirektører; én (Disen) kom fra Sosialdepartementet, de to andre fra Helsedirektoratet. Helt på toppen var det nesten full stabilitet. Hauge satt som sjef hele perioden, Mork satt til han døde høsten 1992, men ble etterfulgt av sin nestkommanderende siden 1985, Anne Alvik. Toppledelsen i de to organisasjoner var, som vi har nevnt, ulike «robust»: Hauge hadde ikke fra starten av noen nestkommanderende. Han fikk en slik i 1988, men mistet ham tre år senere og fikk ingen ny. Sammen med Alvik og Munch-Søegaard hadde Mork en godt integrert ledergruppe rundt seg mesteparten av den aktuelle perioden.

Endringene som kom underveis kom, midt i perioden, altså i 1987–89, i begge organisasjonene og mot slutten av perioden i Helsedirektoratet. De kom på underdirektør- og avdelingsdirektørnivå. Hauge fikk to nye underdirektører i 1988 og 1989, i økonomi- og jusseksjonene. Helsedirektøren fikk hyppig nye avdelingsdirektører. Særlig kom der endringer innen de mest medisinske avdelinger. I det som var fylkeshelsetjenesteavdelingen og delvis ble til helsetjenesteavdelingen var det fem ledere. I linjen fra kommunehelsetjenesteavdelingen var det tre ledere; det samme var det i forebyggelsesavdelingen. Administrasjons- og apotekavdelingene hadde de samme gamle ledere helt til mot slutten av perioden.

Hauge hadde ved periodens utløp igjen én av de opprinnelige underdirektører, Gerd Vandeskog, og én av de opprinnelige byråsjefer, Jan Tvedt. De øvrige underdirektører og byråsjefer som satt i 1994, var ansatt i 1987–88 eller senere, de fleste i 1988–89. Mork fikk,

Tabell 8.5: Bemanningen av topplederstillingene i helseavdelingen (rødt) og Helsedirektoratet (grønt) 1983–1994

Helseavdelingen	
Stillinger	**År og personer**
Ekspedisjonssjef	**1983 → 2000** **Harald E. Hauge**
Avdelingsdirektør	**1988 → 1991** **Andreas Disen**
Underdirektør, økonomi	**1983 → 1988: → 1994** **Andreas Disen — Andreas Bjelde**
Underdirektør, plan	**1984: → 1994** **Gerd Vandeskog**
Underdirektør, jus	**1983: → 1989: → 1994** **Ingeborg Webster — Kari Holst**
Helsedirektoratet	
Helsedirektør	**1972: → 1992: → 2000** **Torbjørn Mork — Anne Alvik**
Medisinalråd	**1985 → 1992 → 1994** **Anne Alvik — Arne Victor Larssen**
Eksp.sjef/spes.rådgiver	**1967 → 1991 → 1994** **Knut Munch-Søegaard — Kari Sønderland**
Avd.dir., administrasjon	**1973 → 1989: → 1994** **Reidar S. Bang — Hilde Sundrehagen**
Avd.dir., kom.helsetj.	**1983 (1968) → Helsetj.avd 1989 → 1991 → 1996** **Per Bærum — Jørgen Jonsbu — Haakon Melsom**
Avd.dir., fylkeshelsetj.	**1983(1977) → 1985 → 1987** **Egil Willumsen — Christian Erlandsen — Jørgen Jonsbu**
Avd.dir., forebyggelse	**1983 → 1987 → 1991 → 1995** **Christian Lerche — Johs. Wiik — Marit Kromberg**
Avd.dir., apotek	**1965: → 1991 → 1993** **Bjørn Jøldal — Anne Marie Horn — Marit An-drew**

Kilde: Statskalenderen

som vi har sett, ny medisinalråd i 1985, Anne Alvik. Hun ble sittende Morks tid ut og etterfulgte ham så. Mork fikk beholde sin ekspedisjonssjef (spesialrådgiver), Knut Munch-Søegaard, som jo kom til Direktoratet før Mork, hele sin funksjonstid. Av de fem avdelingsdirektørene Mork begynte med, fortsatte de tre han «arvet» etter Evang, Jøldal, Bærum og Bang, hans tid ut, men da kommune- og fylkeshelsetjenesteavdelingene ble slått sammen fra 1989, gikk Bærum over i en generell lederstilling. I fylkeshelsetjenesteavdelingen satt det tre personer frem til 1989 (Willumsen, Erlandsen, Jonsbu), og to perioden ut i det som

ble helsetjenesteavdelingen (Jonsbu, Melsom). I forebyggingsavdelingen (først avdeling for miljørettet helsevern) satt det tre personer (Lerche, Wiik, Kromberg). Med Morks død og avgangen til de gamle avdelingsdirektørene ble endringene i direktoratet betydelige. Som vi har påpekt, nå vokser et nytt direktorat frem, også personalmessig. Det skjedde forsåvidt omtrent samtidig i noen grad i departementet, nemlig frem mot og etter omorganiseringene i 1994. Helsedirektoratet ble ledelsesmessig nærmest «annerledes» mot slutten av perioden, altså i tiden rundt begivenhetene i juni 1992 og i forbindelse med Morks bortgang. Helseavdelingen forble forholdsvis intakt perioden ut. Her kom endringene for alvor først i etterkant av Norbom-prosessene. De store endringene på lederplan i begge organisasjoner kom altså til å reflektere det regimeskifte som hadde vært under utvikling siden 1973, men som for alvor ble tydelig fra 1994.

Tabell 8.6: Ansiennitet for ledere og saksbehandlere i helseavdelingen/departementet og Helsedirektoratet, 1985 og 1993, for rådgivere 1993

Ledere						
Ansatt når →	-1980	1980–81	1982–1983	1984–85	Tilsammen	Gj.sn. ans.
Dep. ‘85	20 % (2)	10 (1)	6 (60)	10 (1)	100 (10)	3,7 år
Dir. ‘85	40 (17)	7 (3)	19 (8)	35 (15)	101 (43)	6,2
Tils. ‘85	18 (19)	4 (4)	64 (68)	15 (16)	99 (107)	5,7
Ansatt når →	–1988	1988–89	1990–91	1992–93	Tilsammen	Gj.sn. ans.
Dep. ‘93	25 (3)	42 (5)	17 (2)	17 (2)	101 (12)	5,1
Dir. ‘93	17 (5)	30 (9)	30 (9)	23 (7)	100 (30)	4,2
Tils.	19 (8)	33 (14)	26 (11)	21 (9)	99 (42)	4,5
Saksbehandlere						
Ansatt når →	–1980	1980–81	1982–1983	1984–85	Tilsammen	Gj.sn. ans.
Dep. ‘85	17% (2)	17 (2)	25 (3)	42 (5)	101 (12)	3,6
Dir. ‘85	28 (15)	15 (8)	26 (14)	30 (16)	99 (53)	4,9
Tils. ‘85	26 (17)	15 (10)	26 (17)	32 (21)	99 (65)	4,7
Ansatt når →	–1988	1988–89	1990–91	1992–93	Tilsammen	Gj.sn. ans.
Dep. ‘93	9 % (2)	18 (4)	41 (9)	32 (7)	100 (22)	3,5 år
Dir. ‘93	26 (14)	17 (9)	40 (21)	17 (9)	100 (53)	4,4 år
Tils. ‘93	21 (16)	17 (13)	40 (30)	21 (16)	99 (75)	4,1
Rådgivere m.m.						
Ansatt når →	–1988	1988–89	1990–91	1992–93	Tilsammen	Gj.sn. ans.
Dep. ‘93	24% (4)	12 (2)	35 (6)	29 (5)	100 (17)	3,8
Dir. ‘93	44 (4)	11 (1)	42 (8)	32 (6)	99 (19)	4,4
Tils. ‘93	22 (8)	8 (3)	39 (14)	31 (11)	100 (36)	4,1
Alle						
Ansatt når →	–1980	1980–81	1982–1983	1984–85	Tilsammen	Gj.sn. ans.
1985	21 (36)	8 (14)	49 (85)	22 (37)	99 (172)	4,7
Ansatt når →	–1988	1988–89	1990–91	1992–93	Tilsammen	Gj.sn. ans.
1993	22 (32)	21 (30)	38 (55)	20 (29)	101 (146)	4,2

Gruppens ledere omfatter i 1985 ledere fra eksp.sjef til og med byråsjefer i departementet og fra helsedirektør til og med onformasjonsleder, fagsjefer, underdirektører, spesialleger, kontorsjefer og overarkitekter. Gruppen ledere i 1993 omfatter i departementet de samme som i 1985, i direktoratet topplederne, avdelingsdirektørene,

fagsjefene, underdirektørene og kontorsjefene. Gruppen saksbehandlere omfatter begge år, i begge institusjoner førstekonsulenter og konsulenter, men ikke (i dir.) legemiddelinspektører. Gruppen rådgivere m.m. omfatter i Departementet i 1993 rådgivere, prosjektledere, utredningsledere, i direktoratet de samme, samt spesialleger. Som kilde er brukt Statskalenderen for de aktuelle år, den eneste kilde som gir tilstrekkelig med opplysninger. Opplysningene er i noen få tilfeller ufullstendige. Ansettelses- og permitteringstidspunkter kan variere noe og slik gjøre tallene litt, men ikke særlig, usikre. Siden de tallene vi har brukt i de foregående tabeller baserer seg på flere kilder, vil de tallene som brukes i denne tabellen avvike litt fra dem vi har brukt i de tidligere tabellene.

I tabell 8.6 har vi presentert tall for ansienniteten til ledere og saksbehandlere (første/konsulenter) i den stillingen de for tiden satt i i 1985 og 1993. For 1993 har vi også presentert tall for rådgiverne (m.m.). Tallene bekrefter i noen grad det bilde topplederutviklingen gir: Direktoratet startet med en mer erfaringspreget både leder- og saksbehandlergruppe i 1983–84 (men her registrert i 1985) enn departementsavdelingen. 40 prosent av lederne i direktoratet var ansatt (i tilsvarende stilling) før 1980 mot 20 prosent i avdelingen. Lederansienniteten var i gjennomsnitt henholdsvis 6,2 og 3,7 år. Forskjellen var, naturlig nok, mindre for saksbehandlerne. Henholdsvis 28 (HD) og 17 prosent var ansatt før 1980. Den gjennomsnittlige ansiennitet var henholdsvis 4,9 (HD) og 3,6 år. I 1993 har (gjennomsnitts)lederansienniteten økt fra 3,7 til 5,1 år i avdelingen, mens den har gått ned fra 6,2 til 4,2 år i direktoratet. For saksbehandlerne har det skjedd en moderat nedgang i gjennomsnittlig ansiennitet i begge organisasjoner, fra 3,6 til 3,5 i avdelingen og fra 4,9 til 4,4, i direktoratet. For rådgiverne er den gjennomsnittlige ansiennitet i 1993 høyere i direktoratet enn i departementet.

At lederansienniteten går opp i avdelingen og ned i direktoratet har vi for så vidt allerede vist gjennom tabell 8.5. Av tabell 8.6 fremgår det at saksbehandleransienniteten går ned i begge organisasjoner, men litt mer i direktoratet enn i departementet, henholdsvis 0,1 og 0,5 (HD) prosentpoeng. Rådgiverne (o.l.), som bare delvis var kommet i 1985 (dog noen i HD), hadde i 1993 en gjennomsnittlig ansiennitet på 3,8 (dep.) og 4,4 (HD) år. Hvis vi holder avdelingslederne utenfor er det altså en generell ansiennitetsnedgang; den liggger i 1993 på rundt og noe i overkant av 4 år. Som vi har nevnt er den høye lederansienniteten i departementet forbigående.

Det generelle endrings- og ansiennitetsbildet er altså at den sentrale helseforvaltning blir preget av en sakte økende «gjennomtrekk». Det gjenspeiler særlig det almene forvaltningsbildet, nemlig at forvaltningen mister litt av sitt tradisjonelle byråkratiske preg, og det spesielle helseforvaltningsbildet, nemlig at det stabile fagstyret er under demontering. Vi skal legge til at det første særlig viser seg gjennom veksten i bruken av «ikke-hierarkiske» spesialstillinger, men også, siden slutten av 1980-årene, i den økte bruk av individuelle lønns- og avtalebetingelser.

Den demografiske utvikling: alder og kjønn

I tabell 8.7 har vi gitt en oversikt over aldersfordelingen i helseavdelingen og Helsedirektoratet i 1985 og 1993.

Tabell 8.7: Aldersfordelingen i helseavdelingen og Helsedirektoratet i 1985 og 1993					
Organisasjon	Personell-kategori	Andel 50 år og over, 1985	Andel 50 +, 1993	Gj.snitt 1985	Gj.snitt 1993
Helse-avdelingen	Ledere	20,0	36,4	44,4 år	44,0 år
	Rådgivere		29,4		45,6 år
	Saksbehandl.	4,5	4,5	32,1 år	32,1 år
	Alle i dep.	13,6 (3)	20,0 (10)	40,9 år (22)	39,3 år (50)
Helse-direktoratet	Ledere	51,2	30,0	50,0 år	46,9 år
	Rådgivere		40,0		46,7 år
	Saksbehandl.	27,9	36,8	44,2 år	45,0 år
	Alle i dir.	37,5 (39)	35,5 (38)	46,6 år (104)	45,9 år (107)

Kilde: Se angivelsene for tabell 8.6. Her er imidlertid også legemiddelinspektørene tatt med, som saksbehandlere.

Tabell 8.7 viser, som vi har lagt vekt på ovenfor, at Helsedirektoratet startet perioden med en alderstung ledergruppe: Over halvparten av lederne, vidt forstått, var 50 år eller mere; ja, en femtedel (20,9 pst.) var 60 år eller mere. I avdelingen var bare en femtedel 50 år eller mere. Også på saksbehandlernivå var innslaget av eldre i 1985 en del høyere i direktoratet enn i avdelingen: nesten 28 mot bare 4,5 prosent. Det «gamle» direktorat var altså eldre enn den «unge» avdeling også når vi ser på hele staben: I avdelingen var andelen samlet på under 14 prosent, i direktoratet på 37,5 prosent. Det bidro til forskjellen at de eldre var så absolutt få i avdelingen, bare tre. I direktoratet utgjorde de et mere reelt sosialt miljø; de var 39. Andelen riktig unge, det vil si personer på 39 år eller mindre var omtrent den samme blant lederne i begge organisasjoner, nemlig 20 (dep.) og 19 (dir.) prosent. Andelen svært unge var langt høyere blant saksbehandlerne i avdelingen enn i direktoratet, knapt 67 mot vel 31 prosent. Siden andelen svært unge var så høy blant saksbehandlerne i departementet, var avstanden i gjennomsnittsalder her større enn i direktoratet, nemlig vel 12 år og knapt 6 år. Gjennomsnittsalderen hadde en forskjell på knapt 6 år, knapt 41 (dep.) mot knapt 47 år.

Bildet ble noe endret etter hvert. Direktoratets ledelse ble i gjennomsnitt litt yngre, samtidig som avdelingen holdt seg på omtrent samme gjennomsnittsalder. Andelen eldre sank betydelig blant direktoratslederne og gikk markert opp blant avdelingslederne. Blant saksbehandlerne ble direktoratets folk et knapt år eldre i gjennomsnitt (45 år), mens avdelingens folk beholdt samme lave gjennomsnittsalder, 32,1 år. Slik ble direktoratet aldersmessig homogenisert, mens avdelingen beholdt en viss aldersmessig deling: I direktoratet var gjennomsnittsalderen i 1993 på typisk middealderlige 45,9 år, og slik at lederne og rådgiverne i gjennomsnitt bare var knapt to år eldre enn saksbehandlerne. I avdelingen var gjennomsnittsalderen for alle litt under 40 år, og avstanden i gjenomsnittsalder mellom saksbehandlerne og lederne og rådgiverne var henholdsvis 11,9 og 13,5 år. Vi ser også at mens andelen som var 50 år eller mere blant saksbehandlerne bare var 4,5 prosent i avdelingen var den hele 36,8 prosent i direktoratet.

I 1985 betydde alder fortsatt en god del for autoriteten. Lederne i direktoratet skulle slik sett ha en viss fordel fremfor lederne i avdelingen. Denne fordelen ble imidlertid svekket, ja, borte, av at alderen blant saksbehandlerne var lav i avdelingen og høy i direktoratet. Etter hvert fikk ledelsen i avdelingen mer aldersmessig pondus, samtidig som forskjellen i gjennomsnittsalder holdt seg. Selv om tiden var en litt annen i 1993, skulle avdelingsledelsen slik ha fått alderen enda mer på sin side. Som vi har sett klarte den imidlertid ikke å «ta ut» denne fordelen. Ledelsen, og spesielt lederen, tapte av andre grunner autoritet. Direktoratsledelsen tapte aldersmessig pondus fra 1985 til 1993. Andelen eldre gikk ned og avstanden i gjennomsnittsalder mellom lederne og saksbehandlerne, og også rådgiverne, ble nesten borte. Dette «alderstapet» som lederne fikk, ble forsterket av nedgangen i ansiennitet blant lederne og den økte bedriftsdemokratisering som spesielt skjedde i direktoratet. Men som vi har sett, beholdt iallfall toppledelsen en betydelig autoritet, spesielt hva forholdet til omgivelsene angikk. Det reflekterte, som vi har sett, striden med departementet: De ansatte sluttet i stor grad sterkt opp om Helsedirektøren. Det er altså grunn til å konkludere med at aldersutviklingen i de to organisasjonene spilte en mindre autoritetsmessig rolle.

Tabell 8.8: Kjønnsfordelingen i helseavdelingen og Helsedirektoratet i 1985 og 1993

Organisasjon	Personell-kategori	1985		1993	
		Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
Helse-avdelingen	Ledere	70,0	30,0	45,5	54,5
	Rådgivere			41,2	58,8
	Saksbehandl.	66,7	33,3	22,7	77,3
	Alle i dep.	68,2 (15)	32,8 (7)	34,0 (17)	66,0 (33)
Helse-direktoratet	Ledere	55,8	44,2	50,0	50,0
	Rådgivere			65,0	35,0
	Saksbehandl.	39,3	60,7	25,4	74,6
	Alle i dir.	46,2	53,8	39,4 (43)	60,6 (66)

Kilde: Se angivelsene for tabell 8.7. For Helsedirektoratet er det her tatt med to flere saksbehandlere i 1993 enn i tabell 8.8. Disse to mangler det i 1993 aldersopplysninger for.

I tabell 8.8 har vi gitt en oversikt over utviklingen i kjønnssammensetningen i de to organisasjonene i den perioden vi her ser på. Vi har sett at det fra 1985 til 1993 knapt skjedde noen aldersforskyvning i de to organisasjonene. Det skjedde imidlertid, som vi ser av tabell 8.8, en markert kjønnsforskyvning, i feminin retning. I 1985 var det klart mannsflertall i ledergruppen i begge organisasjoner. I avdelingen var det også et stort mannsflertall blant saksbehandlerne. I direktoratet var det allerede et klart kvinneflertall blant saksbehandlerne. I 1993 var det kvinneflertall i alle kategorier i avdelingen, blant saksbehandlerne var flere enn tre av fire kvinner. I direktoratet var det kjønnslikt blant lederne, et tydelig mannsflertall blant rådgiverne og et stort kvinneflertall blant saksbehandlerne. Samlet var kjønnsforskyvningen i femenin retning klarest i avdelingen. Her ble kvinneandelen fordoblet, til 66 prosent. I direktoratet økte den bare med knapt syv prosentpoeng.

Vi kan altså konstatere at avdelingen i departementet holdt seg ca. seks år yngre enn direktoratet gjennom perioden vi undersøker, og endret seg fra å være klart mest mannsdominert til å bli mest kvinnedominert. Utviklingen i kjønnssammensetningen reflekterte den utvikling som skjedde i samfunnet ellers: Vi ser i denne perioden virkningen

av at kvinner i stigende grad tok akademisk utdannelse, og i tillegg, i større grad enn menn, søkte seg til offentlig sektor, ikke minst velferdsdelen av offentlig sektor. At femininiseringen skjedde i høyere takt i departementsavdelingen, er imidlertid overraskende. Departementet er et mer overordnet styringsorgan, Direktoratet et organ som befinner seg nærmere helsevesenet og pasientene. Kvinners preferanser skulle i større grad trekke dem i direktoratsretning, mennenes i retning departementet. Vi skal avslutte med å peke på at den tendens til bedriftsdemokratisering som skjedde i perioden nok ble forsterket av femininiseringen av begge organisasjonene. Den (tallrike) generasjon av kvinner som nå kom inn i forvaltningen, og andre deler av arbeidslivet, var mer likestillingsorientert, og demokratiseringsopptatt, enn den (mindre) som nettopp hadde sluttet eller nærmet seg slutten av sin karriere. Vi må legge til at selv om femininiseringen var litt kvantitativt svakere i direktoratet enn i departementet, ble det kompensert for ved at direktoratet hadde en kvinnelig nestleder, Anne Alvik, som Helsedirektøren lyttet nøye til, og som jo selv ble helsedirektør da Torbjørn Mork døde.

9. Helsedirektør Torbjørn Mork – 1983–1992

Vi har i bind 1 gitt et portrett av Torbjørn Mork, som han fremtrådte i den første perioden av sin tid som helsedirektør. Vi skal nå føre denne portretteringen til ende.

Vi har sett at Torbjørn Mork gradvis kom ut av Karl Evangs skygge og fremstod som en nesten like markant helsedirektør som sin forgjenger. Vi har sett at han begynte som en forholdsvis «lokalforvaltningssosialistisk» helsedirektør: Han så for seg et primærhelsevesen preget av kommunal styring og et bredt faglig samarbeid gjennom helse- og sosialsentre. Men i november 1977, etter noen tids tvil, gav han opp sin opprinnelige holdning, og dermed nærhet til sitt parti, Arbeiderpartiet, og proklamerte at han i viktige henseender var blitt medikrat. Han kom seg, kan man nesten si, ut av Evangs skygge, ved i noen henseender å bli hans forbundsfelle. Om det er en tilfeldighet eller ei, vet vi ikke, men han «snudde» offisielt drøyt halvannet år etter at Karl Evang for siste gang (januar 1976) hadde meddelt seg til offentligheten – gjennom to lange artikler i Aftenpostens aftennummer. De var et kraftfullt angrep på noen offentlige utvalgs, og snart arbeiderpartiregjeringens, planer om å omdanne det fagstyrte distriktshelsevesenet til et kommunehelsevesen. Torbjørn Mork meddelte sin nye holdning i et foredrag på en konferanse om primærhelsevesenet. Konferansen ble arrangert av Norske Kommuners Sentralforbund og ble holdt i Tromsø. Mork talte om «Problemer omkring primærhelsetjenesten». Han meddelte her, som vi har omtalt nærmere i bind 1, at han nå hadde «moderert» sitt syn på primærhelsevesenet og kommet til at det var langt mer behov for integrering innad i helsevesenet enn overfor sosial- og trygdevesenet. Fra da av ble Mork i stadig flere henseender en slags leder for det vi kunne kalle «helseopposisjonen» i Norge. Mange arbeiderpartiledere hadde ergret seg over Evang og hans medikratiske envishet og ventet på at han skulle gå av. Det var imidlertid Arbeiderpartiet som hadde utnevnt ham, i 1938. Nå viste det seg altså at de hadde fått en ny «Evang». Ved begge anledninger kunne de valgt en mer samarbeidsvillig medisinalleder, kontorsjef (i Medisinaldirektoratet), Harald Bjelke, i 1938 og direktør i Attføringsinstituttet og tidligere sosialminister for Einar Gerhardsen, Gudmund Harlem, i 1972. Harlem tapte med én stemme da saken ble avgjort på Regjeringen Brattelis (I) siste regjeringskonferanse før sommerferien i 1972.

Som Evang var blitt en økende utfordring for Gerhardsen, skulle etter hvert Mork bli en økende utfordring for Gudmund Harlems datter, Gro Harlem Brundtland. Men som vi har bemerket i bind 1: Datteren ble kanskje bedt om å gå inn i Brattelis andre regjering for å bøte på den skade som var skjedd da Harlem ble vraket i 1972. Uten «forbigåelsen» av Harlem i 1972 hadde ikke bare helseforvaltningens utvikling blitt en annen, også utviklingen av statsstyret i Norge kunne blitt en annen.

Den kamp Mork yppet til i 1977, og var kommet godt i gang med før delingen av Helsedirektoratet i 1983, den fortsatte altså gjennom den perioden vi nå er opptatt av og nådde sitt klimaks noen timer etter midnatt den 16. juni 1992. Torbjørn Mork var ikke frisk da han startet på andre del av sin embedstid. Han var allerede merket av den sykdom han i 1970 hadde disputert over ved London School of Hygiene and Tropical Medicine – kronisk obstruktiv lungesykdom. Han ble gradvis dårligere, men tapte aldri kampgløden. Ja, ettersom det ble mer han syntes han måtte advare imot i norsk helsepolitikk og helseforvaltning, var det som om hans kamplyst og kampevne økte. I det følgende skal vi redegjøre nærmere for denne utviklingen, men på en mer personlig måte enn vi har gjort i det foregående.

Vi skal begynne med å rekapitulere konklusjonene fra bind 1.

Ambisjoner og følsomhet: De «to» personer – et sammendrag

Torbjørn Mork ble født i Tyssedal, innerst i Sørfjorden i Hardanger, den 17. november 1928, som sønn av ingeniør og driftsbestyrer på elektrisitetsverket i Odda, Guttorm Mork (1897–1974) og husmor Inga Skadsem (1894–1950). Familien flyttet tidlig til Odda. Det var her, i det lille industrisamfunnet, den senere helsedirektør vokste opp. Skjønt, han vokste like meget opp på foreldrenes hjemsted, på det vestlandsk-tradisjonelle Jæren. Her tilbragte han somrene.

Man kan nesten si at Torbjørn Morks liv ble et svar på denne todelte oppvekst. Han fikk verdiene, det inderlige, det nære, det eksistensielt-ekspressive, det følsomme, ja, «fortiden», fra Jæren og slekten der. Han fikk det målrettede, det «utvendige», det «fjerne», det instrumentelle, det formelt ambisiøse, ja, fremtiden, fra industristedet Odda. Vi må imidlertid legge til noe når det gjelder Odda; han ble jo aldri noen egentlig Odda-gutt. Odda var et lite industristed, plassert i et ellers både økonomisk og kulturelt tradisjonelt Hardanger. Det lå, der innerst i fjorden, mellom trange fjell og uten et ordentlig omland og oppland. Det var, som andre fremvoksende små industristeder på vestlandet, noe av en vestlandsanomali. Det var, kunne man si, både halvmoderne og halvambisiøst. Slik sett var i grunnen ikke stedet noe for Torbjørn Mork. Det gav ikke den tradisjonstunge varme Jæren gav, og som gav ham mye, men heller ikke den luft under vingene som mer ekte urbane miljøer gav, og som han også søkte. Han var nemlig begavet, og oppdaget det tidlig. Det gav, selvsagt, næring til hans ambisjoner, og hans selvfølelse. Skolen, mer enn Odda, skulle slik bli hans springbrett.

Han fikk, typisk nok, ingen nære venner i Odda. Han ble aldri virkelig en del av Odda-samfunnet. Han lærte seg knapt dialekten; det vil si, han slapp den tidlig. Han ble, språklig, mer en slags fin-bergenser enn en oppstaset oddaværing, selv om han beholdt en litt ubestemmelig, morksk r, en r NRKs komiker Trond Kirkvaag (1946–2007) siden skulle udødeliggjøre. Torbjørn Morks foreldre var stolte av sin sønn, ja, nesten dyrket ham, men påvirket ham nok mer i jærsk enn i oddask retning. Faren var, hva gjaldt det verdslige, mest opptatt av at sønnen – det eneste barnet – skulle få et trygt arbeid. Han var preget av erfaringene fra de vanskelige 30-årene. Han mente Posten kunne egne seg som arbeidssted for sønnen. Slik sett var moren mer opptatt av at den skoleflinke Torbjørn skulle sette seg høyere mål. Han hørte på henne og dro til Voss og tok i 1948, som privatist, artium på det fremragende landsgymnasiet der. Etter å ha vurdert NTH og sivilingeniørstudiet en tid, valgte han medisin. Han begynte i Oslo, men fullførte studiet i Bergen. Det skjedde i 1954. Året etter giftet han seg med den 21 år gamle legedatteren, bibliotekar Anna Brit Schøtt (f. 1934). Med henne fikk han tre barn, Ingeborg (f. 1957), Elisabeth (f. 1961) og Jon (f. 1963). De to yngste fulgte i sin fars fotspor og ble leger. Den eldste ble lærer.

Torbjørn Mork var en kort tid etter turnustjenesten (ved sykehuset i Arendal og i Herdla distrikt i Nord-Hordland) knyttet til noen avdelinger ved Haukeland sykehus og ved Gades institutt i Bergen. Fra 1958 til 1960 studerte han biostatistikk og epidemiologi ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, et studieopphold som resulterte i graden PhD. Hans avhandling hadde tittelen *A Comparative Study of Respiratory Diseases in England, Wales and Norway*. Den holdt høy kvalitet. Den viste at han hadde god oversikt over den kronisk obstruktive lungesykdoms epidemiologi (i tre land), etiologi (generelt) og typiske

forløp. Forløpsbeskrivelsen i avhandlingen ble også en slags forhåndsbeskrivelse av det som skulle bli hans egen sykehistorie. Han klarte aldri å bli sin egen lege.

Etter at han kom hjem fra London i 1960 ble han ansatt ved Kreftregisteret, først som avdelingslege, fra 1966 som assisterende overlege. Da han kom hjem bosatte familien Mork seg i Asker. Her engasjerte han seg også i lokalpolitikken og satt fra 1968 til 1975 som kommunestyrerepresentant for Arbeiderpartiet. Høyremannen fra Odda var etter hvert blitt moderat sosialist, og EEC-tilhenger. Da Trygve Bratteli dannet sin første regjering våren 1971 ble han utnevnt som statssekretær i Sosialdepartementet. Han hadde som sjef LO-nestlederen Odd Højdal (1921–1994). Etter et drøyt år i nr. 2-stolen i Sosialdepartementet, søkte og fikk han embedet som helsedirektør.

Da Torbjørn Mork dro til Voss hadde han markert hva som var viktigst. Han ville opp og frem. Han lyktes også. Han kunne valgt klinikken, men gav den raskt opp. Den gav ikke de beste muligheter for rask suksess. Men viktigere var det at klinikken ble for personlig krevende – for «jærsk» – for ham. Møtene med de lidende kostet ham for mye emosjonelt. Han gikk derfor i en mer teoretisk retning og ble epidemiolog. Doktorgraden fra London ble viktig. Det ble også ansettelsen ved Kreftregisteret. Her ble det drevet ambisiøs forskning. Miljøet var preget av oppadskuende mennesker.

Mork så snart at han kunne bruke også politikken som et springbrett til å komme seg videre oppover. Da Tryggve Hauan gikk av som overlege ved Sykehuskontoret i Helsedirektoratet i 1970 meldte han sin interesse. Med den beskjedne sykehusbakgrunn han hadde, var det påfallende. Det reflekterte uvanlige ambisjoner. Møtet med politikken hadde gitt ham ytterligere blod på tann. Men embedet gikk til hans fem år yngre kreftregisterkollega, Sverre Harvei (f. 1933). Han likte ikke det, men Mork var fortsatt ingen prominent person, selv i epidemiologien, og slett ikke i den «politiske medisin». Hans virksomhet i politikken i Asker – hvor det var EEC-strid – hadde imidlertid begynt å gjøre ham litt mer kjent; ja, så kjent at det gjorde at han kunne bli statssekretær allerede året etter. Det ble hans springbrett for å kunne søke, og, med et nødskrik,[792] få embedet som helsedirektør. Overlege Harveis underordnede var brått blitt hans overordnede. Slik forble det imidlertid ikke lenge; Harvei gikk tilbake til Kreftregisteret året etter (1973).

Karrierestrevet tok nesten all hans tid og oppmerksomhet. Han ble slik en fjern ektemann og far. Hustruen stilte opp, om enn ikke alltid med begeistring. Hun likte ikke at han søkte embedet som helsedirektør.[793] Fikk han det, ville han nok bli enda mer opptatt og fjern. Barna forstod mindre, og var til dels engstelige for ham, streng og litt fryktinngydende som han kunne være.

Denne private stilen lignet på den tradisjonelle mannsstilen, spesielt den man fant i bedrestilte familier. Det gjorde det lettere for ham å gjøre som han gjorde. Hans nokså radikale partikollega i Asker-politikken, den jevngamle Berit Ås (f. 1928), psykolog og hersketeknikkteoretiker, unnlot imidlertid ikke å minne ham om hvor «tradisjonell», og for så

[792] I bind 1, s. 222-239, har vi omtalt den politisk pikante utnevnelsen: Mork ble utnevnt, med én stemmes overvekt, ved annen gangs votering (i regjeringskonferanse). Konkurrenten var den gamle sosialminister og «Gerhardsen-mann», Gudmund Harlem.

[793] Opplyst av Elisabeth Mork, samtale 29.10. 2008.

vidt kvinneundertrykkende, han var.[794] Skulle han lykkes karrieremessig hadde han imidlertid neppe noe valg. Men mer kom nok til – hans annen side. Å slippe sine nærmeste inn på seg var som å ta pasientene inn over seg: Det var for emosjonelt krevende. Han måtte gjøre seg litt hard og fjern for å ha sine følelser under kontroll, og det igjen var en betingelse for at han skulle kunne realisere sine ambisjoner.

Da han ble helsedirektør ble han langt på vei som han var overfor kone og barn, myndig og dominerende. Til å begynne med skyldtes det nok også usikkerhet og prestasjonsangst: Han overtok etter en legende, og da kunne en lett autoritær distansering gi en nyttig dekning. Men det skyldtes langt fra bare det. Han vurderte antagelig aldri å bli en mer nær leder, og ble det heller ikke. Allikevel, den andre siden i ham kom etter hvert til å prege ham mer. Ikke så mange så det, men noen gjorde det – de som stod ham nærmest, privat og profesjonelt. De ble også litt flere. Torbjørn Mork ble etter hvert en mindre ensom mann.

I Direktoratet var det i den første perioden ingen som virkelig kunne bidra til å få ham mer ut av «skallet». Han hadde et venneforhold til noen, som psykiatrioverlegen, Otto Steenfeldt-Foss, og til dels sykehusoverlegen Jo Asvall. Etter at ekteskapet begynte å gå i oppløsning bodde han også en tid på hybel hos Asvall. Allikevel, ingen av de to var, eller ble, nære venner av Mork. Ingen av dem ble heller værende hos Mork. Steenfeldt-Foss gikk etter en tid tilbake til mer klinisk virksomhet, mens Asvall – Direktoratets største strateg – dro til København og WHO, etter at han i praksis var vraket som Jon Bjørnssons etterfølger som medisinalråd. Sin nye medisinalråd, Egil Willumsen, fikk Mork, som vi har sett, aldri noe nært forhold til.

Den nye helsedirektøren valgte altså, og for ham som en selvfølge, å lede på en distansert måte. Men han maktet ikke å holde distanse til alle. Han var ikke like gjennomført rasjonalistisk og emosjonelt kontrollert som sin forgjenger. Mork er ikke tilstrekkelig «disiplinert», sa Evang om ham, etter at han hadde truffet ham under hans London-opphold.[795] Evang plasserte også Mork først på tredjeplass da han skrev innstilling om hvem som burde etterfølge ham som helsedirektør.

Torbjørn Mork åpner seg mer – privat

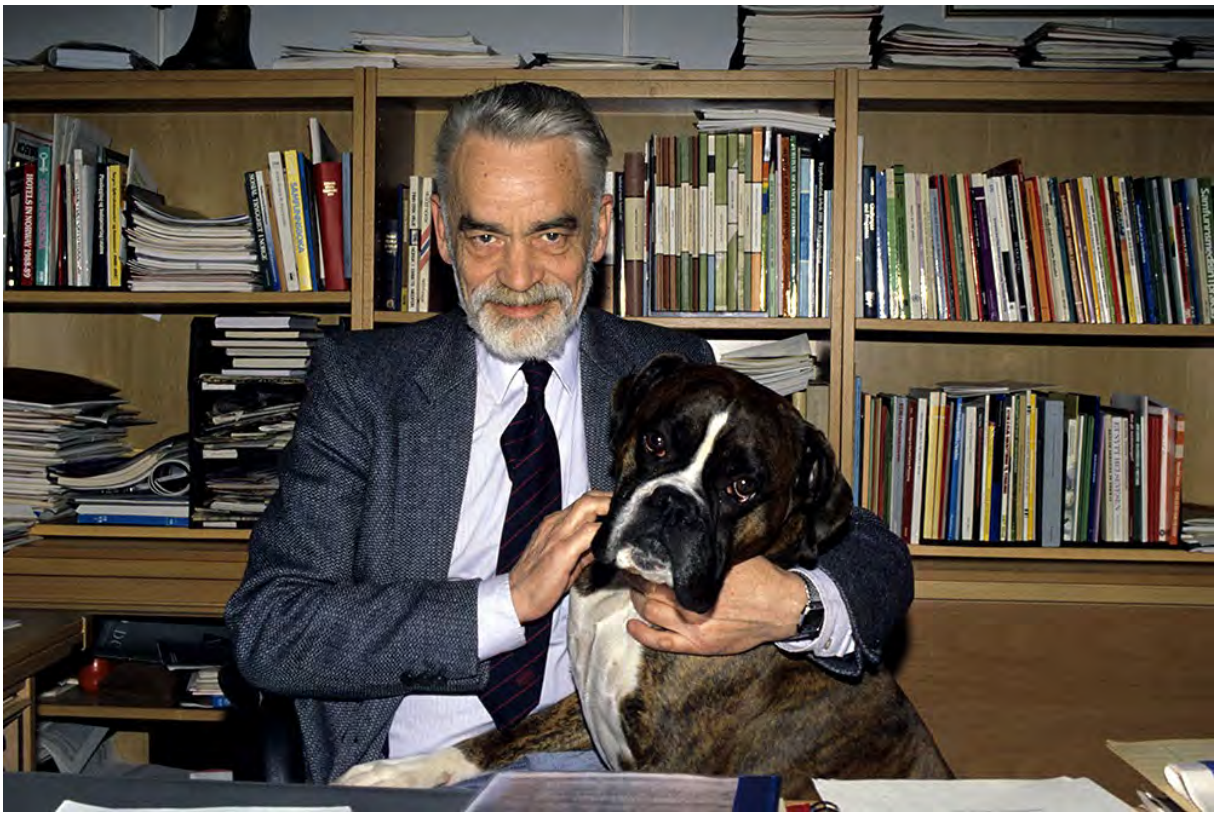
Mork falt, som nevnt i bind 1, for kvinnelig charme. Det skapte problemer for ham privat, men det gikk også utover hans autoritet innad i direktoratet. Han kom seg ut av flokene profesjonelt, etter eksplisitt å ha blitt utfordret av Otto Steenfeldt-Foss under et ledermøte. Men hendelsen fikk konsekvenser. Den førte til at hans ekteskap gikk i stykker, men siden (1975) til at han fikk ny livsledsagerske, NRK-medarbeideren Wenche Margrethe Myhre (f. 1940). Hun og Mork ble samboere. Wenche Margrethe Myhre var vel 12 år yngre enn Mork, og tilhørte ideologisk, om ikke helt kronologisk, 1968-generasjonen. Hun var sosialt og kulturelt radikal. Hun hadde meldt seg ut av statskirken. Hennes omgangskrets var

[794] E. Mork, 29.10.08. Berit Ås var en sentral person i Asker arbeiderparti og satt i formannsskapet fra 1965 til 1975, men var, i motsetning til Mork, motstander av norsk medlemsskap i EEC og gikk ut av Arbeiderpartiet etter folkeavstemningen i 1972. I «kvinnekuppåret» 1971 ble hun valgt til varaordfører i Asker. Fra 1973 ble hun leder av Demokratiske Sosialister – AIK, arbeiderpartifraksjonen som fra 1975 gikk inn i det nye Sosialistisk Venstreparti. Berit Ås ble SVs første leder.
[795] Kjell Bjartveit sier i samtale den 7.11. 2008 at Evang hadde sagt dette til ham.

journalister, kulturarbeidere og radikale humanister. Hun stod altså et stykke unna både den jærkultur han bar i seg og den ambisiøse og maktsøkende naturvitenskapelig pregede kultur han også var en del av. Hun var, og er, relasjonelt intens. Det passet da godt at hun hadde, og har, en stor feminin utstråling. Hun både charmerte og fascinerte ham, men hun representerte også litt av en utfordring. Skulle han kampere med henne kunne han ikke fortsette å være den privat distanserte og travle paternalist han hadde vært, iallfall ikke hjemme. Han måtte slippe til mer av den følsomme mannen i seg, den han så energisk hadde forsøkt å holde i tømme. Han skjønte det, gradvis. Privat ble hun den som definerte premissene. Han ble slik en mer privat mann, også overfor barna, og spesielt det av dem som selv inviterte mest til nærhet, nr. to, Elisabeth, eller Linne, som hun ble kalt privat. Oppløsningen av hans ekteskap førte altså til at han kom nærmere sine egne barn. Barna, men spesielt Elisabeth, fikk også et nært forhold til farens samboer. Et år bodde hun også hos sin far og hans samboer.

Torbjørn Mork fortsatte, livet ut, å ha dårlig samvittighet for det som hadde skjedd privat. Samtidig falt han nå også mer til ro privat. Han oppdaget at han trivdes med den nærhet Wenche Margrethe Myhre ville ha, og fikk. Han ble, på grunn av henne mer privat nær og fikk virkelig, og man kan nesten si for første gang, mange private venner – venner som møttes i, det på alle måter romslige, kjøkkenet i leiligheten, fortsatt eid av Myhre, i Thomas Heftyesgate 52 på Frogner, eller på hytta på Venabygdsfjellet i Ringebu.[796] Kanskje var det en del av dette bilde at han nå også skaffet seg hund, Pan? Pan var ikke spesielt veloppdragen, så barna holdt barnebarna borte fra bestefaren. Men Torbjørn Mork elsket Pan, og skjemte ham grundig bort. Det var bare Pan som var tilstede den novemberformiddagen i 1992 da hans hjerte sluttet å banke. Pan kan nok ha vært uttrykk for at Helsedirektøren nå åpnet seg mer opp privat, selv om en hund, hvis den først viser sin eier tillit, knapt har evne til å være annet enn lojal. Det var helt ufarlig å slippe Pan innpå seg for Torbjørn Mork. Det var aldri helt ufarlig å gjøre det med andre, både fordi han var usikker på hva han selv tålte av nærhet, og fordi han aldri kunne være helt sikker på den alltid (potensielt) reflekterende annen. Hans barn kunne ikke la være å undre seg over en slik omsorg, og omsorgsevne, som han viste hunden, og spørre seg hva det ville gjort for, og med, dem hvis de hadde fått den samme omsorg da de vokste opp.

[796] De hadde en tid snakket om at det skulle være hyggelig å ha en hytte. En dag nevnte Wenche Margrethe Myhres NRK-kollega, Kari Bay Haugen (1937-2018), at det var tomter til salgs oppe på Venabygdsfjellet, fjellet øst for Frya, der Haugen og hennes mann hadde gård. Mork og Myhre syntes Haugens tips hørtes interessant ut og lille julaften satte paret seg i bilen og dro opp for å ta tomten i øyesyn. De bestemte seg straks for å kjøpe og fikk snart bygget hytta. Den ble et viktig sted for dem. Myhre sier: -Og der elsket han jo å være. Og du og du… Han kunne komme hjem fra reise til utlandet kl. 8 om kvelden og vi satte oss i bilen en fredag og kjørte oppover. (W.M. Myhre 23.03. 2009.) De to tilbragte mye tid på hytta. De gikk turer, til å begynne med også på ski, men spesielt turaktive ble de ikke. De trivdes godt innendørs, og var de alene, koste de seg gjerne med hver sin gode bok. Hytta var eid av Mork.



Torbjørn Morks beste venn: Helsedirektøren satte stor pris på sin hund Pan. Pan var den eneste som var hos ham på hjemmekontoret da hans hjerte stoppet å slå. Her er de to fotografert på hans kontor i direktoratet, 18. mars 1989. (Foto: Tom A. Kolstad / Aftenposten)

Mork tok ikke med seg arbeidet hjem, i den forstand at han bad sin samboer om råd. Hun unnlot også å spørre særlig meget om det som skjedde i hans profesjonelle hverdag. Mork fikk på denne måten, som tilfellet hadde vært tidligere, «to liv», et privat og et profesjonelt. Allikevel, fullt så adskilt som før forble ikke de to sfærer. Han fremstod etter det private skifte som en mer uttalt kulturradikaler. Først gjaldt det abortsaken, hvor han ikke bare uttalte seg tydelig, men spilte en ledende rolle i dragkampen om abortlovgivningen – en dragkamp som i 1978 førte frem til «privatiseringen» av retten til å fatte beslutning av om svangerskap skulle avbrytes eller ei. Siden kom det til å gjelde ulike sider ved spørsmålet om homofiles rettigheter og om HIV/AIDS-politikken – det vil si spørsmålet om kontrolltiltak overfor smittede. Det gjaldt også i noen grad kontrolltiltak i narkotikapolitikken. Man kan for øvrig se Helsedirektørens stadige utspill i fordelingspolitikken i dette perspektiv: Han tok alltid parti, eller mente iallfall han gjorde det, for «de svake». Vi har sett at hans utfordrende tilsynsutspill fra sommeren 1986 hadde en slik tendens. Rollen som «vaktbikkje» var en rolle han spilte på de svakes vegne.

Bergenserinnen likte disse utspill, og applauderte dem. De kan nok ha bidratt til at han ble tydeligere i disse spørsmål enn han hadde vært. Den tidligere høyremannen hadde, som vi har sett, som lokalpolitiker tilhørt partiets sosialdemokratiske fløy, og var blant annet en ivrig tilhenger av norsk EEC-medlemsskap (i 1972). At det den gangen var karrierefremmende, kan nok ha spilt en rolle. Han var, som ung, mer karrieredrevet enn han ble etter hvert. Selv om han helsepolitisk ble dyttet over på defensiven fra rundt 1979–80, og spesielt fra 1983, ble han samtidig tryggere: Han hadde vokst inn i rollen som helsedirektør, fått sin egen profil – Evang var nå egentlig «glemt», også av Mork selv – og hadde ingen videre ambisjoner. Han satt jo

dessuten trygt, i et «uoppsigelig» embede. Evang hadde lenge hatt (ytterligere) posisjonelle ambisjoner, men ble gradvis presset over på defensiven. Mork hadde ikke posisjonelle ambisjoner lenger; han var mer enn tilfreds med den posisjon han hadde fått. Nå var ambisjonen å gi den et personlig preg. Han ville gjerne føre arven fra Evang, eller kanskje like meget, Ludvig Vilhelm Dahl (1826–1887), landets første medisinaldirektør (1875–1887), videre – og det innebar å ta vare på sider ved den medikratiske tradisjon. Men særlig etter 1983 ble det nok like viktig, kanskje viktigere, å fremstå som «de svakes» viktigste helsepolitiske beskytter. Det passet altså godt inn i hans nye private situasjon å gjøre det. Wenche Margrethe Myhre gav ham ikke råd – det var knapt nødvendig heller – hun kunne nøye seg med å juble. Han fikk samtidig stadig anledning til å smile i det skjegget hun hadde oppmuntret ham til å anlegge.[797]

I en del sammenhenger kom Morks medikratiske holdninger litt i konflikt med hans sosialradikale innstilling. Det kom særlig til uttrykk i «Reitgjerdet-saken», men til dels også i saker om «annerledes» medisin («kvaksalveri») og i noen saker som gjaldt kritikk av medisinske autoriteter (som ved Aftenpostens Per Egil Hegges kritikk av medisinske eksperters syn på hypothyreosebehandling). Mork ble i endel av disse saker i massemediene omtalt som forsvarer av legene og deres måte å utøve autoritet på. Til dels ble han også omtalt som forsvarer av partiinteresser. Det siste gjaldt spesielt Reitgjerdet-saken, hvor ikke bare psykiatriens anseelse stod på spill, men også personalforeningens, altså Kommuneforbundets og dermed LOs. Personalforeningen hadde interesser i det regime som eksisterte; det gav dem pekuniære fordeler. Den tidligere arbeiderpartistatssekretær hadde, mente noen av kritikerne, ikke bare lege- men også partiinteresser å beskytte. Vi skal se litt på Reitgjerde-saken, kanskje den vanskeligste saken Mork fikk i hele sin tid som helsedirektør, kanskje med unntagelse av den langvarige striden med departementet.

Reitgjerdet-saken: en dobbel utfordring for Torbjørn Mork

Reitgjerdet-saken dreide som om forholdene på dette nasjonale sikkerhetssykehuset i Trondheim. Gjennom flere år hadde sykehusets kontrollkommisjon rapportert om normale forhold. Folk fra Helsedirektoratet besøkte hyppig asylet, men fant ikke grunn til å slå alarm. Mot slutten av 1970-årene kom der kritikk mot forholdene ved sykehuset, særlig mot den omfattende bruken av tvang (reimer), postsensuren og at mange pasienter i praksis ble tatt inn til livsvarig oppbevaring. Helsedirektoratet reagerte med å si at sykehuset skulle pusses opp og der ble, på initiativ fra statens overlege for psykiatri, Otto Steenfeldt-Foss, fra 1976 bevilget relativt store summer til forbedring av de fysiske forhold ved sykehuset. Reitgjerdet ble for alvor en offentlig sak i oktober 1978 da en ung lege, Svein E. Solberg (f. 1948), som på den tiden arbeidet som sivilarbeider ved sykehuset, hjalp en pasient til å rømme. I mars 1979 gav han ut boken *Rapport fra Reitgjerdet*.[798] Her redegjorde han, på en svært kritisk måte, for forholdene ved sykehuset. Rømningen førte til at Solberg ble idømt en betinget straff. Under rettssaken kom sykepleieren Anne Ma Ødegaard med så alvorlige opplysninger

[797] På en hyttetur tidlig i deres bekjentskap hadde han latt være å barbere seg. Hun sa da at hun syntes han kledde skjegg, og slik gikk det til at han la om sin fremtoning. Samtidig gikk han også over til å bruke mer kulørte skjorter og strikkeslips. Han fikk en apparisjon som passet den nå tydelig sosial- og kulturradikale Mork bedre enn den «borgerlig-evangske», stil hadde gjort.
[798] Svein Solberg, *Rapport fra Reitgjerdet*, Oslo: Pax forlag, 1979.

at det førte til at regjeringen nedsatte en offentlig kommisjon for å se nærmere på forholdene ved Reitgjerdet. Kommisjonen, ledet av h.r.dommer Knut Blom (1916–1996), ble oppnevnt den 29. februar 1980 og kom med sin innstilling den 31. august samme år.[799] Rapporten, som er på over 200 sider, inneholdt sterk kritikk av forholdene ved Reitgjerdet sykehus.[800] Også Helsedirektoratet kritiseres, og den kritikken treffer spesielt Helsedirektøren personlig. Kommisjonen skriver at Mork

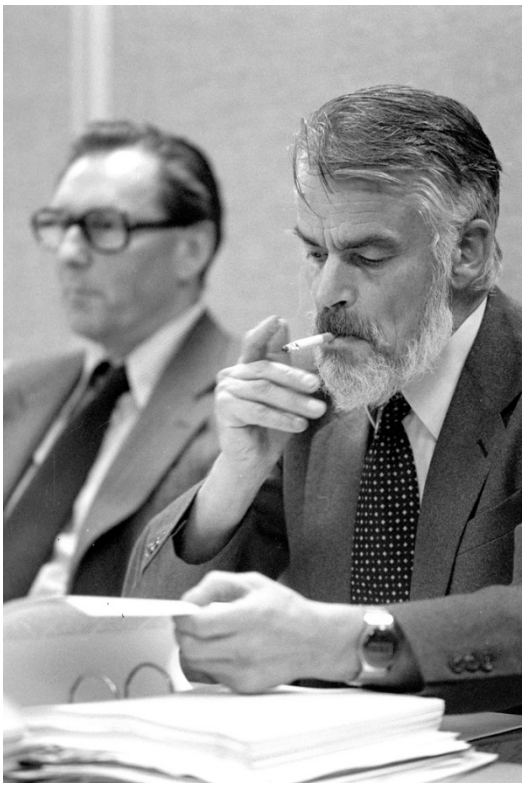
> *burde med større kraft ha fremmet krav om en bedring av sykehusets standard overfor overordnet myndighet. Det tok etter kommisjonens mening forbausende lang tid før helsedirektør Mork skjønte alvoret i situasjonen på Reitgjerdet, og de nødvendige tiltak ble derfor truffet for sent.*[801]

Kommisjonen legger dog til at «bebreidelsen mot ham i noen grad svekkes ved den vanskelige prioritering han må foreta når det gjelder de store arbeidsoppgaver som ellers påhviler ham». Under behandlingen av saken fungerte stadsfysikus Fredrik Mellbye som settehelsedirektør hva gjaldt det psykiatriske saksfelt. Blom-rapporten vakte stor oppmerksomhet og førte til at Stortinget 18. mai 1982 vedtok å nedlegge Reitgjerdet sykehus som nasjonalt sikkerhetssykehus. Det skjedde fra 1987. Sikkerhetsoppgavene ble fra da av overført til regionene. Etter at rapporten var lagt frem kom det fra flere hold krav om at Helsedirektøren måtte gå av. Høyesterettsadvokat Ole Jakob Bae (1938–2000) anmeldte Helsedirektøren, overlege og direktør ved Reitgjerdet, Finn Brasch Larsen (1918–1984) og to andre ved sykehuset for tjenesteforsømmelse. Den radikale advokat, og medstifter av Foreningen for krimalreform (KROM), mente det var opplagt at Helsedirektøren burde gå av. Men Riksadvokaten innstilte på at anmeldelsene skulle henlegges, og regjeringen sluttet seg til den innstillingen (oktober 1980).

[799] Kommisjonen bestod ellers av professor Anders Bratholm (1920-2010), Universitetet i Oslo og h.r.advokat Johan Hjort (1922-2001), Oslo. Den bestod altså bare av (prominente) jurister, og var på det nærmeste enstemmig.

[800] Kritikken gjaldt spesielt den utstrakte bruk av fotremmer, den fullstendige sensur både av inn- og utgående post, at pasienter i praksis ble tatt imot til livslang oppbevaring og at pasienter ikke fikk (særlig) behandling.

[801] *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*, fra den granskningskommisjon som ble nedsatt ved kongelig resolusjon 29. februar 1980. Avgitt 31. august 1980. Sitatene er fra s. 140.



Torbjørn Mork: Den 31. august kom en kommisjon, ledet av h.r.dommer Knut Blom med sin innstilling i den såkalte Reitgjerdet-saken. Foranledningen var det som skjedde etter at en ung lege i 1978 hadde hjulpet en pasient til å rømme. I den påfølgende rettssaken mot legen kom der frem svært kritiske uttalelser om forholdene ved Reitgjerdet, uttalelser som førte til at en kommisjon ble nedsatt for å se på forholdene ved sykehuset. Kommisjonen rettet sterk kritikk mot forholdene ved sykehuset, men også mot Helsedirektoratet og helsedirektør Mork. Under en pressekonferanse den 9. september 1980 kommenterte helsemyndighetene innstillingen. På bildet sees sosialminister Arne Nilsen (til v.) og helsedirektør Torbjørn Mork. Mork røkte den gangen fortsatt offentlig. Han sluttet stort sett med det fra midt i 1980-årene. (Foto: Ole Christian Frenning / Aftenposten)

Helsedirektøren ble hyppig spurt av pressefolk om han ville søke avskjed som helsedirektør siden Blom-utvalget hadde rettet så alvorlig kritikk mot ham personlig. Han avslo i første omgang å svare, og også i annen – altså etter at statsråden hadde uttalt seg, og uttalt seg uforpliktende. Da regjeringen vedtok å følge Riksadvokatens innstilling, sa Mork til VG: «Jeg er ikke overrasket, men glad for at riksadvokaten har kommet fram til beslutningen om å frita meg for anmeldelsene i Reitgjerdet-saken».[802] På VGs oppfølgingsspørsmål om han nå følte seg «renvasket for alle anklager i forbindelse med Reitgjerdet», svarte han at han bare kunne gjenta at han var «glad for at regjeringen har støttet riksadvokaten i hans innstilling».[803]

Saken var ubehagelig for Torbjørn Mork. Den var det av mer formelle grunner: Han ble anklaget for det som iallfall lignet på embedsforsømmelse. Det sved. At han ikke med ett ord kommenterte Blom-utvalgets kritiske bemerkninger om hans embedsførsel, kan kanskje sees på som et uttrykk for at det sved. Men saken var også ubehagelig for ham av personlige grunner: I løpet av hele første del av sin tid som helsedirektør hadde Helsedirektoratet unnlatt å gripe inn overfor måten Reitgjerdet sykehus ble drevet på. Der var etter hvert kommet noen signaler om hvordan sykehuset ble drevet, og noen inntrykk hadde jo, som nevnt, også direktoratet fått gjennom egne besøk, men det grep ikke inn før «rømningssaken» kom. Morks personlige problem var at han slik, mer eller mindre bevisst, unnlot å gjøre noe for noen av de aller mest utsatte i samfunnet. Han fremstod som en som forsvarte «systemet» – og det var i ikke liten grad et medikratisk system. Han forsvarte altså de «sterke» mot de «svake». At også den lokale LO-foreningen gjorde det samme, endrer ikke så mye på det faktum. Da rømningssaken kom, og Reitgjerdet ble en av de mest omtalte sakene i den offentlige

[802] Mork uttalte dette til VG 11. oktober 1980 (s. 8). Sitatet nedenfor er fra samme intervju – gitt pr. telefon fra Fez i Marokko, der Helsedirektøren var på et WHO-møte.
[803] I 2010 holdt tidsskriftet *Michael* et såkalt aktørseminar om Reitgjerdet-saken: «Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus», redigert utskrift ved Stein A. Evensen, Christoph Gradmann og Øivind Larsen, nr. 7, 2010, s. 382-527. Seminaret ble holdt den 27. september 2010.

meningsutveksling, viste også Morks adferd at han mente han hadde sviktet sine egne verdier. Den tidligere Reitgjerdet-sjef og overlege Finn Brasch Larsen – han hadde sittet siden høsten 1969 – gikk av våren 1979 og ble, på Torbjørn Morks anmoding, erstattet (som overlege) av en annen psykiater, Reidar Larssen (1934–1996), en psykiater som stod for et utpreget liberalt behandlingsregime. Men Larssen ble ikke sittende så lenge. Kvelden den 14. november 1979 ble det konfrontasjon med personalet på avdelingen for de pasienter som var ansett som aller farligst. Larssen ville fjerne tvangsmidlene fra en bestemt pasient, noe de fleste pleiere og leger ved avdelingen satte seg imot; de fryktet både for egen og andres sikkerhet. Men Larssen insisterte på sitt og personalet ba da om å bli permittert. Bønnen ble tatt til følge og Larssen tok selv over arbeidet på avdelingen. Helsedirektøren og overlegen for psykiatrien dro da raskt til Trondheim for å forsøke å finne en løsning. Mork kom raskt til at konflikten var for dyp til at Larssen kunne fortsette, men ville gjerne ha ham sittende til sommeren 1980. Larssen ville ikke det. Mork understreket overfor pressen (lørdag 24. november 1979) at Larssen hadde fått full støtte for sin politikk av Helsedirektoratet. «Vi er innstilt på å følge Reidar Larssens liberale linje og i størst mulig grad unngå tvangsmidler overfor psykiatriske pasienter», sa Helsedirektøren.[804] Ved å si det kan man si han også øvet selvkritikk, både hva gjaldt embedsplikten og hva gjaldt hans egne verdier.

Reitgjerdet ble også i noen grad en privat belastning for ham: Også overfor Wenche Margrethe Myhre fremstod han i denne saken mer som forsvarer av «Makten» enn som talsmann for den svake. Hun sa ikke så mye, men han forstod jo hva hun mente. Allikevel, verst var svikten overfor egne verdier.

Knut Munch-Søegaard (1923–2008): Knut Munch-Søegaard hadde det meste av sin karriere i Helsedirektoratet. Han var ferdig utdannet som jurist i 1950 og ble i 1954 ansatt i Helsedirektoratet som førstesekretær. Han ble byråsjef i 1957, underdirektør i 1961 og ekspedisjonssjef i 1967. Han beholdt tittelen inntil han gikk av i 1993, men embedet ble etter omorganiseringen i 1983 gjort om til spesialrådgiverstilling. Hans forgjenger som ekspedisjonssjef, Kaare Bjerkomp, ble utnevnt (først konstituert) i 1956, mens Gudmund Harlem var sosialminister – og mot helsedirektør Evangs ønske. Evang ville ha en lovråd, en stabsperson, ikke en linjeperson. Evang bad stadig om at «feilen» fra 1956 måtte rettes opp, men skjønte etter hvert at det ikke ville skje og måtte også godta at Bjerkomps etterfølger, Munch-Søegaard ble ekspedisjonssjef – med formell direkte adgang til statsråden. Mork overtok som helsedirektør i 1972, men vurderte aldri å forsøke å få «feilen» fra 1956 rettet. Mork likte jusen bedre enn Evang og fikk et godt og tillitsfullt samarbeid med en ytterst lojal Munch-Søegaard. Ved omorganiseringen i 1983 ble Evangs «ønske» fulgt opp og embedet ble gjort om til en stabsstilling, men nå snarere som en følge av den videre demontering av legestyret enn som en restaurering av det. Eksistensen av stillingen gjorde imidlertid at styringen av juristenes stilling i direktoratet ble litt forsinket. Den som ble sjef for den nye helserettsavdelingen i 1989 ble ikke

[804] VG 24.11. 1979, s. 14.

avdelingsdirektør. Departementet så helst at spesialrådgiveren fungerte som sådan. Med Munch-Søegaards avgang forsvant stillingen som spesialrådgiver (ekspedisjonssjef) og avdelingslederen for helserettsavdelingen ble avdelingsdirektør. (Foto: Aftenposten)

Også i andre saker ble han, som nevnt, en legemaktens forsvarer. I noen av dem, som sakene om heterodoks medisin og om medisinalforvaltningen, kom han ut av dem uten ensidig å bli sett på som legemaktsforsvarer. Han presenterte seg i disse saker nærmest som en representant for motmakten: Han ville beskytte fortvilte pasienter mot å bli lurt av kommersielt innstilte behandlere og selgere og han ville beskytte den «lille mann og kvinne» mot den politisk-byråkratiske makt. Som vi har sett, i løpet av Morks siste periode ble «vaktbikkja» hans *imago*. Det vil si, han gjorde det til det.

Vi har sett at i Reitgjerdet-saken valgte Mork i stor grad taushet. Han tok nok, som vi har fremholdt, kritikken til seg, men han ville ikke vise seg ydmyket, og langt fra ydmyke seg selv. Det gjaldt for øvrig ikke bare i denne saken. Han var alltid, absolutt alltid, sterk og selvsikker utad. Også mens striden i Norbom-prosessene var på det heftigste stod han med rak rygg. Det gjaldt også i direktoratet. Han var helsedirektør og embedsmann. Det forpliktet. Han kunne ikke vise svakhet. Han kunne vise følelser, men det var vrede, eller forbløffelse (over hva noen kunne si eller gjøre) eller «formell glede» (over at noen hadde kommet til at han hadde hatt rett), altså «mandige» følelser. I yngre år var han, som vi har sett, også privat den sterke og profesjonelle. Overfor enkeltpersoner i fagmiljøet kunne han nok i sin andre periode allikevel bli litt mer personlig, om ikke privat. Det gjaldt i noen grad overfor apotekersjefen Bjørn Jøldal og sin juridiske ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard, men mest overfor sin nestkommanderende fra våren 1985, Anne Alvik. På sosiale sammenkomster etter møter og seminarer kunne han også tø opp. Han var en livlig og glad festdeltager. På fylkeslegemøtene stilte han, i siste halvdel av 1980-årene, fast på nachspiel med blant annet Hans Petter Schønsby – som stilte med egenlagt vin – Øyvind Rolstad, Anne Berit Gunbjørud og Anne Alvik. Anne Alvik gav seg tidlig, Torbjørn Mork var den siste som fant veien til sengen – men var også alltid klar tidlig neste morgen.[805] Men slik festlighet var ikke så emosjonelt farlig eller krevende. Privat åpnet han seg altså, som vi har sett, etter hvert opp. Det gjaldt selvsagt overfor samboeren, men altså også overfor de nye venner hun bidro til at han fikk. Det gjaldt også overfor barna. Elisabeth så ham en gang gråte.[806]

Torbjørn Mork – strategi og kamp

Da Evang tiltrådte som medisinaldirektør høsten 1938 hadde han, sin unge alder til tross (knapt 36 år) mange planer, for medisinalforvaltningen – som han ville medikratisere – og for helsepolitikken – som han ville gjøre mer offentlig planstyrt. Han fikk den forvaltningen medikratisert, men det skjedde i regi av nazistene (som også trodde på fagstyre). Planprosjektene tok det lengre tid med, og de fleste nye lover og planer ble først vedtatt mot slutten av hans funksjonstid, eller etter. Mot slutten av hans tid kom også den medikratiske forvaltningen i skuddlinjen. Evang var på defensiven da han gikk av.

[805] Opplyst av Anne Berit Gunbjørud i samtale 15.6. 2011.
[806] Elisabeth Mork, 29.11. 2008.

Mork hadde ikke forberedt seg som Evang; hans ambisjoner var mer karriereambisjoner enn politiske innholdsambisjoner. De politiske ambisjonene kom etter hvert, men de ble mer svar på andres intiativ enn uttrykk for egne visjoner. Således ble han en slags medikrat halvveis ut i sin første periode: Ettersom han var blitt «varm i trøya» så han at hans posisjon som helsedirektør krevde at rollen i stor grad ble definert medikratisk, altså som en kombinert fagdirektør- og ekspedisjonssjefsrolle, eller snarere (helse)departementsrådsrolle. Som medikrat ville han naturlig beholde det statlige, altså direktoratsforankrede, offentlige helsevesen, med linjer fra direktoratets fagkontorer via fylkeslegene ned til distriktslegene og til dels også ned til overlegene ved sykehusene. Alle disse strukturene stod nå for fall. Mork så det antagelig ikke i starten. Som fersk helsedirektør, som gjerne ville være både radikal og på parti med fremtiden, kunne han, som vi har sett, til dels flirte med slike tanker selv. Men han endte altså mot slutten av 1970-årene som generell opposisjonell. Han gikk, som vi i detalj har sett, imot delingen og «avpolitiseringen» av direktoratet. Han gikk også, med stort emosjonelt engasjement imot kommunaliseringen av primærhelsevesenet, og etter hvert, selvsagt, også nedleggelsen av helserådet (fra 1988). Fylkeskommunaliseringen av sykehusene hadde skjedd over lengre tid, men mer formelt fra 1970 (Sykehusloven) og virkelig reelt fra 1976 – da fylkeskommunen ble en «selvstendig» enhet, fikk sin egen administrasjon og integrerte sykehusene i fylkeskommuneadministrasjonen. Mork fikk ikke anledning til konkret å gå imot denne siste endringen, men han mislikte den. Han ville at sykehusene skulle overtaes av staten og, formodentlig, styres som før (1976), fra Helsedirektoratet. Han hadde nok også gjerne sett at legestyret innad i sykehusene var blitt ført videre. Den ledelsesrevolusjon som kom nå, og som han neppe så, skulle etter hvert føre til et fullt regimeskifte både i sykehus og i primærhelsevesenet.

Torbjørn Mork ble altså på denne måten, som helsedirektør, i opposisjon til alle hovedtrekk i norsk helseforvaltningspolitikk, klinisk helsepolitikk og helseletjenesteledelse. Han hadde heller ikke noe gjennomtenkt alternativ. Han ville føre de gamle former for politikk videre og møte de nye utfordringer ikke minst tilbudssideutviklingen skapte, på en pragmatisk måte. Han var slik sett konservativ, i Edmund Burkes forstand av ordet. Men han var det, paradoksalt nok, på en «luthersk», insisterende, og altså radikal måte: «Her står jeg og kan ikke annet».[807] Han så ikke kraften i det nye som kom, og ble derfor mer trenerende enn formende. En av dem som stod ham nær, men under Norbom-prosessene ble mer kritisk til hans linje, fagsjef og, fra 1987, fylkeslege, Anne Berit Gunbjørud, uttrykte det slik: «han klarte ikke å «lese tiden»».[808]

Vi kunne også si det slik: Han leste den annerledes enn andre. Han uttalte seg tilsluttende om Jo Asvalls «nr. 9», «LEON-meldingen» som Stortinget sluttet seg til våren 1975 og som skulle gi premissene for det norske kliniske helsevesens utvikling i flere tiår etterpå. Meldingen ble, som vi har sett i bind 1, utformet i første del av Morks embedstid, men uten at han selv hadde bidratt meget til dens idéutforming. I et bidrag til jubileumsboken for Norsk Forening for Helsetjenesten (1937–1987) skriver Mork om «faglig styring før og nå». Han konstaterer at demokratiseringen av samfunnet har svekket legenes posisjon – og styrket politikernes. Samtidig understreker han hvordan den «indirekte faglige styringen» fortsatt er meget sterk. Han skriver:

[807] Uttalelsen tillegges Martin Luther (1483-1546), men han uttrykte seg ikke med disse ord under sin berømte tale til riksdagen i Worms, den 17. april 1521. Essensen i hans opposisjonelle tale var imidlertid det samme som i sitatet.
[808] Anne Berit Gunbjørud, samtale 15.06. 2011.

> *St.meld. nr. 9 (1974–75) Om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen, som har bestemt hovedtrekkene i organisering og struktur av institusjonshelsetjenesten, bygget nærmest i sin helhet på rent faglige premisser, og var ført i pennen av helsefaglige medarbeidere i Helsedirektoratet. Den er et klart eksempel på sterk indirekte faglig styring, selv om de formelle vedtak er fattet av Regjering og Storting.*[809]

Mork hadde rett i at «nr. 9» sprang ut av medisinsk inspirert tenkning. Dette var imidlertid den tenkning som nå var iferd med å bli integrert med økonomisk-industriell plantenkning. Asvall, som i hovedsak skapte «nr. 9» – nokså uavhengig av Mork – var det vi kunne kalle en venstre-medikrat. Han var medisiner, eller «folkehelsemedisiner», og opptatt av at helsevesenet skulle reflektere innsikt i medisinens utviklingslogikk. Men han var også en radikal plantenker; en god del mer slik enn Evang hadde vært og langt mer enn Mork var. Han så hvordan medisinen ble spesialisert og at det krevde en stadig mer omfattende koordinerende innsats ovenfra; altså planstyre. Det bidro til det, så han, at den medisinske tilbudsutvikling, gitt mer eller mindre gratis tilgjengelighet, skapte behov for styring ovenfra, planbasert styring. Hans plan ble derfor en plan for en beregningsbasert nivådefinering av oppgaver – som primære, sekundære, tertiære etc. – og en, like beregningsbasert geografisk fordeling av oppgaver mellom ulike tjenesteytere (fra primærenheter til de ulike spesialistenheter). Han gav dog litt etter for politikkens legmannslogikk ved å si at fordelingen av f.eks. fødselstilbud, akuttilbud og ulike kirurgiske tilbud i noen grad kunne tilpasses landets vanskelige topografi. Planen impliserte, kan man si, den igjen beregningsbaserte («objektive») budsjettildeling som kom med rammefinansieringsordningen av sykehus fra 1980. (En slags rammefinansiering av kommunal virksomhet, inkludert den helsetjenesteytende, kom delvis fra 1986.) Asvalls plan impliserte det som skulle komme, med videre spesialisering, oppgavestandardisering og, ambisiøs koordinering, gjennom prosessorganisering (forløpsorganisering – og forløp som virtuelle samlebånd for tilstander), altså klinikkens tilpasning til den industrielle logikk.

Problemet med denne (elegante) planen var, som vi har påpekt i bind 1, at den forutsatte et sentralt, og samlende, medisinsk-økonomisk, eller økonomisk-medisinsk, fagstyre. Planen var et uttrykk for den internasjonale ledelsesrevolusjon som nå kom, men denne revolusjonen var legmannsstyrekritisk, altså demokratikritisk, særlig lokaldemokratikritisk. I Norge, og i noen grad i Norden ellers, spilte de lokaldemokratiske hensyn en rolle, endog en økende rolle på denne tiden. Asvall så det. Ja, han hadde, gjennom sin kontakt, bl.a. reisekontakt, med Sosialkomiteen tatt dette inn over seg. Han var derfor ikke så engstelig for legmannsstyret, heller ikke det lokale. Han hadde, sosialt dyktig som han var, erfart at han kunne «forføre» legmannspolitikere. Han, men formelt departement og regjering, foreslo derfor at de nye planstyringssubjekter skulle være kommunene (for primærhelsevesenet), fylkeskommunene (for det meste av spesialisthelsevesenet) og staten (for de øverste deler av spesialisthelsevesenet og ellers for planen som helhet). For Asvall var staten i praksis det «dobbeltstilte» – og medikratiske – Helsedirektoratet. Men hva styringssubjektene angikk, kom det altså til å svikte. Statssubjektet ble, som vi har sett, delt i 1983. Fylkeskommunene og kommunene ble langt mer legpolitisk aktive og planskeptiske enn «nr. 9» forutsatte. Med et svakt, øverste, styringshode, måtte det da gå forholdsvis galt for plantenkerne. Asvall satt i København og beklaget det som skjedde, særlig på statsnivå, men var ellers nå travelt opptatt

[809] Torbjørn Mork, «Faglig styring før og nå», *Jubileumsbok for Norsk Forening for Helsetjenesten*, sitert etter Morks manuskript av 11.9.87 (Helsetilsynets bibliotek, Mork-samlingen), s. 2.

av europeisk folkehelsepolitikk. Mork gjorde, som vi har sett, det han kunne for å hindre delingen av Helsedirektoratet. Han gjorde, som vi også har sett (i bind 1) det han kunne for å hindre lokaldemokratiseringen av helsestyret, særlig av styret av primærhelsevesenet. Han så selvsagt at demokratiseringstrykket – det hadde bygget seg opp siden midt i sekstiårene, som et uttrykk for tidens radikaliseringsbølge – var stort og for så vidt også at det hadde noe «legitimt» over seg, men han var først og fremst skeptisk. Hans skepsis reflekterte både tradisjonelle medikratiske hensyn og de nye, planbaserte hensyn. Den var således spenningsfylt, for planhensynene, som Asvall og med ham Mork hadde sett på som «faglige» (medikratiske), kunne vel så gjerne sees på som post-medikratiske.

Standardisering er en faglig-medisinsk kvalitetsprosess, men ettersom den kobles til prinsipper for prosessorganisering, og økonomiseringshensyn, blir den mer og mer en ledelsesprosess, vidt forstått. Det er det samme poenget ledelsesteoretikere fremmer når de sier at samlebåndet er en organiserings- eller ledelsesinnovasjon, ikke en teknisk innovasjon. Medisinere deltar altså i planarbeidet på et abstrakt nivå; ikke på et klinisk nivå. Deres bidrag er slik å redusere det rom for erfaringsbasert skjønnsutøvelse legene hadde under medikratiet – og som gav medikratiet et spesielt regimepreg. Det post-medikratiske regime har som implikasjon at det kliniske frihetsrommet skal begrenses og eventuelt elimineres. Når Mork slutter opp om LEON-tenkningen gir han støtte til den post-medikratiske logikk. Som vi har sett gjorde han det generelt i den artikkelen vi har sitert fra. I andre sammenhenger uttalte han seg kritisk om de store variasjonene i praksis og mente de burde reduseres gjennom øket bruk av sentrale retningslinjer. I et foredrag om spesialisthelsetjenesten rundt årsskiftet 1988–89 uttalte han således at «variasjonsbredden (i legelig praksis mellom leger, avdelinger, sykehus) er så stor at ikke alt kan være like optimalt». Han legger, en smule scientistisk, til: «En kan nesten få mistanke om at det er den norske folkekarakteren som her slår igjennom i den naturvitenskapelige oppdragelse legene har fått, det karaktertrekk ved nordmenn som Arne Garborg (1851–1924) gav uttrykk for da han sa at «i Noreg er det like mange meiningar som det er meinarar»».[810]

I det samme foredraget uttaler Mork seg om «LEONsk» funksjonsomfordeling på en måte også den neste generasjon av helseforvaltningsledere gjorde og gjør. Han sa f.eks.: «I mange tilfeller bør man seriøst vurdere å nedlegge akuttfunksjoner ved en del av de mindre sykehus, eventuelt gjøre sykehusene til fullverdige akuttstasjoner for primærhelsetjenestens legevakt, mens den sykehusmessige øyeblikkelige hjelp-beredskap overtas av de større institusjoner».[811]

Men Mork hadde antagelig ikke helt sett implikasjonene av den «industrielle» logikken. Han var også preget av mer klassisk medikratiske tanker. Det kom tydeligst frem i hans store Tromsø-foredrag i november 1977 – og som vi har omtalt utførlig i bind 1. Her sa han at han hadde gitt opp «myten om integreringens nødvendighet og velsignelse». «Jeg tror ikke at tiden er moden for integrering» (av helse-, sosial- og trygdetjenestene). Han reagerte både som en distriktslege, og på vegne av distriktslegene – og i opposisjon til sine foresatte, i eget parti. «Vi trenger», sa han «en praktisk, og jeg vil understreke ubyråkratisk administrasjonsmodell». Det var, mente han, den man hadde, med den statlig-medikratiske

[810] Sitert fra foredragsmanuskriptet «Nedskjæringer i institusjonshelsetjenesten – omfang og konsekvenser», s. 10. Det fremgår ikke av manuskriptet, som finnes i Helsetilsynets bibliotek, hvor og når foredraget ble holdt, men tallhenvisninger i manuskriptet tyder på at det ble holdt i 1989, trolig for en medisinsk forsamling.
[811] *Ibid*., s. 8.

distriktslegeordningen. Blant distriktslegene er det «utviklet en etatsfølelse». Distriktslegene føler, fortsatte han, et «ansvar for befolkningen innen sitt distrikt».[812]

I det samme foredraget understreket han, på både medikratisk og legmannsbasert grunnlag, også behovet for at de som stod praksis nærmest burde ha mer å si. Den teoribaserte ledelsesrevolusjonen han selv hadde fremmet gjennom å støtte utarbeidelsen av «nr. 9», den uttalte han seg tilsynelatende kritisk om: «Tiden er omme, også for streng ideologisk rettroenhet og teoretiske snurrepiperier på denne sektor…. Befolkningens og helsearbeidernes erfaring må være det grunnlag reformene skal bygge på. Vi må nemlig ha reformer med rot i norsk virkelighet».[813]

«Jeg må innrømme», sa Mork teoriskeptisk,

> *at jeg blir skremt når jeg opplever en del av den planleggingsentusiasme som finnes og som karakteriseres ved at man nesten får inntrykk av at planlegging er blitt et mål i seg selv. Man sitter alvorlig i møter og diskuterer planlegging av planleggingsprosessen, mens helsevesenet mange steder er i ferd med å bryte sammen.*

Men han hadde altså selv samtidig som sin viktigste medarbeider midt i 1970-årene kanskje den betydeligste planlegger norsk medisinal- og helsevesen har fostret, nemlig Jo Asvall. Asvalls plan, som altså Mork ikke hadde bidratt meget til, var et ekstra elegant uttrykk for den plantenkning og planstyring som nå fikk stadig større plass også i norsk helsevesen, og som var kjernen i ledelsesrevolusjonen. Ja, det er tvilsomt om noen senere generell norsk helseplan er av samme teoretiske format som Asvalls. Mork lot også Asvall «glippe av kroken» da ny medisinalråd skulle utnevnes etter Jon Bjørnsson i 1976–77 (kfr. bind 1).

I det ovennevnte foredraget fra 1989 om institusjonshelsevesenet uttrykker Mork bekymring for konsekvensen av effektiviseringsarbeidet i sykehus. Det gjør at pasienter må vente lenger på behandling og undertiden til at det går utover kvaliteten. Han kritiserer politikere, nasjonale som fylkeskommunale, for at de problemer som oppstår håndteres «over natten» – som budsjettkutt, stillingsreduksjoner, «alskens pakker» – og gjerne etter «innfallsmetoden».[814] Henvendt til sine kolleger, legene, sier han at kommentarer i Tidsskrift for Den norske lægeforening gjennom de siste ti år viser at legene har forsvart pasienter og kvalitet (mot myndighetene): «Det har vært en grunnleggende forutsetning i dette arbeidet at effektivitet ikke må skje på bekostning av kvalitet. Dette prinsipp er det vår oppgave som helsearbeidere å holde fast ved».[815] Han fremholder derfor at det er viktig at overlegen «leder an i dette arbeidet», ellers vil det «gå utover kvalitet og forsvarlighet i de tjenester avdelingen skal produsere». Hvis overlegene ikke tar dette ansvaret «viser erfaringen at personer med ikke medisinsk faglig bakgrunn tar ledelsen i dette arbeidet, noe som kan få meget uheldige følger for avdelingens funksjon og pasientenes sikkerhet». Hvis legene får spille en avgjørende rolle kan man i større grad fristille sykehusene «fra overordnet administrasjon og politiske nemnder, utvalg og styrer». Denne fremmedstyringen medfører «etter mitt syn.. en

[812] Torbjørn Mork, «Problemer omkring primærhelsetjenesten», foredrag ved Norske Kommuners Sentralforbunds konferanse om primærhelsetjenesten, Tromsø, november 1977. (Mork-samlingen i Helsetilsynet, nr. 5, 1977; men datert (renskrevet?) 17.2.78. Sitatene er fra sidene 9, 14 og 15.
[813] *Ibid.*, s. 17. Sitatet i avsnittet som følger er fra s. 14 i foredraget.
[814] «Nedskjæringer i institusjonshelsetjenesten..», *op. cit.*, s. 5 (håndskrevet del av manuskriptet).
[815] *Ibid*., s. 9.

dårligere ressursutnyttelse og en økende frustrasjon hos de medisinsk faglig ansvarlige». Han konkluderer med å si at

> *Vi (altså legene) kan undersøke og behandle flere pasienter poliklinisk dersom vi får utvide vår arbeidstid, men å holde lønnsbudsjettet går foran pasientenes beste…. Kort sagt; vi vet at vi kan hjelpe, men får ikke lov».*[816]

Mork eksponerer altså tydelige tradisjonelle medikratiske synspunkter her. Han appellerer til de kliniske leger, og assosierer seg i noen grad med dem. Han gjør det endog på en litt moraliserende og polemisk måte. Moraliseringen og polemikken er rettet mot politikere, som ikke bevilger nok, og heller ikke skjønner medisinens logikk (kfr. hans kritikk mot nedleggelsen av distriktshelsevesenet), og mot «byråkrater» og «planleggere», som ikke «forstår» klinikkens behov. Han inntar en paradoksal rolle, siden han arbeider på oppdrag av politikere og selv står i spissen for landets største og viktigste medisinalbyråkrati og helseplanleggingsetat. Paradoksene blir flere når man tar i betraktning at han, spesielt i talen om spesialisthelsevesenet, også *omfavner* det nye planstyret. Han ser nok imidlertid det nye planstyre som en moderne utgave av det gamle medikrati.

Med en så uavklaret forståelse av hva «faglig styre og ledelse» nå innebar, er det ikke så underlig at Mork ikke fikk spille noen offensiv og dynamisk helsepolitisk rolle. Man kan imidlertid si at i den grad han var en moderniseringsvennlig planstyrer, og dermed medikratiutfordrer, opptrådte han konsistent i sin skepsis til lokaldemokratiseringen: Den nye plantenkningen innebar jo i siste instans en sentral, retningslinjebasert, styring endog av klinisk praksis.

Hans sentraliseringsønsker ble imidlertid mere begrunnet sosialradikalt enn nyttestatlig og planstyringsorientert. Han fremholdt svært sterkt under dragkampen om distriktshelsevesenet hvordan det at vesenet var statlig gjorde at man kunne få til en forholdsvis geografisk lik fordeling av primærleger. Av de samme grunner, men også av sosialradikale grunner og kanskje til og med av planstyringsgrunner, så han også gjerne at spesialisthelsevesenet ble gjort statlig – som et mindretall i Eilertsen-utvalget (i 1987)[817] gikk inn for. I et foredrag om etikk som han holdt etter overgangen til 1990-årene kom han også inn på kravene om privatisering (av finansieringen), krav som kom med økende styrke i annen halvdel av 1980-årene. Han advarte sterkt mot privatisering, spesielt fordi en sådan «fremmer ulikhet» (TMs understrekning). Han siterer så, med tilslutning, Peter F. Hjort:[818]

> *..før har ingen våget å stå frem med filosofien «Jeg først!» Vi har ikke sneket i køer, iallfall ikke når noen ser det. Og vi har oppdratt våre barn til ikke å ta det største kakestykket. Privatiseringen snur opp ned på dette, for filosofien er nettopp «Jeg først!» Solidaritet, samhold, rettferd og likeverd kommer i annen rekke.*

Vi kan kanskje konstatere at Mork mot slutten av sin tid som helsedirektør fremstod med en mangfoldig styrings- og ledelsesprofil. Han hadde åpenbart ennå med seg en del av den tradisjonelle medikratiske kultur. Det kom mest offentlig til uttrykk i foredrag og i lederatikler

[816] *Ibid*., s. 13.

[817] NOU 1987: 25, *Sykehustjenester i Norge, Organisering og finansiering*

[818] Fra håndskrevet talemanuskript i Helsetilsynets Mork-samling. Manuskriptet har ingen tittel, men omhandler «etiske problemer» i helsevesenet. Det er trolig fra 1990 eller 1991. Sitatene er fra s. 7 og 8.

i det indre meddelelsesbladet i Helsedirektoratet, H.DIR intern melding (fra 1984), spesielt når han filosoferte over en del «nymotens» ideer om effektivisering og vitenskapeliggjort ledelse. Men han ville gjerne også være på parti med vitenskapen og dens styringsimplikasjoner, og talte derfor også tilsluttende om det som helt mot slutten av hans liv skulle bli kjent som evidensbasert medisin. Som vi har sett sa han jo i praksis ja til ledelsesrevolusjonens ideer om målstyring og virksomhetsplanlegging innad i Helsedirektoratet, men altså trolig uten noen dyp forståelse av hva disse ideene sprang ut av og impliserte. Antagelig var han mest engasjert av ideene om likhet og likeverd. Dem omfavnet han, intellektuelt, som abstrakte prinsipper og, emosjonelt, gjennom deres konkrete manifestasjoner. De spilte en stor rolle i hans kamp om abortloven (1978), om distriktshelsevesenet (1977–1984), om HIV/AIDS (særlig 1983–1988), om narkotika-politikken og endelig om tilynsvirksomheten (1986–1992). Hva tilsynet angikk, uttalte han således i en tale til landets assisterende fylkesleger den 2. september 1985 (i Oslo), altså et knapt år før han for alvor kom på kant med departementet om tilsyn: «Arbeidet for likhet og solidaritet er en del av det statlige tilsyns plikter».[819] Vi kan også her legge til noe vi har understreket tidligere, at Mork var, og forble, mer opptatt av hvordan tilsynsloven kunne brukes utjevnende og som bistand for «de svake» enn som kvalitetskontrollerende i juridisk forstand. Han var, og forble, som vi har vist, mer «vaktbikkje» på vegne av de svake enn profesjonell tilsynsutøver. Men likhetsideene preget ham ikke bare i disse kampsakene, de preget ham også i helsepolitikken generelt.

Torbjørn Mork var kanskje mer en ideolog og en kampens mann enn han var en analytisk planlegger, strategisk rådgiver og lydig iverksetter av maktens vilje. Med sin malmtunge røst, sin nesten yppersteprestlige fremtreden og sin moralsk myndige måte å argumentere på, var han slik en formidabel kraft. Og når det brygget opp til storm var det som om han fikk enda mer krefter. Han trivdes i kampen. Det var i den han levde og levde ut den han dypest sett var. Det var lett å se det. Norsk medisinalforvaltning har ikke hatt en slik medisinalsjef hverken før eller siden; nærmest kommer nok, som vi har nevnt, den han selv hadde størst sans for, Ludvig Dahl; vi skal komme tilbake til ham. Etter Mork var en medisinalsjef som han, og Dahl, knapt tenkelig. Med sin stil, og sin opposisjon til det meste av den helsepolitikk han skulle forvalte, var det heller ikke så underlig at han ble en stor utfordring for departementets ledelse.

At Torbjørn Mork på mange måter var en kampens mann, gjorde at han kom på kant med mange. Vi har sett hvordan han slik kom på kant med maktens menn i departementet, nesten helt fra starten av, og at det i perioder også skulle bringe ham på kant med de politiske ledere, medregnet Norges mektigste politiker i en god del av perioden fra 1979–80 og resten av hans tid, Gro Harlem Brundtland. Vi har også nevnt hvordan det gjorde at han fikk et anstrengt forhold til flere av de andre helseforvaltningslederne – formelt hans underordnede – som lederne for Statens institutt for folkehelse, Bodolf Hareide, Statens helseundersøkelser, Kjell Bjartveit, og Statens institutt for strålevern, Johan Baarli (særlig i forbindelse med Tsjernobyl-ulykken). Som nevnt fikk han mange av disse siste, og også mange av fylkeslegene, imot seg i Norbom-prosessene. En del leger, som bidro med viktige premisser til det regimemskifte som skjedde ved overgangen fra 1970- til 1980-årene, som Per Nyhus (statssekretær og viktig utredningsleder) og Hans Ånstad (overlege og spesiallege og en som gav viktige premisser til

[819] Torbjørn Mork, «Statlig tilsyn med helsetjenesten – helse for alle i år 2000», tale ved kurs for assisterende fylkesleger, Oslo, 2. september 1985, s. 6. Mork begrunner for så vidt sitt syn med henvisning til departementets egne uttalelser i forarbeidene til tilsynsloven, men gir det et mer markert og generelt verdimessig uttrykk enn det departementet hadde gjort.

kommunehelsevesensreformen), fikk han også et anstrengt forhold til. Han var fra tid til annen i disputt med enkeltpolitikere, særlig fra Kristelig Folkeparti, og med enkeltleger som så annerledes på hvordan noen helseutfordringer skulle behandles, i første rekke AIDS/HIV-epidemien. I bind 1 har vi nærmere omtalt den langvarige polemikk han hadde gående med en annen ordhag mann, biskop Per Lønning, over abortsaken. Disse polemikkene kostet, på begge sider. De tok tid, oppmerksomhet, følelser, krefter. Selv om Mork ikke utad viste at polemikkene kostet, er det liten tvil om at de gjorde det.

Det kan være et uttrykk for det at da sjefredaktøren i den kristelig-konservative avisen Dagen i Bergen, Finn Jarle Sæle (f. 1947), i en lederartikkel den 13. januar 1988 anklaget Mork for «embedsforsømmelse» i forbindelse med håndteringen av AIDS/HIV-saken, skrev han til Riksadvokaten og bad ham om å vurdere om det burde reises offentlig påtale mot redaktøren – for æreskrenkelse. Redaktøren hadde uttalt at Helsedirektøren, på grunn av sin holdning til epidemien, kunne «få hundrevis av liv på samvittigheten». Det kan ha bidratt til Helsedirektørens reaksjon at avisen baserte seg på de «alarmistiske» prognoser overlege på Ullevål sykehus, Magne K. Fagerhol (f. 1935) og andre AIDS-forskere hadde kommet med. Fagerhol, og flere som ham, ville sette i verk brede, til dels obligatoriske, testings- og isolasjonstiltak for å stanse epidemien, mens Mork ville ha samarbeid med dem som var utsatt eller rammet, nemlig mer begrenset testing (særlig av blodgivere) og tiltak for å få «utsatte grupper» til å praktisere en tryggere form for kjønnsliv. Fagerhol var én av dem Mork allerede var kommet på kant med. Riksadvokaten sendte saken til Bergen politikammer, som, sammen med Hordaland statsadvokatembete henla saken «som intet straffbart forhold».[820]

Mork forstod at hans piskesnert sved hos noen av dem som fikk føle den. Selv om dette var personer som satt i ledende posisjoner og måtte regne med å få slag, kom han undertiden til at han hadde gått for langt. Da kunne han beklage det han hadde sagt. Det skjedde for eksempel en gang med tidligere fylkeslege i Finnmark (1968–1978) Kolbjørn Øygard (1927–2014). Den kulturkonservative Øygard var kritisk til loven om svangerskapsavbrytelse fra 1975, en lov som åpnet for svangerskapsavbrudd på sosiale indikasjoner og kom på et fylkeslegemøte til å gi uttrykk for sitt syn. Han ble derfor av Helsedirektøren fratatt ansvaret for saker som berørte loven, men også refset på neste fylkeslegemøte. Ingen forsvarte Øygard på møtet, men etterpå gikk fire prominente medisinerprofessorer i forsvar for ham. Det var Peter F. Hjort, Per Sundby (1926–2016) og Knut Westlund (1923–2007). Øygard, som følte at han nesten var sagt opp, gikk av som fylkeslege og dro til sitt gamle hjemsted Sauda, der han ble verkslege. Det må imidlertid sies at Øygard ikke bare dro på grunn av kritikken fra Mork. Han og kona hadde tre foreldre som begynte å bli eldre. Endringene i helsevesenet, både innføringen av den «nye» fylkeskommunen fra 1976 og kommunehelsetjenesteloven fra 1984 hadde gjort helsevesenet langt mer tungvint, mente han – som Mork. Men mot slutten av livet bad Morks nestkommanderende, og snart etterfølger, Anne Alvik, på Morks vegne sin gamle kullkamerat fra legestudiet i Bergen om tilgivelse. Den høsten Mork døde (1992) ble fylkeslegeembedet i Finnmark ledig og det var vanskelig å finne en til å overta det. Anne Alvik henvendte seg da til Øygard, som nettopp var blitt pensjonist, men hadde barn og barnebarn nordpå. Kunne han tenke seg å dra nordover igjen? Han svarte at det kunne han gått tenke seg, men føyde til at

[820] Lederartikkelen i Dagen stod altså den 13. januar 1988 og hadde overskriften «Helsedirektørens embetsforsømmelse». Mork sendte sin anmeldelse den 19. januar 1988 (Helsedir., sak nr. 1233/88 V 2 RV/LF). Bergen politikammer fikk oversendt saken fra Riksadvokaten den 24. januar og sendte sin avgjørelse til Helsedirektøren den 2. november 1988. Politikammeret hadde gjort sin påtegning den 16. september og Hordaland statsdvokatembete den 26. oktober. Brevet fra Bergen politikammer er arkivstemplet i Helsedirektoratet den 30. november 1988 som sak nr. 23147.

«Torbjørn vil nok ikke ha meg». Alvik ringte samme kveld til Mork, som straks sa at han syntes det ville være strålende. Så dro Øygard tilbake til Finnmark og ble det ett år. Dette skjedde i desember 1992 og ble Øygards endelige oppreisning etter det som skjedde i 1970-årene. Den var viktig, for Øygard hadde gitt mange av sine beste år til Finnmark. Han hadde, før han ble fylkeslege, i nesten syv år vært distriktslege i Kautokeino (1958–1965), dog avbrutt av et år på London School of Hygiene and Tropical Medicine og et år som assistentlege i Helsedirektoratet.[821]

En av dem som hadde vært skarp mot Evang var Kristelig Folkepartis stortingsrepresentant (1973–1985) Odd With (1921–2006). I debatten om Reitgjerdet var With en av kritikerne av Mork. Han sendte etterpå et personlig brev til Mork hvor han gjorde nærmere rede for hva han mente. «Så langt skulle alt være klargjort», skriver han i et nytt brev (datert den 6. oktober 1980). Han fortsetter:

Min kristne samvittighet har allikevel sagt meg at dette ikke er nok. Saken har også en menneskelig side. Kritikk må en tåle, men den skal være saklig. Jeg er etter hvert blitt kjent med at jeg har såret Dem unødig ved den måte jeg uttrykte meg på. Dette beklager jeg meget.[822]

Mork satte pris på beklagelsen. Kanskje sa beklagelsen ham noe både om With og om han selv, og om hvor lett debattemperaturen kan bli så høy at den sårer.

Vi innledet det forrige avsnitt med et «kanskje». Mork er vanskelig å «fange» i en formel, selv en flerleddet sådan. Før vi forlater denne karakteristikken av ham, skal vi derfor ta med enda noen differensierende informasjoner.

Torbjørn Mork snakket ofte om «faglig» og om «faglig styring og ledelse.». Han forstod, som vi har sett, «faglig» vidt. I et foredrag om ungdomspsykiatri, holdt i april 1985, viser han hvordan «fagfolk» fikk forhindret at ungdomsomsorgen ikke ble for preget av kontrolltiltak: «Fagfolk var mer opptatt av behandling enn av kontroll og straff». Det var, nevner han også, fagfolk som fikk forhindret at den ungdomspsykiatriske klinikk som ble planlagt ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i begynnelsen av 1960-årene fikk gitter for vinduene. Men videre i foredraget peker han, sosialradikalt på, at fagmiljøene må passe seg så de ikke ender med å definere ungdommens «opprør» mot «våre verdier» som uttrykk for noe sykelig, og dermed noe som trenger å fjernes gjennom behandling – og ikke bli gjenstand for ekte samtale og diskusjon. Vi kan, sier han, «ufrivillig – begå alvorlige overgrep mot de unges integritet i behandlingens navn». Her er det sosialradikaleren som taler. Ja, her nærmer han seg endog det psykiatrikritiske.

Han kritiserer imidlertid, videre i foredraget, også dem som ikke vil se at avvikende adferd *kan* være uttrykk for noe patologisk, eller på annen måte uheldig. Han sier således at

[821] Opplysningene har vi fått gjennom samtaler med Kolbjørn Øygard, 3.8. 2009, Anne Alvik, 31.10. 2012 og Kjell Bjartveit 7.11. 2008. Vi skal legge til at da loven om selvbestemt abort kom i 1978, falt fylkeslegens rolle i abortsaker bort, og dermed også de problemer Øygard hadde hatt med den tidligere loven. Slik sett behøvde ikke Øygard ha forlatt Finnmark i 1978, men det som hadde skjedd var, som vi har nevnt, bare én av grunnene til at han dro fra Finnmark. Året i London, og i Helsedirektoratet, var uttrykk for at Evang og Helsedirektoratet satset på Øygard som kommende fylkeslege. Øygard var godt fornøyd med forholdet til Evang.
[822] Brevet finnes i Helsetilsynets arkiv (Riksarkivet), papirer etter Torbjørn Mork.

kriminologen Nils Christie (1928–2015), i boken «Den gode fiende»,[823] overser det. Christie, sier han, mener at kontroll med stoffmisbrukere i praksis innebærer å påføre ressurssvake mennesker «kontrollskader». Mork mener Christie ikke kan dokumentere noen kontrollskader, blant annet fordi han ikke har sammenlignet hva som skjer med de «ressurssvake grupper» under et helt liberalt regime. Christie vil avkriminalisere hasjishbruk, ha kontrollert salg av hasjish på apotek og tilby metadonbehandling for de mest stoffavhengige. Mork sier at disse forslagene «lanseres ut fra overordnete ideologiske målsetninger, mens vurderingene av forslagenes positive virkninger bare baseres på fromme ønsker». Faglige oppfatninger, sier han, «må» (TMs understrekning) «underbygges med dokumentasjon». Også fagfolk må, legger han til, kunne mene noe om hva som er «akseptabel livsstil for ungdom», men har også «en forpliktelse utover det, nemlig til ikke å la verdidebatten ta styringen, men pukke på krav til faglige begrunnelser og dokumentasjon av påstander».[824]

Vi tolker Mork slik i dette tilfelle at han forsøker å kombinere det medikratiske innen psykiatrien og omsorgen for rusavhengige med det sosialradikale: Han vil redde psykiatrien fra sosiologiens opphevelse av all faglighet på det psykiatriske område, men også redde sin sosialradikalisme fra en del psykiateres psyko-biologiske reduksjonisme. Det er en vanskelig balansegang, men i prinsippet mestrer han den. I den grad han gjør det, gir han også sin opptreden i Reitgjerdet-saken en slags rettferdiggjørelse. Der er allikevel spenninger tilbake i det morkske tanke- og handlesett. Av sitatene ovenfor fremstår det for eksempel som uklart når verdipremisser slutter å være faglige og blir «ideologiske». Når Mork uttaler seg normativt er det ikke alltid instrumentelt normativt. Ja, når han tar mest i, nemlig når han taler om de svake, altså mot de sterke, er det gjerne ekstra ekspressivt normativt: Han taler med hele seg, og om han enn var liten og tynn taler han da med stor gjennomslagskraft. Han gir aldri inntrykk av at han da taler som ideolog; hans verdier har, får man inntrykk av, noe faglig «naturlig» over seg. Han går ikke inn for «helse for alle» fordi WHO har sørget for at det er blitt en formell forpliktelse; for ham, som fagmann, er det en reell forpliktelse. «Utopien» «helse for alle (i år 2000)» er, det vil si var, viktig for ham fordi den representerte en «grunnleggende rettferdighet».[825] Hos Mork forble nok, kan man si, det normative og det faglige knyttet sammen på en måte som aldri helt tydelig ble avklaret.[826] Kanskje reflekterer det hans «venstremedikratiske» innstilling?

[823] Nils Christie og Kettil Bruun, *Den gode fiende; narkotikapolitikk i Norden*, Oslo: Universitetsforlaget 1985.

[824] Torbjørn Mork, «Ungdom i fokus: samfunn, verdier og behandling», foredrag ved samarbeidskonferanse for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og klinikker, april 1985. Sitatene er fra sidene 5, 10 og 14-15. Det bør nevnes at han mener det ikke bare er «radikalere» som Christie som «misbruker» narkotikasaken. Det gjelder også «konservative krefter», som bruker saken til et angrep på opprørsk ungdom. Han nevner som eksempel psykiateren, og den tidligere arbeiderpartistatssekretæren Per Nyhus (som han hadde vært på kant med i saken om distriktshelsevesenet): «Ett eksempel på dette (at systematisk innsamlede data oversees) er Per Nyhus' individorienterte, antifaglige og populistiske tilnærming til stoffmisbruksproblemet,..» (s. 14).

[825] Han uttrykker seg slik i tilsynsforedraget fra 1985, *op. cit.*, s. 10.

[826] I et foredrag kalt «Helsevesenet i støpeskjeen – privat eller offentlig ansvar?», som han holdt ved Trygdekontorenes landsforenings landsmøte i Trondheim 27. mai 1986, sier han at han skal belyse spørsmålet «fra mitt faglige utsiktspunkt» og vil derfor prøve å holde politiske vurderinger utenfor, selv om han innrømmer at «faglige spørsmål og helsepolitiske konsekvenser (er) så innvevet i hverandre at en klar grenseoppgang synes umulig». (Foredraget, s. 2.) Mot slutten av foredraget illustrerer han for så vidt sitt poeng når han sier: «Fjerner vi oss fra det likeverdsideal og den rettferdighetstradisjon som de siste tiår har ligget til grunn for vår helsepolitikk, vil det i seg selv ha helseskadelige konsekvenser» (s. 16).

Torbjørn Mork som akademiker, skribent og foredragsholder

Torbjørn Mork dro til London og London School of Hygiene and Tropical Medicine i 1958, fire år etter embedseksamen. I 1960 tok han, som vi har nevnt, doktorgraden der, på avhandlingen *A Comparative Study of Respiratory Disease in England & Wales and Norway*. Etterpå begynte han ved Kreftregisteret (avdelingslege, fra 1966 assisterende overlege), hvor han var til han ble statssekretær i 1971. Mork begynte altså sin karriere som forsker og epidemiolog. Han valgte slik, som vi har vist, straks bort klinikken og den personlige medisin. Som forsker valgte han også den mest «abstrakte» forskning; han ble epidemiolog. I løpet av årene 1959 til 1971 skrev han, foruten avhandlingen, syv vitenskapelige artikler alene og seks sammen med andre. Han skrev også noen faglige bidrag til andre publikasjoner (bl.a. WHO Working papers og festkriftet til Karl Evangs 60-årsdag (1962)) i denne tiden. Arbeidene handlet primært om lungesykedommers og kreftsyksdommers epidemiologi, men han skrev også noen artikler om metodologiske spørsmål, det vil si, om bruken av spørreskjemaer og intervjuer i epidemiologiske undersøkelser.

Mork kunne siden fra tid til annen referere til sin fortid som epidemiolog, men brukte som helsedirektør bare sporadisk sitt gamle fag aktivt i den helsepolitiske, eller endog mer helsefaglige, debatt. Han brukte kanskje særlig sin bakgrunn som epidemiolog i sine bestrebelser på å gi det forebyggende og helsefremmende arbeid større oppmerksomhet. Han ble imidlertid ikke, som mange av dem som representerte «The New Public Health» fra midt i 1970-årene, klinikkskeptiker. Han fulgte like interessert med i basalforskningens utvikling, i de kliniske muligheter den åpnet og i utviklingen av medisinsk teknologi og klinisk forskning. Han var, som vi har sett, godt orientert om psykiatriens utvikling, men også svært opptatt av farmakologiens ditto. Det er et uttrykk for hans vedvarende interesse for vitenskapene og deres utvikling at han i nesten to tiår var et aktivt medlem av Norges allmennvitenskapelige forskningsråds Råd for medisinsk forskning. Han var også med på å utvikle helsetjenesteforskningen i Norge og på å gi den medisinske etikk større plass som fag og som helsepolitisk premissgiver.

Men alt dette sa seg i grunnen selv. Han var jo stadig preget av den medikratiske kultur. Han henviste titt og ofte til «faglige hensyn» og «faglig styring og ledelse». Han kunne ikke gjøre det uten å ta sitt fag, meget vidt forstått, alvorlig. Slik sett lignet han på Karl Evang. Det spørs imidlertid om han ikke var enda mer opptatt av faget og fagligheten enn Evang. Evang forble en folkehelsemann, en folkehelsespesialist. Ja, Evang hadde nesten litt komplekser overfor den avanserte klinikk og dens representanter. Mork ble aldri noen ren, eller stor, folkehelsemann, som sin forgjenger. Han gav for eksempel aldri noe dyptpløyende bidrag til den «vanskelige» diskusjon om hva «samfunnsmedisin», som faget etter hvert ble kalt, er. Etter at distriktslegevesenet var avviklet og dermed distriktslegerollen som en kombinert hygieniker- (prekliniker-) og klinikerrolle var «demontert», var det behov for å avklare den offentlige leges rolle. Men Mork sa ikke meget av betydning om det. Det er neppe heller tilfeldig at det ikke ble noe av den utfordringen han fikk fra Universitetet i Tromsø i august 1986. Professor Dag Thelle, en av skaperne av det som skulle bli mastergradsstudiet i folkehelsevitenskap ved Universitetet i Tromsø, tok kontakt med Mork i begynnelsen av august og luftet der for ham tanken om å komme til Tromsø for en periode. Mork ble overrasket over henvendelsen, men viste en viss interesse for tanken. Thelle fulgte derfor initiativet opp med et formelt brev den 25. august. Han skriver i sitt brev at Morks interesse var blitt «mottatt med stor glede i Tromsø». Thelle sa at han derfor hadde et forslag han bad Helsedirektøren overveie nøye: «Vi har et fullt ledig professorat i epidemiologi, og jeg ønsker

å be Universitetsstyret kalle deg til dette professoratet, noe de helt sikkert vil være mer enn villige til dersom du har lyst til å komme nordover».[827] Men Mork var for engasjert av det som skjedde i Helsedirektoratet til å kunne ta f.eks. et år i Tromsø (som Thelle nevnte som en mulighet). Morks rolle som epidemiolog var dessuten ikke hva den hadde vært. Selv om han, som NAVF-rollen viser, var engasjert over en svært bred medisinsk front var han nå mer en utøvende direktør enn en tenksom forsker. I et portrettintervju med Dagbladets Gøril Wiker forteller han at han liker å lese, helst historie og biografier, men «sper på» med romaner og lyrikk. «Faglitteratur er min dårlige samvittighet».[828]

Torbjørn Mork var, så vidt vi kan forstå, den første medisinal- eller helsedirektør som hadde doktorgraden. Han var også en av de mest utpreget akademiske av disse direktørene. Han hadde nok imidlertid mer «hierarkiske» enn akademiske ambisjoner, og etter at han ble helsedirektør publiserte han ikke mer som forsker. Han fortsatte imidlertid å være skriftlig aktiv. Han skrev artikler som hadde både et helsefaglig og helsepolitisk preg i de norske helsefaggruppers tidsskrifter – som i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *Den norske tannlegeforenings Tidende*, *Sykepleien*, *Sosialt forum/sosialt arbeid*, *Norsk farmaceutisk tidsskrift*, *Tidsskrift for jordmødre* og *Helsetjenesten/Medisinsk teknikk*. Han holdt også, som vi har vært inne på, et stort antall foredrag. Foredragene var som regel grundig forberedt, av ham selv. Han brukte ikke medarbeidere i direktoratet til å skrive taler for seg og knapt til å gjøre forarbeidet til dem. Han gjorde det meste selv. Aller best er han når han har gjort historiske undersøkelser før han har skrevet en artikkel eller en tale. Historisk interessert som han også var, er han opptatt av å sette dagens utfordringer inn i en lengre sammenheng. Han holdt flere taler der han reflekterer over helseforvaltningens, eller det offentlige medisinalvesens, utvikling – tilbake til tidlig moderne tid, altså til 1500- og 1600-årene, skjønt særlig 1700-årene. Han reflekterte også ved noen anledninger over medisinal- og helsedirektørembedets utvikling. Som vi har nevnt er det når han gjør det han særlig viser sin begeistring for den første egentlige medisinaldirektør, psykiateren Ludvig Wilhelm Dahl (direktør 1875–1890).[829]

I sine historiske betraktninger er Mork svært påvirket av Lægeforeningens første, og viktigste, generalsekretær, Rasmus Hansson (1859–1934), som i 1930, seks år etter at han var gått av, skrev to lengre beretninger om medisinalforvaltningens utvikling. Han omtalte her også Dahl, i stor grad basert på opplysninger han hadde fått av Dahls medarbeidere og bekjente. Hansson omtalte Dahl på en måte som Mork gjerne hadde sett seg selv bli omtalt på:

> *Han var … en karakter, en myndig herre, som ikke fulgte akkordens ånd. Når han nøie hadde veiet argumentene for og imot en sak, svinget han ikke som et vaggende rør for*

[827] Brev fra Dag Thelle til Torbjørn Mork, datert 25. august 1986. Helsedirektoratets fjernarkiv 003.20. TM.
[828] Gøril Wiker, helsides "Ærlig talt"-intervju med Torbjørn Mork 28. januar 1989, s. 23.

[829] Vi har i bind 1 (s. 139-140) nevnt det foredrag, eller den institusjonshistoriske artikkel, Mork holdt, eller skrev, formodentlig rundt 1983 (delingen) og hvor han, til dels nokså detaljert forteller historien om embedet som statens overlege for psykiatri – «det tapte embete». Embedet kom i 1919 og ble ett av flere institusjonelle embeder for en avgrenset del av helsevesenet, som tuberkulose og hygiene. Før delingen, mer formelt fra 1972, forsvant egentlig de institusjonelle titlene, men innehaverne av dem fortsatte til dels å bruke dem frem til 1983. Titlene ble gjort om til overlege i Helsedirektoratet, ikke «for» en bestemt del av helsevesenet. Slik ble innehaverne plassert mer formelt hierarkisk under Helsedirektøren. Mork viser imidlertid med sitt foredrag/sin artikkel at han hadde sans for det medikratiet de gamle titlene var et uttrykk for.

tidens vind, når saken skulle gjennemføres. Han brydde sig ikke om å veire efter hvad der på høiere sted i departementet «formentes» å være det eneste rette.[830]

Hansson nevner også en historie en departementsmann, rystet, hadde fortalt ham 10 år etter at det hadde skjedd. Dahl hadde gitt denne påtegning på en leges ansøkning om en distriktslegestilling: «Jeg vet, at mannen drikker. Må ikke ansettes som distriktslæge. Dahl» Hansson, som var avholdsmann, forstod Dahl godt. Det gjorde siden også Mork, som ved flere anledninger refererte historien.

Det er neppe tilfeldig at Mork brukte Hansson i sin historiefortolkning og, så vidt vi kan se, aldri Evang. Han hadde respekt for Evang, bidro til festskriftet til Evang på dennes 60-årsdag (1962), og sa han i sin oppvekst hadde Evang som sitt ideal,[831] men var nokså forskjellig fra Evang, om de enn begge var en slags medikrater. Som vi har nevnt, han la Evang som modell bak seg forholdsvis raskt etter 1972. Dahl la han aldri bak seg.

Mork holdt forholdsvis mange foredrag. I Mork-samlingen i Helsetilsynets bibliotek er det ført opp 53 foredrag for den første perioden (til og med 1983), 49 for den andre, men oversikten er slett ikke fullstendig. Når man ser hvor meget personlig arbeid Mork la i forberedelsene av ganske mange av sine foredrag, og hvor lange en del av dem er, er det åpenbart at han har brukt svært mye tid på å forberede dem. Det gjorde ikke utarbeidelsen mindre tidkrevende at han ofte skrev manuskriptene for hånd, med rød tusjpenn, i første omgang. Han forfattet best, og mest personlig, slik. Fru (Trude) Simers fikk sørge for maskinskrivingen, i én eller flere omganger, og gjorde alltid det.

Mork skrev også mange avisinnlegg. Han måtte stadig oppklare et eller annet, eller «sette noen på plass». Også disse innlegg skrev han alltid selv. Av spissheten kunne man raskt se at innleggene kom direkte fra Helsedirektørens hånd. Han kunne være nådeløst sarkastisk, overfor dem som representerte makt av et eller annet slag. Som vi har sett, av og til kunne han selv etterpå spørre seg om han hadde vært for skarp. Det skjedde imidlertid neppe ofte. Han satte imidlertid aldri «vanlige» mennesker på plass.

Mork opptrådte ofte i radio og fjernsyn. Som regel gjorde han det som fagmann, men stilte også opp i saker som for ham ikke bare var enkle og behagelige. Det gjaldt på slutten av hans første periode Reitgjerdet-saken. I den annen periode gjaldt det blant annet Tsjernobylulykken og i forlengelsen av den det høye becquerelle-innhold som ble påvist hos reinsdyr, særlig i Nord-Norge, og den nye røykeloven av 1988. Når det gjaldt den siste har vi sett at Helsesdirektøren, dagen etter at statsråd Tove Strand Gerhardsens lovforslag var passert statsråd og sendt til Stortinget, stilte opp i VG (19.12. 1987), over midtsidene, med «røykekollegene» Kari Simonsen, Reiulf Steen og Alf Nordhus, og erklærte «Frels oss ikke med makt!» Lovforslaget, som innebar at røyking ikke lenger skulle tillates på offentlig sted, ble vedtatt den 6. mai 1988. I tilknytning til stortingsbehandlingen ble lovforslaget behandlet i fjernsynet i «Fredagsforum». Til å diskutere forslaget var den ansvarlige statsråd, Tove Strand Gerhardsen, samt Helsedirektøren, høyesterettsadvokat Alf Nordhus og pater Arild Pollestad (f. 1949), invitert. Programmet var illustrert med røykende personer utenfor NRK-

[830] Rasmus Hansson, «Norges civile medisinalvesen – dets historie», del 2, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1930, s. 1424. Også sitatet i neste avsnitt er fra denne siden i artikelen.

[831] I intervjuet med Gøril Wiker i Dagbladet (op. cit.) svarte han slik på spørsmålet «Hvem var din ungdoms ideal?»: «Karl Evang, fordi han var en lege som også engasjerte seg i samfunnet, var uredd og stod på de svakes side».

resepsjonen, på gaten, på kontoret og andre steder. Det ble også vist bilder fra den nye røykeavdelingen i NRK-kantinen. Det var utfordrende for en helsedirektør og argumentere imot en politikk hans statsråd følte slik for, spesielt når hans både veltalende og spissttalende bekjente, Alf Nordhus, også deltok. Men Mork mestret slike situasjoner godt, og gjorde det også denne gang.

Lørdag den 17. august 1991, to dager før offentliggjørelsen av Norboms «grønne bok», var Mork lørdagsgjest i Dagsrevyen. I innslaget heter det først at Helsedirektøren har fått beskjed om han er overflødig. Han presenteres sittende på en benk i parken. Han synger en strofe av «Til lags åt alle …». Han leker litt med Pan, sin hund. Så presenteres han på vei til kontoret, kjørende selv. Så er han på kontoret og intervjues om de siste ukers hendelser. Han legger vekt på hvor sterkt samholdet i direktoratet er, altså hvor stor støtte han har. Så vises han på vei til lunch. Han stopper et øyeblikk foran tavlen med avisoppslag om «Norbom-striden». Han vil ikke si noe om direktoratets skjebne. Så vises et «Lørdan»-klipp av Trond Kirkvaag, som Mork, som orienterer om lystgass. Hele innslaget, på fire minutter og 13 sekunder, avsluttes med at samtalen med Mork fortsetter litt. Mork får, passende, frem at han «trives i godt selskap og lystig lag».

Torbjørn Mork var i sitt ess. Stort bedre reklame for seg, og sin sak, kunne han knapt fått. Tidspunktet var jo også ideelt, for ham.

Vi har nevnt det ovenfor: Morks foredrag og taler var særpregede og ypperstеprestlige. Men skulle de bli det måtte han lage dem selv, «fra bunnen av». På mange måter var det først og fremst slik, som taler, mer eller mindre refsende, at han markerte seg som helsedirektør – og fikk tilhørere og andre enten begeistret med seg eller forarget mot seg. Torbjørn Mork var først og fremst en (stor) kunstner på avstand, når han selv hadde full kontroll. På nært hold var han, som vi snart skal komme tilbake til, for de fleste ikke noen utpreget kunstner, bortsett fra i lystig lag. Han kunne ta ut sitt virkelig personlige engasjement som en refsende «Brand». Han kunne ikke gjøre det i mer personlige sammenhenger, iallfall ikke overfor så mange og spesielt ikke før i sin siste periode. Han kunne, som vi har sett, bli en samfunnslege, men ingen personlig lege.

Torbjørn Mork som daglig leder av Helsedirektoratet

Dypest sett reflekterer en leders ledelse hans eller hennes psykologi. Torbjørn Mork var, som vi har vist, en person som nølte med å åpne seg. Han nølte ikke fordi han var hard og kynisk, men fordi han, innerst inne, var myk og følsom. Men han hadde også i seg den ambisiøse, robuste legning. Det var den som kom til uttrykk i hans stil som leder, innad som utad. Men utad kom også, på et vis, den myke siden i ham frem, nemlig i hans utrettelige innsats, til dels gjennom strid, for dem som hadde klart seg mindre godt i et samfunn som i stigende grad krevde av borgerne at de var herrer og damer i eget hus. Men å vise sin følsomhet slik kostet ham ikke så meget: Harme er en følelse det ikke er så vanskelig å vise for menn som skal være sterke. Blant menn har jo ofte harme og sinne ikke blitt sett på som følelser.

Innad i direktoratet var det slik den «tekniske» lederstilen, i dens hierarkiske utforming, som preget ham. Den ledelsesrevolusjon, som hadde startet i hele vesten i 1970-årene, altså da han ble helsedirektør, og som fikk tyngde fra 1980-årene, passet ham derfor. Han godtok av den

grunn straks tankene i «Den nye staten» og dens konkretisering gjennom virksomhetsplanleggingen. Omorganiseringen i 1988–89 er delvis en del av denne nye ledelsen. Som vi har sett deltok han ikke aktivt styrende hverken i omorganiseringen eller innføringen av virksomhetsplanlegging. Han var mer opptatt av dragkampen med departementet, kampene utad og, ikke minst, arbeidet i Verdens helseorganisasjon. Det var Anne Alvik som spilte den offensive rollen innad, både i omorganiserings- og virksomhetsplanleggingsprosessen.[832] Mork ble aldri «fanget» av ledelse som fag. Når han brukte ordene fag og faglig var det i betydningen medisinsk, både klinisk-medisinsk og miljø- og samfunnsmedisinsk. Som vi har sett kunne han av og til skrive, og tale, ironisk om sider ved den nye ledelsesfaglighet. For ham, som for Evang, var den nesten en slags Keiserens nye klær. Derfor ble det ikke han som egentlig innførte den nye ledelse i Helsedirektoratet. Men fordi den i stor grad passet ham, godtok han den uten videre. Pådriverne innad var i større grad medisinalråden, yngre entusiaster i Administrasjonsavdelingen, som Runar Carlsen, i en tidlig fase, Bjørg Månum Andersson og etter hvert Helge Høifødt, og, men i varierende grad, avdelingsdirektørene, spesielt Jørgen Jonsbu.

I den grad Mork hadde et mer aktivt forhold til ledelse var det til ledelse som et personlig kall. Han tilhørte, kan man si, den skolen som så på ledelse som noe som burde utøves av store personligheter, som Ludvig Dahl, og, på et vis, Karl Evang. Han så seg litt som en av de tradisjonelle riksdirektørene og likte, som vi har nevnt, å omtale seg selv i tredje person, altså som Helsedirektøren. Vi har også sett at han i Norbom-prosessene kunne henvise til at han, som institusjonell direktør, var tillagt beslutningsmyndighet gjennom en rekke lover.

Mork var først og fremst en riksdirektør utad. Han var det nok også innad, men bare et stykke på vei. Han ledet direksjonsmøtene med myndighet. Ja, han var til dels autoritær, særlig i første periode. Han fikk slik i begrenset grad istand en grundig dialog i direksjonsmøtene. Da Asplan analyse våren 1988 ble engasjert til å drive et lederutviklingsprogram i direktoratet pekte en av konsulentene, Gro Johnsrud, som vi har nevnt, på at han ved så raskt å eksponere sine preferanser hindret at det ble noen reell meningsutveksling på ledermøtene. Han ble rådet til å vente litt før han viste sine kort, og tok, i noen grad, rådet til seg. Men det var vanskelig for ham virkelig å endre stil, verbalt og legemlig. Den tynne, lille mannen – og han ble, gradvis både tynnere og mindre, ettersom sykdommen brøt ham ned – tok fortsatt stor plass. Han fylte rommet med sitt nærvær, til sin siste dag.

Men om han preget direksjonsmøtene utfordret han heller ikke avdelingsdirektørene. På den måten var han som en tradisjonell administrerende overlege – som koordinerte aktiviteten avdelingene imellom, men ikke grep inn i de enkelte overlegers avdelingsledelse. Det var jo de som satt med den faglige autoritet (over sine spesialer). Slik fungerte, som vi har påpekt i bind 1, i stor grad også Evang overfor sine overleger. Men her kom noe til for Mork. Han nølte også av andre grunner med å gripe inn i avdelingsdirektørenes avdelingsledelse, særlig

[832] Etter at uroen de første par årene etter delingen i noen grad hadde lagt seg tok Anne Alvik, som vi har nevnt, initiativ til et møte med departementet for å be om at et det måtte utnevnes et utvalg, for eksempel ledet av Rasjonaliseringsdirektoratets direktør, Inger Louise Valle, for igjen å se på organisasjonsspørsmålet. Det var jo unektelig noe som «haltet». Statsråd Gerhardsen og departementsråd Norbom mente det ikke var tid til det nå. Resultatet ble at direktoratet bad om selv å få sett på sin egen organisering, og fikk lov til det. Alvik sier: «Det var jeg som tok initiativet, for hans tanker var beskjeftiget med WHO og slikt. Jeg sa da at det nå var gått noen år siden delingen og omorganiseringen av direktoratet og at vi kanskje burde se på den interne organisering igjen. Vi ser at noe kunne vært organisert annerledes. Da startet vi på reorganiseringen som startet i 89.» (Fra samtale med Anne Alvik 24.11.08.)

gjaldt det de mest etablerte legenes, og overapoteker Bjørn Jøldals, ledelse. Særlig nølte han med å gripe inn i deres personlige måte å lede på. Det ble for intimt for ham.

Hans institusjonelle måte å lede på gjorde at direksjonsmøtene ikke ble virkelig aktive ideverksteder. Mye av ideutviklingen kom heller til å skje i mindre, mer uformelle fôra: Han, medisinalråden og spesialrådgiveren (Knut Munch-Søegaard) satte seg gjerne ned for å drøfte en eller flere saker; det var lett for dem å få det til, siden de hadde felles forværelse og kontor nær hverandre, og dessuten gjerne spiste lunch sammen. Der var også et slags mønster i saksbehandlingen de tre imellom. Munch-Søegaard så gjerne på sakene først, så gikk de til Alvik og endelig til Mork, men ofte stoppet de hos Alvik, som de fleste klagesaker. Noen saker kunne gå rett til Mork, hvis de ikke inneholdt jus. De fleste store saker drøftet de sammen.[833]

Også med de andre avdelingsdirektørene, og særlig Bjørn Jøldal, kunne Mork ha mer uformelle møter. Jøldal kom gjerne oppom Mork om morgenen for en start-på-dagen-prat. Slik bidro de begge litt til å løse opp direksjonen som felles lederforum, dog uten å reflektere over at det var de gjorde. Legemiddelpolitikken ble på denne måten forvaltet nesten som en autonom ressort, av Mork og Jøldal. Jøldal var i noen grad det vi kunne kalle en farmakokrat. Han beskyttet det privat-profesjonelle apotekerstyret av apotekene, et styre som i viktige henseender var forankret i direktoratets legemiddelavdeling, og som det var økende skepsis til i det helsefagstyrekritiske departementet, og for så vidt også i Finansdepartementet (og Prisdirektoratet). Jøldal søkte i 1990, som 58-åring, den ledige stillingen som apoteker ved Sandvika apotek, fikk den, og tiltrådte i mars 1991, nesten på tampen av det gamle apotekerregime.[834] Da dette regime for alvor begynte å rakne i annen halvdel av nittiårene kunne for øvrig de apotekere, Jøldal medregnet, som satt som sådanne, selge «sine» apotek, ofte til en god pris.

Mork kunne også føre denne direkte, og litt uformelle, ledelsen enda lenger, nemlig ned til saksbehandlende medarbeidere. Var det saker han var ekstra opptatt av, som HIV/AIDS-saken, og de som arbeidet med saken tenkte og mente som ham, skjedde det. Da kunne han til dels lede saksbehandlerne direkte, altså «utenom» avdelingsdirektøren. Men da gjorde han det først og fremst på en direkte, oppmuntrende og støttende måte; han var jo helt på linje med dem. Således syntes han det var en god ide å engasjere det som etter hvert skulle bli kalt sexarbeidere på timebasis, for å drive HIV-forebyggende arbeid blant kolleger i Oslo. To ble engasjert, for ti timer pr. uke. Med sine holdninger inspirerte han saksbehandlerne, men fikk like meget selv energi. Også på denne måten ledet han på en tradisjonell måte, om enn for radikale formål. For dem som arbeidet med HIV-spørsmål (i den såkalte AIDS-enheten), ledet (fra 1987 til 1990) av spesiallege Svein-Erik Ekeid (f. 1941), var den ellers travle Mork alltid tilgjengelig.[835]

---

[833] Vi baserer oss her på samtaler med flere av Morks medarbeidere i hans andre (men til dels også første) periode, men i første rekke Anne Alvik (24.11.08) og Bjørn Jøldal (15.10.08).

[834] Det var en uformell regel i direktoratet om at ingen ble utnevnt til apoteker etter fylte 60 år. Jøldal søkte slik apotekerstillingen i siste liten, men nok også fordi han nå syntes det var blitt mer utrivelig i direktoratet. Norbom-prosessene forstyrret for en fagorientert avdelingsdirektør. (Samtale 15.10.08.) Men mer var, som vi har nevnt mer utrivelig: Det kollegiale apotekerstyre var siden midten av 1980-årene kommet under økende kritikk fra både Sosialdepartementet og Finansdepartementet (Prisdirektoratet). Kfr. Olav Hamran, «Et lite, korrupt gammelt vesen – apotekene og apotekloven av 2001», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, b. 131, nr. 13/14, 2011, s. 1311–1315, og Anne Alvik, «Korrupt offentlig saksbehandling?», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, b. 131, nr. 20, 2011, s. 1986–1987.

[835] Enheten, som delvis var en fortsettelse av sekretariatet i Sentralrådet for narkotikaspørsmål, hadde en større grad av selvstendighet enn (de fleste) andre deler av direktoratet, blant annet fordi det hadde en egen, stor, post

Som vi har sett var det noe ved den moderne, konsernaktige målstyringen som tiltalte ham. Den kunne se ut til å styrke lederens posisjon. Den gjorde også det, men mer i en formalisert forstand enn i den tradisjonelle forstand, hvor lederen kunne eksponere seg som person og slippe til sine idiosynkrasier. Det er uklart om Mork så denne distinksjonen. Han kan ha ant den, men så også attraktive muligheter i den nye lederrollen. Han ble, som vi har sett, fristet av tanken på å få en egen direktørstab. Men han ble stanset, av sine ansatte og deres organisasjoner. Med sin radikale profil kunne han ikke utfordre dem. Etter medikratiets forvitring var både de andre faggruppene (enn legene) og fagorganisasjonene (deres) blitt mer selvhevdende. Det skjedde en tydelig endring i så henseende fra hans første til han andre periode. Det skjedde også en utvikling i løpet av hans andre periode. Etter 1986–1987 ble organisasjonene svært sterke. Mot slutten av perioden ble han dessuten mer og mer avhengig av deres helhjertede oppslutning om ham – i striden med Norbom og departementet.

Den tradisjonelle, patriarkalske lederstilen krevde at sjefen var tilstede, altså var en sosialt aktiv leder. De gamle overleger bodde nærmest på sin avdeling. Samtidig opprettholdt de en avstand til sine underordnede. De slapp dem sjelden personlig innpå seg. De passet også på, til stadighet, å gjøre noe som understreket og befestet deres suverenitet. I sosiologien (etologien) om aper taler man om at den dominerende han nokså regelmessig foretar såkalte imponeringsløp. Vi har i bind 1 pekt på hvordan Evang brukte sine legeluncher til ulike typer imponeringsløp, til dels på en måte som minnet om de gamle overlegers visitter. Mork hadde ingen slik arena for imponerings- og hierarkikonsolideringsløp. Legemøtene var for lengst en saga blott, og hverken direksjonsmøtene (onsdag formiddag) eller de mer uformelle ledermøtene mandag morgen egnet seg for det. Det lå imidlertid heller ikke for Mork å foreta imponeringsløp her, om han enn dominerte møtene. Det var først mot slutten av sin tid som helsedirektør at de almene stabsmøter kom til; de gjorde det, som vi har sett, som et internt svar på truslene fra Norbom & Co. Men disse møtene ble mer en fellesskapsarena enn en arena hvor Mork kunne utfolde seg. Gamle dagers overleger var seg bevisst sin status og posisjon, og den ærefrykt den var innhyllet i, og beveget seg derfor gjerne rundt på avdelingen med en suffisant apparisjon. Deres sosiale adferd ble ofte ulike varianter av imponeringsløpet. Mork forsøkte aldri å imponere på denne måten. Han var selvsagt, som uutfordret sjef, svært synlig, men det var nesten som om han led under å bli iakttatt. Derfor iakttok han også i minst mulig grad selv. Han gikk gjerne med blikket nedslått, som om han var redd for å møte andres blikk. Han fant således, nesten snikende, sin plass ved lunchbordet, sammen med «Munch'en» og Anne Alvik.

Moderne sosial ledelse av den mer kunstneriske type er preget av at lederen eksponerer seg, og gjør det på en nesten jovial, og i alle fall hierarkinedtonende, måte. Mork klarte ikke å være en sosial leder hverken på den gamle eller den nye «kunstneriske» måten. Hans genanse, som igjen kanskje reflekterte hans redsel for å slippe det helt private for meget til, gjorde at han ikke klarte det. Men han hadde allikevel en «gammeldags» utstråling, og fikk slik en autoritet som om han hadde ledet mer sosialt aktivt. Han bygget opp denne utstråling mer gjennom sin ytre opptreden, sine kamper og sine moralske «tordentaler». Hans forsiktige sosiale ledelse innad hadde som sitt motstykke en kraftfull sosial «veiledning» utad. Innad ble, og forble han, nærmest en «teknisk» preget leder. Han ledet gjennom møter, formelle

på statsbudsjettet. AIDS-enheten var formelt knyttet til Forebyggelsesavdelingen. Vi har fått opplysninger om enheten fra Anne-Lise Middelthon (samtale 12.01.12), som arbeidet i enheten fra 1988, og som hadde vært engasjert i sekretariatet for Sentralrådet for narkotikaspørsmål siden 1980. Kfr. også intervju med Svein-Erik Ekeid: Kari Tveito, «Et fargerikt fyrtårn», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, b. 126, nr. 23, 2006, s. 3150–3151.

beslutninger og papirer, skjønt med noen unntagelser. Som vi har sett: en del av hans ledelse ble halvt uformell, og til dels personlig. Den ble det for så vidt også i økende grad. Det skyldtes tidsånden, men også at han gradvis ble en person som sakte, men sikkert, våget å søke litt mer nærhet. Det skyldtes ikke minst noen kvinner, Wenche Margrethe Myhre, hans samboer, Anne Alvik, hans nestkommanderende, og Elisabeth Mork, hans (lege)datter. De var og er alle sterke personligheter. De var alle forsiktige, og ville ikke dytte for tydelig, men de virket også alle intenst på ham. Han tok seg deres «råd» ad notam, om enn bare skritt for skritt og bare i en grad som passet ham. Han kunne ikke for tydelig bli en «annen». Han måtte forbli også den han hadde vært, eller var blitt. Han kunne utvikle seg, ikke endre seg.

Mork var altså, har vi hevdet, engstelig for å åpne seg for sin egen følsomhet. Gjorde han det risikerte han, trodde han, at han mistet den rasjonelle kontroll over seg selv, og for den ambisiøse Mork var det stadig utålelig. Etter hvert var denne frykten altså stivnet til genanse, og det i den grad at alle hans medarbeidere la merke til den. Det var kanskje den personlige egenskapen ved ham hans medarbeidere fra årene i Helsedirektoratet oftest, og gjerne først, nevnte, når de ble bedt om å karakterisere ham personlig. Det var et tydelig uttrykk for denne genansen at han i så liten grad vandret i gangene i direktoratet, sjelden stoppet opp for å slå av en prat og foretrakk den «lukkede» lunchen med Munch-Søegaard og Alvik. Det var nok også et indirekte uttrykk for det at han likte så godt å vandre andre steder: Han var stadig på reise, og hadde særlig sans for turene til WHO og Geneve, men reiste også mye i eget land – han sa, som vi har sett, ja til mange forespørsler om å holde foredrag. Han la også stor vekt på sin virksomhet i forskningsrådet, og for så vidt på sine ulike institusjonelle verv.

Genansen gjorde at han holdt avstand til personalpolitikken, spesielt den mer krevende del av den, den som angikk enkeltpersoner. Han ville heller være «utenriksminister» enn «innenriksminister». Han foretrakk den tradisjonelle mannsrollen og overlot «kvinnerollen» til Anne Alvik. Hun tok den gjerne. Det betød at det var hun som måtte ta alle de «vanskelige» samtalene, som når kritikk måtte gies, ikkeforfremmelser måtte begrunnes eller forflytnings- eller avskjedssaker skulle håndteres. Mork kunne utfordre på distanse, når de «store» verdier var «i spill». Han kunne det ikke når distansen ble liten. Anne Alvik tok *alle* slike saker, mener hun når hun ser tilbake på deres profesjonelle samliv.

Vi har tidligere nevnt at Mork også kunne være sosial, ja, svært sosial. Når han var på møter med overnatting, for eksempel til fylkeslegemøter, var han nesten alltid en av de siste i seng. På fylkeslegemøtene i annen halvdel av 1980-årene, var han, som vi har nevnt, mer enn gjerne med på de nachspiel en del av fylkeslegene inviterte til. Under disse var han i sitt sosiale ess, men var også alltid klar tidlig neste morgen – til forhandlingene. Vi har ovenfor nevnt at også på det sagnomsuste Staur-møtet slo Mork seg løs om aftenen; Norbom gjorde det ikke. Men denne sosiale åpenheten var av en ufarlig karakter for ham. Den var forbundet med gode historier, ufarlige utfordringer og fleip og med mye latter. Den var, for ham, bare bekreftende. Den ble ekstra bekreftende siden han mestret den så suverent.

Hva så med nærheten til de to andre på toppen? Den var potensielt mer skummel. De tre kunne ikke unngå å måtte ta opp krevende forhold og risikere å bli uenige. Munch-Søegaard var fem år eldre enn Mork, og hadde allerede av Evang vært lært opp til å være Helsedirektørens «lovråd». Den rollen fortsatte han å spille under Mork. Han var alltid lojal overfor sin sjef, også da striden med departementet var på det hardeste. Mork lot ham også, og like meget i gavnet som i navnet, få fortsette i sin gamle rolle som ekspedisjonssjef, selv om embedet etter delingen i 1983 ble omdøpt til spesialrådgiver. Og som vi vi har sett, da departementet i forbindelse med etableringen av helserettsavdelingen i 1989 antydet at

Munch-Søegaard kunne overta som leder for avdelingen, satte Mork bestemt ned foten. Mork trengte aldri være engstelig for hvor han hadde Munch-Søegaard, eller at denne på noen som helst måte skulle være indiskret. Munch-Søegaard ble også viktigere for Mork enn han hadde vært for Evang. Jusen hadde nå større tyngde; det bidro noe til det. Men vel så viktig var det at Mork hadde større faglig sans for jusen enn det Evang hadde. Much-Søegaard ble i noen grad Morks juridiske manuduktør. Men forholdet dem imellom forble saklig og profesjonelt, aldri egentlig personlig.

Anne Alvik var hans faglige kollega, om enn mer en generell samfunsmedisiner enn han. Mork forble mer av en epidemiolog. Men Anne Alvik holdt ikke på samme måte personlig distanse til ham som Knut Munch-Søegaard gjorde. Hun var opptatt av at Mork skulle tilpasse seg tiden og bli en mer demokratisk og mer nær leder. Det var således, som vi har sett, hun som drev de indre «moderniseringsprosjektene», også det konsulentpregede lederutviklingsprosjektet. Hun var, som nevnt, innenriksminister, men fikk også i noen grad trukket ham med i den nye, mer åpne og personlige, personalpolitikken. Hun dyttet, og dyttet og gjorde slik gradvis en mykere linje til offisiell personalledelse i direktoratet. Hun fikk ham (og noen andre) også til å slutte å røke på møtene; det skjedde nokså raskt etter at hun ble medisinalråd (våren 1985). Hun dyttet også på ham for at han skulle fjerne restene av medikratiet, som legenes tradisjonelle, men ikke tydelig formaliserte, adgang til å bruke en dag i uken på faglig oppdatering, det vil si lønnet praksis et annet sted (ofte som bedriftslege). Han nølte med formelt å fjerne ordningene – det ville jo innebåret at han måtte ha intervenert overfor enkeltpersoner, blant annet en av (de tidligere) overlegene og noen fylkesleger – men han lot dem «dø hen». Hjemme satt Wenche Margrethe Myhre og applauderte Anne Alviks «dytting». Hun gjorde det imidlertid mer stilltiende enn talende; hun ville ikke blande seg inn i hans profesjonelle gjerning. Men hun syntes han var en litt for autoritær, og litt for legeorientert, helsedirektør, så at Anne Alvik, hans kvinnelige «formiddagspartner», forsøkte å myke ham opp, satte hun pris på. Og Anne Alvik fikk lov til å spille denne rollen. Hun fikk det fordi hun gjorde det med takt og en lojalitet han aldri kom til å betvile. Da departementet ville forsøke å myke opp forholdet til direktoratet i «knirkeperioden» ved å gå via Alvik (hun og Norbom skulle møtes) oppdaget det snart at det substansielt ikke var så stor forskjell på helsedirektør og medisinalråd. Og i den siste store striden stod Anne Alvik helt ved Torbjørn Morks side. Hun gjorde det til dels med en skarphet som overrasket mange. Denne skarpheten skulle for øvrig også komme til syne da hun selv ble helsedirektør. At hun stilte seg bak Mork i striden med departementet, fikk betydning for mange departementsfolks syn på henne, også etter at hun hadde etterfulgt Mork som helsedirektør.

Helsedirektørens timeplan

Et blikk på Torbjørn Morks timeplan tre vanlige arbeidsuker, gir ytterligere innblikk i hans arbeidshverdag. Studentene ved Senter for helseadministrasjon fikk treffe Mork til et åpent spørsmål-og-svar-seminar fra høsten 1986 til og med høsten 1991. Senteret hadde gjort avtale om å treffe ham også høsten 1992, den 22. oktober, men han døde seks dager før møtet skulle finne sted, nemlig den 16. oktober.

I oktober 1986, 1987 og 1988 skrev han en uke timedagbok for Senterets studenter, for å forberede dem på seminaret. Dagbøkene er nokså utførlige og gir et godt inntrykk av hans arbeidsdag, arbeidsstil – og litt til. Vi skal se litt på hva de viste.

Generelt er dagbøkene uttrykk både for regelmessig og hvor hektisk hans arbeidshverdag var. Han kom tidlig, og nesten alltid til omtrent det samme tidspunkt, når han var i Oslo – mellom 0720 og 0740. Hvis han var i byen og hadde en normal dag dro nesten alltid hjem til middag rundt eller noe etter klokken 1600. En dag dro han hjem først klokken 17, og noterer: «Hjem til sen middag». Middagen hadde en nesten hellig status for ham og hans samboer. På «vanlige» dager arbeidet han nesten alltid litt etter at middagen, eventuelt også en middagshvil og en tur med Pan, bikkja, var unnagjort. Ofte så han også på Dagsrevyen. Den 20.10.86 skriver han: «Avsluttet ved skrivebordet kl. 2145. Dagen etter står det: «Ferdig kl. 2135». Torsdag den 23. heter det: «Gir meg kl. 2140». Dagboken for mandag den 19. oktober 1988 avslutter slik: «Ferdig kl. 2245». Dagen etter avslutter han kl. 2150, og onsdag kl. 2230 (på hotell). For torsdag i samme uke står det: ««Skummer» et par artikler og gir meg kl. 2200». Som regel arbeidet han også litt lørdag og søndag, spesielt lørdag. Lørdager ankom han gjerne kontoret rundt eller litt etter 10 og satt til kl. 14, av og til til kl. 15. Søndager arbeider han bare hjemme og som regel først utpå ettermiddagen eller kvelden, eller han gjør seg klar til reise.

Også selve arbeidsdagen hadde et tydelig mønster. Han startet den med litt rask avislesning og gjennomgåelse av dagens program. Så fulgte ofte et lite møte med medisinalråden, eller med legemiddelsjefen, Bjørn Jøldal, før han tok for seg morgenposten. Så fulgte enkeltsaker av mange slag, som ulike typer møter, telefoner og forskjellige former for saksforberedelse. Formiddagsmaten tok han fra ca. kl. 1130, av og til litt før, av og til litt senere, på «vanlige dager» nesten alltid med medisinalråd og ekspedisjonssjef. Måltidet var nesten alltid kombinert med diskusjon av arbeidsoppgaver. Han gjorde praktisk talt alltid måltidsmøtet unna på en halv time. Utover ettermiddagen tok han for seg ettermiddagsposten og signerte utgående post. Ellers arbeidet han med ulike enkeltsaker, møter i eller utenfor huset, tok telefoner – ofte «oppsamlede» sådanne, drøftet enkeltsaker med medarbeidere, forberedte møter og leste sakspapirer. Ikke så sjelden tok han mot slutten av dagen en tur innom biblioteket, for å samle stoff til artikler og foredrag.

Onsdag kl. 0830 var det direksjonsmøte. Det varte gjerne et par timer. De mer uformelle mandagsledermøtene kom først istand etter omorganiseringen i 1989.

Mork hadde altså nokså tettpakkede dager. Bortsett fra direksjonsmøtene, og noen andre møter utenfor huset, brukte han kort tid på nesten alle sine oppgaver, også på lunchen. Han tok seg aldri tid til å «slure», eller tenke sakte. Han kunne lest avisene om morgenen på en litt mer avslappet og reflekterende måte, men han måtte bare blade raskt igjennom dem. Han kunne også ha fordypet seg mer i litteraturen i biblioteket, og skrevet sine artikler og foredrag i flere runder. Han kunne latt lunchen blitt mer av en fristund og refleksjonstid. Han måtte imidlertid være effektiv, rask. Det var alltid oppgaver som ventet. Han kunne ikke «spise» av ettermiddagen. Han måtte være ferdig til omtrent fire. Dette arbeids- og til dels livsmønsteret var for lengst blitt vane, rutine, tradisjon og, også, identitet. Det var det nok fra starten av, men ble det for alvor fra 1977–78, etter at han hadde funnet sin helsedirektørstil og falt til ro privat. Hans genanse bidro til at stilen ble som den ble; han inviterte ikke til «langsom prat». Han var saklig formålsrettet.

Timeplanen viser litt mer. Selv om Mork var genert, var han også åpen og tilgjengelig, ja, påfallende sådan. Han var således alltid åpen for massemediene. Mandag den 20. oktober i 1986 noterer han klokken 1535: «Telefon fra avis i Bergen vedr. tiltaksgrenser i sauekjøtt etter det radioaktive nedfallet»; det gjaldt ettervirkningene av Tsjernobyl-ulykken, en ulykke som nesten var blitt en liten ulykke for ham også et halvt år tidligere. Søndag den 25. oktober

skriver han: «Kl. 1725 Telefon fra Dagsrevyen som ber om kommentar til akupunktur på bakgrunn av en aktuell reportasje. Etter å ha «knurret» litt på telefonen om at dette kunne da ikke være en hastesak på en søndag, kjører jeg opp til Fjernsynhuset for intervju. Kanskje jeg tøyer informasjonsplikten noe for langt?» Her føyer han til, og viser også slik sin åpenhet og tilgjengelighet: «Hjemme igjen tar jeg fatt på maskinskrivingen av ukens «dagbok», og resultatet er det dere [studenter] nå har lest».

Torbjørn Mork var også åpen for helt andre. Tirsdag den 21. oktober 1986 skriver han, og nå er han hjemme: «1750 Tlf fra psykiatrisk pasient som telefonerer med 3–4 dagers intervall, noe han har gjort de siste 10–12 år. Vennlig i alle sine vrangforestillinger». Dagen etter står det: «1405 Dikterer svar på noen «personlige» brev fra WHO samt fra noen temmelig ulykkelige enkeltpersoner». Fredag 30. september 1988 står det: «1205 Diktering av en del svarbrev på personlige henvendelser av forskjellig art». Senere samme dag heter det: «1605 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 mot til å ta rikstelefon for å fortelle hvilken ulykke jeg var for fedrelandet».

Det var også uttrykk for åpenhet at han, hvert år fra 1986 sa ja, og uten å nøle, til å møte studentene ved Senter for helseadministrasjon og bruke hele formiddagen på dem – og avslutte med å spise lunch med dem, og å forberede dem ved tre år på rad å skrive nokså detaljert dagbok. Seansen var også utfordrende: Den ble jo også en delvis offentlig refleksjon over den rollen han spilte og måten han spilte den på. Etter at han selv hadde åpnet med å redegjøre litt for direktoratet og dets rolle i helsepolitikken foregikk resten av seminaret som en utspørring av ham, en utspørring som til dels var nærgående. Seminaret ble avsluttet med at Senterets leder, denne beretnings forfatter, summerte opp samtalen, og til dels gjorde det på en utfordrende måte.

Oppdraget får sin brå avslutning: Torbjørn Mork dør

Som vi har nevnt, skrev Torbjørn Mork doktoravhandling ved London School of Hygiene and Tropical Medicine om den kronisk obstruktive lungesykdoms epidemiologi, altså den lidelse som gradvis skulle bryte ned hans egen helse. I avhandlingen skriver han endog om hvordan denne sykdommen gjerne utvikler seg. Den beskrivelsen er, som vi har nevnt, en beskrivelse av det som skulle bli hans egen lidelseshistorie. Mange så jo at hans helse begynte å svikte, og var oppgitt over at han fortsatte å røke. Men heller ikke hans nærmeste sa, eller maste, så mye. Han viste med sitt kroppsspråk at han ikke ønsket livsstilsråd eller medisinsk oppmerksomhet, heller ikke fra sine nærmeste. Men han forsøkte, iallfall fra midt i 1970-årene, å slutte å røke, som vi har nevnt. Han klarte det ikke; han hadde alltid en pakke Teddy eller Prince i nærheten. Det hjalp heller ikke at hans samboer siden midt i 1970-årene, Wenche Margrethe Myhre også røkte, og røkte meget. Ei heller hjalp det at han ble utsatt for moralisering fra andre: Han mislikte, som vi har sett, livsstilsmoralisering, så moraliseringen virket, om noe, mot sin hensikt. Mot slutten av livet gikk han over til sigarillos. Han kunne, mente han, klare seg med én pr. dag, så overgangen kunne kanskje begrense hans røking. Men etter hvert ble det mer enn én, så virkningen var nok ikke så stor. Til slutt klarte han imidlertid å slutte, men da var det altfor sent. Han hadde bare halvannen eller to uker igjen å leve.

De to siste årene han levde, men særlig det drøye siste året han levde, altså året som fulgte etter offentliggjøringen av Den grønne bok, var han synlig plaget av pustebesvær. Han kunne etter hvert knapt gå i trapper og det var vanskelig for ham å snakke mens han spaserte. Han måtte bruke halsmusklene og brystkassen for å få luft i lungene. Han var innhul og grå i ansiktet. Den lille, slanke mannen, ble enda slankere. Han så syk ut, og var svært syk. På slutten av Morks liv var Diakonhjemmets sjeflege, Dagfinn Gedde-Dahl (1937–2016), på et møte i Helsedirektoratet. Morks nestkommanderende, Anne Alvik, tok da Helsedirektørens helsetilstand opp med sin kullkammerat. Gedde-Dahl sa han skulle sørge for at en lungelege på Diakonhjemmet kunne undersøke Mork. Alvik snakket så med Mork, som gikk med på å la seg undersøke, men understreket at han ikke ville snike i køen. Hun var bestemt: –Torbjørn, du har ikke en alveol å miste**.**

Torbjørn Mork (1928–1992)**:** Torbjørn Mork endret stil etter en fire-fem år som helsedirektør. På det eldste bildet, tatt i 1975 (46 år), fremtrer han som dynamisk-asketisk, nesten evangsk, og ungdommelig. På det neste bilde, tatt ti år senere, i 1985, da han nettopp var fylt 57 år, fremstår han som moden, og kulturradikal. Det siste bildet er tatt 3. mars 1992. Det er bare vel tre måneder igjen før avgjørelsen av hva som skal skje med Helsedirektoratet skal falle i Odelstinget. Helsedirektøren hadde ikke mange krefter igjen nå, som bildet viser, men det han hadde av krefter, og de var nok mer åndelige enn fysiske, mobiliserte han. (Foto: Fra venstre Foto: Rolf M. Aagaard / Aftenposten, Bjørn Sigurdsøn / NTB, Harald Henden / VG)

Men inntil dette tidspunkt hadde han ikke latt sykdommen få prege ham subjektivt. Han hadde heller ikke omtalt den ikke som emfysem, eller noe KOLS-aktig. Han hadde omtalte den som asthma og allergi. Disse lidelsene var nok en del av problemet, for han fikk det ekstra vanskelig i pollensesongen, ikke minst når han var på hytta; han holdt seg inne. Men hans merkelappsbruk var også en del av en kamuflasjestrategi, kanskje også overfor ham selv.

Torbjørn Mork klaget aldri over helsen, og brukte den nødig som unnskyldning for noe. Han forble seg selv til det siste. Han gikk helt opp i sitt arbeid, og tillot seg hverken å ta det med ro når han merket at kreftene begynte å svikte, eller å la seg sykemelde. Han var først og fremst en offentlig person. Han var Helsedirektøren. Han var det på mange måter også privat. Han snakket ikke om hvordan det stod til med ham, utover det mer konkrete og umiddelbare. Han talte slett ikke om døden, med noen, ei heller med med sine nærmeste. Kanskje talte han ikke engang med seg selv om den? Han planla således ikke hva som skulle skje når han døde. Han undertrykket i den grad alle tanker om døden at han kanskje trodde den lå et godt stykke inn i fremtiden. Ble han dårlig trodde han det var noe som gikk over. Men nå, i forbindelse med undersøkelsen på Diakonhjemmet, skjønte han at det var mer alvorlig, selv om han ikke direkte sa det til noen. Tre dager før han døde snakket datteren, Elisabeth Mork, med sin far

på telefonen fra Finnmark. Da syntes hun, sier hun, at han hørtes engstelig ut. Han følte seg, som han sa, «ikke helt på høyden».

Torbjørn Morks siste år ble arbeidsmessig det mest krevende han hadde, men han var knapt inne på tanken å gi seg, eller søke en eller annen form for kompromiss i den dramatiske dragkampen med departementet. Dog kom han i denne tiden utslitt hjem hver dag. Han hadde tatt ut alt i løpet av arbeidsdagen.[836] Men han sa altså ikke så mye om sin tilstand. Han kunne ikke slippe «private» følelser av oppgitthet til.

Det vedtaket Stortinget fattet tidlig på morgenen den 15. juni 1992 oppfattet han som en seier, men først og fremst som en lettelse. Han triumferte ikke, for han skjønte også at stortingsflertallet hadde fattet et vedtak som ikke var en fortsettelse av status quo. Nå stod store utfordringer for døren, men han gikk løs på dem nesten som om han skulle være nyansatt. Vi har redegjort for dette tidligere. Her er poenget å vise hvordan hans liv, til det aller siste, var oppdragets liv.

Han satte altså oppdraget, oppdraget som landets helsegeneral, først. Tanken på å gi seg, eller ta det mer med ro, av hensyn til sin egen helse, var han knapt inne på, før de siste par ukene. Han sa, som vi har nevnt, lite om hvordan han hadde det, endog til sine nærmeste, og han søkte ikke trøst. På et vis var det kanskje ekstra vanskelig å gjøre det nå, når han var så sårbar. Datteren, Elisabeth, som var i legepraksis i Finnmark da faren døde forteller:

> *Han var jo så sjuk at jeg tenkte hver gang jeg så ham at nå er det siste gang jeg ser han. Jeg sa at jeg var engstelig, men han ville ikke jeg skulle engste meg. -Jeg passer på meg selv, sa han. -Han ville ikke at jeg skulle være bekymret.*[837]

Wenche Margrethe Myhre fikk, som vi har sagt, åpnet opp sin mann litt. Hun gjorde ham mykere, men det var først og fremst privat. Han ble mer sosial, og fikk en annen og videre omgangskrets. Han ble flink til å lage mat. Men eksistensielt åpnet han seg bare i beskjeden grad. Ble hun «for nærgående» ble han taus, som han også ble det når barna ble «for nærgående». Hans samboer forsøkte også å åpne ham litt opp i profesjonell sammenheng, men til beskjeden nytte. Dog ble han under striden med departementet iallfall litt mer en nærværende leder. Som vi har nevnt var samboeren kritisk til hans opptreden i Reitgjerde-saken. Blant annet kritiserte hun ham for å si til journalister som spurte om han sov godt nå, at det gjorde han. Hun sa da at «det er jo ikke det de spør om»; «de spør om du tar det inn over deg». Men han svarte henne bare, som sant var, at han jo sov godt.

Undersøkelsen på Diakonhjemmet – den skjedde to uker før han døde, viste at hans tilstand var alvorlig. Han ble fortalt det, ble sykemeldt og sluttet å røke. Det var litt sent, men et uttrykk for at han var blitt skremt. Datteren fikk se lungebildene etter at han var død. «Jeg ble sjokkert», sier hun. Da han kom til poliklinisk konsultasjon etter undersøkelsene ble han ikke innlagt. Selv stusset han over det, forteller hans samboer i dag, men han gjorde intet for å påvirke beslutningen. Kanskje ønsket han egentlig heller ikke å bli lagt inn, som Anne Alvik tror? Han så imidlertid nokså oppgitt ut da han satt på sengekanten hjemme, tungpusten, gusten og blek og med hovne ben, forteller samboeren. Han fikk medikamentell behandling, en behandling Anne Alvik mente var adekvat, som situasjonen var. Men nå var det ikke så meget å gjøre, uten at han selv eller hans samboer kanskje hadde tatt det inn over seg.

[836] Opplyst av Elisabeth Mork (28.11.08) og Wenche Margrethe Myhre (23.03.09).
[837] E. Mork, 28.11.08. Også de følgende opplysninger fra henne har vi fått i denne samtalen.

Meningen var at Mork skulle tilbake på arbeid kommende mandag. I telefonsamtaler med medarbeidere i Helsedirektoratet, senest torsdag med informasjonssjef Helge Iversen[838] gav han uttrykk for utålmodighet etter å komme i arbeid igjen.

Torsdag aften hadde Torbjørn Mork og hans samboer besøk av psykologen Anne Skard (f. 1945), en god venninne av paret. Mork hadde hygget seg og vært i godt humør. Fredag morgen forlot Wenche Margrethe Myhre leiligheten i Thomas Heftyes gate for å gå på arbeid. Torbjørn Mork satt da ved sitt skrivebord, med en kopp kaffe og noen brødskiver. Pan lå ved siden av ham. Han kom ikke så langt i måltidet før hjertet sluttet å slå. Døden kom nok uten at han fikk noe forvarsel. Ikke så lenge etter at han døde kom en vaskehjelp paret hadde. Hun ringte straks samboeren. Da samboeren kom hjem var kaffen fortsatt ikke kjølnet.

Torbjørn Mork døde altså om morgenen fredag den 16. oktober 1992, vel en måned før han skulle ha fylt 64 år (17. november). I Helsedirektoratet ble det holdt minnestund i kantinen klokken 12. I massemediene ble dødsfallet et hovedoppslag, i etermediene og Aftenposten aften fredag, i de øvrige papirmedier dagen etterpå. Helseminister Werner Christie sendte ut en pressemelding på dødsdagen.[839] Christie omtalte Mork som «et rikt og allsidig begavet menneske med et meget bredt og dypt samfunnsmessig engasjement». Han trakk frem hans store faglige oversikt, hans rettferdighetssans og hans bidrag til fremme av helse for alle, særlig gjennom Verdens helseorganisasjon. Christie avsluttet med å si at Mork var preget av «stor arbeidskapasitet og en sterk pliktfølelse». Også de tidligere sosialministrene Leif Arne Heløe (Dagbladet) og Tove Veierød (VG) uttalte seg anerkjennende om sin tidligere helsedirektør.

Der kom kondolansehilsener fra fjern og nær, blant annet fra de andre nordiske medisinalsjefer, internasjonale helseledere, blant annet i WHO, andre norske og nordiske forvaltningsledere, fra hele det norske helsemiljø og fra andre som hadde hatt med Mork å gjøre, blant annet fra det medisinske forskningsmiljø. I Aftenposten skrev både Anne Alvik, hans nærmeste medarbeider siden 1985, og representanter for de ansatte i Helsedirektoratet, nekrologer. Anne Alvik begynte slik: «Ennå er det uvirkelig og uforståelig for oss. Og samtidig føler vi dyp sorg og et inderlig savn». Hun skriver videre blant annet:

> *Torbjørn Mork sto urokkelig, om det blåste bris, storm eller orkan rundt oss. Mange av oss fikk anledning til å bli bedre kjent med Torbjørn også som medmenneske, og noen av oss fikk det store privilegium å kunne kalle ham venn. Bak det litt sjenerte og knappe førsteinntrykket oppdaget vi, i tillegg til hans solide faglige kunnskaper, en kulturpersonlighet av rang, vel bevandret i historie, religion, litteratur og musikk.*

Etter å ha sagt mer om ham som offentlig person og leder, legger hun til at det

> *mest av alt er **vennen** Torbjørn som skaper savnet, men også de beste minnene. Den varmhjertede, følsomme vennen som viste sine venner full lojalitet, som var flinkere til å gi omtanke og omsorg enn til å ta imot omsorg fra oss.*[840]

[838] Intervju med Dagbladet 17.10. 1992 (s. 5).

[839] Pressemelding fra Sosialdepartementet, nr. 71, 16.10.92.

[840] Nekrolog i Aftenposten 21.10. 1992, s. 11.

De ansattes representanter, Martin Bjerke, Jo Kittelsen, Anne-Lise Middelthon, Elin Sæther og Anne Louise Valle, skrev blant annet (19.10.) at Mork «var en kilde til inspirasjon, og det ble en utfordring og motivasjon i seg selv å holde mål for hans faglig kritiske og kloke blikk». I mange lokale aviser skrev fylkesleger og andre minneord over Helsedirektøren. I Hamar Arbeiderblad skrev fylkeslege Hans Petter Schjønsby og hans forgjenger Gustav Vig (1916–1997) (20.10.) at «Mork var vestlending, litt på ondt og mest på godt; en god forteller preget av store litterære kunnskaper og et lyrisk talent og interesse». De føyet til at «han var seg bevisst sine røtter». Hans tidligere meget engasjerte avdelingsdirektør, kampfelle i den nylig avsluttede «forvaltningsstriden», og høyremann Christian Erlandsen skrev i samme avis (20.10), og i kongsvingeravisen Glåmdalen (19.10.) blant annet: «I min lange fartstid som lege har jeg ikke truffet maken til kollega». Tidligere stadsfysikus i hovedstaden, Fredrik Mellbye, skrev i sitt minneord i Tidsskrift for Den norske lægeforening at Mork «stod på vårt fags og vårt yrkes beste».[841] Under overskriften «Den siste helsegeneral» skriver tidligere sjefredaktør, nå redaktør, i Bergens Tidende, stilisten Kjartan Rødland, den 17. oktober (s. 8) at «Karl Evangs røst er forstummet, Torbjørn Morks egenartede konsonanter lyder ikke lenger. Den blir savnet, hvor besværlige de enn var». Flere av hans medarbeidere, blant annet Anne Louise Valle (Dagbladet), Martin Bjerke (Dagbladet) og Kari Sønderland (VG), uttalte seg i varme ordelag til avisene om sin avdøde sjef. En av dem han ofte var i strid med, administrerende overlege ved Statens helseundersøkelser, Kjell Bjartveit, sendte et håndskrevet, varmt kondolansebrev til Anne Alvik (datert 20.10.). Til VG (17.10.) uttalte han: Mork «imponerte meg med sin store hjelpsomhet og menneskelige varme. Han gjorde mer enn det man kunne forlange av ham».

Mens Wenche Margrethe Myhre holdt på med å organisere bisettelsen ringte Ivar Eskeland (1927–2005): «Jeg går ut fra at du ikke skal ha prest, så jeg melder meg. Jeg kan holde talen i bisettelsen». Det var ikke så underlig at Ivar Eskeland tilbød seg å holde en slik tale. Eskeland var blitt en god venn. Mork ble kjent med stordbuen, litteraten og kåsøren gjennom sin samboer. De hadde mye privat samkvem. Mork besøkte også Eskeland på Stord; de prøvde der endog fiskelykken sammen, uten at Mork var eller ble noen stor fisker.

Men Wenche Margrethe Myhre svarte: «Nei, du, Torbjørn ville ha Jacob Jervell (1925–2014). Og de to var nær, eller, han følte seg så nær ham, på det faglige».[842]

Mork hadde, som nevnt, ikke sagt noe om hvordan han ville ha bisettelsen, når den tid kom. Wenche Margrethe Myhre sier idag:

> *Nei, vi snakket aldri om begravelse eller bisettelse eller… Ingen ting sånt. Nei, vi var ikke der. Kanskje vi begge lukket øynene for noe da? Det er jo sånn som skjer. Jeg var helt uforberedt til tross for at jeg var så forberedt som jeg kunne være. Og han var vel noe av det samme.*
> Spørsmål: -Dere stakk vel begge hodet i sanden?
> *Ja, jeg tror det, begge to.*

[841] Tidsskrift for Den norske lægeforening, bind 112, nr. 26, 1992, s. 3363-3364.
[842] Wenche Margrethe Myhre, samtale 23.03. 2009. Også de øvrige opplysningene hun har gitt og som vi bruker i denne delen ble gitt i denne samtalen.

Hun var allikevel ikke i tvil om at han ville ha en kirkelig bisettelse. Som han hadde talt om teologiprofessor Jacob Jervell, var hun heller ikke i tvil om at det var ham hun burde spørre om å forrette ved bisettelsen. Wenche Margrethe Myhre hadde for lengst meldt seg ut av statskirken, men for Torbjørn Mork var det uaktuelt å gjøre det. Han hadde vokst opp i et kristent hjem, skjønt i så henseende mest preget av moren. Foreldrenes oppvekstmiljø på Jæren, et miljø han ble svært knyttet til, var kanskje enda mer preget av den kristne legmannskultur. Datteren, Elisabeth Mork, sier: «Far meldte seg ikke ut av statskirken. Han var nok litt opptatt av det religiøse».[843] Anne Alvik, som selv vokste opp i et kristent hjem, er mer eksplisitt: «Jeg opplevde jo at han hadde sin barnetro».[844]

Bisettelsen fant sted i Frogner kirke onsdag den 21. oktober. Kirken var fullsatt. Kirken var full av blomster og kranser. Der var musikk av Grieg. Og som Wenche Margrethe Myhre hadde ønsket, professor Jacob Jervell forrettet.

Dette var hva han sa:

Torbjørn Mork fikk bare 63 år. Det var egentlig mange flere, fordi der var flere livsverk i de 63 årene. Hvert år utgjorde mange. Men det ble bare 63 fordi han hadde brukt opp hele sitt liv og gitt det for dette samfunnet. Der var ikke mer igjen. Livsverkene hans har den store spennvidde fra Aust-Agder sykehus, internasjonal helsevirksomhet, politisk liv, statssekretær, kulturliv, faglig virksomhet, etikk og forskning. Dette vil bli omtalt mange andre steder. Vi er her for noe mer og større, nemlig for å ta avskjed med mennesket bak verket, som vi alle har vært berørt av. Derfor er et helt samfunn samlet omkring denne båre.

Torbjørn Mork hadde to familier. Hans andre familie var Helsedirektoratet. Han var noe så sjeldent som et helt menneske, med en brysom integritet og et mot som gjorde at alle respekterte ham. Du visste alltid hvor han var, i gode og onde dager. Nok var det av begge. Han fikk kjenne nådeløshet. Denne begavede mann var helt ubegavet på ett punkt. Han kunne ikke være lur, ikke gå utenom. Taktikk forstod han ikke, Han kunne ikke dømme andre og var derfor ikke ute etter egne fordeler. Han hadde levd lenger om han hadde kunnet det. Mennesker som ikke kan inngå kompromisser, som ikke er redd for noen, og som har makt, kan være utålelige. Men helsedirektoratet er i savn og sorg etter noe så sjeldent som en sjef og ubestridt leder de omtaler som en varmhjertet og følsom venn, en sjef som trøstet og inspirerte. Som var mye flinkere til å gi enn å ta imot. Som var lojal mot medarbeidere, også der hvor det gikk ut over ham selv. En leder som stod frem i mye besk kritikk og alltid tok ansvaret selv, også hvor han selv hadde en annen løsning.

Den helsekultur han sto for og skapte, var bestemt av én ting. Og dette er ett av høydepunktene i hans karriere: Omsorg for, respekt for og kampen for de svakeste, de mest hjelpeløse. I en tid hvor vi mer og mer har forakt for det svake. Natt etter natt gjennom et helt liv ringte telefonen hos ham som burde hatt hemmelig telefonnummer. Og dere vet hvem som ringer om natten, hva slags forfatning de ofte er i. Han snakket med alle, uten unntak. Hadde tid for dem. Viste personlig den likhet og rettferd som var hans program, levde som han lærte. Denne sky og sjenerte mann, som noen trodde var brysk og knapp, gikk varsomt inn i andres liv. Var det ikke først og fremst de svake han var til for? I denne omsorg for den enkelte og

[843] Elisabeth Mork, samtale 29.10. 2008.
[844] Anne Alvik, samtale 01.07. 2016.

svakeste, mistet han aldri det store perspektiv. Det for sitt livsverk for samfunnet som helhet. Det var så mye hjerte i hans intelligens. Han tenkte i omtanke.

Et menneske i en slik posisjon, sender ofte regningen for livet til familien. Den betaler. Andre tar ham og hans tid. Mens hans første familie var og ble det første, og ble det stadig mer. Wenche har fortalt meg hva som var hennes og hans livstekst. Her kommer den og vi får lov å dele den:

Om jeg taler med menneskers og englers tunger, men ikke har kjærlighet, da er jeg bare drønnende malm eller klingende bjelle. Om jeg har profetisk gave, kjenner alle hemmeligheter og eier all kunnskap, om jeg har all tro så jeg kan flytte fjell, men ikke har kjærlighet, da er jeg intet. Om jeg gir alt jeg eier til brød for de fattige, ja, om jeg gir meg selv til å brennes, men ikke har kjærlighet, da gagner det meg intet. Kjærligheten er tålmodig, kjærligheten er velvillig, den misunner ikke, den skryter ikke, den er ikke hovmodig. Den gjør ikke noe usømmelig, den søker ikke sitt eget, blir ikke oppbragt og gjemmer ikke på det onde. Den gleder seg ikke over urett, men har sin glede i sannheten. Kjærligheten utholder alt, tror alt, håper alt, tåler alt.
Kjærligheten faller aldri bort. De profetiske gaver skal opphøre, tungene skal tie og kunnskapen skal ta slutt. For vi forstår stykkevis og taler profetisk stykkevis. Men når det fullkomne kommer, skal det som er stykkevis forsvinne. Da jeg var barn, talte jeg som et barn, tenkte jeg som et barn, dømte jeg som et barn, men da jeg ble mann, la jeg av meg det barnslige. Nå ser vi som i et speil, i en gåte, da skal vi se ansikt til ansikt. Nå forstår jeg stykkevis, da skal jeg forstå fullt ut, slik Gud kjenner meg fullt ut. Så blir de stående disse tre, tro, håp og kjærlighet. Men størst blant dem er kjærligheten.

Han og Wenche leste sammen kjærlighetens høysang, og vi forstår mer av ham. Hva som lå bak hans verk. Vi forstår ham gjennom Ingeborg, Linne og Jon, og gjennom Anna Brit. Vi forstår hva hun sa om at han hadde en rikdom i seg som kom mer og mer frem. Vi vet hvordan barnenes sykdom var hans smerte. Det var ikke grenser, sa en av dem, for de bekymringer og sorger de kunne lempe over på ham. Som skulle bære dem for alle. De var mer enn hans barn. Torbjørn Mork eide ikke noe menneske. De var tre mennesker hver for seg. Vi forstår ham gjennom Øivind, Erlend og Heidi. Og vi forstår morfaren til Martin, Marianne og Julie. Og så Pan, som han hadde villet skulle nevnes. Vi forstår hvordan han kunne sette mennesker rundt seg i frihet og få dem alle til å være glad i hverandre. Også de som ikke skulle være det.

Det er Torbjørn Mork vi snakker om. Som hadde ideer, arbeide, etikk – men størst var kjærligheten. Og derfor familien. Her er høydepunktet i hans karriere. Han etterlater seg en arv av kjærlighet. Og derfor har han levd lenger enn 63 år. Det er mye sorg rundt denne båre, men sorg i takknemlighet og varme.

Men døden er her uansett. Og da kan vi vel ikke snakke om kjærlighet? Betyr ikke døden at kjærligheten dør, at alt faller? Får livet på harde betingelser, at vi skal dø. Taushet, ensomhet, at vi ikke kan nå inn til dem vi elsker. At vi der er utlevert, tapere, fortapt, utslettet. Hva da med ordene: «Kjærligheten faller aldri bort»? Kjærlighetens høysang er egentlig en biografi, over en bestemt: Jesus. Overlevet den? Den eneste som har overlevet, den eneste som er kommet tilbake. Han som til slutt gir døden ansikt, gjør den til et kjærtegn. Som venter oss alle på den andre siden.

Vi lyser fred over Torbjørn Morks minne.

Etter at gjestene hadde forlatt kirken ble familien igjen for å ta en mer privat avskjed med Torbjørn Mork. De ansatte i Helsedirektoratet dro så med busser tilbake til Calmeyers gate, hvor det ble holdt en egen minnestund. Familien og de nærmeste venner hadde minnestund hjemme hos Ivar Eskeland. Morks sønn, Jon, sendte en hilsen til medarbeiderne som var til stede under minnestunden i direktoratet. Hilsenen begynte slik: «I egen sorg er det fint å tenke på at det er mange som var glad i far og som nå sørger sammen med oss over at han er død. Selv om familien ønsker å være sammen efter bisettelsen i dag er det godt å vite at dere har en egen samling her hvor far helt til det siste arbeidet og trivdes». Til slutt i hilsenen het det: «Lykke til med viderføringen av det arbeidet som far nå stod midt oppe i».

Ivar Eskeland var også nitimekåsør (i NRK). Mandag den 19. oktober, tre dager etter Torbjørn Morks død, kåserte han – hvis «kåserte» er det rette ordet i denne sammenheng – om «eit **mannfolk**». «Det har ingen ting med kjønn å gjera», fortsatte han: «Det har med **mot** å gjera». Den ordhage vestlendingen fortsatte slik:

> *Noko av det eg set aller høgast hos denne mannen, er det at han var heilstøpt, hadde ein absolutt integritet, som det heiter med eit meit moderne ord. Av det kan du slutta at han **aldri** gjorde eit fnugg for å bli populær. Eigen popularitet var eit ekkelt framandord for han. Derimot var han tvers igjennom ein gentleman. Å bli fødd som gentleman er vel ofte rein slump og har med genar å gjera; å døy som gentleman er ein enorm prestasjon i vår tid. Det finst visseleg nokså store menn som får oss andre til å kjenna oss små i deira nærvære, men dei **verkeleg** store menn får oss andre til å kjenna oss store. Han var smålåten om eigen person.*
> ….
> *Ein tvilling til humoristisk sans er sjølvironi, kanskje den sjeldnaste gåva som finst her i landet. Difor òg var han ein av dei få. Ein stor mann er aldri redd for å vera liten.*
>
> *No er han død. Med hans død er dette landet vorte endå fattigare på **mannfolk**. Det var fattig nok frå før.*
>
> *Lat dette vera mi hylling og takk til Torbjørn Mork.*

Torbjørn Mork: mellom integritet og avmakt

Døden får oss til å stoppe opp. Men for andre enn den nærmeste familie og de nære venner stopper vi ikke opp lenge, selv om den som er gått bort hadde spilt en betydelig rolle i samfunnet. Ja, undertiden er det slik at den som går bort svært raskt blir fortid. Det gjelder ikke minst for den som har spilt prominente roller i samfunnet. De kan ikke imiteres, og de som skal ta opp arven etter dem er mer opptatt av å etablere seg på egne premisser enn av å fremstå som en forlengelse av forgjengeren.

Mork ble raskt fortid. Oppgavene ventet på dem som skulle ta Helsedirektoratet videre, som helsetilsyn. De var snart, som vi har sett, mer enn fullt sysselsatt med å skape fremtiden, en litt ny fremtid. Torbjørn Mork presederte nok over etableringen av den nye helseforvaltning, men det han først og fremst i så henseende presederte over var noe han ikke var så fascinert av, og knapt helt så potensialet i, innføringen av elementer av den nye offentlige ledelse innad

i Helsedirektoratet. Han ble slik på mange måter mer en forlengelse av fortiden enn en oppdager av det som lå i kim i hans fag og det vesen det var en del av: Han var skeptisk til nær sagt alle de større reformer som ble innført på hans «vakt», som politiseringen av styringen av hele helsevesenet (delingen av direktoratet i 1983, og fjerningen av faglinjen fra direktoratet og ned i klinikken), av sykehusene (fylkeskommunenes reelle overtagelse av sykehusene ved innføringen av en egen fylkesforvaltning, med fylkeshelsesjef, fra 1976) og av almenhelsevesenet (innføringen av kommunehelsetjenesten i 1984). Han var også skeptisk til at denne politisering skjedde på så desentraliserende premisser. I tillegg var han skeptisk til mange sider ved omkostningskontroll- og effektiviseringspolitikken. Det tilnavnet han fikk, og tok til seg, «vaktbikkje», er et uttrykk for hvordan hans rolle i viktige henseender ble den opposisjonelles. Det ble en oppgave for Torbjørn Morks etterfølgere, og først og fremst Anne Alvik, å finne en vei utover det morkske regime. Hun startet, som vi har sett, arbeidet umiddelbart. Hun gjorde det i samarbeid ikke minst med den som skulle etterfølge Morks opponent på departementssiden, departementsråd Norbom, nemlig Eldrid Nordbø. At det ble vaktskifte på toppen også i departementet gjorde at så vel Mork som Norbom forholdsvis raskt ble fortid. De to sistenevnte hadde gitt viktige premisser for det som nå skulle skje, men premisser som altså førte til overskridelse. Slik er ofte historiens gang.

Som vi har sett var *integritet* ett av de ord som oftest ble brukt i minneordene om Mork. Den mest veltalende av dem som mintes ham offentlig, Ivar Eskeland, talte om «absolutt integritet». Presten fremholdt at Mork var «ubegavet på ett punkt» – «taktikk forstod han ikke». Han var prinsippstyrt, altså integer. Han var en slags Luther: Her stod han og kunne ikke annet. De prinsipper, eller verdier, Mork stod for var delvis åpenbare. Den viktigste verdi var, som alle som skrev minneord om ham understreket, var likhet, eller rettferdighet. Men han forstod ikke verdien som en analytisk filosof. Han forstod den mer upresist og, kan man kanskje si, humanistisk, som hensynet til «de svake». Humanisten forstår ikke verdiene konkret, som regler eller mål. For ham er de hellige og kan derfor ikke defineres presist, det vil si jordisk. Deres innebyrd må formidles gjennom lignelser. Selv om ikke Mork brukte dette bibelsitatet – det er fra Matteus 25, 35–40 – kunne han kanskje ha gjort det. Det får på en virkningsfull måte frem det vi tror er hans forståelse av hva det vil si å hjelpe dem først som trenger det mest. Vi siterer fra den norske bibelutgaven fra 1930, den er mer poetisk enn dagens:

> [35] For jeg var hungrig, og I gav mig å ete; jeg var tørst, og I gav mig å drikke; jeg var fremmed, og I tok imot mig;
>
> [36] jeg var naken, og I klædde mig; jeg var syk, og I så til mig; jeg var i fengsel, og I kom til mig.
>
> [37] Da skal de rettferdige svare ham og si: Herre! når så vi dig hungrig og gav dig mat, eller tørst og gav dig drikke?
>
> [38] Når så vi dig fremmed og tok imot dig, eller naken og klædde dig?
>
> [39] Når så vi dig syk eller i fengsel og kom til dig?
>
> [40] Og kongen skal svare og si til dem: Sannelig sier jeg eder: Hvad I har gjort imot en av disse mine minste brødre, det har I gjort imot mig.

Det var «disse mine minste brødre» den kristent oppdratte Torbjørn Mork var opptatt av, og han var opptatt av dem på denne «ikke-operasjonelle» måte. For ham var disse «brødre» fortvilede gravide kvinner, psykisk utviklingshemmede, sinnslidende, barn med fysiske funksjonshemninger, rusavhengige, HIV-smittede, kronisk syke. Når han så, eller hørte om, at disse hans «brødre» led og ikke fikk hjelp ble han fyllt av hellig vrede. Da var «taktiske» hensyn irrelevante, ja, farlige. Det var en plikt for ham å si ifra. Om noe ble det det i økende grad. Han kunne ikke følge rådene ovenfra om å «ligge lavt» i saker av denne type, altså saker som gjaldt eldre og sykehjemsbehandling. Aldri var han så engasjert, aldri var han så mye seg selv, som når han stod i en slik strid, en strid om rettferdighet. Da kombinerte han det jærsk følsomme og det oddask-bergenske rasjonelle.

En slik holdning har appell, ikke minst i et sosialt forholdsvis egalitært land som Norge, og Mork kunne derfor vinne stor respekt. Men denne «sakrale» form for egalitarisme er en annen enn den som preger den mer prosaiske dagspolitikk. I denne siste form for politikk hører praktiske løsninger, preget av mange kompromisser, med. Mork ble derfor stående litt på sidelinjen. Prinsippforkjempere kan undertiden vinne frem, som Martin Luther i viktige henseender gjorde, men som regel gjør de det bare i mindre grad – gjennom å påvirke holdninger litt. Mork vant altså ikke virkelig frem, men påvirket nok holdninger i noen grad. Allikevel, hans integritet hadde også som konsekvens en viss grad av avmakt. Politikk og forvaltning er arenaer hvor det er vanskelig å være idealist.

Torbjørn Mork hadde ikke egentlig noen konkret plan for hvordan hans rettferdighetsverdier, kunne omsettes i praksis, men han mente lenge at de best kunne la seg realisere gjennom et offentlig-solidarisk finansiert, nasjonalt planlagt og fagstyrt helsevesen. Etterat hans direktorat ble plassert litt mer på sidelinjen fra høsten 1983, og styringen av helsevesenet ble sosialisert, men på lokal-demokratiske premisser – kom han etter hvert til å mene at han og hans direktorat fikk spille «vaktbikkjas» rolle, altså bli en instans litt på sidelinjen, som en slags dårlig samvittighet. I så henseende vant han for så vidt frem. Hans direktorat ble nettopp til det, et helsetilsyn.

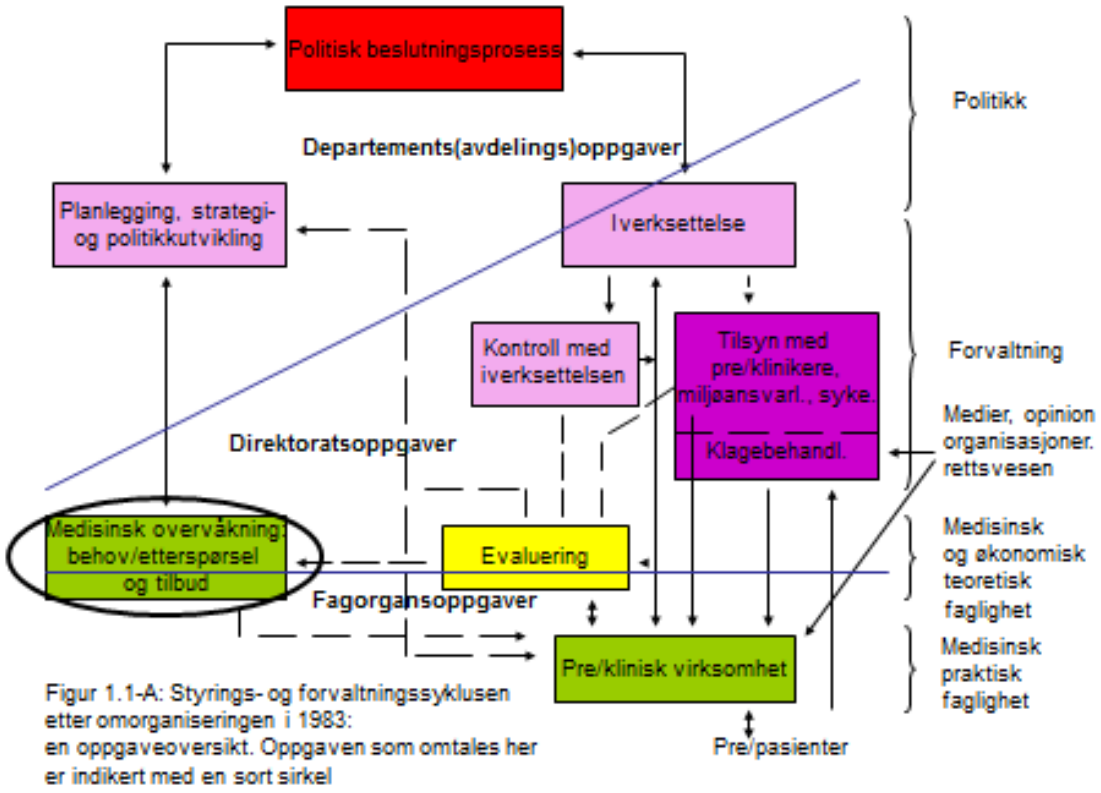
III Helseforvaltningens oppgaver

Vi har i dette bindet lagt hovedvekten på det organisatoriske (strukturelle). Perioden er preget av nesten dramatisk organisatorisk endring. Et gammelt regime erstattes av et nytt, men et nytt som bare er første skritt på veien mot noe som snart skal bli mer nytt – og mer preget av moderne styrings- og forvaltningstenkning. Det regime vi har beskrevet fremveksten av er altså et overgangsregime. Vi har lagt spesiell vekt på hvordan organisasjonsarkitektene, spesielt i departementet, i løpet av perioden forsøkte å skape det mer «varige» nye regime, men i stor grad mislyktes – det vil si, mislyktes politisk. Kimen til det nye, mer varige regime, ble sådd i Stortinget, i noen grad som følge av parlamentariske tilfeldigheter, men det stortingsflertallet gjorde, var også å ta utgangspunkt i en viktig tendens i moderniseringsutviklingen, spesialiseringen og profesjonaliseringen av styringsoppgavene, og i dette tilfelle av tilsynsoppgaven. At det ble utgangspunktet skyldtes i stor grad den konflikt som utviklet seg mellom departement og direktorat i kjølvannet av delingen av den sentrale helseforvaltning i 1983.

Forvaltningens oppgaver var en sentral del av utviklingen og er derfor i noen grad også omtalt i det foregående. Nå skal vi gi en mer samlende omtale av viktige sider ved oppgaveutviklingen. Vi skal da til dels gå lenger tilbake i tid enn det vi ellers har gjort i dette bindet, nemlig om oppgaver vi ikke i særlig grad omtalte i bind 1.

10. Forvaltningsoppgavene: oppstrømssiden

Oppstrømsoppgavene i det vi har kalt forvaltningssyklusen (kfr. fig. 1.1-A) er for det første medisinsk overvåkning, og veiledning – ofte også det som på engelsk kalles «advocacy» –



Figur 1.1-A: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983:
en oppgaveoversikt. Oppgaven som omtales her er indikert med en sort sirkel

basert på den, og for det annet planlegging og strategi- og politikkutvikling. Den første går ut på å følge med på hva som skjer i den kliniske og prekliniske syklus, altså i behovs- og etterspørselsutviklingen og i tilbudsutviklingen, spesielt den medisinske, og å formidle det man finner inn i politikkplanleggingen, men altså også å argumentere for en bestemt politikk. Denne overvåkningen skal altså gi premisser, faktiske og normative, for hva det er behov for å gjøre hva angår folkehelsen, mens den andre går ut på å bestemme hva det helsefaglig er mulig, og fornuftig, å gjøre, gitt behovet. Den andre oppgaven følger så av den første. Den går ut på å bruke fagpremissene fra overvåkningen til å utforme tiltak, planer, lover, budsjetter – altså en politikk – for å videreutvikle helsevesenet, det kliniske og det prekliniske.

Den medisinske behovsovervåkning

Behovsovervåkningsoppgaven, og den tilknyttede rådgivningsoppgaven, gir altså medisinske og andre helsefaglige premisser for politikkutviklingen. Den er slik en kunnskapsoppgave, eller, som det het i Norbom-prosessene, en kompetansefunksjon, men altså ofte en kombinert kompetanse- og rådgivnings-, eller pådyttingsfunksjon. Behovsovervåkningsoppgaven kan følges opp også med en anvendt kunnskapspolitikk på nedstrømssidsen, altså en politikk som går ut på å styre innholdet i helsefaglig praksis.

Behovsovervåkningen kan ha publikum og samfunnet, medisinen og andre fagmiljøer og de styrende instanser som en slags oppdragsgiver. Etter medisinens moderne-vitenskapelige gjennombrudd i annen halvdel av det 19. århundre var medisinen det viktigste utgangspunkt. Den tolket og definerte det folkelige behov og bestemte selv hvordan det best kunne tilfredsstilles. Der kom også «bestillinger» ovenfra, men lenge ble også de i viktige henseender tolket og definert av medisinen. Slik var den medikratiske orden, den som dominerte fra midten av det 19. århundre og i et drøyt sekel. Fra 1970-årene av ble de to andre instanser, og særlig den styrende, mer sentrale. Det innebar at behovsovervåkningen i økende grad ble knyttet til de, mer og mer presise, mål helsestyringen nå ble knyttet til. Overvåkningen skulle gi mest mulig presise svar på i hvilken grad helsevirkeligheten ble som målene innebar at den skulle bli, og hvordan eventuelle avvik kunne forklares og gjøres noe med. Overvåkningen skulle altså, i forlengelsen av vurderingen av resultatene av gårsdagens styring, spille en sentral rolle i å gjøre forvaltnings- og styringssyklusen «hel», altså til en progressiv læringssyklus.

Behovet for helsetjenester gir seg langt på vei selv: Vi har et helsetjenestetilbud fordi folk blir syke og skadede, blir uføre i et eller annet henseende (for tidlig), eller dør «for tidlig». Vi har altså et helsevesen fordi det skjer noe «trist», fysisk og psykisk. Helsemyndighetene behøver informasjon om omfanget og sammensetningen av det triste, og om hvordan det som ble gjort «i går» har bidratt til å redusere eller øke omfanget av det triste (i et eller annet henseende). Behovet er således i prinsippet nokså objektivt. Det lar seg som sådant beskrive presist. Først og fremst kommer det til uttrykk som sykelighet, uførhet og dødelighet.

Minimeringsmål som sykelighets- og dødelighetsreduksjon har imidlertid også positive paralleller, maksimeringsmål. Tradisjonelt har det vært forventet levealder, særlig ved fødselen; fra 1980-årene av ble dette målet, gjennom britiske helseøkonomers – ikke legers – innsats, gjort mer generelt helseorientert, nemlig som forventede kvalitetsjusterte (helsejusterte) leveår (for eksempel ved fødselen). Behovet har også en subjektiv side, men den får i den perioden vi er opptatt av her liten, men dog noen betydning. Både medikratiske og nyttestatlige interesser faller nå stort sett sammen: De nyttestatlig orienterte vil ha objektive, kvantitative mål og den dominerende, epidemiologisk orienterte, medisin vil det samme. Med fremveksten av et mer reelt pasientstyre, kommer andre interesser inn i bildet, dog uten at behovet i stor grad fortsatt kan forståes nokså objektivt.[845]

En ambisiøs målstyring krever at man har en fullstendig, løpende oversikt over alt det triste, iallfall så langt dette er noe publikum oppsøker helsetjenesten for, eller død, men også om de dypere årsaker til at det triste skjer. Det siste krever at man for eksempel ikke bare har oversikt over dødeligheten og dens forholdsvis direkte årsaker, det vil si årsaker som kan karakteriseres som patologi, men også dens dypere forgreninger av natur- og samfunnsmiljømessig og livsstilsmessig art. Det siste krever også at man har oversikt over sykelighetens, ikke bare den dødelige sådanne, miljømessige og livsstilsmessige årsaker. En ambisiøs målstyring, der målet er å maksimere det nasjonale helseutbytte (eventuelt som en del av et nasjonalt velferdsutbytte), der dette utbytte for eksempel måles som forventede

[845] Den amerikanske ledelsesprofessor, Clayton M. Christensen, ved Harvard Business School, sier at kundebehov er behov for hjelp til, «conveniently and affordably» å gjøre «a job they've been trying to do». (C.M.C. med Jerome H. Grossman (1939-2008) og Jason Hwang, *The Innovator's Prescription*, New York: MacGraw-Hill, 2009, s. 9). Christensen's idé ligner litt på den, noe mer generelle, idé helsekvalitetsforskere i dag har når de sier at behandlingsforløp må baseres (også) på hva som spiller en rolle for pasientene («what matters for you») (og altså ikke bare hva som «objektivt» «matters»).

kvalitetsjusterte leveår (ved fødselen), impliserer altså en nokså omfattende livsovervåkning av landets borgere. Kortere sagt: den krever en medikaliserende overvåkning.

For dette formål spilte medisinerne, og mer indirekte de ikkeøkonomfaglige samfunnsvitere, en viktig rolle. De første var særlig epidemiologene ved SIFF og til dels registrene. De andre var særlig sosiologene, som fra 1950-årene begynte å gjøre seg gjeldende. De drev i stor grad «avviksforskning»; de var opptatt av ulike «svake» grupper. De var også, nært knyttet til dette, opptatt av sosial mobilitet. Dette fordret en utvidelse av statistikkgrunnlaget i sosial retning, ikke minst slik at man fikk mer, og mer sosialvitenskapelig relevant, informasjon om sosiale lag og klasser.[846] Det fordret også at data, for eksempel om helseforhold, ble sortert etter det næringsgrunnlag kommunene borgerne bodde i, hadde, og om bostedskommunene tilhørte såkalte sentrale eller perifere strøk. Statistikken hadde fra starten av hatt en sosial side, blant annet i form av fattigstatistikk og statistikk om pasientgrupper som sinnssyke og leprøse, men etter krigen ble byrået svært preget av økonomenes behov for informasjon som skulle inngå i de ambisiøse (nyttestatlige) nasjonalregnskaper. Byråets ledere, blant annet direktør (1949–1980) Petter Jakob Bjerve (1913–2004), var også skeptisk til å bruke variabler som lag eller klasse; de var iferd med å bli avlegs mente han og hans medarbeidere: Klassesamfunnet hadde mest historisk interesse. Men presset for å gå i mer sosial retning tiltok, og som et uttrykk for det ble i 1966 Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning etablert.[847] Dette året opprettet også byrået en egen intervjuorganisasjon, en organisasjon som ble utgangspunktet for byråets ekspansjon i «sosiologisk» retning. Denne organisasjonen ble også viktig da regjeringen i 1972 satte i gang Levekårsundersøkelsen.[848] Også denne var et uttrykk for det «sosiologiske presset» for å utvide grunnlaget for å forstå samfunnsutviklingen. Dette «presset» ble for så vidt følt i mange land, blant annet i USA, hvor det fra 1960-årene av ble utviklet et sett av det som ble kalt sosiale indikatorer. Den norske Levekårsundersøkelsen var, viser sluttrapporten, påvirket av de amerikanske arbeidene med sosiale indikatorer. I Sverige ble det satt i gang en ambisiøs «levnadsnivåundersökning»[849] i 1960-årene og i Finland ledet landets fremste sosiolog, Erik Allardt (f. 1925) et komparativt nordisk velferdskartleggingsprosjekt. Det siste hadde de talende stikkordene «Att ha, att älska, att vara», som fruktbart utgangspunkt, eller, like meget, endepunkt.[850] Begge undersøkelsene var påvirket av indikatorutviklingen; ja, Allardt bidro originalt til denne utviklingen.

---

[846] Professor og valgforsker Henry Valen (1924-2007) uttalte i 1979 at «Den yrkeskoden Byrået bruker for å klassifisere folk i ulike yrker (er) en av de elendigste som finnes i Europa i dag, med totalt ubrukbare klassifikasjoner, sett fra samfunnsforskeres synspunkt». Fra Hovedkomiteen for norsk forskning, *Samfunnsforskning og statistikk*, Skrifter nr. 5, s. 95. Her sitert etter Einar Lie (f. 1965) og Hege Roll-Hansen (f. 1967), *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget, 2001, s. 376.

[847] Det skiftet navn til Institutt for anvendt sosialforskning (INAS) i 1988. Det gikk i 1996 inn i det nye Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

[848] Undersøkelsen ble gjennomført ved Universitetet i Bergen i årene 1972 til 1976 og var ledet av professorene Tor Rødseth (1928-2007) (økonom), Gudmund Hernes (sosiolog) og Asbjørn Aase (f. 1932) (geograf). Sekretariatsdleder var Stein Ringen (f. 1945) (statsviter). Kfr. NOU 1976: 28, *Levekårsundersøkelsen, Sluttrapport*, 1976. Kfr. også utredningen: NOU 1993:17, *Levekår i Norge: Er graset grønt for alle?*.

[849] Sten Johansson (f. 1939), *Om levnadsnivåundersökningen*, Stockholm: Allmänna Förlaget, 1970.

[850] Erik Allardt, *Att ha, att älska, att vara. Om välfärd i Norden*, Lund: Argos, 1975. Allardt hadde hatt et studieopphold ved Columbia University's berømte Bureau of Applied Social Research i 1954, hvor Paul F. Lazarsfeld (1901-1976), tidens fremste kvantitativt orienterte sosiolog, blant annet drev med «social surveys». Columbia-miljøet spilte en viktig rolle for fremveksten av levekårsundersøkelsene, blant annet i Norden. Allardts «ha» refererer til levekår, særlig materielle (objektivt og subjektivt) (hvordan de virker på lykken); hans «elske» til vennskaps- og fellesskapsforhold (objektivt og subjektivt); hans «være» til anseelse, eksistensielle forhold og politiske ressurser (innflytelsesmuligheter).

Økonomene i byrået, som hadde vært skeptisk til å lage indikatorer for nasjonal velferd som gikk utover det konkret ressursmessige, og derfor naturlig kvantitative, gav gradvis etter. Med utgangspunkt i byråets egen intervjuorganisasjon ble det gradvis utviklet en mer sosialt orientert velferdsstatistikk. Således fortsatte organisasjonen å lage levekårsundersøkelser basert på malen fra 1976. Fra 1974 begynte også byrået å gi ut den indikatorinspirerte rapporten *Sosialt utsyn*. Gradvis ble slik, kan man si, sosiologiske synspunkter på velferd – som noe mer enn et økonomisk fenomen – integrert i byråets vanlige statistiske kartlegging av norske samfunnsforhold, dog uten at den økonomiske og «sosiologiske» statistikk ble knyttet sammen, for eksempel i et samlet velferdsmål. Som en del av denne utviklingen ble også yrkesklassifiseringen gjort mer sosiologisk: Byrået «gjenoppdaget» det lagdelte, eller klassedelte, samfunn.[851] Det gjorde også at helsetilstandens sosiale forutsetninger ble bragt frem i lyset. Det delvis uuttalte mål for helsevesenet og helsepolitikken om å maksimere et slags nasjonalt brutto helseprodukt (forventet levealder ved fødselen, helsejustert) begynte slik å få en begrensning, om enn vagt formulert, nemlig at bedringen i levealdersutsiktene måtte bli størst for dem som hadde de laveste utsiktene. Sosial ulikhet i helse ble således et tema i Regjeringen Brundtland IIs nasjonale helseplan (1988), men kort og lite planorientert. I den neste Brundtland-regjerings helseplan, den kom i 1994, nevnes også ulikhet, og likhet, men enda kortere og som en del av diskusjonen om prioritering. For alvor kommer ulikheten på dagsordenen først etter århundreskiftet.

♦

Utviklingen av medisinalstatistikken startet beskjedent i 1853. Den første statistikken var ufullstendig, nokså begrenset og delvis upålitelig. Den ble gradvis gjort fullstendig, ble skritt for skritt utvidet og ble stadig mer pålitelig. Den ble så etter krigen bygget vesentlig ut, særlig fra 1960- og 1970-årene av, altså i kjølvannet av fremveksten av de «nye» samfunnsvitenskapene og ved inngangen til ledelsesrevolusjonen. Sosiologiseringen av byrået kom altså de medisinske behovsovervåkere til nytte. I 1968 ble det, i regi av byråets nye intervjuorganisasjon, for første gang gjennomført en utvalgsbasert helseundersøkelse av befolkningen. En sterkt utvidet undersøkelse ble gjennomført i 1975. Siden ble det gjennomført undersøkelser i 1985 og 1995. Disse undersøkelsene gav muligheter for å få et langt mer fullstendig bilde av sykdoms- og helseforholdene i landet enn den tradisjonelle statistikken om sunnhetsforholdene gjorde.[852] Den gjorde det også mulig å få et bedre inntrykk av sykelighetens, og helsens, sosiale, livsstilsmessige og til dels miljømessige antecedenter. Som en del av denne overvåkningsekspansjonen etter krigen, og altså særlig fra 1960–70-årene av, kom også de medisinerskapte (sykdoms)registrene. Registrene registrerer all den sykelighet som er relevant for dem. Slik skaffer de til veie objektive sykdoms- og dødsdata og dermed også et godt grunnlag for å finne sykdommers (litt) dypere årsaker.

Fra 1951 ble alle dødsfall og deres årsaker registrert. Dødsårsaksregisteret ble, naturlig nok, lagt til Statistisk sentralbyrå. Det første nye sykdomsregisteret, Kreftregisteret, kom i 1951, etablert og eiet av Den Norske Kreftforening – inntil det ble overtatt av staten i 1979. Tuberkuloseregisteret kom i 1962, som en del av virksomheten til Statens skjermbildefotografering (etablert i 1943). Medisinsk fødselsregister ble opprettet i Bergen

[851] Det bør nevnes at som en del av den sosiale utvidelse av dataregistreringen ble i 1971, etter initiativ fra valgforskerne Stein Rokkan og Henry Valen, Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) organisert. NSD ble lagt under Norges allmennvitenskapelige forskningsråd.

[852] De var lagt opp etter en «objektiv» modell, men inneholdt også «subjektive» elementer, som egenvurdert helse.

(Universitetet) i 1967. I 1976 ble et pilotprosjekt, kalt SYSBARN, for registrering av vaksinasjoner av barn, etablert (i fem fylker); altså et tilbudsregister. En prøvedrift av registeret ble satt i gang i noen fylker i 1982; driften ble etter hvert utvidet, men ble i 1995 inkorporert i et generelt vaksinasjonskontrollregister, kalt SYSVAK (under SIFF). Meldingssystem for (nærmere spesifiserte) smittsomme sykdommer (MSIS) ble opprettet ved Statens institutt for folkehelse i 1985. Samme år og ved samme institusjon ble Skaderegisteret opprettet, som en prøveinstitusjon (med data fra fire legevakter/sykehus). Det ble permanent fra 1990. I tillegg kom Sentralkartoteket for infeksjonssykdommer, og de etter hvert «historiske», men kontroversielle, registrene, som Sentralkartoteket for alvorlig sinnslidende («Psykoseregisteret») (1935–1989/1990),[853] Sentralkartoteket for åndssvakeomsorgen (1948–1980)[854] og Sentralregisteret over arvelige lidelser (fra 1953/54).[855]

I tillegg til disse registre, gjerne kalt epidemiologiske, kom der etter hvert til det som gjerne kalles kvalitetsregistre – som Nasjonalt register for leddproteser, etablert i 1987 av Norsk ortopedisk forening. De fleste av disse kom imidlertid etter den perioden vi nå omtaler. Disse registrene er forøvrig i hovedsak tilbudsorientert: De skal bidra til å vurdere virkningen av den behandling som gies og slik også til å forbedre behandlingens kvalitet.

Der var, og ble også, oppbygget administrative registre av betydning for helsevesenet, både for behovs/etterspørsels- og tilbudssiden, som Norsk folkeregister,[856] registrene i Rikstrygdeverket, Arbeidsdirektoratet og Arbeidstilsynet og (fra 1975) Helsepersonellregisteret[857] – det siste under Helsedirektoratet.

Den behovsrelaterte statistikken, også den registerbaserte, har vokst frem med utgangspunkt i den moderne nyttetenkningen. Den er derfor, skritt for skritt blitt mer omfattende. Den er blitt til delvis etter initiativ fra (helse)myndighetene, særlig forvaltningen, og delvis etter initiativ fra fagorganer av ulike slag. Av de siste var både de aktuelle helsefagmiljøer og statistikkmiljøet i byrået, men altså også de «nye» samfunnsvitenskaper, de dominerende initiativtagere. Men ingen av disse miljøer ville fått til mye uten fremveksten av den infrastruktur informasjonsteknologien representerte. Akkurat som klinikkens fagrevolusjon,

[853] Det ble opprettet i 1935 etter initiativ fra Medicinaldirektoratet og i samarbeid med Statistisk sentralbyrå. Nye opplysninger ble ikke registrert etter 1989-90 og registeret ble oversendt til Rikstrygdeverket, som fra 1990 fikk konsesjon til å «drive» registeret.

[854] Arkivet ble opprettet av overlege ved Emma Hjorts hjem, Ole B. Munch (1905-1996) i 1948. Stortinget bevilget midler til driften til og med 1980. (Riksarkivet, Sentralkartoteket for åndssvakeomsorgen: http://www.arkivportalen.no/side/aktor/detaljer?aktorId=no-a1450-01000000816634. Datatilsynet ville i 1999 ha dette kartoteket slettet, men det ble året etter deponert i Riksarkivet. Om arkivet se også Per Haave (f. 1958) og Øyvind Giæver, *Sterilisering på medisinsk grunnlag og sammenhengen mellom eugenikk og humangenetikk*, Oslo: Norges Forskningsråd, et forprosjekt, 2000; spesielt ss. 69-96.

[855] Også dette registeret, og debatten om det, er omtalt i Haave og Giæver, *op.cit.* (2000). Registeret ble opprettet ved Humangenetisk laboratorium ved Ullevål sykehus og forvaltet av Genetisk institutts professor, først Jan Mohr (1921-2009), så Kåre Berg (1923-2009). Opprettelsen av registeret skjedde i samarbeid med Helsedirektøren. Det ble siden (2007) klarlagt av Datatilsynet og dets personvernnemnd at det er Universitetet i Oslo som har registerkonsesjonen.

[856] Løpende folkeregistrering ble innført som et frivillig kommunalt ansvar i 1905. I 1945 ble den gjort statlig og lagt til Statistisk sentralbyrå. Det ble overtatt av Skattedirektoratet i 1991. Registeret omfatter informasjon om alle bosatt i Norge siden 1960. Ordningen med fødselsnummer ble innført i 1964. Denne bidro blant annet til at det ble mulig for byråets intervjuorganisasjon å trekke tilfeldige, eller andre typer, befolkningsutvalg.

[857] Registeret omfattet i 1990 alle grupper som får autorisasjon av Helsedirektoratet: leger, tannleger, veterinærer, fysioterapeuter (fra 1985), sykepleiere, vernepleiere og hjelpeleiere. Opplysningene om tjenesten samles inn ved hjelp av spørreskjemaer som sendes den enkelte helsetjenesteyter. Helsedirektoratet begynte å bygge opp registeret i 1975. SSBs helsepersonellstatistikk (fra 1979) baserer seg på dette registeret.

særlig fra slutten av krigen, i meget stor grad hadde som en forutsetning den teknologiske utvikling, hadde overvåkningen av behovsutviklingen som forutsetning utviklingen av den elektroniske teknologi, altså informasjonsteknologien. Initiativtagerne til å ta i bruk den nye teknologien befant seg både ute i klinikken, særlig i sykehusene, ved universitetene, ved fagforvaltningsinstitusjonene, som SIFF, «Skjermen»/SHUS, ved registrene og i Helsedirektoratet. Utenfra dyttet blant annet Rasjonaliseringsdirektoratet på. Nye serviceorganer, som de interkommunale datasentraler, spilte også en rolle.

Sett i et historisk perspektiv gikk utviklingen i nyttestatlig behovsovervåkning – og parallelt med det i tilbuds/praksis-overvåkning – raskt, spesielt fra ledelsesrevolusjonen av, altså fra 1970-årene, men til dels fra slutten av 1960-årene. For mange av de mest entusiastiske entreprenørene gikk utviklingen ikke så raskt. Vi skal kort se på hovedtrekkene i utviklingen, og legge vekt på spenningene mellom nyttestatsentreprenørene, de initiativtagere som la, iallfall en viss, vekt på medikratiske hensyn, de idealistiske rettsstatsrepresentantene og representantene for den politisk-humanistiske folkelighet. Nyttestatligheten pekte mot en mest mulig omfattende, løpende overvåkning, med mulighet for å kartlegge tristhetens årsaker. Det er, som utviklingen generelt er, nytteekspertene som hele tiden tar initiativ. De andre bremser, på ulike vis, og gjør det med et visst hell, men aldri slik at de klarer å stanse utviklingen mot det mer og mer medisinsk gjennomsiktige samfunn.

På det medisinske fagområde hadde det, som vi har sett, særlig i løpet av etterkrigstiden, vokst frem en rekke både kombinerte helsefag- og forvaltningsinstitusjoner og epidemiologiske registre – aktører som alle i stor grad var helseovervåkningsaktører. Statens institutt for folkehelse ble, som den eneste institusjon etablert før krigen, nemlig i 1929, delvis med grunnlag i en betydelig donasjon fra den amerikanske Rockefeller Foundation. De ulike virksomheter hadde, med SIFF som en delvis unntagelse, sprunget ut av påtrengende enkeltproblemer, som tuberkulose og kreft, og med både politisk-administrative og helsefaglige aktører som entreprenører. Alle ble de preget av helsefagfolk, i første rekke medisinere. I stor grad var de alle nytteorientert og slik sett en del av den ekspanderende nyttestatlighet. De var imidlertid det, med SIFF som en unntagelse, i en nokså avgrenset forstand. De sprang ut av spesialiserte kliniske og hygieniske fagmiljøer, og mente de lyktes best om de fikk forbli selvstendige. Nyttestatligheten, og for så vidt den integrerte helsefaglige nyttighet, tilsa imidlertid at virksomhetene ble integrert; bare slik kunne man få en stadig mer omfattende, nærgående og samlende overvåkning av helsetilstand og etter hvert også «helseadferd» – altså det objektive behov. SIFF hadde oppstått særlig som et svar på de trusler infeksjonssykdommene representerte. Etter hvert ble instituttet også opptatt av farer det fysisk-kjemiske miljø kunne representere. Det så, mer og mer, på seg selv som den samlende folkehelserelevante overvåkningsinstitusjon.

I årene fra 1976 til 1978 opprettet Sosialdepartementet tre arbeidsgrupper for å vurdere de epidemiologiske helseregistrenes rolle. Én av gruppene skulle vurdere de helsefaglige spørsmål, en annen de administrative og en tredje de datatekniske. Gruppene så det som urealistisk å forsøke å samle registrene, men foreslo at det ble opprettet et Helsedirektørens råd for epidemiologi, et epidemiologisk samarbeidsorgan, en plan- og analysegruppe og et brukerråd for databehandling. Et flertall i den administrative gruppen mente registrene etter hvert burde samles. Rådene pekte altså i forsiktig nytteorientert retning. De ble imidlertid ikke fulgt; motstanden fra de ulike autonomibevisste, og enkeltpersonpregede, fagmiljøer var for sterk. Det neste forsøk på samordning kom i 1984, da Helsedirektoratet nedsatte en arbeidsgruppe, ledet av avtroppende SIFF-direktør og påtroppende avdelingsdirektør i avdeling for miljørettet helsevern i direktoratet, Christian Lerche. Det lå en

integrasjonsbestilling i mandatet, en bestilling Lerche for så vidt også selv kom med, til seg selv, etter sine erfaringer fra 27 år som SIFF-sjef, og som hans kraftfulle etterfølger, Bodolf Hareide (direktør 1984–2001), stilte seg bak. Lerches gruppe leverte sin innstilling (til ham, kan man nesten si), i 1985 (15.2.).

Lerche, Høyre-ordfører (Oslo) Rolf Strangers (1891–1990) svigersønn, var en konservativ herre. Han visste også hvor stor motstand der var i «småmiljøene» mot å bli tatt inn under SIFF-paraplyen. Han, og hans gruppe, ville ha integrasjon, men foreslo en sakte sådan: Integrasjonen måtte komme etter en tretrinns prosess. Først (innen 1987) skulle man opprette et Statens rådgivende utvalg for epidemiologi. Så (innen 1990) skulle man opprette et felles styre for registrene og planlegge full integrasjon av den epidemiologiske virksomhet. Endelig (innen 1995) skulle man integrere den epidemiologiske virksomhet helt. Men også den forsiktige Lerche hadde vært for utålmodig. De integrerende tiltakene kom ikke. Den medikratisk inspirerte, men til dels også personlige, motstanden fra de ikke-SIFF-baserte registrene og institusjonene var for sterk. I stedet vokste der frem en slags omgående strategi for å skape integrasjon: Man styrket SIFF, den institusjon som var den realistiske integrasjonsinstitusjonen, som epidemiologisk senter. Etableringen av forsøket med et sykdoms- og skaderegister (1985), er et uttrykk for det. Men bare vellykket var heller ikke dette forsøket.

Datatilsynet, opprettet i 1980 som et kombinert tilsyn og ombud, reagerte straks (som ombud), og mente det var uakseptabelt at personvernhensyn ikke var formelt vurdert i forbindelse med sykdoms- og skaderegister-prosjektet. Regjeringen, eller for så vidt departementet og direktoratet, fulgte ikke opp Datatilsynets henvendelse. Datatilsynet kunne da «mobilisere» det vi upresist kan kalle «folkeligheten», altså demokratiet eller politokratiet (mot nyttestatligheten). I sin innstilling til regjeringens nasjonale helseplan (St.meld. nr. 41 (1987–88)), avgitt den 15. mars 1989, uttalte Sosialkomiteen nemlig at

> *Dersom personvernhensyn eller andre forhold er til hindre for å sammenstille opplysninger på måter som bidrar med verdifull informasjon til helsemyndigheten, ber komiteen departementet utrede dette nærmere slik at Stortinget kan vurdere om det er grunnlag for å justere lovverket.*[858]

Regjeringen handlet nå forholdsvis raskt og nedsatte 22. september 1989 et utvalg til å vurdere personvernhensynene knyttet til bruk og utlevering av personopplysninger fra helsevesenet.

Personvernhensyn dukket opp i diskusjonen om «overvåkningssamfunnet» i 1950- og 1960-årene, ofte med henvisning til George Orwells[859] (1903–1950) dystopiske roman fra 1949 om fremtidens overvåkningssamfunn, *nineteen eighty-four*.[860] Debatten oppstod i hele den vestlige verden, men blusset i Norden først opp i Sverige. Her fikk den størst konsekvenser for statistikkinnsamlingen. I Norge ble det en kortvarig, frisk debatt om personvern etter at prosjekt Metropolitt, en nordisk undersøkelse der et årskull gutter i de nordiske hovedsteder skulle følges over flere år, ble lansert. Bak stod sosiologer, i Norge Natalie Rogoff Ramsøy (1924–2002) og Ørjar Øyen (f. 1927). Debatten foregikk ikke minst i Aftenpostens spalter,

[858] Sosialkomiteen, *Innst. S.* nr. 120 (1988-89).
[859] George Orwell var hans forfatterpseudonym. Hans egentlige navn var Eric Arthur Blair.
[860] George Orwell, *nineteen eighty*-four, London: Secker & Warburg, 1949.

men ble også ført i Stortinget. Byrået skulle delta i arbeidet med å bygge opp den aktuelle database, men vegret seg, og henviste til at statistikkloven av 1907 som sa at ingen opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner kunne overlates til forskere. Prosjektet ble stanset. Men debatten om registrene fortsatte og i begynnelsen av 1970-årene ble to offentlige utvalg nedsatt for å se på de personvernutfordringer registre og lignende kunne skape. Disse utredningene gav grunnlaget for etableringen av Datatilsynet.[861] Allikevel, Norge, som Norden, kom gradvis, og mer enn noen andre land, til å bygge ut nasjonale, statlige registre, også hva gjaldt helseforhold. Denne utbyggingen har av mange blitt sett på som en refleks av det høye tillitsnivå, også til myndighetene, i Norden. Nytte(stats)tenkerne hadde slik i noen grad nytte (!) av kulturen.

Utvalget som ble nedsatt for å vurdere personvernhensyn på helsestatistikkens område fikk jusprofessor Erik Magnus Boe (f. 1943) som leder. Med ham som leder var det åpenbart at de folkelige og rettsstatlige hensyn ville komme til å veie tungt i utvalgets arbeid, og dermed også at de ambisiøse nyttestatlige hensyn epidemiologene og styringsmoderniserne la slik vekt på, ville møte motbør. Det tør også være symptomatisk at ingen fra registermiljøene kom med i utvalget. Ei heller gjorde «offensive» epidemiologer det, med professor ved Universitetet i Tromsø, Olav Helge Førde, som en unntagelse, eller styringsmoderniserere, med fylkeslege Paul Hellandsvik som en mulig unntagelse. Det skal dog nevnes at en SIFF-overlege av departementet ble «knyttet» til utvalgsarbeidet. Mens utvalget arbeidet ble gruppen som skulle utrede spørsmålet om registrenes plass i den nye helseforvaltningen for styringsgruppen oppnevnt (delprosjekt nr. 6). Prosjektgruppen ble ledet av medlem av Boe-utvalget, Paul Hellandsvik. Gruppen fikk, som nevnt tidligere, faglig bistand fra SIFF, ved overlege Per Magnus og professor Leif Bakketeig, og uformell bistand fra professor Olav Helge Førde. Der var slik en viss overlapping mellom utvalget og gruppen, men Hellandsviks gruppe var en renere «epidemiologisk» gruppe enn Boe-utvalget. I mandatet for Hellandsviks gruppe het det opprinnelig at også personvernhensyn skulle vurderes. Det kom reaksjoner på dette fra Boe-utvalget og helt på slutten av arbeidet ble det bestemt at slike hensyn ikke skulle vurderes. Også det var et lite skudd for baugen for de mest offensive epidemiologer. Ellers viser det hvor sensitivt organisasjonsspørsmålet var, også når det gjaldt registrene, at det i mandatet het at gruppen skulle vurdere ulike modeller for å organisere registrene, blant annet «ett med samling av registrene i en organisatorisk enhet», men at gruppen ikke skulle «fremme noen tilråding angående en bestemt modell».[862]

Vi har, under gjennomgåelsen av Norbom-prosessene, sett at styringsgruppen foreslo å legge institusjonene som var under Helsedirektoratet, og det gjaldt i stor grad også registrene, under departementet – i en såkalt tonivå-ordning. Gruppen antydet en mulig, men løs, samling under to sentre, et miljørettet og ett individrettet, dog slik at Kreftregisteret skulle bestå som egen organisasjon. Man kan si at styringsgruppen slik gav mer støtte til de delvis medikratiske synspunktene som preget registrene enn de epidemiologisk-offensive miljøene som preget SIFF. For SIFF var allikevel denne løsningen godtagbar, siden den også gav den institusjonen stor grad av selvstendighet, og et visst løfte om fremtidig storhet. For så vidt som Stortinget godtok ordningen med to forvaltningsnivåer, bidro Norbom-prosessene til at status quo langt på vei ble ført videre hva registrene, og overvåkningsfunksjonen, angikk.

[861] Den første utredningen, i regi av «Kredittopplysningsutvalget», resulterte i NOU 1974: 22, *Persondatasystemer og personvern*, den annen, ledet av Helge Seip (den første datatilsynsdirektør), i NOU 1975: 10, *Offentlige persondatasystem og personvern*.
[862] Delprosjekt nr. 6, *Gjennomgang av de epidemiologiske registre i den statlige helseforvaltning*, s. 5-6. Gruppen leverte sin innstilling den 30.5. 1991.

Boe-utvalget, kom med sin innstilling den 8. august 1993, som NOU 1993: 22. Innstillingen hadde overskriften *Pseudonyme helseregistre*. Overskriften viser hva gruppens flertall (åtte av ti) foreslo, nemlig at det ikke burde opprettes et sentralt personidentifiserbart sykdoms- og skaderegister, men at det i stedet ble startet forsøk i to regioner med sykdoms- og skaderegistre for institusjonshelsevesenet, basert på et minimumssett av basisdata, registrert på pseudonym. Mindretallet, lagdommer Rune Voll (f. 1957) og rettsfilosof David Roland Doublet (1954–2000), avviste flertallets forslag som prinsipielt ikke-anonymt. Ja, hevdet mindretallet, ved å fremstille pseudonyme registre som flertallet gjør, bidrar det «på en meget uheldig måte til å ufarliggjøre innsamling og lagring av personlige, mer eller mindre sensitive opplysninger» (innst., s. 28). Mindretallet bemerker også at flertallet lar personvernet avhenge av datatekniske og juridiske sperrer, sperrer mindretallet finner svært usikre – gitt de fristelser voksende registre representerer for mange. Mindretallet ville sikre de sentrale, personidentifiserbare spesialregistre ved særlov.

Heller ikke Boe-utvalgets flertallsforslag fikk direkte konsekvenser. På et vis ble det torpedert av utvalgets mindretall, som påpekte hvor komplekse, og usikre, teknisk-juridiske forslag til sikring av personvernhensyn var. Kompleksiteten gjorde at styrings- og forskningsentusiastene var kritiske, usikkerheten at personvernbeskytterne var det samme. De som skulle ivareta de epidemiologiske hensyn i Boe-utvalget oppnådde ikke så meget; de følte seg «tvunget» til å gå med på en lite integreringsvennlig løsning for iallfall å oppnå noe. De lot juristene, det vil si utvalgsformannen, styre arbeidet. Hellandsvik og hans gruppe ble nesten «parkert» av departementet/styringsgruppen, delvis av hensyn til Boe-utvalget, men vel så meget av hensyn til styringsgruppens plan – som krevde at status quo på dette område langt på vei ble ført videre.

Men den nyttestatlige målstyring lå der hele tiden som det underliggende prinsipp for forvaltningsutviklingen. På regjeringens møte på Halvorsbøle i 1992, ble, som vi har nevnt (kap. 7), kravet om mål- og resultatstyring skjerpet. Som vi også har nevnt, begynte man nå også å omtale deler av denne styringen som *etatsstyring*. Det var derfor naturlig at spørsmålet om en større grad av integrasjon av helseovervåkningsvirksomheten, og en utvidelse av den, snart måtte komme opp igjen. Det skjedde imidlertid først etter den perioden vi nå omtaler, nemlig vinteren 1997. Da nedsatte regjeringen Jagland (f. 1950) et utvalg for å se på organiseringen av tilgangen til helseregistre.[863] At Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes direktør Bjørn Henrichsen (f. 1945) ble satt til å lede utvalget, at sentrale epidemiologer og leger, at direktøren for det nyopprettede Norsk pasientregister[864], Ola Kindseth, kom med i utvalget, og at en SSB-mann var med, men ingen jurister, viser at noe var iferd med å skje.[865]

At nye initiativ nå ble tatt, skyldtes også informasjonsteknologiens utvikling. Det ble enklere å registrere og bruke data. Datasettene kunne også lettere kobles. Datalagringskapasiteten var også iferd med å bli nesten ubegrenset. Muligheter skapte fristelser, ikke minst for de modernistisk innstilte forskerne og for dem som ville styre kvantitativt, målstyrerne. IT-

[863] Utvalgets innstilling kom som NOU 1997: 26 *Tilgang til helseregistre*.

[864] Registeret ble frem til 2007 drevet på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet av forskningsstiftelsen SINTEF. Dette registeret er først og fremst et tilbudssideregister.

[865] Erik Boe grep imidlertid til pennen i kjølvannet av denne innstillingen og den påfølgende odelstingsprosisjon (nr. 5 (1999-2000)). I artikkelen «Nye helseregistre inn bakveien?» (*Kritisk juss*, 2000, ss. 63-77) ber han lovgiverne tenke seg om før de vedtar lovforslaget: «Loven er åpen og kan fylles med så å si hva det skal være». Boe har fortsatt å advare mot både lovgivning og praksis når det gjelder «overvåkningsregistrene».

utviklingen i helsevesenet gikk imidlertid saktere enn i andre sektorer, og ble ikke en viktig selvstendig faktor i arbeidet med å bygge ut og integrere behovsovervåkningsregistrene, selv om den var en avgjørende underliggende faktor og noe som motiverte integrasjonstilhengerne til å presse på. Men fra rundt midten av 1990-årene fikk IT-utviklingen en mer pådyttende rolle. Oppnevnelsen av Henrichsen-utvalget og fremleggelsen av forslaget til ny helseregisterlov er de tydelige uttrykk for det.[866]

Behovsovervåkningen og den faglige rådgivningen

Behovsovervåkningen, og de stadig mer omfattende opplysninger den førte til, skulle gi premisser for den videre utforming av helsepolitikken, men for så vidt også grunnlag for å utvikle ny kunnskap. Vi har sett at innsamlingen, lagringen og bruken av opplysninger skapte uenighet og kiv. Fagmiljøene, de epidemiologiske dog mer enn de kliniske, og forvaltningen, var innsamlingsoffensive; en del rettsstatsfolk og den politiske folkelighet, var mer konservative. Vi hadde altså den situasjon at en del fag-forvaltningsmiljøer ble viktige (helse)politiske aktører, og slik til dels kom i strid med de formelle politiske aktører. En del av de råd fagfolkene og fagforvalterne gav oppover, gjaldt altså både behovssituasjonen i samfunnet, hvordan overvåkningen av denne for fremtiden burde bli organisert og hvilken rolle de selv kunne spille i overvåkningen av helsetilstanden. I denne dragkampen med almenpolitikken, og til dels rettsstatligheten, vant ikke fagforvalterne ordentlig frem i perioden frem mot 1994, men de la premisser som førte til at de, og nyttestatligheten, vant mer frem ved overgangen til det nye århundre.

I den perioden vi omtaler her er det først og fremst byråets statistikk som brukes, og brukes nokså aktivt. Det ser vi i alle de utredninger, planer og meldinger som kommer. Det gjelder for så vidt både behovsutviklingen og sider ved tilbudsutviklingen (personell- og institusjonsdata). Registrene brukes også, men langt mindre. Overfor den institusjonen nyttefagfolkene ser på som den fremtidige samlingsinstitusjon, er der en viss kontakt, men også en viss gjensidig skepsis, en skepsis som ble styrket gjennom Norbom-prosessene. Enkeltregistrene, Tuberkuloseregisteret (SHUS) og Kreftregisteret, oppfattet så vel departement som direktorat som «en taus motpart».[867] Den umiddelbart overordnede instans for disse registre, direktoratet, deltar i liten eller ingen grad i registrenes utarbeidelse av planer, også (fra 1990) virksomhetsplaner. Direktoratet uttaler seg heller ikke om deres planer – som departementet ikke gjør om direktoratets planer. Dialogen mellom direktorat og registerinstitusjoner om behovsutviklingen er altså tynn. Registrene blir slik nokså selvstyrende. Ja, de får nesten et slags personlig preg, også i den forstand at de blir preget av sine selvbevisste lederes vurderinger. Spesielt viktige i så henseender i denne perioden er Frøydis Langmark i Kreftregisteret (instituttoverlege/direktør fra 1983 til 2011), Kjell Bjartveit i Tuberkuloseregisteret (SHUS) (adm. overlege 1968–1997) og Bodolf Hareide i SIFF. Istedenfor at de slik gir premisser for politikkutviklingen, blir de en slags formidlere nedover av helsefagpremisser, til de relevante prekliniske og kliniske miljøer. De blir bare delvis en del av den «store» helsepolitiske og helseadministrative syklus; de blir en del av egne fagforvaltningssykluser. Men, som vi har sett, akkurat som registrene og institusjonene

[866] Ot.prp. nr. 5 (1999-2000), *Om lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger*.

[867] Sitert fra delprosjektrapport nr. 6 (Hellandsvik-utvalget), s. 29.

på nivå nr. tre fikk moderat med gehør i direktoratet, fikk direktoratet også bare moderat gehør i departementet. Fagrådgivningen oppover angående behovsovervåkningen fungerte altså bare sånn passe gjennom den perioden vi her omtaler. Spenningene mellom departement og direktorat, og for så vidt direktorat og de andre fagforvaltningsinstitusjoner, bidro, og antagelig i økende grad, til det.

Integrasjonsinitiativene som ble tatt fra 1970-årene og gjennom hele den perioden vi nå omtaler gikk ut på å koble registrene, og ikke bare byrået, mer aktivt til hele den helsepolitiske syklus. De initiativene begynte altså å føre frem først mot slutten av 1990-årene, etter at omstillings- og skjermydselsperioden, den perioden vi her omtaler, var over.

Behovsutviklingen: en kort karakteristikk

Vi skal avslutte her med kort å karakterisere utviklingen på behovssiden – eller helsetilstandssiden. Av tabell 10.1 fremgår hvordan utviklingen av den forventede levealder ved fødselen har vært i Norge siden 1850. Vi ser at den var knapt 50 år i 1850 og noen og femti ved århundreskiftet. Frem til midten av det 20. århundre økte den så med nesten 20 år, eller en tredjedel. Som tabell 10.2. viser var veksten i dette halve århundret på 3,9 måneder pr. år for begge kjønn. Fra 1950 til 1975 ble veksten i forventet levealder vesentlig lavere, nemlig på 0,9 måneder pr. år, den samme som i annen halvdel av det 19. århundre. Fra 1975 og ut

Tabell 10.1: Forventet levealder (år) ved fødselen i utvalgte år, 1850–2000

År	Begge kjønn	Kvinner	Menn	Kjønnsforskjell
1850	49,5	51,3	47,8	3,5
1875	47,6	49,1	46,1	3,1
1900	53,5	55,1	51,8	3,4
1918	*50,3*	*52,1*	*48,6*	*3,5*
1925	62,5	64,0	61,0	2,9
1940–1944	*65,9*	*68,7*	*63,2*	*5,5*
1950	71,6	73,2	69,9	3,3
1975	74,8	78,0	71,7	6,3
2000	78,8	81,4	76,0	5,4

Kilde: Stein Emil Vollset (f. 1955), «Utvikling av forventet levealder i Norge 1846–2010 og store dødsårsaksgrupper 1951–2010», Folkehelseinstituttet, *rapport 2012: 4*, s. 13.

århundret, altså for en noe lengre tid enn den perioden vi omtaler her, begynte levealderen igjen å gå litt mer markert opp, men bare for menn, som vi ser av tabell 10.2.

Tabell 10.2: Vekst i levealder (måneder pr år) i forskjellige perioder 1846–2010

Periode	Begge kjønn	Kvinner	Menn
1846–1899	0,9	0,9	0,9
1900–1949	3,9	4,1	3,8
1950–1974	0,9	1,8	0,2
1975–1999	1,8	1,5	1,9

Kilde: Som for tabell 10.1.

I det gamle fattigsamfunnet, altså det samfunnet som fortsatt i stor grad var et delvis naturalhusholdspreget jordbrukssamfunn, men hvor det urbane, på den tiden nokså brutale, industrisamfunn begynte å gjøre seg gjeldende, var levealderen etter dagens norm, lav. Den var det imidlertid det fordi de fattigslige og til dels nokså uhygieniske levevilkår førte til så høy barnedødelighet, en barnedødelighet som i stor grad var forårsaket av infeksjonssykdommer. Ettersom samfunnet, i hovedsak drevet av industriutviklingen, blir mer velstående og mer skolert, og kunnskapen om hva som skaper helse og tap av helse blir bedre, gjøres miljøet mindre usunt, livsstilen mer helsefremmende og de medisinske tilbud mer virkningsfulle. Slik blir omfanget av det virkelig triste – tidlig død og invaliditet – mindre: I perioden 1851–1855 døde om lag én av ti levendefødte i løpet av første leveår; i slutten av vår periode døde vel fire av tusen levendefødte i løpet av første leveår. Det triste skyves fremover i tid, altså oppover i alder. Det triste avtar også lenge, det vil si frem til slutten av 1950-årene, i omfang; døden blir «sjeldnere»: I perioden 1851–1856 var dødeligheten på 17,3 pr. 1000 innbyggere. Den var på 14,1 promille i perioden 1901–1910 og på 8,5 promille i perioden 1951–56. Så begynner aldringen å gjøre seg mer gjeldende for den samlede dødelighet. Den passerte 10 promille igjen i 1970-årene, krøp oppover 10-tallet i 1980-årene og nådde i 1995 midt på 12-tallet.[868]

Klinikken blir altså i økende grad en klinikk for de eldre; preklinikken, som får en vitamininnspøytning fra midt i 1970-årene, forblir langt mer en tjeneste for alle, men særlig de yngre og middelaldrende. Helsetilstandsovervåkningen viser således at i etterkrigstiden og gjennom den perioden vi er opptatt av her, at degenerative lidelser, som hjerte-karsykdom og kreft, er de desidert viktigste dødsårsaker. Men de behov de to «leire» sender signaler om oppover, peker i ulike retninger: Spenningene mellom leirene øker altså. Preklinikerne sår, og med økende styrke, alvorlig tvil om klinikkens (behandlingens) betydning. Som preklinikerne, eller folkehelsefolkene, sier: Det er bedre å gripe inn «oppstrøms» (før folk er blitt syke) enn «nedstrøms» (etter at folk er blitt syke, endog et stykke ute i sykdomsforløpet).[869] De kan også bruke tidens viktigste sykdommer, og dødsårsaker, som eksempel: hjerte-karsykdommer og kreft. De første fremstod som den desidert viktigste dødsårsak i løpet av tiårene etter krigen, den andre som den nest viktigste. Men i løpet av 1970-årene begynte hjerte-kar-dødeligheten å gå ned. Det samme skjedde ikke med kreftdødeligheten. Den økte sakte og nådde en topp ved utgangen av den perioden vi her er opptatt av. Reduksjonen i den første type dødelighet skyldes kanskje særlig endringer i livsstil, spesielt kosthold (mindre helsefarlig fett, mer frukt og grønnsaker) og redusert tobakksnytelse, altså intendert og uintendert sykdomsforebyggelse. Den britiske legeundersøkelsen i 1950-årene (Austin Bradford Hill (1897–1991) og Richard Doll (1912–2005)), viste at røyking øker risikoen for å utvikle lungekreft.[870]

[868] Kilder: Dødsårsaksstatistikken og Helsestatistikken fra Statistisk sentralbyrå.

[869] Kfr. David Hunter, red., *Managing for health*, Abingdon, Oxon, UK: Routledge, 2007, særlig kap. 1 av D.H. ("The policy context and growing importance of health").

[870] R. Doll og A.B. Hill "The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report", *British Medical Journal*, 26. juni 1954, 1 (4877), s. 1451–1455. doi:10.1136/bmj.1.4877.1451. Kfr. også Austin Bradford Hill og Richard Doll, "Smoking and Carcinoma of the Lung", *British Medical Journal*, 30. September, 1950, 2 (4682), ss. 739–748. doi:10.1136/bmj.2.4682.739. Denne artikkelen er fra en sykehusbasert undersøkelse i London i slutten av 1940-årene. Dette er den berømte artikkelen basert på spørreskjemaer sendt alle britiske leger i 1951, og på opplysninger om dødsårsaker for de leger som døde i løpet av 29 måneder (november 1951 til mars 1954).

Funnene fra Hill og Dolls undersøkelse, og nye undersøkelser som nå kom, førte etter hvert til en betydelig reduksjon i bruken av tobakk. Den reduserte røykingen bidro og bidrar til å forebygge mye sykelighet, men lungekreftdødeligheten fortsatte å øke gjennom hele vår periode, og forsåvidt også etter denne, særlig for kvinner. Både overvåkningstallene og forskningen viste altså at forebyggende og helsefremmende tiltak kunne ha betydelig virkning, og, i forhold til omkostningene, langt større virkning enn behandling av enkeltpasienter «nedstrøms». Det var dette som gjorde at folkehelseentusiastene i Verdens helseorganisasjon i 1977 lanserte sin «Helse for alle innen år 2000»-strategi. Det politiske problem var imidlertid at sykdomsforebyggelse og helsefremme ikke utrydder sykdom og skader, eller død, bare forskyver det triste i tid og gir det et mer eller mindre endret innhold. Ja, det kan endog være at vellykket forebyggelse skaper et øket behov for, og økte utgifter til, klinisk hjelp. Siden det konkret triste som regel gies større oppmerksomhet enn det potensielt triste, både på individ-, institusjons- og samfunnsplan, vil helsevesenet først og fremst forbli et klinisk vesen. Det viste seg også i denne perioden. WHO-strategien til tross, det var de kliniske behov som fikk mest oppmerksomhet. Begge de to ministrene Norge hadde gjennom mesteparten av 1980-årene, Leif Arne Heløe og Tove Strand Gerhardsen, var opptatt av å skyve ressursene bakover i årsakskjeden – og begge mente det også etter hvert kunne føre til mindre press på spesialklinikken. Den første forsøkte også å følge opp sin holdning ved å begrense veksten i bevilgningene til klinikken. Han klarte også å holde den andelen av BNP som gikk til helsetjenester nokså stabil frem til 1985 (6,4–6,5 prosent), men (antagelig) med det resultat at sykehuskøene ble så lange at regjeringspartiene kom i mindretall etter valget i 1985. Hans etterfølger hadde da ingen muligheter for å være like streng med sykehusbevilgningene – statsministerkandidaten for Arbeiderpartiet, Gro Harlem Brundtland, hadde jo også under valgkampen i 1985, med henvisning til ventelistene for operasjon, omtalt regjeringen som «hjerterå».[871] Bevilgningene til helsetjenester økte ekstra sterkt som andel av BNP i annen halvdel av 1980-årene (økningen startet med Willoch-regjeringens 1985-budsjett), altså under regjeringen Brundtland II (1986–1989) (til 7,8 prosent). De neste ministre, Sellæg, Veierød og Christie, hadde ikke uttalt seg like tydelig som forgjengerne om sin holdning til forholdet klinikk/preklinikk, og ble i hovedsak klinikkministre, og særlig sykehusministre. Det er for øvrig også interessant at samtidig som det ble sagt at det var «bedre å forebygge enn å behandle», gav det første prioriteringsutvalget det råd at alvorlighet burde gies høyest prioritet.[872] Noe klarere råd om å sette behandling foran forebyggelse, kan man knapt gi. Politikerne var enig i rådet.

Helsefagfolkene i Helsedirektoratet var både klinikere og preklinikere, men det var de siste som satte tonen. De som hadde vært klinikere ble preget av det; de ble etter hvert delvis det som nå ble kalt samfunnsmedisinere. Både Helsedirektøren, men enda mer hans nestkommanderende, så på seg som samfunnsmedisinere, og på direktoratet som, faglig sett, en samfunnsmedisinsk institusjon. Folkehelsearbeid ble derfor for dem spesielt viktig. De tok strategien om helse for alle til seg. Den var en forpliktelse også for Norge, men for samfunnsmedisinerne i direktoratet ble den også en så vel personlig som institusjonell forpliktelse. Det passet dem at statsrådene sluttet opp om folkehelsefilsofien, men det ble underlig for dem at på det området de egentlig faglig stod best rustet fikk de bidra lite; ja, stadig mindre. Gjennom opprettelsen av Forebyggingsenheten, og til sist en avdeling som fikk forebyggelse som sin viktigste oppgave, ble politikkutformingen på dette område definitivt

[871] Uttalelsen om «hjerteråhet» (det gjaldt køene for hjerteoperasjon og det at noen valgte å dra til utlandet for å få operasjon) kom under et valgkamparrangement i Hammerfest den 12. august 1985. «Er det forsvarlig med sykehuskøer på 50.000?» spurte hun også.
[872] NOU 1987: *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste* (Lønning I).

flyttet opp til departementet, og det på en slik måte at også den helsefaglige tolkningen av informasjonen om behovene ble foretatt i departementet, om enn til dels i samarbeid med de spesialiserte behovsovervåkningsinstitusjonene, som registrene og byrået.

Fremgangens annen side: nye behov skapes

Bedringen i folkehelsen fra århundreskiftet og frem mot og gjennom den perioden vi omtaler, kan man generelt se på som uttrykk for direkte og indirekte konsekvenser av anvendelsen av den industrielle logikk, spesielt innen varefremstillingen, men i økende grad også i landbruket og i den upersonlige tjenesteytelse. Bak denne industrialisering lå naturvitenskapene, særlig fysikken og kjemien, og formalvitenskapene, matematikk, statistikk og, etter hvert, informatikk. Også medisinen ble preget av denne utviklingen, i første omgang gjennom den dramatiske utviklingen av medisinsk teknologi og medisinske varer, særlig medikamenter, men nå også i stigende grad gjennom prosessorganiseringen av tjenesteytelsen. Vitenskapene og opplysningskulturen så ut til å holde hva de lovet, kontinuerlig fremgang. De første tiårene etter krigen stod i optimismens tegn. Det var stadig optimismen som dominerte da vi nådde 1980-årene. Men en annen tone var også kommet inn i samfunnssamtalen. Ja, den var kommet inn allerede i 1970-årene og til dels fra slutten av 1960-årene. Flere stilte kritiske spørsmål ved fremgangen og veksten. En av grunnene var det som kunne se ut som bivirkninger av fremgangen. Man fikk slike også på medisinens område. Nye behov meldte seg, behov som på mer eller mindre åpenbare måter så ut til å ha med «fremgangen» å gjøre, samtidig som den altså fortsatte – vitenskapsdrevet, og nå også i stigende grad på styringens og ledelsens område.

Mest åpenbart så man de uønskede konsekvenser av utviklingen ved at det ønskede kliniske fremskrittet også representerte medisinske omkostninger. Medisinsk behandling er sjelden rent spesifikk; den griper inn i noe som har systemisk, *autopoietisk* (selvstyrende) karakter. Den har derfor både ønskede virkninger og det som, mer eller mindre unnskyldende, kalles bivirkninger. Bivirkninger er imidlertid virkninger like meget som (ønskede) virkninger er det. Når undersøkelse og behandling av en bestemt type, for eksempel med et bestemt medikament, har bivirkninger som overgår de ønskede virkninger i betydning taler man gjerne om behandlingen som kontraindisert, og i ekstreme tilfeller som skandaløs. Det første medikamentet i nyere tid som fikk stor oppmerksomhet for sine bivirkninger, var thalidomide, markedsført fra 1957, blant annet som et effektivt antikvalmemiddel. Det viste seg imidlertid å kunne føre også til alvorlige misdannelser hos fostre og medikamentet ble trukket tilbake i 1961.

Men denne hendelsen var ikke den første. Medikamenter med narkotisk virkning hadde lenge vært sett på som potensielt meget «bivirkningstunge», og bruken av dem ble fra tidlig i det 20. århundre begrenset og kontrollert i alle vestlige land. I USA døde i 1937 mange hundre mennesker etter å ha tatt et sulfapreparat – det skyldtes et (giftig) stoff det var løst opp i, og som mest ble brukt i antifrostmidler. I 1920-årene kom syntetiske beroligende midler, barbiturater, på markedet. De ble raskt populære, men viste seg snart også å ha avhengighetsskapende virkninger. Det samme viste seg også etter hvert å være tilfelle med de nye psykotrope medikamenter som ble lansert i begynnelsen av 1960-årene

(benzodiazepiner[873]). I 1950-årene kom de første antipsykotiske medikamenter (chlorpromazine[874]), medikamenter som ble sett på, og for så vidt representerte, gjennombrudd i behandlingen av personer med alvorlige sinnslidelser. Også dette medikamentet viste seg å ha en rekke bivirkninger, særlig av somatisk art. Det er ikke åpenbart at (de ofte litt diffuse) bivirkningene kan sees på som mer tungveiende når medikamentenes verdi skal vurderes enn de ønskede virkningene, men bivirkningene er i alle tilfeller slik at de skaper et nytt behov for behandling. En del av kirurgien, for eksempel ryggkirurgien, er også slik; den har større eller mindre bivirkninger, og undertiden bivirkninger som kan overskygge de ønskede virkningene, og altså skape behov for ny behandling.

I tillegg til dette skaper også den vellykkede behandling behov for ny behandling, som vi har antydet ovenfor: Den gjør at folk lever lenger og får nye, og andre, behov, men altså senere. Også dette er imidlertid et delvis tilbudsskapt behov, som dog, mer konkret, er både uintendert og, på et vis, ønsket.

I tillegg til at moderne medisin slik skaper behov som må overvåkes, gjør den det også, indirekte, ved at helsetjenesteytere gjør feil, det vil si, praktiserer medisinen på en annen måte enn den skal praktiseres på (utfører en prosedyre feilaktig eller unnlater å gjøre noe de burde ha gjort). Det behovet som slik skapes er ikke ubetydelig. I en grundig undersøkelse fra nyere tid i USA (2013) heter det at medisinske feil er den tredje viktigste årsaken til dødsfall i USA, etter hjertesykdom og kreft og foran kronisk obstruktiv lungesykdom, med 9,7 prosent av alle dødsfall.[875] Der er ikke gode undersøkelser fra den perioden vi undersøker og fra Norge, men den amerikanske undersøkelsen gjør at det er grunn til å tro at omfanget av *iatrogene* dødsfall var, og er, betydelig også i Norge. Dødsfall skaper behov for forebyggelse. Medisinske feil fører imidlertid også til behov for mer behandling. For eksempel fører feil til at det oppstår sykehusinfeksjoner. De kan ofte kreve omfattende behandling. I Norge antaes det at mellom 6,5 og 10 prosent av alle pasienter som legges inn ved somatiske sykehus får infeksjoner. Noen av legenes, eller sykepleiernes, feil, og som gjerne ikke registreres som sådanne, er at de gir pasienter feil råd og anvisninger (eller at ulike leger gir ulike råd, eller forskriver legemidler uavhengig av hverandre), både om legemiddelbruk, kosthold og annet. I tillegg gjør pasientene «selvstendige» feil. Slik skaper behandling direkte, og indirekte, nye behov.

Helsemyndighetene var ikke spesielt opptatt av hvordan medisinen selv skapte nye, uønskede eller ønskede, behov for behandling. Den første type behov ble man gradvis mer opptatt av, men uten å spille noen spesielt aktiv rolle, enten det gjaldt registrering eller forebyggelse. Presset for å ta den direkte og indirekte *iatrogene* sykelighet og dødelighet mer alvorlig kom delvis fra dem som, utenfra og moderniseringskritisk, tvilte generelt på medisinens tilbud, og delvis fra mer eller mindre interne selvkritikere, nemlig helsetjenesteforskerne, medregnet representantene for (den nye) kliniske epidemiologi. Den mest kjente representant for de første var filosofen med mer, Ivan Illich (1926–2002), som åpnet sin bok *Medical Nemesis*

[873] De virker blant annet antiepileptisk, angstdempende, muskelavslappende, anestetisk og sederende. Det første benzodiazepinet ble oppdaget i 1954, men ikke straks fulgt opp. Da benzodiazepinet diazepam, Valium, kom på markedet i 1963 overtok det for barbituratene og ble i USA det mest solgte legemiddel i årene 1969-1982. Dets avhengighetsskapende konsekvenser ble for alvor kjent i 1973.

[874] Chlorpromazine er et antipsykotisk medikament, særlig brukt for å behandle personer med schizofreni, men også bipolar lidelse (manisk-depressiv sykdom), ADHD og kvalme. Midlet ble oppdaget i 1951. Det kan føre til (alvorlige) bevegelsesproblemer, søvnighet, tørr munn, lavt blodtrykk og vektøkning.

[875] Martin A. Makary og Michael Daniel, «Medical error – the third leading cause of death in the US», *British Medical Journal*, 2016; 353: i2139. (http://www.bmj.com/content/353/bmj.i2139)

(1975) med disse ord: «The medical establishment has become a major threat to health». Han taler om en «*iatrogen* pandemi».[876] De nye helsetjenesteforskerne og de kliniske epidemiologer var først og fremst opptatt av tilbudssiden, det vil si av hvordan ulike tilbydere i «like» situasjoner oppførte seg ulikt og i hvilken grad de behandlinger klinikerne «offisielt» gav, egentlig var godt nok dokumentert. Men slik bidro de for så vidt også til å bringe frem i dagen hvordan, og til dels hvorfor, medisinen var med på å skape nye behov for behandling og forebyggelse.

Torbjørn Mork var opptatt av helsetjenesteforskningen, og støttet den, både gjennom direktoratet og forskningsrådet (NAVF). Han var også, som epidemiolog, opptatt av Thomas McKeowns (1912–1988) forskning og den kliniske epidemiologi og dens funn. Denne (nye) forskningen gjorde i noen, ja, stigende, grad ham og hans kolleger mer bevisst at klinikken også skapte behov for medisinsk bistand. Noen særlig virkning på behovsovervåkningen og, som vi skal komme tilbake til, på tilbudspolitikken, lot de den dog ikke få. Til det satt ennå den medikratiske kultur for tungt i. Behovsovervåkningsstatistikken forble snill overfor tjenesteyterne.

Det vitenskapsbaserte, moderne velstandssamfunn har gitt en betydelig økning i helsestatus i befolkningen. Det er imidlertid også grunn til å tro at det kan ha bidratt til å skape noen behov. Den generelle vekstpolitikk har hatt omfattende virkninger de fleste har ønsket og ønsker, men kan altså også ha noen bivirkninger de fleste ikke setter pris på.

Forskerne, og helseforvalterne, så det også slik og begynte å tale om «velferds- og sivilisasjonssykdommer».[877] Peter Hjort la stor vekt på disse sykdommer, og omtalte dem gjerne som «samsykdommer»: De hadde med samfunnet og det menneskelige samkvem å gjøre.[878] Han omtalte hjerte-karsykdommene, kreft og ulykker som sivilisasjonssykdommer; han så dem delvis som et «svar» på industrisamfunnets modning. Samsykdommene var sykdommer av psyko-sosial art som skyldtes «vanskeligheter med omstillinger» – som ved tap av arbeid eller ektefelle. Han knyttet dem til «det rike postindustrielle samfunn» preget av konkurranse og presset for å skape fortsatt økonomisk vekst. Det var vanskelig å knytte disse problemene, som selvmord (hyppigheten økte, særlig for menn, gjennom hele den perioden vi er opptatt av), ikkepsykotiske psykiske lidelser – altså angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser (som også så ut til å øke i denne perioden), spiseforstyrrelser (et økende problem), rusmiddelavhengighet (økende problem når det gjaldt en del syntetiske rusmidler/medikamenter) og kroniske smertetilstander – som fibromyalgi (som også økte) direkte til samfunnsutviklingen.[879] Noen hadde imidlertid for lengst presentert interessante teorier om sammenhengen, og altså om hvordan en utvikling som reduserte behovet for medisinsk bistand også bidro til å øke det.

---

[876] Ivan Illich, *Medical Nemesis. The expropriation of Health*, New York: Pantheon Books/Random House, 1976 (1975), s. 3 og 4.

[877] Geir Stene-Larsen, "1880-2005 – fra fattigsykdommer til overflodslidelser", *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, b. 126, nr. 1, 2006, s. 38-43.

[878] Kfr. Peter F. Hjort, "Om samsykdommer", i P. F. Hjort, *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-1993*, Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994, ss. 75-85.

[879] I noen grad kan man også se på fremveksten av en infeksjonssykdom som HIV/AIDS som en «samsykdom». Den ble identifisert med hensyn til sykdomsagens ved inngangen til 1980-årene og vokste raskt i omfang gjennom den perioden vi her er opptatt av (før man, relativt raskt, klarte å utvikle en effektiv, om ikke kurativ, behandling).

De såkalte klassiske sosiologer, det vil si, de store sosiologene som var virksomme rundt det forrige århundreskifte, som Ferdinand Tönnies (1855–1936), Georg Simmel (1858–1918), Émile Durkheim (1858–1917) og Max Weber (1864–1920), påpekte at det vitenskapsdrevne industrisamfunn bidro til å løse opp de nedarvede, organiske sosiale fellesskap.[880] Det endret samfunnet, som den første sa, fra å bestå av konkret-organiske små fellesskap (*Gemeinschaften*), løst integrert i et større fellesskap, til å bli en samling av stadig mer abstrakte nettverk (*Gesellschaften*) integrert i stadig lengre, upersonlige avhengighetskjeder. I det tradisjonelle samfunn hadde gruppen vært primær; den både formet og tok vare på individene. Men dette samfunnet var slik også et frihetsbegrensende samfunn. Arne Garborgs (1851–1924) bondestudent Daniel Braut (1883) måtte inn til den mer abstrakte og upersonlige hovedstaden for å bli fri, men slik også for å bli en sviker. Braut blir både motløs og uselvstendig. Han makter ikke friheten.[881] Det gjør heller ikke mange andre. Én virkning er sosiale problemer, helseproblemer medregnet.

Tönnies påpekte hvordan det moderne ved å løse opp tradisjonelle bånd og en tradisjonell kultur (preget av det han kalte *Wesenwille*) gjorde menneskene mer individualistiske, der de typiske bånd mennesker imellom var de pengeformidlede økonomiske bånd (preget av *Kürwille* – en betinget eller tilfeldig vilje). Sosiale forbindelser ble i det nye samfunn slik tynnere og stadig mer instrumentelle. Motivasjonen ble mer og mer begrenset til det individuelt egoistiske. Konkurranse kom slik inn som et viktig element i forholdet mennesker imellom. Konkurransen drev individene til å opptre stadig mer kynisk, og mer kynisk, ja, utbyttende, jo mer omfattende den ble. Durkheim pekte på hvordan forholdet mellom folk i det gamle samfunn var preget av personlige bånd og tradisjoner, mens det i det moderne var spesialisert og (egen)nyttebasert. Weber var blant annet opptatt av hvordan det moderne samfunn var preget av «rasjonalisering og intellektualisering» – altså av at forhold mennesker imellom var blitt bevisst instrumentelle og nyttige, og gjennomsyret av desillusjon – mens de i det gamle samfunn var preget av mystikk og magi.

Man kan si at det de klassiske sosiologer, og spesielt Tönnies, sa, var at det supermoderne samfunn opphevet sosiologien – det at menneskene var fanget i fellesskapenes normer. Men det gjorde jo ikke bare det, for opphevelsen skapte en ny sosiologi, en formalisert (rasjonalisert) sosiologi som gjorde det nødvendig for den enkelte å opptre mer og mer individualistisk instrumentelt. Selv om foreldrene fortsatte å spille en stor rolle for barnas muligheter for å utfolde seg, måtte alle allikevel også markere seg på egne premisser. Ikke alle maktet det, og spesielt ikke de som hadde foreldre som selv ikke hadde klart seg så godt. Selv om samfunnet opprettet velferdsordninger for å mildne virkningene av individuell tilkortkomning, og selv om familie og frivillige organisasjoner spilte en lignende rolle, kom allikevel mange inn i onde sirkler, sirkler preget av nederlag på nederlag. Det gav seg etter hvert utslag i selvdestruktiv adferd og sykdom av mange slag, men sykdom som nesten alltid hadde et betydelig psykisk innslag.

Det supermoderne samfunn, preget som det er av at kunnskapsgrunnlaget både for yrkespraksis og privat praksis stadig utvikles og at individene løsrives mer fra tradisjonelle

[880] De mest aktuelle verk fra disse er: F. Tönnies, *Gemeinschaft und Gesellschaft* (1887); G. Simmel, *Philosophie des Geldes* (1900) og *Die Grosstädte und das Geistesleben* (1903); É. Durkheim, *De la division du travail social* (1893); M. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft* (samlet og utgitt etter hans død, i 1924).
[881] Romanen er ikke primært en "sosiologisk" roman, som vi her har brukt den som et uttrykk for. Det er spenningen mellom bondekulturen og embedsmannskulturen som dominerer. Men denne spenningen kan også sees på som uttrykk for den sosiologiske spenningen vi er opptatt av her.

strukturer og blir mer mobile, øker endringstakten i samfunnet. Under den første del av industrialiseringen, den som baserte seg på newtonsk mekanikk, ble, da den først var kommet i gang, preget av en gradvis utvikling – av skritt-for-skritt-vekst. Med introduksjonen av den nye elektronikken etter krigen og med den, «kognitiviseringen» av de «dumme» maskiner, skjøt utviklingen ny fart. Endringene ble også mer sprangvise, eller kvalitative, og dermed også mer opprivende. Det startet for alvor under Morks tid som helsedirektør. Selv om endringene, spesielt i arbeidslivet, ennå ikke virkelig var blitt det den fascinerende forretningsprofessor ved Harvard Business School, Clayton M. Christensen (f. 1952), siden skulle kalle «disruptive»,[882] opprivende, var endringstakten blitt betydelig, så betydelig at fremtidstenkeren Alvin Toffler (1928–2016) i 1970 sa at det som preger, og mer og mer vil prege, det moderne vestlige samfunn, er den høye, ja, stadig høyere, endringstakten. Det betyr, sa han, at menneskenes tilpasningsutfordringer stadig vokser. Menneskene må bruke mer og mer av sin tid og oppmerksomhet på å tilpasse seg nye forhold, og til dels å lære å gjøre det: Gammel kunnskap og gammel erfaring gjøres stadig raskere avlegs, ja, blir en byrde. Toffler kalte sin bok «Future Shock»: Å få slike sjokk er å få, sa han, kultursjokk i eget samfunn.[883]

Men allerede før Toffler skrev, hadde østerriksk/ungarsk-canadiske Hans Selye (1907–1982) pekt på noe av det kausale grunnlag for at endring skaper tilpasningsproblemer. Han hadde, som medisinerstudent i Praha i 1925, lagt merke til at alle som fikk en sykdom ble seende syke ut og begynte å lure på hva sykdom var. Hans lærere avviste ham og sa at der bare fantes sykdomm*er*. I et tilbakeblikk på sin karriere skriver han et kvart århundre senere:[884]

> *I could not understand that, since time immemorial, physicians should have attempted to consentrate all their efforts on the recognition of individual maladies and the discovery of specific drugs, suitable only for the treatment of individual diseases, without giving any attention to the «syndrome of being sick"*.

Siden skulle Selye påvise hva sykdom var, nemlig kroppens generelle (forsvars)reaksjon på «noxious agents», enten disse var virus, bakterier, giftige substanser av et eller annet slag eller, for så vidt, store endringer i livssituasjon. Mennesker reagerer på alle typer slike utfordringer, i de første tilfeller fysiologisk,[885] i det annet tilfelle også psykologisk – gjennom en orienteringsrespons. Det siste betydde altså at de endringer, særlig de større – både positive og negative, et menneske opplever, kan utløse disse psykologisk-fysiologiske prosessene. Han omtalte dem som det generelle tilpasningssyndrom (*General Adaptation Syndrome*). Forsvarsreaksjonen (GAS) var altså hans «sykdom». Han viste også at jo oftere dette syndom utløses, jo mer utsatt blir et menneske for *mange typer* sykdomm*er*. Selye kalte etter hvert sine «noksiøse agens», «distress» og «eustress», og generelt «stress».[886]

---

[882] Kfr. Clayton M. Christensen, et al., *The Innovator's Prescription: a Disruptive Solution for Health Care, op.cit.*.

[883] Alvin Toffler, *Future Shock*, New York: Random House, 1970.

[884] Hans Selye, *The Story of the Adaptation Syndrome*, Montreal, Canada: Acta Inc., Medical Publishers, 1952, s. 18.

[885] Bl.a. utskilles ACTH fra hypofysen; ACTH går til binyrene som så utskiller noen kjemikalier, costicosteroider, som i neste omgang øker kroppens metabolisme, fører til at blodtrykket stiger, gjør at anti-inflammatoriske substanser sendes til eventuelle infiserte sårsteder og til at fett og proteiner blir omdannet til anvendbar energi.

[886] Selye lanserte sine første ideer allerede før krigen. I forordet til boken *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaptation*, på over 1000 sider og mer enn 5000 referanser, (Montreal, Canada: Acta, Inc., Medical Publishers,

I 1967 publiserte de amerikanske psykiaterne Thomas H. Holmes (1919–1989) og Richard H. Rahe sin stressskala, en liste over 43 stressende livshendelser som kan føre til sykdom.[887] De undersøkte sammenhengen mellom 43 stressende hendelser og opplysninger om sykdom hos 5000 medisinske pasienter, og fant at den var betydningsfull (korrelasjon på 0,118). Endring, og spesielt større endringer, som krever mye tilpasning, øker altså risikoen for sykdom – selv om risikoen kan reduseres gjennom opplæring i endringshåndtering.

Det supermoderne samfunn skaper og forutsetter individualisering. Ved at det gir et stort flertall stadig høyere kjøpekraft skaper det også økende formell privat frihet. I arbeidslivet ser vi imidlertid at den styrte koordineringen i mange henseender tiltar. Dette skjedde først i den første industrialiseringsperioden, og fikk særlig konsekvenser for fabrikkarbeiderne, men til dels også for administratorer både i privat og offentlig virksomhet. Etter krigen har det i stigende grad skjedd også i de tjenesteytende næringer og i forvaltningen mer generelt. Også privatlivet og livet ellers er i stigende grad blitt preget av at tekniske og rettslige regler skal følges. Den tyske (og siden britiske) sosiologen Norbert Elias (1897–1990) har omtalt denne utviklingen – den begynte, sier han, da det middelalderlige samfunn begynte å gå i oppløsning – som sivilisering: Menneskene lærer å tøyle sine følelser og å følge moralske og andre regler, regler det blir stadig flere av.[888] De disiplineres. Frihetssamfunnet begrenser altså også friheten, samtidig som den kompliserer det å skulle benytte seg av den, ja, bare det å kunne manøvrere i dette samfunnet. Slik kan mange, kanskje stadig flere, bringes over på defensiven, bli engstelige objekter. Det kan også skape det den unge (ennå hegelianske) Karl Marx (1818–1883) allerede i 1844, med henvisning til det nye fabrikkarbeidet, kalte fremmedgjørelse.[889] Arbeideren, og i dag langt flere, kan ikke speile seg i produktet av sin innsats; det står imot dem som noe fremmed og til dels fiendtlig: Den regelstyrte kan bare sette spor etter seg ved å gjøre en feil. Siden mennesker er eksistensielt bevisste vesener, betyr fremmedgjøring også ofte meningsløshet. Den tyske teologen Paul Tillich (1886–1965) sondret mellom ontisk (skjebne, død), moralsk og eksistensiell angst og sa at den siste preget den (super)moderne tid. Slik sett er det knapt heller tilfeldig at eksistensialismen som filosofi vokste frem med industrialismen og ble en betydelig retning opp til den perioden vi her er opptatt av.

Det er ikke så enkelt å vise hvordan disse tankene kan skape helseproblemer, men et utgangspunkt kan være teorier om menneskelige behov, spesielt de «høyere», mest typisk menneskelige behov. Når de ikke tilfredsstilles bringer det mennesker på defensiven, og gjør det dermed mer utsatt for alle typer lidelser.

Mange samfunnskritikere var opptatt av disse mulige «systemskapte» behov. De talte undertiden om et sykdomsskapende samfunn. Det ble imidlertid ikke gjort så meget systematisk i helseforvaltningen for å kartlegge problemenes omfang. Behovsstatistikken forble «forsiktig» og reaktiv. Den reflekterte det optimistiske syn på samfunnsutviklingen, ikke så meget det pessimistiske. Og i den grad den reflekterte det siste, gjorde den det ved å inkorporere informasjonen om disse data i informasjonen om de «tradisjonelle» data. Ei heller

1950) skrev han: "But most personally, this book is dedicated to my wife, who helped so much to write it, for she understood that I cannot, and should not, be cured of my stress but merely taught to enjoy it".

[887] "The Social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, b. 11, nr. 2, 1967, s. 213-218.

[888] Norbert Elias, *The Civilizing Process*, Oxford, UK: Blackwell, 1994 (den for oss viktige delen av boken ble først publisert i 1939, som *Über den Prozess der Zivilisation* (Basel: Haus zum Valker).

[889] Karl Marx, *Ökonomisch-philosophische Manuskripte*: http://www.mlwerke.de/me/me40/me40_510.htm.

ble det derfor gjort særlig meget for å gjøre informasjon om mer eller mindre systemskapte behov til premisser for ny politikk. Svarene ble først og fremst reaktive. Man forsøkte å finne hjelpemidler på det «sykdomsskapende» samfunns premisser. Ingen som satt i offisielle posisjoner i direktorat og departement foreslo at man skulle forsøke å modifisere trekk ved samfunnet og dets utvikling. Ja, den perioden vi nå omtaler er jo endog en periode hvor den tenkning som hadde skapt dette samfunn, scientismen, fikk en ny giv: Det er nå både medisinen selv og medisinalledelsen i enda større grad åpner dørene for ikke bare vitenskapelig medisin, men også vitenskapelig ledelse.

Tilbudsovervåkningen

Tilbudsovervåkningen har to sider, en ressursovervåkningsside og en side knyttet til overvåkningen av helsefagutviklingen. Den siste er den primære, for så vidt som det er fag- og teknologiutviklingen som langt på vei, og både direkte og indirekte (ved å påvirke behovet) bestemmer hvilke personellmessige, fysiske og finansielle ressurser som trenges. Det er allikevel i praksis ressursovervåkningen som får mest, og mest systematisk, oppmerksomhet i forvaltningen: Den kan i stor grad overvåkes kvantitativt og institusjonelt. Fagutviklingen må, eller måtte, i hovedsak overvåkes kvalitativt og dermed også nokså personlig. Noe begynte imidlertid i så henseende å skje hva gjaldt fagutviklingen i den perioden vi her omtaler. Først skal vi se på overvåkningen av ressurssiden.

Ressursovervåkningen

Tilbudet representeres først og fremst av helsepersonellet, dernest av de fysiske ressursene, alt fra bygninger, til utstyr, medisiner og forbruksmateriell. I tillegg kommer «metaressursen» penger, altså midlene til å engasjere og lønne personell og kjøpe utstyr etc. Det har vært ført statistikk over personell siden 1853, en statistikk som stadig er bygget ut og gjort mer pålitelig. Der har også vært ført statistikk over noen sider ved den fysiske ressurssituasjon, som antall institusjoner og sengeplasser. Også denne statistikken er etter hvert bygget ut og gjort mer pålitelig. De finansielle ressurser klinikken får omfatter delvis bevilgninger, i «vår» periode i stor grad rammebevilgninger (spesielt til sykehusene, fra 1980), men også forbrukesrelaterte inntekter (trygderefusjoner og egenandeler). Her skal vi ikke omtale «overvåkningen» av denne siden ved ressursutviklingen; den er i stor grad en del av helsepolitikken og vil bli kommentert senere (under plandiskusjonen, men også under diskusjonen av klinikkens resultater).

Tilbudsstatistikken reflekterer helsevesenets regimeforhold. Fra starten av og nesten ut Evangs tid som helsedirektør reflekterte det således det eksisterende medikratiske regime, men ikke bare. Den reflekterte også de pleiebehov, og beskyttelsesbehov, samfunnet hadde. Hva angikk det første var der fra starten av legestatistikk, og etter hvert statistikk over de godkjente, og delvis legekontrollerte, øvrige grupper, altså apotekere, jordmødre, tannleger og hjelpevaksinatører. Sykepleierne, som vokser frem som nyetablert gruppe fra slutten av det 19. århundre kommer med i statistikken i 1920-årene. Der er også utførlige opplysninger om legeaktiviteten ved de alminnelige sykehus, blant annet om kirurgiske og obstetriske inngrep. På den forholdsvis ressurskrevende pleie- og beskyttelsessiden omfatter den gamle statistikken til dels detaljerte opplysninger om sinnsykeasylene, blant annet om belegget og

virksomheten, om leprainstitusjonene og om tuberkuloseinstitusjonene. Statistikken var ikke helt pålitelig til å begynne med, men blir fra begynnelsen av det 20. århundre stadig bedre. Hva personellet angår omfattet den «persontall»; den gjaldt altså alle som var registrert som leger, tannleger, jordmødre osv., uavhengig av om, og hvor, yrkesaktive de var. Opplysningene ble fra 1853 presentert i *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene*. "Beretning om" ble sløyfet fra 1887. Den beholdt det forkortede navnet, etter hvert (1904, 1916) med en fornorsket skrivemåte til og med 1961. Sinssyke- og leprastatistikken ble utgitt i egne publikasjoner.

Den «nye» statistikken kommer altså fra 1962. Hovedstatistikken kommer fra nå av under navnet *Helsestatistikk*. Det markerer en viss nedtoning av det medikratiske: medisinalvesenet, vesenet preget av leger, blir et faglig mer nøytralt helsevesen. Samtidig preges tiden som nå kommer, og som avsluttes mot slutten av den perioden vi nå omtaler, med eksperimentering. Eksperimenteringen viser seg ved at en del av den statistikken som tidligere stod i medisinalforholdsstatistikken, nå taes ut av Helsestatistikken og presenteres i spesialiserte statistikkhefter. Således kommer der fra 1970 en egen legestatistikk. Den erstattes så fra 1979 med en mer fagnøytral statistikk over helsepersonell. Her gies det opplysninger om leger, inkludert om legespesialister og deres fagtilkytning, men også om sykepleiere og deres spesialisering. Statistikken omfatter nå også hjelpepleiere. Den gamle, spesialiserte sinnssykehusstatistikk blir fra 1961 til statistikk over psykiatriske sykehus. Fra 1965 (utgitt 1967) kommer det en spesialisert sykehusstatistikk. Disse to institusjonsstatistikkene samles fra 1980 i en statistikk over helseinstitusjoner. Samtidig med at statistikken slik spesialiseres gjøres den mer pålitelig og detaljert, spesielt hva gjelder personellet. Her hadde man nå fått helspersonellregisteret som gav et godt grunnlag for å lage offentlig statistikk. Mens man før brukte tall for alle med de ulike utdannelser, begynner man nå å sondre mellom yrkesaktive og ikke yrkesaktive. Mot slutten av vår periode begynner man tillike å gi opplysninger om årsverk. I alle grupper var der en del deltidsarbeid, og generelt mer jo kortere utdannelse personene i de ulike grupper hadde.

Men eksperimenteringen innebærer ikke bare at statistikken gradvis bygges ut. Den bygges også ned. Helsepersonellstatistikken kommer ut for siste gang i 1985 og helseinstitusjonsstatistikken for siste gang i 1991. Endelig forsvinner også hovedstatistikken, *Helsestatistikk*, nemlig fra 1993 (siste utgivelse, men med tall hovedsakelig fra 1991). I 2000 ble det gitt en egen bok kalt Helsestatistikk 1992–1998. Den inneholdt tidsserier, men var langt mindre omfattende enn de tidligere statistikker. En del av helsestatistikken ble dog fortsatt presentert i Statistisk årbok (som først ble nedlagt i 2013 (siste utgave)).

I 1990 gav Byrået ut *Utsyn over helsetjenesten – endringer i ressursbruk og aktivitet.*[890] Her presenteres «viktige utviklingstrekk i helsetjenesten, med hovedvekt på de siste 10–15 årene». Det heter også at «et annet formål er å belyse de sentrale helsepolitiske målsettingene, slik de kommer til uttrykk bl.a. i Nasjonal helseplan». I 1995 gav Byrået ut *Helse(år)boka 1995 – Hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge*.[891] Det heter i forordet til denne boken at dens formål «er å gi en mest mulig samlet framstilling av ulike sykdommers utbredelse i befolkningen, og av status og utvikling i ressursbruk og aktivitet i ulike deler av helsetjenesten». På en litt tilfeldig måte beveger altså byrået seg, hva helsetjenestestatistikken angår, i mer analytisk retning. Det reflekterer kanskje i noen grad tendensen til at forskningen

[890] Anders Barstad og Arne S. Andersen, *Utsyn over helsetjenesten*, SSB, *Rapporter 90/5*.
[891] Siv Øverås, *Helseårboka* 1995, Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 1995.

nå styrkes i byrået, og at det skjer slik at den blir generelt akademisk. I tiden etter den perioden vi ser på i dette bindet, begynner helseforvaltningen å ta tilbake en del av datainnsamlingen og, for så vidt dataanalysen, også hva angår tilbudssiden. Det er dog ikke spesielt for helsesektoren. Det reflekterer utviklingen mot mer målstyring. Den krever en mer analytisk gjennomtenkt dataregistrering – og dataanalyse, altså en registrering og analyse som krever nær kjennskap til den aktuelle tjeneste. For så vidt kan man si man ser de første spor av dette i den ovennevnte utsynsrapporten: Den skulle belyse hva som skjedde med de helsepolitiske målsetninger. Rapporten ble utarbeidet i samarbeid med Sosialdepartementet, ikke Helsedirektoratet.

Byråets praksis fra slutten av 1980-årene gjør altså at det ikke blir mulig å vise utviklingslinjer over særlig lang tid. Datagrunnlaget blir slik mer ad hoc-preget. Det øker sannsynligheten for en mer reaktiv og mindre offensivt strategisk politikk. I Direktoratet er det spesielt folkehelsefolkene som har kontakten med byrået, men de er mer opptatt av behovs- enn tilbudssiden. Departementet, som nå hadde ansvaret for å utarbeide meldinger, blant annet den nasjonale helseplan (som kom våren 1988), hadde et større behov for tilbudssidedata, og bidro altså til utsynsrapporten, men var allikevel ennå forholdsvis «datapassivt». Der ser heller ikke ut til at noen i byrået spilte en spesielt aktiv rolle for å opprettholde den statistiske overvåkning av utviklingen av tilbudsressursene. Man kan kanskje slik si at den aktuelle tilbudsovervåkningen ble svekket i løpet av den perioden vi ser på. Det kan ha sammenheng med delingen og med overføringen av langt mer av tjenesteansvaret til fylkeskommuner (særlig fra 1976 da den nye fylkeskommunen kom) og primærkommuner (fra 1984). Det har nok også spilt en rolle at styrings- og ledelsesrevolusjonen – og den målstyring den førte til, ennå ikke hadde satt seg i helseforvaltningen, og skapt tydelige datakrav. Det gjaldt både i departement og direktorat, men når alt kom til alt antagelig mest i departementet. Det er imidlertid også åpenbart at byrået, med sin statistikkpublisering knyttet til tilbudssiden, ikke var preget av de tanker som preget målstyringstenkningen. Byrået hadde således ingen enkeltperson som drev denne delen av helsestatistikkarbeidet.

Styrings- og ledelsesrevolusjonen hadde mye av sitt intellektuelle grunnlag, og slik også sin bevegende grunn, i samfunnsvitenskapene, særlig i samfunns- og bedriftsøkonomikken. Samtidig var det slik at den stimulerte disse fagene til å bidra til videreutviklingen av denne revolusjonen, altså overgangen til mål- og resultatstyring. Politikken og dens analytikere kom slik gjensidig til å dytte hverandre videre og altså til å skape en mer offensiv styring. Også i Norge oppstod det på helsesektorens område en rekke fagmiljøer som bidro til dette, selv om enkeltpersoner innen disse miljøer også kom i en viss opposisjon til den utvikling flertallet bidro aktivt til. På den «entusiastiske» siden kom allerede i 1970, etter initiativ fra NTH og i samarbeid med Sosialdepartementet, Norske Kommuners Sentralforbund og SINTEF, Norsk institutt for sykehusforskning. Dette instituttet arbeidet særlig med utgangspunkt i teknologisk og bedriftsøkonomisk tenkning. Det ble til SINTEF Unimed i 1992. Fra 1989 gav det ut, på oppdrag fra departementet, datarapporten Samdata sykehus. Den gav vesentlig bedre informasjon enn den gamle helseinstitusjonsstatistikken hadde gjort. Den var mer detaljert, mer økonomisk orientert og var bedre organisert for målstyringsformål. Vi skal snart komme tilbake til en måte Samdata-informasjonen ble brukt på av departementet.

Omtrent samtidig som NIS kom i gang ble det utviklet et medisinsk-sosiologisk miljø, spesielt under professor Yngvar Løchen (1931–1998) ved det nye Universitetet i Tromsø. Dette miljøet var mer kritisk til den økonomiinspirerte nyttetenkning som preget ledelsesrevolusjonen. Gruppe for helsetjenesteforskning, grunnlagt og ledet av professor Peter

F. Hjort, kom i gang i 1975. Gruppen var flerfaglig, med både leger, økonomer og andre samfunnsvitere. Den bidro i noen grad, men ikke entydig, til utviklingen av det intellektuelle grunnlag for målstyringen. I 1986 ble Senter for helseadministrasjon etablert ved Universitetet i Oslo. Også dette senteret hadde en flerfaglig profil, og bidro heller ikke det entydig til å gi premisser til målstyringen.

Helsedirektoratet hadde tilbake til Evangs tid utarbeidet fagrapporter av ulike slag, rapporter som både ble brukt oppover – ved utviklingen av ny politikk, og nedover – gjennom iverksettelsen av etablert politikk, spesielt som rådgivning. Som et ledd i den faglige mobilisering delingen forutsatte at direktoratet satte i gang, ble rapportvirksomheten utvidet, særlig fra 1985–1986. Det gjaldt Helsedirektoratets utredningsserie (1 til 8 rapporter i året), Helsedirektoratets veiledningsserie (1–3 rapporter pr. år), Helsedirektoratets temahefter (1–2 rapporter pr. år), Helsedirektoratets idéseriehefte (1 rapport), samt noen planpregede rapporter. De aller fleste av disse var nedstrømsorientert og av medisinsk, særlig folkehelsemedisinsk, art, men også av teknisk og juridisk art.[892] Noen var så vel oppstrøms- som nedstrømsorientert. En utredningsrapport skiller seg litt ut. Den er tilbudsorientert og politikkforberedende. Rapporten heter *Småsykehus – fremtidige oppgaver og funksjoner* (utredningsserien, 3-1991). Den er i praksis skrevet av direktoratets fremste analytiker i denne perioden, nemlig avdelingsdirektør Jørgen Jonsbu, og hans fagsjef, Haakon Melsom. De to hadde med seg en referansegruppe, stort sett av leger og noen sykepleiere, men søkte også hjelp hos Peter Hjort og SINTEFs forsker Per Bernhard Pedersen. De har, med bistand fra den sistnevnte, brukt Samdata-data.

Rapporten følger opp ideer fra Asvalls «nr. 9», men driver ikke argumentasjonen videre, for eksempel i industriell retning. Rapporten er diplomatisk formulert. Den peker, som «nr. 9», på at de små sykehus, og særlig de minste, har typiske «smådriftsproblemer»: På mange områder vil kvaliteten forbli for lav og omkostningene for høye; i tillegg, men også knyttet til det første, har små sykehus vanskelig for å rekruttere erfarne leger. Jonsbu og Melsom ser derfor for seg at lokalsykehuset bør bli en forstørret legepraksis: Legene bør være almenorientert og sosialt orientert. Det siste innebærer at de bør legge vekt på forebyggende arbeid. Som store legepraksiser kan de små sykehusene fungere nokså poliklinisk og være en utvidet legevakt. De åpner imidlertid for at også biologisk spesialisert virksomhet, den mest ansette blant leger, kan drives ved små sykehus. Da må disse sykehus imidlertid bestemme seg for en «nisje» – én spesialitet. Jonsbu og Melsom mener det i fremtiden «vil .. være nødvendig med en sterkere overordnet styring» (s. 25), men legger samtidig vekt på at småsykehusenes rolle bør utformes i samarbeid mellom de små sykehus og de større (innen de enkelte fylker).

Rapporten bærer altså preg av den målorienterte nyttetenkningen, men gjør det ikke på noen offensiv og mer tydelig «industriell» måte. Hvordan prosessene foregår ved små sykehus og hvordan de virker inn på kvalitets- og effektivitetsmålene drøftes nokså generelt. Industrielt hadde det vært naturlig å dele opp arbeidet etter prosess/oppgave-type: Det er stor forskjell på kunstnerisk pregede diagnostiske oppgaver og prosesser, hvorav noen er preget av hast og andre ikke er det, og regel/prosedyrebaserte behandlingsprosesser (-forløp) når diagnosen er stilt. Der er spor av differensieringstenkning i rapporten, for eksempel i det som står om

[892] Noen eksempler er: Forebygging av hjerte- og karsykdommer (utredn., 2-1989), Handlingsplan for barn og unge med allergi/overfølsomhet, astma og andre kroniske lungesykdommer (utredn., 2-1991), Byggetekniske tiltak for å begrense radonkonsentrasjonen i fremtidige boliger (veil., 2-1986), Håndtering av legemidler i aldershjem (vel., 1-1990), Flyktninger og asylsøkere – Helseproblemer og medisinsk behandling (tema., 1-1989) og Lokal helseopplysning – en verktøykasse (idé., 1-1989).

nisjer: Selv avanserte inngrep kan foretaes på små sykehus hvis de aktuelle behandlere og pleiere behersker dem, og får konsentrere seg om dem, og bare dem.

Man kan altså si at så vel byrået som helsetjenesteforskningsmiljøene og forvaltningen selv befant seg i en overgangsfase. Nytteideene spilte alle steder en rolle for forståelsen av tilbudssideutviklingen, men ingen ble egentlig dynamiske representanter for den, kanskje bortsett fra NIS/SINTEF-miljøet. Men alle er preget av de nye ideene. Det får konsekvenser fra midten av 1990-årene. Det er da nyttestatligheten for alvor slår igjennom.

Den medisinske og teknologiske utvikling

De ressursene vi har omtalt ovenfor er de operative, menneskelige ressurser. Bak dem ligger den kunnskap og den teknologi fagfolkene bruker. Kunnskapen og teknologien er primær, for så vidt som det er den som bestemmer hvilke fagfolk klinikken skal ha og hva de skal kunne. Ja, kunnskapen og teknologien er de viktigste premisser for hvordan klinikken ikke bare skal være bemannet, men også hvordan den «bør» organiseres og finansieres. Den «opprinnelige» klinikk var preget av at kunnskapen var forholdsvis usikker og at legene måtte utøve mye skjønn, et skjønn som i stor grad var basert på deres egen erfaring – altså usystematisk prøving og feiling – og skjønn, altså sammenstilling av mye informasjon og personliggjort kunnskap. Den siste var også i betydelig grad personlig og til dels subbevisst («taus kunnskap»). Dette gav en kunstnerisk preget medisin. Men det gjorde samtidig at den som praktiserte måtte ha betydelig grad av frihet i yrkesutøvelsen, og at denne friheten bare kunne begrenses av kollegial rådgivning og kollegialt tilsyn, altså ha sitt utgangspunkt i en kollektiv frihet (autonomi). Hvis denne kunstnerisk pregede kunnskap skulle legges til grunn for ledelse, styring, organisering og finansiering, måtte de som stod for ledelsen og styringen ha sitt grunnlag i kunnskapsutøvelsen. De måtte være i en «heisposisjon», som vi har sagt (bind 1); de måtte hele tiden hente næring fra fagligheten, og det krevde at de var klinisk aktive. Det medikratiske regime var slik forankret i en medisinsk kunnskap og teknologi som var usikker og upresis.

I løpet av etterkrigstiden skjøt den medisinske og, ikke minst, medisinsk relevante teknologi fart. Det mest dramatiske terapeutiske uttrykk for det er oppdagelsen av antibiotika og utviklingen av vaksiner mot alvorlige bakterielle og virusbaserte sykdommer, som for eksempel tuberkulose og poliomyelitt. Disse gjennombrudd gjorde at deler av den kunstneriske medisinen ble til presis, resultatgarantert medisin. Det samme skjedde noe senere, nemlig i 1982, med «mavesår»: De australske forskerne Barry Marshall og Robin Warren påviste da at mavesår i de fleste tilfeller skyldtes en bakterie, helicobacter pylori. Behandlingen, når først diagnosen var stilt, ble enkel og effektiv. Gradvis ble det også utviklet – det startet i 1920-årene – en behandling som virket på en nokså forutsigbar måte for noen mangelsykdommer, men ikke var kurativ, som diabetes type I og hypothyreose.

Men ved at behandlingen slik ble til presisjonsmedisin, kunne den også praktiseres på det gamle praksisnivået, av det som nå ble kalt almenleger. Ja, nettopp fordi den var så presis, og prosessuelt enkel, kunne den egentlig, iallfall så snart diagnosen var stillet, praktiseres på et submedisinsk nivå. Fagutviklingen gikk jo ut på å erstatte kunstnerisk, med presis medisin. Slik truet fagutviklingen grunnlaget for den medisinske både kollektive og individuelle autonomi og dermed også medikratiet som regime. Når den sammensatte, uklare diagnose

brått blir sikkert identifisert, får (mye av) sin etiologi avslørt og der utvikles en kausalt rettet, effektiv behandling, har man i praksis også laget regler for dens diagnostikk og behandling. Selv om behandlingen i de ovennevnte tilfeller etter hvert også fikk «bisider» som skapte komplikasjoner og behov for ny kunstnerisk skjønnsutøvelse, pekte utviklingen tydelig i en avslørende retning og dermed i retning av en mer presis, spesifikk undersøkelse og behandling. Som vi har nevnt, mot slutten av vår periode ble denne utviklingen markert med lanseringen av et eget navn – evidensbasert medisin, altså bevisbasert medisin. Denne utviklingen gjorde det raskt mindre nødvendig for medisinske forvaltere å bruke «heisen», altså være (pre)klinisk aktive.

Men den gjorde mer, den gjorde det enklere for folk med ledelsesrelevant bakgrunn å spille en mer offensiv styrings- og ledelsesrolle i helsevesenet. Ja, det ble åpenbart at medisinens egen utvikling, med spesialisering og teknologisering, hadde skapt en klinikk med så store koordineringsutfordringer og en så rask omkostningsutvikling at styrings- og ledelsesoppgavene også krevde annen ekspertise enn den legene og annet helspersonell hadde. Den medisinske og teknologiske utvikling begynte derfor nå å undergrave grunnlaget for det medikratiske regime.

Det var det som for alvor begynte å vise seg i annen periode av Morks «vakt», og som både Mork og hans medisinske kolleger begynte å ta inn over seg. Mork talte ofte om den «rivende» medisinske utvikling, en utvikling som Norge selvfølgelig måtte tilpasse seg, samtidig som han bare litt uklart så de organisatoriske implikasjoner av den. Da spesialiseringen og teknologiutviklingen gjorde at mye av diagnostikken og behandlingen ble flyttet til sykehus ble disse fra starten av organisert som relativt autonome overlegepraksiser (avdelinger). De var, da Mork tok over som landets øverste «overlege», fortsatt slik organisert. Men siden det betydde at det ble stadig flere avdelinger, basert på medisinsk definerte spesialiteter, som igjen var basert på mange ulike, gjensidig konkurrerende kriterier, gjorde det at samordningsproblemene innad i sykehus, ja, også innad i avdelinger, og enda mer mellom sykehus og mellom disse og legepraksisene i distrikter, ble formidable. Problemene manifesterte seg som økte ventetider, varierende kvalitet – til dels med (som vi har sett) direkte feil – og sviktende effektivitet. I «nr. 9» ble problemene i noen grad identifisert, men svarene var makropregede – oppgavene ble klassifisert etter spesialiseringsgrad og det ble foreslått å fordele dem etter faste institusjonelt-geografiske nivåer. Jonsbu og Melsoms rapport gikk ikke i så henseende utover Asvalls melding. Ord som pasientflyt og behandlingsprogrammer begynte å bli et stikkord i slutten av 1980-årene, men det var først da forløpsbegrepet ble lansert (i Norge) rundt århundreskiftet, at mikroorganiseringen – med utgangspunkt ikke i en bestemt eksisterende organisasjon, men et pasientbehov, nemlig hjelp for sykdom(mer) eller uførhet, at den nytteorienterte medisin og den ditto styring for alvor begynte å bli integrert.

Vi må imidlertid nevne at Sosialdepartementet allerede den 20. september 1984 skrev til Helsedirektoratet og bad om at det måtte ta initiativ til å lage en utredning om utviklingen «innen medisinsk forskning og teknologi». Departementet bad i den forbindelse om at det måtte sies noe om hvilke «nye behandlingsmåter (som) kan tenkes utviklet i løpet av de nærmeste ti år», og «(h)vilke økonomiske konsekvenser .. dette (ville) få for helsevesenet». Departementet sendte oppdraget videre til Rådet for medisinsk forskning, Norges allmennvitenskapelige forskningsråd. RMF tok på seg oppdraget og kunne levere den ferdige rapporten (to hefter) senhøstes 1986. Rapporten ble utarbeidet av en prosjektgruppe ledet av rikshospitalsprofessor Egil Gjone (1925–1999) (indremedisin) og ellers av hans kollega

Oddvar Stokke (1937–2014) (klinisk kjemi) og den unge økonomen Tor Iversen (f. 1952) fra SIFFs Gruppe for helsetjenesteforskning.

Gruppens rapport[893] er grundig hva gjelder detaljene innen de enkelte fagområder, men inneholder også et viktig samleperspektiv på fag- og teknologiutviklingen. Med utgangspunkt i typologien lav-, middels- og høyteknologi gir gruppen en opplysende oversikt over medisinens status.[894] Gruppen baserer typologien på hvor langt utviklet kunnskapen om lidelsenes genese er, og konkluderer med at det er i midtkategorien «vi finner de fleste av våre medisinske handlinger». Den nevner som eksempel på midtkategori-medisin «koronar- og annen hjertekirurgi, diabetesbehandling, hemodialyse, behandling av revmatiske lidelser etc.» Den legger til at virkningene av behandling på disse områder kan variere mye, og at omkostningene, og «kostnad-nytte-verdi», kan gjøre det samme. Interessant konstaterer rapporten (s. 16), dog hypotetisk, at «endringer i medisinsk teknologi som ikke innebærer en forflytting av en medisinsk tilstand opp til HØY-nivået, heller ikke vil bidra vesentlig til å endre effekten av eller kostnadene ved helsevesenets innsats mot denne lidelsen».

Rapporten gir interessante premisser for de strategiske overveielser de som utvikler helsepolitikken, både på samfunns- og institusjonsnivå, må foreta. Den skulle egne seg godt som grunnlag for å føre en offensiv, *nyttestatlig* helsepolitikk, det vil si politikk som kombinerer hensynene til klinisk kvalitet og effektiv ressursbruk. Det er imidlertid ikke så lett å finne uttrykk for at den ble brukt slik, hverken i den nasjonale helsepolitikk (som Nasjonal helseplan fra 1988), i politikken i fylkes- og primærkommuner eller for den saks skyld på institusjonsnivå – for eksempel på Gjones eget sykehus, Rikshospitalet.

♦

Også tilbudssideovervåkningen er altså, i departement og direktorat, preget av at den sentrale helseforvaltning befinner seg i en overgangsfase, mellom en fortid der medikratiske hensyn har stått sterkt og en fremtid der den resultaorienterte nyttestatlighet blir dominerende.
Det er for eksempel et uttrykk for dette at legene i løpet av Morks annen periode, ja, tidlig i den, sluttet å oppføre seg som «heispersoner», altså som forvaltere som trengte løpende (pre)klinisk erfaring (gjennom bistillinger) for å kunne fungere på det de oppfattet som en god måte. Det er også uttrykk for det samme – vi har påpekt det tidligere – at avdelingene gradvis opphørte å være de fagkontorer de hadde vært og ble bredere forvaltningsavdelinger.

Ettersom medisinen utviklet seg i mer presis retning ble den altså mer eksplisitt regelbasert. Det gav i prinsippet helseforvaltningen et bedre grunnlag for å bruke kunnskapen, altså reglene, både for å styre legenes og andre fagfolks praksis. Det kunne for eksempel i første omgang være aktuelt å gjøre det for å redusere forskjellene i praksis (i «like» tilfeller), medregnet forskjeller som representerte feil og uhell. I neste omgang, ettersom kunnskapen

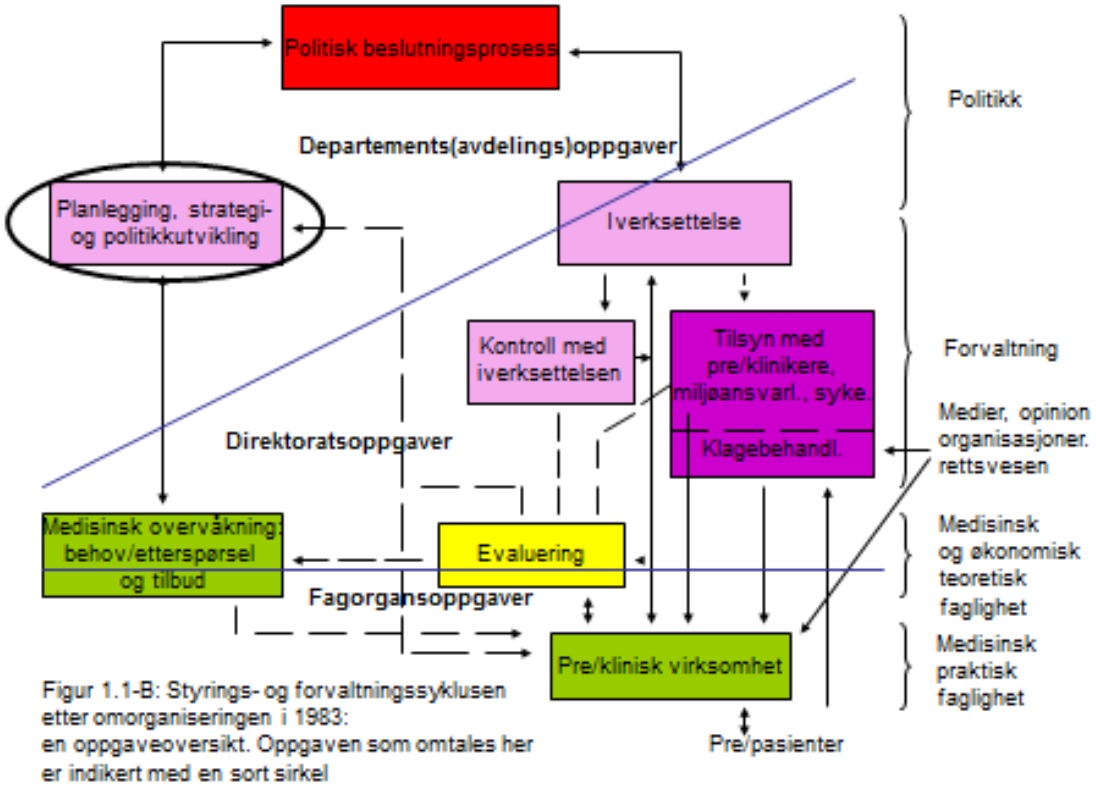
[893] Rådet for medisinsk forskning, NAVF, *Medisinsk forskning og teknologi. Utvikling og konsekvenser,* to deler, Oslo, 1986.

[894] Rapporten er medisinsk sett reduksjonistisk i sin orientering, i den forstand at høyteknologisk forbindes med at sykdommers molekylærbiologiske grunnlag er klarlagt. Slik sett er behandling og forebyggelse av en rekke infeksjonssykdommer eksempler på høyteknologisk behandling, mens det meste av den sykehusbaserte undersøkelse og behandling er middel-teknologisk (selv om den kan basere seg på komplisert teknologi). I kategorien lavteknologisk faller da virksomhet som ikke er basert på «basale biologiske kunnskaper, men på omsorg og pleie» (s. 15).

ble stadig mer regelpreget, kunne styringen, og frihetsinnskrenkningen, komme til å gå meget langt. Indirekte kan man si Norboms styringsgruppe så dette; den talte om helseforvaltningens kompetansefunksjon, som vi har omtalt tidligere. Morks direktorat så aldri, iallfall ikke klart, denne videre styringsmessige implikasjon av den «rivende» fagutviklingen. Det var fortsatt nokså preget av den gamle fagforståelse, med respekt, og undertiden ærefrykt, for klinikeren og hans og hennes erfaring, til det.

Planlegging, strategi- og politikkutvikling

Vi skal nå se litt på neste oppgave i forvaltnings- og politikkutformingsprosessen, nemlig den som omfatter planleggingen og strategi- og politikkutviklingen (kfr. fig. 1.1.-B). Den har den



Figur 1.1-B: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt. Oppgaven som omtales her er indikert med en sort sirkel

helsemessige og helsefaglige virkelighet som et viktig premissgrunnlag. Dette grunnlaget er imidlertid ikke det hele. Der kommer også til premisser ovenfra, fra politikken og fra ledere mer alment. Under det medikratiske regime kom i svært stor grad premissene nedenfra, fra medisinen. Det gjaldt overvåkningen og tolkningen av behovsutviklingen, men enda mer overvåkningen og tolkningen av tilbudsovervåkningen. Også normativt kom i stor grad premissene nedenfra, når vi ser bort fra dem som gjaldt tilgjengeligheten til tjenester, altså i praksis (den offentlige) tjenestefinansiering. Pilene hadde begynt å snu i Morks første periode. Den utviklingen fortsatte nå, og ble forsterket. Tolkningen av behovs- og tilbudsutviklingen ble i stigende grad «sosialisert». Vi har tegnet pilene på oppstrømssiden pekende i begge retninger. Tidligere hadde de særlig pekt oppover. Nå blir påvirkningen nedover stadig tydeligere. Det var det Helsedirektøren konstaterte når han klaget over at direktoratets faglige

råd sjeldnere ble utesket. Departementet nøyde seg altfor ofte, la han til, med rådene fra få og nokså styrte leger i departementet.

Sosialiseringen av planleggingen og politikkutformingen på profesjonelle, nyttestatlige premisser har to sider. For det første innebærer den at politikerne, som styringens utgangspunkt definerer politikkens mål, og helst gjør det kvantitativt. For det annet innebærer den at den videre forvaltningen av politikken skjer profesjonelt, og med utgangspunkt i målene.

Politikerne må ta stilling til hvordan målene skal nåes, enten gjennom direkte, sammenhengende hierarkisk styring, hvor helsetjenesteyterne, som siste ledd i styringskjeden, er offentlige institusjoner og offentlig ansatt helsepersonell, eller indirekte, ved at myndighetene organiserer helsetjenestemarkedet slik at det blir en større eller mindre grad av konkurranse mellom tjenesteyterne. I det siste tilfelle kan tjenesteyterne være både offentlige og private (ideelle og kommersielle). Hvis de er av begge slag må statens markedsregulering være nøytral, hvis konkurransen skal bli rettferdig. Det vil si at statens regulerende og drivende institusjoner på et eller annet vis må være adskilte. Man kan også tenke seg en blandingsmodell hvor helsetjenesten i all hovedsak er offentlig, men hvor tjenesteyterne må konkurrere om oppdragene (pasientene) og dermed inntektene. Storbritannia innførte en slik ordning for sykehustjenester i 1991: Der ble etablert et «indre marked», med egne etterspørrerorganisasjoner (også kalt bestillere, siden «commissioners», men sammensetningen av disse institusjonene har variert) og egne tilbydere (utførere), kalt «NHS Trusts». I Norge, som i Storbritannia, ble den nye form for styring nokså offentlig-hierarkisk, og slik sett mer planbasert enn «nyliberal» (som mange har kalt den). Det vil si, dette var intensjonen. I praksis ble imidlertid styringen lenge mer løs enn planen og idealet var, som vi flere ganger har nevnt. Den ble imidlertid litt strammere etter hvert: Den nye nyttestatlige styring begynte å «bite» litt mer fra 1990–1991. Fra da av ble den litt nølende og famlende, og litt «ensomme», virksomhetsplanleggingen, gradvis gjort til en mer integrert *mål- og resultatstyring* – ofte av styringsfagfolk (for eksempel i Statskonsult) omtalt som MRS. Den nye betegnelsen skulle markere en ny giv. Det gamle ordet målstyring gikk ut.

Forvaltningens «politisering» og mål- og resultatstyringen

Historikerne Tore Grønlie (f. 1946) og Yngve Flo (f. 1972) har i tobindsverket Sentraladministrasjonens historie etter 1945 fremholdt at den mest utpregede tendens i utviklingen, er forvaltningens gradvise omdannelse til politiske sekretariater. De taler også om «politisering» av forvaltningen.[895] Nyttestatlig *skulle* departementene omdannes til en slags politiske sekretariater. De skulle bistå statsråden, og i videre forstand også regjering og storting, med å definere mål og bestemme hovedstrategien for å nå målene, spesielt om det skulle skje gjenom eksplisitt og styrt koordinering eller gjennom en eller annen form for bruk av konkurranse, eventuelt en blanding av de to koordineringsformer. Men politisering kan forståes på to måter, nemlig slik vi nettopp har forstått den og som uttrykk for politikernes løpende skjønnsutøvelse. Selv om den nyttestatlige målstyring gradvis ble innført i løpet av den aktuelle perioden, etter politisk godkjennelse og til dels tilskyndelse, fortsatte den tradisjonelle løpende skjønnsutøvelse og beslutningsfatning å gjøre seg gjeldende. Når

[895] Grønlie og Flo, *op. cit.*, bind 2, s. 443.

interessene manifesterer seg og følelsene kommer i sving, og begge deler skjer gjerne i politikken, skyves den disiplinerte målstyring til side. Det bidrar til det at politikkens subjekter er så mange. De omfatter ikke bare statsråden og hans eller hennes politiske medarbeidere, de omfatter resten av regjeringen og Stortinget med. Siden disse organer er utsatt for påvirkning fra så mange hold, er politikkens subjekter ofte en nokså stor og broget forsamling. Hvis vi ser på de viktigste strategiske dokumenter fra den perioden vi omtaler, og aller viktigst er de to helsepolitiske meldingene, fremlagt av Tove Strand Gerhardsen våren 1988[896] og Werner Christie, høsten 1994, ser vi at de langt fra er skrevet som målstyringsdokumenter. Christies er dog gjort det i større grad enn Gerhardsens. Nå hadde jo MRS-politikken satt seg mer.

I Gerhardsens melding heter det at den «presenterer en strategi for en bedre helsetjeneste i Norge med vekt på en samlet politikk for helsefremmende og forebyggende arbeid» (s. 8). Men i kapittel 13, som omhandler folkehelsepolitikken er ikke noe eksplisitt mål for politikken formulert, for eksempel hvor meget forventet levealder, eventuelt justert for livskvalitet, skulle øke frem til for eksempel år 2000. Deler av meldingen er skrevet i WHOs helse for alle-stil, og påvirket av Peter Hjorts tanker om sivilisasjons- og samsykdommer, men er ikke bygget opp rundt et helsemaksimeringsmål; ei heller er andre aktuelle mål, som tilgjengelighetsmaksimering (gitt behov) eller kvalitetsmaksimering mer enn antydet. Heller ikke de årlige budsjettproposisjoner for Sosialdepartementet under Gerhardsen er det. Folkehelsemeldingen fra 1993, eller utredningen som lå til grunn for den (NOU 1991: 10), er kanskje den som preges mest av målstyringsfilosofien. Man kan si at meldingen konkretiserte sider ved den nasjonale helseplan, og Gerhardsens hovedprioritering. Den var imidlertid i liten grad preget av den aktuelle statsråds styring (Veierøds), og ble også av de neste statsråder (Christie og Hernes) i liten grad fulgt opp. Men noe skjedde i etterkant av Gerhardsens virketid, som vi skal komme tilbake til.

I Christies melding fra høsten 1994 er det et eget kapittel (4) om mål- og resultatstyring, med mer. Men omtalen av MRS er knapp. Meldingen legger spesielt vekt på å innføre ordninger for bedre informasjon om resultater; her nevnes innføringen av Samdata som et eksempel. Indikatorer er ellers et stikkord.

Det bilde vi her har tegnet samsvarer med det de MRS-skeptiske statsviterne Tom Christensen (f. 1949) og Per Lægreid (f. 1949) har presentert i boken *Reformer og lederskap* fra 2002.[897] De har intervjuet regjeringsmedlemmer fra en litt senere periode, nemlig fra regjeringen Bondevik I og finner at disse i liten grad er opptatt av målstyring. Det er grunn til å tro at statsråder fra en litt tidligere regjering ikke var mer målstyringsorientert. Det er jo først utover i 1990-årene at målstyringsfilosofien for alvor innføres. Christensen og Lægreid fant at statsrådene både forstod den nye filosofien litt forskjellig, men at de også hadde et «noe fjernt forhold til denne styringsteknikken» (s. 158). Da statsrådene ble spurt om de var «involvert i mål- og resultatstyringen», svarte de fleste at det «helst (var) embetsverket som holdt på med det» (*ibid.*). I «vår periode» var embedsverket pålagt å være det, men var det i varierende grad. Departementsråd Norbom var det, som vi har nevnt, i moderat grad. Det samme var tilfelle med ekspedisjonssjefene i de faglig pregede avdelinger. Som vi har sett var imidlertid

[896] St.meld. nr. 41 (1987-88), *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.*
[897] Tom Christensen og Per Lægreid, *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*, Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

deler av Helsedirektoratets stab engasjert av den nye styringsmåten, selv om Helsedirektøren også gjorde som statsrådene – overlot det meste av arbeidet til (det øvrige) embedsverk.

Som vi har sett gjorde departementet intet for å gi et tydelig, målbasert, oppdrag til direktoratet. Direktoratet på sin side gjorde ei heller det overfor de fleste institusjonene på tredje nivå. Der skjedde dog en styring, og samordning overfor fylkeslegeetaten, som vi skal komme tilbake til. De direktoratunderordnede institusjonene laget sine egne virksomhetsplaner. De gjorde som direktoratet – forsøkte å konkretisere sin eksistensberettigelse – uten bistand, eller pålegg, fra oven. De fleste gjorde altså det samme nedover i rekkene: På hvert nivå så dets representant(er) på det å utforme mål og lage virksomhetsplaner, som neste nivås oppgave. Etatsstyringen, i mer offensiv forstand, tilhørte ennå, i hovedsak, fremtiden. Det gjaldt for så vidt, iallfall til litt inn i 1990-årene, også ordet. Hierarkiet var altså, som nyinstitusjonelle organisasjonsteoretikere sier, «løst koblet». Målene forble i hverdagen i stor grad de gamle formål (og verdier); de var mer kvalitative fornemmelser enn kvantitative andrepålagte eller selvpålagte ordre.

Som nevnt ble imidlertid den nyttestatlige styring utvidet og bedre integrert utover i 1990-årene. Det var da klart at den første bølge av MRS, representert ved virksomhetsplanleggingen, ikke fikk den virkning dens entusiastiske unge tilhengere, spesielt i det hambroske Statskonsult (1986–1992), hadde håpet. Der kom derfor nå krav om at planleggingen måtte bli mer resultatorientert; bedre resultatindikatorer skulle lages og resultatene i større grad måles. Virksomhetene skulle få større grad av frihet til å velge strategier for å skape resultater, men det skulle være en «terroriserende» frihet; resultatene skulle få konsekvenser, belønning og straff, spesielt av ledere. Virkelig å belønne og straffe virksomhetene ville jo innebåret at staten belønnet eller straffet seg selv og til sist de borgere og bedrifter som på ulike vis nøt godt av virksomhetenes innsats. Styringsformen innebar slik også, i prinsippet, at offentlig styring av de offentlige virksomheter ble et spørsmål om en slags pavloviansk betinging. Den representerte slik et tydelig brudd med den eldre legmannspolitiske, juridiske og «særfaglige» styringen, der mer eller mindre konkrete mål ble veiet mot verdier og verdifornemmelser på en skjønnspreget og maktsensitiv måte.

Resultatstyringen kommer altså, som vi har nevnt ovenfor, med 1990-årene. Den kom etter initiativ fra det moderniseringsmiljø som preget Statskonsult, i stor grad Arbeids- og administrasjonsdepartementet (inntil 1990 Forbuker- og administrasjonsdepartementet) og Finansdepartementet, særlig dets Finansavdeling (økonomiseksjonen). Statskonsults fremste VP-mann, en mann vi er blitt kjent med gjennom Norbom-prosessens siste runde, Terje Haugli Nilsen, klaget i et foredrag på en konferanse i Bergen høsten 1991 over at politikerne og ofte også forvaltningsledere ikke brukte det nye planinstrumentet bevisst. Han tok til orde for en mer aktiv styring, ikke minst hva gjaldt resultater og oppfølgingen av disse.[898] På den samme konferansen gav den ferske ekspedisjonssjef i Arbeids- og administrasjonsdepartmentet (AAD), og senere helseekspedisjonssjef, Vidar Oma Steine uttrykk for lignende synspunkter.[899] Men skulle det skje, måtte MR-styringen knyttes til noe konkret, først og fremst budsjettet. Det skjedde nå, om enn gradvis. Fullt ut ble denne linjen, som vi har nevnt, realisert ved det nye økonomiregelverket. Det trådte i kraft fra 1997. Vi bør også nevne at som en del av den nye styringen ble personalpolitikken gjort mer

[898] Terje Haugli Nilsen, «Virksomhetsplanlegging: Hvordan gikk det?», i Per Lægreid, red., *Målstyring og virksomhgetsplanlegging i offentlig sektor*, Bergen: Alma Mater, 1991.
[899] Vidar Oma Steine, «Hva nå? Forvaltningsplitiske utfordringer i lys av erfaringer med «Den nye staten»», i Lægreid *op.cit.*

resultatorientert. Stillingshjemmelsystemet ble myket opp og fjernet helt fra 1997. Der ble gitt mer rom for personlige tillegg og der kom, som vi har sett, nye, mer fagpregede og mindre hierarkibestemte, stillinger, som rådgivere. Spesielt viktig er det nye lederlønnsssystemet i staten. Det ble innført i 1991, og innebar at de øverste ledere i statsforvaltningen i større grad skulle kontraktsavlønnes og at avlønningen delvis skulle knyttes til resultater. Resultatene skulle gjennomgåes gjennom årlige medarbeidersamtaler, og kunne gi opptil 20 prosents lønnstillegg (utover grunnlønnen). Systemet omfattet ca. 450 sjefstillinger i departementer, direktorater og ytre etater. Systemet ble gradvis desentralisert. Tilleggene kom til å øke.

Vi skal nå se litt på hvordan målstyringen, men først og fremst mål- og resultatstyringen, kommer til uttrykk gjennom det som skal bli det sentrale instrumentet for styringsintegrering, statsbudsjettet, men også andre spesialiserte styringstiltak – omtalt i statsbudsjettet. Deretter skal vi kort se på noen andre sider ved planleggingen, den som fant sted gjennom offentlige utredninger og den som fant sted som mer spesialiserte styringstiltak.

Statsbudsjettet (med mer) som styringsplan

Budsjettene for årene 1984 til og med 1989 er forholdsvis tradisjonelle hva gjelder politikkens formål. De forstår formålene som velferdsstatlige. I Willoch-regjeringens budsjett for 1986 heter det at det er «et hovedmål for regjeringen å trygge og videreutvikle velferdssamfunnet».[900] I Brundland II-regjeringens budsjett for 1988 heter det, mer «sosialistisk», men like tradisjonelt, at det er «Regjeringens mål å utvikle velferdssamfunnet videre basert på likhet og solidaritet, og fremme en rettferdig fordeling av godene».[901] Det heter også i budsjettene for 1980-årene at helsevesenet har høy og skal få høyere prioritet.

Den første referanse til MRS-filosofien kommer i budsjettet for 1989, fremlagt av regjeringen Brundtland II. Her heter det imidlertid bare at Helsedirektoratet arbeider med den første virksomhetsplanen.[902] Fra 1989 (regjeringen Syse) omtales imidlertid MRS på en langt mer utførlig måte. Det er med et eget punkt (5.4., s. 27) om «Modernisering av Sosialdepartementet». Arbeidet med DRG-utvikling (i helseregion 3) nevnes. Det samme gjør forsøkene med stykkprisfinansiering av enkelte sykehus, et par prøvesykehusprosjekter og forsøk med personalforvaltnings- og ledelsesutvikling ved noen sykehus. Det nevnes også at departementet har satt i gang med virksomhetsplanlegging (høsten 1988), dog bare på avdelingsnivå. Også departementet bruker Statskonsult som rådgiver.

Utviklingen i MRS-retning fortsetter i de kommende budsjetter. Tiltakene som nevnes, også overfor de fylkeskommunale sykehus, blir stadig flere. Spesielt viktig er igangsettingen av stykkprisforsøkene ved Haukeland sykehus, Stord sjukehus, Sentralsykehuset i Nordland og Rana sykehus: Stykkprisandelen utgjør 40 prosent, og basisandelen da 60 prosent. Gradvis preges slik helseplanleggingen mer av denne planleggings- og styringsmåten. Det skjer på departementsnivå, men mer på nivåene under, altså i direktoratet og hos fylkeslegene (som vi har sett), ved SIFF og de andre fagforvaltningsinstitusjonene og ved statssykehusene. Syse-regjeringens Andersland-utvalg la i 1990 frem rapporten om ledelse i sykehus, en rapport som

[900] St.prp. nr. 1, 1985-86, *Stortingsforhandlingene*, b. 1b, Sosialdepartementet, s. 7.
[901] St.prp. nr. 1, 1987-88, *Stortingsforhandlingene*, b. 1b, Sosialdepartementet, s. 10.
[902] St.prp. nr. 1, 1988-89, *Sosialdepartementets budsjettforslag* (b. 1b), s. 100.

legger vekt på å fristille sykehus innen tydelige rammer og profesjonalisere ledelsen av dem. Rapporten var preget av ledelsesfilosofien til den amerikanske ledelsesrådgiver George Kenning (nevnt tidligere), men som den var utformet passet den godt inn i en mer offensiv MRS-satsing.

I Sosialdepartementets budsjett for 1991 (s. 109) varsles nye skritt i MRS-retning: Virksomhetsplanene skal samordnes bedre, men, typisk nok, særlig med utgangspunkt i Helsedirektoratet. Det er fra direktoratet og nedover samordningen særlig skal skje. Vi ser da også at spesielt fylkeslegeetatens virksomhetsplaner nå tydelig baseres på direktoratets, spesielt slik at hovedmålene omtrent er de samme. Departementet har ennå ikke klart å integrere sin egen virksomhetsplanlegging helt.

Virksomhetsplanarbeidet var til å begynne med nokså målorientert, dog, som vi har sett, uten at målene ble analytisk presise. Dette gjorde at betoningen av resultater ble svakere. Det ble vanskelig å dokumentere måloppnåelsen. På siden av virksomhetsplanarbeidet foregikk det noe som ikke bare kunne gi et redskap for å registrere den kliniske sykehusvirksomhet, men kanskje også å styre den bedre, det vil si mer resultatrettet. Dette arbeidet foregikk i USA og førte, som nevnt, til at den offentlig betalte helsetjenesteytelse fra 1983 ble basert på prospektiv betaling og hvor betalingen var basert på diagnoserelaterte grupper (DRG). Gruppene ble definert på en måte som både skulle gi medisinsk mening og være økonomisk homogene. DRG-satsene ble beregnet på grunnlag av historisk statistikk, men gjennom konkurranse (i USA) skulle omkostningsutviklingen holdes i sjakk. Ved Norsk institutt for sykehusforskning i Trondheim ble Stein Karlsen, og siden andre, oppmerksom på det som skjedde i USA, med Yale-universitetet som utgangspunkt, og begynte å arbeide med et norsk DRG-opplegg, et opplegg som allerede fra 1984 ble støttet av Sosialdepartementet. Høsten 1985 ble rapporten *DRG: Diagnose Relaterte Grupper. En litteraturoversikt,* publisert.[903] Allerede året etter kom rapporten *DRG-systemet: Anvendelser og konsekvenser*.[904] I 1985 startet arbeidet med å tilrettelegge systemet for norske forhold, under ledelse av Inge Harald Monrad Aas (f. 1948), men i samarbeid med Yale-miljøet. Dette arbeidet gjaldt spesielt den medisinske grupperingen. Resultatet forelå i 1989 som rapporten *The Making of the Norwegian DRGs*.[905] Ved Haukeland sykehus ble det samtidig arbeidet med omkostningssiden, under ledelse av Olav Valen Slåttebrekk (som formelt ble knyttet til NIS). Dette arbeidet ble dokumentert gjennom rapporten *Hva koster pasienten? En beregning av norske kostnadsvekter til DRG* (1990).[906] DRG-grupperingen av norske sykehusdata startet i 1988, med data fra 20 sykehus. Det første landsmaterialet som ble DRG-gruppert var fra 1989. Resultatene ble offentliggjort gjennom SAMDATA-rapporten i 1990. NIS hadde utgitt den første SAMDATA-rapport for somatiske sykehus i 1988; den første psykiatrirapport kom i 1995.

Da stykkprisforsøket kom i gang ved fire sykehus i 1991, ble en norsk DRG-versjon tatt i bruk for stykkprisfinansieringen av forsøket. DRG-versjonene ble siden videreutviklet (ny versjon hvert annet år) og innført som generell delfinansieringsordning fra sommeren 1997 (innsatsstyrt finansiering). DRG-ordningen er et markert uttrykk for hvordan mål- og resultatstyringen institusjonaliseres, selv om ordningen ikke baserer seg på egentlige

[903] NIS-rapport 3/85, med Inge Harald Monrad Aas som prosjektleder.
[904] NIS-rapport 6/86, med Jon Magnussen (f. 1959) som forfatter.
[905] NIS-rapport 3/89, med Aas og amerikanerne Jean Freeman, George R. Palmer og Robert B. Fetter som forfattere.
[906] NIS-rapport 1/90, med Olav V. Slåttebrekk som forfatter.

resultatmål (av «hele» behandlingsforløp). Som vi skal komme tilbake til, ble virksomhetsplanleggingen i starten nokså abstrakt. Forsøkene på å legge statsbudsjetteringen om i mer mål- og resultatorientert retning ble også mer ideologisk og kulturell enn virkelig operasjonell. Vi skal si mer om det snart. Med DRG-finansieringen ble det imidlertid lagt et mer konkret grunnlag for å koble mål og resultater. Det ble gjort det ved at DRG-systemet gav presis informasjon om det som ble gjort klinisk og ved at de som skulle styre kunne styre «helt ut». For så vidt som DRG-finansieringen var statlig, innebar innføringen av den også at en del av den tradisjonelle interessepolitikk kunne reduseres; staten kunne styre virksomheten ved fylkeskommunale sykehus mer faglig, mer direkte og mer resultatrettet. For så vidt var innføringen av denne finansieringsordningen er skritt i retning av den fulle statlige overtagelse av sykehusene (fra 2002).

SINTEF-NIS overtok gradvis, og på mange måter, Statistisk sentralbyrås rolle som publiseringsmedium for sykehusene, og knyttet samtidig statistikken nærmere til målene for sykehuspolitikken. De nyttestatliggjorde statistikken i større grad. De gjorde det i stor grad på eget initiativ, men samtidig med aktiv, og økende, departemental støtte; i siste fase ikke minst med støtte fra Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME). Hva gjaldt kommunehelsevesenet tok ikke styringsfagmiljøene spesielle initiativ. Det var det departementet selv som gjorde. I 1992 overtok departementet, gjennom det såkalte «Styringshjulet», siden kalt styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene, ansvaret for den mål- og resultatrettede statistikkføringen for det lokale helsevesen, dog slik at statistikken skulle komme fra byrået. Styringshjulet var tydelig MRS-inspirert: På bakgrunn av overordnede strategier og rammer innebar det at det først skulle defineres mål og så lages planer for å realisere målene. Det innebar videre at planene så skulle iverksettes, at iverksettelsen skulle følges opp gjennom «overvåkning» og rapportering og endelig at resultatene skulle analyseres og gi premisser for en revurdering av både de overordnede strategier og de konkrete mål.[907] Lokalt skulle «Hjulet» taes i bruk ved at det ble gitt tidsfrister for de ulike trinn i syklusen.

Den nyttestatlige måten å styre på innføres altså gradvis. Det begynte forsiktig tidlig i 1980-årene, og ble tydelig forsterket ved overgangen til nittiårene. Dette reflekteres, som vi har sett, gjennom statsbudsjettene. De får en annen tone fra 1990-budsjettet, men særlig 1991-budsjettet. For det første får MR-styringen mer separat plass i budsjettene og for det annet skjer det en gradvis tilpasning av MRS-tenkningen i budsjettet som helhet. Utviklingen påvirkes ikke av regjeringens partifarve. Hele det politiske miljø «taes» av den nye tids styringsfilosofi, men spesielt gjelder det de to store partier, Arbeiderpartiet og Høyre. Allikevel er det først og fremst første fase av nyttestatliggjøringen vi her ser. Mye av den gamle styringen, preget av legmannsstyre med interesse- og verdistrid, og «gammeldags» rettsstatlighet – som forvaltningsstyre – vi ser. Også budsjettene fra 1990-årene inneholder mye tradisjonell ideologisk målformulering, knyttet til en «litterært» utformet omfavnelse av velferdsstaten (Ap) og velferdssamfunnet (H). Som en del av denne «omfavnelsen» er der hele tiden generelle henvisninger til behovet for å gjøre mer for, eller skjerme, «svake» eller «utsatte» grupper. Der er også hele tiden henvisning til behovet for effektivisering. Disse ideologiske formålsbeskrivelsene følges ikke ekplisitt opp som konkrete, kvantitative mål. De måldiskusjoner som kommer senere i budsjettpresentasjonen relateres ikke eksplisitt til de innledende ideologiske formuleringer.

[907] Styringshjulet har, som man lett kan se, en logikk som ligner på den vi har lagt til grunn for vår forvaltningssyklus.

Vi har også sett, når det gjelder Helsedirektoratet, at de målformuleringer som kommer i virksomhetsplanene har et konkretiseringspotensial, men at dette ikke taes ut. Som vi har sett, direktoratets første hovedmålsetning er å «fremme helse og sikre befolkningen mot helsefare». Men direktoratet, eller departementet, sier ikke hvordan helse skal forståes, og måles og kan dermed heller ikke si hvor meget helsetilstanden, for eksempel målt som levealdersforventning, skal bedres i løpet av det kommende år, eller de kommende fem år. Ei heller sier noen av dem hvor meget, ikke helsefaren, men for eksempel «unødvendig» dødelighet, skal gå ned det kommende år, eller de kommende fem år. Den samme svakheten, sett fra et MRS-synspunkt finner man når det gjelder det annet hovedmål, om «å sikre befolkningen helsehjelp». Det sies intet om hvordan tilgjengeligheten til ulike typer helsetjenester skal bedres, for eksempel det kommende år, og målt som reduksjon i ventetid. Lignende «svakheter» finner man i det tredje hovedmål, der stikkordene er kvalitet og effektivitet. Når det er slik, og slik er det nokså generelt hva gjelder planleggingen, er det ikke så underlig at sammenhengen mellom planer og resultater blir nokså løse.

Men et budsjett må jo være konkret. Det må inneholde tall, tall som blant annet betyr pengetildelinger. Tildelingene skjer i all hovedsak ikke til mål, men til tiltak. Og når man ser på endringer i tiltakene ser man at de er små og sjelden eksplisitt knyttet til konkrete, kvantifiserte, mål. Der bevilges, spesielt ved overgangen til nittiårene, mer til en del forebyggende tiltak, men det sies lite om hvordan og hvor meget de skal bidra til en bestemt bedring i et nasjonalt «helseprodukt». Generelt får de fleste virksomheter litt mer enn de fikk året før, ut fra den forutsetning at de bidrar til noe fornuftig, og ikke ut fra mer stringente mål-middel-resonnementer. Statsvitere som har studert offentlige budsjettprosesser, uansett hvilke, og i hvilke demokratier, finner det samme, at budsjettutfallene er en funksjon av institusjonaliserte interesser og, hva gjelder forskyvningene, den løpende interessedragkamp.[908] De hevder altså at budsjettene er en funksjon av gammel politikk, hva gjelder hovedfordelingene, og ny politikk, hva gjelder de små endringene. Men de føyer også til, iverksettelsen av planbeslutninger, budsjettbeslutninger medregnet, er i noen grad en funksjon av (iverksettelsesprosessens) politikk. Bedriftsøkonomen Inger Johanne Pettersen (f. 1953) har vist at budsjett- og regnskapstall for norske sykehus i perioden 1989 til 1992 var nokså forskjellige gjennom hele perioden, ja, at avstanden økte. Budsjettildelingen var på noe over 10 millarder kroner i 1989 og på ni og en kvart millard i 1992; den gikk altså ned (i en «krisetid»). Regnskapene viste imidlertid at utgiftene steg fra ti og en kvart milliard til 11,5 millarder. Hun konstaterer at

> *decisions as plans and actions as health care production are decoupled, integrated only through rituals which consist of formal rules and rhetorics such as articles in newspapers, talk on TV and written comments on budgets.*[909]

[908] Kfr. Aaron Wildavsky (1930-1993), *Budgeting: A Comparative Analysis of the Budgeting Process*, New York: Little, Brown & Co., 1975. Johan P. Olsen skrev i sin magisteravhandling om norsk lokal budsjettering (1967). Han har redegjort for undersøkelsen i "Local Budgeting, Decision-Making or a Ritual Act?, *Scandinavian Political Studies*, b. 5, nr. 3, 1971, ss. 85-118. Om iverksettelse se denne klassiske, og endog morsomme, studien, med den lange undertittelen: Jeffrey L. Pressman og Aaron Wildavsky, *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being the Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes*, Berkeley, CA: University of California Press, 1973.

[909] Inger Johanne Pettersen, «Budgetary control of hospitals – ritual rhetorics and rationalized myths?», *Financial Accountablity & Management*, b. 11, nr. 3, 1995, s. 215. Budsjettfiguren står på side 213.

Det var, som vi har sett, også det Statskonsult og Terje Haugli Nilsen konstaterte for virksomhetsplanene. De ble rituelle og fikk nesten en mytepreget rolle. Han etterlyste nettopp en sterkere kobling av planer (mål) og handling, eller endog resultater. Nå kan man nok si at den statsvitenskapelige påpekning var litt misvisende siden bevilgningene, og andre tiltak, hadde et instrumentelt innhold: Verdiene, som det var nokså bred oppslutning om, befant seg både i hodene på og lå i veggene hos helsepersonellet, og for så vidt den forvaltning som betjente dem. Det som skjedde med innføringen av nyttestyringen var at verdiene skulle konkretiseres som mål, på toppen, og så iverksettes instrumentelt (og lydig). Det statsviterne påpekte, var at denne politikken ikke lyktes. De sa det gjaldt tidligere, selv om nyttepolitikken da var mye mindre tydelig, og at det fortsatte å gjelde. Men vi har sett at der faktisk nå skjedde en reell nyttestatliggjøring av styringen. Den skjedde ikke over natten, men fra inngangen til nittiårene fikk den mer trykk over seg, drevet frem av nyttestyringsentusiaster i enkelte forsknings- og utredningsmiljøer, i konsulentselskaper og i ulike steder i forvaltningen. Ja, også fra næringslivsfolk, som de norske Kenning-inspirerte direktører, kom der et visst påtrykk i denne retningen. Vi ser derfor hvordan kulturen i forvaltningen, og til dels i politikken over den, sakte endrer karakter og blir mer nyttestatlig. Etter hvert som kulturen setter seg er det stadig flere som tar initiativ som peker i den samme retningen, mot en stigende grad av målkonkretisering, resultatovervåkning og resultatregistrering, og læring. Integrasjonen av planer og handlinger blir tettere, og styringen mindre det nyinstitusjonelle organisasjonsforskere undertiden omtaler som «hyklerisk».[910] «Hjulet», eller hjulene, blir mer reelle hjul.

Men ennå er det, også ved utløpet av denne perioden vi her ser på, langt igjen. Den økende opptatthet av å koble planer og iverksettelse, og å måle resultater, fortsetter å ha noe prøvende over seg. Vi ser således at den økte formelle opptatthet av resultater bare delvis fører til en sådan: Forvalterne definerer i virkeligheten ofte resultater som tiltak eller aktivitet. De befinner seg fortsatt i den instrumentelle sfære, virkemiddelsfæren. Departementet viser at det gjør mer for å bedre folkehelsen ved å liste opp hva det gjør av forebyggende og helsefremmende innsats, men uten å vise at det det gjør skaper verdi for borgerne. Det gjør mer for å dokumentere resultater når det gjelder tilgjengelighet, men legger mer vekt på ventelistelengde enn reell ventetid for ulike lidelser, som er det som er verdirelevant. Fortsatt dokumenterer ikke departementet effektivitetsforbedringer kvantitativt, og på en systematisk og generell måte. Utviklingen i de kliniske tjenesters kvalitet, en sentral verdi i helsepolitikken, blir ikke dokumentert. Dog begynner kvalitetspolitikk ved overgangen til 1990-årene å bli en del av helsepolitikken som får oppmerksomhet. Det skjer særlig gjennom tiltak som etablering av stillinger som kvalitetskoordinatorer på sykehusene. Fra 1994 ble det lovpålagt å etablere kvalitetsutvalg ved sykehus. Registrering av kvalitetssvikt, altså uhell og skader (på sykehus) ble drevet i regi av NIS fra 1987, men gjaldt bare utstyr. Etter 1991 ble denne sviktovervåkningen gradvis overtatt av Helsedirektoratet, og omtalt, mer legalistisk, som *avviksregistrering*. Direktoratet opprettet i 1993 en *meldesentral* for å stå for registreringen. Meldesentralen informerte om den informasjon den fikk gjennom et eget blad, *Melderevyen*. Men langt i resultstyrt retning kom man ikke i tiden frem til 1994. På den positive siden ble indikatorene for mangelfulle og på den negative siden ble rapporteringen altfor beskjeden. Også den nokså ferske kvalitetspolitikken forble altså aktivitets- og middelorientert mer enn egentlig resultatorientert. Vi skal komme nærmere tilbake til kvalitetspolitikken.

[910] Kfr. Nils Brunsson (f. 1946), *The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations*, New York: Wiley, 1989.

Også den mest ambisiøse del av den nye styringen, den DRG-baserte finansielle styringen, forble egentlig i stor grad tiltak- eller prosessorientert. Den ble bare prøvet ut gjennom stykkprisforsøkene i denne perioden, men den både var og er forblitt essensielt sett prosessorientert. Gjennom ordningen finansieres det som medisinsk og omsorgsmessig skjer med pasienter gitt deres diagnoser. Behandlingen, vidt forstått, skal helst være basert på det som vitenskapelig, det vil si statistisk, er dokumentert som å være den beste (riktige) behandling. Ordningen representerer slik, når den brukes styrende, en svært nærgående, og standardiserende form for styring. Den representerer det Clayton Christensen (f. 1952) omtaler som *regelbasert* medisin.[911] Men den er nettopp derfor strengt tatt ikke resultatorientert. Behandlerne blir, under et regelbasert regime, betinget til å være opptatt av prosedyrene, ikke resultatene. Det er prosedyrelojalitet de blir belønnet for, ikke resultatoppnåelse. Christensen kunne si at slik må det være, så lenge medisinen ikke er blitt det han omtaler som *presisjonsmedisin*. Hans Harvard Business School-kollega, Michael E. Porter (f. 1947) hevder imidlertid at styringen, eller ledelsen, godt kunne vært resultatorientert selv om medisinen ennå ikke hadde nådd presisjonsstadiet.[912] Han vil gradvis erstatte middelstyringen med resultatstyring. Resultatene kan vi jo konstatere og informere om uavhengig av hvor presis medisinen er, hevder han. Han legger til at ved slik å la være å prosesstyre kan klinikerne oppmuntres til å bruke reglene bare som en del av beslutningsgrunnlaget og så bruke fantasi og erfaring til å velge en klinisk strategi som gir resultater. Det er imidlertid noe tidstypisk over at en prosess- og middelorientert styringsmåte ble brukt på denne tiden. Sannheten var basert på statistikk og handlingen på regler. Nytteregimet var ennå ikke helt blitt et ekte mål- og resultatstyringsregime.

Offentlige og andre utredninger

Statlig planlegging starter gjerne med en offentlig utredning. Resultatet publiseres i serien Norges offentlige utredninger (NOU). Slik planlegging reflekterer en «politisering» av en oppgave som både parlamentarisk-demokratisk og nyttestatlig kan sies å være en oppgave som skal ledes av et departements politiske ledelse og utføres av denne ledelsens forvaltning. Politikken skal egentlig først komme inn når planen legges frem for Stortinget. Ved at første del av planleggingen skjer i utvalgsregi får den et korporativt-politisk preg. Den får det ved at de mest berørte, og dermed minst «habile», parter får en tidlig, og ekstra, mulighet for å påvirke en politikk som siden vil ramme dem (sterkere enn andre). Innslaget av «særinteressestyre» begrenses imidlertid ved at utredningen bare er første ledd i planleggingsprosessen. Departementet bruker utredningen som grunnlag for å lage den plan, i form av en melding, Stortinget formelt skal ta stilling til. Utredningene legger imidlertid ofte rammer for statsrådenes og regjeringens endelige planutforming og er derfor ofte viktige.

Der kom en lang rekke NOUer under Sosialdepartementet i perioden, 6 (totalt) i 1983, 3 i 1984, 7 i 1985, 6 i 1986, 7 i 1987, 6 i 1988, 2 i 1989, 6 i 1990, 4 i 1991, 5 i 1992 og 2 i 1993,

[911] Clayton M. Christensen, et al., *The Innovator's Dilemma. A Disruptive Solution for Health Care*, *op.cit.*, s. 38-39.

[912] Kfr. hans *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results*, Cambridge, MA: Harvard Business School Press, 2006.

til sammen 54. Av disse gjaldt, om ikke alltid, bare 40 helsesektoren. Som vi ser kan vi kanskje tale om en tendens til synkende bruk av slike, korporativt pregede planleggingsorganer: I de tre første årene leverte 16 utvalg innstilling, i de tre siste 11. Det reflekterer en generell tendens til avkorporativisering som vi får i denne perioden. Hva planlegging angår er dog ikke utviklingen dramatisk. Planutvalg fortsatte jo også å spille en viktig rolle etter 1993. Det er heller ikke noen tydelig tendens til at utvalgene får en sammensetning som er mer faglig og forvaltningsmessig ekspertisepreget, altså mer nyttestatsrettet. Det er heller ingen tendens til at utvalgenes oppdrag blir mer politisk-strategisk. Utvalgene får oppdrag som både er overordnet strategiske, som prioriteringsutvalget («Lønning I», 1987) og sykehusfinansieringsutvalget (1987), men også oppdrag som er nokså avgrensede og teknisk pregede, som utvalget som skulle se på tiltak for å høyne den sykepleiefaglige standard i de psykiatriske sykehus ((NOU 1983: 12) og utvalget som skulle komme med råd om tiltak mot atomulykker (NOU 1992: 5).

De aller fleste utredninger ble laget av «vanlige» utvalg, bestående av interessenter, fageksperter og forvaltningsansatte. Én ble utformet innad i departementet, nemlig NOU 1991: 10, *Flere gode leveår for alle*. To ble laget av jurister, nemlig NOU 1991: 7, *Spesialisthelsetjenesten m.m. Utkast til lov med* motiver (Per Helset) og NOU 1992: 8, *Lov om pasientrettigheter* (professor Ståle Eskeland). En slags uformell NOU ble laget av legen og sosiologen Tor Inge Romøren (f. 1947) i 1989. Hans utredning, *Kommunehelsetjenestens fem første år*, ble trykket som vedlegg til den etterfølgende stortingsmelding, *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*.[913] Utredningen som førte frem til rapporten *Ledelse i sykehus* (1990), hadde både en tradisjonell og en litt spesiell sammensetning. Den var ledet av departementets statssekretær Geir Kjell Andersland; det var noe uvanlig. Uvanlig var det også at den hadde to på den tiden prominente, sterkt Kenning-inspirerte, næringslivsledere som medlemmer, nemlig konsernsjef Jan Erik Langangen (f. 1950), Storebrand og den nå selvstendig næringsdrivende Kjeld Rimberg (1943). Ellers var sammensetningen konvensjonell: en overlege, en sjefsykepleier, et pasientombud, en KS-direktør og helseavdelingens ekspedisjonssjef, Harald Hauge. Utredningen, hvis innhold ble sterkt preget av de to næringslivsfolks synspunkter, ble ikke publisert som NOU, og ble heller ikke, som Eskelands pasientrettighetsinnstilling og Helsets spesialisthelsetjenesteinnstilling, umiddelbart og direkte fulgt opp. Ellers ble de to utredningene som ble til i løpet av Norbom-prosessene, som vi har sett, til på en litt ukonvensjonell, semi-intern måte.

Ser vi på NOU-ene som helhet, kan vi si de reflekterer periodens tone: Den nyttestatlige «revolusjon» i helsevesenet hadde startet i 1970-årene, med den offensive, Asvall-pregede LEON-planen, godkjent av Stortinget våren 1975, som det viktigste dokument. Gjennom planen fikk helsevesenet en tydeligere, mer nivådelt oppbygning. Den ble fulgt opp med premisser for en mer målrettet styring og ledelse. Delingen av direktoratet i 1983 og overføringen av det strategiske initiativ til en ordinær departementsavdeling var en del av denne oppfølgingen. Flyttingen av mye av det strategiske ansvar fra legelige organer til politisk administrative *lokale* organer i 1976 (de «nye» fylkeskommunene og sykehusene) og 1984 (kommunene og almenhelsevesenet) er også en del av denne oppfølgingen, men en oppfølging som var, som vi har bemerket før, nesten mer «politokratisk» enn nyttestatlig. I den perioden vi her omtaler, ble «hamskiftet» fra 1970-årene fulgt opp og konkretisert i løpet av 1980-årene og første halvdel av 1990-årene. Nye initiativ ble, som vi har sett, tatt for å gi den nyttestatlige revolusjon ny kraft. De begynte å gi virkning ved overgangen til nittiårene,

[913] St.meld. nr. 36 (1989-90), fremlagt 30. mars 1990.

som mål- og resultatstyring. De førte imidlertid ikke til nye politisk-strategiske initiativ i denne perioden. Ingen av de statsråder landet hadde i denne perioden hadde tatt den nye filosofi begeistret inn over seg. Heløe var, som nevnt, særlig opptatt av å trygge velferdsstaten, Gerhardsen av å gjøre den til en enda mer egalitær institusjon, mens de tre siste statsråder hverken satt lenge nok eller fikk nok arbeidsro til å ta strategiske initiativ. Heller ikke departementsråden gjennom nesten hele perioden, Jon Ola Norbom, var spesielt grepet av den nye tidsånd. Derfor ser vi også at det ikke ble nedsatt noen utvalg for å ta strategiske initiativ. Prioriteringsutvalget fikk ansvaret for et viktig og krevende sakskompleks, men dets forslag var mer preget av fortiden og tiden – av dyds- og pliktetikk – enn av den nyttestatlige og nytteetiske fremtid. Sykehusfinansieringsutvalget la noen premisser for utviklingen av den MRS-tilpassede finansiering, en finansiering som altså ble prøvet ut under de tre siste statsråder. De neste, og mer offensive, nyttestatlige initiativ kommer senere. De ble forberedt under Gudmund Hernes, men ført videre av hans to etterfølgere, Dagfinn Høybråten (f. 1957) (to ganger) og, særlig, Tore Tønne (1948–2002). Det er med Tønne, og hans sjef, Jens Stoltenberg (f. 1959), de store endringer kommer, eller blir initiert.

At slike, delvis korporativt baserte, planleggingsinstitusjoner brukes gjennom hele perioden, er et uttrykk for hvordan den tradisjonelle, politokratiske interessepolitikk fortsatt preger den offentlige styring. Vi har tidligere nevnt at Charles Lindblom derfor omtalte politikk som «the science of muddling through». Hans uttalelse gjaldt politikkutviklingssiden, men også iverksettelsessiden. Her kan vi også henvise til de nettopp nevnte organisasjonsteoretikeruttalelser om budsjetteringens hykleri. Det er imidlertid også et uttrykk for hvordan nyttestyringen får større kraft fra siste halvdel av 1990-årene, at mange av de sentrale utredninger (planer) da springer ut av forvaltningen selv. Det gjelder planene som gikk forut for 1999-lovene og, spesielt viktig, planen for sykehusreformen i 2001. Andre utredninger var i større grad enn tidligere preget av nyttestatlig orienterte fagfolk.

Andre planleggingsperspektiver

Planleggingen i den perioden vi ser på var altså preget av at to av de gamle planfilosofier, den politokratiske og den (tradisjonelt) medikratiske ble presset over på defensiven til fordel for en mer nyttestatlig filosofi. Det er en del av dette bilde at jusen også blir mer preget av nyttestatsfilosofien: den får et mer instrumentelt preg, som vi blant annet har nevnt, og skal komme tilbake til, når det gjelder (det nye) tilsynet. Det er imidlertid også slik at alternative faglige måter å forstå planlegging og styring på, spiller en viss, rolle i perioden 1984–1994. Det gjelder, som vi har nevnt før, mer humanistiske og mobiliserende (istedenfor styrende) måter å planlegge og styre på. Vi skal til slutt i denne plandelen si litt om hvordan de kommer til uttrykk. Det skjer ikke minst gjennom den virksomhet Trine Normann driver gjennom Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME), men det begynner også å skje gjennom den kvalitetsutviklingspolitikk som utvikles mot slutten av «vår» periode.

SME ble, som vi har sett, opprettet høsten 1988. Det skjedde etter initiativ fra statsråden. Det var også etter hennes initiativ at Trine Normann søkte og fikk stillingen som leder for sekretariatet.[914] Den «offentlig innstilte» statsråden ønsket å effektivisere det offentlige

[914] Da stillingen som sekretariatsleder ble lyst ut meldte ikke Trine Normann seg som ansøker, men etter en oppringning fra statsrådens kontor søkte hun. Dagen etter trakk hun sin ansøkning. Hun hadde egentlig ingen planer om å forlate den post hun satt på i Oslo kommune. Hun var 52 år og syntes hun var for «gammel» til å

helsevesen, også for å dempe kravene om private tilbud. Trine Normann passet statsråden ideologisk. Det viste seg snart at de også gikk godt sammen personlig.

SME fikk et bredt sammensatt programråd – blant annet var de viktigste styringsdepartementer pluss KS representert. Det ble ledet av statsråden selv, men da hun gikk av, av helseavdelingens sjef. SME og Trine Normann fikk ikke noe presist oppdrag. Sekretariatet og dets leder måtte selv i praksis gi seg sitt oppdrag. Mange trodde at SME ikke minst skulle drive med IKT, et stikkord for modernitet. Men Trine Normann hadde ingen rede på det og ingen ønsker om å gå i den retningen. Hun mente istedenfor at det mest «umoderne» med norsk helsevesen var den måten mennesker med alvorlige, kroniske sykdommer og rusproblemer ble behandlet på. Hun syntes også at den måten brukere generelt ble hørt på av et litt arrogant helsevesen ikke var særlig moderne. Endelig syntes hun det var umoderne at samarbeidet mellom helsevesenets mange aktører fungerte så dårlig; det gjaldt både samarbeidet på tvers av geografi og mellom yrkes- og faggrupper. Det hadde lenge vært uttalt offisielt at de «svake» skulle ha høyere prioritet – det stod i hvert statsbudsjett i denne perioden. Det ble også ofte uttalt at pasientene skulle høres mer; forbrukerrevolusjonen i 1980-årene og den økte oppmerksomhet om feil og etter hvert kvalitet bidro til initiativet ved tiårets utløp (1988–1991) for å utarbeide en lov om pasientrettigheter. Koordinering hadde vært et viktig stikkord for helsepolitikken siden godkjennelsen av helsestrukturplanen (LEON) i 1975.

For mange i departementet var derfor Trine Normanns forslag til innsatsområder nesten som et forsøk på å slå inn åpne dører. Hun mente imidlertid at nettopp det at disse oppgavene stadig ble nevnt som viktige var et uttrykk for at det ikke ble gjort nok med dem, eller snarere, at de ikke ble angrepet på en god måte. Departementet arbeidet ovenfra-og-ned. Planene ble laget på kontorene og i møterommene og resulterte i lover og budsjetter. Slik hadde det vært under medikratiet – da legene visste best, og slik var det nå, under den fremvoksende nyttestat. Nå var det ekspertene i videre forstand, både forskere, konsulenter og byråkrater, som visste best. Trine Normann ville forsøke å arbeide den andre veien, nedenfra-og-opp. Hun ville mobilisere pasientene som fortvilt satt på sidelinjen, brukerne generelt – hun ble glad i ordet «bruker» og brukte det hyppig, og hun ville få dem som behandlet og hadde omsorg for pasientene til å komme sammen, og slik finne praktiske svar på de problemer de hadde med å samordne seg.

Trine Normanns strategi er altså mer preget av den humanistiske ledelsestradisjon (som vi har referert til tidligere) enn av den stadig mer dominerende nyttestatlige. Hun merket jo også kravene knyttet til mål- og resultatstyring, men «overlot», som hun sier i et tilbakeblikk, det til andre. Hun var opptatt av mål, men som verdier – verdier «brukerne» skulle finne ut av, realisere og slik konkretisere, ikke som noe som skulle defineres ovenfra og realiseres hierarkisk. Hun ville realisere sin strategi gjennom utlysning av midler til lokale utviklingsprosjekter. Statsråden og dermed programrådet reagerte positivt på hennes tanker, og hun startet med prosjektmidler på fem millioner kroner. Det var straks stor interesse for å få prosjektmidler og ved utløpet av 1990 var over 80 prosjekter satt i gang.[915]

skifte «beite». Da ringte Statsråden og Normann sa seg villig til å bli stående som ansøker. (Opplyst av Trine Normann i samtale 12.10. 2016).

[915] St.prp. nr. 1 (1990-91), *Sosialdepartementets budsjett*, s. 26.

Der kom i gang prosjekter i alle fylker og i et stort antall kommuner. Prosjektene spente vidt. Ett gjaldt «Pasienters klager, problemer og erfaringer» fra Finnmark, et annet dreide seg om «Fra klage til kvalitet. Pasienterfaringer som grunnlag for medisinsk kvalitetssikring» – med direktoratet som analyseinstans, et tredje var «Kompass – organisering av sykehus på brukernes premisser» – ved Østfold sentralsykehus. Prosjektene var de første årene ofte nært knyttet til det klinisk-medisinske arbeidet. Fra tiårsskiftet ble det lagt mer vekt på psykiatriske og sosialpsykiatriske problemstillinger, på utdannelse og på organisering og ledelse. Prosjektene ble løpende evaluert, men også – og det var like viktig – diskutert på et stort antall møter, hvor brukerne alltid spilte en sentral rolle. Rundt prosjektene ble det bygget opp samarbeidsgrupper. Det ble både formelt – blant annet gjennom avisen *VitaMin* – og uformelt lagt stor vekt på spredning av informasjon om prosjektene: De skulle jo være mobiliserende, altså skape ringvirkninger.

Som en del av mobiliseringen, og ansvarliggjøringen nedover og utover, ble prosjektene etter hvert «økonomiske sammenskuddslag». Departementet for øvrig oppdaget også etter hvert at denne måten å arbeide på åpnet en ny kanal for kontakt og samarbeid mellom departement og lokale myndigheter. Som det het i statsbudsjettproposisjonen for 1992–93: «En generell erfaring med moderniserings- og effektiviserinsgarbeidet så langt er at det, organisert på denne måten, representerer et viktig verktøy i det helt nødvendige samarbeid staten må ha med Kommunesektoren».[916] Dette var viktig, for etter desentraliseringen av mye av helsemakten fra midt i 1970-årene av, fikk de statlige organer problemer med å finne gode måter å styre nedover på. Det hjalp ikke at staten selv, som vi har sett, var så splittet på toppen, mellom departement og direktorat, og at statens lokale representanter, fylkeslegene, ikke hadde fått fornyet og omdefinert sitt mandat, ikke visste hvem de skulle forholde seg til oppover og ble sett på som overflødige av lokalmyndighetene og ikke minst deres interesseorganisasjon, Kommunenes sentralforbund. SME representerte en alternativ måte å koble stat og kommunesektor på, en måte som var mobiliserende og tilretteleggende, ikke hierarkisk styrende. Den representerte en godartet samtaleholdning og var preget av aktiv og konkret problemløsning.

Sekretariatet fungerte altså mobiliserende nedad. Det gjorde det også «innad». Medarbeiderne fikk personlig ansvar for prosjekter.

Men som en annerledes, nokså selvstendig og liten helsestat i helsestaten, kom den ikke til å endre måten helsestaten fungerte på. Den fortsatte å være en litt fremmed fugl i departementet og en enhet som gikk direktoratet litt i næringen. De voksende spenninger mellom departement og direktorat bidro til at SME forble en annerledesenhet og til dels litt «glemt». Ingen av de statsråder som fulgte etter Tove Strand Gerhardsen ble heller ordentlig oppmerksom på dette sekretariatet. Wenche Frogn Sellæg, den som fulgte etter Gerhardsen, så i noen grad på sekretariatet som litt «sosialistisk», og neglisjerte det nokså mye i det hektiske året hun fungerte. Da hun flere år etterpå traff Trine Normann bemerket hun at hun nok burde ha interessert seg mer for hennes sekretariat.[917] Etter Norbom-prosessene forsvant så, som vi har nevnt, sekretariatet inn i en ordinær avdeling som seksjon. Det ble mer, om ikke helt, «byråkratisert».

[916] St.prp. nr. 1 (1992-93), *Sosialdepartementets budsjett*, s. 36.
[917] Opplyst av Trine Normann i samtale 12.10. 2016.

Den nyttestatlige mål- og resultatstyring forutsetter at planlegging og iverksettelse adskilles og at iverksettelsen får et nesten hierarkisk-mekanisk preg. SME representerte nesten den motsatte måte å styre på. Den innebar at planleggingen i stor grad ble integrert i iverksettelsen, og altså at initiativet ofte vel så meget lå nede og ute som inne og oppe. MR-styringen forutsetter at i planleggingen skilles målbestemmelse og strategiutvikling ad og at den resulterende plan er mest mulig presis. SME-praksisen innebar at både mål og strategier ble til gjennom prøving og feiling. MR-styringen tilsier at politikken bør utvikles gjennom mest mulig kontrollerte forsøk, i regi av styringseksperter. SME-praksisen innebar at «alle» deltok i, diskuterte, og løpende tilpasset forsøkene. Også læringen var slik en integrert, og løpende, del av forsøkene.

Humanistisk ledelse finnes i ulike varianter, fra det utpreget paternalistiske til det nokså «tjenende» («servant leadership») og nesten lederløst kollektivistiske. SME hadde innslag av alle disse former for lederskap, også den paternalistiske, eller maternalistiske. Det skapte lagånd, og en følelse av annerledeshet, men undertiden også spenninger, både overfor resten av helseavdelingen og innad.

SME var også påvirket av den nye tid og nyttefilosofien. Det representerte dog i stor grad en alternativ, mer humanistisk form for det vi kunne kalle planleggende praksis. Satte det spor etter seg? Ja, det kan nok ha bidratt til å gi brukermedvirkning en større plass i helseplanleggingen, og i måten helsevesenet fungerte, og skulle fungere, på i årene som fulgte. Som nevnt ble også den første pasientrettighetslov vedtatt i 1999. Men spesielt viktig er nok forsøkene med listepasienter. Disse forsøkene, som hadde noe nytteinspirert over seg, som ble varslet gjennom St.meld. nr. 36 (1989–90), «Røynslemeldinga», fikk sitt lovgrunnlag i 1991 og ble satt i gang i 1991 (og varte til 1994), hadde SME som en viktig aktør.[918] Listepasientforsøkene gav de første premisser for innføringen av ordningen med personlige leger («fastleger», 2001). Ideen om å personliggjøre pasientansvaret, som var en del av begrunnelsen for ordningen, har imidlertid noe liberal-humanistisk – og for så vidt medikratisk – over seg.[919]

Planlegging: en oppsummering

Vår periode er altså preget av at den nyttestatlige mål- og resultatstyringen for alvor etableres som det dynamiske styringsperspektiv. Initiativene er mange – men grunnleggende sett kommer de fra utlandet, og særlig USA og England – og ettersom de prøves ut tilpasses de nasjonale og lokale forhold. Samtidig oppdager, eller blir de internasjonalt orienterte entreprenører oppmerksom på, hvilke videre implikasjoner initiativene har. De mer menige forvaltere, men etter hvert også sektorpolitikere, dras gradvis inn i den nye måten å forstå styring og ledelse på. Den får skritt for skritt et forståelsesmessig overtak. Utviklingen får slik

[918] Meldingen hadde tittelen *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane* og ble lagt frem 30. mars 1990. Listepasientordningen omtales her kort (i et vedlegg) s. 164-165. Forsøksloven hadde overskriften Lov om forsøk med listepasientforsøk i kommunehelsetjenesten og ble vedtatt 4. juli 1991. Forsøkene med listepasientordning ble gjennomført i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes.

[919] Vi bruker ordet liberalhumanistisk her som en kontrast til det vi kunne kalle sosialhumanistisk. Det bør legges til at ordningen gir et godt grunnlag for en stadig mer nærgående kontraktstyring. Det var nok noe av grunnen til at en del leger (dog et mindretall) stilte seg skeptisk til innføringen av ordningen med fastleger. Kfr. Kåre Reiten (f. 1955), «APLF 1993-1995: Fornuftig skepsis til fastlegeordningen preget perioden», i *Festskrift til Allmennlegeforeningens 75-års jubileum 1938-2013*, Oslo: Den norske legeforening, 2013, s. 10.

en økende egentyngde. Et uttrykk for hvordan denne styringsforståelsen får overtak, er at de fremste entusiaster nærmest blir revet med. En ytterst sekulær filosofi griper noen som om den var en religion, eller iallfall ideologi. Statskonsult, Forbruker- og administrasjonsdepartementet/Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet ble ideologiens indre «templer». De ytre fant man i konsulentfirmaene og en del utrednings- og forskningsmiljøer, blant annet SINTEF/NIS, i de norske avleggere av Cochrane Collaboration og EBM-«bevegelsen» og i noen av register- og datamiljøene. Men MR-styringstiltakene var mange og ikke alltid godt koordinert. De fikk heller aldri en samlende fanebærer. Gro Harlem Brundtland var svært positiv til den nye styringslære, og gav den tydelig støtte, men var ingen «yppersteprest» eller salgsperson. Norge fikk ingen Tony Blair (f. 1953), selv om Jens Stoltenberg omkring årtusenskiftet ble en ivrig elev av Blair, og hans «sjefprofessor», New Labour- og Third Wave-sosiologen Anthony Giddens (f. 1938).[920]

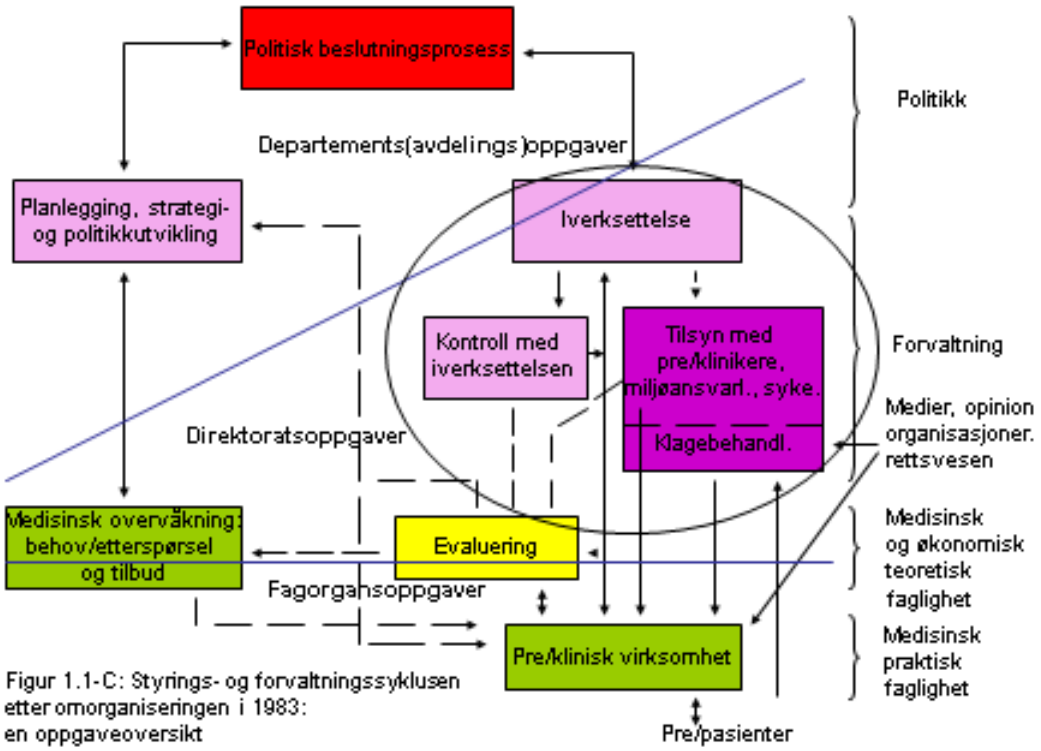
MR-styringen kom i praksis gjennom mange tiltak. De var ikke godt koordinert, men bestrebelsene på å koordinere dem vokste, som vi har nevnt. Når vi nå skal se nærmere på nedstrømssiden, på iverksettelsen av planene, og på kontrollvirksomheten vidt forstått, skal vi også gå inn på hvordan en del av MR-styringen ble utviklet i praksis. Vi skal spesielt gjøre det ved å se på fremveksten av den nye tilsynsvirksomhet og kvalitetspolitikk.

Planleggingen var ikke bare fragmentert og spenningsfylt for så vidt som MR-styringen var det. Den var det også, som vi har sett, fordi fortiden fortsatte å spille en rolle. Legmannsstyret spilte en viktig rolle i planleggingen, særlig gjennom utredningsinstituttet. Det samme gjorde medikratiet. MR-styringen ble slik i stor grad farvet av disse andre typer styringstiltak. I tillegg ble, som vi nettopp har sett, innføringen av MR-styringstiltak modifisert av mer humanistisk ledelsesfilosofi.

[920] Kfr. A. Giddens, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Cambridge, UK: Polity Press, 1998. Boken ble et slags manifest for en bevegelse for å ta en endelig oppgjør med den tradisjonelle sosialisme på venstresiden. Bevegelsen hadde spesielt røtter i det demokratiske parti (Democratic Leadership Council) fra tidlig i 90-årene. Den fikk tyngde da Tony Blair, med sitt New Labour, vant valget i Storbritannia i 1997. På et møte i Chequers, Statsministerens landsted, i november 1997, med Hillary Clinton (f. 1947) som øverste amerikanske deltager, ble fremtiden for "New Democrat–New Labour politics" diskutert. Giddens var tilstede på møtet, og opplevde at hans ideer fenget hos politikerne. Siden fulgte nye møter, med Clinton og Blair som pådrivere. I Europa ble Tysklands Gerhard Schröder (f. 1944) og Italias Romano Prodi (f. 1939) ivrige støttespillere for det som mer og mer fortonet seg som "The Third Way International", altså erstatningen for den gamle sosialistiske internasjonale. Forut for valget til Europa-parlamentet i 1998 sendte Blair og Schröder ut et felles manifest med tittelen "The Third Way/Die Neue Mitte" hvor de bad alle sosialdemokrater akseptere moderniseringens logikk og tilpasse seg de endringer som nå skjedde. Offensiven nådde et høydepunkt da en sosialdemokratisk konferanse ble holdt i Firenze høsten 1999, under slagordet «Progressive Governance for the 21st Century». Her møtte også en ellers svært Third Way-skeptisk Lionel Jospin (f. 1937), Frankrikes statsminister. To som ikke var skeptiske var Sveriges statsminister Göran Persson (f. 1949) og Norges arbeiderpartileder, og snart statsminister, Jens Stoltenberg.

11. Politikken og dens forvaltning: Nedstrømssiden som politikk og som forvaltning

Noen generelle betraktninger



Figur 1.1-C: Styrings- og forvaltningssyklusen etter omorganiseringen i 1983: en oppgaveoversikt

Etter planleggingen, som er en oppgave hvor forvaltning går over i politikk, følger den endelige politiske behandling. Det vil si, planleggingsprosessen er, som vi for så vidt har sett, gjennomsyret av politikk. Pilene går derfor i begge retninger. Der er hvirvler i syklusen, for så vidt hele veien. Den politiske behandlingen skjer delvis innad i departementet, delvis i forhandlinger med ulike interessenter utad og ender med den politiske behandling i (og rundt) Stortinget. Vi skal ikke her gå inn på de politiske prosesser, men har for så vidt sagt en del om dem i det foregående: helsepolitikken blir til gjennom møtet mellom premisser av nyttestatlig, rettsstatlig/byråkratisk, medikratisk, (annen) korporativ/interessentpreget og legpolitisk (parlamentarisk-demokratisk) karakter.

Når vi nå skal ta for oss nedstrømssiden, eller iverksettelsen og «oversettelsen» av politiske beslutninger til konkret styring, er det siste fase i politikk- og forvaltningssyklusen vi skal se på. Vi kunne ha tatt for oss også tilbakekoblingen til neste oppstrømsfase, men har valgt ikke å gjøre det. Denne koblingen har vi imidlertid i noen grad berørt da vi så på overvåkningsoppgaven og vil si mer om den her. Jo mer nyttestatlig styringen blir, jo mer vil nemlig iverksettelsen bli preget av resultatregistrering – altså premissgivning for neste

omdreining i syklusen. Slik kontroll gjør imidlertid noe mer. Den skaper «hvirvler» også på nedstrømssiden: Den kontrollerende iverksettelse fører ofte nokså raskt til oppfølgingskorrigering, altså til nokså umiddelbar disiplinering. Det gjør at det ikke blir nødvendig med en ny full syklus for å korrigere politikken og det den fører til.

Politikk iverksettes både av politikere, forvaltningens kvinner og menn og til sist av helsefagfolk av ulike slag. Politikere avslutter normalt sin rolle når beslutninger fattes (av dem). Ofte kan det imidlertid være nødvendig for politikere å gå inn i iverksettelsesprosessen, fordi de politiske beslutninger ikke var entydige nok eller mer eller mindre uforenlige, eller fordi konsekvensene av beslutningene politisk oppfattes som uakseptable. I det siste tilfelle kan «subjektive» preferanser spille en rolle. Slike premisser kan imidlertid også spille en rolle i saker som ikke har med noe politisk uakseptabelt å gjøre, men reflekterer politikerens, for eksempel statsrådens, personlige interesser. Mest typisk skjer det ved at en politiker, gjerne en statsråd, påvirker stillingsutnevnelser på nivåer under det nivået hun eller han skal utnevne på, eller at hun eller han påvirker andre, for eksempel geografisk, ideologisk eller etisk følsomme, beslutninger et stykke nede i iverksettelseshierarkiet. Når politikere, eller for den saks skyld andre under dem i hierarkiet, går utenom et eller flere ledd i hierarkiet følger de ikke det som omtales som «linjen». Når de gjør det svekker de i prinsippet de forbigåtte personers autoritet og rolle. Gjør de det ofte kan de helt undergrave de forbigåtte personers, det vil si lederes, posisjon. Noen få forbigåelser oppmuntrer gjerne underordnede til å gå utenom oppover og slik forsterkes raskt umyndiggjøringen av de forbigåtte.

I dette kapitlet skal vi se på det vi har kalt iverksettelse som politikk og forvaltning. Den øvrige del av nedstrømssprosessen, den som omfatter tilsynet og klagebehandlingen (høyre del av det som befinner seg i sirkelen), skal vi behandle i et eget kapittel.

Iverksettelse som politikk

Det oppfattes som rettsstatlig viktig at linjen følges: Den reflekterer kompetansenormer, altså normer som konstituerer og fordeler autoritet.[921] Denne autoritetskonstitueringen og –fordelingen er ordnet hierarkisk. På toppen er autoriteten som skapes og gies saklig og virkemiddelaktig bred; nedover blir den stadig smalere og mer spesialisert. Hierarkiet får slik vifteform. Men her må noe viktig tilføyes. I større organisasjoner, som staten, gies noen ledere et stykke nedover i organisasjonen utvidet autoritet, spesielt hva gjelder strategier. Det samme kan gjelde enkeltyrkesutøvere. Således har Sosialdepartementet, eller formelt Stortinget, i den perioden vi nå omtaler, delegert en relativt bred myndighet til Helsedirektoratet, en myndighet det (direktoratet) altså kan utøve med en viss grad av autonomi. Direktoratet har videre delegert en forholdsvis bred autoritet til fagforvaltningsorganene, som SIFF og SHUS, på nivå tre. Forholdsvis bred autoritet er også delegert til de statlige sykehus og, i noen, skjønt litt uklar, grad til fylkeslegene. Staten som sådan, men formelt Stortinget, har delegert betydelig grad av myndighet til fylkeskommunene og primærkommunene som ansvarlige for sykehus og primærhelsetjenester.

[921] De organer som konstituerer makt i første omgang har selv først fått konstituerende myndighet. I første instans har denne autoritet uformelt grunnlag, f.eks. i tradisjonen eller kulturen (inkludert religiøse holdninger), i ekspertise, i tvangsmakt eller i personlig utstråling. Den canadiske filosofen Charles Taylor (f. 1931) skriver interessant om dette i boken *Philosophy and the Human Sciences, Philosophical Papers 2* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985), s. 34 og videre.

Også innad i institusjonene under departementet er der innslag av vide mandater – altså autonomi – på lavere nivåer. Spesielt er det tilfelle i sykehus og til dels også i andre kliniske institusjoner. Også helt i den verdiskapende enden, spesielt hos (over)leger, er der en ikke ubetydelig grad av autonomi (faglig vidt mandat). Denne autonomien kan fortsatt være så vid at den gir en del leger en slags «kommandomyndighet» oppover, altså overfor sykehusledere. Denne autonomien, og enda mer «kommandomyndigheten», er imidlertid under økende grad av press: Det er jo fra slutten av 1970-årene og videre inn i denne perioden av demedikratiseringen begynner å bli tydelig.

Det offentlige helsevesen har altså i denne «overgangsperioden» et forholdsvis løst koblet iverksettelseshierarki. Sett fra en nyttestatlig synsvinkel gjør dét styring vanskelig. Vi har lagt stor vekt på hvordan nyttestatligheten for alvor begynner å gjøre seg gjeldende i denne perioden. Mål- og resultatstyringen innebærer også et ambisiøst forsøk på å stramme inn «koblingene» nedover. Det var også dét statsminister Margaret Thatcher's NHS-utreder, Roy Griffiths (nevn tidligere) sa (1983), styringen og ledelsen må skjerpes, fra topp til bunn – og gjøres generell. I USA, på ulike vis oppmuntret av president Ronald Reagan, ble svaret «managed care» (i de hovedsakelig private helseforetagender). Som vi har sett var det lettere sagt enn gjort å stramme inn koblingene i norsk helsevesen. I Storbritannia hadde man allerede et helstatlig helsevesen (NHS). I USA begynte man å få store integrerte helseforetagender – og aller størst og aller mest integrert, var Kaiser Permanente, et foretagende som var etablert i 1945 (men hadde røtter tilbake til førkrigstiden). I Norge førte måten styrings- og ledelsesrevolusjonen ble organisert på til at det ble ekstra vanskelig å gjennomføre den: Mye av makten ble gitt til fylkes- og primærkommuner, altså ikke bare forholdsvis autonome myndigheter, men også myndigheter hvor legmannsstyret stod spesielt sterkt og var spesielt inngripende.

Rettsstatligheten spiller fortsatt en dominerende rolle for staten som styrende aktør. Staten skal styre med basis i offentlig kjente, og helst også alment forståtte, lover: Slik blir den forutsigbar, og vi kunne føye til, likebehandlende forutsigbar. Det skal gjelde hele veien, altså også ned gjennom iverksettelseshierarkiet, til offentlig ansatte omsorgsytere, ikke bare overfor borgere og virksomheter utenfor staten. Rettsstatligheten hadde sin opprinnelige normative basis i idealismen, eller normer som «gav seg selv», altså på et vis var selvkonstituerende. Kant foreslo så hvordan selve konstitueringen kunne formaliseres, nemlig gjennom generaliserings- og offentlighetsprøven. Gradvis ble så rettsstaten «infisert» av nyttestatlig, instrumentell tenkning. Lovene (og forskriftene) brukes derfor nå i økende grad som virkemidler for nytteformål. Disse lovene utformes, eller vedtaes (legitimeres) av en foramling etablert for å vedta dem. Andre virkemidler har også alltid vært brukt, særlig budsjetter; lite, og stadig mindre, kan skje uten penger. Nyttestatens måte å forene de to styringsmåter på har vært juridisk å legge vekt på å delegere kompetanse (beslutningsmyndighet), ja, delegere relativt mye kompetanse hva gjelder virkemiddelbruk, men «binde» myndighetsutøverne (lederne) til presise mål (resultatforventninger). I noen grad har også myndighetene, allerede i «vår» periode, koblet jusen og målstyringen enda tettere sammen gjennom kontrakter, i første rekke overfor helsetjenesteytere som i prinsippet er selvstendig næringsdrivende. En del leger og fysioterapeuter ble fra 1984 på denne måten kontraktører. Etter de britiske NHS-reformer, særlig fra 1991, er den nyttestatlige styring i økende grad blitt kontraktuell. I noen grad bygger også kontraktspremissene i privat sektor på konkurransestyrke, gjerne bedømt gjennom anbudskonkurranser. Kontraktsstyringen får imidlertid mer tyngde i Norge først fra slutten av 1990-årene, og spesielt fra 2001 (fastlegereformen) og 2002 (sykehusreformen).

Delegasjonsstyringen kommer for alvor med lokalmyndighetenes overtagelse av ansvaret for både (de fleste) sykehus (1970, 1976) og primærhelsevesenet (1984). Den ble fulgt opp med rammebudsjettering i 1980 (fylkene/sykehusene) og 1986 (kommunene). Det som, nyttestatlig manglet, var den eksplisitte målstyringen. Målene kunne vært gitt, av staten, som presise planmål (i planer og budsjetter) eller, mer rettsstatlig, som pålegg (overfor de lokale myndigheter) og rettigheter (for pasienter og arbeidstagere). Ingen av delene skjedde i særlig grad. Det var selvsagt underforstått at helsevesenet skulle ha som mål å maksimere det nasjonale «helseprodukt» (helsejustert levetid), men ingen angivelse av konkrete mål, eller noen avveining av dette målet mot andre mål, helsepolitiske og ikke-helsepolitiske, i planene, medregnet budsjettene, eller lovgivningen. Det var også underforstått at tilgjengeligheten skulle være «maksimal»; det viste seg ved at hele befolkningen var sikret alle tjenester de hadde behov for, med små eller ingen private utlegg, og at både primærlegemangel og sykehuskøer gjennom hele perioden skapte politisk uro. Det ble imidlertid ikke fattet juridiske eller andre vedtak som kunne sies å være bindende for staten, eller de lokale myndighetene. Det var endelig underforstått at kvaliteten skulle være god, og reflektere kunnskapsstatus internasjonalt, men hva dette skulle innebære ble ikke formulert som forpliktende oppdrag for de lokale tjenesteytere. Målene, eller formålene, ble liggende der som tause, men selvsagte, sådanne. Det førte til at iverksettelsesprosessen ble nokså politisert, og like meget, eller samtidig, ble til en ny oppstrømsprosess.

Det var altså en markert spenning mellom den ekspanderende nyttestatlige styring og den folkelige (politokratiske) desentralisering. Det gjorde for eksempel at den sentralisering som lå i LEON-planen fra 1975 bare svært sakte kom i gang. Desentraliseringen gjorde også at budsjettdisiplinen ble moderat i sykehusene og for så vidt i fylkeskommunene. Da staten forsøkte å stramme til økonomisk i begynnelsen av 1980-årene, altså etter at rammefinansieringsordningen var innført, førte det knapt nok til øket effektivitet (omkostningseffektiviteten utviklet seg «flatt»), som var hensikten, men til sykehuskøer, og til privatiseringspress og «helseturisme». Ettersom køene kom, og ble synlige, forsøkte staten å stramme opp fylkeskommunene med prioriteringspolitikk (basert på Lønning I-forslagene) og pålegg om ventetidsgrenser. Fra 1990 måtte alle offentlige sykehus, også psykiatriske, føre ventelister. Det formelle grunnlag var en forskrift (under sykehusloven) om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Ventelisteførselen gjaldt de høyest prioriterte pasienter som ikke var øyeblikkelig hjelp-pasienter eller nesten det. Disse pasientene, som altså var «annen-prioritetspasienter», hadde krav på hjelp innen seks måneder innen eller utenfor sitt hjemfylke, hvis der var kapasitet innenlands.[922] Hvis det siste ikke var tilfellet, skulle de aktuelle pasienter føres på en særskilt venteliste. Men ventetidsproblemet ble ikke fjernet ved slike tiltak, og sommeren 1993 ble det nedsatt et utvalg, ledet av statssekretær Ellen Strengehagen, som skulle fremme forslag til hvordan innholdet i det som litt euphemistisk ble kalt «ventetidsgarantien», kunne styrkes. Utvalget kom med sin innstilling våren 1994. Ventetidsproblemet førte også til at det ble opprettet en ankenevnd som skulle gi departementet råd. Nevnden fungerte fra 1993 til 1998.[923]

[922] Annen prioritet hadde pasienter for hvem ikkebehandling kunne få «katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på sikt», men også noen grupper til, blant annet visse grupper eldre og barn under 18 år (hvis lidelsen kunne føre til fysisk eller psykisk utviklingshemning). Kfr. St. meld. nr. 50 (1993-94), s. 58.
[923] Den fikk til behandling flere vanskelige, offentlig omtalte saker, hvor pasienter søkte om betaling for behandling i utlandet. I noen av sakene overprøvde statsrådene (Christie og Hernes) nevnden.

Staten hadde altså, gjennom desentraliseringen av myndighet, gitt fra seg mye av muligheten for å styre «hardt». Den hadde, som vi har påpekt, renonsert på å være en nyttestat overfor de lokale myndigheter. Den kunne nok ha tatt inn litt nyttetstatlighet «bakveien», nemlig ved å ha knyttet styringen til presise mål. Å gjøre det ville imidlertid vært i strid med den folkelig-demokratiske intensjon bak desentraliseringen. Dessuten kom desentraliseringen før den nye nyttestatlighet hadde satt seg skikkelig. Staten forsøkte seg dog med litt hardere styringsmidler, som strengere budsjettkontroll (frem til 1985), innføringen av ventelisteforskriften og fra 1988–89 en strammere styring av personalressursenes fordeling. Det siste viste seg blant annet gjennom stillingsstopploven i 1988, etableringen av et legefordelingsutvalg i 1989, opphevingen av trygderefusjonen for helt private leger i 1992 (10.10.) og «trusler» om å øke avtaleandelen og redusere refusjonsandelen for avtaleleger. I flere utredninger og meldinger kom der også signaler om mer bruk av harde styringsmidler, som forløpere for den nye hardheten frem mot og like etter årtusenskiftet. Stykkprisforsøk og DRG-finansiering er to viktige stikkord i denne sammenheng. Lov om forsøk med listepasientforsøk i kommunehelsetjenesten fra 1991 gir også et viktig styringssignal.

Staten, ved Sosialdepartementet, måtte altså i stor grad styre de viktigste delene av klinikken gjennom holdningspåvirkning, rådgivning og veiledning. Tor Inge Romøren har rett når han i utredningen for departementet i forbindelse med utarbeidelsen av Røynslemeldinga påpeker at staten ikke hadde tatt dette helt inn over seg. «Når en ikke lenger kan bruke regler, normer og refusjoner, men heller ikke har utredet alternative styringsmidler, er det nærliggende å bli passivisert», skriver han, og legger til at det var det som var skjedd. Ja, egentlig er situasjonen enda verre, for statens øverste organer, departementet og direktoratet, bruker tid på å slåss med hverandre og om styringen av sine lokale «agenter», fylkeslegene. Dratt mellom departement, direktorat og KS og uten noe klart mandat, er de siste helt passivisert, hevder han.[924] Han peker så selv på hvordan den nye «myke» styringen kan følges opp – og bli til en sterkere styring, men hans forslag blir ikke tydelig fulgt opp av departementet. Romørens forslag er nok i noen grad nyttestatsinspirert, som når han taler om kommunene som et «konsern» med 448 enheter (s. 197), men ikke utvetydig.

I løpet av 1980-årene, men for alvor fra begynnelsen av 1990-årene, blir kvalitet, og kvalitetssvikt, et viktig helsepolitisk anliggende. Igjen var det et uuttalt formål i helsepolitikken som får mer formell oppmerksomhet. Kvalitet, teknisk forstått, var og er ett av helsepolitikkens «naturlige» mål: det er knyttet til pasientverdi. Det passet slik at det ble et aktuelt mål samtidig som mål- og resultatstyringen ble den nye, offensive styringsform. Kvalitetspolitikken, som en del av den nye kontrollpolitikken, egnet seg godt for å bringe staten tilbake på offensiven: Spesielt kan kvalitetssvikt brukes til å stramme opp de lokale klinikker og deres eiere. Vi har sett hvordan Helsedirektøren gjorde det med stor emosjonell kraft, særlig fra 1986. Men vi har også sett hvordan departementet mislikte den statlige aktivisme Torbjørn Mork utøvet. Den skjerpet spenningen mellom staten og selvbevisste lokalmyndigheter, og bidro mer til å svekke staten som samlet, styrende organ enn til å styrke den. Samtidig gav det kvalitetspolitikken, og med den tilsynspolitikken, en vanskelig start. Men dette saksområdet bidro også, når vi først kommer ut i nittiårene, til for alvor å bringe MR-styringen inn i helsepolitikken. Vi skal komme tilbake til dette snart.

[924] Tor Inge Romøren, *op.cit.*, s. 167-219; sitatet er fra s. 195; kfr. ellers spesielt s. 195-197.

Iverksettelsen og medikratiet

Vi har så langt omtalt problemene med å iverksette som skyldes de politiske og administrative beslutningstageres utøvelse av sin autonomi. Det vil si, aktørene opptrådte i strid med hverandre. Ofte strakte noen også sin autonomi noe utover det som var formelt korrekt eller iallfall «naturlig». Også aktørene på klinisk og nærklinisk nivå bidro til striden og til at iverksettelsen ble vanskelig eller stoppet opp. Den politisk-administrative desentralisering bidro til at de kunne gjøre det. Ja, de engasjerte seg gjerne også i den dragkamp som oppstod på nivåene over dem. Det gjaldt i første rekke legene, som jo tradisjonelt hadde hatt stor autonomi, men det gjaldt etter hvert også sykepleierne og deres søsteryrkesgrupper. Det nye nyttestatsregimet var jo et direkte angrep på medikratiet, og stod også i et spenningsfylt forhold til sykepleiestyret i den grad sykepleierne krevde, og delvis fikk, større grad av autonomi. Legene var, som vi har nevnt, formelt blitt arbeidstagere, eller kontraktører, fra slutten av 1970-årene, men fortsatte i mange henseender å oppføre seg som delvis frie profesjonsutøvere. Sykepleierne begynte utover i 1980-årene å oppføre seg mer som legene hadde gjort, altså som en slags profesjonsutøvere.

Ved utløpet av 1970-årene forsvant de siste administrerende overleger ved sykehusene. De ble til relativt anemiske sjefleger. De gamle forvaltere, nå ble de gjerne kalt økonomisjefer, ble til direktører. Direktørstillingene gikk ofte til «sivilister». Den siste administrerende overlege var antagelig den kraftfulle kirurgen, Kaare Liavaag (1908–1981), ved Drammen sykehus. Han gikk av ved utløpet av 1977. Den direktør som da kom (fra 1978) var, symptomatisk nok, tidligere generalmajor Nils W. Arveschoug (1924–2015). Direktørene rapporterte fra 1976 oppover, ikke kollegialt til fylkeslege og et sykehuskontor i direktoratet, men administrativt til fylkeskommunens (fra 1976) helsesjef, etter hvert gjerne kalt fylkeshelsesjef.

I kommunene forsvant distriktslegen i 1984 og ble delvis erstattet av en kommune(over)lege. Kommunelegen, som fikk et langt smalere ansvarsområde enn distriktslegen hadde hatt, rapporterte ikke til legekontoret i direktoratet – det var for så vidt også fjernet med omorganiseringen høsten 1983 – men til en kommunal leder, gjerne kalt helsesjef. Helsesjefen var sjelden lege. Kommunelegen beholdt et visst innslag av medikratisk myndighet, for så vidt som det i kommunehelsetjeneslovens § 3-4 (1982) het at en kommunalt ansatt lege skulle ha «det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten». De kommunale ledelser valgte stort sett å se bort fra denne medikratiske konsesjon, mens mange leger ikke gjorde det. Det skapte usikkerhet og spenninger mange steder og førte til at regjeringen (Brundtland III) våren 1994 foreslo å endre § 3-4. I annet ledd her ble det hetende «Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver». Regjeringspartiet fikk endringen, som for så vidt var varslet i «Røynslemeldinga» fra mars 1990,[925] igjennom med støtte fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet. Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti ville beholde den mer medikratiske formuleringen (om ansvar). De siste mente at endringen ville innebære «å svekke legens posisjon», for eksempel hans eller hennes mulighet for å gi pålegg til kommunen når han eller hun mente kommunehelsetjenesteloven kunne være brutt. Begge endringene innebar en reduksjon av legeledernes autonomi, og i sykehusene, i praksis også av alle legenes autonomi.

I sykehusene skapte endringene en uro som varte fra endringene kom i slutten av 1970-årene og «vår» periode ut. Ja, den begynte først for alvor å legge seg rundt årtusenskiftet. Uroen ble

[925] St.meld. nr. 36 (1989-90), *op.cit.*, s. 38.

dobbel. Til dels oppstod der spenninger mellom sykehusenes sentralledelse og legene, særlig det som fra midt i åttiårene ble kalt avdelingsoverleger, og mellom (avdelingsover)legene (og til dels sjeflegene) på den ene side og sjefsykepleierne og (over)sykepleierne på den annen.

Sykehusdirektørene forsøkte å disiplinere legene (og sykepleierne) økonomisk. For å få mer «tak» på dem begynte de også å tale om å opprette et nytt nivå, for å få redusert sitt kontrollspenn og dermed også øke sin mulighet for å styre (stramt). De lyktes i beskjeden grad. Legene hadde fortsatt stor grad av kulturell kontroll over alle andre, direktører medregnet. Som en leder på et større sentralsykehus uttrykte det mot slutten av åttiårene: «Når jeg snakker med mine avdelingsoverleger har jeg en følelse av at de ser på skrå ned på meg. Men hva verre er, jeg tar meg i å se på skrå opp til dem».[926] Da den militært utdannede Oddmund Hammerstad (f. 1942) kom som direktør til Rikshospitalet i 1987 kom han raskt til den konklusjon at han hadde for mange som rapporte til seg, over 40, og foreslo å etablere et nytt nivå for å redusere sitt kontrollspenn. Han ville lage divisjoner. Legene, som på dette tidspunktet gjerne refererte til den nye, ikkemedisinske sentralledelsen, som «de der nede i porten», smilte bort forslaget, med å spørre om man skulle innføre bataljoner også. Hammerstad ble sittende til 1990.

Dragkampen mellom de nye direktører og deres medledere og legeeliten, i praksis legekorpset generelt, resulterte etter hvert i at sykehusledelsen de fleste steder ble nokså delt. Direktørene ble, og forble langt på vei, administrative ledere, spesielt opptatt av å holde budsjettet, men også, mer nyttestatlig, av å øke omkostningseffektiviteten. Legene styrte med den kliniske verdiskapning, både tilgjengeligheten (ventetiden) og kvaliteten. Pengene bandt jo de to regimer sammen, men ofte ble det slik at hvis legene satte hardt mot hardt måtte direktøren gi etter. Da direktør Hammerstad sa til Rikshospitalets fremste legeleder, professor Audun Flatmark (1926–2004) at han også var ansvarlig for å holde budsjettet og kanskje burde se seg om etter noe annet hvis han ikke ville eller maktet det, svarte professoren, med et smil: «Vi får se hvem av oss som må gå først».[927]

Problemet for direktørene, når de bad legene om å bli mer effektive, var at de ikke selv kunne si noe om hvordan det kunne skje. Når de forlangte besparelser fikk de ofte spørsmålet: Hva foreslår direktøren at vi skal gjøre? Slik var det under den i stor grad skjønnsbaserte medisin: Kunnskapen befant seg i stor grad i hodet på ekspertene. Men i løpet av 1980-årene, og enda mer utover i 1990-årene blir kunnskapen i økende grad standardisert og offentliggjort og legene blir lettere «å se i kortene». Fremveksten av «regelmedisinen» gir de nye ledere et langt bedre grunnlag for å lede og nærlede leger og annet helsepersonell. Men eksponeringen av medisinens «hemmeligheter» var ikke kommet så langt i løpet av vår periode at den fikk stor innflytelse på forholdet mellom sykehusledere og klinikere. I noen grad følte derfor sykehusledere at de, for å vinne tillit hos legene, måtte være deres talsmenn videre oppover, overfor de bevilgende myndigheter. Det varierte en del fra sykehus til sykehus i hvilken grad det ble slik, men de ledere som forsøkte å lede stramt nedover, og være lojale oppover, fikk ofte betydelige problemer.

Oppoverpresset på direktørene ble forøvrig så sterkt fordi oppoverpresset på avdelingsoverlegene var så sterkt, ja, enda sterkere: Den avdelingsoverlege som virkelig

[926] Fortalt til oss i 1988.
[927] Dette ble fortalt oss av flere andre leger på Rikshospitalet i 1987-88. Det ble bekreftet av Oddmund Hammerstad i samtale 5.12. 2016.

forsøkte å styre lojalt, og stramt, nedover, fikk det gjerne meget vanskelig innad i sin avdeling. Det ble slik også gradvis vanskeligere å få noen til å ta oppgaven som avdelingsoverlege. Vi bør legge til, avdelingsoverlegens posisjon ble ytterligere truet av fagutviklingen: Den tiltagende spesialisering av medisinen gjorde at han eller hun gradvis tapte faglig, og dermed ofte også ledelsesmessig, autoritet overfor sine kolleger. Det bidro ytterligere til at avdelingsoverlegen måtte være pågående oppover. Det bidro også til at han eller hun som leder nedad mer og mer ble en administrator, og slik ytterligere svekket sin autoritet overfor kollegene. Den gamle fagautonomikulturen gjorde slik at den nye, nyttestatlige og linjepregede styringen og ledelsen bare sakte slo igjennom i sykehus. Men noe skjedde. Ledernes autoritet ble sakte, men sikkert styrket og leger flest begynte gradvis å vende seg til at de var blitt arbeidstagere; ja, til dels begynte de også å oppføre seg mer og mer slik. Deres forening antok således mer og mer (fra slutten av syttiårene) preg av å være en fagforening, om enn en fagforening for økonomisk velsituerte arbeidstagere.

Mens man kan si at den nye postmedikratiske styringen i sykehusene utløste tydelig protest og andre former for det Hirschman kaller «voice» (eller politikk; kfr. tidligere), førte den i primærhelsevesenet til en kombinasjon av passivisering og «exit». Mange leger fant seg på ulike vis i å bli innordnet, et stykke nede, i det lokale byråkrati, mens andre gikk ut (valgte «exit») eller lot være å begynne som kommunelege. Tor Inge Romøren skriver i sin utredning, vedlagt «Røynslemeldinga»: «Trivsel og tilpasning i kommunelegerollen er dårlig. Det er rekrutteringsvansker til yrket, og mye godt talent er allerede gått tapt. Mer kan komme til å følge etter».[928] Noen legeflukt fra kommunene skjedde imidlertid ikke frem til 1994. Den som skjedde, skjedde i starten, og skyldtes da like meget kommunene som legene: Vel 60 prosent av legene som arbeidet i primærmedisin hadde i 1984 avtale med kommunene; bare vel 34 prosent var fastlønnede arbeidstagere. I 1988 var andelen knapt 56 og vel 39 prosent.[929] Andelen fastlønnede leger begynte imidlertid så å gå litt ned og var 37 prosent i 1993, samtidig som andelen helt private begynte å gå opp (etter beslutningen i 1992 om å oppheve trygderefusjonen for nye privatpraktiserende leger).[930]

Arbeiderpartiet hadde ønsket å kommunalisere, og «sosialisere», et «statlig-privat», men nokså medikratisk primærhelsevesen, men den borgerlige seier ved valget i 1981 gjorde at det ble åpnet opp også for en kontraktørløsning (med «avtaleleger»). Arbeiderpartiet arbeidet etter at det kom til makten igjen våren 1986 for å gjenoppta «sosialiseringslinjen» (flere fastlønnede leger og økt avtaleandel/redusert refusjonsandel for avtalelegene), og også å strupe den helt private legevirksomheten (ved å fjerne adgangen til trygderefusjon). At partiet var i mindretall også da det satt med regjering (1986–1989, 1990–1997), gjorde at det ikke nådde helt frem med sin linje. Istedenfor var det den «borgerlige» kontraktørlinjen som etter hvert vant frem. Arbeiderpartiet så etter hvert at kontraktørordningen – som har et større nyttestatlig enn medikratisk potensial – gav et grunnlag for stadig tettere styring av legene. Ja, kontraktørtenkningen kom jo også til å få en viss innflytelse på styringen av sykehus (og sykehusleger) fra 2002. Allikevel er det ingen tvil om at overgangen til avtalepraksis gjorde at «temmingen» av primærlegene, og for så vidt også de privatpraktiserende spesialister, gikk saktere enn «temmingen» av sykehuslegene, selv om «temmingen» i stor grad skjedde gjennom de kommunalt ansatte leger. Også innen primærhelsevesenet skjedde der dog gradvis en «legetemming». Styringslinjen ble altså tydeligere i hele helsevesenet. Der ble skritt for

[928] Tor Inge Romøren, *op.cit.*, s. 200.
[929] St.meld. nr. 36 (1989-90), S. 65, TABELL 7.3.1.
[930] Siv Øverås, *op.cit.*, s. 100–101.

skritt mindre medikrati, legeautonomi, men også mindre reell lederautonomi. For å hoppe litt frem i tid: Det kunne rett etter 2002 synes som om sykehuslederne og deres underledere fikk større frihet enn de hadde hatt som fylkeskommunalt ansatte, men den skjerpede mål- og resultatstyringen gjorde at de egentlig ble strammere styrt, spesielt fra 2005–06.

Iverksettelsen, nutrixokratiet og den delvis enhetlige ledelse

Sett fra en nyttestatlig synsvinkel var altså medikratiet et problem. Ettersom staten begynte å få legene over på defensiven oppstod et nytt nyttestatlig problem: Sykepleierne og deres søstergrupper forlangte å få lede seg selv. De ville ikke lenger underordne seg medikratiet. De ville ha et eget hierarki, dog mer internt linjestyrt enn medikratiet hadde vært, et «nutrixokrati»,[931] spesielt på sykehus, på avdelingsnivå. Sykepleierne og de andre gruppene kunne slik i noen grad bli en alliert med de offentlige styrere i nedkjempingen av medikratiet, men de ble mer til bry enn til glede. Sykepleiernes kamp mot legene, den startet for alvor midt i 1970-årene, men ble spesielt alvorlig utover i 1980-årene, gjorde at de offentlige styrere fikk enda flere grupper å «temme», men også at mye av ledernes oppmerksomhet ble absorbert av konflikthåndtering. Slik ble der mindre tid til den nytteinspirerte strømlinjeformingen av institusjonene, spesielt sykehusene. Dragkampen mellom yrkesgruppene ble på enkelte sykehus nokså ondartet, som ved Vestfold sentralsykehus, Rikshospitalet og, spesielt, Regionsykehuset i Tromsø. Den var et tydelig uttrykk for hvordan den nye, mål- og resultatorienterte styringsordningen ikke fungerte (godt). Den bekymret helt til topps. Hverken sykehusledere eller politiske ledere visste hvordan de skulle gripe saken an.

Men der skjedde allikevel en gradvis tilpasning. Legene gav etter hvert etter og godtok at sykepleierne fikk lede seg selv i viktige henseender, spesielt siden den løpende samordning i den kliniske hverdag, iallfall stort sett, skjedde på legenes premisser. Der vokste slik frem en todelt ledelse på avdelingsnivå på sykehusene. Enkelte steder var den nokså todelt; avdelingsoverlegen og oversykepleieren hadde hver sine domener og blandet seg minst mulig inn i hva den annen gjorde. Andre steder var der et mer omfattende samarbeid for å få medisin og sykepleie til å henge godt sammen. Denne ordningen ble ofte omtalt som «enhetlig todelt ledelse». Siden de fleste avdelingsoverleger ennå var menn ble tilpasningene for mange ikke så ulike dem de forsøkte å få til hjemme: Likestillingen ble av og til preget av tydelig todeling av oppgaver, andre steder av «enhetlig todelt samvirke». Ordningen vokste delvis frem fordi det i lengden ble slitsomt å krangle og være mistenksomt på vakt, men den kom også fordi avdelingsoverlegene så at den hjalp dem: De likte ikke administrasjon, hverken administrativ pasientadministrasjon eller personaladministrasjon. For mange avdelingsoverleger var det en stor lettelse at oversykepleieren kunne ta hånd om disse oppgavene, og spesielt de aller mest arbeids- og følelseskrevende, personalforvaltningen av pleiestaben. En del avdelingsoverleger lot etter hvert oversykepleieren (overbioingeniøren, overradiografen) ta så store deler av det administrative arbeidet, økonomiforvaltningen inkludert, at de i en del henseender ble viktigere avdelingsledere enn avdelingsoverlegen – som jo gjerne ville ha tid til klinisk virksomhet også. Det skapte imidlertid en ny type misnøye blant sykepleierne: Oversykepleierne fikk et ansvar de følte gikk utover det de formelt hadde, og uten at det ble erkjent og økonomisk tilstrekkelig godtgjort.

[931] *Nutrix* er et latinsk ord for sykepleier(ske), den som nærer, for eksempel ved å gi bryst; kfr. engelsk «nurse». Man kunne også brukt ordet «altrixokrati» (en fostermor, nærer), samt flere andre ord.

Den todelte løsningen vokste gradvis, og mer organisk enn styrt, frem. Sett fra en nytteorientert synsvinkel var den ikke ideell. Den skapte uklare ansvarforhold og krevde at de kliniske ledere hadde mer autonomi, både hver for seg og samlet, enn det mål- og resultatstyringen forutsatte. I tillegg var den ustabil. Den forårsaket stadig spenninger og uro. De «todelte» lederne ble egentlig aldri skikkelige, målorienterte linjeledere. Utover i nittiårene ble derfor spørsmålet om å «profesjonalisere» lederansvaret også på avdelingsnivå aktualisert. Andersland-utvalgets innstilling av 1990, gav et tydelig utgangspunkt for å ta opp spørsmålet, også fordi utvalget hadde medlemmer både fra lege- og sykepleiersiden – som engasjert sluttet opp om de kenningske tanker om (énpersonlig) ansvarsledelse (eller generell ledelse, som den ble kalt i Storbritannia). Men den nye arbeiderpartiregjeringen ville ikke, som vi har nevnt, følge opp innstillingen. Den ble, på en mer pragmatisk, og mindre næringslivspreget, måte fulgt opp seks år senere, gjennom den offentlige utredningen (NOU 1997: 2) – statsrådsvennlig kalt «Pasienten først!» – der prinsippet om såkalt profesjonsnøytral ledelse i sykehus ble lansert. Da hadde, som nevnt, allerede Stortinget høsten 1995 bedt om at regjeringen måtte ta initiativ til å få innført «enhetlig ledelse». Prinsippet om slik ledelse ble så tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven av 1999. Det skulle realiseres i praksis senest fra 2001. Men helt nyttestatlig «profesjonsnøytralt» ble ikke prinsippet gjort. Det skulle fortsatt legges vekt på kjennskap til klinikkens logikk ved lederutnevnelser på klinisk nære nivåer. Dessuten kom der i regelverket inn en bestemmelse om at hvis lederen i en klinisk virksomhet ikke var lege, måtte en lege utpekes som medisinsk-faglig ansvarlig. Det var ikke lett å få bort alle elementer av medikrati. Denne ledelsesreform var imidlertid en viktig forutsetning for at det neste, mer ambisiøse nyttestatlige fremstøt skulle bli vellykket, nemlig omgjøringen av sykehusene fra fylkeskommunale «forvaltningsorganisasjoner» til statlige foretagender.

I primærhelsevesenet fikk man egentlig ikke noe sykepleieropprør. Her ble helsevesenet som sådant så organisatorisk oppdelt at ledelsesformen mer gav seg selv. Kommunelegen ble, under helsesjefen, sittende med en del av de forebyggende oppgaver og fikk kontraktsansvaret for avtalelegene. Han eller hun fikk også noen andre oppgaver, blant annet oppgaver som krevde et visst samarbeid med pleietjenesten og til dels spesialisthelsetjenesten. Pleie- og omsorgsarbeidet ble separat organisert, og ble en langt større del av det kommunale helsevesen enn legetjenesten. I det nye, mer likestilte samfunnet, måtte det offentlige ta over mange av de omsorgsoppgaver hjemmearbeidende kvinner før hadde tatt seg av.

«Bekjempelsen» av medikratiet, og etter hvert også nutrixokratiet og «fagsamstyret», var viktig for mål- og resultatstyrerne. Det var viktig for å få iverksatt de ovenfra vedtatte planer. Vi har sett at denne «bekjempelsen» etter hvert lykkes. Det som skjedde fra slutten av 1970-årene, transformeringen av legerollen fra en profesjonsrolle til en arbeidstager- og kontraktørrolle, er grunnlaget for nedbyggingen av fagstyret (fagstyrene). Men medisinens egen utvikling er også en faktor i utviklingen. Dens utvikling fra skjønnsmedisin til regelmedisin omdanner, på det grunnleggende plan, medisinen fra et medikratisk (skjønnsutøvende) til et stadig mer nytteorientert foretagende. Det gjør, som vi har nevnt, kunnskapen upersonlig og offentlig og kunnskapsanvendelsen registrerbar, styrbar og kontrollerbar. Kampen mot, eller om, fagstyrene ble altså også noe av det som preget denne overgangsfasen, og gjorde den komplisert. Ja, delingen av direktoratet og «lokalsosialiseringen» av almen- og spesialisthelsevesenet, var i stor grad motivert av ønsket om å avvikle medikratiet på makroplan.

Iverksettelse og upresise mål: Uintendert remedikratisering

Fra et nyttestatlig synspunkt var det et særlig problem at beslutningstagerne ikke egentlig klarte å utføre den primære forutsetningen for å innføre mål- og resultatstyring, nemlig å definere målene på en presis måte. Vi har omtalt målstyringen ovenfor. Her skal vi føye til noe, som er av særlig betydning for iverksettelsen – det at planmålene ikke er spesielt klare og heller ikke avveid overfor hverandre.

Ekte målstyring krever at målene defineres som «endelige» verdier, ikke bare som midler til disse. Uten et tydelig utgangspunkt i mål, blir det noe tilgjort over mål- og resultatstyringen. Den blir preget av surrogatmål og uklare prioriteringer, som den tidlige virksomhetsplanlegging var. Det gjør iverksettelsen til noe langt mer enn en «mekanisk» aktivitet. Det gjør i realiteten at autoritet (myndighet) igjen dyttes nedover, men altså på en ufullstendig og uklar måte. Ikke minst får lokale ledere og, i klinikken, leger slik den form for autonomi de misliker. Man får i noen grad tilbake medikratiet, men altså på en «forkjært» måte.

Sett fra en samfunnsmessig synsvinkel er det mest naturlige mål, som vi har sett, å maksimere et nasjonalt helseprodukt, for eksempel levealdersforventninger, særlig ved fødselen. Vi har også sett at det nyttemessig kan være naturlig, hvis det teknisk lar seg gjøre, å tale om å maksimere levetiden helsejustert. York-økonomene, med Alan Williams (1927–2005) i spissen, har foreslått å tale om kvalitetsjusterte (forventede) leveår.[932] Skal staten sette opp noe slikt som mål, må den definere det presist, for eksempel slik at den helsejusterte levetid skal økes med så og så mye i løpet av det neste år, de neste fem, ti osv. år. Å gjøre det vil si å veie denne helseverdien mot alle andre verdier. Teknisk gjøres det best ved at man definerer en generell sosial nyttefunksjon (velferdsfunksjon). Da vil helsemålets prioritet kunne regnes ut på grunnlag av dets vekt i denne funksjonen. Men det er ikke slik det ble gjort og det er ennå ikke slik det gjøres. Det ble ikke definert noe presist nasjonalt helsemål. Helsemyndighetene regnet bare ut i etterkant hvordan levealdersforventningene hadde utviklet seg. Helsejusteringen er kommet etter «vår» periode. Prioriteringen av helse ble så et spørsmål om dragkamp og skjønnsutøvelse om hvilke mindre endringer i den tidligere prioritering som skulle foretaes.

Hadde myndighetene definert helsemålet presist hadde de måttet sette en pris på leveårene, kanskje aldersdifferensiert. Nesten uansett hvordan man hadde definert målet ville det innebåret at ressurser måtte blitt flyttet fra tjenester til eldre syke, men også andre med alvorlige, uførhetsskapende lidelser, til forebyggende, helsefremmende og akutte, men effektive, tiltak for yngre og frisk(ere) personer. Det ville vært politisk umulig, og ingen foreslo derfor det. Det utvalget som skulle komme med forslag til prioritering i (spesialist)helsevesenet, Lønning I-utvalget (NOU 1987: 23), kom således ikke med presise målforslag (prioriteringsprinsipper). Det foreslo å bruke alvorlighet som det viktigste prioriteringsprinsipp, noe som i praksis betydde at ressursene ikke skulle fordeles på en helsemaksimerende måte, nesten uansett hvordan man forstår helsemaksimerende. Utvalgets forslag ble tatt til følge, og fulgt opp på en svært skjønnsbasert måte. Den praktiske prioritering ble så langt på vei skapt av dem som møtte pasientene. De to

[932] Williams har på en interessant måte redegjort for hvordan ideen om kvalitetsjusterte leveår (QALYs) oppstod og ble fulgt opp i artikkelen «Discovering the QALY - Or how Rachel Rosser changed my life», https://www.york.ac.uk/media/che/documents/Williams%20on%20disovering%20the%20QALY.pdf.

prioriteringsutvalgene som er kommet med innstillinger siden, Lønning II (NOU 1997: 18) og Norheim-utvalget (NOU 2014: 12), beveget seg lenger i nyttestatlig retning enn Lønning I-utvalget, men ingen av dem definerte helsemålet presist. Norheim-utvalget tok imidlertid skritt i denne retning, blant annet med utgangspunkt i sitt helsetapskriterium. Norheim-utvalget fulgte dermed også opp noe som statsråd Gerhardsen så på som viktig (Nasjonal helseplan, 1988), at helsemaksimeringsmålet ble «fordelingsjustert». Hun snakket om å jevne ut forskjellene i levetidsutsikter. Norheim-utvalget konkretiserte det ønsket, men det ble politisk for meget.

Indirekte kan man si der skjedde en slags helseprioritering for så vidt som det ble satt en økonomisk ramme for hvor mye helsevesenet, i første rekke klinikken, men også preklinikken for så vidt som den ble definert som en del av helsevesenet, kunne bruke. Rammen ble slik et slags målsubstitutt. Den egnet seg jo også til å målstyre etter. I praksis fungerte den imidlertid ikke godt slik. Praksismedisinen hadde i praksis ingen ramme. Utgiftsveksten til den delen av klinikken skapte da også bekymringer i Sosialdepartementet i årene etter kommunaliserings-reformen og bidro til arbeiderpartiregjeringenes bestrebelser på å disiplinere de viktigste utgiftsdrivere, legene. Pasientene spilte også en rolle, delvis i koalisjon med legene; noe som gjorde at egenandeler kom, og kom for å bli, selv om der ble laget et tak for at de ikke skulle ramme for usosialt. I sykehusene var det etter 1980 rammer, men også så som så med «disiplinen» på klinisk nivå. Også her bidro pasientene og til dels lokalinteresser til utgiftspresset. Forsøkene på denne formen for mer «primitiv» målstyring ble altså i noen grad svekket av alliansen av medikrater og pasienter. Til den alliansen hørte i noen grad også farmasøytiske firmaer og andre leverandører til klinikken. Myndighetene begynte derfor nå også å vise *dem* mer kritisk interesse.

Rammestyringen skulle bidra til at iallfall sykehusene skulle bli mer opptatt av å utnytte ressursene til å oppnå best mulige kliniske resultater, altså bli mer omkostningseffektive. Vi har påpekt at i den grad dette målet i praksis ble ett av målene under det nye regime – og det er som rammemålet, målbart – ble resultatene magre.

Nyttestatlig kunne det ha greid seg med å definere et helsemål, ev. fordelingsjustert. Da det ikke ble gjort, og det skjedde særlig av politiske, men kanskje også av tekniske grunner, var myndighetene tvunget til å definere målene for helsesektoren, i praksis klinikken, isolert. Sett fra en pasientsynsvinkel er for så vidt også det det naturlige. Da er det spesielt to mål som peker seg ut og som til sammen bestemmer hvilken verdi tjenesten har for pasientene. Det ene er tilgjengelighet, det annet tjenestenes kvalitet, snevert forstått.

Etter at helseforsikringen var blitt universell fra 1956, og stadig mer progressivt finansiert, var de økonomiske, og til dels geografiske, terskler for adgang til helsens hus redusert nokså meget, om ikke *helt* fjernet. Myndighetene lot fra da av som om helsetjenester var bortimot gratis – sykehustjenester var helt gratis – for pasientene, etter behov: Oppstod der et behov for medisinsk hjelp hadde samfunnet indirekte forpliktet seg til å hjelpe, uavhengig av pasientens økonomiske evne. Man kan si det også lå under, som en taus forutsetning, at pasienter skulle få umiddelbar, eller iallfall rask (nok) hjelp. Det lå også under som en taus forutsetning at de skulle få en hjelp som lå nær kunnskapsfronten, utført på en god måte.

Men myndighetene definerte ikke tilgjengelighets- og kvalitetsmålene, som oppdrag og pålegg, presist i den perioden vi nå omtaler. De tok skritt hva gjaldt tilgjengeligheten til ikkeakutte sykehustjenester, med ventetidsreglene; akuttilgangen var allerede i praksis «absolutt». Kvalitetsmålet ble heller ikke definert presist, og som oppdrag og påbud, men

kvalitet blir, som vi har nevnt og skal komme nærmere tilbake til, et politisk anliggende fra begynnelsen av 1990-årene. Kvalitetssvikt hadde, som nevnt, allerede fra 1980-årene blitt et politisk anliggende, uten at reduksjon av feil og lignende ble definert presist som måloppdrag eller målpålegg. Lederne på klinisk nivå, ja, klinikerne selv, fikk slik tilbake, eller beholde, en viss grad av klinisk autonomi – nemlig som målprioriterere. Den prioriteringen måtte de utføre på nokså skjønnsmessig, altså klassisk medikratisk, vis. Ettersom pasientene ble stadig mer selvbevisste og forbrukerbevisste, og ettersom prioriteringen også gjaldt omkostningene, var det en oppgave som ble dem stadig mer besværlig. Den falt dem desto mer besværlig som de måtte ta hensyn til «importerte» mål, rammevilkår som kom fra andre politikkområder.

Iverksettelsen som forvaltning

I løpet av Morks andre periode ble politikken mer offensiv og mer preget av nyttestatlig målstyring. Samtidig ble altså ansvaret for helsevesenet i større grad desentralisert. Disse forhold gjorde at iverksettelsen av politikken ble mer preget av «politikk» – altså dragkamp og strategisk manøvrering, som vi nettopp har vist. Det var Sosialdepartementet og dets helseavdeling som i første rekke kom til å måtte spille denne «politiske» rolle. Med delingen var i dette henseende direktoratet satt litt på sidelinjen. Direktoratet ble imidlertid i noen grad en del av den nye «politiske» styringen nedover, for så vidt som det «konkurrerte» med departementet om å vinne frem i styringslinjen. Her kom imidlertid direktoratet mer og mer på defensiven, noe ikke minst fylkeslegenes tilpasning er et uttrykk for: De forholdt seg stadig mer til departementet. Direktoratet skulle også styre SIFF og de andre nivå tre-institusjonene. Også denne styringen fikk et visst innslag av «spill» og spenning. Også disse institusjonene ville, med noen få unntagelser, heller forholde seg til departementet enn til direktoratet. Det gjorde at direktoratet, som iverksettende organ, i stadig større grad ble et (helse)forvaltningsorgan. Det var, som Helsedirektøren bemerket, «pliktløpet» som kom til å prege Helsedirektoratets virksomhet i den perioden vi er opptatt av.

At pliktløpet ble dominerende, betydde også at iverksettelsen fikk stor plass i direktoratets virksomhet. Vi har sett at direktoratet på oppstrømssiden særlig var engasjert i første del av den, særlig knyttet til behovskartleggingen. Siden det altså på nedstrømssiden særlig var engasjert i siste del av den, innebærer det, som vi har nevnt, at direktoratet ble skjøvet lenger bort fra det skapende, politiske arbeidet. Det ble et mer teknisk fungerende direktorat.

Men pliktløp kan bety så mangt. Det kan bety det å administrere ulike virksomheter i en nokså «prosaisk» forstand, det vil si basert på konkrete, teknisk pregede regler, målkrav og budsjettildelinger. Men det kan også bety å forvalte et mer normativt fundert sett av regler. Det kan være juridisk utfordrende. Det kan også bety å lede realiseringen av helsefaglig ambisiøse mål. Disse mer utfordrende oppgaver er i det første tilfelle knyttet til tilsyn og klagebehandling, i det annet tilfelle til kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling. Vi skal omtale disse oppgaver senere. Nå skal vi se på den mer teknisk pregede forvaltning, pliktløpet, snevert forstått.

Allerede ved delingen fikk, som vi har sett, arbeidet med å delegere teknisk preget forvaltning en del oppmerksomhet. Tanken var at direktoratet skulle bli en mer offensiv bidragsyter til politikkutviklingen og til de mer utfordrende iverksettelsesoppgaver, ofte definert som helsefaglige, ikke i samme grad som tilsynsmessige. Det viste seg vanskelig å oppnå noe som

monnet på denne måten. Lover og forskrifter, avtaler med andre aktører, og ressursbegrensninger på mottagelsessiden, stod i veien. Da direktoratet etter fem år skulle lage sin første virksomhetsplan får igjen delegasjonsspørsmålet oppmerksomhet. Som før gjaldt det ikke minst forvaltningen av turnustjenesten for leger og annet helsepersonell, tilskuddsforvaltningen, administrasjonen av fengselshelsevesenet, helsevesenet på Svalbard og sentralteamet for døvblinde, samt arbeidet med å fordele siviltjenestepliktige leger og fysioterapeuter.[933]

Virksomhetsplanene gir en viss oversikt både over hvor forvaltningsorientert direktoratet var gjennom de siste fem år av «vår» periode og hva slags profil det hadde på nedstrømssiden. Planene er planer og ikke virksomhetsrapporter, men de reflekterer i så stor grad praksis at vi kan bruke dem til å karakterisere direktoratets profil. Dog svekker det deres nytte noe at det i planene opereres med noe flere ukeverk enn det er ansatte til: Forebyggingsavdelingen overdisponerte ikke med noe, helsetjenesteavdelingen med 11 prosent, legemiddelavdelingen, helserettsavdelingen og administrasjonsavdelingen alle med 22 prosent.

Vi skal først se på den interne forvaltning. Den er, kan man si, ekstra forvaltningspreget. Den omfatter forvaltningen av direktoratets ressurser, særlig personalet – fagpersonalet og støttepersonalet, men også av mer eller mindre fysiske ressurser, som arkiv, bibliotek, utstyr, forbruksvarer og bygning. Virksomhetsplanen for 1989 viser at omtrent halvparten av ukeverkene gikk med til intern forvaltning eller administrasjon; 52 prosent hvis vi tar utgangspunkt i de formelt tilgjengelige ukeverk og 47 prosent hvis vi tar utgangspunkt i de planlagte ukeverk. Den helt dominerende indreforvaltende avdeling var selvsagt administrasjonsavdelingen, som brukte 68 og 62 prosent av sine ukeverk til indreforvaltning. For forebyggingsavdelingen var andelen 31 prosent, for helsetjenesteavdelingen 48 og 42 prosent, for legemiddelavdelingen 32 og 26 prosent og for helserettsavdelingen 35 og 38 prosent. Administrasjonsavdelingen brukte 29 og 24 prosent av sine eksternt rettede ukeverk til intern forvaltning. Etter hvert sluttet direktoratet å gi en oversikt over den planlagte fordeling av ukeverk. Det er derfor ikke mulig å si noe sikkert om direktoratet ble mer eller mindre indreadministrativt. De tall vi har, tyder imidlertid på at det skjedde en viss nedgang. For forebyggingsavdelingen var andelen internadministrative ukeverk redusert fra 31 prosent i 1989 til 28 prosent i 1991. I helsetjenesteavdelingen var det en reduksjon fra 48/42 til 31 prosent, i helserettsavdelingen fra 35/28 til 21 prosent mens administrasjonsavdelingen knapt hadde noen reduksjon – 29/24 prosent ble til 26 prosent. Legemiddelavdelingen gav ingen opplysninger om ukeverkfordelingen. Administrasjonsavdelingen gav heller ikke opplysninger om den rent interne forvaltning. For 1993 oppgav bare helsetjenesteavdelingen tall for indreforvaltningen. I denne avdelingen var nå denne del av forvaltningen gått ytterligere litt ned, til 27 prosent av ukeverkene.

Vi kan altså konstatere at omfanget av internforvaltningen var slik at den gav Helsedirektoratet et svært teknisk-administrativt preg. Virksomheten var i hovedsak forankret i regelverk, avtaleverk, budsjetter, teknisk pregede planer og praktisk og teknisk kompetanse (skrive- og forværelsestjeneste, biblioteks- og arkivdrift, kantinedrift) og vedlikehold av utstyr og bygninger etc., samt innkjøp av varer og utstyr av ulike slag. Det meste av denne virksomheten var iverksettende og utpreget teknisk-administrativ. Noe hadde imidlertid også med oppstrømssiden å gjøre. Det gjaldt særlig forhandlingene med de ansattes organisasjoner, til dels også med, eller om, enkeltansatte.

[933] Kfr. Helsedirektoratet, *Virksomhetsplan 1989*, s. 12.

Som vi har sett, spilte organisasjonene en økende «indrepolitisk» rolle i Morks andre periode. De ble hele tiden trukket aktivt med i slikt som omorganiserings- og virksomhetsplanarbeid. De fikk altså spille en rolle som gikk et stykke utover det å arbeide for de ulike ansattes «private» interesser og fagruppeinteresser. Interessant i denne sammenheng er det at Helge Høifødt, som kom inn som fagforeningsrepresentant (NTL), gradvis kom til å spille en mer og mer sentral rolle for ledelsen; han ble, som nevnt, utredningsleder fra 1989. Han ble etter hvert også en tydelig ledelsesorientert person. Som vi har nevnt, gjorde antagelig også spenningene overfor departementet at fag- og profesjonsforeningene fikk økende innflytelse. Forhandlinger med, eller om, enkeltansatte ble imidlertid også, i tråd med oppmykningen av stillings-, og etter hvert også lønnsstrukturen, viktigere. Der ble mer å forhandle om. Allikevel ser det, pussig nok, ikke ut til at forhandlingsarbeidet ble mer tidkrevende. I virksomhetsplanen for administrasjonsavdelingen for 1989, et år som krevde litt ekstra på grunn av omorganiseringen, er det oppgitt at 90 ukeverk skulle brukes til forhandlinger om de ansattes lønns- og arbeidsforhold. For de påfølgende år kom antallet planlagte ukeverk til å variere mellom 71 (for 1991) og 51 (for 1993).

Hvis vi ser på det arbeid som faller utenfor det som er definert som teknisk og administrativt arbeid i virksomhetsplanene, ser vi at også en god del av det har et forholdsvis administrativt preg. Til virksomhetsplanen for 1989 laget Helsedirektoratet i august 1988 en oversikt over de eksterne tjenester (også den eksterne styring), ressursbruken knyttet til ytelsen av dem (til styringen) og hvem tjenesteytelsen (styringen) var rettet mot.[934] Det er vanskelig å klassifisere mange av tjenestene, eller (styrings)aktivitetene, men tallene sier allikevel noe. Når vi ser på dem skal vi, tentativt, skille mellom oppgaver som innebærer en viss grad av det vi skal kalle «verdimakt» og oppgaver som inneholder mindre grad av slik makt.

Oversikten viser at det som er kalt helsefaglig rådgivning og veiledning dominerer, med 16 prosent av alle ukeverk. Kategorien er bred, og omfatter både oppstrøms departementsbistand og nedstrøms rådgivning og styring, blant annet rettet mot fylkesleger, kommuner og kommunehelsevesenet, fylkeskommuner og spesialisthelsevesenet, men også mot organisasjoner av ulike slag og pasient(grupp)er. Vi ser på dette som en av direktoratets verdimaktpregede kjerneoppgaver – selv om det er oppgaver som nå utføres tidligere i oppstrømsprosessen og senere i nedstrømsprosessen. Andre verdimaktpregede kjerneoppgaver er kvalitetssikring og kvalitetskontroll – medregnet klagesaker og erstatningssaker, regelarbeid – både oppstrøms (forslag, råd) og nedstrøms (tolkningsarbeid, veiledning, utarbeidelse av regelverk). De omfatter til sammen 21 prosent. Til sammen går dermed 37 prosent av ressursene som brukes utad til det vi her har kalt maktpregede kjerneoppgaver. Vi merker oss at i oversikten over oppgaver figurerer ikke stikkordet tilsyn. Tilsynsoppgavene er skjult i de helsefaglige og helserettslige kategoriene, men det er symbolsk viktig at tilsyn ennå ikke hadde fått den oppmerksomhet og status det snart skulle få. Vi skal si mer om det senere.

Vi kan så tale om en gruppe oppgaver av teknisk helsefaglig art, som faller i en mellomgruppe; de er også kjerneoppgaver, men er forbundet med mindre verdimaktutøvelse. De omfatter helsefaglige og metodepregede oppstrømsoppgaver knyttet blant annet til registrene og en rekke, hovedsakelig nedstrømsoppgaver, som godkjennelser av personell,

[934] Helsedirektoratet, *Virksomhetsplan 1989*, vedlegg 1 (s. 97).

institusjoner og produkter, informasjons-, opplysnings- og opplæringsvirksomhet, beredskapsoppgaver og fordeling av helsepersonell (turnustjeneste, stillingsstruktur, stillingsstopp). Disse oppgaver tar 39,5 prosent av ressursene. De øvrige oppgaver er mindre helsefaglige og mindre preget av reell verdimakt, iallfall slik de stort sett håndteres. De befinner seg tidlig i oppstrømsprosessen eller, som tilfellet er for de fleste, sent i nedstrømsprosessen. De er tilskuddsforvaltning, eksternt budsjett- og regnskapsarbeid (nokså teknisk), ekstern administrativ bistand (bl.a. til legater etc.) og byggesaker. Til sammen tar disse oppgaver 23,5 prosent av ressursene. De etterfølgende virksomhetsplaner inneholder ikke en slik oversikt over oppgavefordelingen, men de detaljerte planene gir ikke inntrykk av noen tydelig endring i ressursinnsatsen til de ulike typer oppgaver.

Denne oversikten understreker, selv om den er kort og enkel, vår generelle påstand om at Helsedirektoratet i løpet av denne perioden ble mer av et nedstrøms fagforvaltningsorgan. Vi har tidligere sett, og nå føyet noe til om det, at det fikk en mer teknisk rolle på oppstrømssiden. Nå har vi sett at det fikk en mer teknisk-administrativ rolle på nedstrømssiden. Det var altså, som vi har nevnt, iferd med å bli et mer «vanlig» fagdirektorat.

Men, som vi også har sett, Helsedirektoratet kom tilbake til ny prominens i løpet av perioden, selv om det var en prominens som ikke kunne måle seg med den gamle – hvor medisinen var kjernedisiplinen i utøvelsen av verdimakt. Det gjaldt den nye kontrollen.

Iverksettelsen som profesjonalisert kontroll

Helsevesenet var, og er, altså i hovedsak offentlig eiet og finansiert. Hvis det ikke var og er offentlig eiet, var det og er det, i stor grad offentlig finansiert og nokså tett styrt. Det siste var blant annet tilfellet med de diakonale sykehus og de avtalebaserte praktiserende leger, psykologer og fysioterapeuter. Kontrollen med iverksettelsen ble derfor i stor grad en form for *intern* kontroll, altså en lojalitets-, lydighets- og moralkontroll. Den ble det i flere trinn. Først ble den, iallfall i prinsippet, en kontroll med forvaltningsinstansene og deres ansatte nedover i de iverksettende hierarkiene, og så ble den en kontroll med de tjenesteytende institusjoner og deres ansatte – først forvalterne og så klinikerne. Overfor helt private tjenesteytere ble den en tradisjonell markedskontroll. Påstanden om lojalitetskontroll må dog modifiseres noe: Som vi har nevnt ovenfor var måloppdragene både litt vage og lite avveiet overfor hverandre. De som skulle realisere politikken kunne altså ikke alltid være helt «lojale».

Man kunne ha tenkt seg at også offentlige institusjoner og praktiserende klinikere i noen grad kunne ha konkurrert med hverandre og med private aktører. I noen grad kan man si de gjorde det, spesielt de praktiserende klinikere. I praksis var det imidlertid ikke det de gjorde. De ble i økende grad gjenstand for hierarkisk, nyttestatlig planstyring. Det gjaldt også institusjoner som de diakonale sykehus og, i noen grad, de praktiserende, avtalebaserte klinikere. Politikken, spesielt under Arbeiderpartiet (1986–1989, 1990–1997) tok også sikte på å hindre at det ble konkurranse mellom helt private og offentlige tjenesteytere. Etablering av private sykehus ble vanskeliggjort (spesielt i perioden 1986–1989) og fra høsten 1992 mistet leger den generelle retten til å kunne sende regninger til folketrygden.

Tidligere var kontrollen med de offentlige klinikker og klinikere, og de avtalebaserte ditto, som vi har bemerket før, relativt mild og til dels kollegialt preget. Det hang sammen med at

styringen og ledelsen var medikratisk (odontokratisk, farmakokratisk etc.). Klinikerne, og til dels også preklinikerne, hadde en betydelig grad av autonomi. Det betydde at forvaltningslagene «over» dem, i mange henseender styrte og ledet på en tilretteleggende mer enn en tydelig oppdragsorientert og dirigerende måte. Fra Morks tiltredelse som helsedirektør (1972), og spesielt fra midt i 1970-årene, tiltok imidlertid, som vi har sett, den økonomiske kontrollen, særlig med visse deler av klinikken, nemlig sykehusene: Pengene kom i økende grad ovenfra, som (ramme)budsjetter og fulgte i synkende grad pasientenes etterspørsel. Den tiltok også litt for praktiserende leger og fysioterapeuter, men for disse forble den nokså forsiktig: Klinikerne fikk ingen faste rammer; de kunne fortsette å skrive (del)regninger ut fra rent medisinske vurderinger; pengene fulgte slik delvis pasientene. Denne økningen i kontrollvirksomheten ble en forløper for en stadig mer ambisiøs oppdragsstyring og -ledelse: De løse «koblingene» nedover ble mindre løse, men altså spesielt for sykehusene. Autonomien ble redusert, både for ledere i linjene nedover og for klinikerne. Helsestaten ble altså mer planbasert og nyttestatlig. Dermed ble kontroll i løpet av perioden i forsiktig økende grad et spørsmål om lojalitet.

Som vi har sett, kom der imidlertid inn et modifiserende element, nemlig det lokale demokrati. Fylkeskommunene, fra 1976 med direkte folkevalgte fylkesting, overtok ansvaret for sykehusene, mens kommunene, ved inngangen til den perioden vi nå ser på, overtok mye av ansvaret for primærhelsevesenet. Som vi har sett oppstod der et strategisk spill mellom staten og de lokale myndigheter. De siste, og særlig fylkeskommunene, utsatte staten for et betydelig press, særlig økonomisk. Det forsinket tilstramningen i den økonomiske styringen. Den ble, som vi har nevnt, skjerpet etter at rammefinansieringen kom i 1980, men ble lempet betydelig på fra 1985 – ikke minst som følge av voksende sykehuskøer. Denne lempingen varte nesten ut den perioden vi ser på, men den økonomiske konjunkturnedgangen i begynnelsen av 1990-årene førte til en liten ny tilstramning. Desentraliseringen førte imidlertid til at «koblingene» nedover fikk et nytt innslag av løshet. I noen grad bidro det også til å gi medikratiet og de andre fagstyrene litt forlenget liv, særlig i sykehusene, som vi har sett. I noen grad bidro også, særlig i de første fem år av perioden, det overordnede «medikratiske» organ, Helsedirektoratet, til å støtte de lokale fagstyrerepresentanter.

Men utviklingen gikk altså sakte, omenn med noen tilbakeslag, i nyttestatlig retning. Innføringen av virksomhetsplanlegging er et uttrykk for det. Denne planleggingen bidro til å gjøre de styrende organer mer målbevisste og mer konkret målsøkende i valget av strategier for å nå målene. Dermed oppstod også spørsmålet om overvåkning av, og kontroll med, målrealiseringen opp på en annen måte enn før. Jo mer konkrete målene, og strategiene for å nå dem, gjøres jo mer relevant, og mulig, blir det å føre kontroll med måloppfyllelsen, og det vil i praksis ofte si med strategirealiseringen. Innføringen av en mer nytteorientert styringsmåte impliserer altså profesjonalisering av overvåkningen av og kontrollen med iverksettelsen. Det var ikke gitt at en nyttestatlig målstyring og en påfølgende profesjonalisert kontrollvirksomhet ville bli tatt godt imot av fylkeskommuner og kommuner, eller av personell knyttet til disse virksomhetseiere samt mer selvstendige yrkesutøvere, men der lå en dynamikk i det nye styringsregime som det var vanskelig for dem å gå altfor tydelig imot.

Som vi har sett, nølte Sosialdepartementet mer enn Helsedirektoratet med å ta innover seg den nye nyttestatlige styringen. Det skjedde imidlertid fra slutten av 1980-årene for direktoratet og fra begynnelsen av 1990-årene for departementet. Det er også interessant at direktoratet tok innover seg den ekspanderende styringsformens implikasjoner på nedstrømssiden mer enn på oppstrømssiden. Som forholdet mellom departement og direktorat var etter delingen, var det fåfengt for direktoratet å prøve å spille en rolle som et offensivt planstrategisk organ. På

nedstrømssiden, som kontrollorgan, kunne det imidlertid spille en rolle. Det var også det direktoratet gradvis oppdaget, men for fullt egentlig først mot slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene. På et vis «oppdaget» direktoratet det ved at det gjennom delingen i et viktig henseende ble plassert på den siden: Gjennom tilsynsloven, landets første på helsesiden, ble direktoratet «pådyttet» den potensielt viktige nedstrømsoppgaven, å føre tilsyn med helsevesenets institusjoner og personell. Selv om Helsedirektøren tidlig ble omtalt som, og så seg som, «vaktbikkje» tok det en god del år før han og hans direktorat for alvor oppdaget hva et retts- og nyttestatlig tilsynsbegrep impliserte. Ja, den dypere oppdagelsen kom egentlig først i kjølvannet av Stortingets dramatiske beslutning i juni 1992. Det vil si, da begynte den å komme. Det ble Anne Alviks oppgave å lede arbeidet med å finne ut hva tilsyn egentlig kunne være og hvilke implikasjoner det direktoratet fant, hadde for dets videre arbeid. Det skulle vise seg å bli et krevende arbeid.

Vi skal her la oss friste til å stoppe et øyeblikk og komme med noen kontrafaktiske betraktninger: Hvis Torbjørn Mork og direktoratet hadde spilt aktivt på lag med departementet fra delingprosessen startet, er det ikke usannsynlig at direktoratet hadde kunnet fortsette som et profesjonelt, men mer og mer nyttestatlig, helseplanleggingsdirektorat. Da hadde ikke Norbom-prosessene kommet i gang og Helsedirektoratet hadde ikke blitt til noe helsetilsyn. Tilsynsoppgaven hadde blitt en mer profesjonalisert oppgave, men knyttet til en avdeling av direktoratet, noe à la det som ble løsningen i de fleste andre vestlige land. Da hadde man heller ikke, da behovet for et mer offensivt planleggingsdirektorat (m.m.) for alvor begynte å melde seg hos målstyringsorienterte embedsmenn og -kvinner i departementet i annen halvpart av 1990-årene, behøvd å «gjenopprette» Helsedirektoratet (2002). Man kunne også si at hvis departementet hadde reversert delingen, eller mer aktivt hadde forsøkt å følge opp Helsedirektørens ønsker om «politisk» innflytelse, kunne også utviklingen blitt en annen. Slike kontrafaktiske resonnementer viser altså at man ikke kan si at de konflikter som kom skyldtes den ene eller den annen uten å trekke inn normative premisser.

Vi skal nå se nærmere på det nye, stadig mer juridisk pregede, tilsynet. Deretter skal vi, avslutte redegjørelsen for nedstrømssiden med å se på fremveksten av den stadig mer mål- og resultatorienterte kvalitetspolitikken og kvalitetsforvaltningen. Tilsyn og kvalitetspolitikk lar seg, som de nå ble utviklet, i noen grad adskille fra hverandre. Kvalitetspolitikken, spesielt som kvalitetssikring, kan dog sees på som en del av tilsynsforvaltningen.

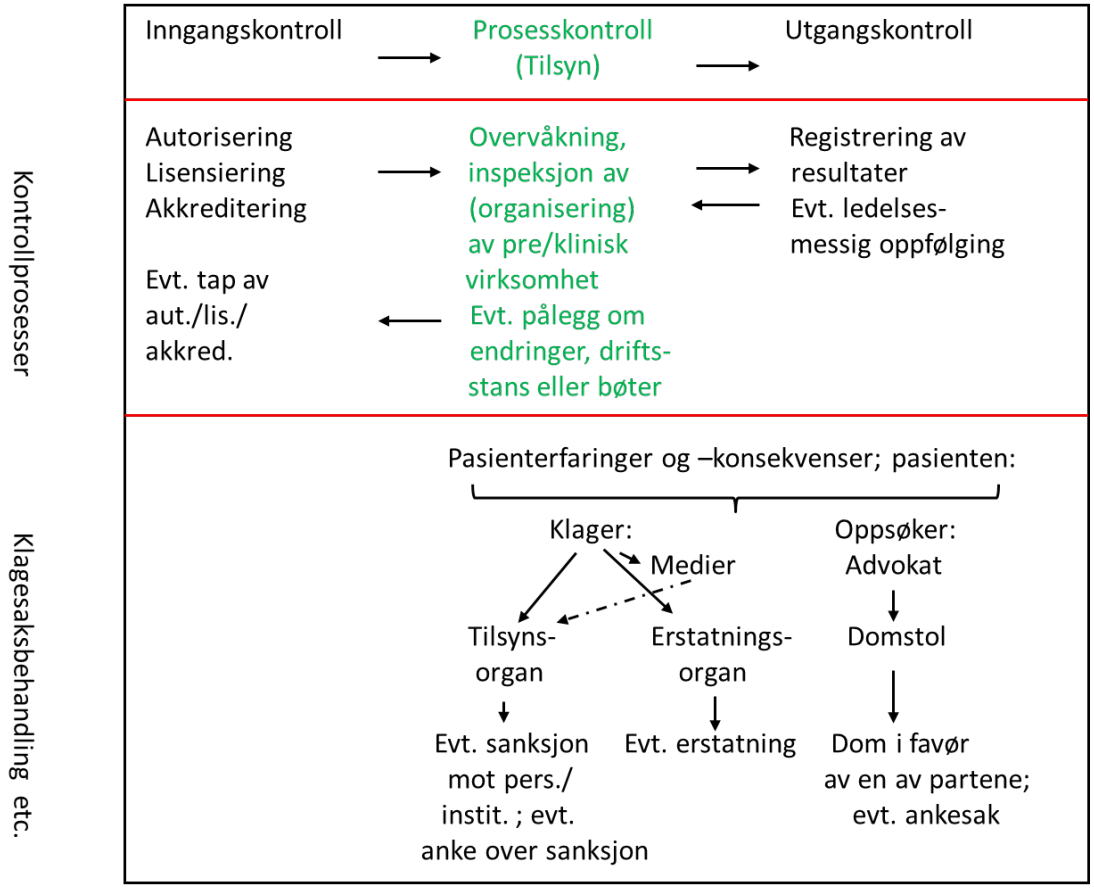
12. Politikken og dens forvaltning: Kontrollvirksomhetens juridiske grunnlag og nedstrømssiden som tilsyn og klagebehandling

Tilsyn: Innledende betraktninger

Tilsyn er et ord som har vært brukt om medisinalforvaltningens rolle så lenge vi har hatt et norsk medisinalvesen. Det ble imidlertid aldri forsøkt avgrenset på noen presis måte. Det ble brukt om å ha ansvar for, eller å «passe på». Det var slik til dels et ord som ble brukt om alt medisinalforvaltningen gjorde, eller burde gjøre. Det hadde slik et utpreget paternalistisk preg. Medisinalforvaltningen opptrådte, kan man nesten si, hva sunnhet gjaldt, *in loco parentis*. Den hadde tilsyn med helsetilstanden generelt, med spesielle pasientgrupper og med alt personell og alle institusjoner som stod for det prekliniske eller kliniske arbeidet. En litt spesiell side ved tilsynet med de siste var det å passe på at ingen som ikke var kvalifisert for det, altså «kvaksalvere», ytte helsetjenester.

Ved overgangen til vår periode, og ved vedtagelsen av helsetilsynsloven i 1984, ble ordet tilsyn i økende grad forbeholdt kontrollen med personell og institusjoner, medregnet uautoriserte behandlere. Ja, det ble særlig brukt om en spesiell del av disses virksomhet, det vi kunne kalle den *prosessuelle* del av virksomheten.

Vi kan se på tilsyn som en form for kontroll. Hvis vi tar utgangspunkt i den helsefaglige virksomhet (både den prekliniske og den kliniske) som en kjede (eventuelt en kjede som tradisjonelt gjerne ble til en sirkel), kan vi sondre mellom inngangs-, prosess- og utgangskontroll; kfr. figur 12.1. Vi har i figuren også tatt med klagesaksbehandlingen. Ved klager er det spesielt pasienter som er klagere, eller «etterkontrollører», mens en eventuell sanksjonering eller erstatningstilkjennelse skjer gjennom det offentlige tilsynsorgan, domstoler eller de aktuelle erstatningsorganer. Massemediene kan spille en indirekte rolle i disse prosessene.



Figur 12.1: Kontroll- og klagesaksprosesser i helsevesenet

Så lenge medisinen og andre helsefag i hovedsak er skjønnsbaserte (og intuitive), er det mindre grunnlag for å kontrollere den faglige adferd og også resultatene. Kunnskapen er i stor grad personlig og kommer til uttrykk gjennom utvist preklinisk og (integrert) diagnostisk-terapeutisk klokskap. Det er da viktig å kontrollere inngangen, altså hvem som får lov til og ikke får lov til å praktisere. Så følges kontrollen opp gjennom kollegial ledelse, veiledning og samtale. Kontrollen med inngangen skjedde under medikratiet på kollegialt vis: fakultetene, bestående av ledende leger, godkjente kandidatene, både faglig og moralsk. Den videre kontroll skjedde også i regi av kolleger og kollegafellesskapet. Her gikk prosess- og resultatkontrollen over i hverandre, og frem og tilbake. Denne, i hovedsak paternalistisk-kollegiale kontroll, kunne også få konsekvenser for inngangen; uskikkede leger (og andre) kunne, iallfall i prinsippet, frataes autorisasjonen og andre former for godkjennelse. Denne prosess- og resultatkontrollen var imidlertid i liten grad virkelig inngripende, og fikk sjelden tilbakevirkende konsekvenser for autorisasjon og lignende. Hovedvekten ble altså lagt på inngangskontrollen. Den kontrollen nøt tillit. «Alle», også «alle» vanlige borgere, trodde på den, og dermed på legen, uansett hvem han eller hun var.

Slik ordet tilsyn tidligere ble brukt, omfattet det alle de tre former for kontroll, og altså litt til – «kontrollen» med befolkning og pasient(gruppe)r. Når vi kommer frem til vår periode ser vi imidlertid at ordet mer og mer forbeholdes *prosesskontrollen*; i figuren markert med grønt. Inngangs- og utgangskontrollen blir nå sett på som noe annet. Inngangskontrollen har noen av fortidens funksjoner – det å vurdere personer – men den skjer (siden 1927) i regi av offentlige myndigheter. Utgangskontrollen blir i økende grad knyttet til, og blir en del av den mer og mer profesjonaliserte, ledelsen. Tilsynsorganene skal nå derfor holde seg borte fra vurdering

av om tilgjengeligheten til kliniske tjenester eller tjenestenes kvalitet, altså resultatene, er gode nok. Det var derfor Helsedirektoratet fra 1986 fikk beskjed av Sosialdepartementet om å «ligge lavt» i en del slike målsammenhenger. Klagesaksbehandlingen kan også omtales som tilsynsarbeid, men blir like gjerne sett på som et tilsynstilknyttet fenomen.

Når vi kommer inn i den perioden vi ser på, blir medisinen (og andre fag) mer presis(e). Det betyr at kunnskapen i økende grad blir til rutiner, retningslinjer og endog nokså presise regler (prosedyrebeskrivelser). Det reflekterer kombinasjonen av biologisk-teknologiske fremskritt og statistikkens innmarsj i medisinen (og de andre fag). Samtidig skjer det en begynnende formalisering av etiske hensyn, selv om pasientrettighetsloven først kommer i 1999. Dette betyr at kontrolloppmerksomheten kan forskyves fra inngangen til «gangen», altså til prosessen. Ettersom kontrollen med resultatene nå samles på politisk og ledelsesmessig nivå, betyr det at tilsyn mer og mer snevres inn til å bli kontroll med at faglige og etiske regler følges. Vi har omtalt denne utviklingen som tilsynets profesjonalisering. Nå kan vi føye til, den blir en profesjonalisering på juslignende premisser. Selv om reglene i stor grad er medisinske mål-middel-baserte regler, er de ikke minst regler. Ved at de knyttes til det juridiske begrepet forsvarlighet, understrekes tilsynets rettsliggjøring. Det er ikke tilfeldig at klagesaksbehandlingen også nå får et stadig mer juridisk preg: Den mer presise, regelpregede, medisin bidrar selvsagt til det. Vi kan dermed også si at fremveksten av en mer presis medisin er med på å svekke tilliten til legen, først faglig, så etisk. Den tilsynsekspansjon som vi nå skal se på, er altså i seg selv et uttrykk for svekket tillit til leger, særlig, men også annet helsepersonell og til helseinstitusjoner av ulike slag. Tilsynsrevolusjonen, som den mer generelle revisjons- og evalueringsrevolusjon, er en slags mistillitsrevolusjon. Den kan imidlertid også beskrives som en oppvåkning fra en naiv tornerosesøvn.

«Mistilliten» har også denne siden: Ved at tilsynet rettsliggjøres blir det også «negativt» orientert. Det skal føres tilsyn med om det skjer «svikt» av ulike slag, altså regelbrudd. Mot slutten av vår periode får dette en egen betegnelse, *avvik*. «Avvik» blir etter hvert tilsynssjargongens viktigste ord. Det nye tilsynet blir altså den nye mål- og resultatstyringens «negative» side: Tilsynets formål blir å hindre at uhell skjer og at feil begåes. Feil skal da forståes som brudd på regler, selv om det siden skulle vise seg at noen av reglene, det vil si faglige sådanne, var feil, eller noen av reglene var «uheldige», det vil si reflekterte gamle verdier. Når vi kommer inn i 1990-årene kalles tilsynsvirksomheten også risikostyring og –ledelse. Den snevre «negativitetsledelse» som den gamle finansielle revisjon var uttrykk for blir altså, med det nye tilsynet, utvidet til å gjelde resten av den potensielle negativitet. Den nye styringen og ledelsen (NPM) er ikke bare en oppadskuende ledelsesform, den er også en ledelsesform som har som formål å redusere nedsidesannsynligheten.

Den gamle tilsynsvirksomheten var, som nevnt, i stor grad basert på tillit. Den hadde (ofte) et godartet preg. Ofte var den nok godtroende. Nå blir den mer preget av mistenksomhet, og trusler om sanksjoner og dermed ofte også av å påføre behandlere tap av ansikt og anseelse. Men de som skal lede dem som skal føre tilsyn, står overfor et dilemma: Skal de lede tillitsbasert og godtroende, eller skal de lede «tilsynsfaglig», altså gjennom prosedyrer for tilsynsvirksomhet og med avviksavdekking og sanksjoner som viktige stikkord for videreføringen av tilsynsutførelsen?

Tilsynet ble ikke straks avmedikratisert og generelt fagstyrenedbyggende, og parallelt med det rettsliggjort. Det skjedde gradvis. Som vi har påpekt, det endelige gjennombrudd for det nye tilsyn kommer først ved Stortingets fødselshjelp i 1992. Men som vi har sett, og skal komme

tilbake til, fremveksten av det profesjonaliserte tilsyn, basert på jus, skjer også ved at «politikken» i tilsynet reduseres.

Tilsynet, medregnet klagesaksbehandlingen, blir altså gradvis profesjonalisert, og knyttet til jusen. Det blir avviksavdekkende, og (eventuelt) avviksstraffende. For å kunne bli det kreves det for det første presise, og stadig flere, rettsregler. For det annet kreves det en stadig mer omfattende og presis overvåkning av den virksomhet det skal føres tilsyn med. Det forutsetter igjen en løpende, mer og mer detaljert registrering av alt som skjer. En mer og mer presis, regelbasert medisin, gjør det enklere å registrere det som skjer. Med den utviklingen av elektroniske registreringssystemer som for alvor kommer i den perioden vi studerer, forenkles og effektiviseres denne registreringen i betydelig grad. Går vi enda lenger frem i tid begynner også mer og mer av registreringen å bli automatisert. Det hører med til dette bilde at personell i helsevesenet i stigende grad blir forpliktet til å bedrive selvovervåkning og selvrapportering. Det hører videre med til dette bilde at pasienter, pårørende og andre, blant annet pasientforeninger og massemedier både mobiliseres og på eget initiativ blir mer aktive overvåkere og («uprofesjonelle») tilsynsutøvere (kfr. fig. 12.1). Overvåkningen skjer altså i økende grad fra alle sider. Færre og færre «avvik» forblir slik uoppdaget. Tilsynet blir i stigende grad totalt, endog «totalitært», basert som det blir på et ekspanderende sett av regler og en *panoptisk* overvåkning.[935] Helseforvaltningens «tilsynsrevolusjon» er altså en del av fremveksten av det den britiske revisjonsprofessoren Michael Power (1997, sitert tidligere) kaller «revisjonssamfunnet» – *The Audit Society*. Tilsyn har også en pedagogisk side. Det har det i prinsippet på almenpreventive premisser, men i praksis også på litt videre premisser, som vi skal se. Det nye tilsynet skaper dessuten tilpasning blant dem som det skal føres tilsyn med, en tilpasning som ikke alltid er i tråd med tilsynets (og lovenes) formål. Ja, det skaper også tilpasning blant dem som skal føre tilsyn, og igjen en tilpasning som ikke bare fører til en juridisk intendert tilsynspraksis. Begge, eller snarere alle, parter forholder seg til det, ofte stressende, faktum at deres sosiale omgivelser mer og mer rettsliggjøres.

Tilsynsekspansjonen ble for alvor synlig i og med delingen av Helsedirektoratet i 1983. At det skjedde da er også en følge av at det utøvende offentlige helsevesen nå (1984, primærhelsevesenet; 1983, det offentlige tannhelsevesen) og litt før (1970, 1976, spesialisthelsevesenet) var blitt kommunalisert. Det aktualiserte behovet for statlig tilsyn og kontroll. Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen understreket dette slik i 1979: «Tilsyn med helsevesenet bør i prinsippet utføres av andre enn de organer og det personell som yter helsetjenester til befolkningen».[936]

Det er imidlertid ikke slik at tilsynsprofesjonaliseringen først og fremst er en følge av denne kommunaliseringen. Den kom jo omtrent nå også i «alle» vestlige land, som en del av det nye

[935] Den britiske nyttefilosofen Jeremy Bentham (1748-1832) lanserte i 1799 forslaget om å bygge fengsler som var sirkelrunde slik at alle cellene (og fangene, på grunn av gitterdører) kunne overvåkes fra ett sentralt punkt. Han kalte et fengsel organisert slik for et panoptikon. Den (post)moderne franske filosofen Michel Foucault (1926-1984) har brukt betegnelsen panoptisk om den overvåkning og kontroll som preger moderne maktinstitusjoner, som staten. Her er, sier han, individene informasjonsobjekter, ikke kommunikasjonssubjekter. Han nevner således hvordan de som blir overvåket er seg bevisst at de er det, og derfor disiplinerer seg selv, på maktinstansens vegne. Kfr. hans *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Harmondsworth: Penguin, 1985. I Norden har Charlotta Levay (f. 1966) skrevet interessant om transparens i helsevesenet. Kfr. hennes "Health Care Transparency in Organizational Perspective", i Ewan Ferlie, Kathleen Montgomery og Anne Reff Pedersen, *The Oxford Handbook of Health Care Management*, Oxford: Oxford University Press, 2016, s. 393-412.

[936] NOU 1979: *Helsepolitikken*, s. 11.

styringsregime (NPM). Men kommunaliseringen av det norske helsevesen, og det at Helsedirektøren var så kritisk til mange sider ved omorganiseringen av helseforvaltningen, gjorde at fremveksten av tilsynsprofesjonaliseringen fikk et spesielt synlig og lydelig preg i Norge. Ja, det førte til at direktoratet til slutt ble omdannet til helsetilsyn.

Vi skal i det følgende drøfte utviklingen av kontrollpolitikken, men spesielt se på tilsynsvirksomheten og klagebehandlingen. Den mer resultatorienterte kontrollpolitikken skal vi behandle i forlengelsen av den følgende presentasjonen.

Det vi ser er altså at den moderne profesjonalisering av tilsynsvirksomheten, og for så vidt klagesakbehandlingen og resultatkontrollen, for alvor starter i den perioden vi nå ser på. Det betyr at jusen blir et stadig viktigere grunnlag for virksomheten. Vi skal derfor legge vekt på hvordan lovgivningen denne virksomheten bygger på, utvikles. Som vi skal se la denne tidligere stor vekt på inngangskontrollen. Etter hvert legges det stadig mer vekt på prosesskontrollen. Tilsyn og kontroll er jo også et spørsmål om hvordan lovgivningen følges opp i praksis. Vi skal i noen grad si noe om det når vi går igjennom lovutviklingen, men til slutt i kapitlet også se litt på noen sider ved tilsyn og kontroll som praksis. Å gå mer detaljert inn på denne praksisen, altså forholdet mellom idealer (lovene) og realiteter (helserelevant praksis og håndhevelsen av etterlevelsen av idealene) ville imidlertid føre for langt her.

Lovgivningen og grunnlaget for tilsynet

Profesjonalisert tilsyn har altså lovgivningen som utgangspunkt. Ettersom den utvides og blir mer altregulerende, utvides også grunnlaget for jusbasert tilsynsutøvelse. Men når vi ser på innholdet i lovgivningen tar vi i en viss forstand et skritt tilbake i politikk- og forvaltningssyklusen. Vi går «til topps» i syklusen, og ser på politikkens, altså lovenes, innhold, men altså fra en tilsyns- og kontrollsynsvinkel.

Vi skal starte med den loven som gir Helsedirektoratet som (fornyet) tilsynsorgan dets oppgave som slikt organ, altså lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984) – og forsøket på slutten av perioden for å fylle loven ut med en forskrift. Denne loven er i stor grad en fullmakts- og rammelov; den består av de viktige kompetansenormene («maktnormene»). Vi skal så fortsette med å se på lovene som skal gi noe av grunnlaget for utøvelse av tilsynet, først institusjonslovgivningen og så helsepersonellovgivningen. Dette er lover som også inneholder kompetansenormer, men ellers preges av å være forholds- eller adferdsnormer (også kalt pliktnormer). Til slutt skal vi se på lovgivningen «for» dem helseinstitusjonene og helsepersonellet skal bistå, pasientene. De inneholder «speilbildet» av pliktnormene (i institusjons- og personellovene), nemlig rettighetsnormer.

Vi skal føye til noe når det gjelder denne lovgivningen. Helsevesenet i Norge var og er i det alt vesentlige offentlig eid og finansiert. Spesielt gjelder det helse*tjenesten*, altså den kliniske del av helsevesenet, og det vi har kalt preklinikken. Den siste omfatter det patologiforebyggende og helsefremmende (salutogene), og derfor i stor grad offentlig gode-skapende, arbeidet.[937] I den grad helsevesenet er offentlig eller halvoffentlig, er reguleringen

[937] Det kliniske arbeid er jo i prinsippet også et både forebyggende og helsefremmende arbeid, men det er ofte i tillegg ledsaget av et mer selvstendig preklinisk arbeid, som immunisering og livsstilsrådgivning.

av det en form for *intern* regulering. Men for så vidt som reguleringen også rammer halvt eller helt private, dog i hovedsak kliniske, aktører, har den også en ekstern side. Den reguleringen som gjelder både offentlige og private tilbydere gir slik staten en spenningsfylt rolle, som både markedsregulator og tilbyder (i markedet for kliniske tjenester). Vi skal se at der også kommer inn noe spenningsfylt i reguleringen av helsetjenesteyternes kliniske virksomhet: De behandles både som «private» (individuelle) tjenesteytere (og blir overvåket og eventuelt utsatt for sanksjoner) og som ansatte (og hvor overvåkningen og eventuell sanksjonering rettes mot arbeidsgivere). Helsevesenet omfatter også virksomheter som i all hovedsak er private. Det gjelder særlig vareproduksjonen og vareomsetningen. Her foregår i all hovedsak produksjonen privat og i økende grad i andre land. I noen grad er også handelskjeden forholdsvis privat. Dette dreier seg særlig om medikamenter og sykepleiepregede artikler og om utstyr og forbruksartikler. Også mat spiller her en rolle. I den førstnevnte sektoren spilte i vår periode et offentlig grossistmonopol og offentlig beskyttede, apotekerstyrte apoteker en rolle og gjorde legemiddelsektoren til en blandet sektor. I den annen sektor var de fleste aktører langs hele forsyningskjeden private. Lovgivningen som gjelder disse sektorer er altså i noen, og til dels stor, grad en «tradisjonell» markedsregulerende lovgivning. Helsevesenet er avhengig av mange andre typer varer og for så vidt tjenester (knyttet både til tjenesteytelsen og til ledelsen), men denne lovgivningen skal vi ikke omtale her. Den er ikke helselovgivning i snever forstand og tilsynet med etterlevelsen av den, skjer i regi av andre organer enn dem vi her er opptatt av.

Vi skal legge til at helsevesenet blir stadig mer avhengig av private vareprodusenter og til dels også tjenesteytere og slik blir omgitt, og «omfavnet», av kommersielle aktører. Ja, en del av disse ytere endrer etter hvert status fra å være offentlige til å bli private. Det skjer spesielt innen legemiddelsektoren, men her kommer den store endringen etter vår periode. Vi kan altså konstatere at reguleringen av sektoren blir mer ekstern og at tilsynsvirksomheten i økende grad overføres til andre tilsyns- og kontrollorganer enn de helserettede. Vi skal i det følgende konsentrere oss om tilsynet med det primære helsevesen og de sektorer som spesielt leverer varer til dette vesen – og i den grad de gjør det. Helsevesenet er ellers svært avhengig av deler av to sektorer som i stor grad er offentlige, nemlig utdannelses- og forskningssektorene (kunnskapssektoren). Lovgivningen som gjelder disse er i vår periode i stor grad ikke spesielt rettet mot helsevesenets behov. Dog er den i noen grad det hva gjelder noen av de tradisjonelt ikkeakademiske yrkesgruppene. Vi skal bare omtale denne lovgivningen i den grad den er en del av helsepersonellovgivningen. For tiden etter vår periode begynner det imidlertid å skje noe som gjør reguleringen av kunnskapsvirksomheten stadig mer viktig for helsevesenet: «Programmeringen» (opplæringen) av personellet trekkes mer inn i «kjernehelsevesenet» og blir mer styrt, mens kunnskapsutviklingen blir mer fristilt og halvprivatisert. Begge tendenser reflekterer det forhold at helsefagene blir mer presise.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984)

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 (nr. 15) er altså den første egentlige tilsynslov i Norge, selv om også lægeforretningsloven av 1912 hadde «moderne» tilsynsinnslag. Det gjaldt endog den gamle forordningen fra 1672, som helt forsvant først i 1912. Men tilsyns- eller kontrollinnslaget i 1672-forordningen var i hovedsak medikratisk:

Det gav leger rett til å føre tilsyn med sine nærmeste godtatte konkurrenter, apotekere og kirurger. Kvaksalverforordningen av 1794 gav legene en tilsynsmyndighet overfor de ikke godtatte andre, de kloke koner og menn og de omreisende behandlere; forordningen ble tidstilpasset gjennom nye lover i 1871 og 1936. Inntil tannlegeloven kom i 1927 kunne, etter denne forordningen, leger også «passe på» tannlegene, en delvis godtatt konkurrentgruppe. Jordmorplakaten av 1801 og Jordmorloven av 1898 gav leger tilsynsmyndighet overfor jordmødre, en annen godtatt gruppe som kunne tenkes å by leger konkurranse i noen henseender. Med sundhedsloven av 1860, lægeforretningsloven av 1912 og lægeloven av 1927 kom der inn elementer som formelt gav medisinalforvaltningen og de offentlige leger tilsynsoppgaver også overfor (andre) leger. I loven av 1912 het det således (§ 4) at «Stadsfysikus skal … ha et overordnet tilsyn med byens medicinal- og sundhetsvæsen». I § 7 het det at «Amtslægen … skal føre et overordnet tilsyn med amtets medicinal- og sunhedsvæsen undtagen i de byer, som har stadsfysikat». Gjennom instruksen for distrikts- og stadslæger av 1913 (§ 1) hadde også offentlige leger tilsynsmyndighet overfor distriktets og byens «sunnhets- og sykepleie». Gjennom loven av 1912 ble embedet som amtslæge («endelig») innført. Det betydde en markert styrkelse av tilsynsrollen. I instruksen for amtslæger av 1914 het det i § 1 at «Amtslægen fører det overordnede tilsyn med amtets medicinal- og sundhedsvæsen, undtagen i de byer, som har stadsfysikat,..» I § 9 het det at «Han skal efter nærmere avtale med amtmannen foreta en aarlig reise omkring i amtet og bør herunder saavidt mulig søke samlet de inspektioner, som paahviler ham som tilsynshavende ved amtets medicinal- og sundhetsvæsen».

Bestemmelsene om hva tilsynet, både det «typiske» proaktive og det «reaktive» (klagesaker særlig), skulle gjelde, altså forholdsreglene (for institusjoner og personell), hadde delvis allerede kommet, eller kom etter hvert, i annen lovgivning, spesielt institusjonslovgivningen (som lov om psykisk helsevern av 1961, sykehusloven av 1969 og kommunehelsetjenesteloven av 1982) og lovene for de ulike helsepersonellgrupper, ikke minst for legene (lover av 1927 og 1980). [938] Men også noen andre lover var slik relevante, som sygeforsikringsloven av 1909. Den hadde aktuelle forholdsbestemmelser, spesielt ved at den implisitt gav borgere (til å begynne med vel en tredjedel, fra 1956 alle) rett til «gratis» behandling. Ellers hadde annen (allerede eksisterende) lovgivning tilsynsbetydning, som straffeloven (1902) og erstatningsretten (culpanormen). Saker som gjaldt bruken av slike (allerede eksisterende) lover ble imidlertid normalt endelig behandlet i domstolene. Hvis Helsedirektoratet mente at en sak var strafferettslig relevant sendte det den til politiet. Også forvaltningsloven av 1967 var tilsynsrelevant, nemlig for det «reaktive» tilsyn, altså klagebehandlingen.

Loven skulle følges opp med forskrifter, men det skjedde, som vi skal se, ikke i den perioden vi her ser på, selv om direktoratet var kommet langt i forberedelsene av slike – mens den siste Norbom-prosessen foregikk.

Helsetilsynsloven hadde bare åtte paragrafer, og av disse var fem substansielle. Den begynner med å bestemme (§ 1 – med overskriften Tilsynsmyndighetene) at

[938] For tannleger, 1927 og 1980, fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster (1956), sykepleiere (1960), ortopediingeniører (1971), pleiere i psykiatriske sykehus (1972), psykologer (1973), jordmødre (1985), helsepersonell (mer generelt) (1974).

Helsedirektoratet har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve denne myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet.

I denne paragrafen (kompetansenormen) gies altså direktoratet den «overordnede tilsynsmyndighet», dog uten at det sies hva «overordnet» her skal bety. Noe antydes dog i neste paragraf.

§ 2, kalt «Fylkeslegens oppgaver», lyder slik:

Fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket.
Fylkeslegen skal gjennom råd, veiledning og opplysning medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.
Fylkeslegen skal medvirke til at lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt.
Fylkeslegen skal holde Helsedirektoratet orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.

Her gies fylkeslegen altså den *utøvende* tilsynsmyndighet. Direktoratets tilsynsrolle er med andre ord primært å *lede* fylkeslegenes tilsynsarbeid, ikke, mer snevert, gjennom *tilsyn*, å kontrollere det. Direktoratet har imidlertid også en mer spesialisert tilsynsrolle, som det fremgår av § 5: «Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Helsedirektoratet gi pålegg om å rette på forholdene.» Etter de ulike personellgruppelover og institusjonslover kan det ilegges sanksjoner mot institusjoner eller deres personell. Myndigheten til å gjøre det ble delegert fra departement til direktorat ved delingen. Fylkeslegene vurderer i første instans om noe er skjedd som krever sanksjonering. Mener de at det bør reageres, utover det uformelt å kritisere, må de be direktoratet ta stilling til om det skal skje. Det er da også direktoratet som eventuelt skal reagere. I tillegg til å komme med pålegg, både om endringer og om å stanse en virksomhet, dreier det seg da, for personell, om autrorisasjonstap, advarsler og tilrettevisninger. Fylkeslegene er altså overvåkere, etterforskere og delvis en slags politi, mens direktoratet er «domstol».

I begge paragrafene sies det også hvis virksomhet det skal føres tilsyn med, nemlig helsetjenestens (§ 1 og 2) og alt helsepersonells (§ 2). Det antydes også hva det skal føres tilsyn med, nemlig helseinstitusjonenes og helsepersonellets «faglige» virksomhet. Det betyr også at det ikke (lenger) skal føres tilsyn (også) med økonomiske forhold. Tilsynet skal altså (stort sett) holde seg unna viktige sider ved helsepolitikken, nemlig de som har med effektivitet, omkostninger og økonomiske rammer (budsjetter) å gjøre; dog krever (tann)legeloven (1980) at (tann)leger skal utvise sparsomhet med bruken av «offentlige» eller «private» penger. Ei heller skulle det gjelde mål som i hovedsak kommer fra andre sektorer, men fungerer som rammer og begrensinger for helsevesenet, som distriktspolitiske, arbeidspolitiske (det vil si arbeidsmiljøspørsmål og lønns- og arbeidsavtaler av ulike slag) og likestillingspolitiske mål. Også etiske hensyn, inkludert noen typer rettighetshensyn, kommer inn her som «andre», ikke tilsynsaktuelle, mål.

Helsedirektoratets tilsyns- eller kontrollrolle, ble altså nokså avgrenset. Det betydde også at kontrollen ble delt, delt mellom departementet og direktoratet. Det åpnet for konflikt, spesielt siden en betingelse for at helsemålene kan nåes i «tilstrekkelig» grad gjerne er at de økonomiske rammene er vide nok. Som vi har sett, det ble også konflikt. Det ble det selvsagt

fordi forholdet mellom departement og direktorat fra delingen av var blitt anspent. Men delingen av kontrollen bidro til å skape muligheter for konflikt. Da Helsedirektøren i 1986 for alvor intervenerte som kontrollør, og mente et sykehjem på Nordvestlandet drev faglig uforsvarlig, gjorde han det med «ensidig» utgangspunkt i det begrensede tilsynsansvaret den nye tilsynsloven gav ham og fylkeslegen. Hadde direktoratet hatt et generelt ansvar, som det hadde før delingen, måtte han i større grad veiet de helsemessige mål mot spesielt ressursmålene. Da den aktuelle kommunen protesterte på Helsedirektørens innblanding i lokale, *generelle*, prioriteringsbeslutninger, fikk den, bistått av NKS, støtte fra departementet. Helsedirektøren måtte siden «ligge lavt» i slike spørsmål, som vi har sett. Han måtte ta økonomiske hensyn i sitt *faglige* tilsyn. Siden premissene for hvordan avveiningen skulle skje forble uklare, ble konfliktpotensialet desto større.

Vi skal legge til en generell bemerkning her: Vi ser nå hvordan kombinasjonen av den nye nyttestatlige styringen og «énverdiaktivisme» (eller «fåverdiaktivisme») fører til opprettelsen av stadig flere tilsyn, ombud og andre lignende offentlige kontrollorganer, og til konflikter, eller «politikk», innad i statsforvaltningen. Vi har tidligere nevnt at de to svenske statsvitere Johannes Lindvall og Bo Rothstein (2006) omtaler slike organer som «ideological state apparatuses». Departementets ledere så nok fra 1986 og utover på direktoratet som et litt «ideologisk» organ. Det hadde imidlertid selv opprettet det som sådant. Departementene kan, i prinsippet, redusere slike problemer ved selv å være mer presist prioriterende på beslutningssiden. Det er imidlertid umulig, både av «intellektuelle» grunner (det er «teknisk» vanskelig) og av politiske grunner (det skaper «støy»).

Delingen og det avgrensede tilsynsoppdraget gjorde altså Helsedirektoratet til et både gammeldags, venstremedikratisk, og et «nyideologisk» – og potensielt aktivistisk – organ. Delvis fristilt fra nyttestatlige økonomihensyn kunne det «slåss» både for helse generelt og borgernes interesser som pasienter spesielt. Denne fristillingen ble forsterket i 1994, og enda mer i 2002: Helsedirektoratet ble, i to trinn, gjort til et nesten rent tilsynsorgan. Men nå ble de økonomiske rammebetingelsene tydeligere og det nye Helsetilsynet fikk et mer teknisk nyttestatlig preg. Elementer av «aktivistrollen» ble dog beholdt.

Vi ser at § 1 gjør det klart at utgangspunktet for tilsynet er lover og lovkonkretiseringer. Det slåes altså an en rettslig tone i åpningsparagrafen. Også i § 2, nemlig i tredje ledd, fremgår det at tilsyn er å påse (kontrollere) at lover og forskrifter blir fulgt. Slik sett understrekes det altså at tilsyn nå er en rettslig basert oppgave. Men paragrafen viser også at lovkonsipistene ikke helt har gått over i den moderne tilsynsbåten. Loven som helhet er ikke bygget opp basert på prinsippet om at det å føre tilsyn er å kontrollere at lover og forskrifter blir fulgt og, hvis de ikke blir fulgt, å iverksette sanksjoner. Når det i det første punktet bare heter det at det skal føres tilsyn med helsetjeneste og helsepersonell, men ikke hva tilsynet skal gjelde, kan man si det er den gamle vage og brede forståelsen som, taust, legges til grunn.

Også det neste ledd viser hvor mye den nye loven er preget av eldre tilsynstenkning og dermed spenningsfylt systematikk. Her trekkes ett formål med helsepolitikken frem, hensynet til (universell og gratis) tilgjengelighet til klinikken – et formål som for så vidt også følger av henvisningen til lovgivning, og derfor strengt tatt er overflødig. Men når ett formål trekkes frem og ikke andre, bidrar det til å forsterke inntrykket av «tilfeldighetssystematikk».

Dette punktet er også spesielt fordi det sier at tilsynsmyndighetene skal påvirke på oppstrømssiden (politikkutformingen lokalt) for å sikre folks tilgjengelighet til tjenester og gjøre det gjennom *rådgivning*. Det sies intet om at myndighetene skal kontrollere på

nedstrømssiden og, hvis den her finner noe kritikkverdig, si ifra, ev. også med sanksjoner. Her er det altså i to henseender det gamle tilsynssynet som slår igjennom.

Dette punktet om rådgivning gjelder imidlertid også på nedstrømssiden, og også utover det som angår tilgjengeligheten. Det fremgår av teksten i proposisjonen at tilsynet (også) skal utøves på en pedagogisk måte. Dét innebærer imidlertid at tilsynsutøvelsen får karakter mer av ledelse, endog myk ledelse, enn «hard» rettsstatlig kontroll. Departementet mener at det slik «unngås at staten gjennom sitt embedsverk skaper uklarhet i ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune».[939] Departementet mener det kommer i en styringsrolle hvis det beordrer. Ved et rettslig basert tilsyn er imidlertid poenget at direktoratet og fylkeslegene skal kontrollere om den formelle (del)styring staten, gjennom lovgivning, står for, blir fulgt. Hvis statens representanter gir råd om annet enn forståelsen av jusen, og disse råd følges, blir en rettsstatlig fundert kontroll i neste omgang delvis en kontroll av statens representanter selv. Departementet ser, iallfall delvis, dette og skriver i sin proposisjon at «Fylkeslegen må ikke gjøre seg inhabil i sin overordnede tilsynsvirksomhet ved å engasjere seg for sterkt i planlegging av den daglige drift av fylkets og kommunens helsetjeneste».[940] Dets svar på hvordan dette kan unngåes er «veiledning»: Ved at tilsynet «antar karakteren av rådgivning, veiledning og opplysning unngås at staten gjennom sitt embedsverk skaper uklarhet i ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune».[941] Departementet tar ikke opp spørsmålet om hva som skjer hvis råd følges og det får konsekvenser tilsynet siden må gripe inn overfor. Departementet kommer imidlertid ikke utenom at det blir en «delstyrer», og skaper ansvarsuklarhet, enten det styrer mykt – altså gjennom rådgivning – eller (i tillegg) hardt, gjennom rettsliggjort tilsyn.

Siste ledd i § 2 innebærer at fylkeslegen skal holde direktoratet orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse. Her henviser altså ikke ordet tilsyn primært til helsevesenet og dets tjenesteytere, men til hvordan helseforholdene, som levealdersutsikter, dødelighet og (visse former for) sykelighet utvikler seg. Her er tilsyn definert som en oppstrøms helstilstandsovervåkning og som det å forsøke å bestemme årsaker til at helsetilstanden er som den er. Dette tilsyn skal altså resultere i råd om (nye) helsepolitiske tiltak. Noe av dette tilsyn kan ha et kontrollaspekt over seg, hvis det å skaffe oversikt over årsaker til at helsetilstanden er som den er, kan innebære å undersøke om noen, spesielt de som er med på å skape ulike omgivelser, har oppført seg som de skulle etter for eksempel hygienisk lovgivning. Men som loven er formulert, skal tilsyn forståes som tilsyn med «helsetjenesten». Dette leddet bidrar dermed til å gi et flertydig inntrykk av hva tilsyn nå er. Her er det fortidens vage tilsynsforståelse som føres videre.

§ 3 lyder slik:

> *Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.*

Her gies altså fylkeslegen nok en oppgave. For systematikkens skyld kunne den vært tatt med som et ledd i § 2. Når denne oppgaven får en egen paragraf er det fordi den sees på både som ekstra viktig og som ny.

[939] Ot. prp. nr. 33, 1983-84, *Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten*, s. 6.
[940] *Ibid.*, s. 2.
[941] *Ibid.*, s. 6.

Den er den eneste paragraf som sier noe mer konkret om hva tilsyn er og hvordan det skal utøves. Den er ikke helt moderne retts- og nyttestatlig. Den sier ikke eksplisitt hva tilsyn er og hvordan det skal utøves, og altså organiseres. Men i denne paragrafen sies noe, nemlig at fylkeslegene skal undersøke om det pålegget institusjonene og personellet får om å drive egenkontroll, blir fulgt. Det kunne vært sagt mer både om hvordan egenkontrollen skulle organiseres og om hvordan fylkeslegene skulle føre kontroll med at egenkontrollen ble utført og utført forskriftsmessig. Her kunne det også vært sagt noe om tilsynet med egenkontrollen skulle ha moderne kontrollkarakter (vurdere om de regelbaserte krav om egenkontroll og eventuelt hvordan denne skulle utføres, ble fulgt) eller ha et videre ledelsespreg, og spesielt et pedagogisk preg. § 2, annet ledd kan gi inntrykk av at tilsynet med egentilsynet skulle ha et pedagogisk preg. Vi kunne også si: egentilsynet skulle være «negativt», tilsynet med egentilsynet (mer) «positivt». Som vi har nevnt: Direktoratets ledelse av fylkeslegenes tilsyn, og dermed også egentilsynstilsyn, skulle være (mer) «positivt».

Reglene for den prosedyrale utøvelsen av tilsynet – ikke det substansielle innhold – kom altså ikke i særlig grad inn i den nye loven. Det var meningen at det skulle komme etter hvert, som forskrifter, men gjorde altså ikke det i løpet av «vår» periode. Det stod i proposisjonen at «fylkeslegen forutsettes å foreta befaringer av helseinstitusjoner i fylket og ved besøk å sette seg inn i hvordan de faglige deler av helsetjenesten virker».[942] Nærmere regler om hvordan befaringer og besøk skulle skje, kom ikke. Prosedyrene for tilsynsutøvelsen kom, som vi skal se, til å bli utviklet gjennom prøvende praksis og læring på tvers. Her kom fortiden, som vi også skal se, til å kaste lange og tunge skygger.

Bestemmelsen om egenkontroll kan vi si impliserer at virksomheten i helsevesenet skal overvåkes kontinuerlig av de eneste som på denne tiden (før digital overvåkning var blitt mulig) kunne stå for den, lederne og de ansatte i helsevesenet. De skulle drive selvovervåkning og det skulle de gjøre, kan man si lovbestemmelsen impliserer, etter retningslinjer (forskrifter, andre regler) som skal komme. De egentlige tilsynsutøvere blir altså her personellet selv, og deres ledere – ikke, som § 2 gir inntrykk av, fylkeslegene. Disse skal istedenfor føre tilsyn med at institusjonene (lederne) og deres personell fører tilsyn. Fylkeslegenes tilsyn blir slik, i dette henseende, et metatilsyn, og til dels et meta-metatilsyn, for så vidt som de skal føre tilsyn med at institusjoner (det vil si deres ledere) fører tilsyn med at deres medarbeidere fører tilsyn med seg selv. Men der kom altså ikke forskrifter for utøvelsen av egenkontroll.[943] Dog laget direktoratet allerede i juni1984 et rundskriv om egenkontroll.[944] Der kom imidlertid en forskrift om internkontroll på helse-, miljø- og sikkerhetsområdet i 1991. Den var personellrettet, nokså teknisk preget og skapte en del frustrasjon blant de «rammede». Den ble erstattet av en ny, noe mer pedagogisk preget forskrift, i 1997.[945] Vi skal komme tilbake til denne forskriften.

Denne paragrafen (3) viser at det nye tilsynet representerer en form for dramatikk. Den gjør det på flere måter. Ved at den innfører et pålegg om systematisert egentilsyn, som det skal

[942] *Ibid*., s. 2.
[943] Det stod intet i loven om at forskrifter kunne utarbeides med hjemmel i den, men det mest naturlige ville vært å ha forskrifter om kva egenkontroll skal være og hvordan kontrollen med denne kontrollen skulle drives. Som vi skal se forsøkte direktoratet senere å utarbeide forskrifter, men ble stanset av departementet.
[944] I-K 18, 14. juni 1984.
[945] Kfr. denne lille boken, med en talende tittel: Peter Chr. Koren, *Internkontroll uten tårer – systematisk HMS-arbeid*, Oslo: Tiden, 1997.

føres tilsyn med, samtidig som det direkte tjenestetilsynet beholdes, innføres en form for dobbel mistenksomhet. Hvis egentilsynet, slik tilsynet ser det, fungerer godt, skal det ikke være behov for noe direkte tjenestetilsyn. Når det siste tilsynet beholdes, og det viser jo for eksempel § 2 at det gjør, er det uttrykk for at den overordnede tilsynsmyndighet ikke stoler på at egentilsynet fungerer godt nok, selv når egentilsynstilsyn viser at det gjør det. Man kan si at egentilsyn innebærer at de instanser det føres tilsyn med skal tilpasse sin virksomhet slik at de blir mer kontrollerbare. Men når det direkte tjenestetilsyn beholdes betyr det at staten mener det vil ta tid før tjenesteyterne har tilpasset seg. Men denne tilpasningen til tilsynet ovenfra kan også innebære at tjenesteyterne tilpasser seg oppover på en måte de mener kan gå utover «tilpasningen» nedover, for eksempel til pasienter. Dette ble forøvrig etter hvert en viktig problemstilling i revisjonsvirksomhet generelt. Den britiske revisjonsprofessor Michael Power, som vi alt har nevnt, sier at revisjonsinstansenes intervensjoner overfor bedrifter på denne måten kan føre til «kolonisering».[946]

Det sies intet i forarbeidene om problemer og dilemmaer «dobbelttilsynet» kan skape.

Men her er mer å si om egentilsynet, det vil si om hvordan det bidrar til å skape et annet, og mer inngripende, styringsregime i helsevesenet.

Ideen om egentilsyn, eller selvkontroll, kom fra den sektor som siden begynnelsen av det 19. århundre skritt for skritt hadde satt og skulle fortsette å sette tonen i hele samfunnet, industrien. Det var den som gav nyttefilosofien den dominans den nå var iferd med å få. Ettersom produksjonen ble mer og mer strømlinjeformet fremstod fra mellomkrigstiden av kvalitetsvariasjonene som et problem. Industriens ledere klarte ikke å løse problemet med mer detaljerte planer og nøyere overvåkning av produksjonsprosessen og produsentene; ei heller med etterpåbasert produktkontroll. Svaret var det delvis en amerikaner, ingeniøren og statistikeren W. Edwards Deming (1900–1993), som fant, men det var japanske industriherrer som først hørte på ham og tok ham alvorlig. Svaret ble kvalitets(kontroll)sirkler, grupper av arbeidere, som under en viss ledelse og opplæring, ikke bare ble selvovervåkere, men også produksjonsprosessutviklere. Dette svaret brøt i noen grad med den tradisjonelle hierarkisk-industrielle og mekanistiske måten å lede på: Den innebar arbeidermobilisering. Den gav arbeiderne et visst rom for å påvirke produksjonen, og slik sette litt spor etter seg. Den gikk dermed litt utover det fremmedgjørende ved fabrikkarbeidet, men samtidig bidro det til å ansvarliggjøre arbeiderne på en nesten personlig måte. Det ansvarliggjorde dem imidlertid først og fremst for ledernes og eiernes formål. Mobiliseringen ble slik en mobilisering (også) til en nærmest total egenovervåkning og egenkontroll. At disse sirklene etter hvert skulle gi premisser for den «totale kvalitetsledelse», er ikke tilfeldig. Vi skal komme tilbake til det.

Her er poenget at ingen kan passe på produsenter og tjenesteytere bedre enn produsentene og tjenesteyterne selv. Når man reflekterte over det, så man også at ideen om mer systematisk egenovervåkning og prosessforbedring egnet seg enda bedre i virksomheter hvor kunnskapen var mer usikker enn den var i prosessindustrien, som i helsevesenet. Her måtte det utøves skjønn, og de som stod nærmest til å gjøre det var arbeiderne og tjenesteyterne selv. Ideen om selvkontroll kom slik til helsevesenet ikke minst via den mer usikkerhetspregede ekstraktive industri, spesielt oljeindustrien. I USA spilte i så henseende også våpen- og romfartsindustrien en viktig rolle. Men det å gå fra egeninitiert, og som regel lite systematisert, egenkontroll til stadig mer systematisert, altså skjematisk, egenkontroll, var også, ja, først og fremst, i

[946] Michael Power, 1997, *op.cit.*, s. 95–98.

helsevesenet som i industrien, et tiltak for å styrke kontrollen ovenfra. Ettersom grunnlaget for egenkontrollen gradvis ble utviklet, ser vi også at premissene for den i stigende grad kommer ovenfra.

Egentilsyn, eller egenkontroll, er en aktivitet som altså er sprunget ut av kvalitetshensyn, men slike hensyn er nært knyttet til, og ofte underordnet, produktivitetshensyn og dermed i siste instans bedrifters overskuddshensyn. Etter helsetilsynsloven er «vanlige» økonomiske hensyn holdt utenfor egenkontrollen. Egenkontrollen gjelder altså først og fremst kvalitet (snevert forstått), men spesielt det å forebygge svikt i kvalitet. Den omfatter imidlertid også andre forhold myndighetene gjennom lov og forskrifter måtte bestemme at den skal gjelde, utover det det er naturlig å se på som faglig kvalitet. Den gjelder dermed også spesielt tilgjengelighet og en del generelle etisk-juridiske hensyn, ofte omtalt som rettssikkerhetshensyn. For så vidt som helsetilsynet slik ikke gjelder «vanlig» økonomi, men formål også helsepersonell naturlig er opptatt av, kan man si at den styring tilsynet representerer ikke bare er en styring som kommer utenfra og ovenfra, men en styring som også har en naturlig personlig forankring hos helsepersonell. Det som er det nye, eller som understrekes sterkere nå, er at forståelsen av disse formålene er bestemt ovenfra, gjennom lovgivning og administrativ lovkonkretisering. Rettsliggjøringen av tilsynsgrunnlaget gjør at helsepersonellet i noen grad får som ordre det de før betraktet som uttrykk for egen samvittighet.

At denne siden ved tilsynsprofesjonaliseringen ikke gjøres synlig i forarbeidene, eller i diskusjonen om tilsynet, både da loven kom og siden, kan man kanskje si reflekterer profesjonaliseringsentreprenørenes, altså juristenes, jordnære realisme. Tidens mest autoritative jurist, professor Johs. Andenæs (1912–2003), uttalte således, som ex auditorioopponent, ved Rune Slagstads (f. 1945) forsvar av sin avhandling, *Rett og politikk – et liberalt tema med variasjoner*,[947] i november 1986, at avhandlingen var holdt på et så høyt abstraksjonsnivå at det var vanskelig «for en jordnær – noen vil si jordbundet – jurist å føle seg hjemme».[948] Han konkretiserte ved å si at jurister gjerne tar den eksisterende rettsorden for gitt. «De bakenforliggende retts- og samfunnsfilosofiske problemstillinger ligger betryggende fjernt fra våre daglige arbeidsoppgaver». Han fant det imidlertid på sin plass at «historikere, filosofer og samfunnsforskere kaller oss til ettertanke også om de grunnleggende ting». Også de tilsynsskapende jurister var jordnære praktikere. De var ikke opptatt av å holde et mer eksponerende speil opp for lovgivere eller dem som skulle praktisere den nye lovgivningen. De helsefagfolk som skulle praktisere den nye lovgivningen, eller som ble truffet av den, hadde heller ikke særlige forutsetninger for å gjøre annet enn å (forsøke å) tilpasse seg, selv om de undertiden både overså, eller ergret seg over, en del implikasjoner av den. En bredere debatt om den nye tilsynspolitikken kom først fra midten av 1990-årene (kfr. Michael Power[949]).

Bestemmelsen om at fylkeslegen skulle føre kontroll med at de som yter helsetjenester skal drive egenkontroll er kort og generell. Den «impliserer» en forskrift. Denne forskriften kom imidlertid, som nevnt, ikke i løpet av «vår» periode. Fylkeslegene måtte istedenfor selv gjennom prøving og feiling utvikle rutiner for hvordan den skulle foregå. Det betyr også at bestemmelsen bare sakte, og først særlig mot slutten av vår periode, begynte å få virkning.

[947] Trykket: Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
[948] Johs. Andenæs, «Jus og politikk», *Nytt Norsk Tidsskrift*, nr. 1, 1987, s. 94-97. Sitatet er fra s. 94.
[949] *The Audit Society*, sitert tidligere. Kfr. også hans senere *The Risk Management of Everything, Rethinking the politics of uncertainty*, London: Demos, 2004.

Den siste substansielle paragraf i den svært korte loven er nr. 5, hvor direktoratet gies påleggsmyndighet. Vi har nevnt den ovenfor. Den er en naturlig oppfølging av den nye ideen om tilsyn: Finner de som utfører tilsyn noe som bryter med lovene, kan de gi pålegg om at de aktuelle institusjoner eller personer skal endre adferd. Men paragrafen er ikke helt moderne, for i den henvises det til formål – for eksempel om å unngå å skade pasienter, ikke egentlig til lovgivningen. Når det henvises til forsvarlighet henvises det imidlertid i praksis til en såkalt rettslig standard og altså til lovgivningen. Det litt tradisjonelle ved paragrafen fremgår også av det faktum at den ikke henviser til egentilsynet og at brudd på bestemmelsen om det kan føre til pålegg.

Man kan også si at det at påleggsmyndigheten ikke følges opp av bestemmelser om straff er uttrykk for at paragrafen er litt «tradisjonell». Det er imidlertid også forståelig at den ikke har slike bestemmelser, siden for eksempel en økonomisk straff overfor virksomheter som er offentlige jo både ville være en form for selvstraffing og selvbeskadigelse (selv om de straffede som regel ville være kommuner eller fylkeskommuner). I neste omgang ville en slik straff kunne ha negative følger for virksomhetens evne til å gjøre det lovene krever. Det er imidlertid ikke tilfeldig at det, etter den perioden vi behandler, nemlig i 2002, kom en bestemmelse om at tvangsmulkt kunne ilegges institusjoner i spesialisthelsetjenesten; bestemmelsen kom dog i spesialisthelsetjenesteloven (av 1999).

Tilsynsloven skaper altså et tilsynshierarki. Det går fra Helsedirektøren, og Helsedirektoratet, ned til fylkeslegene. Fylkeslegene omtales som de utøvende, og dermed siste, tilsynsutøvere. Vi har nevnt at institusjoner og utøvere etter loven har plikt til å drive egentilsyn, og slik sett befinner seg i kjeden under fylkeslegen, men tilhører som sådanne ikke det offentlige tilsynshierarki. Inntil 1984 var der imidlertid ytterligere et ledd i kjeden, nemlig den offentlige lege. I instruksen for distriktslegene av 1913, § 1, het det således: «Distriktslægen fører det nærmeste tilsyn med distriktets sunnhets- og sykepleie». I § 4 i instruksen het det også at «Han fører det nærmeste tilsyn med de sinnssyke, som for offentlig regning er i privat forpleining..» Denne tilsynsplikten gjelder også «andre sinnssyke, som holdes under bevoktning hos sin familie eller fremmede». Ordet tilsyn omfatter her i tillegg det å yte et visst innslag av omsorg for de sinnssyke, men det sentrale er å se til at de som pleier dem gjør det på en akseptabel måte. Av apotekerlovgivningen fremgikk det også at den offentlige lege tidligere hadde et visst tilsynsansvar overfor apotekene. Men at den offentlige lege nå faller ut av tilsynshierarkiet forteller litt om utviklingen: Den offentlige lege i tradisjonell forstand forsvant i 1984. Han eller hun ble delvis kommunal funksjonær, og slik fratatt den statlige autoritet tilsynsrollen krevde, og delvis kommunalt ansatt eller avtalebasert kliniker, og som sådan uten noe autoritetsgrunnlag for å utøve tilsyn. Vi må imidlertid ta en liten reservasjon her: I Ot.prp. nr. 36 (1981–82) lot regjeringen det være igjen en liten rest av offentlig tilsynsansvar hos en offentlig lege. Vi skal komme tilbake til det når vi omtaler kommunehelsetjenesteloven.

Ordet tilsyn ble som nevnt tidligere ofte forstått som det å se til at «alt» er som det skal være i helsevesenet. Det gir slik assosiasjoner til forebyggelse. Tilsyn skal hindre at uhell skjer eller feil begåes. Det skal derfor utøves gjennom løpende overvåkning, i egen regi eller (etter hvert) gjennom teknologi, gjennom varslede eller ikke varslede inspeksjoner og gjennom systematisk rapportering. Det er en del av tilsynet slik forstått at tilsynsutøveren avgir uttalelser om det han eller hun har funnet; uttalelser som også kan konkludere med sanksjoner (via Helsedirektoratet). Etter hvert ble tilsyn også forstått litt videre, slik at det også omfatter det å vurdere det som pasienter og pårørende har funnet utilfredsstillende. I slike tilfeller kan

man si pasientene starter tilsynsprosessen. Denne følges så opp, blant annet gjennom egne undersøkelser (inkludert inspeksjoner) i regi av tilsynsmyndigheten. Undersøkelsene ender med en uttalelse og eventuelt tildeling av sanksjoner til den aktuelle tilbyder (en behandler og/eller en institusjon). Helsetilsynet skulle etter 1994 begynne å omtale den siste type tilsyn som hendelsesbasert. Den første type tilsyn fikk da navnet planlagt tilsyn.

Helsetilsynsloven – forslag til Forskrift om egenkontroll og organisering av statlig tilsyn i helsevesenet

At der ikke straks, eller relativt snart, kom en forskrift spesielt om internkontroll, men også mer generelt, en forskrift om måten det statlige tilsyn skulle organiseres og drives på, er uttrykk for at loven kom før departementet helt hadde tatt inn over seg hva en juridisk basert tilsynsprofesjonalisering innebærer. Ja, den nye loven inneholdt ikke engang en hjemmel for å lage en slik forskrift. Det var ikke før vi skriver 1990 at direktoratet for alvor begynte å arbeide med et forslag til en internkontrollforskrift. Den 2. februar dette året skrev helserettsavdelingen, antagelig ved kontorsjef Sigmund Eliassen (f. 1955), til direksjonen og foreslo at «direktoratet meget raskt tar opp med departementet spørsmålet om å gi en forskrift om organiseringen av vårt tilsyn». Han føyer til: «Tiden er kanskje moden for å få gjennomslag for et slikt forslag.[950] Det gjelder å handle raskt i tilfelle vinden skulle snu». Han henviser til, og er åpenbart også påvirket av, at Kommunaldepartementet nettopp (8.1.) hadde sendt ut sitt utkast til Forskrift om internkontroll.[951]

Av notatets overskrift fremgikk det at initiativet måtte sees på som en oppfølging av Schjønsby-utvalgets tilsynsutredning (1989). Overskriften lød: «Forslag til oppfølging av Schjønsby-utvalgets innstilling».[952] Det var gjennom dette utvalgets nedsettelse at Helsedirektoratet for alvor begynte å ta inn over seg hvordan tilsynet skulle profesjonaliseres. På det overordnede plan innebar det at man burde bestemme mer konkret hvordan tilsynsvirksomheten skulle organiseres. En konkret oppgave i den forbindelse var å bestemme hvordan egenkontrollen skulle bygges opp. Dette kunne gjøres gjennom en forskrift, hjemlet i helsetilsynsloven; men loven inneholdt, som nevnt, ikke noen bestemmelse om forskriftsutarbeidelse, så at det kunne gjøres var ikke åpenbart. Lenger kunne man ikke gå nå. Bestemmelser med materielt innhold, altså bestemmelser som gav fylkeskommuner og kommuner rettigheter og plikter, kunne «neppe» gies med hjemmel i helsetilsynsloven, heter det i notatet. Slike bestemmelser måtte gies med hjemmel i blant annet det vi kaller institusjonslovene. Her oppstod dermed, som vi skal se, en del utfordringer.

I notatet sies det at en forskrift bør inneholde utdypende bestemmelser om hvilken *kompetanse*, og dermed hvilket *ansvar*, direktoratet og fylkeslegene skulle ha på tilsynsområdet. I forlengelsen av slike bestemmelser burde det, sies det, komme bestemmelser

[950] Forslag til oppfølging av Schønsby-utvalgets innstilling, *Notat til Direksjonen*, 2.2. 1990. Vi har fått notatet av en medarbeider i direktoratet og har derfor ikke arkivreferansen.
[951] Denne forskriften hadde som formål å «fremme arbeidsmiljø og sikkerhet i virksomheten og vern mot forurensning av virksomhetens omgivelser» (§ 1). Den ble vedtatt ved kongelig resolusjon den 22. mars 1991 og trådte i kraft fra 1992. Forskriften ble fastsatt i henhold til arbeidsmiljøloven (1977), loven om brannfarlige varer (1971), lov om eksplosive varer (1974), brannvernloven (1987), forurensningsloven (1981), produktkontrolloven (1976), sivilforsvarsloven (1953) og lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (1929).
[952] Vi kommer tilbake til denne rapporten.

om «rapporteringsrutiner» og hvilken informasjon som skal gies, «begge veier». Slik skulle altså kompetanse- og ansvarsfordelingen konkretiseres hva gjelder kommunikasjonen; blant annet skulle slik forholdet mellom «hierarkisk» og «dialogisk» kommunikasjon klargjøres. Videre burde en forskrift inneholde, heter det i notatet, definisjoner av sentrale begreper, som egenkontroll(system) og kvalitetssikring. I forlengelsen av slike definisjoner burde der «utvikles», heter det også, «en slags minstenorm for hva som ikke kan aksepteres innen helsevesenet og som bør foranledige pålegg overfor de ansvarlige». Men ved å utforme slike bestemmelser vil avdelingen lage forholds- eller handlingsregler. Det er bestemmelser som i stor grad allerede finnes i institusjons- og særlig helsepersonellovgivningen; det sentrale stikkord her er forsvarlighet. Men begreper om minstenormer kan omfatte mer, for eksempel normer om tilgjengelighet. Det var imidlertid aktuelt å ta inn organisatoriske og prosessuelle bestemmelser om driften i klinikker, bestemmelser som skulle forebygge brudd på minstenormene, spesielt de kvalitative. Slike nevnes ikke i notatet.

I september 1988, altså før helserettsavdelingen tok det nevnte initiativ i februar 1990, hadde en medarbeider – vi vet ikke hvem det var og fra hvilken avdeling vedkommende kom – laget et notat som både fulgte opp Schønsby-utvalgets forslag og antesiperte 1990-initiativet.[953] I dette notatet drøftes noen av begrepene som definerer tilsynsvirksomheten. Her, som i de forskriftsutkast som skal komme, viser direktoratets lille tvetydighet seg. Det preges ennå litt av tradisjonene og den fagautonomi de representerer, men er på vei over i den jusbaserte tilsynsprofesjonalisering. I notatet bemerkes det først at direktoratet bør tale om «egenkontroll» og ikke den mer bedriftspregede og ensidig juridisk baserte «internkontroll», men det åpnes ellers for at direktoratet nok må ta inn over seg industriens ord og uttrykk. «For oss kan de synes kunstige, og det er antakelig behov for å utvikle egne begreper for helsetjenesten. Imidlertid kan det virke både avklarende og inspirerende å ta veien innom ord og begreper som våre kritikere bruker» (s. 1). Det gjør også straks forfatteren av notatet, men bruker medisinske (perinatale) eksempler. Vedkommende skriver om «egenkontrollsystemer» at de er «ulykkesforebyggende eller kvalitetssvikt-forebyggende systemer». «Når det har skjedd et uakseptabelt avvik må tilsynet undersøke hvorfor dette ikke ble forebygget», heter det videre. Resonnementet fortsetter slik (s. 3):

> *Den eksterne tilsynsmyndigheten må dessuten på selvstendig grunnlag definere hvilke avvik som ikke er akseptable ut fra gjeldende lover og regler og offentlig fastsatte standarder og som eventuelt skal rapporteres og granskes, samt hvilke prosedyrer som skal følges ved rapportering og granskning.*

Her har forfatteren gått ombord i jusens «skip». Det er loven som fastsetter hva som er uakseptable avvik, ikke medisinsk skjønn. Ettersom medisinen i stor grad fortsatt er nokså intuitivt basert, understrekes inntrykket av medisinens tilpasning til jusen. Forfatterens usikkerhet kommer imidlertid også frem, som i dette avsnitt, hvor hun (eller han) bruker eksempler fra perinatalomsorgen (s. 3–4):

> *Et maternelt dødsfall vil nesten absolutt være å regne som uttrykk for svikt i egenkontrollen, mens et barnedødsfall bør gjøres til gjenstand for rapportering og granskning for å finne ut om det var obligat (uunngåelig), om det må regnes som*

[953] Notat om begreper brukt i egenkontrollfilosofien, datert 8. september 1988. Som forfatter er altså bare nevnt Helsedirektoratet. Det er stilet til deltagerne på perinatalkonferansen 14. september 1988, som en forberedelse av foredrag som skal holdes på konferansen av prosjektleder og jurist Rune Voll (f. 1957). Det notat vi har er ikke arkivregistrert.

uunngåelig med de gitte ressurser, eller om det faktisk burde vært unngått og er uttrykk for et uakseptabelt avvik som resultat av svikt i egenkontrollsystemet.

Helt elegant blir det ikke når en medisiner forsøker å omtale uheldig klinisk praksis som uttrykk for «svikt i egenkontrollsystemet». Påstanden impliserer at hvis «egenkontrollsystemet» hadde fungert ville svikten ikke oppstått. Men å «bevise» at et slikt system ville hindret at en kliniker gjorde en feil, er ikke mulig. Dette er all revisjons generelle problem: Dens effektivitet lar seg sjelden bestemme.

Vi merker ellers at forfatteren, som forfatteren av 1990-notatet, taler om kliniske normer, altså handlingsnormer for hva som er akseptabelt og ikke. Han eller hun sier intet om normer for hvordan egenkontrollen (eller tilsynet generelt) skal organiseres (kompetanse/prosessnormer).

Helserettsavdelingen fikk, straks etter at avdeling 4 hadde tatt sitt initiativ, klarsignal fra direksjonen om å sette i gang med å lage utkast til forskrift. Det ble i hovedsak ført i pennen av kontorsjef, cand. jur. Sigmund Eliassen.

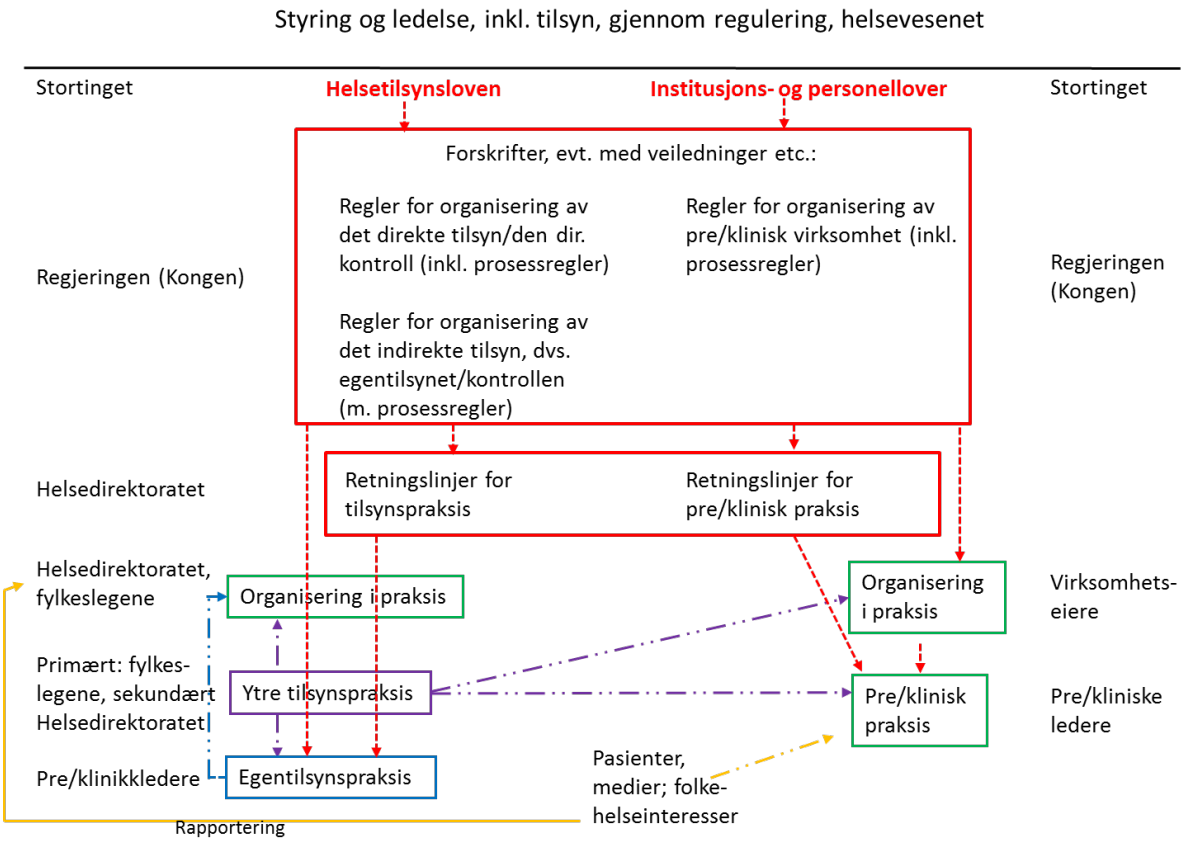
Lover er utgangspunktet for tilsynsvirksomheten. Det dreier seg på den ene side om organisatoriske lover (med kompetansenormer), som gir bestemte organer myndighet til å føre tilsyn eller bestemte instanser rett eller plikt til å yte helsetjenester eller drive folkehelsearbeid. Den aktuelle lov i det første tilfelle er selvsagt helsetilsynsloven. I det annet tilfelle er den aktuelle lovgivning i første rekke institusjonslovgivningen, i mindre grad helsepersonellovgivningen. I det siste tilfelle kan lovene både definere rammebetingelsene for virksomheten (organisere det aktuelle marked) og si noe om hvordan pre/klinikkene skal organiseres. På den annen side dreier det seg om regler for hvordan tilsyn skal eller kan utøves, helsetjenester skal og kan ytes og folkehelsearbeid skal og kan utføres (handlingsregler, pliktregler).

Når tilsynsmyndighetene, altså Helsedirektoratet og fylkeslegene, skal utøve tilsyn baserer de seg på helsetilsynslovens organisatoriske normer – som gir dem tilsynsmyndighet, og handlingsreglene i de ulike lovene til å overvåke og kontrollere og vurdere og, eventuelt, vedta sanksjoner overfor virksomheter og personell. Organiseringen av pre/klinikken er ikke uten betydning sett fra en tilsynssynsvinkel. Tilsynsmyndigheten kan mene at for eksempel klinisk virksomhet er sikkerhetsmessig uheldig organisert, men hvis denne organiseringen følger av den «primære» helselovgivning, eller av eiernes utøvelse av sin styringsrett, kan ikke tilsynsmyndighetene be om at den må endres (hvis den ansees som lovlig). Hvis virksomheter ikke følger de organisatoriske betingelser de er underlagt og tilsynsmyndighetene mener det representerer en trussel mot virksomhetens evne til å opptre for eksempel forsvarlig, kan de kritisere og ev. be om at virksomhetene gjennomfører endringer. Spesielt er det aktuelt å gripe inn slik hvis virksomhetene ikke har etablert egenkontrollsystemer. Men først og fremst vil tilsynsmyndigheten være opptatt av å bruke handlingsreglene i den «primære» lovgivning til å vurdere og ev. intervenere overfor virksomheter og deres personell. Overfor klinikker og klinikere vil det for eksempel spesielt være aktuelt å gripe inn hvis myndighetene mener de har opptrådt uforsvarlig.

Grunnlaget for tilsynsvirksomheten er altså på den ene siden helsetilsynslovgivningen, men i prinsippet kan også annen lovgivning være relevant, som straffeloven, produktkontrolloven og erstatningsretten. Her skal vi holde oss til den første. På den annen side er grunnlaget for tilsynet det vi har kalt den primære helselovgivning, som institusjons- og helsepersonellovgivningen. Vi har illustrert dette doble lovgivningshierarkiet i figur 12.2.

Til venstre er tilsynsregelhierarkiet plassert, til høyre det primære helseregelhierarkiet. Regelhierarkiene, fra lover via forskrifter til retningslinjer, ender i konkret tilsynspraksis og ditto pre/klinisk praksis. Helt til venstre og høyre er de relevante regelgivende organer ført opp. Under, som et spesielt «tilsynsorgan» har vi ført opp pasienter (pårørende etc.) og andre tredjeparter (bl.a. massemedier), men også «relevante» folkehelserapportører: De første utøver en form for ettertilsyn (av klinisk praksis), i den forstand at de kan klage til de formelle tilsynsorganer over den behandling de har fått eller ikke har fått eller anmelde institusjoner og personell for for eksempel å ha behandlet dem på en uforsvarlig måte og for dette kreve erstatning. De andre reagerer på vegne av mange, ofte som grupper eller interesseorganisasjoner.

Den nedadgående styring og ledelse er markert med stiplet strek. Det skal illustrere at styringen ikke er helt hierarkisk dikterende. Reglene er i en del henseender åpne, og gir aktørene på neste nivå litt rom (autonomi) for å utøve skjønn, forsåvidt også litt rom for interaksjon mellom nivåene. Vi har ikke illustrert den påbudte rapporteringen oppover, eller datainnhentingen som skjer i regi av høyere nivåer. Tilsynsvirksomheten er illustrert med kombinert stiplede og prikkede linjer. Den omfatter både ulike former for observasjon og informasjonsinnhenting og reaksjoner, samt et element av interaksjon.



Figur 12.2. Den regelbaserte styring og ledelse av pre/klinikken, tilsynshierakiet og det generelle hierarki

Som vi har sett ble ikke helsetilsynsloven da den kom ledsaget av noen forskrifter eller retningslinjer. Det gjorde at det nye tilsynet ikke kunne bli så forskjellig fra det gamle. Omfanget av tradisjonelt, nokså uformelt – og begrenset – egentilsyn fortsatte i stor grad. Lovgivningen på høyresiden var mer styrende enn den hadde vært før ledelsesrevolusjonen

startet, men fortsatt var de fleste handlingsnormene – de pre/kliniske retningslinjer – få og upresise. Det var således i mange tilfeller vanskelig å si hvor grensen mellom forsvarlig og uforsvarlig klinisk virksomhet gikk. Tilsynsfolkene hadde slik sett beskjeden hjelp å få fra handlingsreglene på høyresiden. Det var også nå blitt vanskeligere for Helsedirektoratet å ta initiativ til å stramme inn lovgivningen på høyresiden; her satt departementet med kontrollen, men også det var hemmet, av det fylkes/kommunale selvstyre. Det direktoratet kunne gjøre var å forsøke å stramme litt inn på venstresiden, direktoratets halvt «egne» side. Det var det som skjedde gjennom fremleggelsen av forslaget til forskrift om egenkontroll og organisering av tilsynet. Men med nokså åpne normer på høyresiden var det begrenset hva Helsedirektoratet kunne gjøre. Det skulle også vise seg. Det som ble Helsetilsynet fra 1994 skulle da også bruke resten av 1990-årene og mer enn det til å finne seg selv som et (mer og mer rendyrket) tilsynsorgan.

Den 22. mai 1990 hadde Helsedirektoratet klart sitt utkast til *Forskrift om egenkontroll og organiseringen av statlig tilsyn i helsevesenet*. Utkastet ble sendt til fylkeslegene, i en «intern» remissrunde.[954] Forskriftens lovhjemmel skulle være tilsynslovens § 7 (toppen av det venstre hierarki i figuren), kommunehelsetjenestelovens §§ 1-3 og 6-9 og sykehuslovens § 3, fjerde ledd (det høyre hierarki). Den skulle gjelde «virksomheter og personell som yter helsetjenester» (§ 1). Etter remissrunden, som formelt skulle gå til juli, ble, som nevnt, også «organisasjoner» lagt til: Tilsynet skulle også gjelde eierorganisasjonene. Direktoratet hadde, kan man si, allerede blitt for ensidig klinisk og for så vidt ikke helt tatt inn over seg at etter «systemendringene» før og etter 1983 hadde tilsynet særlig fylkeskommunale og kommunale virksomheter som tilsynsobjekter. Ja, skulle man tenke strengt linjemessig gjaldt tilsynet først eierorganisasjonene. Det var disse som blant annet skulle drive en egenkontroll som *forebygget* at det kliniske personell kom under forsvarlighetsgrensen og det prekliniske personell på annet vis sviktet. Men loven sa jo for så vidt også at tilsynsorganene skulle drive direkte klinisk tilsyn. Kritikk og pålegg om endringer ville da direkte kunne gjelde både eierorganisasjonen, virksomheten og de enkelte yrkesutøvere.

Vi konstaterer at direktoratet i sitt utkast er uklar hva gjelder ansvarslinjene, men skal legge til at det at helsepersonellovgivningen (som også straffeloven) gir personellet et selvstendig ansvar, i noen henseender skaper et flerlinjet hierarki. Forskriften skulle ikke gjelde bedriftshelsetjenesten og virksomheter som omfattes av sosiallovgivningen, men allikevel personell som yter helsetjenester i slike virksomheter. Skulle man tenke strengt linjemessig betyr imidlertid dette at helsepersonell i bedrifter, på en mer utfordrende måte enn helsepersonell i helseinstitusjoner, kommer under en viss grad av dobbel ledelse. Direktoratet kommenterte heller ikke det.

Det heter i utkastet at alle helsetjenestevirksomheter og alt helsepersonell skal «utøve egenkontroll og utvikle egenkontrollsystemer som ledd i den løpende kvalitetssikring av sine tjenester» (§ 2). Egenkontroll defineres som «tiltak for å sikre at virksomheten blir planlagt, utført og vedlikeholdt i samsvar med aksepterte faglige normer og krav fastsatt i eller i medhold av lov, forskrifter eller retningslinjer». Her sidestilles i noen grad medisinsk mål-middel-skjønn (og verdiskjønn) – som ennå ikke er rettsliggjort – og lovkrav (som i varierende grad kan reflektere medisinske normer). Direktoratet har slik sett ennå en stor fot i den medikratiske fortid. Det har det også når det nærmere definerer «egenkontroll», «egenkontrollsystem» og «kvalitetssikring» (§ 3). De to siste begreper er dog definert på

[954] Brevet med forskriften hadde arkivnummer 90/05263 4.

nesten likelydende måter. I §§ 4 og 5 omtales helsefagpersoners og kliniske institusjoners utøvelse av egenkontroll. For begge adressater beholdes dobbeltheten, fortidsforankringen og tilslutningen til det nye rettslig baserte tilsyn. Ja, for personell nevnes bare de «alment aksepterte faglige normer som gjelder for vedkommendes profesjon». For institusjoner er også rettsreferansen med. Her understrekes dessuten at institusjonene må påse at der finnes «rutiner for å kontrollere» at personellet blant annet følger faglige normer og at de til enhver tid er kjent med de lovkrav som gjelder for virksomheten. Her betones altså det rettsbaserte ved tilsynet. Den spenning det skaper at egenkontroll og direkte kontroll kombineres ble imidlertid heller ikke i forskriftsarbeidet tematisert.

Under kap. III kommer bestemmelsene knyttet til forskriftsutkastets andre formål, nemlig å gi nærmere bestemmelser om tilsynets organisering. I § 6 vil direktoratet gjennom kompetanseregler gi seg selv omfattende tilsynsmyndighet. Direktoratet skal «samordne den statlige tilsynsvirksomhet og utarbeide generelle retningslinjer for fylkeslegenes prioriteringer og satsningsområder samt gjennomføringen av tilsynet». Direktoratet vil videre gi seg selv rett til å gi «nærmere retningslinjer for tilsyn og utøvelse av egenkontroll» og til å veilede fylkeslegene både i deres skjønnsutøvelse og lovtolkning. Fylkeslegene vil direktoratet gi vide rapporteringsplikter, både via medisinalmeldingene og ellers løpende, for eksempel når de blir kjent med uheldige forhold. Det heter i § 8 at tilsynet «utøves gjennom faglig rådgivning og veiledning samt kontroll», med det formål å «sikre kvalitet, tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenestene». Det legges så til at veiledningen (det tradisjonelle) og kontrollen (det nye) spesielt må gjelde virksomhetenes og yrkesutøvernes egenkonkontrollsystemer.

Det fremgår av § 9 at direktoratet vil at fylkeslegene skal følge opp mangler som avdekkes med skriftlige rapporter til dem som er ansvarlig for manglene, med angivelse av frist for utbedring av hjemlene. I utkastets § 11 heter det at fylkeslegen «i sin veilednings- og tilsynsvirksomhet og i tilsynsvirksomheten for øvrig [skal] påse at det ikke oppstår situasjoner som kan medføre inhabilitet». Denne paragrafen var det mange fylkesleger som mislikte. Den virket på dem som uttrykk for mistillit; de fant den også overflødig. Som vi har bemerket før, pekte den imidlertid på det dilemma det skapte at man nå i langt større grad enn før skulle kombinere «upersonlig» jusbasert tilsyn med «personlig» preget veiledning.

Forskriftsutkastet er preget av relativt vage normer. Slik blir koblingene mellom nivåene i hierarkiene løse. Mye av friheten bevares dermed på nivåene nedover. Mye av medikratiet føres på den måten videre. Men noe av løsheten i hierarkiet skyldes også, som vi har nevnt, en større grad av fristillelse av eierorganisasjonene, fylkes- og primærkommunene. Samtidig er sporene av den nye tid tydelige. Intensjonene som ligger under mange formuleringer peker fremover mot et mer rettsliggjort og tett koblet tilsynshierarki. Det ligger også i det juridisk-hierarkiske et bud om å styrke direktoratet som tilsynsmyndighet; det er et bud som frister direktoratet, ikke minst i en tid hvor direktoratet ellers var kommet på defensiven. Vi legger imidlertid merke til at dette forskriftsforslaget er mindre rendyrket juridisk nytteorientert enn de synspunkter som preget kommunaldepartementsutvalgets innstilling fra 1987 og den (påfølgende) internkontrollforskrift som vedtaes i mars 1991 og trer i kraft fra 1992. Vi legger også merke til at direktoratet er det øverste hierarkiske utgangspunkt. Over direktoratet befinnner departementet seg, det organ som for så vidt også skal godkjenne forskriftsforslaget før det sendes til regjeringen og klargjøres for kongelig resolusjon. Som stemningen på denne tiden var mellom departement og direktorat fortoner fraværet av en henvisning til departementet seg som formelt underlig, men realpolitisk forståelig.

Direktoratet sendte forskriftsutkastet til uttalelse hos fylkeslegene, og for så vidt de andre avdelinger i direktoratet, med svarfrist 1. juli. Forskriftsutkastet ble også drøftet på fylkeslegemøtet i slutten av mai og på møtet for kontorsjefene i begynnelsen av juni. Innen 9. juli var det kommet uttalelser fra 14 fylkesleger samt avdeling 3, legemiddelavdelingen. De fleste sa de hadde ventet på en slik forskrift, men de fleste hadde også ulike typer kritiske kommentarer. Reaksjonene var generelt nokså «grå». Mange mente at forslagene til regler for organiseringen av tilsynet, inkludert egenkontrollen, og de kritiske definisjoner (av egenkontroll/system, kvalitet og lignende) som skulle inngå i dem, var for vage. I § 2 het det at alle som driver helsetjenester skal «utøve egenkontroll og utvikle egenkontrollsystemer som ledd i den løpende sikring av kvaliteten på sine tjenester». Egenkontrollen skulle sikre at «virksomheten blir planlagt, utført og vedlikeholdt i samsvar med aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov, forskrifter eller retningslinjer» (§ 3). Her ser vi at det henvises både til fortiden – «aksepterte faglige normer», og fremtiden – lovkrav. Mange fylkesleger, som Buskeruds, syntes dette ble vagt. Egenkontrollsystem blir forstått som, og her blir prosessreglene tydeligere, et sett av rutiner. En rekke slike nevnes (§ 5), og i løpet av remissrunden kom flere til.

I del III i forskriftsutkastet, kalt Statlig tilsyn, ble først direktoratets og fylkeslegenes oppgaver og myndighet definert, i runde vendinger. I § 8 het det at tilsynet skulle «utøves gjennom faglig rådgivning og veiledning samt kontroll med sikte på kvalitet, tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenester». Her ble altså gammelt og nytt forent, men slik at det gamle dominerte: de hierarkiske relasjoner gjøres løse og interaktive. I § 9 het det, igjen litt «gammeldags», at mangler «bør» registreres skriftlig og at virksomhetsledere «bør» legge frem en plan for å utbedre manglene. Her, som ellers, gikk kommentatorene i moderne retning. De ville ha mer presisjon og fikk endret det skjønnspregede «bør» til det hierarkisk-presise «skal».

Som vi har nevnt kom der særlig kritikk mot den mest vage del av forskriftsutkastet, den som gjaldt det statlige tilsyn generelt. Vestfolds fylkeslege, Asbjørn Haugsbø, mente organiseringen av det statlige helsetilsyn var noe mer omfattende enn organiseringen av egenkontroll og at bestemmelser om den første enten burde komme i en egen forskrift eller komme først i en «dobbelforskrift». Flere andre hadde innvendinger mot forskriftsforslagets dobbbeltkarakter, bl.a. fylkeslegen i Nord-Trøndelag. Noen, som fylkeslegene i Buskerud, Troms og Sør-Trøndelag, påpekte også at hvis der skulle være med bestemmelser om organiseringen av tilsynshierarkiet, burde også departementets rolle presiseres. Generelt mest kritisk var Oslos fylkeslege, den erfarne og ofte «skarpe» Arne Victor Larssen. Han begynner sin uttalelse med konklusjonen. Han skriver at han «ikke [kan] tilrå at forskriftene blir utgitt i den form som nå foreligger». Som grunner oppgir han at kap. III, om tilsynsorganiseringen, «utvanner forskriftsbegrepet», svekker direktoratets og departementets «instruksjons- og organisasjonsmyndighet», skaper «mer uklarhet enn klarhet om hvem som har hvilke rettigheter/plikter» og inneholder formuleringer som mer svekker enn styrker intensjonene i helsetilsynsloven.[955]

Direktoratet tok, som nevnt, hensyn til en del av kommentarene om mer presisjon, men lot seg i denne omgang ikke påvirke særlig meget. Det ville således ikke fjerne kapitlet om

[955] Larssen henviser til at §§ 6 og 7 gir plikter for «Helsedirektoratet vs. fylkeslegene og vice versa samt regler om intern organisering», noe som følger av loven og statens alminnelige organisasjons- og instruksjonsmyndighet. Han henviser videre til at slike regler, etter Forvaltningsloven, ikke bør nedfelles i en forskrift. Larssens uttalelse har arkivreferansen (i direktoratet): 90/05263-010.

organiseringen av tilsynet; ei heller ville det nevne departementet i dette kapitlet. Det var Helsedirektøren selv som ikke ønsket å ha departementet med.[956] Som situasjonen nå var, var dette å utfordre departementet. Men departementet kunne jo ikke holdes utenfor mot sin vilje. Det var departementet som hadde kontroll over forskriftutkastets endelige skjebne.

Den eneste av avdelingene som uttalte seg skriftlig (12.6.), legemiddelavdelingen, var positiv til forslaget, men dens kommentarer bærer preg av den filosofi som preger Kommunaldepartementets syn på internkontroll. Avdelingen (Bjørn Jøldal) nevner for øvrig at den har utarbeidet et eget egenkontrollopplegg for apotekene, og at dette nylig er tatt i bruk – «på frivillig basis fra apotekenes side».

Generelt kan vi si at remissuttalelsene mer pekte i «moderniserende» enn i «tradisjonell» retning. Fylkeslegene ville ha mer presise regler; de ville «flykte» fra noe av den frihet «pålegget» om å utøve skjønn representerte. Kanskje kan vi her også ane spor av at flertallet av fylkeslegene i viktige henseender «ideologisk» og «emosjonelt» hadde fjernet seg litt fra direktoratet og dets sjef, som vi har nevnt før.

Den 23. juni sendte Helsedirektoratet brev til landets fylkesleger hvor det bad fylkeslegene om «heretter å følge de anvisninger som er gitt» i to paragrafer i forskriftsforlaget; den ene gjaldt melding om pasientskade eller uforsvarlig klinisk virksomhet, den annen om mangler som avdekkes ved tilsynsbesøk.[957] Direktoratet var preget av selvsikkerhet. Den kom også til uttrykk i et uformelt notat av den 13.7. Her kommenterte helserettsavdelingen kommentarene fra fylkeslegene. Den godtok, som vi har nevnt, noen av de presiserende kommentarene, men ikke ønsket om å ta ut mye av kapitlet om organiseringen av tilsynet. Juristene lot seg ikke sette på plass av Oslos fylkeslege. Over sommeren (20. august) snudde imidlertid holdningen noe og mye av det omstridte kapitlet forsvant. Det nedkortede forskriftsutkastet ble sendt fylkeslegene for kommentering og tatt opp på høstens tidlige fylkeslegemøte; det skulle gjøres til et produkt både Helsedirektoratet og fylkeslegene stod bak. Den 19. september 1990 sendte så Helsedirektoratet brev til departementet med forslag om «at det fastsettes forskrift i henhold til vedlagte utkast» til egenkontrollforskrift.[958] Men så enkelt var det ikke. Departementet svarte i brev av 7. november 1990 at forskriftsutkastet måtte sendes ut til uttalelse til de mest berørte parter og så bearbeides før det kunne fremmes for regjeringen. Forvaltningsloven (§ 37) krever det. Sakens nye vending skapte et visst ubehag i direktoratet. Det sendte forslaget til forskrift ut til uttalelse den 19. desember 1990, med svarfrist den 15. februar 1991.[959] Forslaget ble sendt til fylkeskommunene og yrkesorganisasjonene, samt noen få andre.

Som blant fylkeslegene var der blant institusjonseierne og personellgruppene liten entusiasme for forslaget. Kommentarene nå lignet i viktige henseender på kommentarene fra fylkeslegene: reglene, og til dels definisjonene, var generelt for vage og forskriftens preg av fortsatt i noen grad å være både en egenkontrollforskrift og en generell tilsynsforskrift var uheldig. Om det første skrev Østfold fylkeskommune: «Normkrav og retningslinjer mangler i stor grad og er ikke klart definert i forskriftsutkastet».[960] Om det annet skrev fylkeshelsesjefen

[956] Det fremgår av en håndskreven påtegnelse på den arkiverte remissuttalelsen fra fylkeslegen i Sør-Trøndelag. Her foreslår fylkeslegen at det i kap. III gies «en kort beskrivelse av Sosialdepartementets rolle..» Påtegnelsen lyder: «H.dir sier nei». (Arkivnummer (Hdir.) for uttalelsen er 90/05263-004.)
[957] Rundskriv IK-26/90. Brevet har den interne referansen 90/06265 4.
[958] Brevet har direktoratarkivnummer 90/05263-022.
[959] Brevet har arkivnummer (Hdir.) 90/05263-023.
[960] Brev av 11.2. 1991. Direktoratsarkivreferanse: 90/05263-033.

i Troms at han stilte seg «tvilende» til å ta med bestemmelser om det statlige tilsyn i denne forskriften; det burde evt. komme i en egen forskrift.[961] Men der kom inn en viktig ny kommentar nå, spesielt fra fylkeskommunene og deres sykehusdirektører og sjefleger. Den gjaldt omkostningssiden, spesielt kravet om en rekke nye «rutiner» og de økede krav om skriftlighet i kontrollarbeidet. Hovedutvalget i Buskerud fylkeskommune skrev at det «reserverer seg .. når det gjelder omfanget av kontrollordningene, og hvilke ressurser som skal brukes til å gjennomføre forskriftens intensjoner,..».[962] Flere av de kommenterende instanser var nok slik litt inkonsistente, for så vidt som de både ville ha mer klarhet og presisjon – noe som normalt fører til nettopp flere spesifiserte rutiner og mer skriftlighet – men kommentaren er allikevel viktig. Den gjelder kontroll- og revisjonsvirksomhet av tjenesteytende virksomhet generelt, som vi har nevnt: Det er nærmest umulig å beregne nytten av den. Man kan få en slags oversikt over de konvensjonelle omkostningene, men i mindre grad motivasjonsomkostningene (som tettere overvåkning og bevissthet om sanksjonsmuligheter skaper) og i enda mindre grad utbyttet (uhell, svikt, mangler etc. som ev. er forebygget).

Statens Institutt for Folkehelse har levert en lett nedlatende kommentar. SIFF vil ha klarere retningslinjer. «Det er ellers en fare for at egenkontroll bare blir et tomt ideal uten realistisk innhold».[963] Også Nordlands fylkeshelsesjef er utfordrende. «I hvilke konkrete situasjoner har Helsedirektoratet opplevd at man har kommet til kort fordi man ikke har hatt en forskrift som den foreliggende?»[964] Gunnar Lind berører her det spørsmål vi har nevnt ovenfor, om utfordringene med å bestemme nytten av slike kontrolltiltak. Driftsdirektøren i Hedmark gjør det samme, når han skriver at pålegget om egenkontroll, sammen med andre statlige pålegg, «binde[r] ressurser som kan ha konsekvenser for institusjonenes behandlingskapasitet».[965]

STEM, Det særlige tilsyn med elektrisk-medisinsk utstyr, skrev at det savnet henvisning til andre helsetilsynsorganer, som det selv.[966] Det er en viktig kommentar, siden dette organet hadde vært i virksomhet en tid, hadde utviklet mer konkrete tilsynsrutiner og jo drev en virksomhet som gjaldt kontroll med mye av det, stadig mer kompliserte, utstyr helsepersonell brukte. Vi skal si mer om denne kontrollvirksomheten senere. Det norske Veritas mente den nye forskriften burde tilpasses Kommunaldepartementets (kommende) internkontrollforskrift bedre, og derfor også burde bruke ordet «internkontroll».[967] Oslo kommunes helse- og sykehusdirektør skriver, megetsigende, at direktoratet burde ventet med denne forskriften til arbeidet med å reorganisere den sentrale helseforvaltning var avklart, og for så vidt også til fylkeslegens rolle – etter behandlingen av «røynslemeldinga» – var nærmere avklaret. Kommunenes sentralforbund gav uttrykk for lignende synspunkter. Det mente utkastet ikke gjorde det mulig å «overskue konsekvensene av det». KS' direktør Dagfinn Høybråten (f. 1957), føyet til at KS «reiser spørsmål om behovet for denne forskriften utover de bestemmelser som er nedfelt i tilsynsloven og sykehusloven».[968] En annen viktig instans var på linje med Oslo og KS, som vi skal se.

[961] Brev av 7.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-028.
[962] Brev av 6.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-027.
[963] Brev av 15.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-050.
[964] Brev av 23.2. 1990. Arikreferanse: 90/06523-049.
[965] Brev av 27.2. 1990. Arkivreferanse: 90/05263-051.
[966] Brev av 8.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-029.
[967] Brev av 20.2. 1990. Arkivreferanse: 90/05263-044.
[968] Brev av 11.3. 1990. Referanse: 90/05263-054.

I forbindelse med remissrunden, og ikke minst med den samtidige ferdigstillelsen av den generelle internkontrollforskriften, ble spørsmålet reist om helsetilsynsloven gav hjemmel for å pålegge institusjoner og enkeltfagpersoner å utføre egenkontroll og opprette egenkontrollsystemer (sett av «rutiner»). Det stod ikke eksplitt i loven at den gjorde det, eller at det kunne utferdiges en forskrift som kunne gjøre det. Da internkontrollforskriften ble laget hadde det samme spørsmålet meldt seg. Det førte til at der ble foretatt lovendringer i arbeidsmiljøloven og de andre aktuelle lovene for å få slike hjemler. Fra helserettsavdelingen ble det i et udatert (antagelig april) notat nevnt at § 3 kunne få et nytt annet ledd om at «Helsedirektoratet gir nærmere regler om internkontroll og internkontrollsystemer..», men direktoratet fulgte ikke opp dette forslag.[969]

At internkontrollforskriften kom nå, reiste jo også spørsmålet om direktoratet skulle «henge seg på» den. Direktoratet kom imidlertid til at den var for generell. Den omfattet for eksempel ikke enkeltfagpersoner, bare bedrifter, og ikke etterfølgelse av retningslinjer og «alment aksepterte faglige normer». Den omfattet heller ikke brukere, som pasienter. Det var også en formell utfordring at interkontrollforskriften hadde en straffebestemmelse som forutsatte at hjemmelslovene hadde slike bestemmelser.

Etter remissrunden reviderte Helsedirektoratet igjen sitt forskriftsforslag. Det meste ble beholdt. Særlig viktig var spesifiseringen av de ni «rutiner», og en instruks, egenkontrollen skulle omfatte. Det omstridte kap. III om organiseringen av det statlige tilsyn ble nå redusert til en slags gjentagelse av lovens ord om direktoratets og fylkeslegenes tilsynsrolle og et «påhengt» avsnitt om at det var en viktig oppgave (også nevnt i loven) for de to tilsynsinstanser å «påse at de som yter helsetjenester utøver egenkontroll». Når direktoratet hadde redusert dette kapittel så mye fremstår det som både «logisk skurrende» og saklig overflødig. Det hadde kanskje, for avdelingen, fått en slags prestisjestatus.

Det nye utkastet ble sendt Sosialdepartementet den 13. mai 1991. I oversendelsesskrivelsen er direktoratet ydmykt. «Departementet bes ta stilling til hvorvidt man bør etablere kontakt med Kommunaldepartementet med tanke på snarlig «tilkopling» til deres internkontrollforskrift eller om man eventuelt vil vedta foreliggende forskrift om egenkontroll og organisering av statlig tilsyn i helsevesenet».[970]

Da forslaget kom, nærmet Norbom & Co. seg slutten av sitt arbeid med omordningen av helseforvaltningen. Da Norbom-gruppens innstilling kom, den 19. august, tok den det meste av oppmerksomheten hos lederne i departementet. Oppfølgingen av den krevde at helsetilsynsloven måtte endres. Det var en delikat operasjon. Departementets lovkonsipister, med Kari Holst i spissen, måtte konsentrere seg om hovedoppgaven. De kunne ikke la seg distrahere av egenkontrollforskriften. Istedenfor å gå videre med den, sendte departementet direktoratets forslag til Kommunaldepartementet til vurdering. Direktoratet hadde jo nesten også lagt opp til det. Kommunaldepartementet brukte litt tid på å vurdere forslaget, og var opptatt av at det ikke skulle skape vanskeligheter for dets egen forskrift, en forskrift departementet var meget stolt av. På initiativ fra Kommunaldepartementet inviterte Sosialdepartementet til et møte om forskriftsforslaget. Til møtet, som ble ledet av Kari Holst, deltok ellers tre representanter fra KD, én fra KS, samt avdelingsdirektør Christian Lerche og

[969] Notatet har overskriften «Spm. om hjemmel til å pålegge egenkontroll og egenkontrollsystemer» og er stilet til ledelsen fra avd. 4. Det har arkivreferanse 90/05263-059.
[970] Oversendelsesbrevet har arkivreferansen 90/05263-060.

saksbehandler Sigmund Eliassen fra direktoratet. Av Sosialdepartementet var KD bedt om å vurdere muligheten for at helsevesenet kunne «kobles» til KDs forskrift. Departementet kunne slik holde direktoratet litt «utenfor» mens det selv arbeidet med revideringen av tilsynsloven. Men KD var lite innstilt på å tilpasse seg Helsedirektoratet og dets forskrift; snarere ønsket KD at direktoratet tilpasset sitt forslag til internkontrollforskriften. KDs forskrift var mer tydelig «nytte-teknisk». Direktoratets forskrift var mer tradisjonell. Den baserte seg noe mer på gammeldags, skjønnsbasert egenkontroll – hvor begrepet 'alment aksepterte faglge normer' stod sentralt, enn KDs industrielt inspirerte forskrift. Men departementet og Kari Holst var ikke innstilt på å la muligheten for å bruke internkontrollforskriften gå fra seg og nevnte under møtet at departementet ville vurdere å endre tilsynsloven. Det måtte ta tid. Direktoratets folk skjønte da at deres forskriftsoffensiv var stanset. Sigmund Eliassen skrev i sitt «referat» fra møtet: «Det er .. helt klart at vi ikke vil få noen forskrift med det første».[971] Men han åpnet, forsiktig, for en slags uformell «iverksettelse» av forskriften: «På denne bakgrunn vil vi foreslå at H.dir. bruker innholdet i utkastet til egenkontrollforskrift og veileder så godt vi kan om de egenkontrollplikter vi mener kan utledes av gjeldende helselovgivning». TM (Torbjørn Mork) skriver i margen på referatnotatet (10.12.): «Vi får vel da 1) underrette f.legene om at dept. ikke går inn for egen forskrift, og 2) utarbeide snarest en veileder som foreslått». I en annen påtegnelse står det at direktoratet under møtet bad om å få en skriftlig orientering om hvordan departementet ville følge opp saken. «En slik orientering, når/hvis den kommer, bør vel gjøres kjent for fylkeslegene», skriver Anne Alvik i en kommentar (9.12.).

Det var altså åpenbart at direktoratet ønsket å gjøre det det kunne for å følge opp iallfall forskriftsforslagets «ånd». Men det hjalp ikke så meget. Ved endringene i helsetilsynsloven i juni 1992, la departementet premissene for at helsevesenet kunne ta i bruk den generelle internkontrollforskriften. I alle fall forsvant nå den tradisjonelle betegnelsen «egenkontroll». § 3 fikk denne ordlyden:[972]

> ***Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll.***
>
> *Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med alment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.*
>
> *Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan fortebygge svikt i helsetjenesten.*

Det kom ingen bestemmelse om at det kunne utferdiges forskrifter med hjemmel i loven.

Statens tilsynsvirksomhet var nå blitt ganske omfattende, og gjaldt et voksende mangfold av formål. Det skapte tilpasningsproblemer, som ble til store omkostninger, for de bedrifter, institusjoner og andre som det skulle føres tilsyn med. Tilsynsorganenene ble også, som vi har nevnt, i økende grad litt «enøyde», og derfor kostbare, enkeltformålsaktivister. Staten forsøkte

[971] Sigmund Eliassen, Oppsummering etter møte om egenkontroll/internkontrollforskrift i dept. 6.12.91. Notat til ledelsen fra avd. 4. Vi har en kopi av notatet som ikke er arkivført, men som inneholder (originale) påskrifter, bl.a. fra Helsedirektøren.
[972] Kfr. Ot.prp. nr. 43 (1991–92), s. 52.

derfor nå å samordne tilsynsvirksomheten basert, ikke minst på internkontroll; den nye internkontrollforskriften ble her et viktig virkemiddel. Helsevesenet kom imidlertid ikke med i denne samordningen hva gjaldt formålsvirksomheten. Internkontrollforskriften som trådte i kraft fra 1992, ble fem år senere (1997) endret og utvidet.[973] Det tok ytterligere seks år før der kom en egen forskrift om internkontroll for helsevesenet.[974] Her skal vi nøye oss med å nevne at internkontroll i forskriften defineres bare med henvisning til lovgivningen (§ 3), ikke «faglige normer»: «I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens altiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen». Slik ble altså mye av den tradisjonelle, kollegiale, autonomipregede og halvt uformelle «egenkontroll» tatt bort. Vi skal legge til at denne 2003-forskriften fra 2017 ble erstattet av en ny, kalt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.[975] Her kan man si skillet mellom juridisk preget «nedsidekontroll» og en både ned- og oppsidebasert ledelseskontroll oppheves. Samtidig integreres ansvaret i stor grad i ledelseslinjen, selv om yrkesutøvernes «selvstendige» ansvar ikke fjernes.

I det følgende skal vi først se på lovene for «kjernehelsevesenet» og så på de lover og ordninger som gjelder de institusjoner og institusjonskjeder som betjener dette vesenet, men ikke er en integrert del av det. I begge tilfeller skal vi gjøre det for å vise hvordan tilsynet og kontrollen er bygget opp.

Kjerneinstitusjonslovene: Lov om helsetjenesten i kommunene (1982)

Med kommunaliseringen av almenhelsevesenet fra 1984 ble altså den lokale offentlige legen en *kommunal* tjenestemann. Kunne han eller hun da fortsette som en del det statlige tilsynshierarki? Flertallet i Nyhus-utvalget (I)[976] gikk inn for at den offentlige legen (det her dreier seg om) burde bli helt lokal. Utvalget, som altså var ledet av Sosialdepartementets statssekretær, mente det var uheldig å ha en delt legetjeneste på lokalt nivå – én kommunal (for tjenesteytende og hygieniske formål) og én statlig (for tilsyns- og kontrollformål). Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen var av en annen mening: «Staten trenger en landsomfattende etat til å utøve tilsynet og til å overvåke befolkningens helsetilstand».[977] Lægeforeningen, de fleste fylkesleger og de fleste distriktsleger reagerte medikratisk og ville langt på vei bevare den gamle ordningen med et statlig-faglig distriktshelsevesen. Lægeforeningen uttalte blant annet at den «understreker nødvendigheten av at den faglige akse distriktslege – fylkeslege – helsedirektør bevares».[978] Departementet (under den svært ferske regjeringen Brundtland I) sluttet seg, delvis, men ikke helt, til Nyhus-utvalgets flertallssyn. Det pekte på at med en deling ville man få tre typer leger, statlige, kommunale og

[973] Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i vorksomheter (FOR-1996-12-06-1127).
[974] Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731). Den ble utarbeidet med hjemmel i Helsetilsynsloven (1984), Helsepersonelloven (1999), Kommunehelsetjenesteloven (1982), Tannhelsetjenesteloven (1983), Sosialtjenesteloven (1991) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999).
[975] FOR-2016-10-28-1250. Den første forskriften ble (kfr. fotnoten foran) vedtatt i 2002, men trådte i kraft fra 2003.
[976] NOU 1979: 28, Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet; kfr. s. 67.
[977] NOU 1979: 10, Helsepolitikken, s. 11.
[978] Sitert etter Ot.prp. nr. 36 (1980-81), s. 71.

private, med de samordningsproblemer av ulike slag det kunne skape. Det føyet imidlertid, nokså pragmatisk, til:

> *Statens behov for tilsyn og kontroll med helsetjenesten i kommunene må kunne ivaretas av fylkeslegen i samarbeid med kommunalt ansatte leger. Departementet har vanskelig for å se at de statlige oppgavene på dette området er av et slikt omfang og en slik karakter at ikke dette kunne fungere tilfredsstillende.*[979]

Departementet henviser også til at lignende hybridordninger finnes i skole- og bygningssektoren, og «kan ikke se at argumentene er sterke nok for at helsesektoren her bør stå i en særstilling». Departementet begrunner altså sitt standpunkt «negativt» og pragmatisk. Her er knapt innslag av prinsipiell nyttestatlig, og «nytterettsstatlig» tenkning. Mye av reformarbeidet siden midt i 1970-årene er, som vi har bemerket før, mer preget av en begynnende erstatning av medikratiske med lokalpolitokratiske ordninger enn av en erstatning av de førstnevnte med nyttestatlige ordninger. Departementets standpunkt, litt preget av fortiden, fikk imidlertid ikke tydelig nedslag i lovteksten. Willoch-regjeringens proposisjon (1982) sier intet om et slikt modifisert tilsynsansvar for en kommunelege. Som vi har sett er jo også (den på dette tidspunkt kommende) tilsynsloven helt uten noen slik bestemmelse. Men dermed er stadig ikke, som vi snart skal se, alt sagt.

Vi har så langt lagt vekt på den offentlige legen som person. Bildet må nyanseres. I noen grad utøvet distriktslegen sin autoritet gjennom sitt ordførerskap i Sunhedscommissionen, fra ca. 1905 kalt Helserådet. Det var imidlertid mer et styrende og ledende organ, spesielt på det forebyggende (og helsefremmende) område, enn et tilsyns- og kontrollorgan. Det skulle således særlig lage sunnhetsforskrifter for kommunen, men også iverksette nødvendige tiltak ved utbrudd av epidemiske sykdommer. Da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 fortsatte Helserådet, men med redusert funksjon, å eksistere. Gradvis ble det imidlertid erstattet av et samlet helse- og sosialstyre; den nye loven åpnet for at kommuner kunne gjøre forsøk med slike. Helse- og sosialstyret ble det almene lokale, og i stor grad politokratiske (lokaldemokratiske), organ fra 1988.[980] Men mens Helserådet, iallfall før 1984, var ledet av den offentlige legen, ble nå dette styringsorganet altså et lokalpolitisk organ. Det kunne derfor ikke bli et (statlig) tilsynsorgan, selv om det selvsagt hadde som oppgave å følge opp også den statlige politikk det var ansvarlig for.

Men den offentlige legen fortsatte å ha det vi kunne kalle en halvmedikratisk tilsynsrolle. Fortiden ble altså bare gradvis fortid, også i dette henseende. Vi har ovenfor pekt på at departementet i begrunnelsen for lovforslaget gav uttrykk for at en offentlig lege også hadde en tilsynsrolle. I lovteksten brukes ikke ordet tilsyn om denne legens rolle. I stedet står det i § 6-3 at det er Helsedirektoratet som «fører medisinsk-faglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål..». I § 3-4 står det at «En lege tilsatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten». Departementet mente altså med det at det å ta dette ansvaret også var å se til at kommunens helsevesen, de enkelte tjenesteytere medregnet, oppførte seg som de skulle i henhold til lover og de formål de var uttrykk for. Begrepet om medisinsk-faglig ansvar innebar at loven gav den offentlige legen en rolle som delvis var

[979] Ot. prp. nr. 36, *op. cit*., s. 72.

[980] Det nye styringsorganets oppgaver ble regulert gjennom endringer i Kommunehelsetjenesteloven og gjennom en ny lov om nevndene i den kommunale helse- og sosialomsorg; kfr. Ot.prp. nr. 40 (1986–87), Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. og Ot. prp. nr. 53 (1986–87), Om lov om kommunalt helse- og sosialstyre.

uavhengig av kommunens, altså arbeidsgiverens, rolle. Han eller hun ble, som fagperson, gitt beskyttelse av loven. Hva beskyttelsen gjaldt ble ikke tydelig presisert, men man kan si det både gjaldt legens faglige og etiske skjønnsutøvelse. Legen skulle ikke bare beskyttes mot å gå på akkord med hva han eller hun oppfattet som faglig og etisk riktig, men også ha en viss rett til å «diktere» kommunen ut fra faglige og etiske hensyn. Det innebar også at han eller hun kunne drive en form for (ikke-økonomisk) tilsyn nedad i egen etat og litt utover denne. For så vidt som disse hensyn var forankret både i profesjonens fag- og etikkforståelse, og i legens tolkning av disse, gav lovbestemmelsen ham eller henne en viss ikke-økonomisk, medikratisk-personlig autoritet. Den var uttrykk for at fortiden ikke med ett var over. Interessant nok kom imidlertid en side ved «den nye tid» inn for så vidt som der i Willoch-regjeringens proposisjon het at dette ikke var til hinder for at en «sykepleier kan være faglig ansvarlig for sykepleiefaget» og en «fysioterapeut har faglig ansvar for fysioterapien».[981]

Men kulturen var i endring, ikke minst i politikken og forvaltningen, og begrepet gav derfor tidlig opphav til uro. Forarbeidene gav ingen premisser for å tolke begrepet. Slik sett kan man si det var uttrykk for tradisjonelle medikratiske tanker: Siden medisinen fortsatt i stor grad var erfarings- og skjønnsbasert, fortonte det seg vanskelig å presisere hva dette ansvaret gikk ut på. Det var dermed også vanskelig å gjøre den offentlige legen til en ren tjenestemann. Men inkorporeringen av legen i det kommunale politisk-administrative system gjorde at både de politiske og de administrative organer begynte å nærstyre legen – i de fleste tilfeller gårsdagens halvt autonome distriktslege. Det skapte spenninger. Spenninger skapte det mange steder også når legen forsøkte å lede, eller føre tilsyn, nedover – som han eller hun før hadde gjort. Legens delautonomi kom slik under økende press i årene etter reformen. Da departementet mot slutten av tiåret skulle oppsummere «røynslene» med kommunehelsetjenestereformen, konstaterte det at «Den praktiske situasjonen har utvikla seg i strid med intensjonane». Det spørs om det er riktig, siden intensjonene var så uklare i 1981 og 1982. Gamle «intensjoner» ble litt ukritisk ført videre. Med reformen skapte nye maktforhold. Hjulpet av en endret, det vil si mer nytteorientert, styrings- og ledelseskultur, ble det konflikt: Reformen hadde «intensjoner» som var spenningsfylte, og det viste seg mer og mer. Men departementet sier nå, og formelt var det våren 1990 (meldingen ble lagt frem 30. mars), halvt unnskyldende, på et litt usikkert nynorsk: «Departementet vil peike på at den medisinsk-fagleg ansvarlege legen skal vere rådgivar for kommunen i forhold til heile helsetenesta i kommunen».[982] Som vi har nevnt tidligere skjedde også det, men først fra 1994. Det tok med andre ord ti år før bestemmelsene i helsetilsynsloven om hvem som utgjorde tilsynslinjen ble helt ut realisert også for almenhelsevesenets vedkommende; skjønt også ordet «rådgiver» gir legen en spesiell stilling, som en slags semitilsynsperson. Det er i denne sammenheng interessant at også den helsepersonelloven som skulle komme (1999) skulle gi alt relevant helsepersonell, altså ikke bare leger, en slags faglig autonomi, og dermed «tilsynsrolle», som begrenset linjepersonenes makt.

Det skjer altså en gradvis utvanning av kommunelegens tilsynsrolle gjennom den perioden vi nå ser på. Samtidig blir denne legens rolle også gradvis en mer tradisjonell, og mer avgrenset, mellomlederrolle. Et uttrykk for det første er at legen tydeligere innordnes i det kommunale hierarki og blir en kontraktspartner for andre leger, de som nå kalles avtaleleger. Som sådan får også den offentlige legen en kontrollrolle, men en kontrollrolle i mer nyttekommunal

[981] Ot.prp. nr. 66 (1981–82), s. 33. Vi skal legge til at helspersonellovgivningen i stor grad gav helsepersonell en viss uavhengighet av lederne, og dermed rett til å gripe inn i ledelsen.
[982] St.meld. nr. 36 (1989–90), *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*, s. 38.

forstand – han eller hun slutter gradvis å være en halvautonom tilsynsfører overfor også halvautonome kolleger. Et uttrykk for det annet er at det lokale helsevesen tydeligere spesialiseres, og at den offentlige legen må gi fra seg ledelsen av og tilsynet med en raskt voksende pleie- og omsorgstjeneste og stadig mer av det teknisk pregede hygienearbeidet, næringsmiddeltilsynet medregnet.[983]

Når vi ser bort fra egentilsynet, opphører altså den offentlige legen gradvis å være det tredje ledd i den medisinske fagtilsynskjeden. Fylkeslegen står igjen som sisteleddet i en tilsynskjede som blir mer og mer fanget av jusen. Men mens fylkeslegen før 1984, under Helsedirektoratet (formelt)[984] var leder for distrikstlegene og slik i neste omgang distriktshelsevesenet, ble han eller hun nå bare delleder, nemlig som en som passet på at de halvt autonome kommunale helsevesener holdt seg til lover og forskrifter. Som vi ser tiltar gradvis denne kontroll- og tilsynsrollen i løpet av vår periode, og kompenserer slik for mye av den ledelsesdesentralisering som skjedde i 1984. Ja, den blir en del av en stadig mer dyptgripende statlig styring – en styring som fortsetter i tiden etter 1994.

Vi har her sett på Kommunehelsetjenesteloven som institusjonell lov og derfor spesielt drøftet bestemmelsene som gjelder kommunelegens kompetanse. Andre sider ved loven (pliktnormer), spesielt den som gjelder pasientrettigheter (§ 2-1), skal vi komme tilbake til når vi ser på pasientrettighetene.

Kjerneinstitusjonslovene: Spesialisthelsetjenestelovene

Hva den spesialiserte klinikk angår er lovgivningen litt eldre. For psykiatrien er den lov som gjelder i 1983, og helt frem til 2001 (loven vedtatt i 1999), Lov om psykisk helsevern av 1961.[985] For andre sykehus, og for spesialisthelsevesenet for øvrig, bortsett fra tannhelsevesenet, er den lov som gjelder i 1983 og frem til 1999 Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. Begge lover ble etter hvert endret, men også i stadig flere henseender «foreldet». De ble imidlertid ikke endret på måter som tilynspolitisk er viktige.

Begge de nevnte lovene ble til mens spesialisthelsevesenet fortsatt var nokså medikratisk. Spesielt gjelder det Psykiatriloven, som ble vedtatt i 1960, men basert på en utredning, utarbeidet av et utvalg kalt Sinnssykelovutvalget. Utredningen ble påbegynt i 1951 og innstillingen levert i 1955.[986] Men det gjelder også i noen grad sykehusloven, selv om den like meget preges av den tid som er iferd med å komme. Sykehusene var i 1969 i de fleste tilfeller ledet av en administrerende overlege og med overleger som medledere og ledere for hver sine

[983] Vi henviser ellers til det vi tidligere har sagt om kommunelegens rolle i det kommunale helsevesen, altså om utviklingen fra medikratisk leder, via medisinsk-faglig ansvarshavende til medisinsk-faglig rådgiver.
[984] Distriktslegene ble i mange henseender reelt ledet direkte fra Helsedirektoratet, særlig ved legekontoret og hygienekontoret, men i noen henseender direkte av Helsedirektøren, blant annet gjennom fylkeslegemøtene.
[985] Proposisjonen hadde en annen ordlyd: Ot.prp. nr. 69 (1959–60), *Om lov om psykiatrisk omsorg*. Tittelen ble endret under stortingsbehandlingen. Det reflekterte den voksende skepsis mot å se på sinnslidelser som et rent medisinsk anliggende.
[986] Komiteen var ledet av en av de ledende psykiatere på denne tiden, direktør ved Gaustad sykehus, professor dr. med. Ørnulf Ødegaard (1901-1983). Blant medlemmene var professor dr. med Gabriel Langfeldt (1895–1983) og statens (Helsedirektoratets) overlege for psykiatri, Christofer Lohne-Knudsen (1908–1985). Komiteen hadde også prominente jurister som medlemmer, blant annet professor dr. juris Carl Jacob Arnholm (1899–1976).

avdelinger. De medikratiske ordningene i sykehus brøt formelt sammen i annen halvdel av 1970-årene, særlig fra 1977 og utover, men spilte gjennom hele vår periode en betydelig, om enn synkende, rolle.

Tannhelsevesenet var og er fortsatt nokså adskilt fra det øvrige kliniske helsevesen. Det fikk sin nyere lov våren 1983, Lov om tannhelsetjenesten, altså ved inngangen til den perioden vi nå omtaler. I likhet med den øvrige lovgivning som kom på denne tiden, eller som nå ble revidert, markerte den at fagstyret skulle reduseres og erstattes av et kombinert politisk og nyttestatlig styre.

Lov om psykisk helsevern (1961)

Sinnssykelovutvalget konstaterer i sin innledende diskusjon at sinnssykehus «I dag bestyres og administreres … av leger, som er spesielt autorisert av Kongen for dette. Loven gir ingen adgang til annen administrasjonsordning». Utvalgets flertall (to dissenterte) foregriper litt utviklingen, men svært forsiktig, ved å si at det

> *har åpnet slik adgang ved å foreslå i lovutkastet at den daglige ledelse av psykiatriske sykehus i alminnelighet skal ligge under en lege, men at departementet, når særlige forhold gir grunn til det, kan bestemme at administrative og økonomiske gjøremål skal overføres til en egen forvaltning.*[987]

Departementet sluttet seg, dog uten spesielt engasjement, til flertallet, men kanskje like meget til Helsedirektøren – som det i slike saker var vanskelig å utfordre, selv for den første statsråden som reelt utfordret Evang, Gudmund Harlem. Karl Evang uttalte seg meget kraftfullt til forsvar for den medikratiske ordning. Han skrev blant annet:

> *Når det bare bør være én ansvarlig administrativ leder, og ikke to som er mer eller mindre sidestillet, skyldes det nødvendigheten av å holde sykehuset funksjonelt samlet.*

Evang fortsatte med å peke på at alle funksjoner ved et sykehus, også kjøkken, vaskeri, kontortjeneste osv., er «nødvendige bestanddeler for løsning av sykehusets oppgave – å ta vare på syke mennesker». Han peker på at ved dagens psykiatriske sykehus, organisert som terapeutiske fellesskap, er pasientene med i mye praktisk arbeid, på gården, i vaskeriet og i verksteder. At det er slik gjør at det ved slike sykehus blir ekstra vanskelig å skille mellom medisinske og mer teknisk-administrative oppgaver.[988] Som vi skal komme tilbake til er dette maktspørsmålet tilsynsmessig viktig.

Tilsyn spiller en betydelig rolle i psykiatriloven, og en nokså dempet rolle i sykehusloven. Det gjør det imidlertid på ulike vis. I psykiatriloven nevnes ikke eksplisitt det tradisjonelle tilsyn, det som utøves medikratisk, men implisitt er det jo der – det følger både av den ennå gjeldende lægeforretningsloven og, fra 1984 av, helsetilsynsloven. I den ca. ti år yngre

[987] Sitatene er fra proposisjonen, *op.cit.*, s. 5.
[988] Sitatene fra Evang er fra proposisjonen, *op.cit.*, s. 52–53.

sykehusloven nevnes det tradisjonelle tilsynet, som vi skal komme tilbake til, men uten at fagaksen fra helsedirektør til fylkeslege eksplisitt føres videre.

I psykiatriloven kommer imidlertid et annet tilsyn i tillegg, og det er for psykiatrien det langt viktigste tilsyn, tilsynet med at psykiatriske institusjoner utøver sin spesielle makt, tvangsmakten, på en akseptabel måte.[989] For så vidt som en del psykiske lidelser innebærer at mennesker for kortere eller lengre perioder ikke er «herrer» eller «damer» i eget hus, oppstår spørsmålet om de skal behandles med tvang, i egen interesse og, eller, i pårørendes eller samfunnets interesse. «Alle» moderne samfunn har tydd til tvang av ulike slag, enten tvang bare i form av frihetsberøvelse, eller tillike gjennom en behandling de rammede selv ikke ønsker eller direkte setter seg imot. Sinnssykeloven av 1848, som gjaldt helt til 1961, legitimerte både kort- og langvarig frihetsberøvelse og tvangsbehandling. Så vel pårørende som samfunn (politiet) kunne be om frihetsberøvelse og tvangsbehandling. Overlegen ved det aktuelle asyl bestemte om «innsettelse» og behandling var påkrevet. Han var altså en slags dommer, i stor grad også over hvor lenge frihetsberøvelsen og tvangsbehandlingen skulle vare. Han «eksekverte» altså dommen.

I et liberalt samfunn, som det norske for alvor var blitt i 1848, var en slik behandling av psykisk lidende moralsk, og dermed også juridisk, utfordrende: Skulle samfunnet ikke bare sette mennesker i forvaring som ofte ikke hadde gjort noe villet galt, men i tillegg utsette dem, som i tidligere tiders fengsler, for pinefull behandling – «tortur»? De moralske dilemmaer måtte gies en juridisk «løsning». Svaret ble altså ja både på spørsmålet om å tillate en kort- eller langvarig frihetsberøvelse og på spørsmålet om å bruke tvangsbehandling. Men for at begge deler skulle skje mest mulig i den sinnslidendes langvarige «interesse», skjønt i noen tilfeller (farlige sinnslidende) også når det gikk utover pasientens (personvern)interesse, både på kort og lang sikt, måtte såvel frihetsberøvelse som behandling nøye kontrolleres av en utenforstående instans. Denne instans ble kontrollkommisjonen.

I den nye loven heter det i § 8:

> *Hvis noen er under psykiatrisk omsorg etter denne lov, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den, og ellers fører den kontroll den finner nødvendig for de sykes velferd.*
> --
> *Kommisjonen skal innen sitt område ha tilsyn med alle som er under psykiatrisk omsorg uten eget samtyke og med andre syke som selv ber om det.*

Videre heter det i samme paragraf om kommisjonens sammensetning:

> *Kommisjonen skal bestå av en fast utnevnt embetsdommer, alle med personlig varamann…. Medlemmene oppnevnes for seks år om gangen.*

I § 9 heter det:

[989] Vi skal senere se på lovgivningen knyttet til pasienters personverninteresser. Noen av disse behandler vi imidlertid her, for så vidt som en del av den psykiatriske virksomhet både er «medisinsk» motivert, altså er behandling pasienten antaes å ha interesse av, og «rettslig» motivert, altså representerer tiltak for å beskytte andres og samfunnets sikkerhet.

Før kontrollkommisjonen avgjør sak hvor det uten den sykes samtykke kan besluttes å innlegge ham eller beholde ham innlagt i sykehus eller annet sted i medhold av denne lov, skal den syke eller den som handler på hans vegne gis adgang til å uttale seg.

Formannen skal ellers sørge for at saken blir best mulig opplyst. Enver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndig etter de regler som gjelder for hovedforhandlinger ved herreds- eller byrett.
--
Hvis det finnes påkrevd, kan formannen oppnevne en sakfører til å vareta den sykes tarv. Sakføreren har rett til å bli kjent med alle opplysningene i saken og til å være tilstede under parts- og vitneavhør.
--
Avgjørelsen treffes ved kjennelse i møte av fulltallig kommisjon. I tilfelle av stemmelikhet gjør formannens stemme utslaget. Reglene om ugildhet i domstolslovens kap. 6 gjelder tilsvarende for kommisjonens medlemmer.
--
Avgjørelsen skal ha grunner. Den skal snarest meddeles den syke eller den som handler på hans vegne. Samtidig skal vedkommende gjøres oppmerksom på adgangen til å bringe avgjørelsen inn for Overretten, jfr. § 10.

I § 10 heter det blant annet:

Har kontrollkommisjonen truffet beslutning som innebærer at noen uten eget samtykke holdes innlagt i sykehus eller annet sted med hjemmel i denne lov, kan han innen to uker fra han fikk melding om det bringe kontrollkommisjonens avgjørelse inn for Overretten for frihetsberøvelse.

Overretten oppnevnes av Kongen og skal bestå av en fast utnevnt dommer i Høyesterett som formann, to medlemmer som fyller vilkårene for å være høyesterettsdommer og to leger med spesialutdannelse i psykiatri, hvorav den ene skal være medlem av Den rettsmedisinske kommisjon.
--
Domstolsloven og tvistemålslovens regler om kjæremål til lagmannsrett gjelder tilsvarende som for behandlingen ved Overretten så langt de passer og ikke annet følger av denne lov. Dersom Overretten finner det påkrevet, kan den oppnevne en sakfører til å vareta den sykes tarv. Overrettens avgjørelser kan påkjæres etter reglene for kjæremål over lagmannsrettens avgjørelser i tvistemål.

I loven legges det opp til at den psykiatriske omsorg skal få et naturlig forløp, med forvern, innleggelse og ettervern. Også for beslutninger om forvern og ettervern har kontrollkommisjonen, etter loven (§§ 13 og 14), tilsyns- og kontrollmyndighet.

Når det gjelder pasienter i pleiehjem og private forpleiningssteder er det den offentlige lege som har tilsynsplikten. Det het i § 4 i Instruks for distriktsleger blant annet at «Han (distriktslegen) fører det nærmeste tilsyn med de sinnssyke, som for offentlig regning er i privat forpleining..» Tilsynsplikten gjelder også «andre sinnssyke, som holdes under bevoktning hos sin familie eller fremmede». Ordet tilsyn omfatter her både å yte et visst innslag av omsorg for de sinnsyke og å se til at de som pleier dem gjør det på en akseptabel måte. Igjen ser vi her at den offentlige lege brukes som tilsynsmann. Den offentlige lege har, som ellers, fylkeslegen over seg. Fra 1984 faller så den offentlige legens tilsynsansvar bort.

Fylkeslegen tar over. Det var han for så vidt også blitt forberedt på: Fra 1959 ble det gradvis knyttet en fylkespsykiater til fylkeslegen; i de fire største byene kom der en overlege for psykiatrien, knyttet til Helserådet. I praksis var det disse psykiatere som mer og mer ble de sentrale tilsynsførere for psykiatrien utenfor sykehusene, men også for alkoholistomsorgen, omsorgen for narkomane (Hov i Land), epileptikeromsorgen og den medisinske del av omsorgen for de åndssvake.[990]

Vi ser altså at en viktig del av den psykiatriske omsorg er satt under en helt annen form for juridisk basert, og rettsvesenspreget, tilsyn enn tilfellet er for somatikken. Ved å ta stilling til frihetsberøvelsen og måten den praktiseres på, fungerer kommisjonen juridisk, altså lovbasert, men den tar jo samtidig stilling til beslutninger overlegen må mene er basert på medisinsk skjønn. Siden psykiatrien på dette tidspunkt, vår periode ut, og for så vidt siden også, i betydelig grad er en erfarings- og skjønnsbasert virksomhet, betyr det at den juspregede kontrollen er ekstra ydmykende.

Kontrollkommisjonen – ordet er i seg selv talende – bidrar altså slik til at den makt utvalgsflertallet og Helsedirektøren gjerne, og departementet litt mer nølende, ville gi overlegen(e), i viktige henseender uthules gjennom de omfattende bestemmelser om kommisjonskontroll. Flere av sykehuslederne som uttalte seg om utvalgsinnstillingen så det, og klaget over de forstyrrelser de stadige tilsyn innebar. Kontrollkommisjonen møter to ganger pr. måned ved sykehuset, én av dem uanmeldt og til ubestemt tid. Kommisjonen undersøker både frihetsberøvelsen og den behandling og det stell de syke får, men også sykehusets «bestyrelse og økonomi».[991]

Overleger ved psykiatriske avdelinger ved alminnelige sykehus klaget over at de hyppige kontrollbesøk bidro til å opprettholde både personalets og pasientenes følelse av at behandlingen pasienter her fikk var «annerledes» enn ved andre avdelinger. Fra Ullevål sykehus ble det påpekt at dette gjorde det vanskelig å innføre et mer terapeutisk fellesskap på avdelingen: «Og dermed er vi tilbake i den ulykkelige diskrimineringsfølelsen som vi i alle år har prøvet å kjempe oss bort fra». Overlegen ved Psykiatrisk klinikk, Vinderen, legger til at pasienter som er innlagt etter eget ønske vil finne «slike «besøk» som et alvorlig inngrep i sitt sykehusopphold».[992] Reaksjonene fra klinisk hold har altså også et faglig innhold: Behandlerne mistenkeliggjøres og mister noe av sin faglige myndighet (autonomi). Men psykiatrien var og er sårbar, noe for eksempel Reitgjerdet-saken (nevnt tidligere) er et uttrykk for (1978–1980, nedlagt 1987).

[990] Omsorgen for de åndssvake var opprinnelig organisert som en pedagogisk virksomhet under Kirke- og undervisningsdepartementet. Den første skole, en privat sådan, ble opprettet i 1874; den første åndsvakeloven kom i 1881. Statlige pleiehjem ble etablert i 1915 (Emma Hjorths hjem og Klæbu offentlige pleiehjem). De tre hjemmene ble i 1945 overført til Sosialdepartementet. En egen lov om hjem som mottar åndssvake til pleie, vern og opplæring, kom i 1949; en landsplan, basert på regionalisering og med en områdeoverlege for hver region, fulgte i 1952 (St.meld. nr. 71 for 1952). Den opplæring Kirke- og undervisningsdepartementet hadde ansvaret for, altså opplæringen for de såkalt evneveike, fikk en egen lov i 1951, Lov om spesialskoler. For en utførlig beretning om fremveksten og utviklingen av omsorgen for døve og åndssvake, se Eva Simonsen, *Vitenskap og profesjonskamp. Opplæring av døve og åndssvake i Norge 1881–1963*, Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, 1998 (doktoravhandling).

[991] Fra instruks for sinnsykeasyl av 20. juli 1925, §§ 2 og 8. Kfr. Ot.prp. nr. 69, s. 43.

[992] Ot.prp. nr. 69, *op.cit.*, s. 45 (begge sitater).

Det bør nevnes at fylkeslegenes tilsynsansvar etter helsetilsynsloven også gjaldt det psykiatriske helsevesen. Ettersom der i vår periode, som nevnt, kom stadig flere fylkespsykiatere, ble dette tilsyn også mer reelt.

Vi skal si mere om psykiatritilsynet når vi drøfter sinnslidendes rettigheter (personvernrettigheter).

Lov om sykehus (1969)

Lov om sykehus av 19. juni 1969 nr. 57 er Norges første alminnelige sykehuslov. Sundhedsloven av 1850 fikk imidlertid i 1930, et nytt ledd i § 4 som omhandlet sykehus. Det het her: «Kongen kan gi forskrifter om oppførelse, innredning og drift av samt tilsyn med private anstalter som tar imot syke». Forskriftene kom i 1932 (Kgl. res. 24.4.), og ble ubetydelig endret i 1936 (24.4.). Først den 30. juli *henstilte* Sosialdepartementet, i brev til kommuner og fylkeskommuner som hadde planer om sykehusbygg, på forhånd å forelegge saken, med planer og byggebeskrivelser, for departementet. De fleste sykehuseiere fulgte henstillingene. Disse første tilløp til en sykehuspolitikk som inngangskontroll ble noe forsterket ved at det raskt utviklet seg som praksis at syketrygden bare dekket utgifter til sykehusopphold hvis Medisinaldirektøren (fra 1945 Helsedirektøren) hadde godkjent vedkommende sykehus. Allikevel, det juridiske grunnlaget for en nasjonal sykehuspolitikk, inkludert et nasjonalt tilsyn med alminnelige sykehus, var for øvrig spinkelt.

Meningen var at det snart skulle komme en egen sykehuslov, med tilhørende sykehusplan. Forberedelsene til loven og planen startet i Medisinaldirektoratet i 1934, med sekretær Sigurd Bu (1885–1945) som ansvarlig. Det ble samlet inn omfattende opplysninger om landets sykehus; rapporten om disse ble lagt frem i 1941.[993] Men med krigen stoppet arbeidet opp. Det fortsatte etter krigen, men ikke raskt. I St.meld. nr. 58 for 1948, *Om folketrygden*, nevnes «arbeidet med å legge en landsplan for vår sykehusbygning», men arbeidet fikk først litt mer tyngde da Sykehusordningskomiteen ble oppnevnt i 1957.[994] Komiteen kom med en første innstilling i 1959; det var den som førte frem til psykiatriloven. Den annen, som førte til sykehusloven, kom i 1963. Karl Evang ble imidlertid svært forsinket med de fleste av sine store lov- og planprosjekter. Vi har sett at både almenhelsetjenesteloven og tilsynsloven kom etter at han var gått av, og for så vidt var preget av andre tanker enn han hadde gjort seg til talsmann for. Psykiatriloven kom på hans vakt (1961), men sykehusloven først kom i 1969, og trådte i kraft i 1970, to og et halvt år før han gikk av. Den planen som skulle gi mål og retning til loven, kom først i 1974–75 og ble vedtatt av Stortinget våren 1975, to og et halvt år etter at Evang var gått av.

Siden den nye loven lot vente på seg måtte departementet i 1951 igjen endre sundhedsloven. I § 4 kom der til et fjerde ledd, som gav Kongen rett til å «gi forskrifter om anlegg, oppføring, endring, innredning og drift av samt om tilsyn med med anstalter som tar imot syke, herunder fødehjem, helsehus, rekonvalesenthjem, kurhjem, pleiehjem m. v.» Her ble altså offentlige institusjoner tatt med. Men det tok ytterligere ti år før, de hovedsakelig inngangskontrollrettede, forskriftene kom. De kom den 16. juni 1961, mer enn 29 år etter de forskrifter de avløste. Forskriftene gav, som før, meldingsplikt for endringer vedrørende alt det fysiske ved sykehusbygg, men også omlegginger av driften, reglene om legetjenesten, det hygieniske tilsyn, kontroll og «opptegnelser».

[993] Sigurd Bu, *Sykehusene i Norge*, Oslo: Medisinaldirektoratet, 1941.
[994] Komiteen ble ledet av stortingsmann Harald Selås (1908–1986), Arbeiderpartiet.

Gjennom den nye, altså den første, lov for alminnelige sykehus, ble ansvaret for ikke bare sykehusdriften, men spesialisthelsetjenester generelt,[995] lagt til de «forsterkede» fylkeskommunene; fylkeskommunene «overtok» byene fra 1964 (unntagen Oslo og Bergen). Da disse ble «selvstendige» kommuner fra 1976, med direkte folkevalgte fylkesting og en egen fylkesadministrasjon, altså en administrasjon uavhengig av fylkesmannen, kom sykehusene under direkte fylkeskommunal administrasjon, med en fylkeshelsesjef (eller lignende) som den sykehusene måtte rapportere til. At de administrerende overleger nå også ble erstattet av direktører forsterket nyordningen. Denne endringen gjorde at faglinjen fra Helsedirektoratet og dets sykehuskontors overlege, ble brutt. Fra statlig hold gikk nå linjen(e) ned til fylkeskommunen, og herfra altså videre ned til den «sivile» sykehusdirektøren. Den nye loven gav staten en viktig styringsmulighet ved at fylkeskommunenes sykehusplaner måtte godkjennes av Helsedirektoratet. Sykehusplanen som kom i 1975 gav direktoratet et offensivt utgangspunkt for denne godkjennelsesvirksomheten, men, som det snart skulle vise seg, ikke offensivt nok.

Loven gav, eller forsterket, statens rolle som tilsynsinstans. I forarbeidene til loven heter det blant annet at «Det skal føres fornødent *tilsyn* med institusjonenes hygieniske standard, arbeidsvilkårene for de ansatte, kvaliteten av den medisinske service som ytes m.v.»[996] I lovens § 3 het det blant annet:

> *For at befolkningen til enhver tid skal kunne få tilfredsstillende medisinsk undersøkelse og behandling innen rammen av landets totale helsetjeneste, skal planleggingen og utbyggingen av den medisinske virksomhet ved helseinstitusjoner etter Kongens nærmere bestemmelse være undergitt helsedirektørens overordnede tilsyn.*
>
> *Kongen kan gi forskrifter om planlegging, oppføring, endring og innredning og drift av helseinstitusjoner og om tilsynet med dem. I forskrifter kan det også gis bestemmelser om godkjenning av den ansvarlige leder av helseinstitusjon, om ansettelsesmyndighet for overordnede stillinger, om normer for bemanning av helseinstitusjoner, om krav til kvalifikasjoner for de enkelte stillinger, om godkjenning av regnskaps- og revisjonsordning og om privat forpleining.*

Man kan si at sykehusloven, som den senere kommunehelsetjenesteloven, pekte frem mot helsetilsynsloven. Med den omfattende desentralisering av ansvaret for driften av klinikken ble tilsynet, som vi har påpekt tidligere, langt viktigere for staten. Men hvor viktig tilsynet ble, ble jo avhengig av hvor omfattende regelstyringen, gjennom lover eller forskrifter, ble, og hvor juridisk rettet tilsynet ble gjort. Vi ser at det i loven henvises ikke bare til det egentlige helsetilsyn (som tilsynsloven gjør), men også til arbeidstilsynet (som hører under annen tilsynslovgivning).

Tilsynsmyndigheten overfor de alminnelige sykehusene ble altså (i hovedsak) Helsedirektoratet, i «overordnet» forstand. Det skulle, som på almenhelsevesenets område,

[995] Fylkeskommunene overtok ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra 1984. Vi kommer tilbake til denne loven.
[996] Ot.prp. nr. 36 (1967–68), Om lov om sykehus m. v., s. 75.

lede fylkeslegenes praktiske tilsyn, og selv fungere som rådgivnings-, vurderings- og eventuelt straffeinstans.

Sykehusloven reflekterte både fortid og fremtid. Den gav premisser som pekte utover medikratiet og det legelige (egen)tilsyn, men også bestemmelser som tok hensyn til fortiden. Men for så vidt som loven gav så mye makt til fylkeskommunene svekket den statens mulighet for aktivt å styre utviklingen i nyttestatlig retning, der det statlige tilsyn er en viktig komponent. Et uttrykk for statens «problemer» i disse henseender er det forhold at LEON-planen fra St.meld. nr. 9, bare sakte lot seg realisere, og at Helsedirektoratets, og fylkeslegenes tilsyn med sykehusene i resten av den perioden vi omtaler skulle bli nokså forsiktig. Men det som skjedde maktmessig innad i sykehusene, i noen grad også i de psykiatriske sykehus, bidro til å gi medikratiet, og det legelige egentilsyn, et grunnskudd. Det ene som skjedde var at legene, presset av pågående arbeidsgivere, fra midt i 1970- til midt i 1980-årene gav opp monopolet på toppstillingen i sykehusene og gikk med på å gjøre legestillingene om fra «frie» profesjonsstillinger til arbeidstagerstillinger. Det annet som skjedde var at der gradvis kom flere maktlinjer inn på sykehusene: Den medisinske ble tydeligere utfylt med en administrativ og flere andre helsefaglige linjer. Det sistnevnte innebar at sykepleiere og andre grupper fikk sine egne, litt autonome ledelseslinjer. Vi må imidlertid føye til at for så vidt som der ble igjen litt autonomi hos legene, og de andre grupper formelt fikk mer autonomi, ble der værende igjen mindre rester av helsefagstyre og dermed også egentilsyn. Helt borte er for øvrig stadig ikke dette egenstyre og dette egentilsyn (2019), men egentilsyn blir altså fra 1984 noe annet, nemlig jusbasert egenkontroll.

Tannpleielovgivningen: Lov om folketannrøkt av 1949 og Lov om tannhelsetjenesten av 1983

Siden vi ikke har omtalt tannhelesevesenets utvikling i særlig grad tidligere (heller ikke i bind 1) har vi gjort den følgende redegjørelse litt mer historisk og saklig omfattende.

Tannhelsevesenet var, som vi har nevnt, fra gammelt av under streng medisinsk kontroll. Tannlegenes virksomhet ble lenge styrt med utgangspunkt i kvaksalverlovgivningen (1794, 1871). Først ved tannlægeloven av 1927 kom tannlegene for alvor ut av legenes «klør» og ble et relativt selvstendig fagstyrt vesen, det vi kunne kalle et *odontokrati*. Dette odontokrati ble imidlertid delt allerede fra 1910. Da vokste der frem et offentlig tannhelsevesen, knyttet til barn og skoler, etter hvert også andre institusjoner (som fengsler og helseinstitusjoner), mens tannhelsevesenet ellers forble privat, også i all hovedsak privat finansiert. Det offentlige tannhelsevesen vokste altså frem lokalt, med byene som utgangspunkt, men ble gjennom lov om tannhelserøkt av 1949 gjort mere nasjonalt. Det hadde altså en utvikling som ligner litt på den det somatiske (offentlige) helsevesen hadde. Men mens det siste gradvis ble gjort mer nasjonalt på grunn av den spesialiserende fagutviklingen, ble det første gjort nasjonalt først og fremst på grunn av behovssituasjonen og samfunnets voksende økonomiske evne. Utviklingen av folketannpleien for barn og ungdom reflekterte utviklingen fra et fattig til et relativt velstående Norge. Det er imidlertid interessant at den lov om folketannpleie, og den landsplan for slik pleie som ledsaget loven, som ble vedtatt i 1949 og ble iverksatt fra 1950, kom lenge før sykehusloven (1969) og enda lenger før den nasjonale sykehusplanen (1975). Hva tannhelsepolitikken angikk kom loven, og planen, raskt og relativt tidlig.

Komiteen som la grunnlaget for både lov og plan ble oppnevnt i mai 1946 – ett år etter at Evang var kommet hjem fra England og «hans» helsedirektorat for alvor kunne begynne å skape fremtidens norske helsevesen, og kom med sin innstilling i juni 1947. Komiteen var ledet av bestyreren for Oslo kommunale folketannpleie, tannlege og idrettsadministrator (fotball, ishockey, bandy), Jacob Nicolay Ramm (1890–1982). Ramm hadde lenge vært en av de fremste tannlegepersonlighetene i landet, blant annet som (general)sekretær i Den Norske Tannlægeforening fra 1929 til 1939. Han kunne, som få, om noen, tannhelsevesenet, spesielt det offentlige. Han hadde med seg i komiteen blant annet (deltidsarbeidende) lege Gerda Evang (1905–1985), Helsedirektørens hustru, og fylkeslege i Østfold Harald Bjelke (1900–1997), den mange – han selv inkludert, mente var blitt forbigått da medisinaldirektørembedet ble besatt i 1938. Som viktig sekretær for komiteen fungerte tannlege Sivert («Pelle») Bryhn-Ingebrigtsen (1897–1979), byråsjef fra 1946 og overtannlege fra 1965 (til ut 1967), i Helsedirektoratets tannlegekontor.

Den første (folke)skoletannklinikk kom i Kristiania i 1910. I 1914 var det 24 klinikker i landet, 15 i byer, ni i herreder. Det var den dårlige tannstatussituasjonen for barn som ledet til disse etableringene. I utlandet ble det i slutten av det 19. århundre gjort undersøkelser som viste at spesielt kariesforekomsten var meget høy blant barn. Undersøkelser i Norge rundt århundreskiftet tegnet det samme bilde av situasjonen. Snart kom der også forslag om å utvide skoletannpleien til mer av en folketannpleie – etter hvert kalt folketannrøkt – i praksis dog begrenset til førskolebarn og ungdom (14–18 år). Gjennom kjøpstadsfolkeskoleloven av 1936 ble barn sikret fri tannpleie, med staten som økonomisk bidragsyter. Loven for herredene gav de herreder som innførte skoletannpleie rett til statsstøtte (1/4). Lov om framhaldsskular av 1946 fulgte opp folkeskolelovene. I 1946–47, da Ramm-komiteen arbeidet, hadde 72,4 prosent av barna på landet fri tannpleie, i byene 97,1 prosent. Kanskje har dekningen vært tilsvarende for framhaldsskolene. I Oslo ble den frie tannpleien i 1939 utvidet til å gjelde også barn fra 3 til 7 og fra 14 til 18 år. Også noen andre byer utvidet tilbudet. Loven om sykeforsikring av 1909 gav medlemmer av forsikringsordningen støtte til tannuttrekning, en ordning som enkelte kretssykekasser utvidet til å gjelde flere kirurgiske tjenester. Sosialkomiteen ville i 1914 at også konserverende behandling (plomberinger) skulle dekkes av forsikringen, men det sa Stortinget nei til, blant annet etter påtrykk fra Tannlægeforeningen og Riksforsikringsanstalten (fra 1930 Rikstrygdeverket). Trygden, sentralt og lokalt, kom siden til å bidra til en litt utvidet støtte til skoletannpleien.

Loven av 1949

Med loven av 1949 ble altså fri folketannpleie – det vil si, barne- og ungdomstannpleie – innført nasjonalt, om enn ikke umiddelbart. Pleien skulle omfatte alle barn fra 6 til 18 år. Men etter loven skulle også den privatbetalte pleien reguleres i den forstand at den skulle skje etter takster fastsatt av departementet. Men loven og ordningen kostet i et ennå langt fra rikt samfunn og det het derfor (§ 20) at «Folketannrøkt etter denne lov skal være satt i verk i hele landet senest 15 år etter at loven er trådt i kraft» (nemlig 1. juli 1950). Loven gav mer trykk og mer «konsistens» til en utvikling som hadde foregått siden 1910: Trykket kom fra loven selv og den lovede statlige medfinansiering; den siste ble ekstra sterk for herredene. Konsistensen henviser til planen for å skape en mer nasjonalt lik folketannpleie. Et viktig middel til å få til begge deler, men særlig det siste, var å legge mye av ansvaret for tannpleien til fylkene. Det viser imidlertid kontinuiteten i det som nå skjedde at fylkene ikke alene skulle få ansvaret for den offentlige tannpleien. Bykommunene, som forøvrig ennå ikke var integrert

i fylkene, kunne fortsette å drive folketannpleien, og kom også i stor grad til å gjøre det. Oslo og Bergen fortsatte selvsagt, som kombinerte kommuner og fylker, å drive folketannpleien.

Folketannpleien i fylkene ble ledet av en ny embedsmann, fylkestannlegen. Fylkene ble inndelt i tannlegedistrikter; disse kom i stor grad til å være identiske med legedistriktene. I byene var der gjerne også en overordnet tannlege, for eksempel en bytannlegesjef. Distriktene hadde én eller flere distriktstannleger (kl. A, B, C, etter timeomfang og arten av klientell). Tannlegene ble, selv om de hadde kommunal eller fylkesbasert tilknytning, ansatt som statlige tjenestemenn. Deres stilling lignet altså meget på distriktslegenes, og fylkestannlegenes og sjeftannlegenes på fylkeslegenes, skjønt de siste hadde ikke tilsyn med bytannlegene som ikke var en del av fylkestannpleien.

De ledende offentlige tannleger, fylkestannlegene, sjeftannlegene (i Oslo og Bergen) og distriktstannlegene av klasse A var altså formelt statlige embeds- eller tjenestemenn, selv om de også var knyttet til fylket – som politisk var en sekundærkommune, og kommunene. Alle disse ble utnevnt av Kongen, men bare de to første hadde status som embedsmenn. Distriktstannlegene var statlige tjenestemenn, som distriktslegene, som departementet påpeker i odeltingsproposisjonen.[997] For å understreke legemodellen omtaler Ramm-komiteen sjeftannlegen som «statsfysikus».[998] Som statlige embeds- og tjenestemenn var de ledende offentlige tannleger i praksis koblet til Sosialdepartementet ved Helsedirektoratet og i direktoratet først og fremst til tannlegekontoret og deres øverste offentlige standskollega, byråsjefen, fra 1965 overtannlege. Det heter da også i Ramm-komiteens utredning at «Sosialdepartementet er forutsatt å skulle ha overoppsynet med driften av folketannrøkta, men selve ansvaret for gjennomføringen – den desentraliserte ledelse – skal ligge hos fylkene eller bykommunene.»[999]

De offentlige tannlegene hadde og fikk altså en posisjon som lignet på den de offentlige leger hadde. Langt på vei var den offentlige tannpleie slik en fagstyrt sektor, et offentlig fundert *odontokrati*. Det er ikke tilfeldig at Ramm-komiteen understreket at tannlegelederne lokalt burde «gjøres så selvstendige som mulig, og i sitt daglige arbeid mest mulig uavhengig av den sentrale administrasjon».[1000] Det tradisjonelle fagstyre innebar betydelig autonomi lokalt, for så vidt også for den enkelte tannlege. Der hang imidlertid, i tannhelsevesenet likså vel som i apotekervesenet, igjen litt av det gamle medikratiske overstyre, for så vidt som tannlegebyråsjefen (som apotekkontorlederen) var underordnet Helsedirektøren og medisinalråden, og til 1965 altså måtte ta til takke med «bare» å ha den byråkratiske tittelen byråsjef.

Det offentlige odontokrati hadde en parallell i det private. Dette omfattet de privatpraktiserende tannleger. De hadde sine inntekter i all hovedsak fra betalende pasienter, men trygden dekket utgiftene til visse typer tjenester, spesielt kirurgiske. I noen grad gikk de to tannlegevesenene over i hverandre, for så vidt som offentlige tannleger også kunne ha betalende pasienter – for distriktstannleger i klasse C kunne de betalende pasienter dominere (disse tannleger var undertiden ansatt i bistillinger som «C-tannleger») – og de private behandle noen i det «frie klientell» etter avtale. Det hadde fra tid til annen vært fremmet

[997] Ot. pr. nr. 75 (1949), *Om lov om folketannrøkt*, s. 18. Distriktstannlege B og C var lokale tjenestemenn, ansatt av fylkesutvalget eller bystyret, men denne utnevnelsesretten kunne også delegeres til de overordnede tannleger.
[998] Kfr. *Innstilling fra komité til å utrede spørsmålet om en landsplan for offentlig tannrøkt*, s. 52 (til § 5).
[999] *Ibid*.
[1000] *Ibid*., s. 31.

forslag om at det offentlige, f.eks. gjennom trygden, skulle dekke tannhelsetjenester for hele befolkningen, men det var blitt avvist, også av Ramm-komiteen (og Gerda Evang). Både for komiteen og for politikerne nokså generelt, ble noe slikt ansett for å være for dyrt. Det ble imidlertid også, interessant nok, indirekte henvist til at for voksne, ansvarlige mennesker (til forskjell fra for barn), stilte behovet for tannhelsetjenester seg litt annerledes enn behovet for mange, om ikke alle, andre helsetjenester: Tannhelsetjenester var, i motsetning til mange andre helsetjenester, nokså forutsigbare. Forsikring skal jo først og fremst gjelde det uventede, og gjerne potensielt økonomisk katastrofale. Forslagene om en videre folketannpleie bidro imidlertid til en viss spenning mellom de to deler av tannhelsevesenet, en spenning som har bestått siden. Vi skal komme tilbake til det.

Loven av 1949 gav de nye fylkesleger, men også sjefbytannlegene, ansvar for å gi råd oppover, både i fylke og by og til direktorat og departement, for å lede folketannrøkten i fylker og byer og for å føre tilsyn med den. Hva gjelder lederoppgavene fremgår det av instruksen for fylkestannlegen at han har ansvar for å utarbeide planen for fylkets folketannrøkt, utarbeide de årlige budsjettforslag, ordne med regnskapsførselen (etter fylkets bestemmelse), stå for innkjøp etc. Årlig utarbeider han, etter fylkets bestemmelser, beretning og regnskapsoversikt, heter det også i instruksen.

Hva tilsyn og kontroll angår, heter det i instruksen at fylkeslegen har plikt til å foreta de inspeksjonsreiser fylkesmannen finner nødvendig og ellers utføre inspeksjon hos disktriktstannlegene minst en gang hvert halvår. «Ved inspeksjonene kontrolleres både klientel, materiale, regnskapsføring og – etter eventuell særskilt bestemmelse av fylket – kasse», heter det i instruksen (§ 5). Det heter også at han innhenter de månedlige rapporter fra distriktstannlegen(e).

I instruksen for distriktstannlegene (A) heter det (§ 1) at de «fører tilsyn med distriktets folketannrøkt etter de planer og retningslinjer som er fastsatt av fylket». Det heter ellers at distriktstannlegene er «overordnet for det i distriktets folketannrøkt ansatte personale» (§ 5).

Vi ser altså at de offentlige tannpleieledere mere er institusjonsledere enn egentlig tilsynspersonell, iallfall i den moderne, juridisk-nyttestatlige forstand. Deres tilsynsrolle er mer en forlengelse av lederrollen enn den er en uavhengig tilsynsrolle. Bruken av ordet tilsyn viser imidlertid at rollen også har et tradisjonelt (mer enn et moderne) innhold. Det henger sammen med at innen egne institusjoner eller etater hadde tannlegene en så faglig fri rolle at de halvveis fungerte som privatpraktiserende. Men noen egentlig tilsynsrolle overfor de privatpraktiserende tannleger hadde de ikke. I instruksen for fylkestannlegene het det (§ 2) at «Forsømmelser og forseelser ved annen tannlegevirksomhet (altså den private) som han måtte få kjennskap til, plikter han å gi melding om til departementet gjennom vedkommende fylkeslege». Denne tilsynsrollen er altså nokså perifer. Noen tilsvarende bestemmelse finnes ikke i instruksen for distriktstannlegen (A). Men bestemmelsen for fylkestannlegen viser at den egentlige tilsynsmann overfor den private tannhelsepleie er fylkeslegen. For så vidt som han er rådgiver også overfor fylkeslegen fremstår denne som fylkestannlegens tilsynsoverordnede også hva angår den offentlige tannpleie. Dette er nok en markering av odontokratiets underordning under medikratiet.

Frem mot loven av 1983

Loven av 1949 førte til en tredeling av den offentlige tannhelsepleie. I (de større) byene var det skoletannpleie og på landet kom det folketannrøkt. I tillegg var det tannpleie ved institusjoner av ulike slag. Da Sosialdepartmentet gjennom St.meld. nr. 111 (1973–74) gjorde opp status for utviklingen, og lanserte noen premisser for den videre utvikling, konstaterte det at det var de to sistnevnte sektorer som hang etter. Skoletannpleien var bygget nokså fullstendig ut for barn fra 6 til 18 år. I folketannrøkta hadde bare 33 prosent av de mellom 6 og 18 år fått fullstendig og fri behandling. Folketannrøkta omfattet for øvrig på dette tidspunkt (1974) både byer og herreder i de fire «bysvake» nordligste fylkene samt i Sogn og Fjordane og Aust-Agder. Tannpleien var svakt utviklet ved institusjonene, uten at meldingen konkretiserer hvor svak den var. Det nevnes i meldingen at borgerne selv stod for ca. 66 prosent av finansieringen av tannhelsetjenestene. Av den øvrige finansiering stod staten for 11 prosent, trygden for 6 prosent, fylker for 4 prosent og kommuner for 13 prosent.[1001] Disse tallene er imidlertid usikre. Kronebeløpene for privat sektor er i stor grad skjønnsbasert. Departementet konstaterer altså at utbyggingen av det offentlige tannhelsetjenestetilbud hadde gått langt saktere enn planlagt i 1949–50, spesielt på landet og i institusjonene og at tannhelsesituasjonen generelt var dårlig, men slik at bedre stilte sosiale lag hadde langt bedre tannhelsestatus enn dårligere stilte sosiale lag. Departementet trakk den konklusjon at de tre delene av det offentlige tannhelsevesen burde samles, og at det i praksis burde det skje under fylket (fylkeskommunen). Allerede i Borten-regjeringens – og sterkt Evang-påvirkede, St.meld. nr. 85 (1970–71), Om helsetjenesten utenfor sykehus, ble det foreslått at fylkestannlegen (som fortsatt bare fantes i 14 fylker) burde ha det faglige og administrative tilsyn med all tannhelsetjeneste i fylket, altså også den private og institusjonsbaserte. Det heter også at distriktstannlegene bør ha tilsynsansvar (under fylkestannlegene), for offentlig så vel som for privat tannpleie. Det het ellers i meldingen at tannpleien burde sees tydeligere i sammenheng med den øvrige helse- og sosialtjeneste. Meldingen reflekterte samordningsideologien som preget særlig Arbeiderpartiet i første halvdel av 1970-årene.

Meldingen ble ikke straks fulgt opp av en proposisjon. Omorganiseringsarbeidet i helse- og sosialvesenet i annen halvdel av 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene tok mye tid og skapte dragkamp. Det meste hang sammen og den ene reformen forsinket den annen. I «bakgrunnen» virket så Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, en komite som tok for seg alle relevante saksområder, og som i praksis, med støtte fra Kommunal- og administrasjonsdepartementet, «krevde» at all reformvirksomhet som berørte lokalforvaltningen måtte avvente komiteens (mange) innstillinger.[1002] Den litt «unorske» komiteen var myndig ledet av Dagfinn Juel (1909–1985), en sosialøkonom med bred forvaltningsbakgrunn, og tilknytning til Arbeiderpartiet. Komiteen ble oppnevnt høsten 1971, altså av den ferske regjeringen Bratteli. Komiteen kom etter hvert med en rekke delutredninger og uttalelser ellers, men la de første årene særlig vekt på arbeidet med å «skape» den nye fylkeskommunen. Den kom i funksjon fra 1976, etter at de første direkte fylkestingsvalg var holdt høsten 1975. Juel selv var særlig opptatt av fylkeskommunen og å gi den en sentral rolle. Hovedkomiteen gav tydelig uttrykk for at «undervisning, helsepleie og veier», burde bli fylkeskommunenens viktigste oppgaver, iallfall i første omgang.[1003] Den mente, som Stortingets sosialkomite hadde gjort i 1974, at der trengtes et enhetlig offentlig

[1001] St.meld. nr. 111 (1973-74), *Om den offentlege tannhelsetenesta*, s. 18.
[1002] I NOU 1974: 53, *Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*, er blant annet denne uttalelelse fra oppdragsdepartementet gjengitt (s. 5-6): «Det er av vesentlig betydning at det *ikke* gjennomføres tiltak som strider mot de alminnelige retningslinjer som Hovedkomiteen arbeider og som har Kommunaldepartementets tilslutning». Det heter videre at departementene ikke må fremme forslag om nye tiltak «dersom tiltaket vedrører Hovedkomiteens mandag *uten på forhånd å ha innhentet Hovedkomiteens uttalelse*».
[1003] *Ibid*., s. 26.

tannhelsevesen, men kom i 1979 til at «tiden ennå ikke er inne til å ta et slikt skritt».[1004] Samtidig som Hovedkomiteen arbeidet med sin innstilling om helsepolitikk, arbeidet et utvalg ledet av statssekretær i Sosialdepartementet (til okt. 1979) (og overlege) Per Nyhus med å vurdere den fremtidige finansiering og organisering av helse- og sosialvesenet utenfor institusjon. Også Nyhus-utvalget skulle mene noe om tannhelsevesenets organisering. I dets første utredning uttalte det at det «mener at mesteparten av tannhelsetjenesten funksjonelt sett hører hjemme i distriktshelsetjenesten». Det uttalte også at en «i størst mulig grad» bør «unngå organisatoriske og finansielle løsninger som bidrar til særomsorg for tannhelsetjenesten».[1005] Utvalgsleder Nyhus var spesielt opptatt av det siste. I den andre utredningen, som spesielt tok for seg spesialisttjenestene utenfor institusjon, og som kom knapt tre år etter den første innstillingen (altså i 1982), snudde utvalget (og tok ikke endelig standpunkt til ansvarsspørsmålet (kommune eller fylkeskommune). Det kom, «Etter nærmere avveiing av fordeler og ulemper ved de ulike modeller», til at «fylkeskommunene (Oslo kommune) bør ha ansvaret for planlegging av tannhelsetjenesten og ivaretaking av befolkningens tannhelsebehov».

Nå var det avgjort. Tannlægeforeningen hadde lenge argumentert for fylkeskommunal drift; det gav en større og tydeligere faglig ledet (ved fylkestannlegen) virksomhet. I departementet satt nå den som sjef som skulle ha vært valgt til foreningens neste president, og som naturlig nok også ønsket fylkeskommunal drift. Men hverken foreningen, han eller andre fra tannlegesiden hadde lagt særlig vekt på at tannhelsevesenet nå mistet den faglige forankringen oppover. Spesielt folketannrøkta (fylkene) hadde langt på vei vært en statlig virksomhet, og slik også en virksomhet forankret i det faglig pregede Helsedirektoratet. Med etableringen av fylkeskommunen fra 1976 var det vanskelig å tenke seg at ikke virksomheten ble en del av den fylkeskommunale forvaltning. Nyhus-utvalget skrev således i sin andre innstilling at det mente at «fylkestannlegen … bør være fylkeskommunal etatsleder og tilsatt av fylkeskommunen. Tannhelsepersonellet bør være fylkeskommunale tjenestemenn».[1006]

Loven av 1983

Ot.prp. nr. 49 (1982–83), Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene) ble lagt frem den 25. mars 1983. Et bredt flertall vedtok den og den trådte i kraft fra 1. januar 1984. Samtidig ble skoletannpleiens siste tilknytninger til grunnskoleloven (av 1969) fjernet, bortsett fra en (ny) henvisning til tannhelsetjenesteloven. Lovens innhold var på mange måter gitt av utviklingen. Lovens bestemmelser er et uttrykk for den enighet som hadde utviklet seg mellom de borgerlige partier, bortsett fra Fremskrittspartiet, og Arbeiderpartiet. Tonen i loven er planpreget og egalitær. Det siste er den både hva gjelder det geografiske og det sosiale. I begge henseender kan man si at tonen er mer lyserød enn lyseblå. Imidlertid lar den i stor grad privat sektor, som nå omfattet omtrent halvparten av tannlegene (48,6 prosent almenpraktiserende, 4,6 prosent spesialister i kjeveortopedi – de fleste private – i 1981[1007]), være «i fred». Privat sektor skal samordnes bedre med offentlig, men den får

[1004] NOU 1979: 10, *Helsepolitikken*, s. 59.

[1005] NOU 1979: 28, *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*, s. 71.
[1006] NOU 1982: 10, *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 107.
[1007] Ot.prp. nr. 49 (1982–83), *Om lov om tannhelsetjenesten*, s. 5. For de offentlige tannleger er det i proposisjonen oppgitt stillinger, ikke personer og det er derfor ikke mulig å si presist hvor store andelene skoletannleger og distriktstannleger er, men forholdstallet mellom de to grupper av stillinger er ca. 40-60 prosent. Alle stillingene er ikke hele årsverk. Også det gjør bildet litt upresist.

forbli privat, med fri prisdannelse. Bare Sosialistisk Venstreparti gir nå, som partiet også hadde gjort da St.meld. nr. 111 ble diskutert, og ved noen andre anledninger, uttrykk for at alle tannhelsetjenester burde bli offentlig finansiert, som legetjenester (i hovedsak) er.

Den nye loven innebar altså at også det offentlige tanhelsevesenet kom under lokalt styre, og i dette tilfelle fylkeskommunalt sådant. Tilknytningen til den overordnede fagforvaltning i Helsedirektoratet ble dermed i stor grad brutt. Styrings- og ledelseslinjen gikk nå fra departement til fylkeskommune. Fagmyndigheten i Helsedirektoratet ble sittende igjen med en del planleggingsoppgaver (første del av beslutningsprosessen), «teknisk» pregede iverksettelsesoppgaver og, spesielt, tilsynsoppgaver. Fylkestannlegen, og forsåvidt sjeftannlegen, som hadde vært embedsmenn, og distriktstannlegene, som hadde vært statstjenestemenn, og som sådanne en del av et delvis statlig faghierarki, ble nå fylkeskommunale tjenestemenn. Fylkestannlegene rapporterte oppover til fylkesrådmannen og fylkeskommunens helse- og sosialstyre. Der skjedde nå altså en tydelig begrensning av fagstyret på tannhelsesiden som det skjedde i helsevesenet for øvrig. Det offentlige tannhelsevesen mistet mye av sitt odontokratiske preg. Det skjedde under kommando av en statsråd, Leif Arne Heløe, som selv var tannlege og professor i odontologi og, da han ble statsråd, var visepresident i Tannlægeforeningen og der klar for opprykk. Men Heløes forening var på parti med ham. Den ønsket en fylkeskommunal løsning, med brudd i fagstyrelinjen. Ja, foreningen så knapt at der skjedde et slikt brudd. Den ante det imidlertid, for så vidt som den gikk inn for at bevilgningene til det offentlige tannhelsevesen måtte være øremerket, altså skjermet for budsjettkonkurranse på fylkeskommunalt plan. Han som ikke ble foreningspresident gikk imidlertid inn for at bevilgningen skulle bli en del av den rammebevilgning til fylkeskommunene som snart skulle komme. Han hadde for så vidt ikke noe valg. Det var tverrpolitisk enighet om overgangen til (mer) rammebevilgning.

Men både Heløe og hans forening var også fornøyd med at privat sektor ble skjermet, og kunne få fortsette på nokså privat-odontokratiske premisser. Der ble ikke tatt med egentlig nye grupper i det nye offentlige tannhelsevesenet: Det skulle primært omfatte alle fra 0 til 18 år (a). Deretter skulle den omfatte psykisk utviklingshemmede (b) og andre i institusjoner av ulike slag, samt i hjemmesykepleien (c). Videre kunne den omfatte, mot en viss egenandel, personer på 19 og 20 år (d). Eventuelt kunne de ulike fylkeskommuner vedta at også bestemte andre grupper kunne komme med i den offentlige tannpleien (e). Personer i disse gruppene fikk krav på «nødvendige» tannhelsetjenester, gratis, men slik at fylkeskommunenes økonomi kunne gjøre at fylkeskommunene måtte foreta noen prioriteringer og ev. også ta egenandeler. Det siste kunne dog ikke skje, mente Stortinget, for gruppene a) til c).

Det hører med til bildet at den som loset loven gjennom Stortinget, og sakens ordfører, Johan Buttedahl (Sp) (1935–), var tannlege og hadde fungert som distriktstannlege siden 1964. Han var, som sin kollega, statsråden, opptatt av å få størst mulig enighet om loven. Han lyktes, uten at det var spesielt vanskelig. Nå var det borgerlig flertall, men lovens innhold reflekterte jo nærmest ned til minst detalj det arbeiderpartiregjeringen hadde gitt uttrykk for i sin melding nr. 111 fra 1974. Buttedahl og Sosialkomiteen gjorde noen mindre endringer og tilføyelser; for eksempel som at de offentlig ansatte tannleger «kan» istedenfor «skal» behandle voksne. Endringene som ble gjort ble gjort i forståelse med departementet – det vil si mellom de to

tannlegene, og – og det er ikke minst viktig – deres forening.[1008] Men Buttedahl fikk ikke med seg alle, bare alle som var «viktige» for ham. Fremskrittspartiets «uavhengige representant», Fridtjof Frank Gundersen dissenterte på mange punkter, alltid med elegant formulerte, interessante, men helt avvikende, synspunkter. En av hans dissenser bør trekkes frem her. Først må vi imidlertid ta med litt fra Buttedahl. Tannlegepolitikeren fra Buskerud hadde fått komiteen med på å understreke, tydeligere enn det departementet hadde gjort, at tannhelsetjenesten må være uavhengig og ledes av tannleger:

> *Flertallet vil understreke at erfaringene har vist at tannhelsetjenesten fungerer best når den er en egen tjenestegren under ledelse av tannleger som er ansvarlige for å legge planer og forslag fram for besluttende politiske myndigheter. Flertallet er derfor enig i at fylkestannlegen skal være etatsjef med direkte adgang til fylkets politiske organer.*[1009]

Flertallet ville også at forslaget om at det «bør» være en tannklinikk i hvert distrikt burde erstattes med «skal» og «med distriktstannlege(r) som klinikkstyrer(e)». Det siste kan man si lå implisitt i departementets forslag. Buttedahl og komiteflertallet ville ha det eksplisitt.

Buttedahl klarte slik å gi loven et litt mer odontokratisk preg. Understrekningen av tjenestens «uavhengighet» er et tydelig uttrykk for det, kanskje et litt for tydelig uttrykk. Det forutsettes jo ellers i proposisjonen at fylkestannlegen er vanlig fylkeskommunal etatsjef (§ 3-4), og som sådan (implisitt) underordnet fylkesrådmannen. På den annen side ble fylkeskommunen, som kommunen, organisert med to linjer nedover, én fra de generelle politiske organer gjennom administrasjonen og en annen fra de politiske organer via saksavgrensede mer eller mindre politiske styrer og utvalg (som helse- og sosialstyre) ned til fagforvaltningen.

Buttedahls intervensjon fremstår som desto mer odontokratisk når vi ser hva Gundersen sa, nemlig:

> *Dette medlem vil advare mot at vi etablerer en tannlegestyrt tannlegeetat. Dette medlem vil anta at for eksempel en siviløkonom eller en annen person med administrativ utdannelse stort sett vil være istand til å organisere etaten på en måte som er billigere for staten og gunstigere for pasientene.*
> *Dette medlem advarer mot å gi fylkestannlegen også den maktposisjon som direkte adgang til fylkespolitiske organer innebærer.*[1010]

Gundersen målbar tanker knyttet til den nye, nytteorienterte, offentlige ledelse, i høyre-liberal tapning, slik den ikke minst nå kom til uttrykk i USA og ble oppmuntret av Reagan-administrasjonen. Dette var tanker som reflekterte dyp skepsis til fagstyrer, med én unntagelse, nemlig ledelsesfaglig (fag)styre. Fagstyre av odontokratisk eller medikratisk art innebar, mente Gundersen og liberalister generelt, at bukkene ble satt til å passe på havresekken. Det var altså en ordning som åpnet for korrupsjon. I USA begynte nå liberalistene å bruke anti-trust-lovgivningen for å bryte opp profesjonenes egenregulering, en

[1008] Kfr. Reidun Stenvik, Intervjuet – «Lov om tannhelsetjenesten: Slitesterk 25-åring», *Den norske tannlegeforenings tidende*, årg. 119, nr. 4, 2009, s. 242 (hele: s. 240-243). Det er Buttedahl som gir disse opplysningene.

[1009] Innst. O. nr. 86 – 1982-83, s. 7.
[1010] *Ibid.*

egenregulering som stilltiende hadde vært godtatt i USA, og for så vidt også i Norge, siden 1920-årene. Heløe og departementet var oppmerksom på problemstillingen og forsøkte å dempe en eventuell kritikk mot videreføringen av fagstyret innen tannhelsevesenet ved å si at fylkestannlegen, for så vidt også distriktstannlegen, burde ha samfunnsodontologisk eller annen administrativ utdannelse og helst også ledelseserfaring. Men Buttedahl, og et litt selvtilfreds flertall, lot bare Gundersens kommentarer stå ukommentert.

Det var også viktig for tannlegene at deres fagstyre stadig var mest mulig uavhengig av medisinen og medikratiet. Det offentlige tannhelsevesen måtte derfor organiseres adskilt fra helsevesenet ellers. Det var antagelig da tryggest å knytte det til fylkeskommunen: Sykehusene var en mindre «trussel» mot tannhelsevesenets autonomi enn almenhelsevesenet. Nyhus hadde jo i første omgang antydet at nettopp behovet for samordning av tannhelsevesenet og det øvrige (almen)helsevesen var et argument for å legge tannhelsevesenet til kommunene. Nyhus var eksplisitt bekymret for vesenets «særomsorgsstatus». For Heløe, Buttedahl og Tannlægeforeningen var den statusen viktig. «Vi skal samarbeide med den øvrige helsetjenesten på fritt grunnlag, men det er viktig å beholde autonomien. Derfor må vi være på vakt overfor organisatoriske endringer og sørge for at «den medisinske imperialismen» ikke får hånd om hele greia», bemerker Heløe når han uttaler seg om de endringer han og tannlegene så for seg kunne komme i 2009 og senere.[1011] Han så det nok på samme måten i 1983.

På tampen av fagstyreæraen klarte altså tannlege Buttedahl å redde litt av det offentlige odontokrati. Han fikk med seg sin kollega, Heløe, men stortingsmannen var mer pågående enn det statsråden hadde vært.

Om tilsyn mer konkret het det i den nye loven (§ 6-2):

> *Helsedirektoratet skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte, og se til at lover og forskrifter for tannhelsetjenesten blir kjent og overholdt.*
> *Uten hinder av taushetsplikt kan Helsedirektoratet kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter som er påkrevet for oversikt, kontroll og tilsyn. Det kan foretaes inspeksjon og undersøkelse også av journal og opptegnelser m.v.*
> *Helsedirektoratet kan pålegge fylkestannlegen å utføre disse tilsynsoppgavene på Helsedirektoratets vegne.*
> *Helsedirektoratet kan forelegge innhentede opplysninger for sakkyndige til uttalelse.*

Denne bestemmelsen følger opp det tannlegene oppnådde hva gjelder makt gjennom den nye loven i 1983. Her fremgår det at tilsynet, som en del av den generelle styring og ledelse ovenfra skjer i regi av Helsedirektoratet, og underforstått dets tannlegekontor. Det utøves formelt overfor den tjenesteansvarlige, altså fylkeskommunen, men det er åpenbart at departementet mener at fylkeskommunen her i stor grad betyr dens tannhelseetat. Det kommer til uttrykk i at direktoratet kan «pålegge» fylkestannlegen å utføre tilsynsoppgavene på dets vegne. Her er altså fylkeslegene holdt utenfor; dog uten at det sies i den generelle helsetilsynsloven som kom året etterpå. Men at fylkestannlegen slik både ble etatsleder og tilsynsutøver viser også at den nye, mer juridisk pregede tilsynsforståelse, ikke hadde fått

[1011] Stenvik, *op.cit.*, s. 243.

ordentlig fotfeste i tannhelsepolitikken ennå. Den generelle tilsynsloven er i større grad preget av den tid som var iferd med å komme. Fylkeslegen blir tilsynsmann og gir helt slipp på sin gamle rolle, som også hadde et tydelig ledelsesinnhold. Igjen ser vi altså at Heløe, og for den saks skyld Buttedahl – og Tannlægeforeningen – ville skjerme tannhelseetaten litt mot det nye, både politokratiske og nyttestatlige, styre og mot «den medisinske imperialismen». Det hører med til dette bildet at ingen skulle føre tilsyn med de private tannlegene, med mindre de hadde avtaler med det offentlige tannhelsevesen og for så vidt bare hva angikk avtaleforholdet. Tilsynsansvarlig var da fylkestannlegen. Noe annet var at tannhelsemyndighetene kunne komme inn i bildet hvis pasienter hadde klaget på en privat tannlege og denne ble funnet å ha opptrådt uforsvarlig; men her er tannlegeloven grunnlaget for en eventuell intervensjon. Klager på tjenester utført av en offentlig tannlege skulle behandles av et fylkeskommunalt organ, med Helsedirektoratet som ankeinstans (§ 2-3). Her ble altså det politokratiske og det odontokratiske prinsipp kombinert.

Vi ser at tilsynsfunksjonen i hovedsak er nokså tradisjonelt faglig (odontokratisk) basert. Men siden den i praksis ofte viktigste tilsynsmann er fylkestannlegen, og denne også er fylkeskommunal etatsjef, reduserer det sannsynligheten for at tannhelsetilsynet får samme «aktivistiske» rolle som på den øvrige helsesiden. Fylkestannlegen vil i praksis være mer tilbøyelig til å ta økonomiske hensyn enn den rent statlige fylkeslegen. Loven legger altså opp til at tannhelsepolitikkens iverksettelse og kontroll skal få et mer diplomatisk preg enn den øvrige helsepolitikk. For så vidt gikk det også slik. Mork brukte aldri, etter det vi kan se, tannhelsepolitikken i sin dragkamp med departementet.

Innføringen av loven av 1983 gikk relativt smertefritt. Helsedirektoratet vurderte i 1990, på oppdrag fra departementet, tannhelsevesenet. Direktoratet konsentrerte seg om det offentlige vesenet og konstaterte at innføringen av fylkeskommunal tannpleie hadde fungert godt, og gitt pleien en slik størrelse at den lettere kunne håndtere ressursproblemer. Men direktoratet pekte også på at rekrutteringen av tannleger mange steder, særlig i nord, var et problem. Et problem var det også at mange tannleger, igjen særlig i grisgrendte strøk, sluttet raskt. Rekrutteringsproblemene tiltok utover i 1990-årene og presset på den offentlige tannpleien økte. Det ble blant annet satt i verk tiltak for å rekruttere flere tannleger fra utlandet.

Lovgivningen om apotekvesenet og legemiddelsektoren

Apotekene var og er en viktig del av (særlig) det kliniske helsevesenet. Apotekene preget fra gammelt av legemiddelforsyningskjeden – en varekjede. Fra overgangen til det 20. århundre, og særlig i løpet av tiårene etter den annen verdenskrig, ble legemiddelfremstillingen industrialisert og kjeden ble lengre og lengre. Det som var apotekforvaltning og apotektilsyn blir slik også i økende grad, og til dels først og fremst, legemiddeltilsyn eller -kontroll. Som vi har sett var tilsynet med medisinalvesenet fra gammelt av langt på vei et «internt» tilsyn. Legene passet på hverandre og seg selv. Det gjorde også apotekerne og, mer generelt, farmasøytene. Men denne påpassing skjedde innen rammene av det overordnede legelige tilsyn med helsevesenet. De første forordninger (for Danmark-Norge), av 1619 (primært for

Kiøbenhavn)[1012] og særlig 1672, inneholdt, som vi har nevnt, en rekke bestemmelser om hvordan legene skulle føre tilsyn med apoteke(r)ne (og (barber)kirurgene).

De gamle forordningene var først og fremst forordninger *for* legene. De skulle sikre disses kontroll med de akseptable andre, og det betydde særlig apotekerne. Kontrollen gjaldt de farmasøytiske og merkantile sider ved deres virksomhet, men også omfanget av de første. Legene var opptatt av at farmasøytene – «disse Pængeravne», som en lege fra Nykøbing på denne tiden omtalte dem, ikke brukte sin medisinrolle til også å opptre medisinsk, altså ved å gi pasienter råd, og slik gå legene i næringen.[1013] I 1619-forordningen het det om apotekerne at "De skal være medicis approbatis lydige".[1014] Denne farmasiens underordning under medisinen ble ført tydelig videre i medisinalforordningen av 1672. I noen grad ble den formelt beholdt i den første nyere norske legemiddelloven, loven av 1909 (ikraft fra 1910), for så vidt som det i § 17 het at den offentlige lege kunne «etterse» apotekene og måten de ble drevet på. Dette fulgte, som vi har sett, også av instruksbestemmelsen om at denne legen skulle ha tilsyn med alt medisinalvesen i sitt distrikt. Den apoteklovkomiteen som ble oppnevnt i 1954, og kom med sin innstilling nr. 1 (om apoteker) i 1957, pekte på at legekontrollen med apotekene for lengst nærmest hadde opphørt å eksistere. Legene hadde ikke tid, og ofte ei heller kompetanse, til å føre slik kontroll. Komiteen ville imidlertid ikke helt fjerne den symboltunge legekontrollen: «Det kan være hensiktsmessig i mange tilfelle hvis ettersyn bør skje på kort varsel o. l.» Komiteen legger til: «De offentlige leger har jo dertil ansvar for helsevesenet i sitt distrikt, og apotekene hører inn under dette».[1015]

Apotekeren og sogningen Helge Thomassen Offerdahl (1855–1938) hadde som motto for farmasien: «Pharmacia soror medicinae, non ancilla» – «Farmasien skal være medisinens søster, ikke tjenestepike». Hans bekjente, men noe yngre, kollega, professor (fra 1948) Arnold Nordal (1909–2002), konstaterte i 1950 at slik burde det være, men slik var det ikke. Det som skjedde i 1619 ble skjebnesvangert:

> *Den 10. jan. 1619 vart såleis ein merkedag i tilhøvet mellom lækjar og apotekar som vi farmasøytar ser attende på med alt anna enn glede: Den dagen fekk apotekaryrket eit mindremannsstempel på seg. Farmasien vart "ancilla medicinae" (dvs. tenestegjenta til medisinen) og kom under formyndarskap av lækjarstanden.*[1016]

Noe var nok igjen av «tenestegjenterolla» til farmasøyten, men, som også apoteklovkomiteen påpekte: Den legelige kontroll med apotekertjenesten var i de viktigste henseender borte.

[1012] Da apotekertaksten ble endret og utvidet i 1645 fikk visitasjonsmyndigheten gyldighet for hele riket. Kfr. Kristian Carøe (1851-1921), *Medicinalnordningens historie indtil Sundhedskollegiets oprettelse 1803*. København: Nyt Nordisk Forlag, 1917, s. 9.

[1013] Sitert etter Finn Erhard Johannessen (f. 1955) og Jon Skeie (f. 1959), *Bitre piller og sterke dråper*. Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995, s. 18.

[1014] Carøe, *op. cit.*, s. 7. 1619-forordningen er bare kjent gjennom patologiprofessor Thomas Bartholins (1616-1680) latinske oversettelse. Carøe har «tilbakeoversatt» forordningen til dansk.

[1015] Innstilling nr. 1 fra Komiteen til revisjon av apoteklovgivningen m.v., s. 38. (Innstillingen ble levert 28. november 1957.) Som Sykehusordningskomiteen var også denne komiteen ledet av en arbeiderpartimann, nemlig Statens arbeidsdirektør (som den institusjonelle tittel var) Sverre Iversen (1879-1967). Iversen hadde vært murer, men leste og lærte på egen hånd, bl.a. sosialøkonomi og ordla seg etter hvert som en akademiker. Han tilhørte i 1920-årene sosialdemokratene.

[1016] Arnold Nordal, "Farmasøytopplæringa i Norge", *Veneficus*, nr. 5, 1950, s. 153. Her sitert etter Nic. Aagaard Sverre, *Et studium av farmasiens historie*, 2. utgave, ved Yngve Torud. Oslo: Norges Apotekerforening, 1982, s. 102.

Apotekertjenesten var fortsatt i hovedsak en del av helsevesenet og som sådan underlagt Helsedirektørens overordnede tilsyn, og dermed også fylkeslegens og den offentlige leges praktiske ditto. Men den løpende kontroll skjedde i stor grad i regi av farmasøyter. Slik hadde det også vært så lenge Norge hadde hatt en medisinalforvaltning (siden 1809).[1017] Etter 1945 kom der et eget apotekerkontor i Helsedirektoratet, ledet av en farmasøyt. Han fikk tittelen byråsjef, fra 1965 overapoteker. Det var dette kontor som utøvet tilsynet, og i stor grad uten at Helsedirektøren blandet seg særlig inn. Tilsynet ble i stor grad utøvet av farmasiutdannede apotekvisitatorer. Da komiteen kom med sin innstilling (1957) var der to slike visitatorer i direktoratet. Komiteen mente det var altfor lite; den ene av de to var dessuten mest opptatt med analysearbeid utført ved Statens farmakopélaboratorium eller Spesialitetskontrollens laboratorium. Komiteen ville ha tre nye visitatorer. Den fikk ikke sitt ønske oppfylt. Antallet var stadig to i 1960; i 1965 var det tre – nå kalt apotekinspektører – og i 1970 fire. Inspektørene ble litt før vår periodes start omdøpt til legemiddelinspektører; der var fortsatt fire av dem i 1994. Men selv om antallet kontrollører var lite i forhold til oppgavens størrelse var kontrollørene, og selvsagt overapotekeren, et uttrykk for at farmasien i betydelig grad var blitt en egen fagstyrt sektor. Den utgjorde et slags apotekstyre, eller etter hvert, et farmasøytstyre. Det hadde bidratt til denne utviklingen at farmasien fra 1931 (lov om apotekereksamen var vedtatt i 1923) ble et akademisk yrke.[1018]

Lov om drift av apotek m. v., 1962

Vi har sett på en del sider ved apotek- og legemiddelforvaltningen i forbindelse med Norbom-prosessene. Noen data og noen synspunkter fra denne presentasjonen vil komme igjen i det følgende; det er av betydning for helheten i fremstillingen. For så vidt som tilsynet med apotekene må forståes i en videre maktsammenheng, og vi ikke tidligere i særlig grad har redegjort for apotekutviklingen og apotekkontrollen, skal vi her også gå litt utover hva loven sier.

Apotekene var fra gammelt av privat eid og drevet. Eierskapet var basert på et personlig bevillingssystem. Opprinnelig var apotekerprivilegiene omsettelige, men i 1936 inngikk staten en avtale med innehaverne av de ennå eksisterende privilegier om å løse dem inn i løpet av en periode på 18 år (1954). Apotekerne måtte altså etter dette avhende sine apotek ved oppnådd pensjonsalder (70 år). Denne ordningen gjorde i noen grad apotekervesenet enda mer fagstyrepreget. Et kommersielt element ble fjernet. Mye av den regulering som 1909-loven representerte, var også en regulering for å styrke apotekenes faglig-etiske forankring. Både i opptakten til 1909, og ved flere senere anledninger, var det betydelige mindretall som ønsket å ta bort alle private «fristelser» og «sosialisere» apotekdriften, som Sverige gjorde i 1970, men det skjedde ikke. Frykten for at det ville bli kostbart, holdt også Arbeiderpartiet og dets regjeringer tilbake. I 1953, valgte imidlertid regjeringen Torp (Ap) å innføre et offentlig monopol for import, eksport og en gros-salg av legemidler, Norsk Medisinaldepot, med

[1017] Sundheds-Collegiets sekretær (1809-1815), og den første leder for det departementale Medicinalcontoire, Jacob Schandorff (1775-1842), var farmasøyt.

[1018] Artium skulle være hovedkravet for opptagelse, men søkere kunne også taes opp etter en «lignende» opptagelsesprøve i visse fag. Studiet ble lagt til et eget institutt ved Universitetet i Oslo og omfattet tre avdelinger, hver på halvannet år. Første og tredje avdeling ble lagt til universitetet, annen avdeling til et apotek.

virkning fra 1957.[1019] Sosialkomiteens flertall, Arbeiderpartiets medlemmer, uttalte i den anledning at det hadde større ambisjoner: «Komiteen ser det foreliggende forslag om oppretting av Norsk Medisinaldepot som et første skritt i retning av å legge hele legemiddelforsyningen under samfunnet».[1020] Noe neste slikt skritt kom imidlertid ikke. Der kom i stedet noen dramatiske «tilbakeskritt».

La oss ellers her nevne at opprinnelig var det bare adgang for private (farmasøyter) til å eie og drive apotek, men i 1856 fikk Rigshospitalet tillatelse til å opprette et eget apotek. I 1950 ble det gitt generell adgang for staten og kommuner til å opprette apotek.

Den nyttestatlige utviklingen fikk altså etter hvert dramatiske konsekvenser for apotekdriften og legemiddelomsetningen. Mens den, som vi har sett, førte til en kombinasjon av fristillelse og stram målstyring for de helsetjenesteytende virksomheter, førte den til privatisering og tradisjonell regulering for apotekdrift og legemiddelomsetning. I 1994 lot regjeringen Brundtland III grossistmonopolet falle[1021] – EØS-avtalen krevde det – og i 2001 ble det vedtatt, etter forslag fra Stoltenberg I-regjeringen, å liberalisere apotekermarkedet «helt». Kontrollen skulle nå i større grad skje i regi av etterspørrerne, det vil si forskriverne og pasientene/kundene. På den måten fikk for øvrig også den offentlig dominerte helsetjeneste (enda) mer kommersielle omgivelser og samarbeidspartnere. Det må dog legges til at de statliggjorte sykehus (2002) fikk sine egne (relativt fristilte) apotekforetagender.

Apotekdriften var altså stadig i hovedsak privat. Den gjaldt omsetning av varer av ulike slag, medikamenter, men også alle mulige sykepleie- og hygieneartikler. I tillegg kom en rekke andre varer, særlig slike som hadde med den personlige pleie og skjønnhet å gjøre. Tidligere hadde også andre varer, inkludert spirituosa, spilt en rolle, som det stadig gjorde i de fleste andre land. Apotek var altså også i betydelig grad «vanlige» butikker. Kommersielle hensyn spilte en ikke uvesentlig rolle i driften av dem. Mye av den stadig strengere offentlige regulering av og kontroll med apotekene hadde som formål å begrense slike hensyns betydning. Også den indre kollegiale kontroll – en vesentlig del av apotekselvstyret – hadde dette som formål. Apotekerne var også, ja, ble i økende grad, opptatt av at apotekene skulle være preget av en profesjonell fagstyrekultur. Apotekerne ville heller tilhøre medisinalvesenet enn handelsvesenet. Viktig for å sikre det, var det at legemidlene i stor grad ble fremstilt i apotekene. Apotekene var således organisert med spesialrom av ulike slag: lagerrom for spesialpreparater – for kjemikalier, droger, apotekfremstilte preparater, emballasje og forbindingssaker, ildfaste rom (for ildsfarlige væsker), syrerom, utpakkingsrom, aseptiske rom (for fremstilling av sterile oppløsninger), laboratorier med tablettrom og analyserom, defekturer (for avveining og oppfylling av håndkjøpspreparater og lignende) og resepturer (for ekspedisjon av resepter). I tillegg kom selvsagt publikumsrommet, offisinet, og andre rom

[1019] NMD erstattet fem private aktører. Det fikk avdelinger i Oslo, Bergen, Trondheim og Harstad. Det ble i 1971 statsselskap etter loven om sådanne av 1965. Det ble heleid statsaksjeselskap fra 1993. I mars 1999, under regjeringen Bondevik I, kjøpte en nederlandsk legemiddelgrossist (Apothekers Cooperatie U. A. (OPG)) en mindre del av aksjene i NMD. I desember samme år kjøpte en del norske apotekere også aksjer i NMD. Statens andel kom da ned i 81 prosent. Fra 1. juni 1999 skiftet NMD overordnet organ fra Sosial- til Nærings- og handelsdepartementet. For å åpne for videre privatisering ble NMD fra 31.8. dette år gjort om til et almenaksjeselskap.

[1020] Innst. O.t., 1953, s. 3.

[1021] NMD ble overtatt av den tyske apotekergrossisten Gehe AG fra 7. september 2001. Salget ble forhandlet frem og godkjent av Stortinget våren 1999, under regjeringen Stoltenberg I.

som kontor, spiserom og vaskerom. Apoteklovkomiteen av 1957 kom til at et middelstort apotek hadde behov for et areal på 170–180 m^2 i første etasje og 120 m^2 i kjeller.[1022]

Med fremveksten av den kjemiske industri mot slutten av det 19. århundre begynte såkalte spesialpreparater, medikamenter basert på rendyrkede virkestoffer, og som ble solgt i produsentenes originale pakninger, å komme. I tillegg kom der en flom av andre produkter, såkalte *arkana*, midler som hadde en hemmelig sammensetning og som ble markedsført på en pågående og ikke alltid etterrettelig måte. Utover i det 20. århundre kom produsentene av spesialpreparater, men for så vidt også arkana, til å utfordre apotekene som produksjonssteder. Snart ble arkanaflommen begrenset av restriktiv lovgivning – en lovgivning som i stor grad var et svar på en del svindelsaker. Strømmen av spesialpreparater økte imidlertid. Det førte til at der kom en lov i 1914 om tilvirkning av gifter og apotekervarer. Loven kunne tolkes litt ulikt, og medicinaldirektør Michael Holmboe (1852–1918) tolket den i et internt notat dithen at legemidler som var oppført i farmakopéen bare kunne fremstilles i apotek. Det store flertall av medikamenter ble da også fremstilt ved apotek helt til 1950-årene, undertiden etter legenes detaljerte oppskrifter. Produksjonen var imidlertid allerede nokså regulert. Der fantes midt i 1950-årene fremstillingsforskrifter for henimot 1 000 preparater. Forskriftene fantes i Den norske farmakopé av 1939, i Disp-Veterinarium Norv. av 1951 og i NAF-boken 1952 (Apotekerforeningens formelsamling). Men samtidig som medikamentutviklingen i stigende grad ble overtatt av farmasøytiske firmaer, og medikamentproduksjonen ble industrialisert, kjøpte apotek inn produksjonsutstyr og begynte å opptre halvindustrielt. Gradvis skjedde det også en spesialisering av produksjonen. Noen større apotek kunne slik også produsere for andre, mindre apotek. Apoteklovkomiteen ville imidlertid beskytte det tradisjonelle produksjonsapoteket og uttalte at den «prinsipielt» er «av den oppfatning at produksjonsapotekene ikke bør utvikle seg til småfabrikker som spesialiserer seg på enkelte utvalgte preparater».[1023] Samtidig syntes komiteen at det var i orden at Apotekerforeningen hadde begynt et arbeid med å standardisere emballasje, signaturer etc. for en del legemidler. Som nevnt bidro foreningen også, gjennom formelsamlingene, til å standardisere produksjonen. Det ble slik mer og mer tydelig at fremstillingen av medikamenter, og forsåvidt også sykepleieartikler, var på vei til å bli underkastet den industrielle logikk. Vi kan konstatere at apotekernes egen organisasjon, og «beskytter» av apotekselvstyret, sammen med mange apotekeiere, bidro til det samme. Men dermed bidro de også til at premissene for å kommersialisere medikamentomsetningen, og apotekene, ble lagt bedre og bedre til rette. Man kunne altså allerede midt i 1950-årene se konturene av det som skulle komme, og som dermed også skulle endre grunnlaget for tilsyn fundamentalt.

Så lenge apotekene var produksjonsapotek var det, spesielt av kvalitetshensyn – og kvalitetssvikthensyn, viktig med et apotektilsyn. Muligheten for at publikum kunne bli utnyttet økonomisk spilte dog også en rolle. Den håndverksmessige fremstilling av medikamenter gav grunnlag for et omfattende tilsyn, med alt fra lagerhold, håndtering av ingredienser av ulike slag til fremstilling av de endelige produkter. Etter hvert som produksjonen ble flyttet ut – som regel langt ut, og det skjedde for alvor fra 1960–70-årene av, kunne kontrollen med apotekene begrenses og avgrenses. Det meste av det som hadde med produksjon å gjøre ble av mindre betydning. Der var fortsatt behov for en viss grad av faglig preget tilsyn, men relativt sett var det andre former for bedriftspreget kontroll det nå ble

[1022] Kfr. Ot.prp. nr. 59, *op. cit.*, s. 6.

[1023] Apoteklovkomiteens innstilling I, *op. cit.*, s. 32.

mest behov for å drive. Mye av den sistnevnte kontrollen drev og driver andre med, som skattemyndighetene og Arbeidstilsynet. Hva produksjonskontrollen angikk, ble den i økende grad en kontroll som måtte flyttes ut av apotekene og knyttes til legemidlene og deres produsenter, importører og grossister. Det er derfor ikke tilfeldig at apotekvisitatorene i annen halvdel av 1960-årene ble apotek*inspektører* og fra overgangen til 1980-årene og vår periode, *legemiddel*inspektører.

Apoteklovkomiteen kom altså til at der var behov for en egen legemiddellov. Man kan si den antesiperte utviklingen mot medisinutviklingens industrialisering og kommersialisering. Dens forslag, som ble levert 3. mars 1959, førte til lov om legemidler og gifter m. v. av 20. juni 1964. Loven ble en lov angående tilvirkning og omsetning av legemidler, gifter, helsefarlige stoffer og spesielle varetyper, som farmasøytiske spesialpreparater, opium og andre bedøvende midler, plantevernmidler m. v. Den gjaldt også reklame for slike produkter: Forbrukere og pasienter hadde nødvendigvis liten mulighet for å drive kontroll, og kunne derfor lett forvirres og forføres av reklamerende produsenter. Loven hadde først og fremst til hensikt å legitimere kvalitetskontroll av legemidler (m.m.) og sikkerhetsregler angående slike. Hva gifter m.m. angikk gav loven sikkerhetsregler som ble ansett nødvendige av helsemessige grunner. Det er symptomatisk for den nye (kommende) tid at der i loven tales om legemidler der det før ble talt om apotekvarer. Medikamentene er iferd med å bli mer «abstrakte», det vil si institusjonelt uavhengige. De er «bare» drasjerte, kunstig fremstilte kjemiske substanser. Et uttrykk for det er det for øvrig også at bestemmelsen i den gamle loven (1914) som gav apotek monopol på å tilvirke legemidler som var opptatt i den fagstyrepregede farmakopé, ble noe modifisert, og at vanlige kjøpmenn nå kunne selge ikke reseptbelagte legemidler, blant annet plaster. Noe som før hadde vært praksis, nemlig at noen produsenter, som leverandører av gasser og isotoper, kunne selge direkte til for eksempel sykehus, ble nå tydelig lovhjemlet. Man kan si dette var med på å relativisere apotekenes monopol på omsetning av alt som kunne kalles legemidler.

Lov om legemidler og gifter m. v., 1964

Den nye legemiddelloven gjaldt spesialpreparater, altså industrielt fremstilte legemidler. Apotekfremstilte, eller «håndverksfremstilte», legemidler ble omfattet av apotekerloven. Den relative betydning av legemiddellovgivningen var altså økende, av apoteklovgivningen synkende. Det het også i den nye legemiddelloven (§ 27) at spesialpreparater skulle godkjennes og registreres, eventuelt avregistreres, av Helsedirektøren (som «medikratisk» institusjon, altså ikke av det «tekniske» Helsedirektoratet). Helsedirektøren skulle i slike sammenhenger biståes av en spesialitetsnevnd på fem (§ 19). I § 14 het det at et preparat bare skulle godkjennes hvis det ble ansett som «medisinsk berettiget og som det antas å være behov for». Denne «behovsparagrafen», en slags utvidet «inngangskontroll», var ikke ny, men var og forble kontroversiell. Da frislippet kom i 1994 måtte den bort. Den begrenset den såkalte frie flyt av varer, og fra nå av var legemidler litt mindre spesielle varer enn de hadde vært. De fortsatte imidlertid å være «litt spesielle». Et element av farmakokrati og medikrati ble, som nevnt, beholdt for så vidt som kunder, eller pasienter, ble ansett for ikke å være så kompetente at legemiddelmarkedet kunne styres av den reklamepregede konkurransen mellom tilbyderne (om kundenes gunst).

Apotekvirksomheten var tradisjonelt fagstyrepreget. Det apoteklige fagstyret var, som vi har sett, forankret i apotekeren og apotekerstanden (Norges Apotekerforening), og apotekkontoret – etter delingen i 1983, legemiddelavdelingen – i Helsedirektoratet. Men som det gamle apotekervesen var underordnet medisinen, både ved at apotekerne i stor grad betjente kundene etter medisinsk anvisning, og ved at de offentlige leger førte kontroll med deres virksomhet, var det nye apotekervesen i mer eller mindre de samme henseender underordnet medisinen: Legene «bestilte» for pasientene og direktoratet, i siste instans Helsedirektøren, passet på. Apotekerne, eller farmasøytene, var altså i noen grad stadig legenes «tenestegjenter». Men noe var nå iferd med å endre seg, som den nye legemiddelovgivningen var et varsel om. Ved at fremstillingen av ikke bare ikkereseptbelagte legemidler og sykepleieartikler ble overtatt av industrien, men også reseptbelagte sådanne ble det, mistet apotekene hovedgrunnlaget for det fagstyre de stod for. De ble nå enda mer forretninger. Og for så vidt som de nye medikamenter – vi fikk i etterkrigsårene og frem til begynnelsen av 1980-årene en ren medikamentrevolusjon – ofte var nokså potente, ble behovet for kontroll med det som i økende grad ble kalt medikamentforsyningskjeden stadig større. Siden apotekerne nå i raskt synkende grad selv fremstilte medikamenter, ble mye av kontrollen forskjøvet «bakover» i denne kjeden. Apotekerforvaltningen og apotektilsynet ble, som vi har påpekt, i økende grad en legemiddelforvaltning og et legemiddeltilsyn.

Tilsynet overfor apotekene kom nå i stigende grad til å dreie seg om oppbevaring av legemidler, inkludert plikten til å ha alle godkjente legemidler tilgjengelige, og de økonomiske sider ved apotekdriften. Når der nå kom så mange, og så mange nye, medikamenter økte publikums behov for veiledning. Ja, egentlig økte også behovet for tilsyn med pasientenes «pillepraksis». Legene beholdt en form for kontroll med pasientene ved både å fortelle pasientene hvordan og når medikamentene skulle taes og ved å skrive det slik at det stod på medikamentforpakningen eller pilleglasset. Slik skulle de også overflødiggjøre farmsøytenes forklaringer og råd. Det er ikke tilfeldig at legene da de industrielt fremstilte medikamenter begynte å komme i tiden fremover mot Den første verdenskrig, applauderte det, mens apotekerne var skeptiske. Men legenes veiledning, både muntlig og skriftlig, var som regel knapp og nokså ensidig rasjonalistisk: Den forutsatte at pasientene lyttet, forstod og var «lydige» («compliant»). Den forutsetningen gjaldt ofte ikke. Der var slik et visst rom for farmasøytene til å gi råd, altså opptre litt legelig. Ja, der var et visst rom for farmasøytene til å opptre legekritisk, for eksempel ved å kontakte legen (telefonisk) når de var i tvil om klokskapen i bestemte forskrivninger, blant annet av medikamentinteraksjonshensyn. Farmasøytene kunne slik få både en viss pasient- og legetilsynsfunksjon. Men siden dette var en form for farmasøytisk ekspansjonisme legene alltid hadde vært, og stadig var, på vakt overfor, skjedde det i liten grad. Farmasøytenes yrkesetiske regler tilsa også at de var tilbakeholdne.

Slik bidro industrialiseringen til at det farmasøytisk/apoteklige fagstyre nå begynte å forvitre. Snart skulle imidlertid industrialiseringen av legemiddelfremstillingen, kombinert med den økende offentlige kontrollen med nytten av midlene, også underminere noe av legeautonomien, og legemakten: Jo mer de nye medikamentene gikk inn i standardiserte behandlingsprosedyrer jo mindre ble rommet for medisinsk skjønnsutøvelse og jo større ble rommet både for overvåkning og kontroll ovenfra og, til dels, nedenfra, fra farmasøyter og pasienter. Det var dette som muliggjorde den ovenfor nevnte kommersialisering, dog under streng offentlig kontroll, fra 1994. Men denne utviklingen skulle også få en annen, interessant konsekvens. Apotekene ble mer aktivt markedsførende butikker, eller snarere butikkfilialer (under internasjonalt eide kjeder), hvor selvbetjeningen fikk en økende rolle. At legemidlene nå nærmest i sin helhet ble industrivarer, gjorde at resepturen kunne forenkles og flyttes ut

mot publikum, som kunne få nesten umiddelbar ekspedering. Denne ekspedering kunne, og blir, i økende grad knyttet til en fornyet kunderådgivning, som en del av den oppgaveglidning den standardiserte medisin gir grunnlag for. Slik skjer det i noen grad en ny profesjonalisering av farmasien, mer enn av apotekdriften. Det reiser nye tilsynsutfordringer for de formelle tilsynsmyndighetene. Hvordan skal rådgivningen reguleres og overvåkes? Dog bør det nevnes at kravet om, og kontrollen med, de nye, standardiserte pakningsvedleggene, skulle spille en økende (pasientmyndiggjørende) rolle.

Man kan si at farmakopéen, den offisielle fortegnelsen over legemidler som brukes i et land, lenge var grunnlaget for kontrollen med omsetningen og fremstillingen (kvaliteten) av legemidler. Den første norske farmakopé, *Pharmacopoea Norvegica*, utkom i 1854.[1024] Fortegnelsens rolle ble styrket da en egen farmakopekommisjon i 1898 ble oppnevnt. For å få et bedre grunnlag for kontrollen med de nye industrielt fremstilte legemidler, men for så vidt også med den flommen av nokså useriøse legemidler som ble ivrig markedsført fra slutten av det 19. århundre, ble Spesialitetskontrollen opprettet i 1930. Til støtte for Farmakopékommisjonen og Helsedirektoratet, men også for å være med på å utvikle kvalitetsnormer for legemidler (nordisk samarbeid) og for å drive selvstendig forskning, ble der i 1948 opprettet et Statens farmakopélaboratorium. Dette laboratorium, og Spesialitetskontrollen ble så slått sammen fra 1974 og en Statens legemiddelkontroll opprettet.[1025] Dette var en markering av den gradvise skjerpelsen av statens kontroll med hele legemiddelforsyningskjeden. Som vi har sett var der under Norbom-prosessene dragkamp om legemiddeltilsynet. Legemiddelavdelingen i Helsedirektoratet, og direktoratet selv, ville beholde viktige deler av legemiddeltilsynet i direktoratet. De argumenterte for at legemidlene var en viktig, integrert del av klinikkens virksomhet og ikke burde gjøres til gjenstand for en helt spesialisert kontroll av legemiddelforsyningskjeden. Direktoratet brukte også tradisjonelle fagstyreargumenter, men kombinert medikratiske og farmasøytisk-faglige sådanne. Med den nye lovgivningen måtte direktoratet, fra 1994 Helsetilsynet, tape, og i 2001 ble direktoratets legemiddelavdeling flyttet til Legemiddelkontrollen. Samtidig ble ansvaret for beslutninger om hvilke legemidler som skulle forskrives på blå resept overtatt fra Rikstrygdeverket. Det samlede organ ble kalt Statens legemiddelverk.

Apotek- og legemiddellovgivningen, en oppsummering

Reglene for kontrollen med legemiddelforsyningskjeden hadde fra gammelt av et kombinert medikratisk og apotekfaglig preg. Slik sett hadde det et betydelig innslag av selvkontroll. Det var, kan man si, relativt vennlig og mer pedagogisk enn stramt dikterende. Reglene var imidlertid også et uttrykk for et ønske om å skape tillit utad. Ved å få vedtatt regler for sin virksomhet forpliktet apotekerne og farmasøytene seg også formelt overfor publikum. Siden der alltid ville kunne oppstå svikt blant fagfolkene var lovbestemmelsene slik også viktig for

[1024] Legemidler som fyller de krav farmakopéen setter, kalles offisinelle. De skal finnes i alle apotek. Ordet farmakopé stammer fra gresk *phármakon*, "legemiddel" og *poiia*, "tilberedning" og betyr slik egentlig "forskrift for legemidlenes tilberedning".

[1025] Om farmakopékommisjonens utvikling, se Kjell Backe-Hansen, «Farmakopékommisjonen 100 år», *Cygnus, en norsk farmasihistorisk skriftserie*, hefte 2, oktober 1998, ss. 9-30. (http://nfs.no/images/Marketing/cygnus/dokumenter/cygnus-hefte_2-oktober1998-2.pdf)

den indre justis; uformell kollegial kontroll alene var ikke nok. Som vi har sett, var der visse spenninger mellom den medikratiske kontroll og den apotekfaglige autonomi og selvkontroll. Den fortok seg imidlertid over tid. Apotekkontoret, og siden legemiddelavdelingen, i Helsedirektoratet kunne drive sin kontroll under stor tillit fra Helsedirektøren. Også det tiltok over tid, altså fra Evang til Mork. Evang la ikke skjul på medisinens primat og hadde ikke hastverk med å gjøre apotekkontorsjefen til overapoteker. Spesielt interessert i farmasien var han knapt heller. Mork var svært opptatt av alt som hadde med legemidler å gjøre og han og Jøldal samarbeidet godt og «horisontalt». Men som utviklingen var, var allerede deres fag, medisinen og farmasien, på defensiven som selvstyrte fag. Fortsatt spilte imidlertid «familieforholdene» en tydelig rolle i apoteker- og farmasiverdenen, om enn med noen skjærmysler mellom apotekerne og deres ansatte farmasøyter. Apotek(bedrifter) ble således sendt videre innad i «fagfamilien». Helsedirektoratet stod for overførselen (Apotekloven § 7), men ble rådgitt av et utvalg bestående av representanter for Norges Apotekerforening og Norges Farmaceutiske Forening. Både Jøldal og hans etterfølger som avdelingsdirektør, Anne Marie Horn, gikk av «før tiden» og hadde sine siste yrkesaktive år som apotekere (Sandvika og Tåsen).

Det gamle kontrollregimet, eller mer generelt, styringsregimet, baserte seg på en nokså komprimert legemiddelforsyningskjede, altså en kjede knyttet til apoteket, og med leger som sentrale bestillere. Den var slik også i stor grad knyttet til et nasjonalt marked. Selv om råstoff til medisiner i stor grad kom fra utlandet, skjedde tilvirkningen i Norge og alene for det norske marked, ja, til dels for lokale markeder. Fagutviklingen kom etter hvert til å gjøre kjeden lengre. Fremstillingen av legemidler ble i økende grad industrialisert og dermed også internasjonalisert. Fabrikkene begynte for alvor å komme fra overgangen til det 20. århundre. Med dem kom også importører og grossister. Som vi har sett hadde ikke legene så mye imot det, mens apotekerne og farmasøytene var svært kritiske: Det truet deres kontroll over legemiddelmarkedet. Spesialpreparatene kom imidlertid og de måtte godtaes; de var jo uttrykk for den medisinske revolusjon. De var fremskritt. Apotekerne, med helsemyndighetenes, og dermed legenes, støtte sørget imidlertid for at de fikk enerett til å forhandle slike preparater. Det bidro til denne fagstyrekontroll at staten, ved helsemyndighetene, i 1957, som nevnt, skaffet seg kontroll over all import og alt en gros-salg av legemidler, gjennom opprettelsen av Norsk Medisinaldepot. For ytterligere å befeste sin «pillekontroll» – den ble nå også en tablettkontroll – etablerte apotekerne sine egne produksjonsinstitusjoner, noen apotek og Apothekernes Laboratorium. Som en del av dette nasjonale fagstyret ble det også lagt hindringer i veien for dem som ville etablere norske farmasøytiske fabrikker.

Vi kan imidlertid konstatere at kontrollen med apotekvirksomheten, den virksomhet som tradisjonelt var mest utbygget og mest nærgående, forble en egen, nokså sektorisert form for kontroll. Den skulle også fortsette å bli mer sektorisert og annerledes, nemlig da legemiddelavdelingen i direktoratet i 2001 som nevnt ble slått sammen med Legemiddelkontrollen til Legemiddelverket. Som vi har sett, var apotektjenesten og legemiddelforsyningen fra gammelt av plassert litt på siden av det nokså nasjonalt institusjonaliserte helsevesen. De to, nært forbundne virksomhetene, var imidlertid både knyttet til klinikken og i hovedsak nasjonale. De ble ført tilsyn med, og kontrollert, fra direktoratet, gjennom et farmasøytisk kontrollregime knyttet til og underordnet det medisinske kontrollregime. Ettersom medikamentfremstillingen ble mer og mer løsrevet fra apotekene, og medikamentene fikk et stadig mer standardisert og «abstrakt» preg, ble altså kontrollen gradvis adskilt fra det øvrige helsetilsyn. Den ble, mer og mer, en kontroll med en forretningsmessig virksomhet, dog en kontroll som fortsatte å være strengere enn det meste av

den kontroll som skjer med private, kommersielt pregede markeder. Det er ikke tilfeldig at helsetilsynsloven fremstår som nokså apotekblind og «pilleløs».

Da apotekene stod for det meste av legemiddelfremstillingen var det enklere å ha en indre, fagstyrebasert institusjonell kontroll. Apoteksektoren var helt norsk. Om den var privat, var den det på en statlig-medikratisk og institusjonalisert måte. Da legemiddelfremstillingen ble industrialisert, ble den i all hovedsak internasjonalisert og dermed også privat. Det var denne utviklingen som drev frem det farmasøytiske regimeskiftet. Som vi har sett syntes i stor grad legene denne utviklingen var iorden. Myndighetene hadde en mer uklar profil. I de første årene etter krigen var sosialminister, og lege, Sven Oftedal (1905–1948) positiv til utbyggingen av en norsk farmasøytisk industri. Han ville i 1946 at det skulle bygges en penicillinfabrikk i Norge. Den ble aldri bygget, delvis fordi Nyegaard & Co., den ene av tre større norske farmasøytiske bedrifter, til slutt sa nei, og gjorde det delvis fordi selskapet var i tvil om statens, det vil si Arbeiderpartiets, holdninger: Mange i partiet ville sosialisere så mye som mulig av legemiddelforsyningen. Helsedirektør Evang var tvetydig; han kunne uttale seg rosende om Nyegaard & Co., men ville også gjerne ha offentlig kontroll over legemiddelforsyningen og skapte, med sin holdning blant annet til godkjennelsen og prisingen av legemidler (gjennom Spesialitetsnevnden) usikkerhet blant industribedriftene.[1026] Med sin strenge holdning overfor industrien hjalp han apotekene. Etter hvert oppstod der imidlertid en form for enighet mellom industri, apotek og helsemyndigheter om at den første skulle få forbli privat og den annen fagstyrt privat. Slik fortsatte legemiddelforsyningen i Norge lenge å være en relativt integrert del av det norske helsevesen. Slik var også partene i «legemiddelspillet», men kanskje særlig Evang, med på å hindre at Norge i de første tre tiår etter krigen fikk en farmasøytisk industri som kunne satse internasjonalt.[1027] På andre områder satset regjeringen, og Arbeiderpartiet, på internasjonalt orientert industriutvikling. Oftedal hadde altså gjerne sett at der ble satset slik også hva legemidler angikk. Holdningen var i noen grad den samme i Industridepartementet og Handelsdepartementet. Evang ville i større grad beholde legemiddelforsyningen som en intakt del av det *norske* helsevesen og for så vidt den norske velferdsstat. Utover i 1980-årene snudde altså holdningen. Et uttrykk for det er hva som skjedde med Nyegaard & Co. Det ble i 1981 kjøpt av industriselskapet Norgas og så, i 1986, av nok et industriselskap, Hafslund. Hafslund ble til Hafslund Nycomed, med Nycomed AS som datterselskap. Nycomed ble i 1990 delt i en legemiddelprodusent. Nycomed Pharma og et billeddiagnostikkselskap, Nycomed Imaging. Det første selskap fikk skiftende eiere og ble i 2011 kjøpt av det japanske firmaet Takeda og kalt Takeda Nycomed. Røntgenkontrastfirmaet gikk via britiske Amersham (1997) til GEs helsedivisjon GE Healthcare i 2003.

Med industrialiseringen spises altså også deler av helsevesenet som konkret, norsk institusjon opp. Gjennombruddet for denne utviklingen kommer altså i den perioden vi nå ser på. Helsedirektør Mork var skeptisk til sider ved utviklingen, som vi har sett gjennom hans aktivitet i Norbom-prosessene, men ikke slik på vakt som Evang var. Han så knapt de fulle implikasjonene av utviklingen. En av de implikasjonene var at både regulering av og tilsyn med legemiddelforsyningskjeden ville komme til å ligne stadig mer på regulering av og tilsyn med private, konkurranseutsatte virksomheter. I økende grad kunne (mye av) kontrollen i praksis flyttes ut, altså internasjonaliseres.

[1026] De tre viktigste var Nyegaard & Co. (stiftet 1874), Apotekernes Laboratorium (AL) (stiftet 1903) og Apothekernes Fællesindkjøb (AFI) (stiftet 1911 som en gros-firmaet Schwartz & Peterson).
[1027] Om legemiddelindustrien og myndighetene i tiden frem til 1985, se Rolf Petter Amdam (f. 1953) og Knut Sogner (f. 1962), *Rik på kontraster. Nyegaard & Co – en norsk farmasøytisk industribedrift 1874-1985*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.

Lov om legemidler, 1992

Sosialdepartementet skriver i proposisjonen til legemiddelloven av 1992 at «EØS-avtalen inneholder regler for fri bevegelse av varer, personer, tjenester og kapital» og at det får konsekvenser for ikke minst legemiddel- og apotekforvaltning.[1028] Departementet konstaterer slik, uten spesiell entusiasme, at det regime som hadde preget apoteker- og legemiddelforvaltningen i etterkrigstiden, nemlig et nasjonalt planstyre, nå måtte skiftes ut med et styre basert på internasjonal konkurranse. For så vidt som publikum står overfor et stort kompetanseproblem i legemiddelmarkedet, skulle der fortsatt bli omfattende kontroll. Kontrollen skulle imidlertid bidra til, ikke hindre, den velferdsfremmende konkurransen mellom produsenter og en gros-selgere av legemidler, og potensielt også mellom detaljister. Det var derfor Arbeiderpartiet måtte slippe det grossistmonopol det med så offensive ord i 1957 hadde innført, og nå også måtte fjerne «behovsparagrafen». Departementets nøling viser seg i omtalen av monopolfallet. Det skriver at Medisinaldepotets nylige kjøp (1992) av Apotekernes Fællesindkjøp var viktig for å sikre «en best mulig gjennomføring av dagens helsepolitiske oppgaver». Kjøpet innebærer, heter det videre, at man skaper «en større enhet under norsk styring», og at det vil gi NMD konkurransefortrinn. Gjennom NMD vil «staten fortsatt .. ha» «styringsmuligheter». Som vi har sett, også denne «styringsmuligheten» måtte gies opp. NMD var, som andre statsbedrifter, styrt etter lov om visse statsbedrifter av 1965. Nå ble det, etter regjeringsforslag, vedtatt en ny lov om statsforetak (1992), en lov blant annet NMD måtte rette seg etter, og som gjorde at det måtte omorganiseres (innen 1993) til å bli en mer «vanlig» bedrift. Det ble et statsaksjeselskap. Denne omorganiseringen ble et skritt på veien mot salg og privatisering. Da apotekvirksomheten ble deregulert i 2001 ble, som nevnt, NMD helt privatisert. Det meste av denne utviklingen skjedde under arbeiderpartistyre, men også regjeringen Bondevik I spilte en rolle (i siste fase). I løpet av noen få år kom altså tonen til å endre seg. Henvisningene i 1991-proposisjonen til at de politiske styringsmulighetene fortsatt var store, måtte snart glemmes.

En utvikling som lenge hadde vært i gang, og som har legemiddelfremstillingens industrialisering som utgangspunkt, ble altså i viktige henseender forsterket av loven. Legemiddelsektoren, og etter hvert også det tradisjonelt viktigste leddet i den, apotekene, ble for alvor løsnet fra de nasjonale, fagstyrte og til dels statlig-planstyrte rammer og plassert i overnasjonale, konkurransebaserte markeder, der konkurrentene i raskt økende grad var kapitalistisk baserte, og geografisk stadig mer abstrakte (stedløse), storfirmaer. Utviklingen førte ikke til at kontrollen forsvant. Noe av den forsvant, som muligheten for å vurdere om der var «behov» for bestemte nye legemidler og for å legge pris til grunn for å bestemme registreringsvilkårene for legemidler. Forbudet mot reklame til almenheten for ikke reseptbelagte legemidler måtte bort. Kravet om forhåndsgodkjennelse av reklame måtte også bort. Etter en rekke EF-direktiver var det nå bare tre kriterier som kunne legges til grunn for registreringsgodkjennelse av legemidler, nemlig kvalitet, sikkerhet og effekt(ivitet). De tre kriteriene er i prinsippet nokså like; de har alle med legemidlenes medisinske «nytte» å gjøre. Disse kriteriene spilte selvsagt en hovedrolle også i den gamle norske legemiddelkontrollen. Nå ble de enerådende. Samtidig ble de i noen henseender strengere, noe som hang sammen med at medisinen ble stadig mer presis og dokumentasjonspreget.

[1028] Ot.prp. nr. 70 (1991-92), *Om lov om legemidler m.v.*, s. 6.

Den norske legemiddelkontrollen kunne slik på mange måter fortsette som før. Poenget var imidlertid at den ble en kontroll utøvet på premisser som mer og mer ble fastsatt i EF/EU-regi, og til dels enda mer internasjonalisert regi. Etter hvert som EF/EU sentraliserte kriteriene for kontrollen, ble de nasjonale kontroller, også den norske, stadig mer «underkontroller», eller lokale iveksettelseskontroller. Skritt for skritt, direktiv for direktiv, har dette også skjedd. I dette perspektiv er det ikke så underlig at Helsedirektoratet, fra 1994 Statens helsetilsyn, måtte miste også de siste rester av kontroll og tilsyn med legemiddelforsyningen og apotekene. Det skjedde, som vi har sett, i 2001, men de første dragkampene kom, som vi også har sett, under Norbom-prosessene. Slik sett var det like greit at helsetilsynsloven var taus om legemiddeltilsynet.

Ordning for tilsyn og kontroll med medisinsk utstyr m.v.

Det gamle kliniske helsevesen var preget av tjenester. Varer ble også brukt, som medikamenter og håndverkspreget utstyr. Vi har nettopp sett at medikamentene i økende grad ble underlag industrialiseringens, og dermed internasjonaliseringens kommersielle logikk og at tilsynet med frenmstillingen og bruken av dem ble tilpasset det. Utstyret, og ikkemedikamentelle varer, som brukes i klinikken ble preget av lignende utvikling. Det ble mer avansert, og preget av industrialiseringens logikk. Vi skal legge til at klinikken på denne måten ble stadig mer preget av bruken av alle slags varer, altså både medikamenter og andre varer, og nå for alvor begynte å få et mer industrielt preg. Den ble slik også i økende grad avhengig av og omhyllet i sektorer som blir stadig mer internasjonale og kommersielle. Tilsynet med fremstillingen og bruken av det ble gradvis tilpasset disse logikkene, men tilsynsformene fikk, som vi nå skal se, et litt annet, og mer variert og skiftende preg for ikkemedikamentelle enn for medikamentelle varer.

Kliniske tjenester ytes altså, i tillegg til med medikamenter, i stigende grad med bruk av varer som utstyr og forbruksartikler. De ytes også med bruk av stråler, det vil si stråleutstyr. Tilsynet gjelder da måten «fysikken» (og «kjemien») er eller blir *brukt* på. Det gjelder ikke fysikken i seg selv. Tilsynet, eller kontrollen med slik fysikk (kjemi) har i praksis i hovedsak ligget andre steder enn i Helsedirektoratet og hos fylkeslegene, og for så vidt ikke vært særlig koordinert med tjenestetilsynet. Det overordnede ansvar ligger dog, etter både helsetilsynsloven og institusjonslovene, hos Helsedirektoratet. Det praktiske tilsyn skjedde imidlertid da vår periode startet i regi av noen organer med teknisk kyndighet. Etter hvert kom imidlertid direktoratet, og for så vidt departementet, til å trekke det tekniske tilsynet mer inn i det generelle tilsynet. Vi skal se at det henger sammen med fremveksten av en tydeligere kvalitetspolitikk, som igjen er en del av den nye, mer integrerende og mer penetrerende mål- og resultatstyringen.

Kontrollen og tilsynet med utstyr, inkludert engangsutstyr, kan omfatte mange sider ved utstyret og dets funksjoner. Den kan omfatte alt fra anskaffelsen, via anvendelsen til avskrivningen og avhendelsen. På hvert av disse punkter er det mange ting som kan kontrolleres. Anskaffelsesvurderingen kan gjelde de tekniske nyttesider ved utstyret, men også de funksjonelle og dermed delvis organisatoriske, og de økonomiske. Vurderingene, eller forhåndskontrollen (inngangskontrollen), gjaldt primært det første. I anvendelsesfasen kan man også sondre mellom disse typene vurderinger og kontroll, og konstatere at også her dominerte de førstnevnte. Nå kom imidlertid måten personalet brukte utstyret på i noen grad inn i bildet. Kontrollen fikk derfor også et innslag av persontilsyn og endog

organiseringstilsyn (prosesskontroll). Kontrollen kunne her også gå over i intervensjoner, altså pålegg; de kunne gjelde både sykehus og leverandører. Tre av kontrollorganene, Statens institutt for strålehygiene (SIS), Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr (STEM) og Statens institutt for folkehelse (engangsutstyr), var også forvaltningsorganer og kunne utøve myndighet. Kontrollen med ressursbruken, og generelt med effektiviteten, spilte stort sett en mindre rolle.

Vi skal legge til at denne kontrollen med bruken av utstyret fikk et relativt feilorientert preg; den var «negativ». Uønskede hendelser skulle oppdages og rapporteres og tiltak iverksettes for å forebygge at slike hendelser gjentok seg. Kontrollen med avhendelsen var av noen, men ikke stor betydning. Også den var nokså teknisk preget. Generelt kan vi altså si at utstyrskontrollen lignet på medikament- og tjenestekontrollen. Den var spesialisert og lite både organisatorisk og økonomisk orientert. Den var en del av en litt fragmentert, og altså ofte negativt preget, kontrollpolitikk. Men den ble altså etter hvert litt mer integrert i den nye helsepolitikken, og fikk slik også et mer positivt preg.

For spesielt to av de tre kontrollorganene, SIS og STEM, var mye av oppmerksomheten rettet mot anvendelsen. For disse ble uønskede hendelser særlig viktige. Oppdagelse av slike og melding om dem blir derfor sentrale stikkord for deres kontrollvirksomhet. Oppdagelsen av hendelser ble i stor grad basert på stedlige inspeksjoner, enten rutinemessige sådanne eller varslingsbaserte. Meldingen om hendelser var opprinnelig knyttet til tilsynsorganenes virksomhet, men fra 1987 ble meldingsvirksomheten forsøkt samlet i en oppdragsbasert institusjon, SINTEF NIS.

Statens institutt for strålehygiene

Ved inngangen til vår periode var det altså tre organer som stod for den teknisk baserte kontrollen. Slik var det også ved periodens slutt. Det første og eldste, som førte tilsyn med (bruken av) strålingsutstyr, strålingskilder og stråler, begynte som Statens fysiske kontrollaboratorium i 1939, ble fra 1954 kalt Statens radiologisk-fysiske laboratorium og fra 1964 Statens institutt for strålehygiene (SIS). I kjølvannet av den siste Norbom-prosessen ble SIS fra 1993, og etter fusjon med Statens atomtilsyn og Aksjonsutvalg ved atomulykker, til Statens strålevern. SIS fungerte med utgangspunkt i lov om bruk av røntgenstråler og radium m.v. av 18. juni 1938 og forskrifter om tilsyn med og bruk av anlegg, apparater, materiell og stoffer som avgir ioniserende eller annen helsefarlig stråling av 23. januar 1976. Instituttet arbeidet altså med utstyr og virksomhet av røntgendiagnostisk, stråleterapeutisk og nukleærmedisinsk karakter. Det arbeidet på anskaffelsessiden med å vurdere planer for alle nye anlegg og for planer om endringer i eksisterende anlegg. På anvendelsessiden arbeidet det, forebyggende, med å utvikle normer for strålehygiene og førte på denne siden ellers i hovedsak rutinemessig tilsyn. Siden stråleskader sjelden skjer på en akutt måte, var tilsynet i liten grad hendelses- og utrykningsorientert. Det utførte ellers, over hele aktivitetsforløpet, en del rådgivning. I sykehusene ble det imidlertid sett på litt mer som et kontrollorgan enn et rådgivningsorgan.[1029] Instituttet hadde to fysiske og en medisinsk seksjon; de to første hadde

[1029] Senter for Industriforskning evaluerte de ulike tilsynsordninger i 1991, og spurte i den forbindelse ustyrssentrale folk i sykehusene om de så på de ulike organer mest som kontrollører eller rådgivere. Disse alternativene passer ikke helt vårt formål, men de gir en grov indikasjon både på hvordan SIS ble oppfattet av dem som ble «truffet» av dets virksomhet, og antagelig også hvordan det faktisk fungerte. SI fant at 54 prosent

til sammen 28 ansatte, den siste tre. SIS var ingeniør- og fysikerdominert. Det lå under Sosialdepartementet.

Det særlige tilsyn med elekromedisinsk utstyr (STEM)

STEM, som altså drev tilsyn med elektromedisinsk utstyr, hørte under Elektrisitetstilsynet, Norges vassdrags- og elektrisitetsvesen, som igjen hørte under Olje- og energidepartementet. STEM ble opprettet 15. juni 1980. Lovgrunnlaget var lov om tilsyn med elektriske anlegg av 24. mai 1929, § 3. En ny forskrift om meldeplikten for uhell med og feil ved elektromedisinsk utstyr kom den 20. desember 1989 (§ 8). Loven ble endret på noen punkter fra 1991. Endringene ble gjort for å gi en klarere hjemmel for å kunne gi forskrifter for hvordan elektrisk utstyr skal fremstilles, merkes, monteres, brukes og vedlikeholdes og for å gi hjemmel for å gi forskrifter for markedskontroll av elektrisk utstyr. Endringene skjedde blant annet som følge av tilpasning til EFs lavspenningsdirektiv (73/23/EØF), men også for å kunne ta hensyn til nye EF-direktiver. Der ble etter hvert utferdiget en rekke forskrifter for ulike sider ved tilsynet med elektrisk og elektromedisinsk utstyr; dog kom STEM først og fremst til å fungere som et tilsyn med anvendelsen av utstyret.

Av den evalueringen som ble gjort av den tekniske tilsynsvirksomheten i 1991 fremgikk det at 83 prosent av de sykehusansatte som svarte i en spørreskjemaundersøkelse så på STEM som kontrollør.[1030] STEM ble altså sett på, og var nok også, langt mer av et anvendelsesorientert tilsyns- og kontrollorgan enn SIS. I evalueringen SI foretok av de tekniske tilsynsorganene i 1991 opplyses det at 12 av 16 årsverk i STEM ble brukt til revisjons- og internkontroll, vaktordninger og utredning av uhell, samt saksbehandling og oppfølging av uhell. Av de resterende fire faglige årsverk gikk to med til internasjonalt standardiseringsarbeid og ett til undervisning.[1031] STEM brukte fra starten av TELOX A/S, et firma med den førnødne tekniske kompetanse, til å utføre mye av det praktiske tilsynsarbeidet.[1032] STEM ble i 1992, som en del av Elektrisitetstilsynet, flyttet fra Olje- og energidepartementet til Kommunaldepartementet. Fra april 1992 opphørte STEMs avtale med TELOX A/S. Elektrisitetstilsynet overtok selv TELOXs oppgaver. Vi nevner ellers at typegodkjennelse av elektromedisinsk utstyr ble utført av Norges Elektriske Materiellkontroll (NEMKO), etter avtale med NVE.

Nemnda for medisinsk engangsutstyr (SIFF)

Nemnda for medisinsk engangsutstyr, som hadde ansvar for registreringen av og kontrollen med medisinsk engangsutstyr (særlig med hensyn til sterilitet), bestod av fire personer, to

så på SIS som kontrollør, 46 prosent som rådgiver. Kfr. Eivind Falkum, Claus T. Larsen og Karl-Gerhard Hem, *Evaluering av tilsynsordninger, melderutiner og kvalitetssikringssystemer for medisinsk-teknisk utstyr*, Oslo: Senter for industriforskning, 1991, s. 59.

[1030] Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 59.
[1031] Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 22.
[1032] Firmaet TELOX visste at sykehusene ikke hadde kompetanse til å føre (egen)kontroll med bruken av medisinsk-teknisk utstyr og tilbød midt i 1970-årene sin bistand. Da NVE opprettet STEM i 1980 inngikk etaten kontrakt med TELOX om kontrollbistand. STEM beholdt styringen med tilsynet, og TELOX forpliktet seg til ikke å drive produksjon og salg av elektromedisinsk utstyr.

leger, en farmasøyt og en sykepleier, oppnevnt av Helsedirektøren. Nemnda fungerte på grunnlag av utredninger foretatt av en egen kontrollenhet ved Statens institutt for folkehelse.[1033] Nemndas tilsyn var, da vår periode startet, forankret i lov om legemidler og gifter m.v., av 20. juni 1965 (som vi allerede har omtalt) og forskrift om registrering og kontroll av medisinsk engangsutstyr av 23. juni 1981. Fra 1993 var tilsynet forankret i den allerede omtalte lov om legemidler m.v. av 4. desember 1992. I 1985 ble tilsynet utvidet til også å gjelde implantater. Nemnda og kontrollenheten sorterte, som en del av SIFF, under Helsedirektoratet (til 1994) og via dette under Sosialdepartementet. Den hadde ansvar for registrering og avregistrering av engangsprodukter, men skulle også ta imot og behandle meldinger om feil, mangler og uhell ved eller forårsaket av slikt utstyr. De førstnevnte oppgavene dominerte volummessig; nemnda var altså i større grad enn de andre kontrollorganene anskaffelsesorientert, til dels også avskaffelsesorientert.[1034] I perioden 1986 til 1990 mottok nemnda årlig (bare) ca. 60 meldinger om feil og uønskede hendelser.[1035] Nemnda og kontrollenheten i SIFF baserte sin kontroll på dokumentasjon den fikk av produsenter og brukere; de hadde i liten grad selv muligheter for å foreta fysiske prøver. Som inngriper ved uønskede hendelser, var kontrollenheten hemmet av at emballasjen til de produkter meldingene gjaldt, og som inneholdt produksjonsnummer, som regel var kastet. Det gjorde det ofte ikke mulig å knytte produktene til bestemte produksjonsserier («batches»), og dermed også vanskelig å følge hendelsene ordentlig opp. Sykehusene oppfattet, ikke overraskende, SIFFs kontrollvirksomhet som langt mer «rådgivende» enn kontrollerende for dem. Det er produsenter som kontrolleres; sykehusene biståes.[1036]

Andre kontrollorganer

Der fantes andre relevante tekniske kontrollorganer, men vi skal bare kort nevne noen av dem. Der var et Råd for tekniske tiltak for funksjonshemmede, med sekretariat i Gruppe for Biomedisinsk Teknikk ved Sentralinstituttet for industriell forskning. Kontrollen her gjaldt altså hjelpemidler forbrukere, ikke fagfolk, brukte. Helsedirektoratet utarbeidet i 1969–70 retningslinjer for opplegg, bruk og kontroll av medisinsk sentralgassanlegg i sykehus; ansvaret her var delt mellom leverandøren og et sykehus' almentekniske avdeling. Der fantes også en viss grad av kontroll med utstyr ved tannklinikker og av materialer brukt i tannklinikker, av linser og briller, av utstyr for in-vitro diagnostikk og av for eksempel sterilisatorer; men på disse områder var omfanget av regulering lavt. Andre relevante organer for kontroll (også) av teknisk utstyr var Arbeidstilsynet, Statens branninspeksjon og Statens Sprengstoffinspeksjon. Etter hvert ble det også behov for kontroll med den nye informasjons- og kommunikasjonsteknologien, ettersom det medisinske utstyr ble gjort mer og mer «intelligent». Denne kontrollen kommer imidlertid i hovedsak etter vår periode, når vi ser bort fra den generelle personvernkontrollen (Datatilsynet, 1980).

[1033] I 1991 bestod den av tre farmasøyter, tre kjemiingeniører og en kontorfullmektig.

[1034] Nemnda førte tilsyn med et bredt utvalg av engangsutstyr, brukt ved blant annet infusjoner og injeksjoner, medregnet dialyse og kateterisering, blod- og urinprøvetagning, kateterising utenom blod- og urinveier, implantering og sårbehandling. Tilsynet/kontrollen gjaldt også samlepakninger, enkeltpakkede instrumenter og diverse annet engangsytstyr.

[1035] Eivind Falkum et al, 1991, *op.cit*., s. 49.

[1036] SIFF sees på som kontrollør av 29 prosent, og som rådgiver av 71 prosent av de sykehusrepresentanter SI intervjuet; kfr. Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 59.

Sykehusene, og for så vidt andre klinikker, var i praksis, og er stadig, de viktigste (egen)tilsynsinstitusjoner. Spesielt er de det forebyggende. Institusjoner og personell er seg hele tiden både bevisst og «subbevisst» at de skal opptre riktig og unngå uhell. Slik har det vært til alle tider. Men i økende grad lages der formelle, ovenfrapålagte, prosedyrer som skal øke graden både av nøyaktighet, forsiktighet og kvalitetsbevissthet. Det var det som i denne perioden for alvor begynte å skje, spesielt ved sykehusene. Egenkontrollen er det ene, særlig «nedsideorienterte» tiltak for dette formål. Kvalitetskontrollen, og etter hvert kvalitetsutviklingen, er det andre, gradvis mer «oppsideorienterte» tiltak. Denne styringen kom nå for alvor også hva gjaldt utstyret og bruken av det. Utskillelsen fra de (almen)tekniske avdelinger av egne medisinsktekniske avdelinger skjøt fart og gjorde det enklere å innføre formell egenkontroll og kvalitetsutvikling. I løpet av vår periode fikk alle regionsykehus, altså de største sykehus, egne medisinsktekniske avdelinger. 50 prosent av sentralsykehusene (fylkessykehus type I), de nest største, 33 prosent av spesialsykehusene og 23 prosent av lokalsykehusene (fylkessykehus type II), de minste, gjorde det samme. Mange av de sykehus som ikke fikk egne medisinsktekniske avdelinger opprettet imidlertid medisinske seksjoner i sine tekniske avdelinger. Det gjaldt 40 prosent av de relativt store sentralsykehusene, 33 prosent av spesialsykehusene og 23 prosent av de nokså små lokalsykehusene.[1037] Med andre ord, jo større sykehuset var jo mer funksjonelt spesialisert ble det også i dette henseende, og jo bedre rustet ble det til å drive eksplisitt, regelbasert tilsyn og kontroll. Noen av de funn SIs evalueringsgruppe gjorde, indikerte at slik forholdt det seg. Jo større sykehusene var, jo større sannsynlighet hadde de for å ha (de nye) skadeutvalgene, uten at sammenhengen var svært sterk: Alle regionsykehusene hadde slike utvalg, 60 prosent av lokalsykehusene hadde det.[1038] Det var også en moderat tendens til at de sykehusene som hadde medisinsktekniske avdelinger i større grad enn andre hadde slike utvalg: 80 prosent av «avdelingssykehusene», 76 prosent av «seksjonssykehusene» og 53 prosent av de teknisk ikkespesialiserte sykehusene hadde slike utvalg.

Hvis sykehusene hadde skadeutvalg, hadde de i større grad også rutiner eller prosedyrer for skadehåndtering enn sykehus som ikke hadde slike utvalg. De førstnevnte sykehusene hadde også større tilbøyelighet til å følge rutiner enn de sistnevnte. SIs undersøkelse gir altså, men datapresentasjonen er ikke slik at bildet blir helt klart, at jo større sykehusene er, jo større sannsynlighet er det for at de har spesialiserte medisinsktekniske avdelinger, skadeutvalg og formelle rutiner og rutineetterlevelse ved uønskede hendelser.[1039] Det nye, mer formaliserte og «tellende» tilsyns- og kvalitetsregimet er altså et regime som særlig får gjennomslagskraft i de store sykehusene. Vi skal føye til at det ikke nødvendigvis betyr at sikkerheten og måloppnåelsen også ble bedre her. Innslaget av formell kontroll, og «byråkrati», i forhold til tradisjonell «uformell» kontroll, økte imidlertid.

[1037] Tallene er hentet fra Evind Falkum et al., *op.cit.*, s. 53. SI fikk i sin undersøkelse svar fra 56 av 88 sykehus, nemlig alle regionsykehus, 10 av 13 sentralsykehus, seks av 15 spesialsykehus og og 35 av 55 lokalsykehus. Det kan være at andelene spesialavdelinger eller -seksjoner er noe for store for lokalsykehus, kanskje også for mindre spesialsykehus.

[1038] Med endringer i sykehusloven ble sykehus, også psykiatriske, samt laboratorier og røntgeninstitutt, som ble omfattet av sykehusloven fra 1994 pålagt å ha *kvalitetsutvalg* (§ 18 b). Det ble utarbeidet retningslinjer for slike kvalitetsutvalg; kfr. Rundskriv, IK-07/94. Kvalitetsutvalgene kom etter hvert til å erstatte skadeutvalgene, men en stund hadde noen sykehus begge typer utvalg. I en undersøkelse i regi av Helsetilsynet i februar 1995 hadde 58,5 prosent av sykehusene opprettet kvalitetsutvalg. Fortsatt hadde imidlertid en del sykehus (23,2 prosent) også skadeutvalg. (*Evaluering av Meldesentralen og meldeordningen for skader, uhell og nestenuhell*, Statens helsetilsyn, 1999, s. 20.) Vi omtaler utvalgene og kvalitetspolitikken generelt mer utførlig senere.

[1039] Opplysningene vi baserer våre betraktninger på her er hentet fra Eivind Falkum et al., *op.cit.*, kap. 11.

SI-gruppen har også spurt sykehusene om hvor mange feil og problemer de hadde hatt i 1990 og hvilke instanser de hadde kontaktet om disse feilene og problemene. Svarene, som dog bare er minnebasert, gir et tydelig uttrykk for at tilsyns- og meldingsorganene var av mindre betydning for sykehusene. For sykehusene som hadde egen medisinskteknisk avdeling, gikk 92,3 prosent av henvendelsene til tilbydersiden, altså produsenter, leverandører og underleverandører, 3,5 prosent til de tre tilsynsorganene og 4,2 prosent til NIS og andre sykehus.[1040] SI-gruppen fant for øvrig at sykehus med spesialiserte medisinsk-tekniske avdelinger og seksjoner rapporterte om langt flere uønskede hendelser enn andre sykehus. Det reflekterer nok i stor grad at disse sykehus i større grad enn de små tilpasset seg det nye, mer formelle regime. I hvilken grad det også reflekterte forskjeller i hendelsesomfang, vet vi ikke.

SIS, STEM og SIFF er altså spesialiserte, myndighetsbaserte tilsynsorganer. De driver tilsynsvirksomhet parallelt med, og for SIS' og SIFFs vedkommende formelt på Helsedirektoratets premisser. Men SIS og SIFFs nemnd og kontrollenhet fungerer i praksis ikke som «forlengelser» av direktoratets tilsyn, eller spesielt godt integrert med det tilsyn direktoratet driver og leder. Vi har jo også sett at disse organene under Norbom-prosessene gjerne ville ut av direktoratets sfære. Etter hvert som direktoratet ble et mer bevisst, juridisk profesjonalisert tilsyn, og også som det ble stadig mer «tatt» av kvalitetsbølgen, fikk det behov for å knytte de tekniske tilsynsorganene nærmere til den virksomhet det drev og ledet. I så henseende var direktoratet stort sett på linje med departementet. Det var for dette, styringsintegrerende, formål Sosialdepartementet engasjerte SINTEF NIS til å stå for innsamlingen og integreringen av informasjonen om uønskede hendelser i de somatiske sykehus og Det norske Veritas til å stå for arbeidet med å innføre systemer for kvalitetssikring av bruken av teknisk utstyr i de somatiske sykehus. NIS skulle gi tilsynsmyndigheten, og for så vidt også klinikkene, bedre grunnlag for å lære av feil og uhell, DnV skulle lære klinikkene å forebygge at feil og uhell oppstod. Begge engasjementene var imidlertid delikate. De utfordret de tre gamle kontrollørers autonomi og de utfordret sykehuseierne og sykehusenes autonomi. Engasjementene var ekstra delikate forsåvidt som departement og indirekte direktorat brukte private virksomheter, virksomheter som (som avtalene ble) ikke kunne utøve myndighet. Vi skal se at departementet også gjorde det til et poeng at de baserte de nye tilsyns- og kontrolltilknyttede, og for DnVs vedkommende, også ledelsesorienterte, tiltak på en slags «frivillighet». Men litt press la myndighetene både på de tre gamle kontrollører og på sykehusene; i det siste tilfelle gjennom avtaler med sykehusenes eiere (om at de skulle legge til rette for NIS' og DnVs arbeid). Engasjementene var endelig delikate fordi de bragte inn annen faglighet i tilsynsvirksomheten og klinikken enn den som preget disse virksomheter. Den nye faglighet hadde en tydelig forankring i ingeniørfag, anvendt på en kombinert teknologisk og samfunnsvitenskapelig måte.

Departementet inngikk avtalene med NIS og DnV i 1986. NIS startet sin virksomhet året etter; DnV startet sin i 1986. Vi skal se på den første og «pedagogisk-reaktive» først.

Norsk institutt for sykehusforskning – meldeordning

[1040] Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 58. Forfatterne har beregnet feilrapporteringene pr. 1000 senger ved sykehusene.

Oppdraget til Norsk institutt for sykehusforskning hadde som en viktig forutsetning en avtale mellom departementet og KS om rapportering fra sykehusene til NIS.[1041] Det var en mer taus forutsetning at også de tre gamle tilsynsorganer skulle bidra med informasjon til NIS, og at NIS, når det var aktuelt, skulle sende informasjon til de tre. Ordningen var basert på frivillighet. Departementet begrunnet dette forhold slik i februar 1989 i et brev til Norsk Pasientforening:[1042]

> *Meldesystemet ved NIS er et «fornuftsbasert» informasjonssystem og ikke et etterforskningspreget kontrollsystem. Intensjonen med systemet er å fange opp flest mulig kritiske hendelser… Kjennskap til slike hendelser er avgjørende for om man kan drive effektiv forebygging, og slik kunnskap skaffes best gjennom tillitsfullt samarbeid og ikke gjennom trussel om sanksjoner.*

NIS publiserte (anonymiserte) opplysninger om meldingene i en egen publikasjon, *Nyhetsrevyen*, som etter hvert kom månedlig. NIS' virksomhet var, i tråd med oppdraget, i hovedsak teknisk orientert, men omfattet også den umiddelbare praksis. Et par eksemplar kan illustrere praksisen. I ett tilfelle, meldte NIS; hadde en defibrillator sviktet («støt» ble ikke utløst) fordi nivået på EKG-signalet kanskje var satt for lavt. I et annet tilfelle stoppet en infusjonspumpe og viste feil («ERR 5»). Her virket det som om pumpen var blitt påvirket av stråling fra radiokommunikasjonsutstyr (en mobiltelefon) som befant seg i nærheten.[1043]

Meldetjenesten ved NIS kom altså i gang i 1987, men var frem til sommeren 1988 betraktet som et prøveprosjekt. Det fortsatte så som ordinært prosjekt under Helsedirektoratet til høsten 1993, da det ble avsluttet. Det omfattet alle kategorier av medisinsk utstyr, og dekket slik mer enn de tre etablerte tilsynsorganer, SIS, STEM og SIFF, gjorde. Som nevnt var rapporteringen til NIS, også fra SIS, STEM og SIFF, basert på frivillighet. Sykehusene hadde imidlertid plikt til å rapportere til de tre gamle kontrollorganer. De hadde også plikt til å melde om dødsfall til politiet. Skader hos ansatte måtte de rapportere om til sykehusets arbeidsmiljøutvalg eller verneleder, som så igjen skulle kontakte Arbeidstilsynet. Meldetjenesten var slik svakere formelt fundert enn de tre etablerte organer; den var en tjeneste, ikke en forvaltningsvirksomhet. Det skulle bidra til de problemer tjenesten snart fikk. NIS' meldingstjeneste var kvantitativt beskjeden; den omfattet tre personer (2,5 stillinger), men NIS brukte også andre ressurser ved SINTEF, blant annet datatjenesten. Meldingstjenesten var fullt finansiert av Sosialdepartementet.

Utgangspunktet for NIS' meldetjeneste var altså rapportering fra sykehusene. Tjenesten fulgte opp en rapportering med å kontakte melderen for å be om tilleggsopplysninger. Så skrev NIS til leverandører, tilsynsmyndigheter og andre som kunne tenkes å ha kunnskaper som kunne kaste lys over hva som hadde skjedd ved den aktuelle hendelsen. NIS sendte deretter en melding til melderen og publiserte saken i Nyhetsrevyen. NIS foretok (nesten) ikke egne

[1041] «Avtale mellom staten ved Sosialdepartementet og fylkeskommunene om kontroll av medisinsk teknisk utstyr» (22.8. 1988, altså noe forsinket). Avtalen ble inngått for hver av fylkeskommunene. Avtalen gjaldt også sykehusenes samarbeid med DnV. Sykehusenes rapporteringsplikt var også basert på Sykehuslovens § 17, etter endringer 3. juni 1983.

[1042] Brev fra Sosialdepartementet til Norsk Pasientforening, 17.2. 1989, s. 2. Departementets brevreferanse er 1271/89 II Ilp Adi/LHP. Str.nr. 182/89.

[1043] Eksemplene er hentet fra John-Arne Skolbekken (f. 1957), Åse Jystad (f. 1952) og Elin Elvemo, *Meldetjenesten 1987-1992*, SINTEF/NIS Rapport 2/94, s. 71 og s. 152.

stedlige undersøkelser, men baserte seg på rapporter fra andre som gjorde det, som de tre tilsynsorganene. NIS var, og skulle bare være, et informerende (og slik tjenesteytende) organ.

Meldingstjenesten fikk aldri det «fotfeste» den skulle hatt. Det skyldtes først og fremst at samarbeidet med de tre gamle kontrollorganer aldri ble godt, men også at sykehusene var alt annet enn ivrige i sin egenanmeldelsesvirksomhet. De første mislikte at de i noen grad skulle «tittes i kortene» av, ja, miste noe av sin rolle til, et «ukyndig» organ. De mislikte også – det kunne ha med deres status i ulike retninger, men også med «revir», å gjøre – at NIS' virksomhet kunne gå utover diskresjonære hensyn (de tok og mente andre burde ta) til leverandører og til dels også sykehus, helsepersonell og pasienter. NIS selv, skriver i en rapport om Meldetjenestens historie (1987–1992) at

> *Et gjennomgående trekk ved hele Meldetjenestens funksjonsperiode har vært en vedvarende kontrovers med hensyn til organisering og samordning av de norske ordningene for rapportering av ulykker og nesten-ulykker med ulike typer medisinsk-teknisk utstyr.*

NIS bemerker at kontroversen i perioder «overskygget» arbeidet med prosjektet; kfr. sitatrammen. Korrespondansen om samordningsproblemene mellom partene kom etter hvert til å omfatte mer enn 60 brev, notater og evalueringsrapporter.[1044] Kontroversene førte også til at «gjennomtrekken» i prosjektet ble stor.

Sykehusene rapporterte heller ikke med entusiasme. Noen rapporterte flittig; to sykehus stod således for 35 prosent av alle rapportene om uønskede hendelser. Men generelt var sykehusene litt nølende til å melde om hendelser som kunne føre til kritikk, og eventuelt mer alvorlige sanksjoner, mot dem og enkeltansatte. Det var neppe bare mangel på kjennskap til prosedyrene for oppklaring av uønskede hendelser som gjorde at det så ofte ble ryddet og vasket etter uhell og «tabber» før kontrollpersonell av ulike slag ble tilkalt, eller kom.

[1044] John-Arne Skolbekken, Åsa Jystad og Elin Elvemo, *Meldetjenesten 1987-1992*, SINTEF NIS Rapport 2/94, s. 53.

Meldetjenesten klarte på denne måten ikke å få virkelig god oversikt over omfanget og arten av uønskede hendelser i sykehusene. Det såkalte Ofstad-utvalget forsøkte å kartlegge situasjonen i siste halvdel av 1970-årene, mens de tre organene hver for seg skaffet til veie en viss oversikt over situasjonen på de områdene de arbeidet. Ofstad-utvalget kom, på grunnlag av en spørreskjemabasert undersøkelse av forekomsten av uhell og ulykker med bruk av medisinskteknisk utstyr ved somatiske sykehus til at der hadde skjedd 6 dødsfall, 23 alvorlige skader, 102 mindre alvorlige skader og 121 lettere skader med pasienter i siste halvdel av 1970-årene. Utvalget fant også at personell var blitt utsatt for alvorlige, mindre alvorlige og lettere skader i henholdsvis 2, 4 og 39 tilfeller. Samtaler med fagfolk i sykehus gjorde at utvalget mente «situasjonen er langt mer alvorlig enn tallene i tabellen skulle tilsi».[1045] STEM, som altså så på uønskede hendelser ved elektromedisinsk utstyr, meldte om totalt 15 slike i 1980, 18 i 1981, 26 i 1982, 47 i 1983, 51 i 1984, 50 i 1985 og 35 i 1986. Til tross for en sterk økning i utstyrsparken i løpet av disse årene registrerte altså STEM ingen tydelig vekst i hendelser. Fra 1987 til 1990 registrerte imidlertid STEM en tydelig økning, nemlig til 65 i 1987, til 88 i 1988, til 114 i 1989 og til 133 i 1990. I 1991 og 1992 er det en nedgang til 119 og 110 hendelser. NIS kommenterer at «det skjer noe positivt med rapporteringsfrekvensen fra og med det året Meldingstjenesten ved SINTEF NIS etableres. Denne positive trenden vedvarer paradoksalt nok så lenge det er konflikt om rapporteringsordningene,..»[1046]

"Norsk Pasientforening ønsker … å gjøre Sosialministeren oppmerksom på at situasjonen når det gjelder kvalitetssikring og skaderapportering ved sykehusene etter vårt syn er meget foruroligende og innebærer en betydelig risiko for pasientenes sikkerhet». -Brev fra Norsk Pasientforening til sosialminister Tove Strand Gerhardsen, 20.1. 1989

«Det er .. helt uforståelig for oss at det etableres et system som er helt parallelt til eksisterende institusjoners lovhjemlete aktivitet i fagfeltet, når de eksisterende institusjoner [SIS, STEM, SIFF] med selv begrensede ekstra ressurstildelinger helt klart kunne taklet også det resterende utstyr». –Brev fra Norsk forening for bio-medisinsk teknikk til Sosialministeren, 7.2. 1989

«Den mistenkeliggjøring av de forskjellige instansers motiver som foregår nokså systematisk i visse deler av vårt miljø tjener ikke saken, nemlig det å gi en bedre og sikrere behandling». –Brev fra Helsedirektoratet til Sosialministeren, 27.6. 1989

Instituttet ble altså hemmet av at samarbeidet fungerte dårlig. Det erfarte imidlertid også at de stedlige undersøkelser ikke fungerte spesielt godt, ikke minst fordi, som vi har nevnt, personalet ved sykehus ofte ryddet

[1045] Kfr. NOU 1982: 8 *Kontroll av medisinsk teknisk utstyr*, s. 11–13; sitatet er fra s. 13.
[1046] Kfr. Skolbekken et al., *op.cit*., s. 15; tallene er også hentet herfra.

og vasket rett etter at en hendelse hadde skjedd, og slik vanskeliggjorde «etterforskningen». NIS erfarte også at internkontrollen og kvalitetssikringssystemene på mange sykehus, altså det DnV skulle gjøre noe med, var lite utviklet og at det svekket den læringseffekt NIS' rapportering hadde.[1047]

Meldetjenesten opplyser at 42 av 119 meldinger i 1991 kom fra to sykehus. Tar man hensyn til disse sykehusenes andel av pasientbehandlingen skulle det tilsi at antallet uønskede hendelser ved alle sykehus var vel 400, med en stor overvekt for mindre alvorlige hendelser. Siden disse sykehusene er ekstra teknologitunge er antagelig et riktigere tall noe under 400. En slik beregning tyder imidlertid på at der var en ikke ubetydelig underrapportering. Ofstad-utvalget, som mange siden mente overdrev omfanget av uønskede hendelser, bommet kanskje ikke så meget?[1048]

SI-gruppen, som, på oppdrag fra Sosialdepartementet og Kommunaldepartementet (STEM) vurderte tilsyns-, melde- og kvalitetssikringsordningene for medisinsk-teknisk utstyr foreslo at ordningene i noen grad ble sentralisert under Helsedirektoratet (1991).[1049] Gruppen foreslo ikke å legge meldetjenesten til direktoratet, men gav premisser for en slik utvikling. Disse premissene ble markert forsterket da et interdepartementalt utvalg, ledet av økonomen, underdirektør Andreas Bjelde i Sosialdepartementets helseavdeling, fremla sin innstilling, *Rapport om medisinsk utstyr, kvalitetssikring, tilsyn og meldetjeneste*, i 1992. Utvalget foreslo å samle alle såkalte avvikshendelser i ett meldesystem. Forslaget ble støttet i en direktoratbasert analyse som skulle konkretisere Bjelde-utvalgets forslag.[1050] Gjennom statsbudsjettforslaget for 1993 fulgte regjeringen delvis opp disse utredningene og foreslo at det ble etablert en felles meldesentral for alle utstyrsavvik i helsetjenesten. Sentralen skulle legges til Helsedirektoratet (Helsetilsynet); sentralen skulle også få ansvar for Nyhetsrevyen. Sentralen skulle benytte seg av spesialekspertise, ikke minst fra de tre gamle utstyrskontrollorganene (som alle fortsatte), når behovet tilsa det. To stillinger og driftsmidler mente regjeringen burde avsettes til den nye sentralens drift.[1051] Stortinget sa ja, men ville at meldesystemet skulle gjelde alle virksomheter i helsevesenet. Direktoratet overtok i løpet av 1993 NIS' meldetjeneste.

Det norske Veritas – kvalitetssikring

NIS' oppgave startet altså med det reaktive, selv om formålet var å bruke hendelser proaktivt, det vil si forebyggende. Formålet med å engasjere Det norske Veritas var, som vi har påpekt, å sette i verk rent forebyggende tiltak, nå i økende grad kalt kvalitetssikring. Slike tiltak skulle

[1047] Kfr. Skolbekken et al., *op.cit.*, s. 25.
[1048] Kfr. Skolbekken et al., *op.cit.*, s. 17-18.
[1049] SI-gruppen ble oppnevnt etter at Stortinget under budsjettbehandlingen høsten 1989 bad om å bli orientert om erfaringene med tilsyn med medisinsk utstyr. Uroen rundt NIS' meldesentral og DnV, en uro som også hadde mobilisert Norsk Pasientforening til handling, hadde utløst spørsmål i Stortinget. Høyres Jan Helge Jansen (f. 1937) rykket ut til forsvar for de gamle tilsynsorganer og konkluderte med at «vi må utnytte de eksisterende ressurser best mulig, og ikke spre oss utover alle sidelinjer». (Forhandlinger i Stortinget nr. 101, 5. desember 1988, s. 1515, annen spalte.)
[1050] Kvalitetssikring basert på meldinger om skader, uhell og klager i helsetjenesten ((Hroar) Piene-rapporten), Helsedirektoratets utredningsserie 4-92, IK-2377.
[1051] St.prp. nr. 1, 1992-93, *Tillegg* 8.

settes i gang gjennom innføring av kvalitetssikringssystemer, sett av regler for sikkerhetsrettet adferd. I praksis var slike systemer også internkontrollsystemer. DnV hadde allerede en del erfaring med kvalitetssikring. Det var også derfor DnV Industritjenester, basert i teknologihovedstaden Trondheim, ble valgt.

Initiativet til å engasjere DnV ble tatt av et departementsutvalg, nedsatt i 1984 og ledet av overarkitekt i Helsedirektoratet Jacob W. Nordan (f. 1937).[1052] Utvalget kom med sin innstilling i februar 1985. [1053] Det foreslo at det skulle utarbeides kvalitetssikringsmanualer og innføres kvalitetssikringsmetoder for utstyr på de somatiske sykehus. For dette formål skulle Det norske Veritas engasjeres. Departementet fulgte utvalgets råd og en avtale ble som nevnt inngått med DnV i 1986. Avtalen forutsatte at DnV skulle «lære opp» sykehusene i moderne kvalitetskontroll. DnV skulle gjøre det gjennom kvalitetssikringsmanualer det utviklet og ved å bistå sykehusene med innføring av kvalitetssikringsmetoder bygget på disse manualene. DnV samarbeidet med Regionsykehuset i Trondheim og utviklet etter hvert et «Mønster for Kvalitetshåndbok for medisinsk teknisk utstyr som et hjelpemiddel for innføring av kvalitetssikring av medisinsk teknisk utstyr». Denne kvalitetshåndboken hadde et kvalitativt utfordrende navn, selv om den til daglig ble omtalt som Mønsterhåndboken. Den var klar i 1988. Håndboken var, naturlig nok, hierarkisk bygget opp. Øverst kom «Prinsipper», som omfattet det primære sett av verdier, mål og overordnede regler. Så fulgte «Aktivitetshåndbøker», bestående av hovedregler for anskaffelser, bruk, vedlikehold og omdisponering (avhendelse) av utstyr. Til slutt fulgte «Prosedyrer», de mest konkrete regler for hvordan hovedreglene skulle følges opp i praksis. DnVs kvalitetssikringsarbeid, med Mønsterhåndboken som symbol, var basert på omfattende internasjonalt samarbeid, blant annet i Norden og Europa (EF/EFTA), og fulgte ellers de internasjonale ISO-standardene.[1054]

Den første Mønsterhåndboken ble, i all sin kompleksitet, et lite sjokk for mange i sykehusene. Boken var preget av DnVs erfaringer fra industri og oljeutvinning og var omfattende og detaljert. Mange av reglene reflekterte i noen grad rutiner sykehusene allerede fulgte og andre så for så vidt fornuftige ut. For klinikerne, men til dels også teknikerne og administratorene i sykehusene, ble reglene for mange og for detaljerte. De ble stressende. De ble et typisk uttrykk for det «byråkrati» funksjonelt er, eksplisitt regelstyring. Etter hvert som aktørene blir kjent med regler blir de til vaner, til en slags organisatoriske algoritmer, og taper sitt preg av stressende byråkratistyring. DnV modifiserte og tilpasset snart sine regler, men selskapet lyktes ikke i å få gjort systemets regler til naturlige rutiner i den tiden det fikk virke, nemlig til ut i 1993. Avtalen med DnV ble sagt opp samtidig som avtalen med bykollega SINTEF NIS gikk ut. Oppgaven med den videre kvalitetssikringen av utstyret og utstyrsbruken (og nå i hele helsevesenet) ble overført til regionsykehusene. Det komplekse, og for mange

[1052] Forslaget om å bruke DnV kom under en borgerlig regjering. Utvalget spilte kanskje litt opp til hva regjeringen ønsket. Kfr. Jacob W. Nordan, ««*Nordan-rapporten*». *Ved et tiårsjubileum*», *HMT* nr. 3,1995, s. 28-29.

[1053] Jacob W. Nordan, *Medisinsk teknologi*, arbeidsnotat til Sosialdepartementet, 13. februar 1985. Utvalget hadde foruten Nordan representanter fra Sosialdepartementet, Olje- og energidepartementet og NVEs EL-sikkerhetsavdeling. Nordan, som ble ansatt i direktoratet i 1973, var direktoratets sentrale mann når det gjaldt den fysiske godkjennelsen av fylkeskommunenes sykehusplaner og for så vidt også den sentrale person når det gjaldt det vi kunne kalle utstyrsledelse. Foruten ham, var det bare en liten håndfull med personer med teknisk kompetanse i direktoratet (til sammen tre arkitekter og én sivlingeniør).

[1054] Den ISO-standard som ble lagt til grunn i Norge fra slutten av 1980-årene var den internasjonale standard ISO 8402-1986. Den ble fastsatt som Norsk Standard NS-ISO 8402. Den var utarbeidet (oversatt) av Norsk Verkstedsindustris Standardiseringssentral og utgitt i februar 1989. Den ble utgitt med den norske versjonen i venstre, den engelske, i høyre spalte og var på til sammen syv A-4-sider.

fremmedgjørende sikkerhetsregelkomplekset, skulle tilpasses nærmere til tradisjonell sykehuspraksis. Vi nevner igjen at sykehusene nå (1994) også ble pålagt å ha kvalitetsutvalg; organer som skulle bidra til å tilpasse sykehusene litt raskere til den nye sikkerhetskultur. Hvert regionsykehus, samt Sentralsykehuset i Vest-Agder, ble tildelt to årsverk for å ivareta kvalitetssikringsoppgaven.

Vi har nevnt at DnV samarbeidet med det «lokale» regionsykehus. Dette samarbeidet ble gradvis utviklet. Slik «oppdaget» aktørene både i dette sykehuset og sentralt (som Bjelde-utvalget) at denne modellen hadde generaliseringspotensial: Med utgangspunkt i de trønderske erfaringer kunne de andre regionsykehusene (og sykehuset i Kristiansand) mobiliseres og slik gradvis overta kvalitetssikringsoppgaven. DnV bistod med dette overføringsarbeidet. Etter vår periode ble dette regionsykehusbaserte arbeidet utvidet og utdypet, og fikk etter hvert en utpreget nettverkskarakter. Det kom endog i noen grad til å utfordre Helsetilsynets rolle som kvalitetsutviklingsstyrende organ.[1055] Slik gav det premisser både for den fremtidige plassering av kvalitetsutviklingsarbeidet – og dermed av Helsetilsynets rolle generelt – og for organiseringen av sykehusvirksomheten.

Avviklingen av DnVs rolle i kvalitetssikringen på utstyrsområdet kan sees på som uttrykk for en slags «sosialisering». DnV hadde imidlertid bidratt til å styrke de sentrale myndigheters styring med klinikken. Overføringen av kvalitetssikringen til flere offentlige organer, som Helsetilsynet og regionsykehusene og deres nettverk av kvalitetsfolk, representerte imidlertid ikke umiddelbart noen tilstramning av styringen. Den innebar at fagfolk, sentralt, men særlig lokal-regionalt, fikk en større rolle. Det bidro, særlig i første omgang, til at fagkulturens normer ute i klinikkene igjen ble viktigere. Det bidro slik også til å lette styringstrykket. Det er i denne sammenheng interessant at de nye kvalitetsrådgivere som ble ansatt ved sykehusene i hovedsak var sykepleiere. De fleste legene fattet moderat interesse for det nye kvalitetsregime. Deres tilpasning til det nye regelregime ble en tid deretter. Men legene var nå også blitt langt mer utstyrsbevisste enn før; utviklingen av mer «intelligent» teknologi bidro til det. Det spilte også en rolle for kulturen i sykehusene at fysikerne, ingeniørene og etter hvert også informatikerne ble flere, bedre organisert og mer selvbevisste. Den lange tendensen var således ikke egentlig stanset: Styringen strammes gradvis til, også hva gjelder den regelbaserte kontrollen med utstyrssikkerheten.

Lov om medisinsk utstyr, 1994

EØS-tilknytningen gjorde at det 20. mai 1994 ble fremmet forslag om lov om medisinsk utstyr.[1056] Utstyr og forbruksartikler er varer, og skal slik, innen EF, omsettes i markedet etter konkurranse. Konkurransen er imidlertid nokså sterkt regulert, gjennom direktiver. Den er delvis regulert for at den skal fungere (som konkurranse): Der er en viss grad av kunnskapsasymmetri mellom produsent og tilbyder på den ene siden og etterspørrere og (for)brukere på den annen side. Reguleringen skal tvinge de første til å gjøre det mulig for de siste å være «rasjonelle» etterspørrere og brukere. Siden omkostningene ved feil og annen svikt i utstyr og forbruksartikler kan være også medisinsk store – de kan ramme pasienter –

[1055] Kfr. Jan-Erik Hallandvik (1950-2014), *Forbedring, endring eller kontinuitet? Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*, Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2005 (doktoravhandling), s. 91.
[1056] Ot.prp. nr. 76 (1993-94).

trenges en regulering som går utover det bare å gjøre etterspørrerne til bedre etterspørrere. Den nye loven var, som foreslått, slik i stor grad en markedsreguleringslov, og en lov som i så henseende var mer «fullstendig» enn de spesiallovene Norge hadde hatt. De fleste av paragrafene i lovforslaget som var markedsregulerende bygget slik på et stort antall EF-direktiver.

Lovforslaget gikk imidlertid utover det markedsregulerende. Det omfattet også bestemmelser om bruken av utstyret og artiklene. Det heter således i § 1 om «Lovens virkeområde»: «Denne lov regulerer produksjon, markedsføring, omsetning og *bruk* av medisinsk utstyr». De tre første referansene gjelder altså markedsregulering, bare det siste, som er skrevet i kursiv, omfatter måten klinikere og de institusjoner de arbeider ved bruker utstyret og artiklene på. De første referansene kan vi si er industrielle og markedsrettede, den siste helsetjenesterettet. De første følges opp i fem paragrafer, én om «krav til medisinsk utstyr» (§ 4), én om «Merking og markedsføring» (5), én om «Lagring og veiledning ved salg» (6), én om «Informasjon» (7) og endelig én om «Registrering» (av produsent og forhandler) (10). Om reguleringen av bruken er det bare én paragraf, § 8. Den lyder slik: «Kongen kan gi forskrifter om bruk av medisinsk utstyr, herunder kvalifikasjoner hos bruker». Bruksforskrifter gjelder det vi kunne kalle de medisinske prosedyrer; de reflekterer både almene sikkerhetsforhold og faglighet, eventuelt også etiske bestemmelser. Kvalifikasjoner henviser til den tradisjonelle form for kontroll, «inngangskontroll» – en kontroll som langt på vei ble sett på som den eneste naturlige og nødvendige. Med den nye styringen er altså prosesstyring kommet i tillegg; kvalifikasjoner sees ikke lenger på som tilstrekkelig garanti. Resultatkontroll nevnes altså ikke direkte.

Lovforslaget inneholder selvsagt også en paragraf om utøvelse av kontroll med at lover og forskrifter etterleves, nemlig § 9, «Tilsyn». Paragrafen gjelder både markedsreguleringen og bruksreguleringen. Den sier først og fremst at tilsynsmyndigheten kan «innhente de opplysninger som er nødvendige for dens gjøremål etter denne loven». Hva det er, spesifiseres så; «inspeksjon» kan være et passende stikkord. Men det er interessant at inspeksjonen bare gjelder utstyret, ikke brukerne og bruken, og heller ikke egenkontrollen. § 11 gjelder «Meldeplikt ved hendelsesavvik, feil eller svikt». Også her, om enn ikke så klart, gjelder «avvikene» utstyret, ikke bruken av det. Man kan si den delen av inspeksjonen som gjelder bruken har fått sitt lovgrunnlag i helsetilsynsloven og andre helsetjenestelover. Det bidrar imidlertid til å gi lovforslaget et markedsregulerende og EØS-preget tilsnitt. Loven heter jo for så vidt også bare Lov om medisinsk utstyr. Vi skal legge til at loven var en utpreget rammelov: Den overlot svært mye til direktiver og forskrifter. Lovforslaget ble vedtatt uten opposisjon. Loven trådte i kraft den 12. januar 1995. Den erstattet ikke de gamle lover, for eksempel om elektrisitetstilsyn og om bruk av røntgenstråler og radium.

Institusjonslovgivningen – en tilleggskommentar

Som vi delvis har sett blir de helsetjenende virksomheter gjenstand ikke bare for offentlig tilsyn og ulike former for kontroll og tilsyn fra sine pasienter, brukere og kunder; de utsettes også for kontroll og tilsyn fra andre offentlige organer og virksomheter, eller private bedrifter slike har engasjert (for eksempel revisjonsselskaper), for formål som i større eller mindre grad har andre formål enn de helserettede. Utviklingen av det nye helsetilsynet er slik en del av en bredere tilsyns- og revisjonsutvikling, ja, vi kunne også si, nesten altomfattende evalueringsutvikling; kfr. Michael Powers betegnelse «*The Audit Society*» (nevnt tidligere).

Helsepersonellovgivningen

Etter en streng definisjon av en profesjon er det en yrkesgruppe som er autonom (selvstendig) både faglig (teknisk) og etisk (normativt). Autonomien er delvis kollektiv og delvis individuell: Bare profesjonen som sådan kan begrense medlemmenes individuelle autonomi. Tradisjonelt var helsevesenet, eller medisinalvesenet, som vi har sett, helt dominert av medisinen. Den trengte ingen regulering utenfra; en slik var jo nødvendigvis autonomibegrensende. Vi har derfor sett at der nesten ikke var noen offentlig regulering av legene før Norge fikk sin første legelov, i 1927. Den innebar at legene ble offentlig autorisert og i noen grad fikk sider ved utøvelsen av rollen som lege regulert, av staten. Før denne loven kom, var det standen selv, ved Det medisinske fakultet ved Det kongelige Frederiks universitet (fra 1939 Universitetet i Oslo), som autoriserte legene, gjennom godkjennelse av studentenes studieprestasjoner. Men som vi har sett, legene var interessert i statens hjelp til å passe på andre, til dels «illegitime» andre (gjerne kalt «kvaksalvere») og til dels legitime andre (tidlig særlig apotekere, (barber)kirurger og jordmødre, siden et voksende antall andre grupper). Gjennom lovgivning ønsket de å forby de første og sørge for at de andre forble under medisinsk kontroll. De lyktes lenge med begge deler, selv om de aldri syntes at kvaksalverforbudet gikk langt nok.

Legene var selvsagt oppmerksomme på at det hadde sine sider å kreve autonomi. Det hadde de hatt siden Hippokrates tid på 400- og 300-tallet før Kristus. Autonomi kan gjøre at faglig-teknisk og moralsk svikt forekommer, uten at det får konsekvenser for de legene det gjelder. Hvordan begrunnet legene – overfor samfunnet for øvrig – at de selv kunne forebygge svikt og misbruk, overvåke praksis for å se om svikt og misbruk forekom og, hvis svikt og misbruk forekom, gripe inn? Ja, hvordan kunne de på en troverdig måte begrunne at de kunne passe bedre på seg selv og hverandre enn det utenforstående, uavhengige, kontrollører, men også den «annen» part selv, pasientene (befolkningen), kunne? Dette er det medikratiske kjernespørsmål.

Medisinens første svar var defensivt: Ingen andre, hverken ledere over legene eller pasienter «under» dem, er *kompetente* til å bedømme fagligheten. Det var spesielt tilfelle tidligere, hvor kunnskapen var lite dokumentert og anvendelsen av den krevde stor grad av skjønnsutøvelse. Annerledes sagt, så lenge medisinen i hovedsak var kunst var «utenforstående» uegnet som kontrollører. Det andre litt defensive, men normative, svar var at det *unødvendig* å kontrollere legene, for de verdier de tok utgangspunkt i, i første rekke de helseinteresser den enkelte leges pasienter hadde, var de samme som pasientene, og i stor grad også samfunnet, ønsket at legene skulle ta utgangspunkt i. Samfunnet kunne nok ha normative synspunkter som i en del tilfeller innebar at helsemaksimering (helseidealisme) skulle ha forrang for enkeltpasienters helseinteresser (helsealtruisme), men spesielt for den kliniske medisin – som i praksis var den dominerende – spilte denne spenningen mindre rolle. Medisinen aksepterte imidlertid at samfunnet her spilte en prioriterende rolle. Dens interesser gjaldt først og fremst legenes (kollektive og individuelle) kliniske autonomi.

Men medisinen måtte også, mer offensivt, godtgjøre hvordan den aktivt bidro til å sikre både at legene holdt et høyt faglig nivå og opptrådte anstendig. Deres hovedbegrunnelse var utdannelsen: Gjennom en relativt lik, langvarig og meget grundig utdannelse – en utdannelse det gjerne også var vanskelig å komme inn på, bidro medisinen til begge formål. Systematisk opplæring, gjennomsyret av prøver, og drevet av en gren av profesjonen, fakultetslegene, var

altså den viktigste garanti for god og moralsk uklanderlig praksis. Men profesjonen fulgte også opp sine medlemmer senere, fra ed – eller legeløfte, til mange former for videreutdannelse, spesialisering og kunnskapsvedlikehold. Pedagogikken, inngangskontrollen, gikk slik gradvis over i den uformelle sosialt pregede prosesskontroll: Gjennom faglig-sosial inklusjon og eksklusjon, i siste instans også formell eksklusjon, fortsatte standens medlemmer å holde hverandre i ørene etter at utdannelsen var ferdig og gjennom hele karrieren. Etter at legeforeningene ble dannet – den første, den britiske, i 1832, den norske i 1886 – kom de til å spille en økende rolle både som kunnskapsformidlere, med ansvar blant annet for spesialistutdannelsen, og som kontrollører. Kontrolloppgavene utførte de blant annet med utgangspunkt i kollegiale og etiske regler.

Ettersom medisinen ble spesialisert og institusjonalisert, og finansieringen av tjenestene i økende grad kom «ovenfra» eller fra forsikringsordninger, var legene opptatt av at den styring som måtte ledsage disse endringene i størst mulig grad hadde dem selv som utgangspunkt; ellers ville jo autonomien bli begrenset. De forlangte derfor, og fikk også i stor grad, kontroll over de større kliniske organisasjonene, som sykehusene, og i noen grad også medisinalforvaltningen og forsikringsordningene (trygden); det siste skjedde ved at legene, gjennom sin forening, bestemte takstene.

Dette autonomiregime har alltid i større eller mindre grad vært utfordret. Mange i det omgivende samfunn godtok ikke helt ut medisinens forsikringer om at ikke enkeltleger, men også standen som sådan, undertiden misbrukte den tillit de i praksis ble vist. Det ble hevdet at de autoriserte, og fortsatte å anerkjenne, også lite kvalifiserte personer, at de nølte med å gripe inn overfor leger som (stadig) gjorde feil, at de dekket over uhell og feil som ble begått og at de ikke gjorde noe når kolleger opptrådte etisk uheldig, for eksempel ved at de utnyttet pasienter, eller forsikringen/trygden/samfunnet økonomisk eller at de utnyttet pasienter seksuelt. Det ble også reist motforestillinger mot legenes kontroll over klinikk, medisinalforvaltning og trygd; her var muligheten for økonomisk «selvbetjening» for stor og for fristende.[1057] Når alt kom til alt, kunne det ikke ha noe med selvstyret å gjøre at legestanden var en økonomisk og sosialt priviligert stand?

Selvkontrollregimet var utvilsomt «fortungt». Hovedvekten ble lagt på utdannelsen, både hva faglighet og etikk angår. Når standen så hadde sertifisert de nye leger kunne de stor sett forbli leger resten av karrieren og ikke risikere for mye kollegial, eller for den saks skyld, annen inngripen. I en del, men gjerne ekstreme, tilfeller ble det grepet inn fra de kollegiale tilsynsmyndighetene. Der skjedde en del løpende uformell kontroll. Pasientene kontrollerte også på sitt vis, særlig ved å forlate en lege, men i noen tilfeller, som vi skal komme tilbake til, ved å gå til erstatningssøksmål mot en lege – spesielt for påstått feilbehandling.

Det som gjorde at legene krevde autonomi, nemlig fagets kunstneriske preg og etikkens «selvsagthet», var en viktig grunn til at kontrollen først og fremst skjedde gjennom utdannelsens sertifisering. Dette preg ved medisinen gjorde det vanskelig ikke bare for

[1057] Amerikanske økonomer, som Milton Friedman (1912-2006), talte om «regulatory capture»: Produsenter av ulike slag, her leger og deres foreninger, skaffet seg en viss rad av kontroll over de regulerende myndigheter. Friedman ville således at endog lisensieringen (autorisasjonen) av nye leger skulle opphøre; ble der konkurranse ville de beste behandlere klare seg, enten de var tradisjonelle leger eller hadde en annen utdannelse og bakgrunn. Kfr. hans *Capitalism and Freedom*, Chicago: University of Chicago Press, 1962. Clayton Christensen, og til dels Michael Porter, som vi har henvist til tidligere, bruker ikke uttrykket «cognitive capture» om det som skjer i behandlingsmarkedet, men henviser i virkeligheten, kritisk, til den praksis betegnelsen gjelder. Denne praksis hindrer i mange tilfeller endring som bør skje, sier Christensen.

«utenforstående», men også for andre leger å intervenere. I tillegg kom tidens kultur; den var preget av sosiale hierarkier. Legestanden var øvrighet, og overfor den og dens representanter var pasienten respektfull. Det var en selvfølge at også leger slik viste hverandre respekt.

Etter hvert endret disse forutsetninger seg. Medisinen utviklet seg fra å være intuitiv kunst til å bli mer kausalt presist basert og ble mer og mer regelpreget og til dels resultatgaranterende. Delvis som et svar på denne utviklingen, men også på den generelle samfunnsutvikling, tapte den medisinske etikk sitt intuitive dydsetiske preg og ble mer preget av juridisk inspirert regeletikk og økonomisk inspirert konsekvens- eller nytteetikk. Samtidig ble den sosiale kultur mindre preget av tradisjonsbasert dyrkelse av eliter; ja, den avmystifisering av medisinen som fagutviklingen skapte, bidro til denne utviklingen. Dette begynte for alvor å vise seg i 1970-årene, men ble forsterket utover i 1980- og 1990-årene. Premissene var lagt både for nærstyring, nærledelse og nærkontroll. Men vi må føye til: At slik ledelse og slik kontroll nå for alvor begynte å bli mulig skyldes også den generelle utviklingen av informasjonsteknologien, som endret det kliniske rom fra å være et lønnkammer til å bli en teaterscene og som etter hvert gjorde pasientjournalene tilgjengelige også for styringsformål.

Vi skal nå se på hvordan denne utviklingen manifesterte seg gjennom lovutviklingen, i første omgang ved vedtagelsen av den nye legeloven i 1980, men også hvordan de endringer som kom med den ble fulgt opp gjennom 1980- og 1990-årene og førte frem mot helsepersonelloven i 1999. Den siste skal vi her bare kort omtale, siden den ligger utenfor «vår» periode.

Legelovene, 1927 og 1980

Loven av 1927

1927-loven gav medisinalmyndigheten svært begrenset myndighet til å gripe inn overfor leger og deres virksomhet. Loven var først og fremst en autoriserings- og lisensieringslov, altså en lov for inngangskontroll. Etter loven skulle fra nå av departementet autorisere medisinske kandidater og gi mer eller mindre avgrenset lisens til ulike utenlandske leger – medregnet (fra 1960) svenske og finske «grenseleger», til turnuskandidater (fra 1955) og til medisinske studenter (for feriearbeid). Det var imidlertid i liten grad departementet som skulle foreta de egentlige vurderinger av de ulike gruppene. Det medisinske fakultet stod i praksis fortsatt for hele vurderingen av kandidatene og i de viktigste henseender også av dem som skulle ha en (hovedsakelig) midlertidig lisens. Etter loven (§ 2) var således grunnlaget for autoriseringen av en kandidat at vedkommende hadde bestått embedseksamen i medisin, utført den praktiske tjeneste Kongen til enhver tid satte for å kunne utøve legevirksomhet og utvist (god) moralsk vandel. I tillegg måtte han eller hun ha avgitt legeløftet om å ville utøve legevirksomheten overensstemmende med hva ære og samvittighet krever. Fakultetet sertifiserte utdannelsen, utformet vandelsattesten og forvaltet løfteavleggelsen. Andre (foresatte) leger godkjente den praktiske tjeneste. Det het også i loven (§ 2) at når betingelsene for autorisasjon var oppfylt, kunne ikke departementet nekte å gi en lege autorisasjon. Lægeforeningen og fakultetsrådets flertall hadde derfor et poeng når de så på overførselen av autorisasjonsordningen (lisensordningen) fra fakultetet til departementet som overflødig. Fakultetsflertallet (11 av 16) kunne således henvise til hva det i 1905 hadde uttalt til den kongelige lægekommission (som

også hadde utredet legelovspørsmålet), nemlig «at der for tiden ikke vilde være noget reelt vunnet ved at meddelelsen av jus practicandi foregikk ved en annen autoritet, når denne skjedde på basis av de av fakultetet utstedte testimonier».[1058]

Loven fikk noen bestemmelser som gav grunnlag for kontroll med virksomheten legene drev. Således het det i § 3 at Kongen kunne kreve at bestemte undersøkelses- og behandlingsmåter som kan medføre fare for den sykes liv eller helbred kan forbeholdes leger med en spesiell utdannelse. Andre leger fikk altså forbud mot å bruke bestemte metoder. I § 5 het det at Kongen gir alminnelige bestemmelser om resepters avfattelse og at resepter for bestemte legemidler skal oppbevares på apotek for tilsynsformål. I § 7 het det at leger har plikt til å gi (øyeblikkelig) hjelp når slik er påtrengende nødvendig. I § 10 kom det inn bestemmelser om hvordan legen skal oppføre seg når han antar pasienter han har, har epidemiske eller smittsomme sykdommer. Av § 12 fremgikk det at legen har plikt til å «gjøre ordnede optegnelser over sin lægevirksomhet» og i § 14 at han har taushetsplikt. Ellers var det bestemmelser i loven av mer medisinaladministrativ art, som at legen skulle skrive en årlig medisinalberetning og gi diverse opplysninger til medisinalstyrelsen, for eksempel om pasienter med smittsomme sykdommer.

Disse bestemmelser representerer ingen omfattende inngripen i legenes praksis. De er uttrykk for litt av den justis legene mente de allerede selv drev og lenge hadde drevet, for eksempel hva angår taushetsplikt og journalførsel. Medisinalmyndighetene støttet seg endog til fakultetet i flere av sakene, som i tilfellet med «spesialbehandling» (§ 3). Slik sett reflekterer loven, også hva angår legenes praksis, mer det medikratiske regime enn den utfordrer det. Men det er allikevel viktig at noe av den legelige egenjustis ble flyttet over til myndighetsorganer, selv om denne i stor grad er legelig. Loven bidro til å «forberede» legene på å komme under (fremmed) «administrasjon». Man kan også si at kravet om å utvise sparsommelighet var et varsel om en mer nærgående økonomisk ledelse.

Det bidro til å innvarsle et regimeskifte at overtredelser av bestemmelsene i loven kunne føre til straff (§ 20), nemlig bøter eller fengsel i inntil tre måneder. Leger kunne imidlertid ikke (også) tape autorisasjonen som følge av brudd på pliktnormene i loven. Tape autorisasjonen (for kortere eller lengre tid) kunne de bare i et helt spesielt tilfelle (§ 16), nemlig når de hadde vist seg *uskikket* til å utøve sin virksomhet, men bare hvis uskikketheten skyldtes «sinnssygdom eller sjelelig svekkelse». Siden ble nok en grunn til uskikkethet føyet til, nemlig «misbruk av sterke drikker og misbruk av bedøvende midler». Det skulle altså svært meget til for at en lege skulle tape sin praksisrett; åpenbar inkompetanse eller moralsk svikt som ikke ble rammet av straffeloven, gav ikke grunnlag for autorisasjonstap. Praktisk talt ingen mistet da heller autorisasjonen på grunn av uskikkethet betinget av sinnsykdom eller rusproblemer. Men leger kunne også tape retten til å praktisere (for en tid) hvis de ble dømt for brudd på straffeloven (1902), og noen (flere enn på grunn av uskikkethet) tapte denne retten av denne grunn.

[1058] Sitert etter Ot.prp. nr. 28 (1924), s. 4. Det bør føyes til at en ny departemental komité, med mange legerepresentanter, i 1921 anbefalte at departementet overtok autorisasjonsretten. Mange ledende leger, blant annet Karl Wilhelm Wefring (1867-1938) (bl.a. overlæge for statens sindssykevæsen 1919-1927 og medisinaldirektør 1927-1930, samt stortingsmann (Fr. V) og statsråd), gikk nå aktivt inn for «sosialisering» av denne retten. For mange leger hadde det også en symbolsk betydning at staten autoriserte leger – altså gikk god for dem. Det gav legene en spesiell autoritet. Fra gammelt av hadde det å være statlig embedsmann ellers vært forbundet med ære blant leger. Det som skjedde da autorisasjonen ble «sosialisert» er nærmere omtalt av Per Haave (f. 1958) i artikkelen «Da legen skulle autoriseres», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, bd. 127, nr. 24, 2007, ss. 3267-3271.

Loven av 1927 bekreftet altså mer enn den utfordret den medikratiske forståelsen av legerollen. Men prosessen med å utfordre denne forståelsen, og dermed medikratiet som ledelsesregime i klinikken (særlig), var startet. Loven ble etter hvert endret på noen punkter, men den loven som mer alvorlig skulle utfordre medikratiet kom først i 1980, etter en utredning som startet i 1971 og var fullført i 1975.[1059] Den endringen som skjedde i 1957 bør dog nevnes. Da kom der til bestemmelser om legers forskrivning av bedøvende midler.[1060] I en ny § 5 a. kom det i første ledd til å hete:

> *Dersom det er skjellig grunn til å anta at en leges forskrivning av bedøvende midler må anses som uforsvarlig legevirksomhet, kan departementet etter forgjeves å ha advart ham, bringe saken inn for Kontrollrådet for legers forskrivning av bedøvende midler.*

En ny § 5 b. kom i første ledd til å få dette innhold:

> *Finner rådet at legens forskrivning må anses som uforsvarlig legevirksomhet, kan det for en bestemt tid av inntil 5 år frata legen rett til å forskrive alle eller enkelte grupper av bedøvende midler.*

Det rådet det henvises til kom også til ved lovendringen (§ 5 c.) Rådet skulle bestå av fire medlemmer, to jurister (formannen måtte fylle vilkårene for å være h.r.dommer) og to leger. Beslutninger om å frata eller gi tilbake en lege forskrivningsretten krevde et fulltallig råd og at tre stemte for beslutningen (om fratagelse eller tilbakegivelse).

I § 5, ble det føyet til som nytt annet punktum en bestemmelse om at en lege ved erklæring til departementet for en bestemt tid kan gi avkall på retten til å forskrive alle eller enkelte grupper av bedøvende midler.

Endringen markerer en innstramning i kontrollen. Den gjør det på to måter, nemlig ved at et *forvaltningsorgan* (Kontrollrådet) kan frata en lege en rettighet (for en tid) og ved at et mer faglig-moderne kriterium enn uskikkethet, *faglig uforsvarlighet*, blir lagt til grunn for vurderingen av legers praksis (i et bestemt henseende). I 1960 kom det en tilføyelse til § 2 nr. 1 om at den som har fått legeautorisasjon i ett nordisk land, kan få det også i de øvrige, hvis de nødvendige tilleggsprøver er bestått.[1061] Man kan se på denne endringen i loven som en tilpasning til et stadig mer internasjonalt legemarked, der legekompetansen får et mer og mer standardisert og abstrakt preg.

[1059] Innstillingen fra utvalget ble publisert som NOU 1976: 1, *Legers og tannlegers rettigheter og plikter*. Utvalget var ledet av h.r.advokat Signe Marie Stray Ryssdal (1924-2019) og bestod ellers av to jurister (regj.advokat Hans Michelsen (1920-2014), eksp.sjef Knut Munch-Søegaard), to leger (professorene Axel Strøm (1901-1985) og Martin Seip (1921-2001)) og to tannleger (professor Einar Hals (1907-2002) og gen.sekr. (DNT) Arne Sollund (f. 1926)). Utvalgets unge, driftige og viktige sekretær var konsulent i Rikstrygdeverket (senere univ.stip.), Asbjørn Kjønstad.

[1060] Lovendringsforslaget ble fremmet som Ot.prp. nr. 52 (1957) og hadde tittelen *Om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter*.

[1061] I 1965 kom det til en parallell endring i § 16, som innebar at tap av autorisasjon i ett land gav grunnlag for tap også i et annet.

Legeloven av 1980

Innstillingen fra utredningsutvalget av 1971 (Ryssdal-utvalget) ble i all hovedsak fulgt opp av regjeringen. Lovforslaget ble lagt frem, behandlet og vedtatt våren 1979[1062]. Den nye loven trådte altså i kraft fra 1980. Den var i stor grad en videreutvikling av den gamle loven, men fikk også noen bestemmelser som peker utover den gamle, nokså medikratiske, loven. Den nye loven var en videreutvikling av den gamle, for så vidt som den i stor grad var basert på to hovedsakelig medikratiske prinsipper. For det første var den basert på prinsippet om at legene selv i all hovedsak skulle definere innholdet i de kliniske legerollene, normativt og faglig, og til dels også bestemme det vi kunne kalle deres organisatoriske innramming. Det siste var viktig fordi organisasjons- og finansieringsforhold kunne påvirke det kliniske innhold i legerollene. For det annet var den basert på prinsippet om legelig egenkontroll. Egenkontrollen skulle dels bestå i at legelige organer sertifiserte leger ved utdannelsesløpets slutt og dels i at legene overvåket hverandre, og, hvis det krevdes, grep inn overfor dem som hadde sviktet. Men den pekte også utover den gamle loven og egenstyret. Den gav flere premisser for å «sosialisere» mer av organisasjonsfunksjonene, sider ved legerolleutformingen som særlig hadde med legenes forhold til det omgivende samfunn å gjøre, og endog sider ved den kliniske rolleutformingen. Disse «sosialiseringspremissene» var ikke ensidig nytteorientert, men gav nyttetenkningen og nyttestatligheten større plass.

At legene skulle beholde kontrollen med utformingen av legerollene viste seg først ved at fakultetenes sertifisering av legene uten spørsmål ble lagt til grunn for den første autorisering og lisensiering (§§ 2, 3 og 4).[1063] Et mindre poeng i denne sammenheng er at legene fikk beholde det gamle legeløfte; dog nå i skriftlig form. Legene skulle love å praktisere som «ære og samvittighet» tilsa. Utredningsutvalget hadde foreslått et mer nytteinspirert løfte, nemlig at legen skulle avgi «skriftlig forsikring om at han samvittighetsfullt vil oppfylle sine plikter som lege» (forslaget § 1-3). Det gamle løfte tar i større grad enn utvalgets nye utgangspunkt i at legens kompetanse og etikk kommer innenfra, og er en del av hans eller hennes personlighet og karakter. Utvalgets forslag er i større grad uttrykk for at både kunnskapen og etikken betraktes som noe som kan formaliseres og slik sertifiseres utenfra og ovenfra. Departementet ble imidlertid «overveldet» av mange av de legelige remissinstansenes engasjement for å få beholde det gamle løftet og valgte å bønnhøre dem, og slik også å gi en liten konsesjon til medikratiet.

Utviklingen av medisinen hadde nå for alvor aktualisert spørsmålet om en «sekundærautorisering», nemlig av spesialister. Etter at spesialitene ble godkjent av Lægeforeningen i 1918 hadde foreningen hatt ansvaret for sertifiseringen av spesialistene. Nå ble dette ansvaret «sosialisert», uten at noen i legekretser reagerte negativt på det.[1064] Det het i

[1062] Ot.prp. nr. 1, 1979-80, *Om lov om leger og om lov om tannleger*.

[1063] Det kom også med en bestemmelse om ansvarsforsikring/sikkerhetsstillelse som betingelse for å bli autorisert (§ 5). Utvalget hadde ikke foreslått en slik bestemmelse, ut fra frykten for «amerikanske tilstander» (med mange erstatningssøksmål).

[1064] Helsepersonellkomiteen hadde i 1967 foreslått at staten skulle overta ansvaret for utdannelsen og godkjennelsen av spesialister. Også sykehusmeldingen («nr. 9»), som Stortinget godtok våren 1975, pekte på denne løsningen. Lægeforeningen reagerte negativt i det første tilfelle, men godtok i prinsippet tanken i det annet tilfelle, mot at foreningen kunne få beholde den praktiske organiseringen av spesialistutdannelsen og spesialistgodkjennelsen. Foreningen pekte ved siste korsvei på at Spesialitetsrådet, det fagkyndige organ for spesialistutdannelsen, hadde to medlemmer fra Helsedirektoratet og tre fra fakultetene (i et råd på ti). Beslutningsprosessen omkring dette spørsmålet er nærmere omtalt i Per Haave, *I medisinens sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*, Oslo: Unipub, 2011, kap. 11.

den nye loven, § 13, at «Kongen gir alminnelige forskrifter om godkjenning av leger som spesialister innen en avgrenset del av medisinske fagområder».[1065] Det het videre at Kongen kunne «gi forskrifter om vilkår for å beholde godkjenning som spesialist, og om tilbakekall av slik godkjenning». Det het dessuten at Kongen kunne gi forskrifter for tildeling av spesialistgodkjennelse og treffe enkeltbeslutninger om godkjennelse og tilbakekalling av godkjennelse.

Når hverken forening eller andre medisinske instanser reagerte, skyldes det at paragrafen også inneholdt en bestemmelse om at «Departementet kan delegere myndighet til å treffe enkeltvedtak om godkjenning av spesialister og å gi nærmere forskrifter om dette til Den norske lægeforening». Også hva gjaldt spesialistregler og godkjennelse av spesialister forble altså i virkeligheten alt som før. Det forble medikratisk. Sosialiseringen av det formelle ansvar for spesialistutdannelsen var dog et tegn i tiden. Interessant var det også at fagstyret nå for alvor ble mer fragmentert. Lægeforeningen *var* langt på vei standen hva angikk spesialistutdannelse og spesialistgodkjennelse. Den praktiske utdannelsen stod imidlertid de erfarne legene ved sykehusene for. Denne utdannelsen var mester/svenn-basert og reflekterte det forhold at medisinen først og fremst var en intuitivt preget disiplin. Etter hvert ble kravene til hvem som skulle drive utdannelsen skjerpet; det skjedde fra 1930-årene av. På den måten ble fakultetenes, og teoriens, rolle styrket. Der kom etter krigen, og særlig fra 1950-årene av, inn krav om basale teoretiske kurs og kanskje eksamener. Den mer presise regelmedisinen meldte sin ankomst.[1066]

Parallelt med at fakultetenes rolle økte, økte også medisinalforvaltningens: Den presise medisin gav den et bedre grunnlag for styring. Da Lægeforeningen i 1960 opprettet Rådet for lægers videre- og etterutdannelse, et råd som i første omgang (1960–1964) bare delvis fungerte, kom både fakultet og direktorat med i rådet, og i dets etterfølgende organer. Medisinen ble, som medikrati, mer og mer tredelt mot slutten av fagstyreperioden, i et forenings-, fakultets- og statsmedikrati. Disse var dessuten, både som en følge av fagutviklingen og som følge av et økende verdimangfold, internt spenningsfylte.

Når det gjaldt den løpende praksis het det i § 15 at «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». Punktet om forsvarlighet skal vi komme tilbake til. Her er det henvisningen til uavhengigheten som er viktig: Legene kan, også i sin løpende praksis klinisk praktisere på en måte de selv finner å være forsvarlig, åpenbart både faglig og etisk, og kan ikke få sitt fagskjønn (og etikkskjønn) overprøvet av andre. Bestemmelsen er en tydelig markering av at legeautonomien, særlig individuelt, men i siste instans også kollektivt, fortsatt

[1065] Dette betydde imidlertid ikke at det å praktisere innen de ulike spesialiteter innebar at de som ikke var spesialister (på de aktuelle områder) ikke kunne bruke (noen av) de samme undersøkelses- og behandlingsmetoder som spesialistene. Medisinen ble ikke slik presist revirinndelt. Etter § 14 kunne imidlertid Kongen bestemme at bestemte måter å praktisere på bare kunne benyttes av leger departementet hadde gitt spesiell tillatelse til å benytte.

[1066] Haave henviser i sin bok om spesialistutdannelsens historie til anatomiprofessor Alf Brodals (1910-1988) uttalelse fra 1951 om at «Det var i laboratoriene og ikke ved sykesengen legene fikk innsikt i «de biologiske lover og prosesser»». Brodal tok kraftfullt til orde for å knytte spesialistutdannelsen nærmere til basalfagene. Kfr. Haave, *op.cit.*, s. 153 (sidetallshensvisningen gjelder det stensilerte manuskriptet til boken). Senere tok anatomen Wilhelm Harkmark, siden professor ved Universitetet i Bergen, mer offensivt til orde for å akademisere spesialistutdannelsen. Det fikk Lægeforeningens sentrale mann i 1950-årene hva angikk spesialistutdannelsen, professor (og tidligere president og «sosialist»), Axel Strøm, til å advare mot å «gå for langt i retning av å innføre planøkonomi spesialistutdannelsen også». (Sitert etter Haave, s. 162).

gjelder. Det er henvisningen til forsvarlighet som markerer den kollektive autonomi: Standen som sådan, blant annet gjennom Lægeforeningens etikkråd, kan vurdere om en lege har opptrådt (u)forsvarlig.

I neste paragraf (16) heter det at en lege i sin virksomhet kan «nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellets kvalifikasjoner, ..» Man kan si at denne bestemmelsen igjen markerer legeautoritetens selvstendige, men nå også potensielt overordnede karakter. I bestemmelsen brukes bevisst ikke (det gamle) uttrykket «medhjelper» – det kan oppfattes som nedverdigende – men autoritetsforskjellen forsvinner jo ikke dermed. Det er legen som bruker andre, ikke andre som bruker legen. I paragrafens overskrift står det «Samarbeid med helsepersonell», et uttrykk som gir forholdsvis egalitære assosiasjoner, men det står «med», ikke «mellom» og et hierarkisk element sniker seg slik inn. Også bruken av ordet forsvarlighet røper den hierarkiske tenkning. Allikevel er paragrafen formulert slik at den peker i mer horisontal retning. Den «varsler» at samarbeidsforholdene etter hvert vil bli mer egalitære, nemlig ettersom de andre gruppene trekkes mer og mer inn i arbeid som teoretisk kan kalles enten submedisinsk eller subteknologisk, men som i praksis utføres uten særlig medisinsk ledelse. Her spiller også den økende profesjonsbevissthet blant (spesial)sykepleiere, bioingeniører, radiografer og andre en stor rolle: «Sykepleieropprøret» skjedde høsten 1973. Det heter også i paragrafens siste ledd at «Departementet kan gi nærmere forskrifter om legers samarbeid med helsepersonell».

Loven gir altså legen et omfattende ansvar for å praktisere forsvarlig. Han eller hun får i stor grad et ansvar som om vedkommende var en fri profesjonell og ikke en arbeidstager eller kontraktør. Slik «avlastes» i viktige henseender eventuelle ikkelegelige arbeidsgivere for mye «fagansvar». Det samme er delvis tilfelle for «medhjelpernes» virksomhet; legen blir ansvarlig hvis han har utøvet et uheldig skjønn når han har brukt medhjelpere. Men ansvaret er begrenset til det. Hvis medhjelpere går utover den rolle de har fått av legen, og de begge er ansatt hos samme arbeidsgiver, er det arbeidsgiveren som er ansvarlig, ikke den aktuelle legen. Det fremgår, understreker utvalget, av lov om skadeserstatning av 1969.[1067]

I klinisk henseende er altså legene i utgangspunktet relativt autonome, og også andres overordnede. Det betyr at legene klinisk i stor grad skal passe på seg selv og hverandre. Slik ligner den nye loven på den gamle. Den nye loven legger imidlertid premissene for en mer omfattende offentlig kontroll med legenes praksis. Under den gamle loven var denne kontrollen svak. En lege som gjennom sinnsykdom eller kjemisk avhengighet hadde vist seg uskikket, kunne, for en kortere eller lengre tid, av domstolene frataes autorisasjon eller lisens. I tillegg kunne en lege på ulike vis, også med bøter eller fengsel, straffes etter straffeloven eller av pasienter bli utsatt for erstatningssøksmål. Etter straffelovens § 157 nr. 2, kunne den som «under Lægevirksomhed anvender nogen Behandlingsmaade, som ikke er egnet til at helbrede eller motvirke Sygdommen, straffes med Fængsel indtil 6 Aar». Den som slik finnes skyldig kunne, etter § 29 nr. 2, tillike fradømmes retten til å utøve legevirksomhet. Straffeloven inneholdt slik en bestemmelse som gav grunnlag for mer løpende kontroll med om legers praksis faglig holdt mål, altså ble det som fra 1957 ble omtalt som forsvarlig. Straffeloven ble imidlertid ikke brukt slik[1068]; kanskje fordi den medikratiske kultur gjorde det uaktuelt. Bestemmelsen om uskikkethet var jo også en bestemmelse som gjaldt legens karakter, ikke hans handlinger. Ettersom kunnskapen ble mer presis og etikken ble mer

[1067] NOU 1976: 1, *op.cit.* s. 45.

[1068] Se *ibid.*, s. 35.

deontologisk og (særlig) utilitaristisk, ble det mer og mer aktuelt å tale om kunnskapen, og etikken som noe uavhengig av legen, men som legen i større eller mindre grad behersket og la til grunn for sin virksomhet. Å følge «ytre» kunnskap og etikk var å opptre forsvarlig, og ikke gjøre det, å opptre uforsvarlig. Det siste var uttrykk for *mala praxis*. Det var derfor naturlig å ta ibruk u/forsvarlighetsbegrepet i 1957 (ved bruk av bedøvende midler). Nå (1979) var det aktuelt å innføre en generell bestemmelse om forsvarlighet, eller rettere – uforsvarlighet: Ryssdal-utvalget foreslo derfor i sitt forslag til ny legelov i § 7 å utvide listen over uskikkethetsgrunner, og dermed også grunner til å trekke tilbake autorisasjonen, til også å gjelde uforsvarlig legevirksomhet og virksomhet som var uverdig for en lege.

Ryssdal-utvalget nøyde seg imidlertid ikke bare med disse tilleggsgrunnene. Det ville også ha med disse kriteriene og departementet fulgte det opp: «psykisk eller fysisk svekkelse, høy alder, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med liknende virkning, grov mangel på faglig innsikt,..». § 7 ble slik en paragraf som kombinerte gammelt og nytt. Utvalget og departementet klarte ikke her å legge det gamle skikkethetskriteriet bak seg. Ja, det forble overordnet, men når kriterier som uforsvarlighet taes med, og refererer til noe utenfor legene – nemlig formalisert kunnskap og etikk – er de andre kriteriene, også de andre nye, unødvendige. I en viss forstand tok også departementet, og Stortinget, konsekvensen av det når de under kapitlet om legers plikter tok med en «positiv» bestemmelse om forsvarlighet (§ 24): «En lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig». Det ble føyd utdypende til: «Han skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp». Enda mer offensivt kom det til å hete at pasienten skal få de opplysninger om sin helsetilstand og behandling «han bør ha», og at legen «Så vidt mulig» skal «la pasienten selv medvirke ved behandlingen». Her ble altså forsvarlighet lagt generelt til grunn, ikke bare som grunnlag for sanksjoner (uforsvarlighet), men også for mildere og mer pedagogiske reaksjoner, altså for kvalitetsrettet tilsyn. I tillegg ble det gitt premisser for at pasienter i større grad kan gjøres til sine egne leger og kontrollører av legene. Vi skal komme tilbake til dette når vi ser nærmere på pasienrettighetsspørsmål.

Forsvarlighet eller mangel på sådan er et spørsmål om legens handlinger, altså i prinsippet noe som er uavhengig av legen som person, selv om det i praksis ikke lar seg gjøre å skille handlingene helt fra personen. Det er jo eventuelt også personen, altså legen, som må frataes autorisasjonen. Selv om moderne strafferett innebærer at det er handlingen, ikke personen, som skal vurderes, er det stadig personen som straffes. Overgangen til å vurdere forsvarligheten reflekterer imidlertid overgangen til et mer presist medisinsk regime og åpner opp for en langt videre overvåkning og kontroll, ja, ettersom den digitale overvåkningsteknologi taes i bruk, i prinsippet for en total(itær) overvåkning og kontroll – altså ledelse – av leger, og for så vidt alt helsepersonell.

Den nye legeloven representerer altså en blanding av det gamle fagstyre og det nye, profesjonelle, nytte(stats)styret. Skikkethet viser tilbake i tid, forsvarlighet frem i tid. Når forsvarligheten knyttes til skikketheten (som i § 7) markeres også den tradisjonelle negativitet i tilsynsinngripenen: Myndighetene griper bare inn overfor leger som åpenbart svikter, altså opptrer grovt uforsvarlig, ikke generelt for å bidra til at legene ikke bare opptrer så vidt forsvarlig, men bortimot fremragende. Forsvarlighetstenkningen isolert sett, som § 24 er et uttrykk for, peker utover den tradisjonelle og spesialiserte tilsynsvirksomhet og mot den generelle ledelsestenkning. Det er ikke så underlig at man begynte å bli oppmerksom på dette mot slutten av 1990-årene, og dermed også begynte å stille nye spørsmål om tilsynsvirksomhetenes plassering.

Hvis forsvarligheten i en leges praksis skal kunne vurderes på en mer presis måte, kreves det (§ 42) både at legen nøye skriver ned det hun eller han gjør, altså fører journal («opptegnelser») – og gjør seg overvåkbar, og at de som skal føre tilsyn kan få innsyn i journalen. Det åpnes i journalbestemmelsen for at departementet kan gi «nærmere forskrifter om hvordan opptegnelser og journal skal føres,..» Det gies slik premisser for en gradvis spesifisering av hvordan legen skal gjøre seg mer og mer overvåkbar. Noe av den gamle hensynsfullhet og ærefrykt overfor legen (1927-loven) er altså fjernet. Det viser seg for øvrig også i de neste paragrafene (43–45), hvor det gies hjemler for at domstoler og departement, når det kan være mistanke om at en lege har opptrådt uforsvarlig, kan få adgang til vedkommendes journalnotater i den aktuelle sak. Hvis det er en institusjons, for eksempel et sykehus', praksis man er usikker på, kan også institusjonen måtte fremlegge relevant journalmateriale, eventuelle røntgenbilder medregnet, for domstol eller departement.

I § 45 åpnes det også for at pasienter kan få innsyn i sin journal, «med mindre legen av hensyn til hans helse eller hans forhold til person som står ham nær, finner det utilrådelig at han får kjennskap til den (journalen) eller deler av den». Den nye loven styrker altså ikke bare kontrollen ovenfra, men også, om enn litt betinget, nedenfra. Den gjør at medikratiet, forsiktig, angripes fra to kanter.

Etter loven av 1927 kunne overtredelser av lovbestemmelser først og fremst resultere i yrkeseksklusjon, altså et dramatisk sosialt identitetstap, eller domstolsstraff (bøter, fengsel), også en drastisk straff. Dette reflekterte i det første tilfelle hippokratisk etikk: standen ekskluderte dem som sviktet faglig og etisk. Men det reflekterte også en nesten ubegrenset tillit til legestanden og legen: Gjennom opplæring og videreopplæring, etisk oppdragelse og kollegial kontroll, sørget standen og legene selv for hva som ellers krevdes. Lovendringen fra 1957, om (midlertidig) tap av deler av praksisadgangen, representerte et lite skritt i reaksjonsdifferensierende retning. Med den nye medisinalstyringen, basert på u/forsvarlighet, ble det åpnet for en langt mer nærgående og gradspreget, og mindre «binær», form for kontroll og tilsyn. Da trengtes imidlertid også mer gradspregede offentlige virkemidler. Der fantes slike før, de som standen selv brukte: gjensidig overvåkning, rådgivning og eventuelt tilsnakk og kritikk. Da Ryssdal-utvalget arbeidet, var det blitt en utbredt oppfatning på styringshold at den indre justis i legestanden ikke fungerte effektivt. Der trengtes en offentlig sådan. Gjennom forsvarlighetstenkningen, hjulpet av en ekspanderende regelmedisin, foreslo derfor utvalget, og det fulgte departementet opp, at tilsynsreaksjonene overfor leger som hadde trådt feil også kunne være tilrettevisninger og advarsler. I § 51 ble det hetende:

> *Den som overtrer denne lov eller bestemmelse gitt i medhold av den, eller på annen måte handler ukorrekt eller i strid med god legeskikk, kan av departementet gis skriftlig tilrettevisning eller advarsel.*

Det føyes til, at før skriftlig advarsel gies skal legen det gjelder ha fått adgang til å forklare seg.

Departementet bemerker at denne bestemmelsen reelt sett «neppe» er så ny, siden det ligger i departementets og Helsedirektørens «stilling som administrativ ledelse og tilsynsinstans for helsetjenesten» uten spesiell lovhjemmel kan uttrykke «kritikk og påpeke feil og forgåelser». Departementet «antar» imidlertid «at det kan være en fordel å ha en positiv lovbestemmelse om dette».[1069] Det som skjer er nok noe mer prinsipielt enn lovkonsipistene her antyder.

[1069] Ot.prp. nr. 1 (1979-80), s. 247-248.

Under den gamle, medikratiske, ordningen var tilsynet pedagogisk-kollegialt og individualisert. Nå standardiseres reaksjonene. Det vil si at de avpedagogiseres og avkollegialiseres. De gjøres mer rettslige. Men skal de virkelig bli rettslige kreves det at medisinen også blir mindre intuitiv og mer presis og regelorientert. Det var det den nå begynte å bli. Når vi omtaler den såkalte Diprivan-saken skal vi se at rettsliggjøringen av de moderate reaksjonene blir et poeng.

Vi ser ellers at det i § 51 til dels brukes gammel terminologi – «handler ukorrekt eller i strid med god legeskikk». Her brukes dog den gamle terminologi for et nytt formål.

Den andre, ikke medisinsk-profesjonelle reaksjonsformen, bot eller fengsel, fikk nå dette lovgrunnlaget (§ 52):

> *Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer denne lov eller bestemmelse gitt i medhold av den, straffes med bot eller med fengsel inntil 3 måneder.*

Bestemmelsen gjaldt for så vidt loven generelt, men var spesielt aktuell i de tilfeller der det var tydelige bestemmelser i loven, for eksempel om journalførselsplikt, om taushetsplikt, om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp og om diverse former for meldingsplikt.

Det er også uttrykk for forsiktighet og konsesjoner til fortiden at det, etter forslag fra utvalget, og oppfølging av departementet, bestemmes at det opprettes et Statens legeråd (§§ 48–50). Rådet, med tre faste medlemmer (en jurist som formann og dertil to leger) og, etter behov, medisinske eksperter og to legpersoner, skal gi departement og direktorat råd, spesielt i prinsipielle spørsmål knyttet til lovanvendelsen. Det åpnes for at departementet kan delegere beslutningsmyndighet til rådet. Rådet ble oppnevnt for første gang 18. desember 1981 (etter den nye loven) og begynte å fungere i 1982. Det ble nedlagt da legeloven ble erstattet av en generell helsepersonellov, en lov som ble vedtatt i 1999 og som trådte i kraft fra 2001.

Rådet var et kombinert juridisk og medisinsk organ. Det var altså ledet av en jurist (lagdommer til og med 1991, siden to byrettsdommere), og hadde juridiske sekretærer, men var som nevnt kvantitativt preget av leger. Det juridiske formannsskap reflekterer den nye tid og det nye regime; legene reflekterer i stor grad den tradisjonelle skjønnsmedisinen. Etter hvert som jusen blir mer talende og medisinen mer presis og regelorientert taper rådet gradvis sin rolle og forsvinner altså i det mer formelle regimeskifte som kommer rundt årtusenskiftet, og som gjør at legeloven erstattes med den mer generelle helsepersonelloven. Rådets aktivitet var ellers litt svingende. Det hadde 4 møter i 1982, men hele 11 i 1983. Så dalte møteaktiviteten til 1986 og nådde en ny topp i 1988, med 9 møter. Fra 1990 til og med 1997 hadde rådet i seks av årene ingen møter, men 7 i 1994 og 9 i 1996.[1070]

Bestemmelsene om skikkethet, og spesielt om forsvarlighet, hadde først og fremst med kontrollen med legens klinisk-faglige rolle å gjøre, men i noen grad også med sider ved den klinisk-etiske rolle. Hva gjaldt dette, var loven relativt generell og dermed forsiktig. Den gikk lenger enn 1927-loven, men også et begrep som (u)forsvarlighet måtte i de fleste tilfeller ennå en tid først og fremst brukes gammeldags skjønnsmessig. En unntagelse er bestemmelsen (fra 1957) om uforsvarlig narkotikaforskrivning. Bestemmelsene om journalførsel, som (som nevnt) nå ble mer detaljerte (§§ 42–45), skal gi myndighetene, men også pasienter, bedre

[1070] NSD Forvaltningsdatabasen: http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/utvalg/6203000.

grunnlag for å vurdere om en lege har praktisert u/forsvarlig: Journaler kan kreves fremlagt. Bestemmelsene omfatter for øvrig nå også røntgenbilder og laboratorieresultater. Det heter også (§ 18) at resepter kan kreves lagt frem som bevis under departementets behandling av en sak om tilbakekallelse av autorisasjon eller lisens (og dermed om en lege har opptrådt uforsvarlig).

Legens opptegnelser var fra gammelt av ofte lite systematiske, og ble lenge sett på som legens private eiendom. Med fremveksten av en mer presis og institusjonell medisin fra begynnelsen av det 20. århundre ble opptegnelsene mer systematiske; på sykehus ble de sykehuseiendom. Med den nye loven taes det viktige skritt i retning av å gjøre journalen uavhengig av de enkelte leger og mer standardisert og «objektiv». De første skritt taes også slik mot å gjøre journalen – etter hvert som den blir elektronisk – til det sentrale middel for å koordinere og styre behandlingen av pasienter (gjennom lengre og kortere forløp), men også for å overføre (stadig mer av) «eiendomsretten» til journalen til pasientene, og, kan man nesten si, til samfunnet. Det siste skjer, som vi i noen grad har sett, gjennom overføring av journaldata til registre. Pasientopplysningene blir, ettersom de standardiseres og digitaliseres, et verdifullt middel både for styrings- og forskningsformål. Journalutviklingen blir slik også et typisk uttrykk for avmedikratiseringen av klinikken: Kontrollen over pasientopplysningene og opplysningene om hva legene gjør, overføres fra leger til dem som skal passe på dem, ovenfra og nedenfra.

Bestemmelsen i den gamle loven om legers plikt til å yte hjelp som er «påtrengende nødvendig» – altså øyeblikkelig hjelp, ble ført videre i den nye loven (§ 26), men uten at nødvendighetsomstendighetene lenger blir spesifisert. Departementet bemerker i forarbeidene at denne rent etiske plikten fra gammelt av har vært en del av legeetikken, men nå altså er gjort til en juridisk plikt. Man kan si at dette innebærer at det som var, eller skulle være, en både individuell og kollektiv *indre motivasjon* for leger, nå er gjort til en *utenfra- og ovenfra-pålagt plikt*. Denne, allerede litt etablerte, plikt er uttrykk for noe generelt viktig, nemlig at stadig flere av premissene for legenes faglig- og etisk-kliniske beslutninger kommer utenfra. Legene gjøres mer og mer faglig-etisk heterocephaliske («fremmedhodede»). Når slik de spesielt etiske premissene blir offentlig pålagte plikter, blir samtidig legenes, altså Lægeforeningens, egne etiske regler av mindre betydning. Det er imidlertid interessant at noen år før, nemlig i 1961, hadde Lægeforeningen laget nye, mer tidsmessige, etiske regler og samtidig innført et eget Råd for legeetikk. Foreningen økte altså innsatsen for kollegial etikkontroll samtidig som staten var iferd med å innføre en strammere offentlig kontroll. Det vil si, foreningen kom, av åpenbare grunner, staten litt i forkjøpet. Vi skal snart komme tilbake til den rolle Lægeforeningens tiltagende indrekustus spilte.

I en slags forlengelse av bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp kom der nå også til en bestemmelse om at legene hadde plikt til å delta i legevaktordninger (§ 27). Legene så, gjennom sin forening, på det å organisere legevaktordninger som en forlengelse av det å yte øyeblikkkelig hjelp, altså som en legeetisk plikt. Foreningen gjorde derfor meget for å organisere legevaktordninger. Den lyktes ikke alltid like godt, blant annet fordi en del leger ikke ville delta i slike: Den indre justis i standen var ikke alltid fullstendig – noe som var et generelt problem for legene og deres forening i denne tiden med økende offentlig intervensjon i legeyrkets praktisering. Foreningen støttet derfor, mer eller mindre eksplisitt, myndighetenes lovregulering både av plikten til å yte øyblikkelig hjelp og plikten til å delta i legevaktordninger. Foreningen og standen trengte statens bistand for å holde kustus i egne rekker og dermed for å redde mest mulig av den viktigste del av den legelige selvstendighet, den kliniske. Men at legene slik måtte ty til staten for å redde kjernefriheten var jo også

uttrykk for at svakhetene i det medikratiske regime begynte å bli tydeligere. Staten var på offensiven, legene på defensiven. Begge deler hadde altså i noen grad sviktende kollegialitet på legesiden som forutsetning. Den svikten var nok i noen grad til stede før også, men den var da mindre synlig. Det øvrige samfunns respekt for legestanden bidro til det. Nå var den respekten synkende og den legelige kollegialitetssvikt kom derfor klarere til syne.

Mennesker er et samfunns viktigste ressurs. Da statsbyggingen for alvor tok til i Vest-Europa i tiden etter Renessansen, men særlig fra det 17. århundre, ble sunnhetspolitiet en av de nye statsvitenskapene. Sunnhetspolitimessig var medisinen, naturlig nok, ikke på langt nær så uavhengig som den var klinisk. Standen trengte staten for å kunne fungere som sunnhetspoliti og staten trengte standen for å kunne maksimere samfunnets sunnhetskapital. Medisinen satt dessuten på en kompetanse som det offentlige eller arbeidsgivere, skoler og andre institusjoner trengte for mer avgrensede, mer eller mindre offentlige, formål, særlig slike som gjaldt sikkerhet. Endelig brukte medisinens representanter stadig mer penger, eller de utløste bruk av slike. Med innføringen av offentlig sykeforsikring fra 1909 (1911), en forsikring som ble gjort universell fra 1956, kombinert med en rask vekst på den medisinske tilbudssiden, ble legenes økonomiske rolle etter hvert betydelig.

Både legeloven og andre helsevesenslover fikk derfor bestemmelser som økte reguleringen, overvåkningen av og kontrollen med måten legene praktiserte på. Mye av denne reguleringen gjaldt offentlig ansatte leger, men den gjaldt også privatpraktiserende. Den gjaldt for eksempel, og det angikk også privatlegene, de nevnte bestemmelsene om journalførselsplikt og om plikt til å delta i legevaktordninger. Den gjaldt også bestemmelser om behandlingen av og opplysninger om pasienter med epidemiske og smittsomme sykdommer (§ 38), melding om fødsler og dødsfall (§ 39) – medregnet unaturlige dødsfall (som skulle meldes til politiet) (§ 40), andre meldinger departementet kunne treffe bestemmelser om (§ 41), plikten til å foreta undersøkelser og blodprøver av personer som er mistenkt for straffbare forhold under påvirkning av ulike kjemiske substanser (§ 46) og plikten til å advare personer med fly- eller bilsertifikat hvis legen finner at deres helsetilstand ikke gjør det forsvarlig at de flyr eller kjører (§ 49). I det siste tilfelle skulle legen også gi melding etter departementets forskrifter, hvis legen antok at helsesvikten kunne være varig. Vi skal også nevne § 29, som forpliktet leger til å være varsomme, nøyaktige og objektive ved utstedelse av attester og legeerklæringer. Bestemmelsen var ikke minst av økonomisk betydning og kan i noen grad sees på som en spesifisering av det som stod i den forutgående paragraf. Alle disse bestemmelsen gjaldt alle leger.

I denne forutgående paragrafen, altså nr. 28, het det at en lege både gjennom sin kliniske praksis og sin reisevirksomhet skal «påse at pasienter, folketrygden og andre ikke påføres unødig utgift eller tidsspille». Det gies dog en konsesjon til den kliniske autonomi, en konsesjon som begrenser «snerten» i bestemmelsen: «Hensynet til sparsomhet må ikke gå ut over det faglig forsvarlige». Der var en slik bestemmelse også i den gamle loven. Den offentlige sykeforsikringen hadde nokså raskt skapt reaksjoner fra offentlig hold. Selv statsminister Gunnar Knudsen (V) (1848–1928) hadde reagert og omtalte en gang leger som «kasseplyndrere».[1071] I 1922 ble det innført en offentlig refusjonstakst, som lå under normaltariffen, for å begrense utgiftsveksten. Det skapte spenninger i forholdet mellom staten og Lægeforeningen. Foreningen så problemet, og var bekymret for enkelte medlemmers

[1071] Kfr. Aina Schiøtz (f. 1947), *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 185.

regningsskrivning. Den forsøkte å begrense problemet ved å samarbeide med Syketrygdens landsforening. I 1930 fikk syketrygdloven en bestemmelse om at sykekasser kunne pålegges å ansette kontrolleger. Lægeforeningen og Syketrygdens landsforening inngikk samtidig avtale om å oppnevne kontrollnevnder i hvert fylke. Nevndene skulle ha tre leger som medlemmer.[1072] Foreningen vedtok da også endringer i foreningens formålsparagraf som innebar at den skulle «virke for lægestandens autoritet og anseelse». Å gjøre det ble også en plikt for de enkelte medlemmer. Det å opptre etisk uverdig, også hva det økonomiske angikk, var å bidra til å svekke standens autoritet og anseelse.[1073] Leger som oppførte seg uverdig risikerte eksklusjon. Nevndene og kontrollen fortsatte og ble bygget videre ut etter krigen. Da foreningen reviderte sine etiske regler i 1961, og i den forbindelse opprettet et Råd for legeetikk, ble de gamle kontrollnevndene (fra 1963) første instans i overtredelsessaker. I vanskelige og alvorlige tilfeller var nevndene innstillende organer overfor etikkrådet.

Foreningens generalsekretær Odd Bjercke (1909–2005) var opptatt av etikken, også fordi den var så viktig for standens anseelse og mulighet for å styre seg selv. Under hans tid som generalsekretær (1948–1976) fikk legenes adferd, ikke minst økonomisk, betydelig oppmerksomhet fra foreningen. I intervju med Maren Skaset (f. 1968) i 2000 sa Bjercke[1074]:

> *Vi hadde jo kontroll med hva de* (dvs. legene) *gjorde, vi hadde jo organer for å ta oss av det etiske. Alltid holdt øye på standen, og det har ikke vært mulig å forvente en mild behandling av Legeforeningen hvis de hadde gjort noe galt.*

Dagfinn Gedde-Dahl (1937–2016), president i Lægeforeningen da Bjercke sluttet og tidligere leder av Yngre lægers forening, sa i 2001 til Maren Skaset: «Jeg var med. Vi hadde noen møter med uskikkelige kolleger, for å si det sånn. Han var ikke mye billig. De fikk så ørene flagret».[1075] Ordningen med foreningskontroll fortsatte Bjerckes periode ut. Hovedansvaret for kontrollen hadde imidlertid etter hvert visegeneralsekretær (fra 1962) Johan Greve Brun (1916–1999). Til Maren Skaset sa i 2001 forhandlingssjef i foreningen fra 1977, Sverre Strand (f. 1939), at da han begynte var det et samarbeid mellom foreningen og Rikstrygdeverket om at alle mistanker om mislighet skulle bringes inn for foreningen, som «da tok hånd om misdederne på en særdeles brutal og effektiv måte.»[1076] Strand fortsatte:

> *Noen havnet selvfølgelig i etikkrådet hvis det var ille, men ellers ble det bare håndtert altså, enten pr. telefon eller brev, fra Johan Greve Brun, og han truet dem med død og fordervelse og utmelding og eksklusjon og hva det nå var, og vanære.*

Strand fortalte videre at Brun hadde sitt kontor fullt av regningskort han kontrollerte. Brun sluttet i 1982 og med det opphørte også denne spesielle form for indre kontroll. Nå var tidene blitt andre, blant annet som følge av den nye legeloven og det generelle «hamskifte» norsk helsevesen, og til dels også Lægeforeningen, gikk igjennom fra midt i 1970-årene.[1077] Vi ser

[1072] Kfr. Maren Skaset, *I gode og onde dager… De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, 2006 (doktoravhandling), s. 96.
[1073] Kfr. *ibid.* Foreningens sentralestyre kunne ekskludere medlemmer. En eksklusjon krevde fire femtedels flertall.
[1074] Skaset, *op. cit.*, s. 96.
[1075] Skaset, *op. cit.*, s. 97.

[1076] Skaset, *op. cit.*, s. 186.
[1077] Bjercke satt som generalsekretær til 1976 og ble, etter et kort mellomspill med Jon Skåtun (1923-1996), etterfulgt av YLF-mannen og kirurgen Harry Martin Svabø (f. 1937). Omtrent samtidig tiltrådte de to andre som

altså at ettersom myndighetene øker sin kontroll med legene på stadig flere områder, trapper også foreningen opp sin kontroll – som nevnt, for å begrense frihetstapet. Utover i 1980-årene glipper det i økende grad og kontrollen utenfra, spesielt fra myndighetene, men nå også stadig mer fra pasientene og deres organisasjoner, og fra massemediene, overtar.

Legeloven henvendte seg på mange måter til legene som frie profesjonelle. Den anerkjente i viktige henseender leger som sådanne, men kom altså samtidig til å gi premisser for inngjerdingen av legenes frie status. «Utenfor» legeloven skjedde der imidlertid nå en hel del som mer radikalt beskar den legelige frihet. Vi har sett at det spesielt skjedde gjennom institusjonslovgivningen, som førte til en slags «sosialisering» av styringsrollene og gav premisser for å gjøre legene om fra frie profesjonelle til arbeidstagere og kontraktører. Denne utviklingen ble forsterket gjennom det som skjedde i legearbeidsmarkedet: Legenes diktatstatus når det gjaldt normaltariff, normalansettelsesvilkår og andre sider ved legerolleutformingen ble etter krigen gradvis gjort om til forhandlingsgjenstander. Gjennombruddene for nyordnerne her kom fra midten av 1970-årene. Normaltariffen, den finansieringsordning som gav legene størst økonomisk frihet, ble således formelt forhandlingsgjenstand i 1974[1078] og i 1976 (med virkning fra 1977) «solgte» YLF den «private» poliklinikken mot overtidsbetaling[1079]. De yngre legene ble slik mer ekte arbeidstagere. I løpet av årene 1978 til 1981 fulgte de overordnede legene etter inn i arbeidstagerskapet; også de solgte den private poliklinikken og inngikk i tillegg vanlige tariffavtaler med de stadig mer selvbevisste arbeidsgiverne i Norske Kommuners Sentralforbund (samlet i 1961), Oslo kommune og staten (Forbruker- og administrasjonsdepartementet). Fra 1984 ble de tidligere halvt frie distriktsleger til enten kommunale arbeidstagere eller kontraktører. Da retten til å praktisere for trygden (etter normaltariffen) fra høsten 1992 ble betinget av avtaler, forsvant også en viktig del av resten av den liberale legerollen.

Denne utviklingen, som altså startet midt i 1970-årene og skjøt fart gjennom 1980-årene, innebærer slik at kontrollen i stigende grad skjer gjennom styrings- og avtalelinjen. En personellov, som legeloven, blir på denne måten av stadig mindre betydning. Strengt tatt kunne man nå klart seg uten den, og overhodet med offentlig tilsyn. Tilsynet kunne begrenses til den virksomhet som skjedde utenfor avtalene (med delvis privatpraktiserende leger) og helt privat (for leger som ikke hadde avtale). Det eneste offentlige tilsyn man trengte for alle leger, men også annet helsepersonell, kunne man da forankre i straffeloven (som ordningen for så vidt var før 1927). Men så skjedde altså det motsatte, tilsynet og kontrollen ovenfra – også med offentlig ansatte og med offentlige institusjoner – økte, og ble profesjonalisert, spesielt fra 1984 (helsetilsynsloven). Det nye tilsynet ble, som vi har nevnt, en parallell styringsform til den styringen som skjedde gjennom ledelseshierarkiene. Man kan si den gav mening, annet enn den ironiske (og komiske), hvis man forutsatte at legene (og annet helsepersonell) fortsatt hadde igjen noe av den gamle frie profesjonsrollen, altså at de ikke helt var blitt virkelig ansatte og nærstyrte kontraktører.

skapte den nye tid i foreningen, president Dagfinn Gedde-Dahl og den nye forhandlingssjefen (1977) Sverre Strand.

[1078] Forut for denne formelle endringen hadde den en tid vært «konsultasjonsgjenstand».

[1079] Avtalen innebar at legene måtte telle og holde orden på timer av ulike slag og dermed også diskutere med arbeidsgiverne hva som skulle telles med. Avtalen ble derfor i legekretser gjerne omtalt som «portøravtalen».

Slik ble det sett på i 1984. Slik ble det faktisk også, om enn nå i litt mindre grad i 1999, da legeloven og de øvrige helsepersonellover ble erstattet av en felles helsepersonellov. Vi skal komme kort tilbake til den.

Legeloven inneholdt ytterligere noen bestemmelser, for eksempel om å melde fra om åpning og opphør av praksis (§ 37) og om å stille sikkerhet (for det ansvar legen påtar seg) (§ 5), som vi ikke skal gå inn på her.

Samtidig med at legeloven ble revidert i 1979 ble tannlegeloven det. Den siste loven ble i all hovedsak utformet i tråd med den første, og vi skal derfor ikke gå nærmere inn på den her.

Annen helsepersonellovgivning

Foruten lege- og tannlegeloven, kom der frem til utløpet av vår periode syv spesialiserte helsepersonellover:

Lov om fysioteratepeuter og mensendiecksykegymnaster av 1956
Lov om godkjenning av sykepleiere av 1960
Lov om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler av 1971
Lov om godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus av 1972
Lov om godkjenning av psykologer av 1973
Lov om godkjenning m. v. av helsepersonell av 1974
Lov om jordmødre av 1985

I henhold til den halvt generelle helsepersonelloven av 1974, var det gitt forskrifter for godkjennelse av «resten» av de «godtagbare» helsepersonellgruppene: ergoterapeuter, radiografer, vernepleiere, hjelpepleiere, fotterapeuter, tannpleiere, bioingeniører, optikere og (den lenge litt kontroversielle gruppen av) kiropraktorer.

Apotekpersonell, altså provisorer, farmasøyter, reseptarer og for så vidt apotekere, hadde i den perioden vi omtaler ingen egen personellov og godkjennelsesordning. Apotekloven av 1963 inneholdt imidlertid bestemmelser som regulerte disse gruppenes virksomhet. Vi har ovenfor omtalt apotekinstitusjonslovgivningen og går ikke her nærmere inn på personellsiden av den.[1080] En del andre helsefaggrupper, blant annet ambulansesjåfører, tannteknikere, ortoptister, audiografer og kliniske ernæringsfysiologer, manglet helt offentlig anerkjennelse i form av egne autorisasjonslover eller -forskrifter.

Disse lovene, som i en del tilfeller var revisjoner av tidligere lover, er i all hovedsak lover som innebærer offentlig godkjennelse av en rekke helsetjenesteyrker. I noen tilfeller inneholder de spesifikasjoner av gruppenes oppgaver og i den forbindelse også bestemmelser om deres autonomi eller heteronomi. De er alle underordnet departementets, Helsedirektoratets og fylkeslegenes tilsyn, og i tillegg eventuelle arbeidsgiveres styring og kontroll. Av spesiell betydning her er om de også er under faglig styring og kontroll av den

[1080] Vi nevner dog her at farmasøyter som ønsker å drive (et bestemt) apotek må søke om bevilling av departementet (apotekloven § 7) og at lov om Statens reseptarskole av 1972 også inneholder bestemmelser som regulerer reseptaryrket.

gamle «kongeprofesjonens» representanter, legene, og i noen tilfeller den fra 1927 «frigjorte» profesjonen, tannlegene. Det korte, foreløpige svaret er ja, men etter hvert blir det tja.

Teoretisk kan man si at i den grad en virksomhet er diagnostisk eller terapeutisk, medregnet re/habiliterende, er den tann/medisinsk. Den virksomhet de ulike gruppene som reguleres av den aktuelle lovgivning driver er i stor grad, men ikke bare, medisinsk, eller, rettere sagt, submedisinsk. Det er medisinen som står for den grunnleggende forskning på disse områder. De nevnte gruppene har altså ikke noe rom for å drive selvstendig kunnskapsutvikling, utover den praktiske. Slik sett kan man tale om naturlige kunnskapshierarkier, med medisinen, eller den medisinske forskning, på toppen, og de andre plassert på nivåer under denne.

Her må imidlertid bildet differensieres noe. For det første er det slik at flere av disse gruppene har oppgaver som går utover det diagnostisk-terapeutiske. Det gjelder i stor grad pleieyrkene, særlig sykepleien, vernepleien og hjelpepleien, men i noen grad også andre, som jordmoryrket og ergoterapien. Pleiere utfører omsorgsoppgaver for mennesker som på grunn av helsesvikt midlertidig eller permanent har tapt noe av sin evne til å ta vare på seg selv. I det første tilfelle skal de bidra til å «reautonomisere» mennesker, i det annet tilfelle til å begrense heteronomiseringen. Disse oppgavene går, spesielt for vernepleiere, også over i det resosialiserende. For så vidt kan man omtale disse yrkene like meget som omsorgs- som som rene helseyrker. Som omsorgsytere står de i stor grad utenfor den medisinske autoritet, selv om medisinske premisser er viktige også for utførelsen av mange omsorgsoppgaver. For pleiernes vedkommende er det imidlertid av betydning at omsorgsfaglighet knapt har noe selvstendig sykepleiefaglig teorigrunnlag. Teorigrunnlaget er psykologisk, sosiologisk og, normativt, filosofisk-etisk.

For det annet er det slik at noen faggrupper representerer «medisinsk» kunnskap på en delvis egenutviklet og selvstendig måte. Det gjelder særlig den kliniske psykologien, som har en kompetanse som både overlapper med og representerer et alternativ til den medisinsk-psykiatriske. Men det gjelder også i noen grad ernæringsfysiologien og fysioterapien, som i viktige henseender fungerer medisinsk og som delvis baserer sin praksis på egen forskning: Medisinen har delvis «gitt fra seg» maten – maten som medisin – til de første og delvis overlatt deler av den kliniske fysikalske medisin til de siste. I den grad kiropraktikken godtaes, representerer den også en medisinsk kompetanse medisinerne ikke behersker (men ofte ikke «tror» på heller).

For det tredje er noe, eller endog mye, av det faglige grunnlaget for flere av de nevnte yrkesgruppenes virksomhet ikke-medisinsk, ja, i disse henseender er også medisinen delvis heteronom. De aktuelle grupper, og altså medisinen og odontologien med, baserer en del av sin virksomhet på kunnskap som har et fysisk-kjemisk og teknologisk (ingeniørmessig) grunnlag. Det gjelder ortopediingeniører, radiografer, bioingeniører, tannpleiere og optikere. Men det gjelder altså også leger, og i særlig grad, radiologer og laboratorieleger, og i økende grad også kirurger av alle slag, anestesileger, oftalmologer, ja, i noen grad alle leger: De blir stadig mer kombinerte leger og ingeniører, mens deres omsorgsrolle skrumper inn.

For det fjerde er det slik at selv om mye av den medisinske virksomhet de «andre» gruppene driver er medisinsk fundert, krever i noen grad utførelsen av denne virksomheten praktisk trening og erfaring. Kunnskapen blir slik litt personlig og preges av et større eller mindre element av skjønnsutøvelse. Skal spesialsykepleiere, radiografer, tannpleiere, audiografer og andre lykkes godt, må de derfor også ha et autonomt rom. Det er dessuten slik at de leger som eventuelt har faglig ansvar for det de gjør ofte ikke ville være istand til å utføre oppgavene

like godt som de aktuelle sykepleiere, for eksempel dialysesykepleiere, og andre «submedisinske» yrkesutøvere, blant annet i mange henseender bioingeniører, radiografer og fysioterapeuter. Legene mangler den fornødne praktiske erfaring.

Disse «andre» gruppene hadde i stor grad sin bakgrunn i håndverkspregede opplæringer. Det gjelder pleiefagene, fysioterapien, radiografien (røntgensykepleien) og bioingeniørfaget (laboratoriesykepleien, fysiokjemien), ortopediingeniørfaget og i stor grad ernæringsfysiologien (dietetikken). Psykologien stod fra starten av (overgangen til det 20. århundre) i en litt annen stilling, men befant seg nokså meget på siden av helsevesenet til etter Den annen verdenskrig, om vi ser bort fra det som skjedde i det psykoanalytiske miljø.

De fagene vi her omtaler krevde nesten inntil de store samfunnsendringer i 1960- og 1970-årene ikke teoretisk forutdannelse, som gymnasium, men i noen grad realskole eller tilsvarende. Utdannelsene var i hovedsak praktiske, som i tradisjonelle håndverksfag. Sykepleieelever lærte gjennom arbeidspraksis, særlig på sykehusene, og var der også nyttig og rimelig arbeidskraft. I sykehusene fungerte de også i mange henseender som en slags husmødre, men altså i en husholdning preget av syke mennesker. Det var ikke tilfeldig at husmorskolen lenge gav noe av grunnlaget for sykepleierutdannelsen.

Men i løpet av de to nevnte tiårene vokste yrkesbevisstheten i nesten alle de håndverkspregede fagene. Spesielt var det tilfelle i det største av dem, sykepleien. Sykepleierne og representantene for en del av de andre, litt store, fagene begynte å tale om profesjonalisering. Mange av sykepleierne, blant andre Helga Dagsland (1910–2003) (forbundsleder 1967–1973), som hadde vært i USA og der fått innblikk i den «nye» sykepleien. Hun og hennes likesinnede ville gi sykepleien et faglig-akademisk grunnlag. De ville gjøre sitt yrke postgymnasialt og høyskolebasert. Myndigheter og arbeidsgivere hadde begynt å gi etter, men da den offentlig oppnevnte Bjørnsson-komiteen (oppnevnt i 1968) i 1972 foreslo å legge det første år av utdannelsen på videregående skolenivå (for sykepleierne sammen med hjelpepleierne) og de to siste på distriktshøyskolenivå, blåste sykepleierne og deres søsteryrkesgrupper i krigsluren. Sykepleierne og de andre oppnådde en god del med Bjørnsson-komiteens innstilling – blant annet forslag om en eksplisitt akademisering, og en flytting av forvaltningsansvaret fra Sosialdepartementet til Kirke- og undervisningsdepartementet, men i innstillingen ble det påpekt at utdannelsen (fortsatt) også kunne organiseres som yrkesskoleutdannelse – hvilken den jo nå (1972) i hovedsak var.[1081] Den «krigen» sykepleierne startet, med støtte fra søstergruppene, vant de; de fikk støtte på Stortinget ikke bare av de borgerlige partier, bortsett fra Fremskrittspartiet, men også, til sist, av Sosialistisk Venstreparti.[1082] Det samme flertall utvirket at utdannelsen til de nå høyskolebaserte helsefagene fra 1981 ble flyttet til departementet som hadde ansvar for utdannelsespolitikken. Nå fikk også disse utdannelsene formell høyskolestatus. Etterhvert ble (noen av) utdannelsene av lærere til det som nå ble høyskoleyrker, lagt til universitetene.

[1081] NOU 1972: 23, *Utdanning av sosial- og helsepersonell; om nivåplassering*, se spesielt s. 63. Komiteens leder, Jon Bjørnsson var på dette tidspunkt stadig medisinalråd og altså en viktig person i den sentrale helseforvaltning.

[1082] Arbeiderpartiets mindretallsregjering hadde, gjennom St.meld. nr. 13 (1976-77) foreslått en såkalt «trinnvis utdannelsesmodell. Regjeringen led altså nederlag da SVs Hanna Kvanmo (1926-2005), etter litt tvil, valgte å gå inn for en samlet høyskolebasert sykepleierutdannelse. Norsk Sykepleierforbunds leder, Eli Kristiansen (f. 1933), spilte en sentral rolle i korridorpolitikken og mediedebatten fra hun var statssekretær for sosialminister Bergfrid Fjose (1915-2004) i Korvald-regjeringen (1972-73) og til stortingsvedtaket i saken ble fattet den 23. mai 1977. Om politikken knyttet til saken, kfr. Ellen Cathrine Lund, *Virke og profesjon Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år*, Oslo: Akribe, 2012, s. 185-197.

Parallelt med akademiseringen av disse fagene gikk der også bestrebelser, spesielt innen sykepleien, bioingeniørfaget og radiografien, for administrativt å bli mer uavhengige av medisinen. Representanter for disse fag og yrker ville styre seg selv, og administrativt fikk de i økende grad lov til det. Ved sykehusene utviklet der seg i løpet av 1980-årene en slags todelt ledelse i klinikken: Avdelingene fikk både en avdelingsoverlege og en (avdelings)oversykepleier (-bioingeniør, -radiograf). I primærhelsevesenet førte i praksis kommunehelsetjenesteloven av 1982 til at pleie- og omsorgsvesenet ble fristilt fra det medisinske primærhelsevesen (som nå fortsatte som delvis todelt, samfunnsmedisinsk og almenmedisinsk) og fikk sin egen ledelse. Slik sett tok sykepleierne og de andre fagene skritt i retning av å få profesjonsstatus (standsstatus). Der skjedde imidlertid samtidig noe som gjorde at de ikke egentlig kunne få slik status. Som vi har sett gjorde ledelsesrevolusjonen at legene tapte mye av den profesjonsstatus de hadde hatt; de kom under «profesjonell ledelse», av stadig mer pågående arbeidsgivere og deres «håndgangne» ledelsesrepresentanter. De ble arbeidstagere eller (stadig tettere styrte) kontraktører. Denne ledelsesrevolusjonen rammet sykepleierne og de andre høyskolegruppene enda «hardere», blant annet fordi de var langt bedre «trent» i underdanighet enn legene.

Men mer kom til, og som svekket de fleste av høyskolegruppenes mulighet for å få den frihet og selvkontrollstatus som forbindes med profesjonsutøvere. De fikk, som nevnt, noen ytre tegn på statusavansement, som akademisering og lønns- og statusøkning og til dels egne (dog tydelig underordnede) lederstillinger. Noe av grunnlaget for at disse gruppene ble akademisert, var at den kunnskapsutvikling som hadde medisin (odontologi, psykologi) og teknologifag som utgangspunkt, skapte et høyere kunnskapshierarki. Disse fagene ble både suget og fristet inn i dette hierarkiet, som kunnskapsmessig underordnede fag. De ble suget inn fordi legene (tannlegene) trengte dem som assistenter eller mer frittfungerende «submedisinere». De ble fristet inn fordi de teknisk-medisinske oppgavene fremstod som avanserte og statusgivende: Oppgavene gav dem større frimodighet til å kreve selvstendighet. Og, som nevnt, fordi de snart fikk god erfaring med å utføre oppgavene behersket de dem snart vel så godt som de leger som teoretisk stod over dem og ofte hadde ansvaret for måten de utførte dem (oppgavene) på. Det gav disse yrkesutøverne større reell frihet og større grad av (følt) egenansvar. Samtidig gjorde det dem til en slags underleger.

Helga Dagsland, den mest artikulerte profesjonaliseringsentreprenøren i sykepleien i 1960- og begynnelsen av 1970-årene, var opptatt av å få frem sykepleiens særpreg og faglige uavhengighet, samtidig som hun tok til orde for at sykepleierne måtte lære mer om de «tekniske» oppgavene. Særpreget var knyttet til pleien, til dels husholdningsarbeidet, men det var heterogent og fremstod som vanskelig å akademisere grunnlaget for. Sykepleierne så i noen grad litt ned på sitt eget hovedarbeid, og måtte derfor konstatere at et nytt assistentyrke ble etablert for å ta over mye av det typiske pleiearbeidet, nemlig hjelpepleierne (formelt anerkjent i 1963). Sykepleierne så i praksis opp til legene og medisinen, og ble altså fristet inn i submedisinen. Sykepleierforbundets «egen» foreningshistoriker, *Ellen Cathrine Lund* (f. 1966), bemerker at den farverike «sykepleiefrigjøreren» *Helga Dagsland* aldri gav noe godt svar på sykepleiernes dilemma: «Sykepleien skulle altså frigjøres fra legeassistentrollen og samtidig styrke sin kunnskap i det faget den skulle frigjøres fra».[1083]

Ettersom medisinen og dens teknologiske «innpakning» ble raskt utviklet etter krigen og i løpet av 1980-årene beveget seg inn i en kunnskapsmessig formaliseringsfase – fra 1990

[1083] Lund, *op.cit.*, s. 66.

under vignetten evidensbasert medisin – ble det teknisk-medisinske kunnskapshierarki mer distinkt. Det reiste spørsmålet om å lage en felles lov for alle de gruppene man kunne si i større eller mindre grad faglig tilhørte dette hierarki, fra medisinen, psykologien og odontologien (men nå altså ikke farmasien) til spesialsykepleien(e), bioingeniørfaget, radiografien og i noen grad resten av høyskolefagene med helsetilknytning. I prinsippet kunne man gått enda lenger og tatt med grupper på det vi kunne kalle nivå nr. 3, som hjelpepleierne og andre tilsvarende grupper. Dette hierarkiets underordning under nye, mer profesjonaliserte ledere – og til sist eiere – talte også for å få en samlende, og for så vidt forenklende, lovgivning: En slik vil gi lederne noe vi kanskje kunne se på som et mindre (faggruppe)kontrollspenn. Men i forlengelsen av en utvikling mot en stadig mer presis medisin, nesten en teknomedisin, forvitrer jo, som vi har vært inne på, grunnlaget for å ha en egen personellov overhodet.[1084] Ansvaret, og kontrollen, kan da, som i for eksempel industribedrifter, helt samles i linjen. Ved å fortsette å ha egne helsepersonellover eller en egen, samlet, helsepersonellov, beholder man i noen grad en todelt styring og til dels ledelse: Der vil gå én styringslinje fra Stortinget (loven) rett ned til de enkelte helsetjenesteytere og en annen fra ulike politiske og andre eierrinstanser ned til klinikkledere og videre til de enkelte ansatte. Klinikklederne vil da forbli «administrative» ledere. De kan «overledes» (overprøves) i alle spørsmål som innebærer klinikkens primære, kliniske oppgaver. En del av kontrollen lederne kunne hatt, blir da overført til enda en linje som går fra (tilsyns)loven og har tilsynsorganene som eksekutører. Det er en linje som mer retter seg mot svikt enn mot det å skape enda bedre prestasjoner. Tilsynet blir, som nevnt, først og fremst et negativitetstilsyn.

Linjen som går fra loven til personellet går formelt også innom lederne. De har plikt til å legge forholdene slik til rette, også økonomisk, at klinikerne kan opptre på en måte de oppfatter som forsvarlig. Men sammenhengen mellom forholdene og muligheten for å praktisere klinisk forsvarlig, er ofte uklar og omtvistet. Begge parter vil også, i sin vurdering av hva som kreves av «forhold», lett bli påvirket av egne interesser. To- eller trelinjeproblemet forsvinner altså ikke ved å henvise til «forholdene».

Det skulle etter hvert komme en egen, (nesten) samlet helsepersonellov. Den skulle komme i 1999. Grunnlaget for den ble utarbeidet i årene 1990 til 1993, av en av Helsedirektoratets sentrale helserettseksperter siden 1982 – og nå (fra 1990) medarbeider i Sosialdepartementet, Bente Ohnstad.[1085] Ohnstads utredning kom som NOU 1993: 33 og hadde tittelen *Helsepersonellets rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver*. Hun foreslo altså å føre videre den (tre)dobbelte ledelseslinje som vokste frem da det gamle medikratiske regime begynte å forvitre midt i 1970-årene. Det var også det Sosialdepartementet i sitt oppdrag hadde bedt henne å gjøre. Ohnstad hadde frihet til å gi utredningen det innhold hun fant riktig, men forholdt seg selvsagt til oppdragets art. Hun hadde ingen vurderingsgruppe å drøfte utredningen med, men sendte viktige deler av utredningen til uttalelse til de berørte yrkesgruppers organisasjoner. Hun søkte også andre fagfolks, særlig juristers, råd. Vi skal i det følgende trekke frem de sider ved utredningen som spesielt berører ansvars- og ledelseforhold og dermed også kontrollforhold, og i noen grad nevne hvordan utredningen gav premisser for den loven som skulle komme i 1999. Ohnstad spilte for øvrig også en rolle i proposisjonsarbeidet. Arbeidet med proposisjonen kom imidlertid ikke i gang før i 1996;

[1084] Behovet for en lov for å forebygge «kriminell» eller annen «uansvarlig» adferd, vil dog bestå, men dette behovet blir jo i alle tilfeller beholdt gjennom straffe- og erstatningslovgivningen (produktkontrollovgivningen).

[1085] Hun fikk ikke lederstillingen for den nye helserettsavdelingen og gikk over til departementet.

Ohnstads forslag hadde medført motstand fra yrkesgrupper som gjerne ville beholde «sine egne» lover.

Forslaget til felles helsepersonellov: Bente Ohnstad-forslaget (1993) og dets skjebne

Spenningene mellom flere av yrkesgruppene, særlig mellom legene og de gruppene som hadde utpreget «submedisinske» oppgaver, som spesialsykepleiere, bioingeniører og radiografer, men også mellom sykepleierne og hjelpepleierne, ble til tider betydelige. Spenningene gjaldt særlig om det gamle hierarkiet skulle bestå. De viktige «submedisinske» gruppene ville lede seg selv; de ville ikke godta at de var «submedisinere». Den «ledelsesstrid» spenningene skapte, gikk utover sykehusenes drift og irriterte oppover. Det såkalte Samordningsutvalget uttalte i sin innstilling i 1986 at de ulike yrkesgrupper i sin utdannelse ikke hadde ««*lært» å samarbeide*».[1086] Det legges til at istedenfor å «framheve behovet for tverrfaglig samarbeid … dyrkes i dag profesjonsinteressene gjennom utdanningene». Regjeringen følger i sin nasjonale helseplan fra 1988 opp dette og erklærer at «Det kreves holdningsendringer hos personellet for å komme videre».[1087] På mange måter var både helsepolitikere, overordnede administratorer og ledere i klinikken på denne tiden fortvilet over stridighetene mellom gruppene. De visste egentlig ikke hva de skulle gjøre. I departementet håpet man imidlertid at noe kunne skje gjennom en ny helsepersonellov. Som vi skal se, noen premisser for å komme videre i gruppestriden ble også lagt gjennom Ohnstads forslag.

Under medikratiet var det i prinsippet, om ikke alltid i praksis, en form for enhetlig ledelse ved at leger var ledere for «alt og alle». Dog utøvet de ledelsen medisinsk med forsiktighet overfor kolleger, spesielt kolleger som hadde en litt annen medisinsk profil enn dem. Men de kunne nok medisin til at de kunne gripe «korrigerende» inn, gjerne diplomatisk og ved antydninger, når de fant det nødvendig. Når de stort sett ikke gjorde det, var det også fordi skjønnet var så viktig; det var som regel best ledelse ikke å gripe korrigerende inn. Ettersom lederne ble «sivile», eller, hvis de var leger, for fjerne fra et aktuelt fagfelt, begynte enhetligheten i deres ledelse å glippe. De kunne fortsatt lede i normativ forstand, altså fag-etisk, men i mindre grad teknisk-klinisk. Men ettersom medisinen på stadig flere områder ble mer regelpreget og etter hvert også resultatgaranterende, endret situasjonen seg. Det ble, som vi nettopp har påpekt, mulig for ledere å lede stadig mer enhetlig og stadig mer inngripende. Bente Ohnstad skriver i sin utredning (s. 79) at «Arbeidsgivers adgang til å instruere og gi direktiver slutter der rene pasientrettede tiltak i form av behandling og pleie begynner. Dette gjelder tilsvarende for leder på avdelingsnivå». Hun foreslår ikke å endre denne rettssituasjonen. Hun gir § 26 i sitt lovforslag blant annet denne formuleringen:

> *Helsepersonell som utøver privat virksomhet skal organisere sin virksomhet i slike former at vedkommende sikres uavhengighet og selvstendighet i faglige spørsmål. Helsepersonell som er ansatt i andres tjeneste kan ikke pålegges å utføre oppgaver på en slik måte at faglig forsvarlig virksomhet ikke er mulig.*

Av kommentarene fremgår det at det å vurdere om lederpålegg fører til faglig uforsvarlig praksis er det fagpersonen som skal gjøre. Ohnstad sondrer ikke mellom faglig i mer teknisk

[1086] NOU 1986: 4, *Samordning i helse- og sosialtjenesten*, s. 200.
[1087] St.meld. nr. 41, *Helsepolitikken mot år 2000*, s. 106.

forstand og fagetisk og man får dermed inntrykk av at den autonomi hun lar helsepersonell beholde, eller få, gjelder både det tekniske og det etiske. Slik reflekterer hun den tradisjonelle måte leger har brukt ordet faglig på.

Hun drøfter ikke innholdet i de ulike yrkesgruppers faglighet og dermed heller ikke omfanget av autonomien. Det er for de fleste ikke opplagt at de etiske sidene ved fagligheten – og vi ser da bort fra slike sider som kan rammes av annen lovgivning, blant annet straffeloven – er noe ledere ikke kan eller bør uttale seg om. Fagutviklingen var jo nå iferd med å gjøre medisinen mer etisk kontroversiell, direkte, men også indirekte, ved at den skapte et etterspørselspress som nødvendiggjorde en delvis etisk basert prioritering av pasienter (for eksempel gjennom køplassering). Også forbrukerrevolusjonen fra 1980-årene aktualiserte etiske spørsmål, spørsmål det ikke ville være unaturlig at ledere kunne mene noe om. Men på dette punkt foreslår Ohnstad en styring som utfordrer personellets autonomi: behandling skal være basert på pasientens «informerte samtykke» (§ 28). Dette standpunktet fremstår nå som tidsmessig (og «politisk») korrekt. Men med utviklingen av medisinen i regelbasert og presis retning blir det jo langt lettere for ledere å utfordre klinikerne: De kan lett se hvilke leger og andre som følger retningslinjene, og gjennom resultatrapportering hvem det er som lykkes godt og mindre godt. Hva mere er, det er gjerne medisinske beslutninger som bestemmer en virksomhets utgiftsnivå. Så lenge medisinen er skjønnspreget, og nå var den jo på mange områder ennå det, betyr det at summen av mange «aktivistiske» skjønn (ekstra undersøkelser, ekstra behandling, bruk av medisiner som er litt bedre, men mye dyrere) kan bli svært mye høyere enn summen av mange «forsiktige» skjønn.

Det er vanskelig for ledere å gripe inn i «esoterisk» medisinsk skjønnsutøvelse, men altså enklere jo mer skjønnet erstattes av presis, formalisert kunnskap. Ohnstads forslag tar ikke tydelig hensyn til denne utviklingen. Slik sett reflekterer, og befester, det viktige medikratiske strukturer. Samtidig bidrar det til å gjøre den generelle ledelse kraftløs. Det bidrar dermed også til å gjøre mye av den reelle ledelse til en spredt fagledelse: Helsefagfolkene blir de viktigste ledere, men ikke som ledere, men som mange enkeltbehandlere. Dermed lar knapt bestemmelsen som står i § 26 om ledelsen, nemlig at «lederskapet på hvert nivå er klart og entydig plassert», seg realisere. Denne tvetydigheten om lederskap blir ført videre i den loven som kommer i 1999. Hva sykehusene angår, blir den noe redusert, men ikke fjernet, i den loven om spesialisthelsetjenesten som også kommer i 1999, og som altså sier at det skal være «enhetlig ledelse». Det siste betyr imidlertid mer «énpersonlig» enn enhetlig.

Lovforslaget preges altså av at helsevesenet og dets styring og ledelse befinner seg i en overgangsfase – mellom medikrati og et integrert, «bedriftslig» regime. Det er spenningsfylt.

Det hører med til dette bilde at det «overordnede faglige tilsyn», lagt til Helsedirektoratet, mer er et lovlydighetstilsyn enn et faglig tilsyn i medikratisk forstand. Skulle det vært det siste måtte det, for den intuitive medisin, ha innebåret at det var basert på overprøving av mål-middel-vurderinger, for den probabilistiske medisin på overvåkning av retningslinjeoppfølging og for presisjonsmedisinen på registrering av resultater. Det er interessant at parallelt med denne rettsliggjøringen av tilsynet skjer det en «resultatliggjøring» av styringen på det generelle plan (målstyring og såkalt ny offentlig (profesjonalisert) ledelse). Igjen vidner det om at situasjonen var overgangspreget. Bente Ohnstads lovforslag, og den lov som siden kommer, har mer av sine «føtter» i det som var og den rettsliggjorte del av det som skal komme, enn i det nye, bedriftspregede.

Men hennes utredning og lovforslag har en annen side som viser «overgangstenkning» og som bør nevnes her. Under kap. III, der legers og tannlegers rettigheter skal reguleres, foreslår hun at de to faggruppene skal gies et ganske bredt fagmonopol, og dermed også en bred autonomi (overfor overordnede ledere). Her gies i § 18 leger enerett på på å behandle «almenfarlige sykdommer» og tannleger enerett på å behandle (nesten alle) sykdommer i tennene, tannkjøttet, munnslimhinnene etc. De to gruppene gies også enerett til å forskrive reseptpliktige medikamenter (§ 20) og til å bruke «undersøkelses- eller behandlingsmåter som krever spesiell medisinsk eller tannmedisinsk kyndighet» (§ 21). I dette kapitlet nærmest bekreftes tann/medisinens faglige supremati. Når det i § 18 sies at «bestemmelsen ikke er til hinder for at helsepersonell som kommer inn under denne lov kan utøve virksomhet innen de rammer forsvarlighetskravet i lovens § 25 setter», sies det indirekte at de primære fagautoriteter er leger, men at noen, for eksempel nokså standardiserte (regelmedisinske) legeoppgaver kan overlates til andre, som da fungerer som en slags submedisinere. Der er en bestemmelse i § 19 om tannpleiere som ligner på denne om «submedisinere». Faghierarkiet forutsettes altså.

Samtidig sies det, om enn ikke så tydelig i selve lovforslaget (som i utredningen), at alle yrkesgrupper loven omfatter har kompetanse – både i rettslig og helsefaglig forstand – til å utøve sitt yrke autonomt. De ulike gruppene sidestilles altså i viktige henseender. Det heter da også i utredningen at det er en hovedmålsetning med en ny, *samlet*, helsepersonellov å «danne grunnlaget for mer like forhold og å åpne for fleksible og rasjonelle løsninger helsepersonellgrupper imellom» (s. 19). Lovutkastet støtter slik de «andre» gruppenes kamp mot lege- og tannlegedominansen, altså mot medikratiet og odontokratiet. På den måten er lovforslaget politisk tidstypisk. Men utrederen har hatt problemer med å si hva «likeverdigheten» består i. Hun har det samme problem som de ulike andre gruppene, med psykologene og i noen henseender et par andre grupper (ernæringsfysiologer, kanskje fysioterapeutene) som unntagelser. De blir upresise når de skal definere sin egen, uavhengige kompetanse (faglig, ikke rettslig forstått). I den grad de andre gruppene har diagnostiske eller terapeutiske oppgaver har de, som vi har påpekt, et tann/medisinsk, men nå også i økende grad et teknologisk, faggrunnlag. Lovforslaget preges da for så vidt også av det, som vi nettopp har sett (kap. III i innstillingen). Men som vi også har påpekt, med utviklingen av en probabilistisk og presis medisin(sk teknologi) kan stadig flere oppgaver overføres til andre, og for så vidt uten at disse ledes eller kontrolleres av tann/leger. Som vi har sett legger Ohnstad vekt på muligheten for slik oppgaveoverføring, men påpeker ikke at den fristillelse fra medisinsk kontroll som utviklingen innebærer samtidig betyr enn innordning under annen, profesjonalisert ledelse.

Bente Ohnstad nevner at sykepleierne også har en annen oppgave enn å være submedisinere, nemlig å være pleiere. Hun argumenterer imidlertid ikke, som profesjonsbyggerne innen sykepleien heller ikke gjorde, tydelig for hvorfor pleie er, eller kan bli, et selvstendig, vitenskapsbasert fag. Hvorom alt er, da hun skrev var syke*pleien* i hovedsak et praktisk fag, sterkt preget av erfaringsbasert kunnskap og av en sterkt bevisstgjort, for mange «sakral», etikk. Sykepleien hadde slik et viktig intuitivt grunnlag. Men i motsetning til medisinens intuitive grunnlag var ikke sykepleiens esoterisk, altså vanskelig å forstå, og bedømme, for utenforstående. Argumentasjonen for pleieautonomi overfor generelle ledere, men for så vidt også overfor pasienter, fremstår derfor som en tilpasning til tidsånd og hva som var politisk opportunt.

Forsvarlighet hadde etter hvert fremstått som det sentrale begrep i vurderingen av og kontrollen med det helsefagfolk og helseinstitusjoner gjorde. Vi har sett at det tidligere ble talt

om skikkethet og så om en blanding av skikkethet og forsvarlighet. Nå står forsvarlighet, nesten, alene igjen. Begrepet er sentralt i Ohnstads lovutkast. Hva forsvarlighet medisinsk eller helsefaglig ellers er, blir imidlertid ikke drøftet, eller definert. Istedenfor sies det hva en fagperson skal gjøre for at han eller hun skal kunne praktisere forsvarlig, nemlig holde seg faglig à jour, vurdere egne faglige begrensninger, drive selvkontroll, følge alment aksepterte faglige normer og lovkrav og, når det er riktig, henvise til andre fagfolk (§ 25). De gamle skikkethetsfaktorene er altså fortsatt med, om de enn er andre enn tidligere og formulert mer positivt. Lovutrederen unngår altså langt på vei å si noe mer konkret om innholdet i forsvarligheten, eller uforsvarligheten. Som vi har pekt på, med medisinens og teknologiens utvikling endrer dette seg hele tiden, men ikke bare skrittvis. Der skjer, som vi har nevnt, noe som ligner på mer markerte endringer og som gjør at faginnholdet krever ulik type praksis og ulike former for kontroll: Under intuitiv medisin vil kontrollen i hovedsak måtte være en slags forhåndskontroll (kfr. autorisasjon) og siden en skjønnspreget kontroll utført av relevante eksperter. Under probabilistisk medisin kan kontrollen i stor grad knyttes til prosessen – ved å se om retningslinjer følges. Under presisjonsmedisin kan kontrollen rettes mot resultatet. Etter hvert som fagligheten blir mer presis krever altså kontrollen stadig mindre klinisk erfaring og ekspertise og kan til slutt utføres av pasienter, altså ikkefagfolk.

Vi har sagt at loven preges av begrepet forsvarlighet. Egentlig er det like meget begrepet uforsvarlighet – det å drive *mala praxis* – den preges av. Intervensjonen skjer, etter loven, når en fagperson går fra å praktisere forsvarlig til å praktisere uforsvarlig. Loven gir ingen premisser for å *belønne* praksis som befinner seg godt over forsvarlighetsnivået. Den er, som «styrende» lover flest, punitivt orientert. Den legger grunnlaget for å se om noen har sviktet, enten direkte (klinisk) eller indirekte, ved ikke å ha organisert den kliniske virksomhet på en måte som øker sannsynligheten for forsvarlig klinisk praksis. Den foreslåtte helsepersonellov, som helsetilsynsloven, er slik i noen grad (et forslag til) en «negativitetslov» – en straffelov. Brudd på loven, kan etter forslaget lede både til bøter og fengsel. Overfor enkeltfagpersoner foreslåes det, i tråd med praksis fra lege- og tannlegelovene, og som vi har sett, «disiplinærforføyninger» – tilrettevisning, advarsel (§ 61), tap eller suspensjon av visse former for forskrivningsrett (§§ 62, 63) og tibakekalling eller suspensjon av autorisasjon eller lisens (§§ 66, 68).[1088]

Denne «negative» lovgivning hadde så, som nevnt ovenfor, sin parallell i den «positive» målstyring, som i helsevesenet ved overgangen fra 1980- til 1990-årene vokste frem som kvalitetsutviklingspolitikk (som vi kommer tilbake til). De to former for politikk utfylte for så vidt i noen henseender hverandre, som en slags pavlovianske betingingsregimer – det ene basert på trusler (disincentiver), det annet på lokkemidler (incentiver). Men i ikke liten grad var de også konkurrerende regimer, representert ved henholdsvis juristene og økonomene. Lovutkastets mor uttalte i et intervju med Tidsskrift for Den norske legeforening i 2001 at da hun startet i Helsedirektoratet satt hun og skrev tilrettevisninger. Hun fortsetter: «Rollen som helsepoliti mislikte jeg fra første stund». Hun legger til: «Dessverre har den negative sanksjonskulturen fått lov til å utvikle seg altfor langt».[1089] Hun ønsker at de pedagogiske

[1088] Vi skal nevne at Ohnstad i sitt lovutkast foreslår at det oppnevnes en Statens ansvarsnemnd (vedtaksorgan i disiplinærsaker) og et helsefaglig utvalg (råd i saker om etikk og faglige kvalifikasjonskrav) (kfr. §§ 55-60). Hun følger slik delvis opp departementets forslag i forbindelse med revisjonen av Helsetilsynsloven våren 1992.

[1089] Tom Sundar, «Fra helsepoliti til helsepedagog», intervju med Bente Ohnstad, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, bind 121, nr. 4, 2001, s. 518-519. Reaksjonsformen «tilrettevisning» ble for øvrig fjernet i 2001, med virkning fra 2002, ikke minst for å gjøre den ferske helsepersonelloven (den trådte ikraft fra 2001) mindre «negativ». Tilrettevisningen hadde imidlertid noe pedagogisk over seg; den var en mild, ofte forklarende, kritikk

sidene ved tilsynsrollen skal komme tydeligere frem. Hvis det skal innebære mer enn å skolere helsepersonellet i helsetilsynsloven, helsepersonelloven og andre lover, og altså å vise helsefagutøvere hvordan de kan unngå å «komme i heisen», vil det innebære at tilsynsutøverne må bli kvalitetsutviklingsrådgivere. Selv om medisinens presisjonsutvikling gjør det enklere å se hva det går ut på, må det da både lages en helt annen type lovgivning enn den man hadde og har og det må ansettes tilsynspersonell som har den helsefaglige kompetanse som kreves. Jusen blir da mindre relevant.

Bente Ohnstad bruker ordet «profesjon» om alle helseyrkene. Også det gjorde hun i tråd med det som var blitt vanlig på den tiden hun skrev. Ved å gjøre det, markerer hun at hun mener yrkene står på et likt nivå hva angår faglighet, eventuelt også etikk. Som vi har påpekt var, og er, imidlertid dette ikke tilfellet når det gjelder fagligheten. Her er det, hva angår det sentrale, diagnostikk og terapi, tale om et tydelig hierarki, noe som for så vidt, og som nevnt, også reflekteres i hennes lovforslag. Hennes språkbruk får slik en yrkespolitisk funksjon.

Bente Ohnstad leverte sitt grundig forberedte lovforslag ved utløpet av 1993. Det ble sendt til uttalelse, men ikke straks fulgt opp av departementet. Lovproposisjonen ble lagt frem først den 13. november 1998, etter at et proposisjonsforslag først var sendt til uttalelse. Proposisjonen ble behandlet i Odelstinget den 22. april og i Lagtinget den 27. april 1999.[1090] Loven ble sanksjonert den 2. juli 1999 (lov 64). Legene, tannlegene og jordmødrene likte ikke å miste «sine» lover, men motstanden mot å få en «samlelov» var ikke sterk. Politisk var det bare Fremskrittspartiet som hadde motforestillinger av betydning: Partiet ville beholde litt mer av medikratiet enn de andre partiene.

I proposisjonen heter det (i kap. 3.3.):

> *Loven er en personansvarslov med utgangspunkt i plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Den enkelte yrkesutøver har et personlig og selvstendig ansvar for sitt arbeid. Samtidig åpnes det i loven for at helsepersonell – innen rammene for forsvarlig virksomhet – kan utføre en rekke arbeidsoppgaver, på selvstendig grunnlag eller som medhjelper. Om vedkommende er kompetent til å utføre oppgaven må vurderes ut fra vedkommendes reelle kvalifikasjoner, ikke bare ut fra hvilken profesjon vedkommende tilhører.*

Som Bente Ohnstad, lar altså departementet alle yrkesgruppene både få (og for noen få beholde) autonomi og makt, men altså uten å avklare forholdet mellom fagledelseslinjen og den generelle ledelseslinjen (eller andre lov- og avtalebaserte linjer). I praksis blir denne dobbeltlinjen etter hvert stadig mer utfordret, men lenger inn i tiden etter 1994 skal vi ikke nå gå.

Helsepersonell er der for aktuelle og potensielle pasienter. Slik sett har de en instrumentell rolle – som utstyr har. Samtidig har helsepersonell sine egne interesser. Skal helsetjenesteytere fungere godt for de aktuelle og potensielle pasienter, må de som styrer og leder ta hensyn til det. De første må motiveres. De fleste av dem er gjerne «naturlig» motivert:

– som ikke ble en plett på rullebladet. Nå stod man igjen med advarselen, en formell sanksjon, som havnet på rullebladet. Tilsynsmyndighetene kunne imidlertid stadig, som lederne, gi ulike former for kritikk (eller ros).

[1090] Ot.prp. nr. 13 (1998-99), *Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*; Beslutn. O. nr. 64 (1998-99).

Deres hovedoppgave, å gjøre godt for andre, gir mening i seg selv. Å ha autonomi, og makt, gjør det mulig å sette mer eller mindre individuelle spor etter seg. Spesielt leger, men i noen grad også de fleste av de andre teoribaserte yrkesgruppene i helsevesenet, har tradisjonelt hatt mye eller iallfall noe autonomi, både individuelt og kollektivt. Med utviklingen av en mer presis og standardisert kunnskap begrenses autonomien og dermed muligheten til å gjøre en personlig forskjell. Den begrenses også fordi myndighetene og lederne skjerper kontrollen (tilsynet) med helsetjenesteytere. Denne skjerpelsen startet, som vi har sett, i den perioden vi her omtaler, men blir tydeligere etter vår periode. Selv helsepersonnelloven av 1999 lot der bli igjen et visst innslag av autonomi, spesielt for leger og tannleger, men også for de øvrige yrkesgrupper.

Den eksterne kontrollen med helsepersonellet – en kort kommentar

Ettersom den personlige, og delvis også den kollektive, autonomien begrenses blir det den amerikanske ledelsesteoretiker, Frederick Herzberg (1923–2000), kalte «hygienefaktorer» viktigere.[1091] Slike faktorer er arbeidsplassens utforming (kvalitet), velferdstiltak av ulike slag (barnehageordning for eksempel), arbeidstidens lengde og plassering i døgn og uke og, spesielt, lønn (pr. tidsenhet arbeidet). Motivasjonstiltakene blir altså mer knyttet til strengt «private» interesser (egeninteresser). Hensynet til disse interesser blir i økende grad formalisert gjennom avtaler mellom arbeidsgivere og arbeidstagere og kontraktører. For de fleste er (tariff)avtalene generelle, og forhandlet frem gjennom arbeidsgiver- og arbeidstagerorganisasjoner, men individuelle avtaler begynte å spille en viss rolle i den perioden vi nå omtaler. I «bakgrunnen» virker også hovedavtalene (overordnede tariffavtaler) og arbeidsmiljøloven (lov om arbeidervern og arbeidsmiljø, 1977); den siste også med den viktige internkontrollforskriften. Disse avtaler, og denne og andre lover, representerer slik både ekstra styrings- og kontrollinjer overfor arbeidstagerne og arbeidskontraktørene, men virker også som begrensninger på arbeidsgivernes styringsrett og tilsyns- og kontrollvirksomhet overfor helsepersonell. Disse, delvis eksternt baserte, kontrollinjene, skal vi ikke omtale nærmere her.

Lovgivning knyttet til pasienters og befolkningens interesser

Klinikken er først og fremst til for pasientene, preklinikken både for dem og for samfunnet som kollektiv. I det kliniske marked spiller pasientene, som (potensielle) kunder, en atomisert «tilsynsrolle». De vurderer, både på forhånd og etterpå, tjenestenes og tjenesteyternes tilgjengelighet, kvalitet (i ulike henseender) og pris. Dette «tilsyn» virker ved at tjenesteyterne som enkeltpraktiserende eller som institusjoner taper eller vinner pasienter (kunder), eventuelt ved at de (også) får direkte eller indirekte ros og ris. Risen kan i det siste tilfelle også innebære rettslige reaksjoner, som saksøking med krav om erstatning. Økonomen Albert Hirschman har, som vi har nevnt, omtalt disse reaksjoner som henholdsvis *exit*- (og *entry*-) og *voice*-reaksjoner. Siden kunnskapsasymmetrien var betydelig under den skjønnsbaserte, intuitive medisin, fikk pasienter «tilsynsbistand» når det gjaldt ivaretagelsen av sine interesser. Det skjedde, som vi har sett, spesielt i regi av fagpersonene selv, særlig legene, som i stor grad drev et uformelt egentilsyn. Det skjedde også i regi av myndighetene, men her

[1091] Frederick Herzberg, *Work and the Nature of Man*, New York: World Publishing, 1966.

var tilsynspersonene gjerne fagfolk: De primære offentlige tilsynsførere var, som vi har sett, embedsleger. Det offentlige tilsyn, særlig hjemlet gjennom legeforretningsloven av 1912, var slik i stor grad en forlengelse av det kollegiale (egen)tilsyn.

Med styrings- og ledelsesrevolusjonen (1970-årene), og spesielt med vedtagelsen av helsetilsynsloven i 1984, begynte for alvor avkollegialiseringen av tilsynet med at pasientenes interesser ble tatt tilbørlig hensyn til. Det skjedde på to måter. Det skjedde, som vi har sett, ved at myndighetene laget regler hvis etterlevelse de selv direkte kontrollerte. Dette ble fra 1984 det viktigste tilsyn med kliniske tjenester. Vi har sett at dette tilsyn både gjaldt regler for regler (internkontroll) og (fag)regler og skjønnspreget praksis. Man kan si at myndighetene slik «sosialiserte» den kollegiale egenkontroll, og i den forbindelse i økende grad gjorde tilsynspremissene juridiske. Premissene for kontrollen ble samtidig gradvis utvidet; kontrollen ble altså både mer «fremmedbasert» og mer omfattende og nærgående. Men myndighetene ble ikke slik bare mer «paternalistiske» i sitt tilsyn, de innførte også tiltak for å styrke pasientenes evne til å opptre som effektive etterspørrere (og kontrollører). Det som for alvor begynner å skje i den perioden vi ser på, er at både det «utvendige» tilsynet ovenfra og det delvis «utvendige» tilsynet «nedenfra» styrkes, på bekostning av det kollegiale tilsyn. Det er et uttrykk for det generelle forhold at klinikken og klinikerne både utsettes for mer hierarkisk og mer markedsbasert styring.

Den lovgivning som nå kommer, og som altså har direkte pasientinteresser som utgangspunkt, er av begge slag, hierarkisk påleggspreget og konkurransefremmende. Vi finner den, som enkeltbestemmelser, i mye av den lovgivningen vi allerede har omtalt, men også i annen lovgivning, endog lovgivning som ikke spesielt gjelder helsevesenet. Noen egen lov om hvordan hensynet til pasienters interesser skal og kan ivaretaes kommer ikke i «vår» periode. Den kommer først i 1999. Der kom, som vi har sett, et forslag til pasientrettighetslov i 1990, utarbeidet av jusprofessor Ståle Eskeland. Men som Ohnstads forslag ikke direkte ble tatt til følge ble heller ikke Eskelands det.

Borgere har også interesser knyttet til prekliniske tiltak og tjenester. Vi finner dem særlig i folkehelselovgivningen. De knyttes da normalt ikke til personlige rettigheter. Slike tiltak og (til dels) tjenester har ofte et nokså offentlig preg og må derfor settes i verk og ytes enten av et offentlig organ eller et offentlig organ må betale private (konkurrerende) aktører for å skaffe dem til veie. Vi skal i det følgende spesielt omtale lovgivningen knyttet til kliniske tjenester, altså pasientrettighetsbestemmelser, men også si litt om den som er knyttet til prekliniske tiltak, altså folkehelselovgivningen.

Pasientrettighets- og personvernlovgivningen

Borgerne har interesser overfor helsevesenet spesielt som aktuelle og potensielle pasienter. De har imidlertid også interesser som personer i mer generell forstand. De siste omtales gjerne som personverninteresser. Vi skal legge vekt på, og starte, med de første.

Pasientinteresser omtales i vår period i økende grad som pasientrettigheter. Det er i seg selv av betydning: Interesser gies slik et *autotelisk* (selvbegrunnende) normativt preg. Vi får en utvikling som, i etterkant av vår periode også fører til at det vedtaes en lov om pasientrettigheter. Den vedtaes i 1999 og trer i kraft i 2001. Det er den første norske lov av dette slaget. Det betyr imidlertid ikke at ikke pasientrettigheter hadde spilt en rolle før. Vi skal se at både institusjons- og personellovene i økende grad fikk bestemmelser som gir pasienter

rettigheter. Tilbyderne fikk flere og flere plikter som reflekterer pasientinteresser og ble i økende grad også forstått som pasientrettigheter. Vi har ikke sett på disse bestemmelser i de viktigste institusjonslovene, de som gjelder primær- og spesialitshelsevesenet. Vi skal derfor si litt om dem i det følgende. Det bør imidlertid straks understrekes at det ikke er tilfeldig at den (dir)ekte pasientrettighetslovgivningen, og for så vidt personvernlovgivningen, kommer så sent. Det reflekterer den både medikratisk-paternalistiske og den velferdsstatlig-paternalistiske kultur som lenge dominerte. Det er i takt med at disse kulturer svekkes, at pasientenes rettigheter kommer tydeligere og oftere frem i institusjons- og personellovgivningen og at der til sist (1999) kommer en egen lov der pasientenes interesser er utgangspunktet. At personopplysningsloven kom i 1978 (ny lov i 2000), altså noe tidligere, er uttrykk for den beslektede svekkelse av all øvrighetspaternalisme og fremveksten av den liberale rettighetsbølge.

Før vi ser på lovgivningen og de premisser den gir for tilsynsvirksomheten, skal vi si litt om hvordan vi kan forstå rettigheter for pasienter.

Rettighetsbegrepet er særlig knyttet til liberale og individualistiske interesser. De er legalt beskyttede friheter: friheter fra overgrep fra andre, spesielt staten, men også andre overgripere, eller forbrytere. Fra annen halvdel av det 19. århundre begynte sosialliberale tenkere, som John Stuart Mill (1806–1873) og siden Leonard Hobhouse (1864–1929), å tale om friheter *til*, eller *positive* rettigheter; altså rettigheter som gir andre, for eksempel fellesskapet (staten) plikter. Sosialister førte etter hvert denne tenkningen videre. Den kom til å skape mye av grunnlaget for den omfordelende staten, velferdsstaten. Men mye lenger tilbake i tid ble det talt om at for eksempel representanter for stender av ulike slag, inkludert yrkesstender, som medisinen, hadde forpliktelser overfor andre, sine underordnede og sine klienter, pasienter etc. Den medisinske kultur definerte en rekke plikter for leger, plikter som altså gav pasienter en form for rettigheter. Vi kan i noen grad si at staten, som velferdsstat, er en institusjon som legger den type plikter stendene, også fagstendene, la på seg selv, på seg selv. Vi kan også si det slik: Staten tok (delvis) over de plikter fagstendene hadde lagt på seg selv, og utvidet dem. Positive rettigheter representerer altså en form for paternalisme og maternalisme, først i regi av for eksempel en stand og så i regi av staten.

Med velferdsstaten kom der stadig flere, og mer solide, (positive) pasientrettigheter. De kom imidlertid, i tråd med paternalismen, gjennom lover som gir staten (offentlige organer) og helsepersonell plikter. Også den første egentlige pasientrettighetsloven, som altså kom først i 1999, kom på paternalistisk vis. Staten vedtok den og gav seg selv plikter, plikter den sa den skulle følge opp etterlevelsen av gjennom et formalisert tilsyn (spesielt fra 1984). Det er allikevel slik at denne loven, og noen bestemmelser som foregrep den, også reflekterer et liberal-individualistisk syn på rettigheter. Det viser seg ved at pasienter i større grad får en rolle som i et «vanlig» marked, nemlig en større grad av selvbestemmelse.

Som vi har nevnt blir altså tilsynet med pasientrettighetspraksisen, siden det i stor grad er offentlige institusjoner og offentlig ansatte tjenesteytere som tilbyr dem, en spesiell form for egenkontroll. Den blir primært en forebyggende sådan, symbolisert ved den «egentlige» egenkontroll, og en reaktiv (og sekundært forebyggende) sådan, representert ved klage- og til dels erstatningsordninger. Kontrollen med private tjenesteytere er i de fleste tilfeller også halvt intern, for så vidt som de fleste av disse i hovedsak er offentlig finansiert.

Vi har sett at de rettigheter pasienter har fått gjennom institusjons- og personellovgivningen i hovedsak er knyttet til tilgjengelighet (til helsens hus, og så til dens mange rom) og kvalitet (i

snever forstand). Tilgjengeligheten er særlig knyttet til terskler, som prisen på tjenestene, men også til tids- og romavstanden til tjenestene. Når det gjelder kvalitet er rettighetene spesielt knyttet til «nedsiden» av kvalitet. Her ble etter hvert forsvarlighet/uforsvarlighet det sentrale vurderingskriterium. Tilgjengelighet er, i de fleste henseender, et mer naturlig kvantitativt kriterium enn kvalitet. Allikevel, men delvis også derfor, var det, som vi har sett, først og fremst tilgjengeligheten som skulle skape vanskeligheter for helsevesenet og dem som skulle drive helsetilsyn. Siden tilgjengelighet hadde med spesielt fylkeskommunenes økonomiske evne å gjøre, ble politikken og retningslinjene uklare. Tilsynet ble slik nokså politisk sensitivt, som vi har sett. Vi har også sett at det ble så sensitivt at departementet ville legge det overordnede tilsynsansvaret til departementet. Vi har videre sett at Stortinget ikke gikk med på det, og i stedet, paradoksalt nok, gjorde Helsedirektoratet om til et mer faglig tilsynsorgan. Helsetilsynet ble også det. Det vil si, den prosessen hadde startet i 1984, men fikk tyngde først ved overgangen til 1990-årene, og utviklet seg slik parallelt med Norbom-prosessene. Som tilsynsorgan ble slik Helsedirektoratet, fra 1994 Helsetilsynet, først og fremst et kvalitetstilsyn. Den gradvise konkretisering av forsvarlighetsbegrepet ble slik kjernen i det pasientrettighetstilsynet som nå vokste frem. Den oppsidebaserte kvalitetspolitikken som vokste frem fra om lag 1990, ble i liten grad en pasientrettighetspolitikk, og ble slik også i mer beskjeden grad en gjenstand for kontroll og tilsynsvirksomhet.

Man kan si at en del av kvaliteten ved den kliniske prosess er hvor godt informert pasienter blir og hvor diskret behandlerne er i sin omgang med de opplysninger de får om pasienter. Det første vil, juridisk, særlig være et spørsmål om pasientens adgang til (hele) sin journal. Det annet vil være et spørsmål om hvor diskret klinikerne og klinikken behandler journalen og de opplysninger som inngår i den, men også et spørsmål om pasienters adgang til å «redigere» sin journal, f.eks. ved å få noe fjernet fra den, ev. ved selv å skrive noe inn i den. Også slik informasjonsbehandlingskvalitet blir av økende betydning som følge av forbrukerrevolusjonen. Her blir imidlertid skillet mellom pasientrettigheter og personrettigheter uklart. I begge tilfeller blir imidlertid det individualistisk-liberale begrepet pasientenes selvbestemmelsesrett, viktig. Vi skal omtale disse bestemmelsene nedenfor, under presentasjonen av personvernlovgivningen.

Pasientrettighetslovgivningen: tilgjengelighet

Ved jordmorloven av 1898 (§ 4) fikk jordmødre plikt til å yte øyeblikkelig jordmorhjelp. De fødende fikk slik i praksis en rettighet (dog mer som fødende enn som pasienter). Plikten er her altså en omsorgsyterplikt, ikke en institusjonell plikt. Ved legeloven av 1927 fikk legene en tilsvarende personlig plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når slik var medisinsk påkrevet om liv skulle reddes eller alvorlig helbredstap skulle unngåes (§ 7). Pasientene fikk med det en rett til slik hjelp (og uten betalingsplikt); dog uten at det her ble spesifisert hvem som skulle betale for hjelpen, for eksempel for dem som ikke var dekket av forsikringen. Tannlegeloven og de senere yrkesgruppelover (utenom loven for leger) fikk ingen bestemmelse om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, og pasientene dermed heller ingen rett til akutthjelp fra slike gruppers representanter. Ved sykehusloven av 1969 fikk sykehus og fødselshjem «plikt til uoppholdelig å motta en pasient når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen kan gi er påtrengende nødvendig» (§ 6). En lignende bestemmelse ble tatt inn i lov om psykisk helsevern av 1961 (§ 2, sjette ledd). Slik fikk i praksis pasienter en rett til øyeblikkelig hjelp ved institusjoner, betalt av trygden og sykehuseieren. Dette er rettigheter som primært er paternalistisk motivert. Jordmødre, leger og tannleger så også på seg som forpliktet til å ytre slike tjenester før lovene kom. Nå ble paternalismen altså formalisert og

omdannet fra en litt usikker privat profesjonsplikt til en statlig diktert (rettslig) plikt. Prosessen med å gjøre helsetjenesteytere etisk heteronome ble slik startet.

Når det gjelder behandling generelt, fikk om lag 40 prosent av befolkningen, lavt lønnede arbeidstagere og deres pårørende (barn bare under 15 år), rett til fri behandling etter sygeforsikringsloven av 1909 (ikraft fra 1911). Der ble åpnet adgang for at personer som falt utenfor den gruppen som måtte forsikre seg, kunne slutte seg til forsikringen frivillig. Få gjorde det i begynnelsen (0,9 pst. av medlemmene var i 1912 frivillige), men flere kom til etter hvert (17,6 pst i 1934). Det ble ikke i loven spesifisert at retten også gjaldt sykehusbehandling, men den ble i praksis tolket slik; fra 1930 ble det gjort klart.[1092] Slik ble altså den økonomiske terskelen fjernet for dem loven gjaldt. Den ble dog hevet noe igjen høsten 1922, da en egen refusjonstariff kom til å avvike fra legenes normaltariff; pasienter måtte fra da av betale en egenandel.[1093] Sykeforsikringen, fra 1930 syketrygden, ble etter krigen utvidet og gjort almen fra 1956. Fra starten av måtte de forsikrede betale 60 prosent av premien selv; de ble «tvunget» til å oppføre seg mer medisinsk ansvarlig. Siden er den andelen redusert; forsikringsprinsippet har måttet vike for skatteprinsippet. Ordningen var altså delvis liberal i starten, men den hadde et paternalistisk innslag: For de fleste som ordningen omfattet, var medlemsskap tvungent. De forsikrede skulle tvinges til langsiktig (individuell) fornuft.

Gjennom kommunehelsetjenesteloven av 1982 ble kommunene forpliktet til å yte dem som oppholder seg i en kommune «rett til nødvendig helsehjelp» (§ 2-1). Bestemmelsen ble dog modifisert ved at det i lovforarbeidene het at hjelpen skulle være «begrenset til det som økonomi, tilgang på personell og utstyr gjør mulig».[1094] Denne bestemmelsen kan man si i noen grad *svekket* det sykeforsikringsloven av 1909 hadde sagt. Samtidig ser man at denne loven, som de to sykehuslovene, gjorde at ansvaret for å gi pasientene tilgjengelighetsrettigheter delvis ble flyttet fra personell til (offentlige) arbeidsgivere, og gjort til rettigheter til *naturalytelser*. Disse endringene i ansvar reflekterer slik også endringer fra et mer individuelt-paternalistisk til et mer offentlig-paternalistisk, nyttestatlig regime.

Distriktslegeordningen, som har røtter tilbake til tidlig i det 18. århundre (og til dels enda lenger), hadde som formål både å sikre leger inntekter i bygde-Norge og å redusere den fysiske avstand til legehjelp for pasienter. Ordningen ble vesentlig utvidet etter vedtagelsen av legeforretningsloven av 1912. Allikevel var det gjennom 1950- og 1960-årene problemer med å skaffe nok leger til mindre kommuner. Disse problemene avtok noe utover i 1970- og 1980-årene. Samtidig vokste bekymringen for tilgjengeligheten til sykehustjenester og spesialisthelsetjenester generelt. Bekymringen hadde delvis å gjøre med avstand; med spesialiseringen og den økte bruk av komplisert og kostbar teknologi ble det ofte større avstand for folk i grisgrendte strøk til de mest spesialiserte tjenester. Avstanden ble imidlertid,

[1092] Om bakgrunnen for innføringen og den tidlige utviklingen av sykeforsikringen i Norge, se Marius Ormestad (1874-1964), *Syketrygden i 25 år. Forberedelse og virksomhet 1885–1911–1921–1936*, Halden: E. Sems trykkeri, 1936. (Elektronisk tilgjengelig: https://www.nb.no/nbsok/nb/edd52e41b3fcf3d93de7f58a9c90f55f?index=4#1.) Tallene for frivillig medlemsskap er fra Ormestad, s. 76.

[1093] Fra 1932 ble det i de fleste kasser inngått kontrakter om takstene mellom kassene og legene, men ellers ble refusjonssystemet bibeholdt frem til krigen. Under krigen ble takstene fastsatt av departementet. Etter krigen var det dragkamp om takstene helt frem til 1970-årene, da takstene (normaltariffen) ble forhandlingsgjenstand. Elementer av totakstsystemet ble dog beholdt, for så vidt som der ble krevet egenandeler av pasientene; et element av økonomiske terskler ble slik beholdt.

[1094] Ot.prp. nr. 36 (1980-81), s. 160 og Ot.prp. nr. 66 (1981-82), s. 31.

på grunn av bedre kommunikasjoner, ikke alltid reelt sett større. De fleste lokalsykehus ble beholdt gjennom den perioden vi her omtaler, men deres tilbudsspekter ble snevrere. Frykten for sykehusnedleggelser økte også.

Men bekymringen ble størst hva angikk sykehusenes og spesialistenes *kapasitet*. Denne bekymringen tiltok utover i 1980-årene og førte til at det i 1990 kom en forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter.[1095] Forskriften var en erkjennelse av at myndighetene ikke helt klarte å oppfylle det «løfte» som lå i det som nå var blitt folketrygdloven. Erkjennelsen var imidlertid betinget: «Alle» skulle få de spesialisthelsetjenester de hadde medisinsk behov for, men noen kunne måtte vente litt, nemlig dem det hastet minst for. Men erkjennelsen kom jo før forskriften. Da regjeringen Willoch nedsatte prioriteringsutvalget (Lønning-I) erkjente den med det at ikke alle kunne vente å slippe til straks et behandlingsbehov var registrert. Utvalgets innstilling, som kom i 1987 (NOU: 23), gikk ut på at når behovet for undersøkelse eller behandling var akutt, skulle pasientene slippe til straks. I annen rekke skulle så de komme som kunne få alvorlig mén av ikke å få rask hjelp, hvis slik eksisterte. I tredje rekke skulle så resten komme. Ventetidsordningen skulle gjelde gruppen som fikk annen prioritet. Pasienter som fikk slik prioritet skulle behandles i løpet av seks måneder, eller skaffes hjelp ved et annet sykehus. Den gruppen som fikk «ventetidsgaranti» ble ikke ubetydelig, selv om det var vanskelig å lage «konsistente» lister. Hvor mange i den tredje prioritetsgruppen som måtte vente, og hvor lenge de måtte vente, ble der ikke laget oversikter over; sykehusenes kapasitet bestemte ventetidens lengde. Man fikk altså en ikke ubetydelig tidsbarriere hva gjaldt adgangen til spesialisthelsetjenester for (potensielt) alle andre pasienter enn dem som hadde behov for øyeblikkelig hjelp. Dette var en barriere som for så vidt kan oversettes til en pengebarriere. Denne siste barrieren kan beregnes både ved å gi ventetiden en pris, en pris som også kan omfatte omkostningen ved ubehag og eventuelt fremtidig helbredstap, og ved å se hva det kostet å kjøpe seg ut av køene ved å bruke selgende tjenesteytere hjemme eller ute. Vi kan legge til at denne tidsterskelen har myndighetene ikke fått bort siden heller, noe to nye prioriteringsutvalg (1997 og 2014) er et uttrykk for.[1096]

Kriteriene lansert av Lønning-utvalget, og ført videre gjennom den departementale forskriften, var ikke klare og åpnet derfor for «politikk» både fra pasienters, behandleres og sykehus' side. Der kom derfor, i samarbeid med spesialforeninger i Lægeforeningen, i 1992 en veileder over de pasientgrupper som skulle ha seks måneders ventetid.[1097] Forskriften skulle være bindende for sykehuseierne, men det var usikkert om den representerte en rettighet for en bestemt gruppe pasienter. Forskriften inneholdt ikke sanksjonsmidler overfor sykehuseierne. Da erfaringene med ordningen ble oppsummert i en stortingsmelding i 1996 kom det frem at nesten alle pasienter som fikk tidsgarantien fikk behandling innen fristen. Dog viste det seg at andelen pasienter med somatiske lidelser, og med antatt behov for innleggelse, som ikke gjorde det økte noe i løpet av første halvdel av 1990-årene. Andelen var 6,5 prosent i 1993, 8 prosent i 1994 og 10 prosent i 1995.[1098] Andelene som ventet «for lenge»

[1095] Forskrift om ventelisteregistrering og prioritering av pasienter, Rundskriv I-43/90, vedtatt av Sosialdepartementet den 25. juli 1990, med hjemmel i sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Sykehusloven, og lov om psykisk helsevern hadde dette år fått bestemmelser som gav hjemmel for å gi forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter (sykehusloven, § 12, nytt 11. ledd og lov om psykisk helsevern, § 16, nytt 7. ledd).

[1096] Det siste utvalgets innstilling ble fulgt opp av en arbeidsgruppe ledet av professor Jon Magnussen. I 2018 kom der en innstilling om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

[1097] Rundskriv I-25/92.

[1098] Kfr. St.meld. nr. 44 (1995-96), *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, kap. 3.1.3.

på poliklinisk somatisk konsultasjon økte også tydelig. Andelene som ventet på dagbehandling økte mindre raskt. Der var, ikke overraskende betydelige variasjoner fylkene imellom hva gjaldt ventetid, og uten at det reflekterte forskjeller i ressurssituasjonen.

Da departementet oppsummerte ventetidssituasjonen i 1995 konstaterte den at der hadde vært en stor økning i antallet ventetidsgarantipasienter, men også i antallet pasienter som ble definert som øyeblikkelig hjelp-pasienter. Departementet bemerket forsiktig at økningen i begge henseender nok ikke bare reflekterte økt behov for første- eller annenprioritets behandling. Det pekte også på at der var påfallende variasjoner i prioriteringen. I 1995 fikk for eksempel 90 prosent av de nyhenviste pasientene i Rogaland «garantitildeling», i Telemark 30 prosent.[1099] En undersøkelse Helsetilsynet gjorde i 1995 viste at blant garantipasienter (somatiske lidelser) som hadde ventet minst fem måneder ønsket 12 prosent ikke behandling, mens 15 prosent allerede hadde fått behandling og 25 prosent ikke hadde en lidelse som kvalifiserte for behandling. Helsetilsynet fant også andre «underlige» forhold, som at bare 12 prosent av de ventende pasienter ikke var sykemeldt (kap. 3.2.3.). I det psykiatriske helsevesen fungerte ventelisteordningen svært dårlig, viste det seg. Således førte under halvparten av de aktuelle institusjoner ventelister (kap. 3.3); de ventelister som ble ført var svært mangelfulle. Det er derfor ikke så overraskende at departementet i et rundskriv i 1993 bad fylkeskommunene om å opprette ventelisteråd og innføre fritt sykehusvalg for ventetidsgarantipasienter innen pasientenes helseregion.[1100] Vi skal legge til at der i 1997 kom en ny ventelisteforskrift. Gjennom den ble det innført en vurderingsgaranti for spesialisttjenester: Pasienter skulle vurderes innen 30 dager. Det ble også bestemt at det skulle taes hensyn til den forventede virkningen av en eventuell behandling; som i Lønning II-innstillingen (NOU 1997: 18) ble det nå lagt mer vekt på nyttehensyn.

Det er interessant at der ikke er gjort juridiske forsøk på å utfordre «køplasseringen», selv etter at den viste seg å være så preget av tilfeldigheter. Gjennom rettssaker kunne pasientenes rettigheter blitt bestemt. Ja, rettssaker kunne ha drevet helsetjenestefinansieringen «tilbake», eller frem, mot igjen å bli en mer individuelt basert forsikringsordning. Vi kan legge til, det er ikke usannsynlig at det vil skje; veksten i private tjenestekjøp, i privat forsikring og i europeisering av helsetjenestemarkedene bidrar i økende grad til det. Vi må anta at mange etter hvert vil vite mer presist hvilke rettigheter de har. Etter hvert som myndighetene begynner å presisere rettighetene, vil trygden (igjen) mer og mer få preg av å være en forsikringsavtale. Individualistisk bevisste borgere, kan med domstolene som midler og kontrollorganer, drive utviklingen i individualistisk-liberal retning.

Sykeforsikringen gav fra 1956 alle en rett til medisinsk behandling, betalt via trygden. Denne retten ble imidlertid svekket ettersom finansieringen ble mer bevilgningsbasert (istedenfor forsikringsbasert) og dermed knyttet til naturalytelser, altså ble mer paternalistisk. Svekkelsen kunne skyldes både personalmangel og institusjonskapasitetsmangel, men slik mangel kunne også i noen grad skyldes, eller forsterkes av bevilgningsinnstramninger. Siden noe av formålet med overgangen til paternalistisk bevilgningsfinansiering var å begrense utgiftsveksten, var det nærmest umulig å hindre at ordningen skapte ventetid og til dels nesten stengte dører for en del borgere som ville bli pasienter.

[1099] *Ibid*., kap. 3.2.2, figur 3.7. De fleste fylkeskommuner lå i nærheten av Rogaland. Telemark var en tydelig avviker i «lav» retning, fulgt av Vestfold, Finnmark og Troms.
[1100] Rundskriv I-40/93. Oppfordringene om ventelisteråd etc. gjaldt forslag et utvalg ledet av daværende statssekretær Ellen Strengehagen hadde fremmet i 1993. Utvalget var nedsatt på grunn av vanskelighetene med å forvalte forskriften om ventetidsgaranti.

Denne utviklingen, fra forsikring til bevilgning (og skattefinansiering), gjorde altså at rettighetene for borgerne ble mer uklare. Landets første egentlige helserettsjurist, professor Asbjørn Kjønstad, gjorde i et viktig, men siden noe oversett arbeid, dette klart allerede i 1981. Han påpekte at under det gamle system var det et «klart toparts kontrakstmessig forhold mellom den enkelte lege og den enkelte pasient». Under det nye system (spesielt for sykehusene) ble forholdet mellom den enkelte pasient og sykehuset eller helsesenteret et «forvaltningsrettslig forhold».[1101]

Denne utviklingen gjorde, som nevnt, at Helsedirektoratets grunnlag for å drive pågående tilsyn, og dermed politikkutforming, ble begrenset, samtidig som direktoratet altså formelt fikk styrket sin tilsynsfunksjon. Vi har sett at når Helsedirektoratet forsøkte å være mer tilsynspågående på pasientenes vegne overfor institusjonene og deres eiere, blant annet i sykehjemssaker (1986), reagerte ikke bare kommunene, men også deres interesseorganisasjon (NKS, fra 1988, KS) og Sosialdepartementet (Sosialministeren). Som vi har sett, Mork oppfattet det som om han ble pålagt å «ligge lavt» i sykehjemssaker, i praksis kanskje til og med i saker rettet mot institusjoner og deres eiere, kommuner og fylkeskommuner. Men her kom, iallfall i noen grad, domstolene Helsedirektoratet, og de berørte borgere, til unnsetning. Domstolene, delvis «dyttet» av «aktivistiske» advokater og tidens forbrukeraktivisme, avsa fra slutten av 1970-årene dommer som styrket pasientenes rettigheter overfor de betalende myndigheter.[1102] Annerledes sagt, domstolene grep, som kontrollorganer, mer inn i de politiske organers prioriteringer (enn de hadde gjort før). De spilte altså en mer «politisk» rolle. Man kan imidlertid også si at overgangen til mer bevilgningsbasert finansiering av tjenester gjorde at jusen ble mer uklar og at domstolene *måtte* opptre mer «politisk» (rettsavklarende). At de gjorde det på en måte som reflekterte den mer pågående forbrukerkultur som nå utviklet seg, er ikke tilfeldig. Man kan si det reflekterer det som tidligere hadde vært jusens rolle, å bestemme hva den ukodifiserte rettsfølelsen i befolkningen tilsa. Domstolene spilte imidlertid denne rollen mer i andre saker (som vi skal komme tilbake til) enn i tilgjengelighetssaker.

Domstolene, til slutt ved Høyesterett, behandlet én tilgjengelighetssak, Fusa-saken, en sak som startet i 1984 og fikk sin endelige avgjørelse i 1990. Saken var imidlertid ikke bare en tilgjengelighetssak; den var også en kvalitets(svikt)sak. Saken ble reist av en muskelsyk og nokså ufør dame som gjennom mange år hadde fått betalt hjelp av sin mor og etter hvert også av hjemmehjelp og husmorvikar. I forbindelse med morens pensjonering (desember 1984) reduserte kommunen hjelpen til knapt en tredjedel av den hun hadde fått før. Kvinnen reiste da sak mot kommunen, og henviste både til kommunehelsetjenestelovens bestemmelse (§ 2-1) om rett til «nødvendig helsehjelp» og til lov om sosial omsorg (§ 3) som gav dem som ikke kunne ta vare på seg selv rett til hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Saken endte i Høyesterett, som både fant at den kunne behandles på dette rettsnivå og kjente kommunens vedtak

[1101] Asbjørn Kjønstad, «Pasienters rättigheter», *Förhandlingarna vid Det tjugonde juristmøtet*, Stockholm, 1981, del 1, s. 142-153, og «Kontraktsrett eller forvaltningsrett», i Anders Bratholm, Nils Christie og Torkel Opsahl, red., *Lov og frihet*, festskrift til Johs. Andenæs, Oslo: Universitetsforlaget, 1982, s. 587-602. Referansen for opplysningene om Helsetilsynets undersøkelse er: Statens helsetilsyn, *Kriteriene for tre og seks måneders ventelistegaranti – vurdering, forslag og* konsekvenser, notat 06.11.95.

[1102] Asbjørn Kjønstad diskuterer spørsmålet om domstolsskapt rett i kapitlet «Pasientrettighetenes fremvekst», i Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992, s. 189-276; kfr. spesielt s. 216-234. Kjønstad skrev kapitlet i 1992 og avslutter altså sin diskusjon med den perioden vi ser på. Kjønstad viser tydelig at domstolene har spilt en pasientrettighetsutvidende rolle i den perioden vi drøfter.

ugyldig. Retten kom til, om enn mer ut fra mål-middel-vurderinger enn juridisk subsumpsjon, at det tilbud om hjelp hun etter kommunens vedtak skulle få «ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie».[1103] Domstolens kjennelse er altså et uttrykk for hvordan kontroll (tilsyn) blir ikke bare politisk presiserende, men skapende.

Domstolene fikk ikke, etter det vi kan se, saker om tilgjengelighet til sykehus til behandling i den perioden vi ser på. Fusa-saken gjaldt mer vagt avgrensede omsorgstjenester i primærhelsevesenet. Noe senere, nemlig i 1997, nådde imidlertid en pasient, med brutt ventetidsgaranti, ikke frem da han krevde at han skulle få behandlingsplass ved et sykehus i et annet fylke enn hjemfylket Troms.[1104]

I september 1988 tok Sosialdepartementet sjansen på å oppnevne professor i rettsvitenskap, Ståle Eskeland, til å lage en énmannsutredning om pasientrettigheter (til helsetjenester). Departementet visste at Eskeland var en venstreorientert jurist og å be ham se på pasientrettighetsspørsmålet og utarbeide forslag til en lov pasientrettigheter, var å be om å få en lov som radikalt ville sette tilside tjenesteytende organers rett til å prioritere tilgjengelighet til helsetjenester mot andre kommunale og fylkeskommunale hensyn. Det var en venstreorientert regjering og statsråd (Tove Strand Gerhardsen) som oppnevnte Eskeland, men det var jo også den samme regjeringen og den samme statsråden som hadde forsøkt å stagge Helsedirektoratets tilsynsaktivisme. Departementet (og bak det, Finansdepartementet) tok imidlertid sine forholdsregler. Det het i oppdraget (p. 5) blant annet at «Prosjektet skal utrede et alternativ som ikke innebærer økt ressursbruk» og at prosjektet skulle ha en referansegruppe prosjektlederen «plikter å ta hensyn til vektige uttalelser fra…»

Eskeland utarbeidet et lovforslag som i begrenset grad tok hensyn til den juridiske litteratur på området, og til dels også pålegget om økonomisk forsiktighet. Eskeland tok utgangspunkt i det viktigste Lønning I-kriteriet, alvorlighet, men bare det. Han foreslo at hvis en lege fant at en pasient «har en alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming, [skal] .. pasienten [ha] rett til behandling» (§ 2-3). Av § 2-4 fulgte det at den retten også gjaldt den aktuelle pleie og omsorg. Selv om det er vanskelig å definere «alvorlig» presist, ønsket Eskeland å gjøre retten til behandling til en virkelig rettighet. Han ville derfor (§ 3-1) at det skulle være en *plikt* for «den enkelte enhet i helsevesenet» til å gi hjelp i samsvar med noen minstekrav (definert gjennom §§ 4-1 til 4-3). «Slik hjelp kan ikke nektes med den begrunnelse at det ikke er dekning for utgiftene på vedtatte budsjetter» (§ 3-1). Eskelands forslag gav altså de alvorligst syke pasienter en slags rettighet, men lot andre pasienter stå igjen uten spesielle rettslige garantier.

Eskelands forslag ble ikke fulgt opp av regjeringen (Brundtland III); det ble av den og av mange remissinstanser sett på som både for kostbart og for ensidig i sitt kriteriegrunnlag. Regjeringen gav imidlertid uttrykk for at den ville fortsette arbeidet med å utarbeide en pasientrettighetslov. En slik ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft i 2001. Her ble det, etter stortingsinitiativ, tatt et paternalistisk skritt i retning av rettighet for behandling («rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» (§ 2-1, 2. ledd), dog avhengig av kapasitet), et skritt som ble forsterket (med frist for når nødvendig helsehjelp skulle gies) fra 2004, men

[1103] Rettstidende 1990, s. 888. Her sitert etter Kjønstad, *op.cit.*, s. 232.
[1104] Nord-Troms namsrett 7. aptil 1997. Saken er nevnt i NOU 1997: 18, s. 122. Fylkeskommunen anket ikke vedtaket da pasienten umiddelbart etterpå ble tilbudt behandling.

som ikke gjorde at behovet for prioritering forsvant. Regjeringen ville egentlig forsøke, gjennom den nye loven, å ta seg sammen – eller om man vil, å skjerpe egendisiplinen.

Tilgjengelighetspolitikk, og med det pasienters rettigheter til behandling, ble en av de mest krevende former for helsepolitikk etter regimeskiftet i 1970-årene. Regimeskiftet er også mye av bakgrunnen for at tilgjengelighetspolitikken fikk en så fremtredende plass i debatten. Regimeskiftet ble jo ikke minst preget av omkostningsbekymringer og leting etter måter å begrense utgiftsveksten på. Et viktig svar på bekymringene ble, som vi har sett, en gradvis overgang til bevilgningsfinansiering. Med denne kom altså rasjoneringen og køene – og for så vidt rettighetsbegrensningene. Politikerne lette med lys og lykte for å finne måter å kombinere omkostningskontroll og paternalistisk gitte pasientrettigheter på. Som vi har sett, det var politisk umulig i særlig grad å bruke økonomiske terskler til å begrense omkostningsveksten. Resultatet ble en lang rekke av tilgjengelighetsfloker for den sittende regjering. Regjeringen Willoch ble beskyldt for «hjerteråhet» (valgkampen 1985); regjeringen Brundtland II arvet sykehuskøene og fikk privatiseringstrusler og pasientflukt til utlandet (1986–1989), men også «Lasse-liten-saken»[1105] (1987), i fanget; regjeringen Syse ble våren 1990 tatt på sengen av «eldreopprøret» – en sak som i noen grad gjaldt tilgjengeligheten til, men også kvaliteten av, aldersomsorgen; regjeringen Brundtland III måtte hanskes med flere ressurssterke og mediemobiliserende pasienter (og deres pårørende og støttespillere) med alvorlige lidelser, blant annet myelamotose, som, mot faglige råd i Norge, ville ha finansiert behandling i utlandet. Tilgjengelighetssaker har forøvrig fortsatt å havne på helseministerens bord også siden. De er kinkige i et land hvor de fleste ser på behov som det eneste legitime kriterium for tilgjengelighet til helsens hus. Massemediene kjenner disse holdningene og bidrar villig, ofte svært ivrig, til å bringe helsemyndighetene, og for den saks skyld, helselederne, på defensiven. Pasientforeninger, pasientombud og mange klinikere bidro og bidrar til å forsterke trykket på dem som forsøkte, og forsøker, å holde igjen (på ressursbruken). Det hører med til bildet at når statsråden blir siste ankeinstans i tilgjengelighetssaker, kombineres tilsyn og kontroll med politikkutvikling på en særlig tydelig måte. Man kan også si: I slike situasjoner politiseres tilsynsvirksomheten helt. Det er ikke tilfeldig at Norbom og hans medutredere, med vanskelige tilgjengelighetssaker friskt i minne, ville legge det overordnede tilsyn til departementet.

Vi skal til slutt her minne om at tannhelsetjenester for storparten av den voksne befolkning er et privat og individuelt ansvar og at markedets takster (terskler) gjelder for dem som søker tannlegetjenester. Etter tannhelsetjenesteloven av 1983 har imidlertid bestemte grupper rett til

[1105] Lasse Fagereng led av medfødt hypoplastisk venstre hjertesyndrom, en lidelse som krever kirurgisk intervensjon. Denne intervensjonen var på den tiden under utvikling, og ble særlig utført (vellykket) ved et amerikansk sykehus. I Norge var operasjonen utført åtte ganger til da, alle med mislykket utfall. Da gutten ble født ble det raskt oppdaget at han hadde den nevnte hjertelidelsen, men foreldrene fikk også høre at Rikshospitalet intet kunne gjøre for å hjelpe ham. Foreldrene undersøkte da mulighetene i utlandet og fikk høre om dr. William I. Norwood jr. (f. 1941) i USA, som var en pioner med operasjoner for guttens lidelse. De bestemte seg raskt for å dra til USA. Operasjonen ble vellykket, men gutten trengte en oppfølgingsoperasjon. Til sammen kostet operasjonene familien 1,2 millioner kroner. Familien søkte om å få dekket disse utgiftene av det offentlige, men fikk i første omgang nei. Med god hjelp av Verdens Gang, som over lengre tid hadde mange oppslag, ofte over hele førstesiden, om «Lasse-liten», nådde foreldrene til slutt frem. VG rapporterte om Lasse-litens (gunstige) utvikling i flere år. 17. juli 2016 kunne Se og Hør meddele at «Lasse-liten» snart skulle bli far. Etter at myndighetene gikk med på å betale for behandlingen av Lasse-liten, ble det etablert en ordning som sørget for at andre barn også kunne sendes til behandling i utlandet. Operasjonen ble tatt opp igjen i Norge (Rikshospitalet) i 1999.

fri tannbehandling. Det gjelder barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, innsatte i fengsler, i tillegg til eldre, langtidssyke og invalide som bor i institusjon eller har hjemmesykepleie (§ 1-3). Disse har «ekte», men altså paternalistisk funderte, tilgjengelighetsrettigheter. Ja, de har mer enn det, for det heter i loven at det offentlige tannhelsevesen skal sørge for å gi personer i disse gruppene «et regelmessig og oppsøkende tilbud» (§ 1-3). Det er en uvanlig bestemmelse i helselovgivningen, men også en relevant bestemmelse: Mennesker med helseproblemer kan også ha fått redusert evne til å oppsøke hjelp. De har tilgjengelighetsbarrieren *i* seg. Det gjelder for øvrig også mange psykiatriske pasienter og pasienter med (flere) kroniske somatiske lidelser. Tilsynsvirksomheten er på disse områder i stor grad lik den man har for de tjenestene vi har sett på ovenfor; men her kommer også inn instanser som fylkestannlegene i de første tilfeller og kontrollkommisjonene i noen av de siste tilfeller.

Pasientrettighetslovgivningen: kvalitet

Forsvarlighet er altså utgangspunktet for den kvalitetsorienterte pasientrettighetslovgivningen. Plikten for personell og institusjoner til å behandle forsvarlig er formulert i den institusjons- og personellovgivningen som kom litt før eller etter at den perioden vi ser på startet. Den kom da som et uttrykk for at det som hadde vært standsbaserte plikter ble statsbaserte sådanne. Den litt diffuse plikten som hadde eksistert ble gjort tydeligere.

Der var imidlertid en eldre statsbasert plikt til å opptre «forsvarlig». Den ble heller ikke nå fjernet. Vi finner den delvis i straffeloven av 1902. Her ble begrepet uaktsomhet, ikke uforsvarlighet, brukt. I loven het det at den behandler som anvender en behandlingsmåte som ikke er egnet til å helbrede eller motvirke sykdom, og som slik utsetter andres liv eller helbred for fare, kan straffes med fengsel i inntil seks år (§ 157 nr. 2). Også legeloven inneholdt, som vi har sett, trusler om frihetsstraff, i tillegg til autorisasjonstap for brudd på ulike skikkethetsrelaterte normer. Det var først og fremst de offentlige leger som skulle føre tilsyn med at helsepersonell, og spesielt (tann)leger, opptrådte forsvarlig, men som vi har sett var overvåkningen tidligere løs og vennlig og intervensjonene sjeldne og ofte mer pedagogiske enn straffende. Overvåkningen, først og fremst i regi av fylkeslegene, ble styrket og reaksjonene økte i antall etter 1984. Men de gamle normene gjorde jo også at domstolene ble, om ikke hyppige, så iallfall leilighetsvise «tilsynsorganer». Fikk de saker om uaktsomhet til behandling, behandlet de dem gjerne også med større grad av teknisk presisjon, men langt mindre pedagogikk, enn de egentlige tilsynsmyndigheter.

Domstolenes rolle som kontrollorganer virket gjennom rettsprosesser, prosesser som ble avsluttet med dommer og oppfølging av disse. Dommene kunne påføre tilbydere av ulike slag straff, enten, for personer, i form av midlertidig frihetsstap – med medfølgende anseelsestap eller, for alle, en økonomisk straff (bøter og erstatningsbetaling). Straff av alle slag skulle, og kunne, ha en avskrekkende virkning på (alle aktuelle) tilbydere. Ja, hovedhensikten med slike straffer var den almenpreventive. Fengselsstraffer for helsepersonell kom til å få et svært lite omfang. Økonomiske straffer, spesielt i form av erstatning til pasienter som er blitt skadet av behandling, var av større betydning og blir det ikke minst i løpet av den perioden vi ser på. Men samtidig som erstatningskravene blir flere og -utbetalingene større, blir også det straffende ved erstatningstilkjennelsene dempet.

Tidligere rett inneholdt normer som gav pasienter som var blitt skadet i forbindelse med behandling rett til *erstatning* av behandleren. «Uforsvarlig» praksis kunne rammes av den

ikke lovfestede *culpanormen*[1106] (skyldsnormen) i erstatningsretten. Den som, for eksempel av en lege, er påført økonomisk tap og alvorlig, varig mén (eller begge deler), kan kreve erstatning av legen.[1107] Erstatningsplikten (for alle produsenter og tjenesteytere) ble på ett vis styrket da loven om skadeserstatning kom i 1969. Etter denne loven er det imidlertid, med noen unntagelser (for eksempel ménerstatning), bare økonomisk tap (som følge av den uaktsomme behandlingen eller ikkebehandlingen) det gies erstatning for. Med denne loven ble imidlertid også straffeelementet noe redusert, for så vidt som loven i noen tilfeller kan gi grunnlag for erstatning på såkalt objektivt grunnlag. I slike tilfeller behøver ikke individuell skyld dokumenteres.

Erstatning ved uaktsom legepåført skade er først og fremst en liberal og individualistisk rett for borgere som pasienter. Denne erstatningsordningen har imidlertid et paternalistisk element for så vidt som staten her opptrer som kompenserende instans. Siden det også, liberalt sett, fremstår som urimelig å forlange at skadede pasienter får straffe legen selv ved å gå til en annen lege neste gang – altså bruke *exitus*-opsjonen, er denne statsbaserte ordningen ikke egentlig deliberaliserende. Det er imidlertid den skadede pasient som selv må ta initiativ til å gå til erstatningssøksmål, eller velge *vox*-opsjonen, og skaffe seg og betale for advokat.

Selv om pasienter også i gamle dager kunne få erstatning for behandlingsskader, nølte de vanligvis med å gå til erstatningssak mot sin lege. Domstolene nølte også med å dømme leger. Den medikratisk-paternalistiske kultur gjennomsyret samfunnet, og gjorde domstolskontrollen nokså svak. Den ble imidlertid i vår periode styrket, men, som nevnt, også formelt litt svekket. I en offentlig utredning fra 1992 ble det konstatert at mens domstolene tidligere var preget av «relativt sterk tilbakeholdenhet med å anse helsepersonell for å ha opptrådt uaktsomt», stiller de nå «strengere krav til aktsomheten».[1108] Den medikratisk-paternalistiske kultur var begynt å forvitre utover i samfunnet. Asbjørn Kjønstad har gått igjennom domstolspraksis fra århundreskiftet og frem til 1992 og har funnet at domstoler har avsagt dommer i 23 erstatningssaker, 17 i legenes og sykehusenes favør, 6 i pasientenes favør. Også han finner at domstolene oftere enn før dømmer i pasientenes favør i den senere tid, altså den perioden vi er opptatt av her.[1109] Det betyr at pasientenes rettigheter ved visse former for kvalitetssvikt er styrket av domstolene (som lovendrere) i løpet av vår periode. Erstatningsretten begynner altså å fungere mer liberal-individualistisk. Men domstolene har hele tiden lagt vekt på at pasienter (nesten) bare kan få erstatning når en lege, eller annen behandler eller en institusjon, har opptrådt etisk eller faglig uforsvarlig (uaktsomt). Med medisinens økende avhengighet av stadig mer komplisert utstyr og stadig flere medikamenter, ble denne praksisen utsatt for press. Der kom krav om rett til erstatning også når tilbyderen ikke like åpenbart hadde opptrådt uforsvarlig. Disse krav ble selvsagt forsterket av den nye forbrukerkulturen som slo igjennom i vår periode. Slik blir erstatningsinstituttet som straff, og dermed kontrolltiltak, svekket.

[1106] Av latin *culpa*, skyld. I rettslig sammenheng brukes normen mest om uaktsomhet.
[1107] Asbjørn Kjønstad gir en grundig oversikt over culpanormen i en artikkel fra 2004: «En modell for culpavurderingen», *Tidsskrift for erstatningsrett*, nr. 2-3, 2004, s. 99 flg. (Revidert versjon, 2013, til bruk i masterstudiet i rettsvitenskap, se: http://docplayer.me/63975707-Fagbeskrivelse-erstatningsrett.html.) Kfr. også, for medisinens vedkommende, Jørgen Brunsvig, «Culpanormen for leger», *Jussens venner*, hefte 8/9, 1983, s. 243-328.
[1108] NOU 1992: 6, *Erstatning ved pasientskader*, s. 177.
[1109] Asbjørn Kjønstad, «Pasientrettighetenes framvekst», i Kjønstad og Syse, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, *op.cit.*, spesielt s. 216-223.

Sverige hadde vedtatt en lov om pasientskadeserstatning allerede i 1975. I Norge førte det svenske initiativet til at NKS og enkelte forsikringsselskaper i 1977 la frem et forslag til norske regler. Det førte ikke til noe. NKS tok et nytt forgjeves initiativ i 1980. I 1985 tok Sosialministeren, gjennom et regjeringsnotat, nok et initiativ. Heller ikke det ble fulgt opp. I en regjeringskonferanse i januar 1987, ble det så, etter forslag fra Sosialministeren, vedtatt å innføre en prøveordning med erstatning for behandlingsskader i offentlige somatiske sykehus og private sykehus fylkeskommunene samarbeidet med (som de diakonale). Vi skal snart komme tilbake til denne ordningen. Først skal vi kort se på en eldre erstatningsordning, den såkalte *billighetserstatningsordningen*.

Denne ordningen, som har eksistert siden 1917, men har røtter tilbake til 1814,[1110] innebærer at enkeltborgere kan søke om erstatning etter (blant annet) behandlingsskade, selv om det ikke foreligger noe rettslig erstatningsansvar. De kan søke om erstatning ut fra *rimelighetsbetraktninger*. Vanligvis er det staten som tilstår slik erstatning, men en fylkeskommune eller et sykehus kan også gjøre det; erstatningen gjelder primært for skader påført borgere av det offentlige. Erstatningen gir ikke full kompensasjon; den har karakter av å være en «håndsrekning». Den som har fått erstatning på annet grunnlag vil normalt ikke få billighetserstatning. Opprinnelig var det Stortinget som tok stilling til ansøkninger om billighetserstatning; vurderingen av om en ansøkning skulle godtaes ble sett på som noe som alene krevde sunt legpersonsskjønn; kfr. ordet «rimelighet», dvs. «billighet». I den perioden vi nå omtaler er også slik erstatning i noen grad fagliggjort, altså bragt inn under et visst juridisk overoppsyn. Krav om billighetserstatning blir således først behandlet og vurdert i Helsedirektoratet og deretter sendt til Justisdepartementet. Justisdepartementet, som har sekretariatsfunksjon for ordningen, sender sin innstilling til Billighetserstatningsutvalget (opprettet i 1953), et utvalg bestående av en høyesterettsdommer og to stortingsrepresentanter. Dette utvalget avgjør de fleste saker, men saker som gjelder større summer (150 000 kroner eller mer) sendes til Stortinget. Stortinget er også ankeinstans. Antallet saker økte i løpet av vår periode. I perioden 1983–1987 kom der årlig inn ca. 100 ansøkninger om billighetserstatning; 30 til 25 prosent av disse sakene gjaldt behandlingsskader. Antallet saker var i 1988 207, altså mer enn dobbelt så mange som i årene før. Av 1988-sakene gjaldt ca. 60 prosent helsevesenet. Antallet fortsatte å stige i de påfølgende år og var kommet opp i 238 i 1990, i 682 i 1995 og i ca. 1400 i 1998. For disse siste år har vi ikke opplysninger om helsevesensandelen, men den ble neppe vesentlig endret. For perioden 4. juni 1990 til 8. april 1991 ble 39 av 92, altså vel 42 prosent av ansøkningene innvilget.[1111] Det tør gi et inntrykk av hvor mange som nådde frem med sine krav om slik erstatning. Elementet av straff, og dermed avskrekning, er i liten grad til stede ved denne erstatningsordningen. Den er derfor av mindre betydning som en del av tilsynsvirksomheten.

Den midlertidige ordningen for pasientskadeerstatning trådte i kraft fra 1988, altså meget raskt. Den skulle gjelde for tre år, men ble siden forlenget med et år ad gangen. Gjennom denne ordningen kunne pasienter få erstatning på såkalt objektivt grunnlag. Ordningen ble fra 1992 utvidet til også å gjelde kommunelegetjenesten og den kommunale legevakten, samt psykiatriske sykehus og poliklinikker. En egen lov om pasientskade kom imidlertid først i 2001; denne loven trådte i kraft i 2003. Ordningen ble organisert som Norsk

[1110] Borgere kunne fra 1814 sende andragender, ansøkninger og bønneskriv til Stortinget.

[1111] NOU 1992: 6, s. 33; Wikipedia: https://no.wikipedia.org/wiki/Billighetserstatning (28.03.18); St.prp. nr. 72 (1998-99), Billighetserstatninger av statskassen, kap. 2.1.

pasientskaderstatning, NPE, som teknisk ble betjent av Kommunal Landspensjonskasse. NPE ble ledet av et styre på tre, én fra staten, én fra NKS og én fra KLP, med vararepresentanter. Styret vedtok budsjett og regnskap, bestemte utligningen på staten og fylkeskommunene og vedtok hvordan overskudd og underskudd skulle fordeles eller dekkes. NPEs avgjørelser fattes i prinsippet av en nevnd bestående av to jurister, to medlemmer foreslått av Forbrukerrådet, Funksjonshemmedes landsforbund og Norsk Pasientforening og ett medlem foreslått av (N)KS. I praksis er det bare større saker som behandles av nevnden; de fleste behandles av sekretariatet i NPE, dog slik at avgjørelser det fatter kan ankes til nevnden. NPE er formelt et forvaltningsorgan, men fungerer i praksis også som et forsikringsselskap. Også denne ordningen er av mindre betydning som kontroll- og tilsynsvirksomhet. Asbjørn Kjønstad hadde i 1992 noen motforestillinger mot ordningen. Han skrev at ordningen hadde den «ulempen at culpanormen settes ut av funksjon». Dermed får man ikke «fastsatt hva som er forsvarlig og hva som er uforsvarlig behandling i helsevesenet».[1112]

Også produktansvarsloven, som ble vedtatt i 1988, gav pasienter rett til erstatning på «objektivt» grunnlag hvis skader som oppstår skyldes at utstyr ikke «byr på den sikkerhet som en bruker eller allmennheten med rimelighet kunne vente» (§ 2-1). Loven inneholdt også regler om erstatning for skader som følge av bruk av legemidler (kap. 3).

Personvernlovgivningen– pasienters selvbestemmelsesrett og journalinnsyn, personells taushetsplikt

Stikkordet for personvernlovgivningen er de aktuelle personers *selvbestemmelsesrett*. Denne selvbestemmelsesretten har to sider, en informasjonsside og en medvirkningsside. Informasjonssiden har igjen to sider. Den betyr for det første at pasienten har eierskap til all informasjon som er kommet frem gjennom og i møter mellom behandlere og pasienter og som angår ham eller henne. At pasienten har slikt eierskap betyr at pasienten skal ha ha tilgang på all informasjon om seg selv, ikke minst den som befinner seg i vedkommendes journal. En slik pasientrettighet har som motstykke legens plikt til å informere, eventuelt ved å la pasienten få se sin sykejournal. For det annet betyr pasientens informasjonseierskap, og det er en implikasjon av eierskapet, at behandleren eller behandlerne ikke har rett til å røpe informasjon om pasienten som han eller de har fått under kliniske møter (taushetsplikt), med mindre pasienten uttrykkelig gir tillatelse til det (i bestemte situasjoner og overfor bestemte andre). Medvirkningssiden har også to sider. For det første innebærer den at pasienten har rett til å diskutere, og i siste instans godkjenne, de undersøkelser og den behandling han eller hun skal utsettes for. For det annet innebærer det at pasienten har rett til, så langt det er praktisk mulig, å delta i de undersøkelser og den behandling og behandlingsoppfølging pasienten skal utsettes for. I begge disse henseender gjelder det at pasienten kan velge å overlate beslutninger og undersøkelser og behandling helt til behandleren. Pasientens selvbestemmelsesrett omfatter imidlertid ikke retten til å «beordre» behandleren (legen) til å utføre bestemte undersøkelser eller en bestemt behandling. Det er urimelig å la *pasientens* selvbestemmelsesrett omfatte retten til å begrense *legens* profesjonelle selvbestemmelsesrett.

Som vi her har forstått personvernhensyn, nemlig som pasienters selvbestemmelsesrett, ser vi at bestemmelser om personvern også blir bestemmelser om pasientrettigheter. Vi ser på dem i

[1112] Asbjørn Kjønstad, 1992, *op.cit.*, s. 238.

et eget avsnitt her fordi de går noe utover pasientrettigheter strengt forstått og fordi de delvis er regulert gjennom den mer almene personvernlovgivning.

Under det gamle regime var det legen som preget konsultasjonen. Pasienten kom nok til legen av en grunn, men konsultasjonen ble normalt preget av legen. Han stilte spørsmålene, bestemte hvilke undersøkelser som skulle gjøres og hvilken behandling som skulle settes i gang. Hans råd var autoritative og pasientene var i stor grad underdanige. Men forholdet hadde et element av dialog, dog en nokså paternalistisk dialog. Noen leger var også upersonlig autoritære. *Sykejournalen* bestod opprinnelig av litt spredte notater; mye av den var virtuell – og befant seg i legens mer eller mindre gode hukommelse. Legen «eide» fra gammelt av journalen; de var, som vi har nevnt, hans private opptegnelser. Knapt noen pasient tenkte på å skulle be om å få se «sin» journal. Siden legene alltid, i prinsippet, hadde pasientens beste i tankene, var imidlertid legenes faktiske kontroll over journalen ikke noe pasientene behøvde å være bekymret for. Det forhold at en del medisinsk litteratur, og slikt som Felleskatalogen, ikke var alment tilgjengelig, reflekterer det samme paternalistisk-medikratiske syn på medisinsk kunnskap, men lenge også ønsket om å bevare noe av den mystikk som var knyttet til legens praksis. Journalen ble gradvis standardisert, først og fremst som en del av den medisinske stands egenregulering. Både kollektiviseringen og standardiseringen av praksis bidro til det. Med legeloven av 1927 bidro imidlertid også staten til å regulere journalinnholdet – og slik til å skape en informasjonskilde som kunne være til nytte for pasientene. Der kom inn en paragraf (12) som påla legene «å gjøre ordnede optegnelser over sin lægevirksomhet..». Myndighetene tenkte imidlertid nå mer på journalen som kilde til offentlig relevant innrapportering enn til pasientopplysning.

Bestemmelsene om journalutformingen var et forsiktig forsøk på å gi pasienter kontroll over informasjonen om dem. Den kunne gjøre den lettere tilgjengelig for så vidt som noe av den nå (kanskje) ble flyttet fra legens hukommelse til papiret. Men skulle pasientene virkelig ha kontrollen over informasjonen som legene hadde samlet om dem, måtte de ha tilgang på den. Gjennom legeloven av 1980 fikk de det. I § 46 kom der inn en bestemmelse om at «En pasient har rett til å gjøre seg kjent med sin journal med bilag», med mindre legen mente spesielle forhold gjorde det «utilrådelig». Hvis legen avslo å gi pasienten journalinnsyn, kunne pasienten be om at journalopplysningene kunne vises til en person han eller hun utpekte; dog kunne legen avvise denne personen og en ny måtte da utpekes. Pasienten kunne anke en leges avvisning av journalinnsyn, og av den representant pasienten ville ha til å få innsyn i hans journal, til departmentet. Departementet kunne gi en lege eller et sykehus pålegg om at en pasient, helt eller delvis, kunne få utlevert sin journal når det var nødvendig for at han skulle kunne ivareta sine interesser.

I den nye loven kom der ellers gjennom § 25 inn en bestemmelse om at legen skal «gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling».

Disse bestemmelsene er, som vi ser, vel så meget formulert som rettigheter for pasienter som som plikter for leger (og sykehus), selv om de er ført inn i en personellov og under kapitlet om legens plikter. De markerer slik en moderat overgang fra medikratisk paternalisme til statlig sådan. Samtidig brukes statspaternalismen til å styrke pasientenes rolle som «herrer og damer i eget hus». Pasientene gjøres i større grad til eiere av informasjon om egen kropp og sjel. Men, som teksten viser, endringen er moderat. Pasientene skal få vite mer om sin medisinske situasjon både muntlig og skriftlig, men i det første tilfelle er det legen som bestemmer hva de skal få vite og i det annet tilfelle kan legen i noen grad vurdere om det er klokt å la pasienten få se sin journal.

Asbjørn Kjønstad peker på at i flere tilfeller har domstolene dyttet på i liberal retning når det gjelder pasienters journalinnsyn. Han nevner blant annet sykejournaldommen fra 1977, der Høyesterett mener pasientens rett til journalinnsyn må vurderes ut fra «alminnelige rettsgrunnsetninger», altså en sammenligning av hensyn som talte for og imot innsyn. Førstevoterende i den aktuelle sykehussak, dommer, og tidligere Høyre-justisminister, Elisabeth Schweigaard Selmer (1923–2009), uttalte at hensynet til «den enkeltes muligheter for å ordne tilværelsen for seg og sine og det alminnelige behov for rettssikkerhet tilsier at den som ønsker ytterligere informasjon utover hva legen meddeler ham, må gis medhold i dette», og altså få rett til journalinnsyn. Kjønstad bemerker at Høyesterett her gikk «meget langt i rettsskapende virksomhet», og det på et tidspunkt da legelovutvalgets mer forsiktige forslag var ute til uttalelse.[1113]

Retten for pasientene til å bli informert og til å få innsyn i egen pasientjournal omfatter i siste instans det fulle eierskap til opplysninger pasienten gir behandleren og behandleren selv skaffer seg om pasienten gjennom undersøkelser og behandling. Retten impliserer slik at behandleren og andre som får opplysninger om pasienten, for eksempel via pasientens journal eller registre, har en absolutt taushetsplikt, men en taushetsplikt som kan oppheves av pasienten (hva gjelder bestemte opplysninger og overfor bestemte andre). Taushetsplikten skal i prinsippet også gjelde etter pasientens død, hvis denne ikke har bestemt noe annet før døden inntrådte. Retten omfatter videre pasientens rett til å få svar, i den grad slike kan gies, på de spørsmål han eller hun måtte ha angående sin tilstand og hvordan den kan behandles.

Hvis pasienten eier informasjonen om seg og den behandling han eller hun får, betyr det, som nevnt, også at den som spesielt kjenner denne informasjonen, legen (tannlegen) ikke kan røpe noe av denne informasjonen til andre, uten pasientens tillatelse. Pasientens eierskap impliserer altså at legen har *taushetsplikt*. Dette var, interessant nok, en plikt legene hadde lagt på seg selv siden medisinens fremvekst i Vesten i antikkens Hellas. Legene gav altså pasientene en rettighet, og sa samtidig at de ville overvåke etterlevelsen av den plikt rettighetene hadde sin opprinnelse i og, om nødvendig, gripe korrigerende inn. Denne selvpålagte legeplikten fulgte av den medisinske etikk som sa at pasientens interesser hadde forrang for legens. Det var viktig for legene å pålegge seg en slik plikt, for det var med den som grunnlag de kunne kreve autonomi i yrkesutøvelsen. Det var autonomien de satte på spill hvis de ikke etterlevet plikten. Men ettersom staten begynner å gi lover for leger, gjør den denne plikten til en offentlig bestemt, og håndhevet, plikt. Den truer samtidig legenes autonomi, det vil si, deres løpende styre av hverandre – deres selvstyre. Den offentlige taushetspliktsregulering fikk dette forløp:

I 1866 fikk leger fritagelse for å uttale seg i straffesaker om det pasienter i fortrolighet hadde fortalt dem. Det var en medikratibeskyttende bestemmelse. Gjennom straffeloven av 1902 ble legene *pålagt* taushetsplikt av staten. Etter 1902 kunne de straffes av staten om de brøt taushetsplikten. Med det startet «sosialiseringen» av taushetspliktsreguleringen. Den fortsatte da den første lov for regulering av legers og tannlegers virksomhet kom, i 1927. Gjennom § 14 ble leger (og tannleger) pålagt taushetsplikt. Denne plikten ble videreført i lovene av 1980 (§ 31). Den prinsipielt viktige bestemmelsen om at en pasient kunne, og kan, frita tann/legen for taushetsplikt om bestemte forhold kom i § 32: Det er dét at pasienten kan frita legen for plikt til å tie, som formelt viser at taushetsplikten for leger primært er en diskresjonsrettighet for pasienter; den betyr at pasienten eier informasjonen om seg selv.

[1113] Kjønstad, 1992, *op.cit.*, s. 229-230.

Loven av 1980 fikk imidlertid også noen bestemmelser som modifiserte (tann)legens taushetsplikt; blant annet kunne den begrenses av (annen) lovgivning (§ 31). Det het også at en lege kunne gi taushetsbelagt informasjon til sakkyndige (ved undersøkelser) (§ 33), til annet relevant helsepersonell (§ 34) og til pårørende (§ 26) og at tilsynsbehov kunne legitimere begrensninger i taushetsplikten (§ 24). Disse bestemmelsene reflekterer en ny tid, og det forhold at pasientinformasjon har en verdi i andre sammenhenger, en verdi som i økende grad skal relativisere taushetsplikten. Kollektiviseringen av behandlingen gjør altså at flere trenger tilgang på privat informasjon. Pasientens relasjon til andre, og ikke bare som umyndige unge eller gamle, skaper behov for en viss informasjonsdeling. Styring, som tilsyn, gjør også at det oppstår behov for informasjonsdeling. Annen styring og forskning gjør at der bygges sykdoms- og pasientregistre. Også slik oppstår der i noen, og økende grad et behov for informasjonsdeling; denne er imidlertid, så langt det teknisk lar seg gjøre, anonymisert. I tiden etter vår periode fører så fremveksten av de såkalte sosiale medier til at personlig medisinsk informasjon samles, deles og endog selges på måter som for alvor truer pasientenes eierskap til og kontroll over medisinsk informasjon om dem selv. Vi får altså en situasjon i løpet av vår periode hvor pasientenes eierskap til informasjon om dem selv både formelt styrkes og utfordres. Om den formelle styrkelsen, via staten, virkelig er en reell styrkelse eller ei, er en annen sak. Den legelige kultur var streng og gjennomgripende hva gjaldt taushetsplikten.

Den andre siden ved pasientens selvbestemmelsesrett er altså retten til å *bestemme* over og eventuelt *medvirke* i undersøkelser og behandling han eller hun utsettes for og får. Der stod intet om denne retten i loven av 1927. Den gamle medisinske etikk var også taus om slik pasientmakt. Det var naturlig. For den var pasientens selvbestemmelsesrett delvis overflødig, fordi legen jo hadde det samme formål med behandlingen som pasienten hadde med å gå til lege. Men for den var tillike pasientens beslutningsrett, og legens medvirkningsrett – i annet enn «lydighetshenseender» – potensielt uheldig: Den var det fordi jo pasienten var medisinsk ukyndig. I loven av 1980 får medvirkningsretten en liten plass. Det heter nå, i § 25: «Så vidt mulig skal legen la pasienten selv medvirke ved behandlingen». Bestemmelsen er medikratisk-paternalistisk formulert. Det er legen som skal *la* pasienten få medvirke, hvis han eller hun finner det forsvarlig. Bestemmelsen markerer allikevel at lovgiveren tar nok et skritt i retning av pasientlig selvbestemmelse. Det er imidlertid uklart om bestemmelsen bare betyr at pasienten kan ta stilling til legens forslag om hva som bør gjøres eller om den innebærer at legen skal engasjere pasienten også som sin egen behandler, og altså gjøre lege- og pasientrollene litt overlappende. Gitt lovens filosofi generelt, er det grunn til å tro at den først og fremst skal forståes restriktivt: Legen «bør» slippe pasienten mer til, særlig i beslutningsprosessen, som om pasienten som før var «barn» nå er iferd med å bli «ungdom». Helt voksen får pasienten ennå ikke anledning til å være.

I noen tilfeller gir lovgivningen og andre ordninger personer en tydelig beslutnings- og medvirkningsrett. Transplantasjonsloven av 1973 (§ 1) krever at giveren av organ eller annet biologisk materiale må gi skriftlig samtykke til avgivelsen. Loven om svangerskapsavbrudd av 1975 (§ 2) gir den svangre kvinnen rett til å kreve abortinngrep (innen en bestemt tid i svangerskapet). Etter steriliseringsloven av 1977 (§ 2) *kan* en person som er over 25 år, men også oppfyller noen andre vilkår, få utført et steriliseringsinngrep. I 1985 oppnevnte Kultur- og vitenskapsdepartementet fem regionale forskningsetiske komiteer for å forhåndsvurdere forskningsprosjekter «hvor det inngår forsøk med mennesker». Komiteene fikk intet lovgrunnlag for sin virksomhet, men kom til å fungere omtrent som om de hadde det.

Komiteene skulle legge til grunn Helsingforsdeklarasjonen,[1114] som blant annet krever informert samtykke fra deltagerne i forskningsprosjekter der mennesker inngår. Kravet om informert samtykke, som nå begynner å bli et av de sentrale begreper innen både pasientrettighets- og personvernlovgivningen (på helseområdet) får en fremtredende plass i pasientrettighetsloven av 1999.

Personvernlovgivningen og begrensninger i pasienters selvbestemmelsesrett, spesielt i psykiatrien

Pasienter får altså i forkant av, og i løpet av, vår periode gradvis en større rett til å bestemme over hva de skal utsettes for av undersøkelser og behandling, og til dels til å kreve bestemte former for behandling. Som vi har antydet fortsetter den retten å bli styrket etter vår periode. Denne retten forutsetter imidlertid i viktige tilfeller at pasienter har kompetanse til å bestemme. Under medikratiet mente leger til dels at pasienter ofte manglet slik kompetanse og derfor at de burde legge sin skjebne i velmenende legers hender. Men som vi har sett, pasientene oppfattes i løpet av vår periode i økende grad som så kompetente at de kan spille en viktigere og viktigere beslutningsrolle. Noen unntagelser gjenstår imidlertid. De gjelder barn, alderssvekkede, og personer med en tilstand som gjør at de i viktige henseender ansees som ikkekompetente, nemlig psykisk utviklingshemmede og visse grupper av psykisk syke.

Barn skaper minst utfordringer, for så vidt som de har personer som identifiserer seg med dem og deres interesser og kan fatte beslutninger for dem, nemlig foreldre eller andre pårørende. I noen grad har også alderssvekkede personer noen som kan fatte beslutninger for dem, nemlig dem de tidligere selv fattet beslutninger for, sine barn. I noen, men som regel mindre, grad, har psykisk utviklingshemmede og psykisk syke pårørende som kan ivareta hensynet til deres selvbestemmelsesrett. Spesielt for noen grupper av psykisk syke kommer imidlertid hensynet til andre, inkludert pårørende, inn som en faktor som reduserer betydningen av pasientenes rett til å bestemme over hva de skal bli utsatt for. Noen psykisk syke kan være en fare, eller iallfall en belastning, for andre – pårørende, samfunnet omkring og behandlere – og for seg selv. I psykiatrien tillater derfor lovgivningen bruk av tvang: tvangsinnleggelser, tvangsbehandling og ikke-terapeutisk motivert tvang. Vi har tidligere omtalt tvangsbehandlingen i psykiatrien og skal her bare kort føye til noe om den, før vi sier litt om en siste kategori av ikke-terapeutisk motivert tvang.

Som vi har sett tillot sinnssygeloven av 1848 en omfattende bruk av tvang, administrert av overlegen. Dog skulle, har vi sett, tvangsbruken kontrolleres av en kontrollkommisjon. Dette regime ble i hovedsak beholdt da lov om psykisk helsevern kom i 1961. Tvangen gjaldt for pasienten delvis frihetsberøvelsen generelt og delvis det å bli behandlet mot sin vilje. Det første omfattet det å bli tvangsinnlagt, det å bli holdt tilbake (ved asylet eller sykehuset) og det å bli utsatt for ekstra frihetstap (innenfor institusjonen) – for eksempel bli låst inne på en «celle», bli lagt i remmer eller tvangstrøye eller på andre måter holdt under fysisk kontroll. Det annet omfattet det å bli behandlet med, ofte drastiske, metoder, mot pasientens ønske. Fra 1800-tallet av kunne behandlingen omfatte forskjellige former for «sjokkbehandling» (temperatursjokk, lydsjokk etc.), fra mellomkrigstiden og den første tiden etter Den annen verdenskrig kom mer medisinsk-lignende behandlinger, som insulinsjokk, elektrosjokk og psykokirurgi (lobotomi). Noen kunne gå med på slike former for behandling, men mange ønsket dem ikke og forsøkte undertiden å hindre at de ble utsatt for dem. Pasientene hadde

[1114] Den ble vedtatt av The World Medical Association Assembly i Helsingfors i 1964.

imidlertid normalt ikke noe valg. Da de nye psykotrope medikamenter kom fra begynnelsen av 1950-årene, ble de i stor grad godtatt av pasientene, men er siden blitt noe mer kontroversielle. Også ikke-fysiske former for behandling i psykiatrien har vært og er i noen grad kontroversielle. Det gjelder den freudiansk inspirerte psykoterapien, men også etterkrigstidens sosiale terapi (terapeutisk fellesskap) – som noen kan finne nokså «invaderende».

I psykiatrien er altså pasientenes selvbestemmelsesrett i en del tilfeller nokså redusert. De gamle asyler fungerte for mange pasienter nesten som fengsler; for en del gjorde de psykiatriske sykehus og avdelinger også det i vår periode og gjør det stadig. Det har gjort psykiatrien svært utsatt for kritikk. Fra tid til annen har det vært talt om «skandaler». Det betydelige omfang av hjerneinngrep i de første par tiårene etter krigen ble siden av mange sett på som en skamplett på psykiatriens rulleblad. Også siden har, som nevnt, noen saker, som Gro-saken (1974, adferdsterapi og en psykisk utviklingshemmet) og Reitgjerdet-saken (1978–1980, tvangsbruk ved psykiatrisk sykehus), skapt kriseoverskrifter i pressen og «sjelegranskning» i de berørte fagmiljøer. Bestemmelsene i loven om psykisk helsevern om tvangsbruk ble imidlertid ikke endret i løpet av vår periode. Heller ikke domstolspraksis bidro i særlig grad til å modifisere bestemmelsene. Beslutninger om tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse av pasienter (mot deres vilje) kunne bringes inn for kontrollkommisjonen og deretter inn for herreds- eller byretten og til sist Høyesterett. Disse domstolene hadde kompetanse til å overprøve kommisjonen (og overlegen). Men svært få saker havnet i retten. I 1979 gjaldt det for eksempel bare 10 av 3 340 vedtak om tvangsinnleggelser. Ørnulf Rasmussen publiserte i 1980 tall som viste at for perioden 1970 til 1976 ble 52 saker om tvangsinnleggelse ferdigbehandlet i herreds- og byrett. 25 av sakene ble pådømt, alle med tap for pasientene. 12 av dem som tapte anket til Høyesterett; én av sakene ble pådømt, med tap for klageren.[1115] Asbjørn Kjønstad sier at «Dette kan tyde på at domstolene på den tid overhodet ikke spilte noen rolle for å trygge psykiatriske pasienters rettigheter og rettssikkerhet».[1116] Kjønstad har sett på de 11 saker angående psykiatriloven som ble behandlet i perioden 1971 til 1991. Han finner at Høyesterett blir mer liberal fra 1980-årene av, altså i kjølvannet av Gro-saken, men spesielt den ferske Reitgjerdet-saken. I en utskrivelsessak fra 1981, der ikke bare fagpersonene, men også kontrollkommisjonen og herredsretten hadde ment at en 44-årig mann burde forbli innlagt, kom Høyesterett til at han burde slippes ut. Kjønstad kommenterer: «Her møter vi altså et langt mer pasientvennlig syn enn hos Høyesteretts flertall 10 år tidligere».[1117] Allikevel, både lovgivere og domstoler forble, som fagfolkene og kontrollkommisjonene, nokså restriktive overfor psykiatriske pasienter gjennom hele den perioden vi ser på og til dels også i årene som fulgte. Med den nye loven om psykisk helsevern av 1999 taes noen, men forsiktige, skritt i liberaliserende retning.

Problemet for psykiatrien var, og er, både etisk og faglig, men grunnproblemet var faglig. Psykiatrien måtte bestemme når et menneske hadde tapt så mye av evnen til kognitiv kontroll at det var blitt en fare både for andre og for seg selv, altså ikke kunne få være fritt. Men når faget hadde en så overfladisk forståelse av menneskets nevrologi og forholdet mellom den og menneskets psykologi, måtte innslaget av skjønn bli stort. Det samme måtte innslaget av forskjellsbehandling. Psykiatrien klassifiserte sinnstilstander i all hovedsak basert på mentale

[1115] Ørnulf Rasmussen, «Domstolskontroll med tvangsinnleggelser», *Lov og Rett*, 1980, s. 469 (hele: s. 465-470); *Tvistemålsloven kapittel 33 som rettssikkerhetsgaranti i det psykiske helsevern*, Bergen: Institutt for offentlig retts skriftserie, nr. 4, 1978, s. 10-11. Begge arbeidene er her sitert etter Kjønstad, 1992, *op.cit.*, 1992, s. 224.
[1116] Kjønstad, 1992, *op.cit.*, s. 225.
[1117] Kjønstad, *ibid.*, s. 226.

og adferdsmessige karakteristika, men siden faget ikke kjente den underliggende kausalitet og «mentalitet» og hvordan disse forholdt seg til hverandre, var det vanskelig for den å karakterisere og avgrense tilstandene på en særlig presis måte. Det var også vanskelig overhode å si hva det var som gjorde at tilstandene kunne omtales som sykdommer. Uten annet enn overfladisk kjennskap til de underliggende årsaks- og mentalitetsforhold måtte behandlingen bli svært forsøkspreget. Mye av den ble, som nevnt, drastisk; «alt» ble forsøkt. Behandlingssuksessen var lenge meget begrenset; først med den medikamentelle behandlling fra 1950-årene av ble den i noen henseender, for noen pasienter, tydeligere. Mangelen på dypere forståelse av de mentale *avvik* – sosiologer talte etter krigen om sådanne snarere enn om sykdommer – gjorde det også meget vanskelig for psykiatrien å forutsi hvordan mennesker med ukonvensjonell adferd i fremtiden ville oppføre seg, for eksempel om de igjen kunne komme til å oppføre seg voldelig.

Psykiatriens mangel på grunnleggende kompetanse og «kontrollerte» behandlingsformer, den «alltid» eksisterende ressursmangel og samfunnets og dermed også psykiatriens frykt for at «løsslupne» pasienter (igjen) kunne opptre voldelig eller på andre måter sosialt utfordrende, bidro til at psykiatrien ble presset inn i tvangspregede rutiner. Blom-kommisjonen, som undersøkte forholdene på Reitgjerdet sykehus (tidligere kalt kriminalasylet) i 1980 kom til at sykehuset og dets fagpersonell hadde bedrevet ulovlig («total») brevsensur og brukt ulovlige tvangsmidler (belter, remmer, som rutine ved alle innleggelser), at de i en del tilfeller hadde holdt tilbake pasienter som burde vært utskrevet og gitt mangelfull behandling og misbrukt pasientenes økonomiske midler.[1118] Med andre ord: det som skulle være behandling ble til makt(mis)bruk og slik til krenkelse av noen pasienters menneskerettigheter (personvern). Kommisjonen kom for øvrig også til at både kontrollkommisjonen og Helsedirektoratet hadde sviktet som forvaltnings- og tilsynsorganer. Kommisjonen relaterer i noen grad det den ser på som ulovligheter til mangelen på ressurser, både penger og personell. Den nevner i den forbindelse også at andre psykiatriske sykehus nektet å ta imot pasienter Reitgjerdet mente (ikke lenger) var farlige.

At psykiatrien i så stor grad manglet virkningsfulle behandlingsformer, spesielt for pasienter som kunne oppføre seg truende, samtidig som den skulle beskytte personell og samfunnet ellers, bidro også til at personellet (ofte) ikke så noen annen utvei enn tvangens. Ettersom det omgivende samfunns holdninger til tvangsbruken i den perioden vi ser på ble mer liberale, ble psykiatriens dilemma sterkere. Det hjalp ikke hoveddelen av psykiatrien at den ble utsatt for intern kritikk. Psykiatere som Thomas Szasz (1920–2012) i USA[1119] og Ronald Laing (1927–1989) i Skottland,[1120] hadde siden 1960-årene talt om mental sykdom som «myte» og menneskers «sykelig» avvikende adferd som forståelige svar på samfunnets undertrykkende ordninger. Den mangfoldige amerikanske psykoanalytiker (m.m.), Jeffrey Masson (f. 1941), publiserte i 1988 en bok kalt *Against Therapy*,[1121] der han hevder at psykiatrien i hovedsak utøver makt på det konvensjonelle samfunns vegne. Påvirket av sosiologien vokste der også i

[1118] *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*, Oslo: 1980. Granskningskommisjonens formann var h.r.dommer Knut Blom. Kommisjonen bestod ellers, som nevnt før, at de to prominente jurister, professor dr. juris. Anders Bratholm og h.r.advokat Johan Hjort. Kommisjonen ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. februar 1980.

[1119] Thomas S. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, New York: Harper & Row, 1961. Ungarskfødte Szasz så på bruken av sykdom om mentale avvik som metaphor. Han var libertarianer og mente at ethvert menneske hadde rett til kroppslig og mentalt egeneierskap og dermed rett til frihet fra vold fra andre. Han advarte mot «the nanny state», men enda mer mot den «velvillige», og derfor enda farligere, terapeutiske staten.

[1120] Ronald Laing, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Harmondsworth: Penguin, 1960.

[1121] New York: Atheneum, 1988.

1960-årene frem en miljøterapeutisk bølge i psykiatrien, en bølge som førte til krav om avvikling av den institusjonbaserte psykiatri; enkelte steder, blant annet i Italia, fikk disse kravene en viss gjennomslagskraft.

Man kan si at psykiatriens utfordring var at de fenomener den tok som utgangspunkt når den klassifiserte tilstander i stor grad var meninger. Men meninger forholder man seg, menneskelig talt, argumenterende, ikke symptombasert til. Når psykiatrien ser på utsagn, og meningsbærende adferd, som data og ikke som intellektuelle eller adferdsbaserte argumenter, reduserer den mennesket til (restløst) kausalt drevet natur. Argumentasjonens innhold blir ikke tatt alvorlig som argumenter. Den blir besvart med behandling, og i mange tilfeller er den behandlingen tvangspreget eller ledsaget av tvang. Anleggsarbeideren Arnold Juklerød (1925–1996) ble i sin tid, etter at at han hadde deltatt i en protestaksjon mot en skolenedleggelse, klassifisert som paranoid og kverulantisk og tvangsmedisinert.[1122] Han ble innlagt på Gaustad sykehus høsten 1971, utskrevet året etter, men gjeninnlagt i 1974. Da han i 1985 ble «tvangsutskrevet» fra Gaustad sykehus nektet han å la seg utskrive før diagnosen «uheldbredelig og alvorlig sinnslidende» var fjernet. Han slo seg ned i en brakke utenfor sykehusets inngang, og ble der resten av sitt liv. Sykehusets psykiatere, som behandlet hans argumentasjon som data, kom etter hvert på defensiven i den offentlige diskusjon om Juklerøds argumenter, og tydde til ulike former for maktbruk. Juklerød, fikk til sist medhold fra departementet i at hans aktivisme i den gamle skolenedleggelsessaken hadde vært legitim, men den psykiatriske diagnosen han fikk, ble stående.

I psykiatrien møtes forholdet mellom «natur» og argumentasjon på en måte psykiatrien bare har et høyst upresist bilde av. Det er krevende når psykiatrien er «dømt» til å mene og handle. Det betyr også at det er vanskelig å avgjøre om psykiatrisk tvangsbruk er en del av behandlingen og har med pasientrettigheter å gjøre eller et uttrykk for frihetsberøvelse og slik har med menneskerettigheter (personverninteresser) å gjøre. Psykiatrien har, i hovedsak ulikt somatikken, én fot i behandlingsvesenet og én i ordensvesenet. Den forskyver av og til vekten i behandlingsretning og av og til i ordensretning. Den blir også «dyttet» og «betinget» snart i den ene og snart i den annen retning. Da begrepet «mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner» kom inn i straffeloven i 1929 ble tyngden klart forskjøvet i ordensretning. Da dyttet nok både rettsmyndigheter og en reduksjonistisk psykiatri på i samme retning.[1123] En slik (utilregnelighets)diagnose kunne, og kan, føre til sikring, i tillegg til eller istedenfor den formelle straffen.

Frihetsutfordringene gjelder, som vi har antydet, ikke bare psykiatrien, og omsorgen for de psykisk utviklingshemmede, den gjelder også deler av aldersomsorgen og omsorgen for mennesker med noen smittsomme sykdommer, tidligere først radesyke og lepra, så tuberkulose og i vår periode spesielt HIV/AIDS. De første mistet frihet på grunn av (antatt) kognitiv svikt, de siste fordi de uten frihetsbegrensninger raskt kunne smitte svært mange andre. Vi skal ikke gå nærmere inn på de spørsmål om personvern som meldte og melder seg i disse henseender; de har noe til felles med de spørsmål som melder seg i psykiatrien, men også en del som er spesielle.

[1122] Saken er utførlig omtalt i Torbjørn Vatnaland (f. 1943), *Juklerød-saken*, Vollen: Tell forlag, 2010. Vatnaland er psykiater.
[1123] Kfr. Olaf G. Aasland, «Legen som juridisk nøtteknekker», i Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, *op.cit.*, s. 78.

Vi har flere ganger bemerket at grunnlaget for et juridisk-moderne basert tilsyn ble formelt tydelig klarere i løpet av den perioden vi ser på. Det skjedde delvis fordi normeringen ble overført fra leger til myndigheter, og ble gjort stadig mer presis, og delvis fordi fagligheten ble mer presis og dermed lettere regulerbar. På den psykiatriske siden skjer ingen tilsvarende presisering. Hverken psykiatrien selv eller «samfunnet» klarer å avveie de normative hensyn på noen presis måte; de etiske regler forblir vage og mye overlates, som før, til psykiaternes skjønn. Der kommer, som vi har sett, reaksjoner når «skandaler» oppdages, men uten at det resulterer i vesentlig mer presise regler. Der skjer, som nevnt, en viss utvikling i liberaliserende og presiserende retning, men den er beskjeden. Og når fagligheten forblir usikker, får ikke tilsynet hjelp fra den siden heller. Det er neppe tilfeldig at «Reitgjerdet-skandalen» også i noen grad ble en direktoratskandale. Helsedirektør Mork fikk skarp kritikk av Blom-kommisjonen, faktisk sterkere enn hans psykiatrioverlege, Otto W. Steenfeldt-Foss, fikk.

Mork ble etter 1983 ofte omtalt, eller lot seg karakterisere, som en «vaktbikkje» for pasienthensyn. Han var knapt noen vaktbikkje for de psykiatriske pasientene. Reitgjerdet-saken hadde gjort ham psykiatrisk fryktsom. Han fikk kanskje aldri helt lagt saken bak seg. Etter omorganiseringen høsten 1983 hadde han heller ikke lenger en psykiatrioverlege til å være psykiatrisk «vaktbikkje» for seg; det medikratiske (eller psykokratiske) embede, Statens overlege i psykiatri, var borte. Slik sett kan man si grunnlaget for psykiatrisk tilsyn var blitt svekket som følge av omorganiseringen. Tidligere var det mulig å utøve et visst skjønnsmessig tilsyn, fordi der i direktoratet satt en faglig kompetent person. Nå var ikke bare denne fagpersonen borte, borte var også den direkte linjen fra direktoratet (ved overlegen) til de psykiatriske overleger ute i klinikken. Nå gikk linjen fra direktoratet, eventuelt ved avdelingsdirektøren for fylkeshelsetjenesten (fra 1989 for helsetjenesten) via fylkeskommunen og derfra ned i klinikken. Dog bør det skytes inn at fra 1985 til 1987 var psykiateren Christian Erlandsen leder for fylkeshelsetjenesteavdelingen. La oss legge til at om Mork var varsom som psykiatrisk tilsynsfører var han virkelig «vaktbikkje» på vegne av dem som var rammet av HIV/AIDS; han fikk også med seg en gruppe medarbeidere i direktoratet som ivrig fulgte opp hans holdninger.

Det bør igjen minnes om at ikke bare fylkeskommunen nå kom imellom direktoratet og klinikken, også kontrollkommisjonene fortsatte å gjøre det. Siden disse både var psykiatrisk og juridisk sakkyndige – og slik kunne ta både pasientlige og samfunnsmessige hensyn – bidro også det til at andre instanser nølte med å bli for tilsynsnærgående. Ja, kommisjonene var i grunnen en behagelig grunn for andre til å slippe å gå inn i det aller vanskeligste hva verdivurdering, fagskjønn og tilsyn angikk. Men alle, fra overlegene, til kontrollkommisjonene til Helsedirektøren visste jo at de levde farlig og fra tid til annen ville bli gjenstand for besk kritikk.

Personvernlovgivningen og Datatilsynet

I 1978 kom, som nevnt, personregisterloven. I 1980 ble Datatilsynet opprettet. Loven er av mindre betydning for personvernet generelt, slik vi her ser på det. De utfordringer registrene representerte, og her spilte Datatilsynet en rolle, har vi diskutert tidligere. I noen få tilfeller har Datatilsynet spilt en rolle når pasienter har bedt om å få endret opplysninger i journaler. I vår rettighetssammenheng er imidlertid Datatilsynet mindre viktig som tilsynsorgan. Dette skal imidlertid endre seg med den loven som kommer i 2000, personvernloven. Denne loven tar for seg elektronisk lagring av opplysninger, også om pasienter, mer generelt. Både loven av 1978 og etableringen av Datatilsynet er imidlertid viktig, for så vidt som begge er uttrykk

for at liberale personverhensyn, og dermed hensynet til både pasienters og andre forbukeres selvbestemmelsesrett, får en sterkere stilling.

Pasientlig og personlig selvbestemmelsesrett: noen avsluttende vurderinger

Der skjer, som vi har sett, en gradvis utvikling av selvbestemmelsesretten både for pasienter som pasienter og som personer i møtet med helsevesenet. Den individualistisk-liberale personrollen styrkes. Ja, vi har flere ganger brukt ordet forbrukerrevolusjon om det som skjedde i 1980-årene. Den paternalisme som er forbundet med medikratiet begynner for alvor å forvitre. Staten blir en offensiv aktør i denne utviklingen. Den blir det imidlertid på en dobbelt måte. På den ene siden pådytter den fylkeskommuner og kommuner i stor grad det som etter 2002 er blitt kalt et «sørge-for-ansvar». På den annen side gir den pasientene mer valgfrihet. Denne dobbeltheten føres videre i årene etter vår periode. Vi får da både en styrkelse av den statlige styring og et økende innslag av pasientvalgfrihet, men mer det første enn det annet. Vi aner konturene av et planstyrt, tjenesteorientert Helse-Nor, med et lite rom for pasientvalgfrihet. Men vi ser også hvordan dette Helse-Nor utfordres av tiltagende finansieringsprivatisering, EU-liberalisering og generelt, fremveksten av transnasjonale helsetjenestemarkeder. Det utfordres for så vidt også av de private varemarkeder og almene tjenestemarkeder som vokser rundt den offentlige tjenestesektoren.

I vår periode ser vi flere uttrykk for hvordan pasientenes rolle blir preget både av klassisk valgliberalisme og «politisk» aktivisme (Hirschman's «voice»). Innsynet i pasienters journal blir utvidet, retten til muntlig informasjon blir styrket, tilgjengeligheten til relevant «valginformasjon» øker og forberedelser gjøres til å gi pasienter større frihet til å velge hvilket sykehus de skal behandles ved. Samtidig får pasientene i større grad medvirkningsrett; de blir behandlingspartnere. Den «politiske» aktivisme pasientene viser, både stimuleres av og bidrar til institusjonell aktivisme. Fra midten av 1980-årene opprettet flere fylkeskommuner pasientombud, til å passe på sine egne sykehus; det gjaldt Nordland (1983), Akershus, Østfold, Buskerud, Vest-Agder, Hordaland og Oslo (helse- og sosialombud, 1987). Også andre fylkeskommuner opprettet ombudslignende ordninger; det statlige Rikshospitalet ansatte et eget pasientombud.[1124] I 1983 ble Norsk Pasientforening stiftet.[1125]

Og som vi har sett, aktivistiske aktører kom endog på styringsnivå: Helsedirektoratet lanserte etter delingen i 1983 seg selv som aktivistisk organ på (mange) pasienters vegne. Den rollen ble styrket i 1989 da direktoratet fikk en egen helserettsavdeling; dets eget informasjonsblad, «Helserettsinfo» fremstod, som vi har sett, undertiden under Norbom-prosessene som åpent kritisk til departementet og som pasientrettighetsfremmende. Offentlige instanser, nesten helt til topps, kom altså i et rettighetsaktivistisk, polemisk forhold til den formelle offentlige (helse)politikk. Vi har tidligere pekt på hvordan det at Helsedirektoratet ikke skulle føre «vanlig» økonomisk tilsyn, altså veie økonomiske og «faglige» hensyn og slik sett opptre

[1124] Pasientombudsordningen ble lovfestet for spesialisthelsetjenesten i 1999. Fra 2009 omfatter ordningen også primærhelsetjenesten. Ombud heter fra da av pasient- og brukerombud. Siden 2003 har Helsedirektoratet det administrative ansvaret for ombudene, med unntagelse av Oslo, hvor ordningen fortsatt er kommunal og omfatter både helse- og sosialomsorg.

[1125] Det skjedde på initiativ fra en advokat og ble de to første årene drevet fra denne advokatens kontor. Fra 1985 fikk foreningen eget sekretariat og det ble ansatt en generalsekretær (Anne Ording Haug). I 1986 ble Kontoret for pasienthjelp, som en uavhengig klage- og remissinstans, etablert i sekretariatet. Foreningen ble omorganisert i 1987 og fikk da et mer rent ideelt formål. Den fikk etter hvert støtte fra departement/direktorat og KS, siden fra Stortinget (statsbudsjettet).

«politisk», i noen grad gjorde det til «politisk» organ. Men utviklingen er tidstypisk: individualistisk-liberale hensyn vinner politisk-kulturelt frem og får indre offentlig fotfeste. At det skjer, lettes av det forhold at forbrukerrevolusjonen får et mer generelt feste innad i staten. Ja, regjeringen Willoch gjorde det til en viktig del av sitt reformprogram å etablere og gi plass for forbrukerorganer og forbrukerfrihetsordninger. Det forbrukerrådgivende Forbrukerrådet, etablert i 1953, ble i løpet av vår periode mer «politisk» aktivt. Da rådet i 1983 arrangerte sitt første seminar om pasientrettigheter uttalte således dets leder, Gro Hillestad Thune, at rådet i større grad enn tidligere ville «rette søkelyset mot folks problemer som brukere av ulike offentlige tjenester».[1126] Da Forbrukerrådet avholdt et nytt seminar i 1985, i samarbeid med Aksjon Publikum i helsesektoren, sa sosialminister Heløe at han trodde der var «bred enighet om at pasienters rettigheter bør styrkes».[1127]

I løpet av 1980-årene ble også pasientforeningene mer politisk aktive. Spesielt viktig er Norsk Pasientforening, som ble etablert, med offentlig støtte, i 1985. Under sin leder, Anne Ording Haug, og sin styreleder Gro Hillestad Thune, var foreningen meget synlig i slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-årene.[1128] Foreningen var svært rettighetsorientert. Også mediene bidro, som vi har sett, til å skape en mer rettighetsbevisst politisk kultur. Kanskje bidro også i denne perioden noen publisitetsorienterte advokater til det samme.

De ulike instansers mer eller mindre politiserende virksomhet reflekterte «tidsånden» og kunne ha ulike formål, men man kan også se på denne virksomheten som en del av det «usystematiske» tilsynet, eller kontrollen, med klinikken og klinikerne.

Folkehelsearbeidet og folkehelselovgivningen

Vi har sett at ordet tilsyn fra gammelt av omfattet nesten alt medisinalforvaltningen gjorde. Den hadde tilsyn med medisinalvesenet, men den hadde også tilsyn med bestemte pasientgrupper og til sist også i noen grad med hele befolkningen hva gjaldt sunnhets- og sykdomsforhold. Med den nye, snevrere og mer profesjonaliserte, forståelsen av tilsyn (etter 1984) forsvant, om ikke umiddelbart, den siste måten å forstå tilsyn på. Dermed ble tilsyn med folkehelsearbeidet først og fremst et tilsyn med at de som hadde det utøvende ansvar med folkehelsearbeidet, i første rekke kommunene, fulgte folkehelselovgivningen både i sitt eget folkehelsearbeid og i sitt tilsyn med at virksomheter av ulike slag, og privatpersoner (for eksempel som boligeiere), fulgte folkehelselovgivningen (og forskriftene). Dette tilsyn, og for så vidt metatilsyn (tilsyn med at kommunene utførte tilsyn) var det fylkeslegene som hadde ansvar for. At det praktiske folkehelsearbeidet fortsatt i hovedsak ble utført i kommunene, reflekterte forholdene som de hadde vært, spesielt hva angikk det miljørettede helsevern: Miljøet ble sett på som i hovedsak lokalt. En del folkehelsearbeid hadde alltid hatt en regional eller nasjonal side, som tiltakene mot visse smittsomme sykdommer. En del av

[1126] Gro Hillestad Thune, «Innledning», i *Pasientrettigheter*, Oslo, 1983, s. 6.

[1127] Leif Arne Heløe, «Sikring av pasienters rettigheter – departementets syn», i Forbrukerrådet, *Pasientrettigheter – hva nå?*, Oslo: Universitetsforlaget, 1985, s. 167.

[1128] A. O. Haug hadde selv hatt ubehagelige opplevelser etter en rekke sykehusopphold for ryggproblemer. Hun fikk betydelige lammelser, lammelser leger mente skyldtes «nerver». A. O. Haug ble etter hvert bra, men krevde og fikk slettet «nervediagnosen» i sin journal. Hun fortalte om sine opplevelser, og hvorfor hun mente pasientenes rettssikkerhet var svak i det norske helsevesen i to programmer i NRK-fjernsynet, Sosialkanalen (6.2. 1985 og 26.11. 1986).

opplysningsvirksomheten hadde også hatt nasjonale sider. Men det hang sammen med at miljøene generelt ble mindre lokalt avgrensede og krevde en mer nasjonal og til dels internasjonal forvaltning, med fagutviklingen, som krevde sentralisering, og med styrings- og ledelsesrevolusjonen, som var styringssentraliserende. Den lokaldemokratisering som nå skjedde, krevde at kommunene skulle spille en betydelig rolle profylaktisk, men desentralseringen av styringen representerte egentlig bare en modifisering av den generelle utvikling, og den var sentraliserende. Men som for klinikken, kom det for alvor først til uttrykk fra annen halvdel av 1990-årene – da styringsrevolusjonen begynte å «spise opp» lokaldemokratiet.

Styringsrevolusjonen reflekterte, som vi har sett, voksende statlige styringsambisjoner. Slike ambisjoner begynner i den perioden vi nå ser på også å gjøre seg gjeldende på det prekliniske område. På dette område reflekterte disse ambisjonene også en stor internasjonal folkehelsebevegelse, i stor grad preget av WHO og denne organisasjonens Helse for alle innen år 2000-program. Som vi har sett, var det en ambisjon som også fikk et klinikkritisk innhold. Det er bedre, som mange i folkehelsemiljøet sa, å forebygge enn å behandle. Vi skal se at selv om også folkehelsepolitikken blir mer ambisiøs, får den ikke helt det samme trykket som klinikkpolitiken: De to har ulik politisk logikk. Vi skal nå, før vi ser på historien, si litt prinsipielt om den prekliniske virksomhet og i den forbindelse vise hvorfor preklinikkpolitikken så lett taper i konkurranse med klinikkpolitikken. Vi skal også peke på hvorfor det får konsekvenser for tilsynet med det prekliniske arbeidet; det blir ekstra defensivt.

Folkehelsevirksomhet: en teoretisk karakteristikk

Folkehelsepolitikk og lovgivning gjelder på den ene siden det å påvirke ulike miljøer og har slik karakter av å skape goder (eller fjerne onder) som i stor grad har offentlig preg og på den annen side å påvirke måten folk lever på. Ofte vil de første tiltak ha konsekvenser for de andre, som tilfelle er med tiltak for å gjøre tobakk og (andre) rusmidler mindre tilgjengelige eller vanskeligere å nyte og usunne matvaner mer kostbare. Slik sett kan man for så vidt tale om tre typer folkehelsetiltak, de rent miljørettede, de rent livsstilsrettede og de blandede. Alle former for folkehelsepolitikk og folkehelseregulering kan skape motstand. Miljøreguleringen kan gjøre det fordi den rammer interesser, ofte private, av ulike slag på en økonomisk ugunstig måte. Livsstilsreguleringen og livsstilspåvirkningen, i stor grad også den blandede reguleringen, kan gjøre det fordi den både kan ramme mennesker økonomisk og adferdsmessig. Slik regulering og påvirkning kan anta karakter av å være «livsledelse», eller «medikalisering», som Ivan Illich kalte det, og får for mange en for inngripende og en for moraliserende karakter. For så vidt som behovet for patologiforebyggende og helsefremmende tiltak normalt ikke føles sterkt, er det både mye «naturlig» motstand mot folkehelsetiltak og lite «naturlig» støtte for slike tiltak. Det er de viktige grunner til at det er vanskelig å vinne aktiv støtte for mange folkehelsetiltak. Situasjonen er en annen når det gjelder «konkurrenten», klinikken. Behovet for dcns tjenester merkes ofte tydelig og resulterer i rask etterspørsel og også krav om reduksjon, eller fjernelse, av tersklene for adgang til slike tjenester. Dette får konsekvenser også for tilsynet: det retter seg naturlig mest mot den «populære» klinikken. Det er ikke tilfeldig at det forebyggende hensyn som mest preger helsetilsynsloven er forebyggelse av svikt i *klinikken*: Det er dette det viktigste tiltaket i loven, bestemmelsen om egenkontroll, først og fremst er rettet mot.

Forebyggelse av patologi innebærer å gripe inn i de kjeder av årsaker (og grunner) som skaper nedsatt førhet og død. Vi taler da om to sett av kjeder, men to kjedesett som i stor grad griper inn i hverandre. Det ene er miljøkjedesettet, det annet individkjedesettet. Det er derfor vanlig å skille mellom miljørettet og individrettet folkehelsearbeid, men det understrekes også at de to formene for arbeid ofte går over i hverandre, som i ernæringsarbeidet og i forebyggelsen av bruk av avhengighetsskapende stoffer. Arbeidet går i begge tilfellene ut på å gripe «stansende» inn i prosessene, eller kjedene, som kan skape helsesvikt.

Det miljørettede arbeidet er preget av en reduksjonistisk måte å forstå på. Den innebærer at sykdom sees på som en funksjon av mikrobiologi (infeksjonssykdommer), men også at den aktuelle mikrobiologis funksjon «reduseres» til molekylærbiologiske mekanismer. Den innebærer også at andre typer sykdom reduseres til måten fysiske og kjemiske stoffer griper inn i kroppslige prosesser på. «Makrofysikk» spiller imidlertid også en rolle reduksjonistisk sett: Skader påført av maskiner, biler etc. er her viktige. Når det gjelder skader kommer der imidlertid inn et systemisk forståelseselement: Skadene skyldes i mange tilfeller ikke naturen selv, men måten mennesker har organisert samfunnet på og måten de bruker de maskiner og annet de har laget på. Slik peker årsakskjedene (og komplekset av grunner) også oppover og utover, til (potensielt bevisst) psykologi og sosiologi.

Den individrettede forebyggelsen tar i stor grad utgangspunkt i systemiske premisser: individet sees på som iallfall potensielt *autopoietisk*, selvstyrende. Selv om livsstil etter hvert forankres som nevrofysiologiske kretser, er oppfatningen den at individet i noen grad kan «omprogrammere» seg selv. For dette formål brukes selvsagt informasjon og pedagogikk, men også et miljøinngripende tiltak, som sosial betinging. Det siste brukes i form av organisatoriske tiltak, som innføring av røykeforbud i mange miljøer, og prispolitikk (avgiftsbelegging av skadelige og subsidiering av sunne (mat)varer). I utgangspunktet er dette en systemisk strategi for så vidt som den forutsetter bevisst politikk, men et systemisk element kommer nødvendigvis inn i all forebyggelse, også den som tar utgangspunkt i en reduksjonistisk forståelse av patolologiskapende kjeder: Den har utgangspunkt i en bevisst vilje. La oss også nevne at immunisering er en spesiell individrettet forebyggelsesform for så vidt som den innebærer å påvirke individet uten (utover tillatelsen) å gå via bevissthet: Påvirkningen skjer direkte på molekylærbiologisk nivå. Forebyggelse gjennom påvirkning av folks matvaner, en strategi som både har individuelle og miljørettede sider, virker også direkte på molekylærbiologisk nivå.

Vi har her karakterisert folkehelsearbeidet teoretisk som forebyggende arbeid. I den perioden vi taler om ble det stadig vanligere å tale også om helsefremmende arbeid. I en viss forstand er det tilstrekkelig å tale om patologiforebyggende arbeid. Hvis man ser systemisk på kroppen kommer man ikke lenger enn til «full helse», altså en tilstand hvor alle kroppens systemer, inkludert det mentale, fungerer i full harmoni med hverandre. En som kan løpe fortere enn andre er ikke i bedre helse enn andre, fullt harmoniske, men ikke- eller liteløpende mennesker. Spesiell utvikling av noen egenskaper kan endog skape kroppslig ubalanse. Man kan imidlertid se på helsefremmende arbeid som det å forsøke å skape den gode balanse, hvor den ikke er helt optimal. Det er også interessant at helsefremme nå for alvor blir et viktig stikkord for folkehelsearbeidet: Det innebærer å legge vekt på å oppnå noe positivt, ikke (bare) å hindre at mennesker skal bli utsatt for noe negativt (harmonireduserende). Teologer gjorde noe lignende: de lokket mer med himmelen og truet mindre med helvetet. Ledere gjorde også det; de satset mer på incentiver enn disincentiver. Man kan imidlertid si at det egentlig var WHO som med sin «utopiske», og mye kritiserte, helsedefinisjon i 1946 startet helsefremmingsbølgen. Men gitt det menneske vi stadig tar utgangspunkt i, er helsefremme

bare et annet ord for patologiforebyggelse. Å fremme helse kunne imidlertid bety å skape en slags supermennesker, altså fullt harmoniske mennesker, men mennesker som i et eller annet henseende kan yte mer enn dem vi svært lenge har tatt utgangspunkt i. Det kan skje både gjennom predesigning og redesigning av mennesker. Hva det første angår kunne det også innebære å stanse aldringsprosessen, eller om man vil, å forebygge aldring. Kunnskapsutviklingen var kommet så langt at slike tanker begynte å gjøre seg gjeldende blant både «scientists» og «science fictionalists». Men om man da kunne tale om de «nye» mennesker som «ekte» mennesker eller som «transhumane» vesener, er et spørsmål.

Folkehelsearbeidshistorien

Utgangspunktet for den nyere folkehelselovgivning i Norge er sundhedsloven av 1860. Den forsvant ikke helt før vi forlater vår periode. Siste rest av den, den som angikk vern mot smittsomme sykdommer, forsvant ikke før fra 1995. Den ble imidlertid gradvis overflødiggjort gjennom vår periode. Det skjedde gjennom kommunehelsetjenesteloven, som trådte i kraft i 1984 og i viktige henseender fikk et nytt kapittel i 1987 (i kraft fra 1988). Det skjedde for så vidt også ved at Helserådet, som fra 1984 spilte en synkende rolle, fra 1988 i alle kommuner ble erstattet av et kommunalt helse- og sosialstyre.

Sundhedsloven var halvt lokalt orientert. Den la ansvaret for lovens forvaltning til kommunene, men i disse til Sundhedscommisssionerne. De siste ble etter århundreskiftet gradvis omdøpt til Helseraad (og så Helseråd). Det var kommisjonene som skulle utarbeide lokale sunnhetsforskrifter, forskrifter som dog skulle godkjennes av staten. Kommisjonene ble sammensatt litt ulikt i byer og landkommuner, men begge steder slik at de fikk som formann den lokale offentlige lege (eventuelt en privat engasjert lege). Distriktslegen var imidlertid statlig embedsmann (inntil 1912). Han rapporterte som sådan først og fremst til (fra 1875) Medicinaldirektøren. Ordningen innebar et element av statlig forankret medikrati også på folkehelseområdet. Det var formelt noe begrenset ettersom Medicinaldirektøren fra 1893 og helt frem til krigen var underordnet departementet. Fullt medikratisk var altså ordningen bare fra 1940 (formelt 1941) til 1983. Men selv om distriktslegen var kommisjonsformann (helserådsordfører), var den lokale legmannsinnflytelsen over folkehelsepolitikken gjennomgripende, spesielt på landet. Loven gjaldt i prinsippet alt forebyggende arbeid, men omfattet først og fremst det miljørettede arbeidet og smittevernarbeidet. Legen skulle, eller kunne, imidlertid også «forkynne» det gode helsebudskap, selv om det ikke direkte fremgikk av loven. Det het imidlertid i forarbeidene til Sundhedsloven at den på landet skulle fordrive «barbari og vankundighed». Veterinærdirektør (og lege) Ole Malm (1854–1917) skrev i 1887 at distriktslegene var tiltenkt rollen som «civilisationens pioneerer».[1129] Men distriktslegene var i så henseende gjennomgående nokså forsiktige.

På landet fungerte sundhetskommissionene mange steder knapt nok før vi er kommet et stykke inn i det 20. århundre. Men ettersom kunnskapsnivået steg, økonomien ble bedre, medisinens kunnskapsgrunnlag økte (og laboratoriene kom) og distriktslegevesenet ble bygget ut (etter lægeforretningsloven av 1912), ble gradvis betingelsene bedre for å drive forebyggende arbeid. Man fikk en ny faglig basert hygieneoffensiv fra tiden før og etter Den første verdenskrig. Den hentet også inspirasjon fra den nye, industriinspirerte og nesten «kliniske» funksjonalistiske arkitektur og generelt fra en voksende tiltro til vitenskapene og

[1129] Sitert etter Aina Schiøtz, «Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860?», *Michael*, bind 7, 2010, s. 332-333.

muligheten for å vitenskapsbasere livet. Men livs- og miljøentusiastene støtte snart på utfordringer fra klinikken: Også den ble løftet av den nye vitenskap og bød snart den nye preklinikken på stor konkurranse. Folk etterspurte på en helt annen måte enn før kliniske tjenester, og distriktslegene, som andre kliniske leger, ville heller behandle enn forebygge (utover den forebyggelse som var klinisk preget). Denne situasjonen endret seg ikke etter krigen: Kunnskapsutviklingen fra slutten av krigsårene og frem til omtrent vår periode starter ble nærmest preget av en diagnostisk-terapeutisk revolusjon. Forebyggerne og forebyggingen kom, når vi ser bort fra det klinisk pregede vaksinasjonsarbeidet, helt på defensiven. Da så den kliniske utviklingen begynte å flate ut utover i 1980-årene, og forebyggerne kunne ta igjen gjennom selvkritisk helsetjenesteforskning, snudde for en tid «stemningen». Vi fikk, som nevnt, først Lalonde-rapporten i Canada (1974) og så, mer avgjørende, WHO-offensiven, med generalsekretær Halfdan T. Mahlers (1923–2016) program for Helse for alle innen år 2000 (lansert av ham i en tale til WHO-forsamlingen i 1976 og akseptert som WHO-program i 1979). Men, som vi skal se, preklinikken måtte fortsette å streve med å kunne utfordre klinikken. Den gjør forsåvidt stadig det.

Innføringen av offentlig sykeforsikring i 1909 (ikraft 1911) for henimot 40 prosent av befolkningen – siden (1956) for alle – bidro til det. Forsikringen gav klinikken en konkurransefordel fremfor preklinikken. Legene, som først og fremst ble og blir utdannet som klinikere, ble ekstra stimulert til å gå i klinisk retning da kunnskapen tillot dem å gjøre mer og pasientene ble enda mer aktivt etterspørrende. Som kombinerte folkehelsebestyrere og pasientleger ble dermed de fleste offentlige leger bare i begrenset grad folkehelseaktivister. Dette endret seg noe i 1984 med etableringen av posten som «medisinsk ansvarlig lege», men samtidig ble jo etter hvert de fleste av dem som tidligere hadde vært disktriktsleger nå i all hovedsak klinikere. Det er et uttrykk for det som nå skjedde at spesialiteten samfunnsmedisin ble etablert samme år som kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft. Men gjennom vår periode skulle de ikke komme til å spille noen spesielt aktivistisk rolle. Det tok tid for de (færre) offentlige legene å vende seg til den nye situasjonen som oppstod da distriktslegevesenet ble lagt ned.

Det hører med til bildet at også ellers stod folkehelsehensynene forholdsvis svakt faglig. Helsesøstrene var riktignok en folkehelsespesialisert gruppe sykepleiere, spesielt konsentrert om det individrettede (og blandede) arbeidet, men der var mangel på dem og de arbeidet under legelig ledelse. Hva gjaldt miljøsiden, manglet der helt en egen, politisk aktiv, yrkesgruppe. De som hadde teknisk-hygieniske oppgaver var i første rekke helseråds- og hygieneinspektører, uten en bestemt faglig bakgrunn, og i de større byene ingeniører av litt ulike slag. Innen den teknisk pregede næringsmiddelkontrollen var der en egen gruppe av næringsmiddelinspektører; her spilte også veterinærene en rolle. Hva gjaldt det sosiale miljø, var sosionomene en mer distinkt gruppe, men de fleste arbeidet mer sosial- og trygderettslig enn miljøforebyggende. Folkehelsefagmiljøene var altså lite samlet og uten en kraftfull ledelse, også etter 1984. At de nå hadde fått lokale legfolk, politikere, helt inn på livet, mer svekket enn styrket dem.

Sundhedsloven var preget av folkehelsearbeidets potensielt kontroversielle status. Dens konsipister la derfor vekt på naturmiljøtiltak, men først og fremst i byene: Her var livet tettere og mer preget av at kunnskap allerede spilte en rolle i hverdagen. Flere hadde her også en viss utdannelse. Loven påla derfor sunnhetskommisjonene i byene å lage forskrifter om sanitære forhold generelt, herunder renovasjon, vannforsyning, næringsmiddelomsetning, byggepraksis, ventilasjon, kirkegårdsdrift, og forholdene i arbeiderboliger og på arbeidsplasser. Bestemmelsene om sunnhetsforskrifter på landet var vage. Loven inneholdt

imidlertid felles bestemmelser om isolasjon av smittefarlige mennesker og om smittevern generelt: Frykten for epidemiske sykdommer var nokså almen. Etter de bakteriologiske gjennombrudd fikk denne frykten et mer konkret innhold og åpenheten for endog nokså restriktive tiltak vokste; kfr. tuberkuloseloven av 1900, som gav grunnlag for isolasjon av syke.

Folkehelsepolitikken generelt ble frem mot og inn i vår periode først og fremst fulgt opp gjennom **kommunehelsetjenesteloven** av 1982, først gjennom den opprinnelige vedtagelsen av den og så gjennom utbyggingen av den i 1987. At sundhedsloven i stor grad ble erstattet av kommunehelsetjenesteloven er uttrykk for at folkehelsepolitikken i prinsippet fortsatt ble ansett for å være lokal. Kommunen skulle stadig ha ansvaret for å drive folkehelsearbeidet, men gradvis, og fullt ut fra 1988, i regi av kommunens helt demokratiske helse- og sosialstyre, ikke det gamle, halvt medikratiske helserådet. Som vi snart skal se, skjedde der imidlertid samtidig, som i klinikken, en kontinuerlig både sentralisering og desektorisering av folkehelsearbeidet.

Gjennom kommunehelsetjenesteloven ble kommunenes hovedansvar for det utøvende folkehelsearbeid fastslått. Folkehelsearbeidets formål ble nå også definert. Det skjedde gjennom lovens formålsparagraf (1-2). Paragrafen fikk denne ordlyden:

> *Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.*

Dette er en nokså åpen formålsformulering. Den følges imidlertid opp gjennom § 1-3 hvor fire folkehelsetiltak nevnes, helserådstjenesten, helsestasjonsvirksomheten, helsetjenesten i skoler og opplysningsvirksomhet. De tre sistnevnte av disse tiltak gjaldt i stor grad individrettet forebyggelse. Hvordan miljøtiltakene (helserådstjenesten) skulle realiseres var altså fortsatt regulert gjennom sundhedsloven. Før vi ser nærmere på miljøarbeidet skal vi si litt om det individrettede og kombinert individ- og miljørettede, slik det var omtalt gjennom § 1-3.

Litt satt på spissen, kan vi si at det individrettede og kombinerte arbeidet – men vi ser da nå bort fra smittvernarbeidet – var organisert etter alder: Helsestasjonsvirksomheten var rettet mot fostre og små barn, i praksis via foreldrene (moren), skolehelsetjenesten mot større barn og ungdom og den generelle opplysningsvirksomhet mot «voksne», eller «alle». Den første tjenesten var mest ambisiøs og den siste minst ambisiøs, og også i stor grad nasjonal.

Helsestasjonsvirksomheten ble startet av Norske Kvinners Sanitetsforening i 1914, men ble gradvis overtatt av det offentlige i løpet av 1960-årene. Stasjonsvirksomheten ble gjort til et helt offentlig tilbud gjennom lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v., vedtatt i 1972. Loven trådte i kraft fra 1974. Helsestasjonsvirksomheten ble i hovedsak drevet av helsesøstre, først ansatt av fylkeskommunen, fra 1984 av kommunen, og nå på grunnlag av den nye kommunehelsetjenesteloven og en forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23.11. 1983. Virksomheten ble frem til 1984 ledet av distriktslegen. Siden hadde kommunens medisinsk-ansvarlige lege det faglige ansvaret, under helserådet/helse- og sosialstyret og for så vidt dets helsesjef (eller lignende).

Helsestasjonen skulle, etter lov og forskrift, drive svangerskapskontroll og gi hjelp til familieplanlegging. Den skulle videre ha kontakt med alle barn gjennom personlig rådgivning

(til foreldre) og oppsøkende virksomhet, drive foreldregrupper og opplysningsvirksomhet og stå for vaksinasjoner. Den skulle også bistå familier med barn som hadde spesielle behov for hjelp. Den skulle dessuten yte forebyggende tannhelsetjenester. Etter forskriftens første paragraf skulle helsestasjonen utvikles til å bli et «kraftsentrum» for forebyggende helsearbeid.

Skolehelsetjenesten hadde røtter tilbake til 1880, og gjaldt nå alle skoler under lov om grunnskole (1969) og lov om videregående opplæring (1974). Etter de nye forskrifter om helsetjenesten i skoler av 23.11. 1983, som konkretiserte den aktuelle bestemmelsen i den nye kommunehelsetjenesteloven, skulle tjenesten omfatte systematiske medisinske undersøkelser, kombinert med veiledning; samarbeid med skolen, den psykologisk-pedagogiske tjenesten, sosialtjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten; rådgivning overfor skolens personale om hygieniske forhold, ulykkesforebyggelse, arbeidsmiljøforhold ellers og tilrettelegging for funksjonshemmede barn; og endelig bistand med helseundervisning, i den utstrekning skolen ønsket det. Også når det gjaldt skolehelsetjenesten, forestod en helsesøster det meste av arbeidet.

Helsestasjonsvirksomheten var basert på frivillighet. En del, men ikke så mange, unnlot å bruke én eller flere av helsestasjonenes tjenester, og det hadde en tendens til å være de som medisinsk sett i størst grad burde ha brukt dem. Virksomheten hadde ambisjoner, uttrykt også i forskriftene, som det manglet både kunnskap og penger til å følge helt opp. Helsestasjonsvirksomheten var ellers i hovedsak forebyggende, men i en del henseender nokså klinisk nær. I skolehelsetjenesten, spesielt for den videregående skole, var gapet mellom idealer og realiteter større enn i helsestasjonsvirksomheten. I fylkeslegenes medisinalmeldinger for 1987 og 1988 ble det meldt om en «bekymringsfull utvikling» i flere fylker. Helsedirektoratet gjorde i 1987 en undersøkelse av skolehelsetjenesten på landsbasis og melder om «en meget svekket skolehelsetjeneste på landsbasis», men spesielt i byene.[1130] I enkelte kommuner ble tjenesten lagt ned, spesielt for de videregående skoler. Enda mer enn helsestasjonsvirksomheten var viktige sider ved skolehelsearbeidet semiklinisk. Det lignet slik i noen grad på bedriftshelsetjenesten, og illustrerer slik den kliniske etterspørsels dominerende rolle.

Helseopplysningsvirksomheten ble drevet uten en samlet plan, men i 1987 ble «Helsedirektørens rådgivende utvalg for helseopplysning» oppnevnt. Utvalget fikk blant annet som mandat å utarbeide en plan for det nasjonale opplysningsarbeidet. Noen slik plan kom ikke. Ti år tidligere ble Samarbeidsorganet for helseopplysning (SOHO), et samarbeid mellom offentlige og frivillige organisasjoner, opprettet. SOHO var særlig et forum for kontakt, ideutveksling og prosjektsamarbeid mellom organisasjonene og mellom disse og offentlige institusjoner. I tilknytning til fylkeslegekontorene kom der fylkeskomiteer for helseopplysning. De skulle støtte fylkeslegene i deres forebyggende opplysningsarbeid overfor kommunene. I en del kommuner kom der nå også egne helseopplysningskomiteer; antallet var ca. 60 i 1989.[1131] Også innen helseopplysning spilte helsesøsteren en viktig rolle.

Flere nasjonale forebyggelsestiltak med betydelige innslag av helseopplysning fantes og flere kom til i løpet av den perioden vi ser på. Statens skjermbildeundersøkelser hadde vært i virksomhet siden 1943, og ble fra 1985 gjort om til Statens helseundersøkelser, altså et mer

[1130] St.meld. nr. 36, 1989-90, s. 59.
[1131] St.meld. nr. 36, 1989-90, s. 60.

generelt undersøkelses-, handlings- og opplysningstiltak. Andre av de sentrale statlige helseinstitusjoner på nivå nr. tre, som Tobakksskaderådet (1971), Edruskapsdirektoratet (1968) – fra 1988 Rusmiddeldirektoratet, Kreftregisteret (1951), Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (1946) og i en del henseender (særlig knyttet til infeksjonssykdommer) SIFF (1929) drev også en systematisk helseopplysningsvirksomhet på spesielle områder. Vi skal snart si litt også om nasjonale kampanjer.

Med revisjonen av **kommunehelsetjenesteloven** i 1987, ble gamle bestemmelser erstattet med moderniserte, og langt mer offensive nye. Det skjedde på to måter. Det skjedde gjennom det nye kapitlet, 4.a, om **miljørettet helsevern**. Men det skjedde også gjennom en ny paragraf, 1-4, som omhandlet helsevesenets påvirkning av instanser som hadde (hoved)ansvar for kontrollen med andre miljøer enn dem helsevesenet hadde kontrollansvar for. Vi skal se på denne paragrafen først. Den fikk denne ordlyden:

> *Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen.*
> *Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvaret for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen. Dersom helsetjenesten blir kjent med forhold som vedrører arbeidsmiljøloven, produktkontrolloven og forurensningsloven, skal helsetjenesten underrette de berørte fagmyndigheter slik at disse kan fatte vedtak. Departementet gir nærmere regler om samarbeidet med andre fagmyndigheter på områder der også helsetjenesten har kompetanse og om koordinering av tiltak.*

Her henvises det altså til annen, men (relativt) ny, miljørettet lovgivning. Produktansvarsloven kom i 1976, arbeidsmiljøloven i 1987 og forurensningsloven i 1981. Også annen lovgivning, som plan- og bygningsloven av 1985 og de noe eldre vegloven (1963) og vegtrafikkloven (1965), er her relevant. Fremveksten av denne lovgivningen er både uttrykk for at andre hensyn enn befolkningens helse, spesielt (det helhetlige) hensynet til naturen, får større oppmerksomhet og at andre etater begynner å ta større helseansvar. Kontrollen med de ulike miljøene var tidligere i hovedsak helsevesenets ansvar (etter sundhedsloven). Nå blir den i større grad andre virksomheters og etaters ansvar. Samtidig blir helsehensynene sterkere betonet. Helsevesenet får slik i større grad rollen som eksportør av helsepremisser og som kontrollør av at disse premisser blir gitt tilstrekkelig oppmerksomhet. Forebyggingsenheten, som i 1991 la frem utredningen «Flere gode leveår for alle» (NOU 1991: 10), foreslo å styrke denne strategien, en strategi som siden (2006) skal bli kalt *Health in All Policy* (HiAP). Utviklingen i så henseende er uttrykk for at en mer offensiv folkehelsepolitikk får et bredere formelt grunnlag. Samtidig bidrar denne nye politikken til at samfunnets kontrollregulering blir mer omfattende, og mer kostbar. Den skaper mer «byråkrati» og, for borgere og bedrifter, flere hensyn å passe på. Bestemmelsen i loven er imidlertid generell og programmatisk. Skal den få «tenner» må den følges opp av forskrifter, og forskrifter hvis overholdelse kontrolleres. Helseforvaltningen fikk gjennom loven anledning til å bidra til å utforme slike, som den fikk anledning til å utforme «egne», forskrifter, og for så vidt til å delta i kontrollen med etterlevelsen av dem. Nå ble forskriftene, som vi har nevnt, (nesten) bare nasjonale. Det gjaldt også spesielt de forskrifter som kom til å

gjelde andre sektorer og «miljøeiere». Utviklingen av tverrsektoriell folkehelsepolitikk hadde altså i seg selv en sentraliseringsforsterkende virkning, samtidig som den var uttrykk for at folkehelsepolitikken ble mer ambisiøs. Vi skal komme tilbake til FEs utredning og departementets oppfølging av den; den siste ble ikke bare entusiastisk.

Men det at antallet lover og forskrifter økte, ble knyttet til flere mål samtidig og hadde ulike overordnede ansvarsdepartementer, skapte også betydelige samordningsproblemer og finansieringsproblemer i iverksettelsesfasen (særlig lokalt). Ambisjonene bak lovene var, for iverksetterne, for komplekse og for store. Det gav i praksis mer rom for å utøve (lokalt) skjønn. At makt nå var flyttet ut til kommunene gjorde at viljen til å utøve skjønn iallfall ikke var svekket. Man fikk slik på forebyggelsessiden problemer som lignet på dem man hadde på klinikksiden: Når påleggene ovenfra blir for mange og for store får iverksetterne en viss frihet, men ofte en frihet de misliker: De kritiseres for den «neglisjeringen» og «nedprioriteringen» de foretar. Ja, de to deler av helsevesenet blir en del av denne prioriteringsdragkampen. Den kampen går, som vi har sett, folkehelsehensynene tapende ut av.

Vi skal legge til at det for så vidt gjorde det «lettere» for lokale iverksettere å utøve skjønn at «grenseverdiene» for potensielt uheldige miljøfaktorer ofte var upresise og at der på ett miljøområde som nå fikk mer oppmerksomhet – det sosiale, ikke fantes mulige «grenseverdier». Ja, på det sosiale område, hvor tiltak mer enn grenseverdier ble definert, var tiltakene ofte mer sosial-pedagogiske enn direkte miljørettede. Slike tiltak krevde en stor grad av sensitiv skreddersying. Mer individrettede, eller blandede, tiltak som opplysningsvirksomhet og rådgivning, krevde også stor grad av helsefaglig og økonomisk skjønnsutøvelse. Ja, ofte krevdes mer enn det. Tidligere fylkeslege Anders Smith (f. 1945) skriver således at ikke bare må iverksetteren, og for ham er det den medisinskansvarlige lege i kommunen, anvende et krevende skjønn, han eller hun må, før skjønnet utøves, være diplomat og kanskje megler. Under «flokete», særlig personlige, saker kan der ligge flere «hunder» begravet enn legen umiddelbart kan fornemme: «Bak et krav om tiltak mot støy eller lukt i et nabolag kan det ligge forhold som en gammel nabotvist, en arvekrangel, en kulturkollisjon, et unormalt selvhevdelsesbehov eller noe så vanlig som misunnelse».[1132]

FE-utrederne, som laget rapporten «Flere gode levekår for alle», bemerket at helseutfordringene i økende grad var og ville bli «belastningslidelser, ulykkesskader, rusproblemer, atferdsproblemer, selvmord eller omsorgssvikt».[1133] Å forebygge slike problemer krevde ofte en blandet strategi, men kunnskapen strategiene skulle baseres på, var og er usikker og (derfor) sterkt preget av ideologi og moralisme. Endringene i sykdoms- og problempanoramaet gav slik i viktige henseender mer rom for utøvelse av (politisk) legpersonsskjønn, og vanskeligere vilkår for tilsynsførerne.

I det nye kapittel 4a, heter det i første punktum at miljørettet helsevern «omfatter de faktorer som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen». Disse faktorer er «blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer».[1134] I § 4a-2 heter det at «Helse- og sosialstyret skal ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i § 4a-1, første ledd».

[1132] Anders Smith, «Miljørettet helsevern», kap. 25 i Øivind Larsen et al., *Samfunnsmedisin*, Oslo: Gyldendal, 2008, s. 374.
[1133] NOU 1991: 10, forordets første side.
[1134] Hva «blant annet» her henviser til er uklart. Listen over faktorer fremstår jo som fullstendig, iallfall hva «dennesidige» faktorer angår.

Det nye kapitlet starter altså med patologiens etiologi. Pussig nok utelates slik diagnosen, altså dét løpende å kartlegge patologimønsteret (sykelighets- og dødelighetssituasjonen). Det å lage en slik oversikt over problempanoramaet, er det naturlige utgangspunkt for en kommunes overordnede helseansvar. Men når det i § 4a-2 heter at «Helse- og sosialstyret skal ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i § 4a-1, første ledd», bruker departementet ordet tilsyn i gammel, vid forstand. Tilsyn betyr da her å skaffe oversikt både over helsetilstanden (diagnostikken) og dens grunnlag. Det er ellers interessant at Helserådsutvalget gav diagnostikken prominent plass i analysedelen.[1135] Også her startes det i hovedsak med etiologien, men som neste punkt kommer så «systematisering» og «kommunediagnose». Deretter følger, nokså naturlig, å lage en plan for tiltak for å forebygge patologi og endelig dét (kontinuerlig) å iverksette planen og de tiltak den omfatter, miljø- og individrettet. Planen og iverksettelsen av den skal da reflektere en styrings- og ledelseslære. Vi får tak i hva denne læren går ut på gjennom de neste punkter i § 4a, nemlig punktene 4a-2 til og med 4a-10.

I § 4a-2, heter det videre at helse- og sosialstyret skal «utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov». Her er det den juridiske måten å styre, lede og kontrollere på som trekkes frem. I neste setning står det imidlertid: «Virksomheten og avgjørelsene, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med helsetjenestens formål, jfr. § 1-2». Vi har sett at formålserklæringen er vid og omfatter både ekte mål (verdier) og virkemidler. Setningen innebærer derfor at helse- og sosialstyret nok skal ta utgangspunkt i lover og forskrifter, men også kan utøve en betydelig grad av mål-middel-basert skjønn. Setningen gir altså kommunenes folkehelseorgan en betydelig grad av autonomi. Dermed begrenser den også de statlige fylkeslegers (tilsynsmyndighetenes) muligheter for å gripe korrigerende inn.

Gjennom § 4a-3 gies kommunestyret adgang til å delegere helse- og sosialstyrets myndighet på det miljømedisinske område til den medisinsk-faglig ansvarlige lege, med unntagelse for de mest inngripende virkemidler (stansning og påtalebegjæring). Bestemmelsen er et uttrykk for at medikratiske ideer fortsatt spilte en rolle.[1136] Samtidig er den et uttrykk for at folkehelsearbeidet gies større armslag: Fagfolkene er mindre påvirkelige for ulike miljøinteressenters påvirkning enn legpersonspolitikere. Ettersom forskriftene blir flere og mer detaljerte – delvis som en refleksjon av kunnskapsutviklingen – gies fagfolkene mer å spille på. Denne senmedikratiske bestemmelsens betydning må dog ikke overdrives. Som vi har sett, lokalpolitikernes posisjon styrkes nå og tilsynslinjen fra direktorat til fylkesleger er under stort press fra KS. Som vi har påpekt, styringsambisjonene vokser også på det forebyggende område, men forebyggelsespolitikken har større problemer i prioriteringsstriden enn den kliniske politikk.

I § 4a-6 gies helse- og sosialstyret myndighet til å pålegge en eiendom eller virksomhet i kommunen å *rette* forhold som direkte eller indirekte negativt kan påvirke folks helsetilstand. I § 4a-7 gies det samme styret rett til å følge opp pålegg om retting med tvangsmulkt, når frister for å rette oversittes. I § 4a-8 gies styret fullmakt til å *stanse* virksomhet når det oppstår forhold ved virksomheten som «medfører overhengende fare for helseskade». I § 4-9 heter det: «Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel». Helse- og

[1135] Kfr. NOU 1984: 28, *Helserådstjenesten*, s. 163.

[1136] I § 4a-4 gies også den medisinsk-faglig ansvarlige legen rett, og plikt, til å delta i helse- og sosialstyrets møter, med tale- og forslagsrett (i aktuelle helsevernsaker).

sosialstyret begjærer påtale. Bestemmelsen i § 4a-9 blir stående ved siden av Straffelovens § 357.

Helse- og sosialstyrets fullmakter til å gi pålegg om retting eller stansning er kraftfulle fullmakter. De er uttrykk for det som ofte preger juridisk *styring*, styring gjennom avskrekking. Det er ikke så underlig at miljørettet forebyggingspolitikk realiseres slik; den skal jo stanse patologiskapende prosesser så tidlig som mulig. Påleggene, kombinert med straffetrusselen, gir inntrykk av at den negative folkehelsestyringen tydelig skjerpes, men hvor skjerpet den i praksis ble, varierer, som vi har sett. Jusen er mer drastisk enn det styringspraksis var og også blir. Det spiller her en rolle at de virksomheter det skulle gripes inn overfor i noen tilfeller var eid av kommunen, eller iallfall kunne være av stor økonomisk betydning for kommunen, eller de var private borgere og velgere, borgere en del politikere gjerne kjente. Den gamle, miljørettede folkehelsepolitikken var hygienepreget. Nå skulle det taes (mer) hensyn også til det sosiale miljø. Kunnskapen om hvordan det virket på helsetilstanden var, som nevnt, langt dårligere enn kunnskapen om hvordan naturmiljøet virket. Det hører ellers med til dette bildet at den «kombinerte» strategien, for eksempel knyttet til ernæring og bruk av nytelsesmidler, krevde bruk av livsstilspedagogikk, en virksomhet som også hadde et svakt kunnskapsgrunnlag. Som vi skal se, bidrar også smittevernarbeidet – nok et arbeid som både er miljø- og individrettet – til å gi skjønnet stor plass.

Før vi ser på oppfølgingen av folkehelsepolitikken i annen halvdel av vår periode, skal vi kort se på en annen lov som hadde et tydelig forebyggende perspektiv, tobakkskadeloven. Gjennom spesielt Ian Bradford Hill og Richard Dolls studie av britiske legers røyekvaner i første halvdel av 1950-årene, fulgt opp med undersøkelser av dødsårsaksopplysninger, ble det klart at røyking var en viktig årsak til lungekreft og lungekreftdødelighet. Siden kom der ny forskning til som bekreftet Hill og Dolls funn og også sa mer om hvordan røyking skadet lungevevet. Torbjørn Mork bidro, som vi har nevnt (doktoravhandlingen), til forskningen om røykingens skadelige virkninger på lungevevet. Den nye kunnskapen om tobakkens skadevirkninger gjorde at det i 1973 ble vedtatt en lov om vern mot tobakksskader. Dens formål var «å begrense de helseskader som bruk av tobakk medfører» (§ 1). Spesielt viktig var det at loven satte forbud mot tobakksreklame (§ 2). Med dette forbudet ble altså en skadelig livsstilspåvirkning forbudt, nemlig den fabrikantene stod for. Indirekte representerte slik loven også både forebyggende individuell livsstilspåvirkning og sosialt og kulturelt rettet forebyggende påvirkning (gjøre røyking kulturelt mindre attraktiv).[1137] Loven ble skjerpet under den aktive folkehelsestatsråden Tove Strand Gerhardsen i 1988: Loven fikk en § 6 som innførte vern mot passiv røyking i fellesmiljøer. Som vi har sett, lungepidemiologen Torbjørn Mork lot seg dagen etter at statsråden hadde lansert sitt lovforslag friste til å distansere seg fra forslaget: Røyking egner seg ikke for lovgivning. Også Gerhardsens paragraf kan sees på som en kombinert miljø- og holdningspåvirkende lov. «Korstoget» mot røykingen skulle, som kombinert strategi, fortsette siden, nemlig under den neste tydelige «folkehelsestatsråd», Dagfinn Høybråten (2004). Ettersom holdningene til røyking, og enda mer til røyking i sosiale arealer, faktisk gradvis endret seg, ble kontrollen med etterlevelsen av den nye paragrafen forholdsvis enkel; stadig flere vanlige borgere ble i praksis kontrollører.

Endringene i Kommunehelsetjenesteloven i 1987 ble fulgt opp relativt bredt, blant annet gjennom den norske versjonen av Helse for alle innen år 2000-programmet (1987) og Samlet

[1137] I 1980 ble den økonomiske terskel for adgang til tobakk hevet (prisøkning). Også det var et bidrag til å påvirke holdningene til tobakksbruk i negativ retning.

plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid 1989–1994. Aller tydeligst kom folkehelseambisjonene frem gjennom Tove Strand Gerhardsens nasjonale helseplan, fremlagt 25. mars 1988. Her får det helsefremmende og forebyggende arbeid et helt kapittel, til sammen 31 sider. Kapitlet er preget av WHO-filosofien, men ikke minst av den måten denne filosofien ble formulert og konkretisert på av professor dr. med. Peter F. Hjort og hans Gruppe for helsetjenesteforskning (etablert under NAVF i 1975). Gjennom meldingen viser statsråden og departementet at de har en ekte vilje til å gi forebyggelse høyere prioritet. De ansvarlige for meldingen viser at de mener at oppmerksomheten må flyttes fra «kriseløsningsnivå», det vil si det nivå folk når når sykdom eller skade oppstår, til et «førkrisenivå». Men de erkjenner at det er politisk vanskelig: «Det er et problem for det forebyggende arbeid at det ikke synes». Ja: «Dess mer arbeid man gjør dess mer usynlig blir det».[1138] Departementet peker på planer for å organisere folkehelsearbeidet så det kan få mer kraft, men har ikke eksplisitte planer for hvordan folkehelsearbeidet kan gjøres mere «politisk mulig», både på oppstrøms- og nedstrømssiden. Det er imidlertid ikke overraskende: Departementet må være forsiktig med å belære de aktuelle legpersonspolitikerne.

Helseplanens ambisjoner ble, hva folkehelsearbeidet angikk, fulgt opp av Forebyggingsenheten gjennom utarbeidelse av en folkehelsestrategi, nemlig utredningen ***Flere gode levekår for alle***. Vi har nevnt, da vi omtalte Hellandsvik-rapportens plan for den post-norbomske omorganisering av den sentrale helseforvaltning på folkehelsesiden at den i hovedsak var skrevet av rådgiver Olaf G. Aasland. Her skal vi begrense oss til å trekke frem de viktigste prinsipielle sider ved utredningens filosofi. Den var, som vi har sett, målstyringsorientert. Dens forfatter(e) satte «flere gode leveår for alle», som overordnet mål. Det var et mål som både hadde normativ tyngde og var mulig å konkretisere. Det pekte mot «venstre», i og med ordet «alle». Det innebar altså mer enn at et helseprodukt skulle maksimeres. Det passet i prinsippet også arbeiderpartiregjeringen. Men hvor langt i egalitær retning målet skulle forståes, forsøkte ikke Aasland & Co. å bestemme.

Målet om større grad av likhet i helse – selv om det gav et mindre samlet helseprodukt – ble først for alvor aktuelt ca. ti år senere, selv om WHOs mål, Helse for alle i år 2000, hørtes svært egalitært ut (og bidro til å aktualisere fordelingsopptattheten). Men utredningens mål var ikke bare et helsemål. Det var i noen grad et mål for det gode liv generelt, kfr. uttrykket «gode leveår». Gode leveår skulle først og fremst være en følge av gode levekår. Mest fundamentalt var strategien slik miljørettet. Ved at miljøene, de fysisk-kjemiske, biologiske og, ikke minst sosiale, ble gode, ville sannsynligheten for mange gode leveår bli høy. Den primære folkehelseinnsats burde altså rettes inn mot miljøene. Det er imidlertid slik, het det i utredningen, at miljøene ikke er optimale for alle, og neppe vil bli det. Noen vil derfor havne i ulike risikogrupper, definert først miljømessig (for eksempel bli utsatt for fysisk eller sosialt farlige miljøer) og så livstilsmessig (for eksempel spise eller på andre vis leve usunt). Overfor disse må det settes inn mer individuelt rettede, sekundærforebyggende tiltak (for eksempel bruk av verneutstyr, opplæring i forsiktighetsregler, annen holdningspåvirkning og i noen tilfeller tvang).

I siste instans må klinikken komme inn med behandlings- og rehabiliteringstilbud, for å forebygge ytterligere tap av livskvalitet. I dette siste tilfelle kan man da tale om tertiærforebyggelse. Utredningens forfatter(e) ville altså primært skape så gode levekår at

[1138] St.meld. nr. 41, 1987-88, s. 128.

livskvalitetssvikt ikke oppstod, eller, som de helst ville si, at livskvalitet ble fremmet. Vi har nevnt at selv om det ikke er åpenbart hva det er å fremme helse utover friskhetsnivået, så er det åpenbart at livskvaliteten kan utvikles utover et eller annet «godt» nivå. Å gjøre det, er imidlertid i seg selv helsebevarende. Aasland og hans medarbeidere ville gjøre noe så langt mot venstre i årsakskjedene som mulig. Jo lenger man kom mot høyre, jo mer stod man overfor pasienter, klienter og understøttelsesmottagere (sykemeldte og invalidepensjonerte). I utredningen ble, som nevnt, bevegelsen mot høyre omtalt som medikalisering.

I tråd med levekårsperspektivet la utredningens forfattere, meget interessant, vekt på at medisinsk sett var sykelighet nå, i mange, men ikke alle, henseender blitt viktigere enn død. Det var lidelser folk levde med over lang tid som først og fremst reduserte livskvaliteten, og det var lidelser i muskler, skjelett og bindevev, og psykososiale lidelser, medregnet ulike former for kjemisk avhengighet. Hjerte- og karsykdommer og kreftsykdommer var fortsatt viktige, men de var iferd med å bli mindre viktige, siden de rammet stadig lenger ut i livet. I utredningen ble det imidlertid lagt vekt på en annen type helseproblem, som ikke så sjelden førte til død, nemlig ulykker. De påpekte, naturlig nok, at mange typer ulykker er nært knyttet til psykososiale problemer.

Denne utredningen foreslår at helsepolitikken gjøres til en del av «samfunnspolitikken» – et uttrykk utrederne bruker (bl.a. s. 92) – og, like viktig, at samfunnspolitikken, altså all offentlig politikk, blir mer helsepolitisk. Det er derfor ikke overraskende at utredningen er mer anvendt samfunnsvitenskapelig enn (anvendt) samfunnsmedisinsk. Aasland og hans kolleger forlater den samfunnsmedisinske kultur som ble skapt i løpet av 1980-årene, og som Helsedirektoratets ledere sluttet seg til, og risset opp konturene av en bredt anlagt, venstrepreget samfunnspolitikk. De gjorde det på en mer raffinert, og mer elegant, måte enn noen andre folkehelsepolitikkutredere hadde gjort før dem og noen andre, til denne dag, har gjort.

Men om utredningen er elegant, og mer gjennomført nyttestatlig (målstyringsorientert) enn for eksempel de virksomhetsplaner Helsedirektoratet utarbeidet, mangler den noe på å være en *virkelig* plan. Den peker, i stor detalj på hva som kan og bør gjøres for å realisere de mange oppstilte mål, men prioriterer ikke tiltakene og foreslår (derfor) ikke (i særlig grad) bestemte lovendringer, konkrete endringer i avgifts- og subsidienivåer og budsjettfordelinger og spesifikke organisasjonsendringer, med tidsangivelser. Den peker ut tiltak og anviser retninger, men overlater så til de politiske aktører – til demokratiet – å bestemme hvilke av forslagene som skal følges opp og i hvilken grad de skal følges opp. Ja, utredningens forfattere ser egentlig for seg at byråkratene og fagfolkene med folkehelseinteresser skal ta del i den politiske prosess. De skal være det som i utredningen kalles «pådrivere» (kfr. for eksempel s. 87, 110, 128). Istedenfor at utrederne eksplisitt tar opp spørsmålet om hva som er «politisk mulig», anbefaler de at slike som dem, og andre forvaltere og fagpersoner skal dytte på grensene for hva som er politisk mulig, dog uten å spesifisere hvordan «pådriverrollen» skal fylles. Fordi de ikke gjør det, slører de i noen grad til den *politiske* del av sin rapport. Men det ville jo knapt tatt seg ut om de hadde vært mer eksplisitt politiske. De kan også ha fornemmet at en større grad av normativ konkretisering kunne ha svekket deres sannsynlighet for å lykkes: I den grad folkehelsehensyn prioriteres opp i forhold til kliniske hensyn, altså at ressurser flyttes fra klinikk til preklinikk, vil det bli lengre køer for adgang til klinikken, og dermed også vekst i tilbudet av privatfinansierte tilbud. Det ville igjen skape ulikhet i tilgjengelighet til klinikken, noe som var, og er, politisk vanskelig å bidra til, spesielt for venstreorienterte utredere og ditto politikere. Også for slik orienterte fagpersoner og politikere har klinikken, hvis prioriteringen gjøres eksplisitt, en tendens til å vinne over preklinikken.

En utredning som i prinsippet var rasjonalistisk planpreget og målstyringsorientert, ender slik med å gi etter for den legpolitiske inkrementalisme og «the science of muddling through», dog slik at fagforvalterne deltar som «muddlers» – pådrivere – på planens vegne.

Under arbeidet med utredningen ble et utkast til den drøftet i det såkalte «Forum for ledere i den statlige helseforvaltning».[1139] Det skjedde den 28. februar 1991. Utredningen møtte her en del motbør. Mork mente utredningen «ga grunnlag for sterk diskusjon». Ikke minst syntes han det var ille at dens forfattere, uten dokumentasjon, ville nedprioritere klinikken. SIFF-direktør Bodolf Hareide sa at mange av hans medarbeidere var «provosert»; klassisk teknisk-hygienisk arbeid ble jo i utredningen viet liten omtale. Fylkeslegenes representant i forumet, Øyvind Rolstad, sa det var «skuffende å lese det svakt utviklede ideologiske grunnlaget for denne vektingen» (av forebyggelse fremfor kurativt arbeid).[1140] Folkehelsemannen Mork var fortsatt litt medikrat, og Hareide og de andre folkehelselederne hadde sine interesser å pleie. Mork var kanskje også påvirket av striden med departementsråd Norbom om helseforvaltningens omorganisering. Bak Aasland og FE sto jo Norbom.

FE-utredningen ble fulgt opp med en stortingsmelding, St.meld. nr. 37 (1992–93), kalt ***Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid***. Det var her tatt hensyn til den nettopp nevnte kritikken. Meldingen er på det konkrete plan mer tilpasset både den fagpolitiske og almenpolitiske stemning enn utredningen var, samtidig som mye av filosofien i utredningen er beholdt. Kompromissene har imidlertid gjort den mindre elegant. I et kort kapittel om «Etiske problemstillinger» siteres Sosialkomiteens typisk «politiske» uttalelse (til den nasjonale helseplan) «Forebyggende arbeid må etter *komiteens* mening ikke skje på bekostning av medisinsk behandling» (s. 38). Departementet nevner også at den britiske helseminister i en hvitbok om folkehelsepolitikk (*The Health of the Nation*, 1992) gir uttrykk for at selv om det er riktig å fordoble innsatsen for å redusere sykdom og prematur død, må det ikke skje «på bekostning av a ta vare på syke mennesker». Departementet «forstår», skriver det så, «disse utsagnene dithen at det er viktig å drive et tverrsektorielt forebyggende og helsefremmende arbeid uten å sette dette opp mot innsatsen i den kurative helsetjenesten». Det sies imidlertid intet om hvor ellers ressursene til en øket forebyggende innsats skal taes fra. Dette er en vanlig legpolitisk holdning – å la prioriteringens reelle innhold forbli mer eller mindre skjult.

Det er interessant at da meldingen ble behandlet på Stortinget gav flere uttrykk for skepsis til helt å erstatte sunt skjønn med faglighet. Også helseminister Werner Christie gjorde det. Han gjorde det gjennom et sitat fra den svenske forfatterlegen P.C. Jersild (f. 1935): «Ingen, hverken fattig eller rik, er tjent med et helsebegrep som legitimerer et helsevesen som sveller ut og legger under seg alle livets aktiviteter – og krever å få gjøre oss lykkelige i all evighet – amen».[1141]

Christie ble mer en klinikk- enn preklinikkminister. Det fremgår også av hans generelle helsepolitiske stortingsmelding, Samarbeid og styring (St.meld. nr. 50 (1993–94)).

[1139] Forumet, også kalt konsernlederforumet, var blitt opprettet i 1990 av departementsråd Norbom (første møte 18.2.90) i et – ikke helt vellykket – forsøk på å få en splittet statlig helseforvaltning til å gå mer i takt.

[1140] Referat fra møtet i forum for ledere i den statlige helseforvaltning 28.2.91, datert 3.4.91. Møtereferatet finnes i dokumentasjonsenheten, Helse- og omsorgsdepartementet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 4.

[1141] Stortingsforhandlingene, 1994, s. 3535.

Gerhardsens helseplan hadde en omfattende og offensiv omtale av folkehelsepolitikken. I Christies melding spiller folkehelsepolitikken en beskjeden rolle. Forebyggelse og miljørettet helsevern omtales, om enn positivt, bare på en halv side og helsestasjons- og skolehelsetjenesten på én side. Ellers er der avsnitt som også har et visst forebyggelsesinnhold, bl.a. hva gjelder bedriftshelsevesenet og det forebyggende psykiatriske helsevern. Det er også interessant at selv om departementet, fra 1994 som Sosial- og helsedepartement, fikk en egen forebyggelsesavdeling ble den politiske interesse for forebyggelse mindre. Avdelingen, som omfattet FE, men også SME, ble, som vi har sett, mer skapt av departementsråd Nordbø enn av statsråden. Avdelingens første ekspedisjonssjef, Andreas Disen, uttalte da vi i 2009 intervjuet ham:[1142]

> *Han [Christie] hadde tidligere vært en del opptatt av forebygging, mens han var mer en fagmann, men han ga jo ikke noe kraft i det arbeidet i det hele tatt. … Jeg husker jeg var litt frustrert over at han, som de fleste ministre, ble oppslukt av sykehus. Jeg føler nok at det ble litt sånn bakevje. Han ville så gjerne når vi prata, men det ble ikke noen vilje til politisk kraft på forebyggingsfeltet.*

Også Christies etterfølger, Gudmund Hernes, kom til å bli mer en klinikk- enn preklinikkminister. Disen forteller:

> *Gudmund tilrådte akkurat før jul og så skulle loven trå i kraft fra nyttår, og da er det jo naturlig at statsråden fronter de sakene som er kontroversielle. Men Gudmund, han skulle ha sine 100 dager han, og ville tydeligvis ikke assosieres med denne upopulære saken, innskjerpingen av røykeloven. –Han kunne ikke saken (sa han), så den måtte embedsverket kjøre.*
>
> *Så var det jeg som ekspedisjonssjef, det hadde aldri skjedd i dag altså, som sjef for Forebyggingsavdelingen, som måtte fronte saken i fjernsyn og radio og det som var av media og kommentere og forsvare denne saken. For han og hans statssekretær, de ville ikke ha noe med dette å gjøre. De kunne ikke saken, så dette måtte embedsverket kjøre. Det var jo en merkelig greie. Det var for så vidt ganske morsomt, da, men..*

Folkehelsepolitikk og folkehelsetilsyn

Gjennom mye av perioden stod folkehelsehensyn forholdsvis sterkt i departementets politiske ledelse, til dels også i helseavdelingen (FE og SME) og, enda mer, i direktoratet. Helsefaglig hadde folkehelsehensyn vind i seglene, gjennom WHO-initiativene og en bred engelsk-amerikansk-canadisk faglig opprustning. Helsetjenesteforskningen, som fikk en synlig plass i Norge, var en viktig del av denne opprustningen. Forebyggelsesinstitusjonene, som SIFF og SHUS, ble mer offensive og ved vår periodes utløp mer selvstendige, og registrene fikk mer oppmerksomhet. Folkehelselovgivningen ble også styrket og modernisert. Den mistet allikevel sin egen lov. Sunhedsloven forsvant i løpet av perioden og mye av forebyggelsesreguleringen ble tatt inn i den generelle lovgivning, i første rekke kommunehelsetjenesteloven. Samtidig ble imidlertid helsehensynene styrket i annen lovgivning. Det gjaldt også næringsmiddelovgivningen, en halvt helserettet og halvt

[1142] Intervju med Andreas Disen 26.8. 2009. Også sitatet nedenfor er fra dette intervjuet.

næringsrettet lovgivning. Denne skal vi for øvrig, etter at vi har sett på smittevernlovgivningen, se mer spesielt på.

Det meste av lovgivningen var imidlertid nokså fullmakts- og rammepreget. Der kom en rekke forskrifter og retningslinjer, men også disse var forholdsvis rammepregede og gav rom for en del både faglig og politisk skjønnsutøvelse. At folkehelsehensyn også i denne, relativt offensive, perioden kom nokså mye i skyggen av klinikkhensyn, øket beslutningstagernes rom for å utøve skjønn. Det gjorde det vanskelig for dem som skulle utøve tilsyn, i første rekke fylkeslegene, men i noen grad også direktoratet, å gjøre det på en streng måte, ja, for overhode å gi folkehelsetilsyn høy prioritet. Tilsynsutøverne kunne derfor i liten grad også spille den rolle Flere gode levekår for alle-utrederne gjerne så at de skulle spille. Det er neppe tilfeldig at de NOUer, stortingsmeldinger og odelstingsproposisjoner knyttet til folkehelsepolitikken som vi har sett på, er så kortfattede når det gjelder tilsyn, ja, blir etter hvert stadig mer tause. NOU 1991: 10, som vil ha fagfolk til å bli «pådrivere», nevner ikke at fylkeslegene som tilsynsutøvere kunne bli viktige pådrivere for folkehelsehensyn.

Smittevernlovgivningen

Sundhedsloven var den første generelle norske lov mot mikrobielle sykdommer. Landet fikk en sykdomsrettet lov i 1857, en lepralov; den ble endret i 1877 – som en funksjon av G.H. Armauer Hansens (1841–1912) oppdagelse i 1873 av leprabasillen, og altså at sykdommen (også) var smittsom. I 1900 kom der så en egen tuberkuloselov; også den en lov preget av det nye bakteriologiske syn på mange sykdommer (basillen påvist av Robert Koch (1843–1910) i 1882). I 1947 kom den siste sykdomsspesifikke lov, lov om åtgjerder mot kjønnsykdommer. Ved den endelige opphevelse av sundhedsloven skulle også disse sykdomsspesifikke lovene oppheves. Det samme gjaldt for øvrig en del andre, mer teknisk-metodisk pregede lover, blant annet om vaksinasjon (tuberkulose, 1947, generelt, 1954). Forslaget til ny smittevernlov ble lagt frem 14. mai 1993, som Ot.prp. nr. 91 (1992–93). Lovforslaget ble ikke behandlet i denne sesjonen og ble lagt frem igjen uendret året etter, som Ot.prp. nr. 28 (1993–94). Den ble sanksjonert den 8. mai 1994 og trådte i kraft fra 1995.

Den gamle loven var i stor grad preget av den gamle forståelsen av mikrobielle sykdommer, nemlig at medisinen ikke kjente til mikrober (som sykdomsagens) – selv om ideen om slike hadde røtter langt tilbake i tid. Gamle oppfatninger om omgivelsenes, inkludert værlagets, og arvelige forholds, betydning spilte en stor rolle, men en del yngre leger, *kontagionistene*, talte stadig høyere om smitte. I kjølvannet av oppdagelsen av stadig flere mikrober – altså av den bakteriologiske revolusjon – ble sundhedsloven og dens forskrifter tilpasset den nye kunnskap.

Bakteriologien vokste frem på nokså lineært-reduksjonistiske premisser. Den innebar at sykdom ble sett på som enhet, forårsaket av et konkret ytre, angripende agens, som en mikrobe. Snart ble denne forståelsesmåten styrket gjennom påvisningen av hvordan også ulike kjemiske substanser og bestemte, ioniserende stråler, kunne forårsake sykdommer av ulike slag. Den ble også befestet gjennom deler av ernæringsforskningen, som viste at mangel på tilførsel av bestemte matemner kunne føre til bestemte sykdommer. Den (marxistiske) britiske vitenskapshistorikeren J. D. Bernal (1901–1971), som likte denne reduksjonistiske måten å forstå på, sa at der slik er to, og bare to, typer sykdommer, forgiftningssykdommer og

mangelsykdommer: «The body, or any part of it, is said to be diseased if it lacks some chemical it needs or acquires some that interfere with its working». Han fortsatte: «Apart from mental afflictions, all diseases are in the last resort due to starvation or poisoning».[1143]

Denne måten å forstå på hadde suksess, og fortrengte snart det meste av det som var igjen av gammel og nokså upresis og dårlig dokumentert systemtenkning. Elementer av en mer dynamisk og mer presis systemtenkning dukket imidlertid opp, omtrent samtidig med de reduksjonistiske gjennombrudd. Et eksempel på det er den franske fysiologen Claude Bernards (1813–1878) begrep om *le milieu intérieur*, men i prinsippet også sider ved den nye evolusjonsteorien. Bernards tanker om det indre miljøs konstans – i praksis om homeostaseprinsippet, ble siden utviklet videre, blant annet av den amerikanske fysiologen Walter B. Cannon (1871–1945) i *The Wisdom of the Body* (1932).[1144] Bernards og Cannons tanker er spesielt interessante i vår sammenheng fordi de understreket betydningen av «det aktive» legemet. Som Hans Selye sa like før Den annen verdenskrig, sykdom er ikke bare ettergivelse overfor angrep utenfra, men også kamp mot dem.[1145] I 1950- og 1960-årene understreket den fransk-amerikanske mikrobiologen René Dubos (1901–1982) spesielt sterkt dette: Infeksjoner kommer ikke bare utenfra; de kommer også innenfra, ved at ytre fysiologisk stress gjør at mikrober som allerede er i kroppen, og som for så vidt finnes i overflod i et menneskes omgivelser, blir mobilisert og skaper sykdom. Sykdom må altså, hevder Dubos og andre, mer systemisk orienterte bioteoretikere, forståes på en mye mer gjensidighetspreget måte. Sykdom er ikke, hevdet han, spesifikke enheter, som reduksjonistene (hadde) hevdet, men relasjonelle (systemiske) fenomener. Dubos skrev i 1965:

> *The sciences concerned with microbial diseases have developed almost exclusively from the study of acute or semi-acute infectious processes caused by virulent microorganisms acquired through exposure to an exogenous source of infection. In contrast, the microbial diseases most common in our communities today arise from the activities of microorganisms that are ubiquitous in the environment, persist in the body without causing any obvious harm under ordinary circumstances, and exert pathological effects only when the infected person is under conditions of physiological stress. In such a type of microbial disease, the event of infection is of less importance than the hidden manifestations of the smouldering infectious process and than the physiological disturbances that convert latent infection into overt symptoms and pathology. This is the reason why the orthodox methods based on the classical doctrines of epidemiology, immunology, and chemotherapy are not sufficient to deal with the problems of endogenous diseases. The need is to develop procedures for reestablishing the state of equilibrium between host and parasite.*[1146]

For de lineært-reduksjonistisk tenkende leger, og de ble snart helt dominerende, ble svarene på truslene fra de potensielt patologiske mikrobene da å utrydde mikrobene, bryte de patologiskapende årsakskjeder de kunne gi opphav til og endelig beskytte mennesker mot å bli «truffet» av mikrobene. Den første strategien var lite aktuell til å begynne med, men ble aktualisert etter Den annen verdenskrig – gjennom kjemisk «krigføring» mot mikrobene (DDT-sprøyting av mikrobenes eller vertenes oppholdssteder); bekjempelse av en viktig vert

[1143] J. D. Bernal, *Science in History, Volume 3 The Natural Sciences in Our time*, Harmondsworth, England: Pelican Books, 1969 (1965), s. 923 og 924.
[1144] Det var Cannon som lanserte betegnelsen "homeostase".
[1145] Kfr. vår tidligere omtale av Selye og hans lansering av begrepet om "the General Adapatation Syndrome".
[1146] René Dubos, *Man Adapting*, New Haven, CT: Yale University Press, 1965, s. 164-165.

som rotter, spilte dog en viss rolle (både for sunnhetsmyndighetene og folk flest). Den annen strategi ble den vanlige. Den ble rettet mot den menneskelige mikrobevert, det vil si, mot mennesker som var smittet og kanskje blitt syke. Fra gammelt av forsøkte man å stanse syke mennesker fra å komme inn i landet; de ble plassert i karantene. Den strategien var og er fortsatt aktuell, men spesielt viktig ble det å hindre at allerede syke mennesker fikk smitte ikkesyke. Ulike former for isolasjon ble da det naturlige svaret, et svar som i Norge ble særlig aktuelt for tuberkulosesyke mennesker (lov 1900), og en tid hadde vært det for mennesker med lepra (ny lov 1873). Legene fikk meldeplikt for tuberkulosesyke mennesker. Med fremveksten av nye, virusbaserte sykdommer, nå (fra 1983) i første rekke HIV/AIDS, ble det å finne (gjennom mer eller mindre omfattende prøvetagning) smittede (og smittsomme) personer og dernest følge opp påvist smittede med ulike tiltak, også tvangsbaserte, aktuelle strategier. I denne forbindelse ble også testing av blod som skulle brukes til blodoverføringer viktig.

Da smitteverndelen av sundhedsloven skulle endres, ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å lage et forslag til ny lov. Til å lede arbeidet ble satt nylig avgått avdelingsdirektør for avdeling for miljørettet helsevern (1984–1987), den erfarne tidligere SIFF-direktøren (1957–1984), Christian Lerche. Han ble bistått av juristen Børge Krogsrud. Forslaget, med forarbeider, ble levert senhøstes 1989, og publisert som NOU 1990: 2, *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Forfatterne konstaterte innledningvis at deres forslag ikke representerte noe «drastisk brudd med hovedprinsippene bak de smitteverntiltak som er regulert i dagens lovgivning om smittsomme sykdommer» (s. 9–10). Forslaget innebar selvsagt at reguleringen ble tilpasset den virkelighet som eksisterte da det ble lagt frem. Det innebar også at lovgivningen om smittsomme sykdommer ble samlet. Det viktigste nye hadde ikke med en ny forståelse av infeksjonssykdommenes logikk å gjøre, men med potensielle smittebæreres – i praksis særlig HIV-smittedes – rettssikkerhet å gjøre. Før NOUen ble utarbeidet ble det vurdert å lage en særlov for HIV/AIDS-sykdommen. Et forslag til odelstingsproposisjon ble utarbeidet, i departementet, i 1986, og sendt til uttalelse til interesserte grupper. Forslaget møtte mye motbør. Spesielt tydelig var motbøren fra Helsedirektoratet, og det betydde i praksis ikke minst Helsedirektøren, Landsforeningen mot AIDS og de såkalte risikogruppenes organisasjoner. Kritikerne mente en egen lov, med de bestemmelser om identifisering av og kontroll med HIV-smittede lovforslaget inneholdt, både ville være stigmatiserende for høyrisikogruppene (spesielt homofile menn) og dessuten mer egnet til å la risikoutsatte gjemme seg enn la seg teste. Departementet lot da ideen om å foreslå en egen HIV/AIDS-lov falle og valgte istedenfor å innarbeide bestemmelser av spesiell betydning for denne sykdommen i den kommende generelle smittevernloven.

Lerche og hans medarbeider omtaler i sin utredning også sykehusinfeksjoner og nevner i den forbindelse at en del av disse er endogent basert (s. 175). Forholdet eksogene/endogene faktorer drøftes imidlertid ikke på de premisser Dubos lanserte mer enn to tiår før, og utrederne lar, som sundhedsloven, i stor grad sykdommer som har et viktig endogent grunnlag (for Dubos har de jo ikke bare det) falle utenfor lovens virkeområde. «Definisjonsmessig», heter det i utredningen (s. 176) «vil sykehusinfeksjoner fremkalt av smittestoff som stammer fra pasienten selv og som normalt ikke overføres til andre, falle utenfor lovutkastet». Helt bastante er imidlertid ikke utrederne. Det er dog åpenbart at de er nokså preget av den tradisjonelle lineær-reduksjonistiske måten å forstå mikrobielle sykdommer på. Heller ikke siden (til 2018) er for øvrig loven endret i så henseende.

At oppdraget med å utarbeide et forslag til lov ble lagt til direktoratet, var et uttrykk for at departementet godtok det meste av direktoratets «samarbeids- og tillitsfilosofi», men kanskje

også at det var lite fristende for departementet å la også HIV-saken bidra til spenningene mellom det og direktoratet. Direktoratet og Helsedirektøren hadde fra et tidlig tidspunkt lagt mye arbeid og engasjement i arbeidet med å stanse HIV-epidemien. Blant annet var det opprettet en egen, meget aktiv, AIDS-enhet i direktoratet, bemannet av fagpersoner som aktivt delte Helsedirektørens tillitsbyggende linje. Som vi har sett deltok også Helsedirektøren med skarp polemisk brodd i den offentlige meningsutveksling med fagpersoner som inntok et mer kontrollorientert syn på HIV-utviklingen. Regjeringen (departementet) hadde også laget en egen handlingsplan for tiltak mot HIV-epidemien.[1147]

Forslaget fra de to utrederne i direktoratet ble lagt til grunn for lovproposisjonen departementet utarbeidet. Der skjedde imidlertid noen mindre endringer. I utredningen ble i stor grad Helsedirektoratet gitt ansvar for å utstede forskrifter; i proposisjonen ble den myndigheten som regel lagt til departementet, ev. Kongen. I kap. 2 om «Informasjon til smittede personer og om unntak fra taushetsplikten, meldinger og varsler» ble teksten utdypet i proposisjonen. I kap. 3 om «Undersøkelser og vaksiner» ble § 3-4 om legens plikt til å foreta undersøkelse og drive smitteoppsporing, ble teksten utvidet og gjort «strengere». Også kapitlene om «Andre smitteverntiltak» (4) og «Plikter for smittede personer – tvangstiltak» (5) ble skrevet noe om og gjort «strengere». Kap. 6, «Administrative organer og deres myndighet», ble på et par punkter gjort litt mindre medikratisk. I NOUen hadde § 6-1 overskriften «Smittvernlegens oppgaver». I proposisjonen fikk § 7-1 (litt endret kapittelinndeling) overskriften «Kommunens oppgaver». I § 7-2 kom så «Kommunelegens oppgaver». Stortingsbehandlingen førte ikke til annet enn mindre endringer (i proposisjonsutkastet). Et mindretall, bestående av Senterpartiets og Sosialistisk venstrepartis sosialkomitemedlemmer, samt Arbeiderpartiets *Anders Hornslien* (f. 1970) foreslo at § 1-2-andre ledd skulle ha denne ordlyd: «Lovens bestemmelser om unntak fra taushetsplikt, tvungen smitteoppsporing og tvangstiltak gjelder ikke sykdommer som bare smitter ved seksuell kontakt og/eller blodsmitte, herunder HIV/AIDS». Forslaget ble nedstemt i tingene.

I § 7-10, om «Statens helsetilsyns oppgaver», ble Helsetilsynet (som direktoratet altså skulle hete fra 1994) gitt ansvaret for «det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven». Det het videre, og her gir (igjen) lovgiveren Helsetilsynet en tilsynsmyndighet som antagelig går litt utover det rent juridiske (og tilsynsmoderne): «Når det er nødvendig for en forsvarlig og effektiv gjennomføring av lovens tiltak, eller når den virksomheten helsetjenesten etter loven er ansvarlig for er utilstrekkelig, uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer». Det het videre i paragrafen at Helsetilsynet, når lovens hensyn tilsa det, kunne pålegge helsepersonell «å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer». Fylkeslegenes rolle som tilsynsutøvere nevnes ikke i loven, men etter Helsetilsynsloven hadde fylkeslegene ansvar for å føre tilsyn med alle helsetjenesteinstitusjoner.

Den nye smittevernloven ble altså til i kjølvannet av (den første) HIV-epidemien. Den ble dermed til samtidig med at personvernhensyn ble viktigere. Disse hensyn fikk en ekstra følsom side nå, siden epidemien i så stor grad ble forbundet med homofili og med en raskt voksende interesse for ikkeheterofiles sosiale rettigheter og status. Departementet hadde, som vi har sett, først vurdert å lage en egen HIV-lov, men ble altså stanset, ikke minst av

[1147] Kfr. St.prp. nr. 1, Tillegg nr. 3 (1986-87).

Helsedirektøren. Smittevernloven som så kom, en del forsinket, ble diskutert først og fremst i lys av HIV-epidemien. De kritiske bestemmelser gjaldt helsevesenets politiaktige oppgaver og aktuelle og potensielle smittebæreres rettigheter og, særlig, plikter. I det siste henseende var altså loven først og fremst individrettet; i det første tilfelle kan man si den indirekte var individrettet. Det arbeid helsemyndighetene, og først og fremst Helsedirektoratet drev – og drev langs flere linjer, var opplysningsbasert. Som sådant hadde det et kombinert sosialt og individuelt preg. HIV-epidemien bidro til å styrke det lineært-reduksjonistiske syn på mikrobielle sykdommer, og indirekte til å svekke det systemisk-interaktive perspektiv.

Tilsynet med smittevernet ble, som vi har sett, ikke gitt stor omtale i loven og dens forarbeider. For så vidt er loven uttrykk for at (den nye) tilsynsbevisstheten, 1992-begivenhetene til tross, ikke ennå var sterk. Loven gav imidlertid flere juridiske premisser for å drive tilsyn, og i praksis et tilsyn som i all hovedsak var rettet mot offentlig eide og offentlig kontraherte helsevesensvirksomheter. Den gjaldt imidlertid også andre virksomheter enn helsevesenets egne, fra tollmyndigheter over samferdselsvirksomheter til skoler. Også Smittevernloven var altså i noen grad uttrykk for helsemyndighetenes rolle som premisseksporterende instans. Den hadde imidlertid også en mer gammeldags side, for så vidt som den, i likhet med psykiatrilovgivningen, gav helsevesenets organisasjoner myndighet til å drive tilsyn med privatpersoner. Det betydde, i neste omgang, at tilsynsmyndighetene hadde plikt til å drive tilsyn med dette tilsynet. Her kom imidlertid ingen egen tilsynskommisjon, som samfunnet hadde i psykiatrien.

Næringsmiddelovgivningen

Da der kom ny legemiddellov (1933) ble også næringsmiddelloven(e) og noen andre lover (tobakk og alkohol) endret, dog særlig på forskriftsnivå. Vi skal nå se på de første lovene. Tobakksskadeloven har vi nevnt ovenfor; alkohollovene skal vi ikke gå inn på.

Næringsmidler og næringsmiddelforsyningskjeden: ulike formål og interesser. Den første lovgivning om kontroll med kjeden

Næringsmidler er varer, som medisiner og helseartikler. Gradvis er de også blitt mer og mer typiske varer, altså standardiserte og nesten «kunstige». Før var dette varepreget mindre. Maten var lokalt fanget, innhøstet og laget og den ble til dels solgt direkte fra bonde eller fisker til forbruker. For mange var maten også egeninnhentet og egentilberedt. Den var en del av de gamle, mer stedlig integrerte (lokal)samfunn. Med fremveksten av en mer teoribasert, spesialisert og etter hvert industrialisert matfremstilling, ble maten en del av den almene samfunnsabstrahering, og utvikling fra *Gemeinschaft* til *Gesellschaft*. Etter det store «hamskifte» som kom fra 1970-årene av, skaffer selv bønder og fiskere seg nokså lite av den mat de trenger selv, direkte. De har, som *Alvin Toffler* sier, i stor grad sluttet å være «prosumenter», altså produsenter av den mat de selv spiser.[1148] Som stadig mer effektive bønder og fiskere selger de omtrent alt de «produserer», og bruker litt av den inntekten de får til å kjøpe den mat de trenger. De blir imidlertid stadig færre. Bøndene, gartnerne og fiskerne,

[1148] Alvin Toffler, *The Third Wave*, New York: Bantam Books, 1980, s. 11 og 37-45.

blir til semiindustriarbeidere, sammen med andre som gikk rett inn i den stadig mer industrialiserte matproduksjon. Det går i noen grad med dem som det i sin tid gjorde med håndverkerne da de i stor grad ble industriarbeidere. Apotekerne var, som vi har nevnt, tidligere også både produsenter og selgere. Med industrialiseringen av mye av legemiddelproduksjonen ble de mest selgere, dog fagkyndige og til dels rådgivende sådanne. Den fysiske produksjonsrollen ble overtatt av en ny gruppe arbeidere. Bøndenes liv, som alles liv, ble mer mer splittet opp i ulike produksjons- og konsumpsjonsroller, og andre «mellomroller» (for eksempel knyttet til transport).

For produsentene av mat som varer, var ikke produksjonen knyttet til bestemte *autoteliske* verdier. Den er det heller ikke nå. For disse produsentene, selgerne etc., altså alle langs matforsyningskjeden, er virksomheten nokså instrumentell. De gjør det de gjør i stor grad ut fra egennyttehensyn. Om noe, har industrialiseringen av produksjonen og til dels resten av kjeden forsterket disse hensyn, nemlig ettersom aktørene er blitt mindre «gammeldags» private og har mistet mer og mer av den lokale (verdi)forankringen. Forlengelsen av forsyningskjeden har også skapt flere (typer) aktører, og en større grad av (egen)interessemangfold: Småbønder og «småfiskere», storbønder og «storfiskere», industriprodusenter av ulike slag og størrelser, forhandlere og forhandlingskjeder, serveringssteder av ulike slag og størrelser – alle er de interesseorientert og alle står de i en interessekonkurranse med hverandre. For så vidt som de markeder de opererer i, ikke minst i et land som Norge, er svært regulert og til dels preget av konkurranseskjerming (særlig overfor utenlandske aktører) og subsidier, gir denne interessekonkurranse og interessedragkamp seg utslag i livlig politisk-korporativ aktivitet. Dette har resultert i et omfattende sett av lover, forskrifter og avtaler som har hatt et næringspolitisk og næringsøkonomisk grunnlag.

Men mat er, som medisiner, helserettede *varer*, og det preger også næringsmiddelpolitikken, som lov om næringsmiddelkontroll av 1933 er et uttrykk for. Men mat er medisiner på en annen måte enn medisiner er det. Mens medisiner i hovedsak brukes for å gjenopprette (truende) helsetap – den er et svar på inntrådt eller truende sykdom – brukes mat, som «medisiner», i hovedsak for å sikre og fremme helse: Maten er, eller skal være, *salutogen*.[1149] Det er ikke alltid den er det. Den kan være «usunn» i seg selv, eller den kan være blitt usunn, for eksempel ved at den er blitt bedervet eller er blitt tilsatt usunne, endog giftige, stoffer (kjemikalier). Den kan også «misbrukes»: Matvanene, som medisin«vanene», kan bli usunne, endog svært usunne. Ettersom det ofte er vanskelig for kunder å skjønne hvilken mat som har god kvalitet, og enda mer hva virkelig sunn mat er, og ettersom noen også kan spise usunt, med eller uten eget vitende, vil matvaremarkedene, som medisinmarkedene, ikke fungere godt (nok) uten en eller annen form for «paternalistisk» kontroll, tilsyn og informasjon. Denne *salutogene* virksomheten kan ha leger og andre fagfolk som kilder, men trenger også et mer systematisk og overordnet, altså offentlig, grunnlag. Landet fikk derfor fra starten av en dobbel, ja, til dels multippel, regulering av matvaremarkedet; én som hadde menneskers helse som utgangspunkt og én som hadde næringsinteresser av ulike slag som utgangspunkt. Den siste ble svært spesialisert, altså knyttet til en rekke spesiallover. Gradvis, men særlig fra den tiden vi her omtaler, kom også et annet *autotelisk* utgangspunkt inn i bildet, nemlig dyrs helse. Veterinærene kunne bruke dette hensyn som utgangspunkt for egen profesjonsbyggende politikk, og gjorde etter hvert det, samtidig som de også knyttet seg til menneskehelse. Det

[1149] Vitaminer, som taes som piller, kan man si er en slags forebyggende medisiner; det samme kan man si såkalte kostilskudd er, eller skal være.

siste hadde de for så vidt gjort fra starten av. Men der var grenser for hvor langt de kunne gå i noen av disse retninger, siden deres viktigste klienter som regel var bønder og andre eiere av dyr.

Når det gjelder hva som spises og matvaner er myndighetenes rolle både knyttet til reguleringer, økonomiske tiltak (avgifter, subsidier) og informasjon og pedagogikk av ulike slag. Det er mest aktuelt å bruke reguleringer, det vil si restriksjoner, for tillatte varer som «taes inn», men som er medisinsk uheldige, som alkohol og tobakk. Økonomiske virkemidler brukes for å oppmuntre til mindre bruk av en vare, som (igjen) alkohol, tobakk, (svært) sukkerholdige varer og (kanskje) svært saltholdige og fete (mettet fett) varer. De kan også benyttes til øket forbruk av en vare, som subsidier eller avgiftslettelser til sunne varer, som frukt og grønnsaker. Informasjon og pedagogikk av mange slag brukes også for å påvirke folks kosthold og matvaner. Det kan skje ved at ernæringsmyndighetene sender ut kostholdsråd, starter kampanjer og aksjoner for sunt kosthold, eller får organisasjoner og undervisningsinstitusjoner til å gi råd om og opplæring i sunt kosthold. Organisasjoner og fagmiljøer kan også, mer eller mindre på egen hånd, drive en slags «privat» ernæringspolitikk. Et interessant eksempel er Ingrid Espelid Hovigs (1924–2018) *Fjernsynskjøkkenet*. Programmet gikk fra 1964 til 1996, i mange år med ernæringsprofessor Kaare R. Norum som medarbeider. Den «private» ernæringsformidlingen var og er i noen grad preget av faglig og annen uenighet.

Næringsmiddelkontrollen, som helsemotivert kontroll, var fra 1860 forvaltet med utgangspunkt i sundhedsloven. Den var lokalt preget, i tråd med det forhold at maten stort sett var lokalt laget. Ettersom matvarefremstillingen, særlig etter overgangen til det 20. århundre, gradvis ble industrialisert økte presset for å få en egen, mer nasjonal næringsmiddelkontroll. En lov om en slik kontroll kom først i 1933, men den loven som kom stadfestet i all hovedsak kontrollen som lokalt forankret. Det første utkast til lov var fremmet i 1917. Den lange saksbehandlingen skyldtes særlig Landbruksdepartementets opptatthet av landbrukets næringsinteresser. Disse hadde begynt å komme til uttrykk allerede i 1886, da en lov om kunstig smør (margarin) kom. I 1892 kom der en lov om «kommunale slagtehus, kjøtkontroll m.v.» Den siste loven kunne vært tatt inn som bestemmelser i sundhedsloven. Istedenfor ble forvaltningen av loven overført til Veterinærdirektoratet (og veterinærvesenet, opprettet 1890), et direktorat som siden ble lagt under Landbruksdepartementet. Disse to lovene ble utgangspunktet for utbyggingen av den næringsinteressebaserte næringsmiddelkontroll. De ble siden revidert flere ganger; den siste gang (i løpet av vår periode) i 1957. Etterhånden kom der også til lover knyttet til omsetningen av fisk.[1150] Denne næringslovgivningen ble imidlertid også internt spenningsfylt, forsåvidt som den ble knyttet til dyrehelse. I 1962 kom der en (ny) husdyrsykdomslov, i 1988 en lov om smittsomme sykdommer på bier og i 1990 en lov om fiskesykdommer.

Det var behov for å avveie de ulike hensyn mot hverandre og altså for å få både en integrert lov og en integrert lovadministrator. Det lyktes imidlertid ikke å få det til. Da Socialdepartementet arbeidet med utkastet til næringsmiddelloven spurte det Landbruksdepartementet om ikke bestemmelsene i landbrukskvalitetsloven av 1924 (og 1932) kunne inngå i den kommende næringsmiddelkontrolloven. Landbruksdepartementet svarte nei. Det pekte på at det ikke bare var behov for å beskytte mot «sundhetsskadelige»

[1150] Lover om fiskeriene kom fra ca. 1900, først med sild (lov om vragning af sild og lov om sildetønder). (Vraking betyr her kvalitetsbestemmelse og kvalitetssortering.) Så fulgte lover for andre fiskeslag etter. Lovene ble samlet i én lov i 1959.

næringsmidler, men også for å stille krav om «velbehandlet, god handelsvare».[1151] Å gjøre det siste egnet Landbruksdepartementet seg best til, mente Landbruksdepartementet. Men departementet var også bekymret for at strenge helsekrav ville true landbrukets konkurransesituasjon ettersom matvarefremstillingen ble stadig mer industrialisert og handelen mer internasjonalisert.[1152] Landbruksdepartementet fikk det altså som det ville. Men Socialdepartementet måtte allikevel tilpasse «sin» lov til de interesser landbruket hadde og i noen grad til dyrehelsehensyn. Det ble krevende. Ett av de andre hensynene, det handelsbaserte konkurransehensynet, fikk da også en plass i loven. Lovens formål, het det i proposisjonen, var også av «økonomisk og moralsk» art; den var rettet mot «uredelig og uærlig handel».[1153] Hvor spenningsfylt denne lovreguleringen var, fremgår blant annet av det forhold at Stortinget påla regjeringen å håndheve den, en utpreget fullmaktslov («blankettlov»), med varsomhet og å forelegge alle forskriftsutkast for Stortinget. Til å utarbeide forskriftsutkast nedsatte departementet et næringsmiddelovutvalg. Det fungerte til 1972.

Sprikende lovgivning og forsøk på integrasjon

Næringsmiddelloven kom altså først i 1933, over tyve år etter at de første initiativ til en slik lov var kommet, blant annet fra Medicinaldirektøren, og 18 år etter at det første lovutkast forelå. Lovkonsipistene la vekt på at denne loven, til forskjell fra sunhedsloven, og selvsagt straffeloven, også var *positivt* orientert. Den sa hvordan mat burde lages, omsettes etc., for å skape helse, ikke bare for å unngå sykdom og død. Disse påpekninger var imidlertid i praksis mer påbud enn råd; i «bakgrunnen» «lurte» sanksjonene. Slik er den rettslige styrings natur, avskrekkende. Etter krigen fikk for øvrig næringsmiddel*kontroll*politikken en mer ekte pedagogisk og positiv pendant: I 1946 ble Statens ernæringsråd opprettet.[1154]

[1151] Sitert etter NOU 1996: 10 *Effektiv matsikkerhet*, s. 32.

[1152] To utrykk for denne utviklingen var lov om varemerker og om utilbørlige varekjendetegn og forretningsnavn av 1910 og lov om opprinnelsesmerker av 1929. Den siste loven krevde at varer måtte merkes med om de var norske eller utenlandske, men også med angivelse av varenes «frembringelses- eller opprinnelsessted» (§ 1). I 1961 kom en oppdatert lov om varemerker og en om fellesmerker. I 1968 kom det en lov om merking av forbruksvarer, en lov som i 1972 ble erstattet av markedsføringsloven. I 1981 kom der en ny lov om merking av forbruksvarer. I 1954 ble Varefaktakomiteen opprettet; fra 1969 ble den statlig. Den skulle bidra til å bedre informasjonen om varers, også næringsmidlers, innhold og egenskaper. Komiteen ble nedlagt i 1982 og dens oppgaver overført til Forbrukerrådet. I 1976 ble det vedtatt en lov om kontroll med produkter og forbrukertjenester (produktkontrolloven). Dens formål var både å forebygge helseskader og miljøforstyrrelser.

[1153] Sitert etter *ibid*, s. 34, Kfr. ellers Ot.prp. nr. 51 (1932).

[1154] Ernæringsrådet hadde en forløper i Statens ernæringsråd, som ble opprettet i 1937, med Oslo-frokostens far, professor Carl Schiøtz (1877-1938), som formann. Da Schiøtz døde året etter, sluttet Ernæringsrådet å fungere. Det samme året tiltrådte Karl Evang som helsedirektør. Evang hadde allerede (1937), sammen med kollegaen fra Socialistiske Lægers Forening, Otto Galtung Hansen (1904-1981), gjennomført en kostholdsundersøkelse blant arbeidere og fattigunderstøttede, og viste en tid stor interesse for kostholdsarbeid. Han forsøkte, uten hell, å gjenopprette Ernæringsrådet i 1939, men fikk i stedet etablert en Statens Kostholdsnemnd. Nevnden laget en bok som var ferdig ved krigsutbruddet, kalt *Aktuelle kostholdsspørsmål*. Et sammendrag, kalt *Mor Norges Matbok*, ble gitt ut og sendt alle husstander i landet. Ernæringsrådet som altså ble opprettet i 1946, ble preget av fagfolk. Rådet hadde sin storhetstid fra 1970-årene og ut århundret, eller frem til innlemmelsen av sekretariatet for rådet i det nydannede Sosial- og helsedirektoratet (2002). I storhetstiden var det ikke minst preget av professor i ernæringsforskning, Kaare R. Norum. Han satt i rådet fra 1971 til 1998, seks år som nestleder og 10 år som leder. For rådet, som for ernæringsforskningsmiljøet generelt, kom inntagelsen av mettet fett til å spille en viktig rolle. Den påfallende økningen i forekomsten av hjertesykdom i de første par-tre tiår etter krigen var en viktig grunn til at det ble slik. Ernæringsrådet ble, gjennom begge Morks perioder, og for så vidt etterpå også, en innflytelsesrik påvirker både av folks kostholdspraksis og myndighetenes mat- og ernæringspolitikk. Når det

Overordnet ble den nye loven administrert av Socialdepartementet, praktisk av helserådene, siden (i kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven) av helse- og sosialstyrer eller andre kommunale organer. Det lokale forvaltningsorganet skulle, sa 1933-loven, om nødvendig, få iverksettende bistand fra politi og tollvesen.

Omsetningen av landbruksvarer ble, som vi har sett, regulert av flere, nokså spesialiserte lover, men også den helsepolitisk utfordrende landbrukskvalitetsloven av 1924, en lov som for øvrig ble revidert allerede i 1932. Men denne loven, eller disse lovene, var også en litt defensiv tilpasning til den nye tid for landbruket, overgangen til industrialisert produksjon og med den, internasjonal handel. Denne utviklingen krevde en tiltagende standardisering av innhold og vekt. Det skjedde gjennom lov til å fremja umsetnaden av jordbruksvarer av 1936. I henhold til denne, fikk landbrukets samvirkeorganisasjoner, som Gartnerhallen og Norsk kjøtt, rollen som markedsregulatorer, altså som en slags statsorganer. Dette var kanskje det sterkeste uttrykk for hvordan tilbydersiden fikk svært stor kontroll over matmarkedene. Det gjør det også forståelig hvorfor det var vanskelig for helsemyndighetene å nå så langt i næringsmiddelkontrollen som de ønsket.

Kontrollen med fisk og fiskeomsetningen kom (i nyere tid) fra århundreskiftet, og ble stadig gjort strengere og utvidet til nye fiskeslag. Det var særlig hensynet til eksporten, og altså næringsinteressene, som førte til denne lovreguleringen. En mer generell lov, lov om behandling, tilvirkning og transport av fisk og fiskeprodukter, kom i 1933. I 1937 kom lov om kvalitetskontroll med fisk og fiskeprodukter m.v., en parallellov til landbruksloven. En ny lov kom i 1955 og nok en lov (fiskekvalitetsloven) i 1959; ni gamle lover ble opphevet da den siste loven kom. Både egne statlige og kommunale organer stod fra gammelt av for fiskeritilsynet. Den handelsrettede kontrollen er gradvis samlet i Fiskeridirektoratet, etablert i 1900 som Fiskeristyrelsen (FD fra 1906). Da Statens næringsmiddelkontroll ble opprettet i 1988 fikk dette organet et begrenset kontrollansvar overfor fiskeriene og fiskeomsetningen.

Den sprikende lovgivningen skapte mange slags utfordringer, som ansvarsuklarhet oppover, tautrekning mellom forvaltnings- og kontrollorganer, lokalt ulik forvaltning og, ikke minst, betydelige problemer for næringsmiddelprodusenter. De siste måtte bruke ressurser på å finne ut hva som ble krevet av dem. Når lovgivningen ofte var både inkonsistent og nesten urealiserbar, forskriftene tallrike og ofte både dobbelthjemlede, sprikende og vanskelig tilgjengelige, var det vanskelig å finne ut hvordan de skulle oppføre seg. Produsentene var generelt misfornøyd med at ulike tilsyn opptrådte ulikt og at kvaliteten på tilsynene varierte. I 1978 ble det derfor vedtatt en egen lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Loven skulle samordne, nasjonalt som lokalt, forvaltningen av sundhedsloven (1860), loven om kvalitetskontroll med landbruksvarer (1932), loven om tilsyn med næringsmidler (1933), kjøttkontrolloven (1957), loven om kontroll med fisk og fiskevarer (1959) og loven om merking av forbruksvarer (1968). Men denne «metaloven» var jo mer et uttrykk for styringsuformuenhet enn for styringskraft. Statens næringsmiddelkontroll, som ble opprettet i 1988, tok initiativ til en lovmessig integrering, men fikk ikke støtte fra de berørte departementer. Presset for integrasjon økte imidlertid. Viktig i denne sammenheng er lovstrukturutvalget, som i sin annen delinnstilling i 1992 tok til orde for «at det vedtas en næringsmiddellov til erstatning for alle nåværende lover/bestemmelser som fastsetter krav til

gjaldt den folkelige påvirkning spilte, som vi har nevnt, Ingrid Espelid Hovigs Fjernsynskjøkkenet en betydelig rolle; Norum var lenge den sentrale gjesten hennes.

næringsmidler».[1155] Dette impliserte, uttalte utvalget, at bestemmelser om næringsmiddelkontroll måtte taes ut av «ordinær» helselovgivning. Den «dobbelthjemling» som bestemmelsen om miljørettet helsevern som ble tatt inn i kommunehelsetjenesteloven i 1988, førte til, burde altså fjernes, mente utvalget.

EØS-avtalen, som WHO-avtalene, økte presset for å integrere, og for å gjøre det på måter som forsterket matens omdannelse til stadig mer standardiserte og «overnasjonale» varer. Næringslovutvalget, utnevnt i 1990, foreslo – gjennom sitt underutvalg (1994) for næringsmiddellovgivning – i sin innstilling, levert i 1996 – en integrert næringsmiddellov, med Sosial- og helsedepartementet som forvaltningsmyndighet. Underutvalgets «lovskisse» ble kalt lov om matsikkerhet. Underutvalget foreslo også å samle de to gjenværende tilsyn, Statens næringsmiddeltilsyn (som hadde tatt opp i seg Statens tilsynsinstitusjoner for landbruket (1984, fra 1994: Statens landbrukstilsyn) og en rekke interkommunale næringsmiddeltilsyn) og Fiskeridirektoratets sjømatkontroll.

Underutvalgets forslag ble i viktige henseender fulgt opp, etter noen «runder» og år: I desember 2003 ble lov om matproduksjon og mattrygghet m.v. (matloven) vedtatt; den erstattet 12 gamle lover. Som samlet forvaltningsorgan kom Statens tilsyn for planter, fisk, dyr og næringsmidler – eller bare Mattilsynet – i januar 2004. Slik ble altså Statens næringsmiddeltilsyn, Fiskeridirektoratets kontrollverk og det (inter)kommunale næringstilsyn samlet i én, rent statlig, etat.

Næringsmiddeltilsynets utvikling: en oppsummering

Næringsmiddeltilsynet, som annen kontroll og tilsynsvirksomhet, vokste altså frem skritt for skritt, og slik at mye av virksomheten var lokalt forankret. Det representerte fra starten av normativt en kombinasjon av delvis konkurrerende næringsinteresser, lokalpolitiske interesser og mer almene konkurransemarkedshensyn (skape like og transparente konkurranseforhold) og helsehensyn. Praktisk representerte tilsynet en kombinasjon av legmannsbasert politikk og ulike former for generaliserende faglighet, som næringsmiddelfaglighet, handelsfaglighet, markedsfaglighet, helsefaglighet og generell tilsynsfaglighet. Næringsinteressene endret karakter over tid. De ble i økende grad knyttet til industriell produksjon og til voksende, til dels internasjonale, markeder. Disse interesser pekte altså mot sentralisering (statliggjøring) og tildels internasjonalisering av tilsynet, men siden mange produsenter og aktører lenger ute i forsyningskjeden forble små, ble også næringsinteressene mer sprikende. Noe av det samme skjedde med de lokalpolitiske interesser: De større byene ble opptatt av en viss grad av sentralisering, men mindre kommuner gav samtidig etter for fagkrav om en viss grad av sentralisering og gikk med på tverrlokale ordninger.

Markedshensynene, drevet frem av økonomer og økonomikkpåvirkede statlige tjenestepersoner, pekte tydelig i sentraliserende retning. «Økonomene» dyttet altså i økende grad på i samme retning som de store næringsmiddelbedrifter. I den perioden vi her spesielt omtaler, kunne de også gjøre det med ekstra tyngde: Konkurransemarkedstenkningen hadde fra overgangen til 1980-årene betydelig vind i seilene, i Norge som internasjonalt. EØS-tilknytningen mot slutten av vår periode, bidro til denne «vinden» for Norges vedkommende.

[1155] NOU 1992: 32, *Bedre struktur i lovverket*, s. 165. Næringsmiddelovgivningen omtales ellers samlet (kap. 9.26) på sidene 163 til 166.

Helsehensynene, representert av ulike medisinske fag, ernæringsfysiologien medregnet, bidro til det samme. Der skjedde også noe med en del av fagligheten, spesielt den helsefaglige; den ble, som vi har nevnt, mer preget av regler og presisjon, og mindre av praktisk erfaring og skjønnsutøvelse. Det forsterket fagfolkenes praktisk baserte trykk for å sentralisere og internasjonalisere. De som stod imot sentraliseringen var altså særlig mindre næringsdrivende og lokalsamfunn(spolitikere).

Denne sentraliserende utviklingen innebar, som vi forstår, en økende grad av fagliggjøring av tilsynet. Der var spenninger mellom de verdier de ulike fag var knyttet til og forsøkte å fremme, men de pekte alle mot sentralisering. Det gjelder helse- og dyrehelseverdiene. Det gjelder også de almene økonomiske verdier, gjerne konkretisert som nasjonalprodukt (pr. innbygger). Siden både produsent- og forbrukerinteressene i økende grad favoriserte sentralisering, var utfallet gitt. Det betydde imidlertid også at der skjedde en almen fagliggjøring av næringsmiddeltilsynet. Legmannspolitikerne, særlig de lokale, tapte posisjon. Men fagmiljøene var ikke uten videre interessert i en sentralisering som også innebar integrasjon. I dette henseende var der uenighet mellom helsefagmiljøene og næringene på den ene siden og de almene styringsfag, den politiske økonomikk og den nytteorienterte styringsjus, på den annen. Disse siste ville også ha integrasjon og redusert «kontrollspenn» for de legmannspolitikere de ikke kom utenom, men hvis løpende maktutøvelse de gjerne ville begrense. Økonomenes ønsker var enten mer konkurransepregede markeder, eller mer målpreget planstyre. Juristene ville gjerne følge opp disse ønskene med de riktige reguleringer, og det forutsatte nå at den gamle, sprikende og ofte ikke alltid spesielt målrettede regulering, ble erstattet av ny jus, konkurransefremmende og planbefordrende. Det var dette lovstrukturutvalget forsøkte å få til. Næringsmiddelkontrollen ble slik, som vi har sett, en dobbeltkontroll. På den ene siden ble den en kontroll som skulle sikre at konkurrentene på tilbydersiden ble stilt mest mulig likt og at de konkurrerte på premisser som var rettferdige. På den annen side ble den en kontroll som skulle sikre at borgernes rettigheter som forbrukere, inkludert deres helseinteresser – også når de ikke selv hadde dem tydelig for øye, ble respektert og at det som skjedde i matkjeden ikke gikk (for mye) utover dyrenes velferd og (til dels) naturmiljøet.

Tilsynet hadde fra gammelt av vært av svært varierende kvalitet; mye av den var basert på erfaringsbasert skjønn. I den perioden vi her er opptatt av, begynte den moderne profesjonaliseringen av den for alvor. Det tiltagende interkommunale samarbeid om det lokale tilsyn er ett uttrykk for det; ved vår periodes utgang var der 82 lokale næringsmiddeltilsyn. Etableringen i 1988 av et nasjonalt næringsmiddeltilsyn er et annet uttrykk for det. Dette nasjonale tilsyn begynte som et tredepartementalt, kollegialt ledet tilsyn, men ble fra 1996 et ordinært, fagstyrt direktorat. Gradvis ble innholdet i tilsynet systematisert. Gjennom vår periode var det fortsatt preget av tradisjonene, med rutinepregede inspeksjoner og stikkprøver, og av variasjoner i praksis og grundighet. Gradvis skjedde der en systematisering av tilsynet og internkontrollen kom. Den første internkontrollforskriften kom i 1995. Men å drive internkontroll er i seg selv både ekspertise- og ressurskrevende. Å innføre internkontroll blir dermed også et bidrag til sentralisering, sentralisering av bedriftene og av laboratoriene som analyserte prøver. Men mer begynte nå også å skje: internkontrollen krevde både at laboratoriene ble størrre og mer uavhengig av tilsynene, spesielt de lokale. Den krevde for så vidt også at tilsynsorganene ble mer adskilt fra «sektordepartementene» – siden de siste i betydelig grad var knyttet til sektorenes interesser og verdier. Det var, som vi har sett, dette siste som (delvis) skjedde da Næringsmiddeltilsynet ble et «selvstendig» direktorat i 1996. Men internkontrollen, og fristillingen og sentraliseringen av laboratoriene, åpnet også for at mye av tilsynet og kontrollen kunne fristilles fra det næringsmiddeltilsyn som skulle bli til

mattilsyn (i 2004). Det kunne slik i prinsippet delvis privatiseres: Laboratoriene kunne fristilles helt, altså privatiseres og bli sertifiserings- og akkrediteringsorganisasjoner. De som ikke ble privatisert måtte fungere som om de var private, for å sikre like konkurransebetingelser. Matvarefremstillingens og matvarehandelens internasjonalisering forsterket et press i en slik retning.

Næringsmiddeltilsynet tilpasses i denne perioden altså stadig tydeligere en mer og mer internasjonalisert konkurranse mellom hovedsakelig private, og stadig større, bedrifter langs hele matvarekjeden. Det sentraliseres og fagliggjøres, altså avpolitiseres, i stigende grad. Men for så vidt som tilsynet fortsetter å være preget av verdi- og interessedragkamp, vil en slags legmannspolitikk følge med på lasset. I denne vil imidlertid aktørene i praksis ofte mer være fagfolk enn politikere. Politikerne vil bli gjenstand for påvirkning fra fagmiljøene, og ofte mer argumentere på (noen) fagfolks premisser enn på tradisjonelle legpersonspremisser. Skulle de gjøre det siste vil fagfolk forsøke å illegitimere det ved å kalle det populisme.

Ser vi fremover, kan vi for øvrig konstatere at det mattilsyn som kom i 2004 skal betjene alle de tre mest aktuelle departementer, men administrativt sortere under Landbruks- og matdepartementet, som forløperen Statens næringsmiddeltilsyn gjorde. Det som skjedde i 1988 hadde satt spor.

Vi kan altså konstatere at næringsmiddeltilsynet i den perioden vi her omtaler for alvor begynner å bli tilpasset et mer «post-lokalt» og også «post-nasjonalt» samfunn. Tilsynet fagliggjøres, sentraliseres, internasjonaliseres og integreres og tilpasses et matvaremarked preget av stadig mer internasjonalisert konkurranse. Som en del av fagliggjøringen blir deler av det, nemlig laboratoriekontrollen, og den påfølgende akkreditering, privatisert. Det gjenværende offentlige tilsyn blir samtidig mer hierarkisk inngripende. Markedskonkurranse og konkurransefremmende hierarkisk regulering og kontroll passer nemlig godt sammen. Det var denne kombinasjonen som skapte den nye styringsrevolusjonen i 1980- og 1990-årene, den som startet i Storbritannia og USA og raskt spredte seg til land som New Zealand (med arbeiderpartiregjering), det østligste Øst-Asia og så kommunist-China og til dels India og i variende grad til flere europeiske land og land i Syd-Amerika, som Chile og til dels Bolivia og Argentina. Som vi har sett ble i noen grad også helsetilsynet tilpasset dette nye regime, men siden helsevesenet som klinikk forble relativt lokalt og iallfall nasjonalt forankret – det er en del av den genuint *nasjonale* velferdsstaten – ble og blir virkningene av det nye regime mindre for helsevesenet og helsetilsynet enn for næringsmiddelsektoren og næringsmiddeltilsynet. Den siste øver imidlertid innflytelse på den første, langt mer enn motsatt.

13. Politikken og dens forvaltning: Tilsynspraksis, en oversikt

Innledning

Tilsynspraksis er av flere slag. Den er forebyggende og proaktiv. Da er den uttrykk for forhåndstilsyn eller forhåndskontroll. Den er regulært inspiserende, eller «aktiv», som gjennom inspeksjon av hvordan helsetjenester ytes. Da er den underveiskontrollerende og prosessorientert. Endelig er den reaktiv, eller etterkontrollerende. Vi kan si at den da også er resultatkontrollerende. Klagebehandlingen skal vi se på som en del av etterkontrollen, men altså av en etterkontroll hvor pasienter som regel er de første «kontrollører». Vi skal legge til at prosess og etterkontrollen også har en viktig forebyggende rolle; den skal «skremme» tjenesteyterne både som personer og institusjoner til å opptre på en god måte. Slik sett er slik kontroll også en del av det proaktive tilsynet.

Under det gamle, medikratiske regime, lå vekten på forhåndskontrollen og forhåndstilsynet, men inneholdt også prosesskontroll. Den viktigste forhåndskontrollen var knyttet til sertifiseringen av personellet. Den skjedde reelt i regi av fakultetet (fakultetene) og de aktuelle skoler, gjennom utdannelse og eksamener, men formelt gjennom en påfølgende offentlig godkjennelse. Siden fagutøverne, spesielt legene og tannlegene, representerte en kunnskap som ofte krevde skjønnsutøvelse gav prosesskontroll mindre mening og resultatkontroll enda mindre mening. Den prosess- og til dels resultatkontroll som foregikk, var da å betrakte som en slags videreutdannelse. Den bestod i rådgivning og veiledning. Også en del av etterkontrollen kunne være nokså personlig-pedagogisk. Klagevurderingen var dog mer formelt juridisk og upersonlig. Under det nye regime blir tilsynet og kontrollen, som vi gjentatt ganger har påpekt, mer og mer formalisert og upersonlig. Pedagogikken kommer i bakgrunnen, men endres også til å bli rettslig rådgivende. Denne utviklingen, spesielt når det gjelder prosess- og resultatkontrollen, lettes av at medisinen blir mer presis og dermed regelbasert. Vi skal her ellers spesielt nevne at den nye egenkontrollen representerer en kontrolltenkning som kommer utenfra, og som har potensial for å gjøre både forhånds- og prosesskontrollen meget inngripende, spesielt når den etter hvert kombineres med den mer presise medisins regelutvikling.

Storparten av det praktiske tilsynsarbeidet skjer i regi av fylkeslegene. Vi skal imidlertid ikke gå nærmere inn på hva de ulike fylkeslegekontorer har gjort. Vi skal begrense oss til å gi et litt mer generelt bilde av tilsynspraksisen.

Tilsynspraksis ved begynnelsen av perioden og frem til 1988–89

Vi har sett at helsetilsynsloven av 1984 gjør fylkeslegene til de sentrale tilsynsutførende institusjoner. Men utover dette sier altså ikke loven noe (nytt) om fylkeslegenes rolle; fylkeslegenes rolle var fortsatt definert gjennom lægeforretningsloven av 1912 og forskrift utarbeidet i henhold til den. Det var tatt initiativ til å ajourføre lægeforretningsloven i 1951, men den innstillingen som ble fremlagt i 1956, ble lagt til side, til dels som nok et uttrykk for

Evangs uformuenhet.[1156] Heller ikke den øvrige reorganisatoriske lovgivning som kom rundt direktoratdelingen, det vil i første trekke si kommunehelsetjenesloven (1982), omtaler fylkeslegene. Fylkeslegene var for så vidt ikke (helt) glemt. Høsten 1979 ble et utvalg ledet av fylkeslege i Møre og Romsdal, Arne Viktor Larssen, oppnevnt av Sosialdepartementet – og det var da i praksis Helsedirektoratet, for å fremme forslag til endringer i fylkeslegekontorenes organisasjonsoppbygning og administrasjonsordning. Utvalget skulle også utarbeide forslag til ny intruks for fylkeslegene. Utvalget skulle levere sin innstilling innen juni 1980, men mandatet ble etter hvert utvidet og innstillingen, på vel 400 sider, kom først i august 1982, på et tidpspunkt da først kommunehelsetjenestelovens iverksettelse og så forberedelsene til delingen av direktoratet tok det meste av oppmerksomheten. Innstillingen var slik noe foreldet allerede da den forelå.

En arbeidsgruppe ble i januar 1987, av departementet, oppnevnt for å vurdere hvilke tilpasninger den nye lovgivning og de omorganiseringer den hadde resultert i, som burde foretaes i fylkeslegeetaten. Arbeidsgruppen fikk spesiallege i departementet, Hans Ånstad som leder. Som vi skal se, fikk heller ikke den rapporten umiddelbare virkninger. Endringene som hadde skjedd i 1983, og oppfølgingen av dem, tok fortsatt det meste av oppmerksomheten. Men med de regimeendringer som kom i begynnelsen av 1980-årene ble i noen grad fylkeslegeetaten plassert mer på sidelinjen. Den mistet jo rollen som en del av den medikratiske linje fra direktorat til distriktsleger, uten at dens nye rolle ble avklaret. Et uttrykk for det er den uklarhet om hvem etaten sorterer under, departementet eller direktoratet, som gradvis kom til syne og som kom til å spille en rolle i Norbom-prosessene. Siden skulle fylkeslegene gradvis, om ikke i alle henseender, bli lagt under fylkesmennene og der ende som avdelingsdirektører.

Om Larssen- og Ånstad-rapportene ikke er avklarende sier de, indirekte, en del. Vi skal bruke dem og et dokument som fulgte i kjølvannet av dem, nemlig utvalgsutredningen om fylkeslegenes tilsynsvirksomhet, og som sier noe om utviklingen av fylkeslegenes tilsynspraksis. I tillegg skal vi kort se på noen av direktoratets utspill og tiltak mot slutten av vår periode for å se på hvordan det fulgte opp ansvaret for sitt «overordnede faglige tilsyn»; noe av denne oppfølging har vi dog allerede vært inne på (Hellandsvik-utredningen om tilsyn etter Norbom og egenkontrollforskriften). Vi skal så se på noen sider ved klagesaksbehandlingen. Før vi avslutter omtalen av tilsynspraksisen skal vi si litt om en spesiell sak som både har med tilsynet med behandlere og institusjoner og med klager og erstatningssøksmål å gjøre, nemlig den såkalte Diprivan-saken. Den ble en sak som kom til å markere både «den nye tid» og utfordringene med å bestemme hva den representerte. Saken kom opp først i 1991, men kom til å engasjere Helsetilsynet og de mange involverte ut 1990-årene.

Larssen-utredningen om fylkeslegerollen

Arne Viktor Larssen og (i noen grad) hans medutredere utredet under «det gamle regime», altså på et tidspunkt da linjen fra Helsedirektøren og nedover ennå var intakt. Fylkeslegen var da en del av det som i stor grad var en styrings- og ledelseslinje, særlig overfor

[1156] Komiteen til revisjon av lov om utførelsen av de offentlige legeforretninger av 26. juli 1912, *Innstilling til lov om det offentlige legevesen med motiver*, levert juni 1956. Komiteen ble oppnevnt ved kgl. res. 2. mars 1951.

primærhelsevesenet. Samtidig var imidlertid fylkeslegen tilsynsfører. Av den ennå gjeldende instruks av 1914 (endret 1931) for «amtslægen» het det i § 1 at «Amtslægen fører det overordnede tilsyn med amtets medicinal- og sundhetsvæsen». Som vi har sett, betydde det at han hadde styring med vesenet og skulle holde oversikt over sunnhetstilstand og passe på visse pasientgrupper. Men det betydde også at fylkeslegen skulle føre tilsyn i betydningen kontroll med lovetterlevelsen. Det het således (§ 1-annet ledd) at «Han paaser…, at love og bestemmelser om medicinal- og sundhetsvæsenet overholdes, og har i tilfælde af forseelser og forsømmelser at træffe eller foranledige truffet de i ethvert tilfælde nødvendige foranstaltninger". Fylkeslegen var slik i noen grad inhabil som tilsynsutfører, spesielt overfor primærhelsevesenet og distriktslegene. Men, som vi har sett, habilitetsproblemene ble forsøkt redusert ved at det ofte ble understreket, også av Larssen-utvalget,[1157] at (det snevre) tilsynet i stor grad hadde, og burde ha, et pedagogisk preg. Slik kunne man kombinere ledelse og tilsyn; begge kunne gjøres «faderlige» (medikratiske). Vi har sett at denne pedagogiske linjen ble ført videre gjennom Helsetilsynsloven (1984), med den følge at habilitetsproblemene «unødig» ble beholdt.

Utvalget karakteriserer altså fylkeslegerollen ved overgangen fra gammel til ny tid. Under den gamle tid var rollen en generell, kollegial lederrolle. Den ble imidlertid på slutten av den gamle tid mer preget av at fylkeslegen ble en del av en aktiv, statlig forankret styring. Sykehusloven (1969), og de planleggingsfunksjoner den kom til å omfatte, forberedelsene til de store endringer i primærhelsevesenet, folketrygdloven (1967), voksende oppmerksomhet om miljørettet forebyggelse, pasientrettighetsspørsmål og tilsyn mer generelt og endelig en tiltagende delegering av forvaltningsoppgaver fra direktorat/departement til fylkeslegekontorene, er uttrykk for dette. Men i og med at styrings- og ledelsesansvaret nå i større grad ble delegert til fylkes- og primærkommuner, ble statens styringsrolle mer teknisk preget. Den ble knyttet til lovforvaltning og budsjettering, men også i noen grad til plangodkjennelse og planoppfølging. Fylkeslegenes rolle ble mer og mer knyttet til lovforvaltningssiden. Det ble den delvis som en administrativ rolle – og den rollen ekspanderte som følge av en økende delegering av oppgaver fra departement/direktorat – og delvis som en tilsyns- og kontrollrolle. Hva gjaldt den siste rollen, ble imidlertid rettsliggjøringen noe som skjedde over lengre tid. Som vi allerede har påpekt, ble rollen fra 1984 av i mange henseender forstått nokså pedagogisk. Gradvis skulle imidlertid jusen komme til å spille en økende rolle – og den kollegiale pedagogikken en synkende sådan. Pedagogikken ble også mer knyttet til lovanvendelsen og lovforståelsen og mindre og mindre til politikkutviklingen.

Når det gjaldt klagebehandlingen var og ble den i stor grad juridisk preget. Veksten i klagesaker bidro slik til å gjøre jusens rolle ved fylkeslegekontorene større. Fylkeslegekontorene begynte derfor i 1974 å få juridisk utdannede kontorsjefer. Allerede før helsetilsynsloven kom, hadde alle kontorer en kontorsjef. Da denne stillingen kom, begynte en slags faglig todeling av fylkeslegekontoret.

Den generelle omtalen av tilsyn og kontroll opptar 12 sider i Larssen-utredningen; spesielle omtaler gies imidlertid også i omtalen av fylkeslegenes rolle ellers, blant annet i det

[1157] *Fylkeslegeembedet*, Utredning fra Utvalg til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, herunder kontortekniske problemer m.v. (Larssen-utvalget), avgitt 3. august 1982. Utvalget bestod av fylkeslege Arne Victor Larssen (formann og skretær), kontorsjef Øystein Ruud (opprinnelig Ingar Mjaaland), fylkeslege Gustav Vig, førstekonsulent Jon Oftedal (Statens rasjonaliseringsdirektorat) og byråsjef Vidar G. Wilberg, Sosialdepartementet/Helsedirektoratet.

omfattende kapitlet om forholdet til primærhelsevesenet. Utvalget skriver at fylkeslegene spesielt driver «etterpåkontroll».[1158] «Forhåndskontrollen», heter det, er begrenset til noen former for budsjettkontroll. Under det gamle regime var imidlertid, som vi har påpekt, fylkeslegenes rolle på et vis mer forhåndskontrollerende enn etterkontrollerende. Fylkeslegenes godkjennelsesoppgaver har et tydelig innslag av forhåndskontroll. Det samme kan man si de oppgaver fylkeslegene før 1984 hadde som medutformere av politikk, spesielt i kommunene, men også i noen grad i fylkeskommunene. Når kunnskapen fortsatt har et viktig intuitivt innslag blir, som vi har vært inne på, kontroll i stor grad et spørsmål om å se til at det personell som brukes har fått den riktige utdannelse, at bemanningen ved institusjoner er «riktig», at det utstyr som brukes av fagfolk er ansett som godt (nok), at de bygninger som brukes er forsvarlig bygget, innredet etc. og at hygieniske ordninger er ansett som faglig gode. Når kunnskapen ikke gjør en løpende prosesskontroll meningsfull, og enda mindre en resultatkontroll mulig, og slike kontrollformer også blir for kostbare, blir den viktigste kontroll forhåndskontrollen. I forlengelsen av den ligger tilliten. Det er når man får mistanke om, eller får se eller høre, at tilliten er brutt at etterpåkontrollen skal slå inn. Undertiden kan det imidlertid være vanskelig for fagmyndighetene, for eksempel fylkeslegene og distriktslegene, å få tilslutning til forslag som skal gi god «forhåndskontroll». Spesielt kan politikere av økonomiske grunner iverksette ordninger som ikke er faglig, og kanskje også juridisk, gode «nok». Når resultatene, i den grad de kan registreres, ikke blir gode «nok», ble (og blir) det vanskelig for fylkeslegene også å drive etterkontroll (kfr. påbudet til Mork, og indirekte fylkeslegene, om å «ligge lavt»).

Larssen-komiteen er både utførlig og grundig, men sier allikevel ikke så meget om hvordan tilsynet faktisk ble utøvet, og enda mindre om omfanget av tilsynet da komiteen arbeidet, altså ved inngangen til vår periode. Det er imidlertid åpenbart at linjearbeidet overfor distriktshelsevesenet, som nå skulle ta slutt, hadde et betydelig omfang og for så vidt også hadde et element av rådgivende tilsyn over seg. Ja, når komiteen sier det er vanskelig å si noe om tilsynets omfang henger det også sammen med at tilsynet i stor grad foregikk som en integrert del av den generelle virksomheten fylkeslegene drev overfor det utøvende helsevesen: Der var litt tilsyn i alt de gjorde. Det er ellers åpenbart at det fagadministrative arbeid ikke bare hadde tiltatt i omfang, men var blitt nokså omfattende. Tilsyn i mer moderne, spesialisert forstand, spesielt som prosesstilsyn og delvis resultattilsyn, hadde et beskjedent omfang, spesielt overfor sykehusene. Det samme hadde klagebehandlingen. Men vedtagelsen av nye lover og forskrifter ga fylkeslegene som kontrollører mer å gjøre. Komiteen skriver:[1159]

> *Hensynet til overholdelse av helselovgivningen inngår som en naturlig del i praktisk talt alle fylkeslegens arbeidsoppgaver og kan vanskelig sorteres ut med hensyn til arbeidsmengde m.v. Generelt kan det likevel sies at det er blitt mer å passe på etter hvert som nye lover og forskrifter settes ikraft.*

Den legger til at fylkeslegene begrenser seg til kontrollen med etterlevelsen av lover forvaltet av Sosialdepartementet.

Fylkeslegene hadde tilsynsansvar, både gjennom forhåndskontroll og prosesskontroll, for bygninger og materiell. Dette ansvar gjaldt også hygieniske forhold. Komiteen bemerker imidlertid at tilsynet med bygninger og materiell i de senere år har «måttet vike til fordel for

[1158] *Ibid*., s. 232.
[1159] *Ibid*., s. 234-235.

en rekke andre arbeidsoppgaver som etter hvert er blitt pålagt fylkeslegene».[1160] At det er blitt flere og større, og mer teknisk kompliserte bygninger og ditto utstyr, og mer kyndig bemanning ved institusjonene, har også bidratt til at fylkeslegene har latt denne tekniske kontrollen komme i annen rekke.

Når det gjelder den faglige kontroll mer konkret, bemerker komiteen at en del av sykehusene i dag drives «på et så avansert teknisk-medisinsk nivå at fylkeslegekontoret med sine nåværende ressurser ikke vil være faglig kompetent til å foreta en vurdering». Som vi har sett, ble jo også den teknisk baserte kontrollen av institusjonene i noen grad ivaretatt av andre kontrollinstanser. Fylkeslegene hadde en helt annen mulighet for å føre et faglig tilsyn med personellet i distriktene. Det var fra distriktshelsevesenet de kom. De var i praksis selv «kombileger». Allikevel var det tilsyn de førte i overgangen mellom det gamle og det nye regime beskjedent, lite systematisert og i stor grad pedagogisk-kollegialt. Før skiftet var det nokså integrert i den generelle ledelsen. Etter skiftet får det gradvis et større omfang, og blir mer regelmessig og mer systematisert. Hvordan det utøves, varierer imidlertid fra kontor til kontor. Generelt gjaldt det imidlertid i praksis bare legene. Etter tradisjonen var det (distrikts)legene som hadde tilsynet med de andre yrkesutøverne, også de uautoriserte; fra 1984 ble det de medisinsk ansvarlige kommuneleger.

Fylkeslegene merker den nye, jus- og mistenksomhetspregede, tid og Larssen-utvalget har interessante betraktninger om det. Det skriver blant annet at «En bør være oppmerksom på svakheter ved for sterkt utviklet tilsyn og kontroll». Blant svakhetene nevnes det økte ressursforbruket, men spesielt hva kontrollordninger kan gjøre med institusjoners, men enda mere enkeltpersoners, motivasjon. 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».[1161] Komiteen nevner også at den mistenksomhetsbaserte kontrollen kan føre til at «primærleddet lettere kan fraskrive seg egenansvaret». Her er komiteen preget av de bekreftelsesorienterte sider ved det gamle medikratisk-kollegiale tilsyn, sider som også preger humanistisk orientert ledelsesteori. Men komiteen bryter litt med denne psykologien når den skriver at «En bør heller bidra til å innskjerpe primærsystemets ansvar for egenkontroll og føre tilsyn med hvordan denne egenkontrollen virker». Den industrielle egenkontrollfilosofi som nå var utviklet, og var under utvikling, hadde implikasjoner som snarere skjerpet enn svekket den mistenksomhetsbaserte kontroll. Men komiteen forstod nok i noen grad egenkontroll «gammeldags», altså som autonomibasert.

Komiteen preges også ellers av spenningen mellom det gamle og det nye. Det reflekteres i interessante observasjoner og vurderinger. Fylkeslegenes arbeid preges, heter det, av at det undertiden er spenninger mellom lover og økonomi. Det gjelder, heter det, både krav til bygninger og rettigheter som gies befolkningen: Kravene og rettighetene går utover det det er økonomisk mulig å følge opp. Komiteen siterer fra et brev stadsfysikus i Oslo hadde sendt Helsedirektøren hvor han foreslår at en «får klarlagt tilsynsmyndighetenes rettslige eller juridiske ansvar i den foreliggende situasjon, og… den situasjon som er oppstått ved at visse helt sentrale bestemmelser ikke lar seg oppfylle i dagens situasjon».[1162] Påpekningen er

[1160] *Ibid.*, s. 235.

[1161] *Ibid.*, s. 228; alle sitatene i dette avsnittet er fra denne siden.

[1162] *Ibid*. Brevet det siteres fra ble sendt 2. februar 1981. Vi legger merke til at stadsfysikus bruker uttrykket «rettslige eller juridiske ansvar». Det kan være uttrykk for medisinerens følelse av fremmedhet overfor jusens logikk.

relevant, da som nå – kan vi legge til. Det var imidlertid nå offentlige leger for alvor ble minnet om problemstillingen. De ble det gjennom den økte betoning av jusens rolle og lovens «forkjørsrett» (i det som typisk nok kalles en rettsstat). Hvordan skulle fylkeslegene som kontrollører forholde seg til at loven av og til ikke *kunne* gies forkjørsrett? Vi lar oss friste til å føye til: Blir den positivt orienterte rettsstaten for ambisiøs (gir rettigheter det kanskje ikke er ressurser til å realisere), skaper den kynisme overfor seg selv. Den opprinnelige rettsstat gav negative rettigheter. Det var, som vi gjentatte ganger har påpekt, slik kynisme Mork mente KS, kommunene, fylkeskommunene og mange av statens representanter skapte.

Indirekte peker komiteen også på at slike spørsmål til dels skapte spenninger innad på fylkeslegekontorene. De fikk, som nevnt, juridiske kontorsjefer fra 1974. Fra da av ble juridiske hensyn mer offensivt fremmet innad i kontorene. Kontorene trengte egne jurister – det var utilfredsstillende å søke råd hos fylkesmannen eller i departementet/direktoratet – men samtidig ble det medisinske formålsskjønn slik utfordret. Nesten defensivt skriver komiteen:[1163]

> *Men vurderinger som ligger til grunn for utøvelse av denne* [lovbaserte] *myndighet omfatter ikke sjelden også et medisinsk/medisinsk-administrativt skjønn. Mangel på forståelse av denne tosidighet synes i enkelte tilfeller å ha ført til kompetansestrid mellom jurister og helspersonell ved fylkeslegekontorene.*

Det gjorde det for så vidt ikke enklere for fylkeslegene at hvis de bøyet seg for jusen, og juristen, kunne de, spesielt etter 1984, komme i konflikt med kommuner og fylkeskommuner. Som vi har vært inne på, i den perioden vi nå omtaler ble spenningen mellom fylkeslegeetaten og Kommunenes Sentralforbund stadig sterkere. Det «nye» tilsynet var en viktig grunn til det. Departementets nøling med å finne en mer stabil og tydelig plass for fylkeslegeetaten i denne perioden har også med dette – «kommunesensitiviten» overfor statens overprøvelse av kommunenes prioritering – å gjøre.

Fra Larssen- til Ånstad-utredningen: fylkeslegene skaper gradvis en ny fylkeslegerolle

Utredningen ledet av departementets Hans Ånstad er på 125 sider, pluss syv vedlegg. [1164] Larssen-utredningen er på 381 sider (referanser inkludert) og har ni vedlegg. Den første utredningen er ikke bare lenger, den er vesentlig grundigere og mer akademisk preget. Den kom, som vi har sett, på et kinkig tidspunkt, og hadde (derfor) ingen tydelig profil. Den målbar ikke en offensiv idé om hva fylkeslegen kunne og burde være. Den ble sendt til uttalelse, men ble ikke fulgt opp strategisk av departementet. Den siste utredningen er raskere skrevet og mindre stram i oppbygningen. Heller ikke den inneholder imidlertid noen klar og

[1163] *Ibid.*, s. 234.

[1164] *Fylkeslegekontorene, Oppgaver, bemanning og organisasjon*, rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialdepartementet den 12. januar 1987. Gruppen hadde overlege i departementet, Hans Ånstad som leder og ellers som medlemmer, medisinalråd Anne Alvik, fylkeslege Edvard Fjærtoft, utredningsleder Ellen Naglestad (Kommunal- og arbeidsdepartementet), byråsjef Steinar Stokke (Finansdepartementet) og underdirektør Andreas Disen (Sosialdepartementet). Kontorsjef Øystein Ruud ved fylkeslegekontoret i Hedmark fungerte nå, som i Larssen-utvalget (skjønt her var formannen den viktigste sekretær), som sekretær. Rapporten ble levert i juni 1987, altså etter knapt et halvt år.

implikasjonsrik idé om hva fylkeslegens rolle bør være. Heller ikke den fikk noen tydelige konsekvenser. Den forsvant litt i støyen både omkring omordningen av den sentrale helseforvaltning og usikkerheten desentraliseringen av eierskapet til det utøvende helsevesen hadde skapt om statsforvaltningen (fylkesmannen og fylkeslegen) på fylkesnivå. Fylkeslegerollen fortsatte å være uklar, og er det for så vidt også når dette skrives. Departementet hadde selv, året før helsetilsynsloven kom, sagt at «Bestemmelsene om fylkeslegene vil bli foreslått tatt inn i en lov om den overordnede faglige ledelse av helsetjenesten».[1165] Der kom aldri noe forslag om en slik lov.

Hans Johan **Ånstad** (1932–2015): Han begynte å studere teknisk fysikk ved NTH, men skftet til medisin og ble cand. med. ved Universitetet i Oslo i 1961. Han arbeidet lenge som distriktslege (Hadsel) og stadslege (Tromsø), men var fra 1979 og karrieren ut knyttet til den sentrale helseforvaltning, først i Helsedirektoratet (som overlege), men etter delingen av direktoratet i 1983 i helseavdelingen i Sosialdepartementet som spesiallege. Da den såkalte Forebyggingsenheten ble opprettet i Sosialdepartementet høsten 1988, fikk han ansvaret for den. Da departementet fikk en egen avdeling for forebyggelse fra 1994, gikk han dit og fungerte der som avdelingsdirektør karrieren ut. Siden hadde han, som pensjonist, flere oppdrag for Helsedirektoratet. Han var aktiv i foreningsarbeidet da han var almen- og samfunnsmedisiner. Ånstad støttet i mange henseender de reformer som kom i helsevesenet fra slutten av 1970-årene, og kom slik i opposisjon til helsedirektør Mork. Etter hvert syntes han nok en del av reformene ikke var nok folkehelseorientert. I departementet hadde han i noen grad en fri rolle, og kom stadig med innspill med sikte på å styrke og utvikle helsevesenet som egalitært og sunnhetsfremmende vesen. Den rollen spilte han også som pensjonist. Han ledet i 1987 en arbeidsgruppe som laget forslag til hvilke tilpasninger som burde gjøres i fylkeslegeetaten etter de store organisatoriske endringer som hadde skjedd i begynnelsen av 1980-årene. Han var med på å utarbeide St.meld. nr. 37 (1992–93), om *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Han hadde flere roller i Norbom-prosessene. Her var han en «departementsmann». (Bildet er fra Michael, 2009. Foto: Øivind Larsen)

Ånstad-rapporten viser allikevel at mye hadde skjedd og at mer skulle skje. Den er mer av empirisk interesse enn normativ betydning. Desentraliseringen av det utøvende ansvar for helsevesenet, og vedtagelsen av helsetilsynsloven, gjorde at fylkeslegene ble «tvunget» til å se nøyere på sin egen rolle. Disse forhold gjorde dem mere til tilsynsutøvere, men en ny type tilsynsutøvere. Da fylkeslegene mistet sin lederrolle, kunne de ikke lenger primært la tilsynet bli en ikke-utskilt del av en langt på vei pedagogisk-kollegial ledelse. De måtte nå skille ut tilsynet som en tydelig spesialisert virksomhet. De måtte regelbasere det; altså lage de regler staten ikke hadde laget for dem, eller i særlig grad hjulpet dem på vei med. Selv ikke når det gjaldt egenkontroll, hadde departementet vært særlig hjelpsomt. Men nå kom reglene, gjennom prøvende praksis. Noen fylkesleger gikk foran, andre kom etter, til dels relativt raskt. Slik skjedde der en begynnende standardisering av tilsynsvirksomheten. Legene skapte seg i noen grad sin egen jus. Men som vi har sett, de gjorde det samtidig som de, for så vidt etter statlig pålegg og oppmuntring, førte videre elementer av den gamle pedagogikk. Tilsynet skulle jo i stor grad være preget av veiledning. Gradvis ble imidlertid tilsynet «renere» og mer

[1165] Kfr. Ot. prp. nr. 33 (1983–84), s. 1.

objektivt og upersonlig. Fylkeslegene kom slik i noen grad til å gå foran direktoratet. Direktoratet kom først på offensiven etter rystelsene Norbom-prosessene hadde skapt. Men da kom også direktoratet så vidt sterkt på offensiven at det skapte nye spenninger til iallfall deler av fylkeslegeetaten.

Det mest typiske uttrykk for spesialisert tilsynsvirksomhet er tilsynsbesøk. Når slike startes, melder straks spørsmålet seg om hvordan de skal organiseres, altså hvilke regler de skal legges opp etter. I forarbeidene til helsetilsynsloven skriver departementet: «Fylkeslegen forutsettes å foreta befaringer av helseinstitusjoner i fylket og ved besøk å sette seg inn i hvordan de faglige deler av helsetjenesten virker».[1166] Man kunne også tenkt seg at helsetjenesteyterne hadde fått pålegg om å registrere virksomheten på en målrelevant måte, gjerne basert på kriterier fylkeslegene eller direktoratet hadde utarbeidet, og så å sende inn resultatrapporter til fylkeslegen. Det var ikke aktuelt å gjøre det i starten, utover den registrering som tradisjonelt hadde foregått. Slik registrering følger naturlig av den målstyring og virksomhetsplanlegging som skulle komme, men var prematur i 1984. Men som vi har påpekt, det juridisk baserte tilsynet kommer undertiden i konflikt med målstyringsbasert kontroll. Hvorom alt er, besøk var en naturligere måte for fylkeslegene å skaffe seg informasjon på. Hvis besøket ble lagt opp litt dialogisk, kunne det brukes som en form for kombinert kontroll og gjensidig rådgivning. Proposisjonsteksten la opp til det, og fylkeslegene ville gjerne ha det slik. Dialogiske besøk gjorde det mulig å kombinere det kollegialt-pedagogiske og det moderne kontrollpregede.

Hvis vi ser på hvordan besøkene ble lagt opp, bekreftes dette. De var mer preget av det gamle kollegialt-pedagogiske tilsyn enn av det kommende jusbaserte sådanne eller det økonomisk inspirerte målstyringsorienterte. I Ånstad-rapporten omtales således besøkene ofte som «rådgivnings- og tilsynsbesøk» eller «informasjons-, rådgivnings- og tilsynsbesøk».[1167] I den utredning om fylkeslegenes tilsynsoppgaver som kom vel to år senere (november 1989), og som var ledet av fylkeslege Hans Petter Schjønsby, forståes og omtales besøkene på en lignende måte. I de to første år foregikk besøkene særlig i kommunehelsetjenesten, men gradvis kom de også i institusjonshelsevesenet, både i sykehjemmene, HVPU-institusjoner og somatiske og psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger. De spilte liten rolle i tannhelsevesenet og i det private helsevesen (for øvrig). I tannhelsevesenet skjedde tilsynet, med besøk, i første rekke i regi av fylkestannlegen, som vi har sett.

Tilsynsbesøkene ble gradvis mere innholdstunge. Plassert litt mer på sidelinjen enn før, måtte fylkeslegene finne seg selv igjen, og det gjorde de ved å bli mer pågående tilsynsutøvere. De forstod imidlertid tilsynsoppgaven omtrent så vidt som før, men mer aktivistisk. Istedenfor at de delvis var en del av ledelseslinjen ble de nå en mer vaktsom representant for en helsestat som var satt mer på sidelinjen. Helsedirektoratet var delvis blitt litt «parkert», eller hadde «parkert» seg selv. Nå ble der derfor, mente, eller oppdaget, fylkeslegene, deres oppgave å sørge for at statens (for)mål med helsevesenet ble oppfylt. Besøkene, og den påfølgende tilsynsrapport, ble viktige innslag i denne sørge-for-oppgaven.

Fylkeslegene begynte straks å utvikle egne retningslinjer for tilsynsbesøkene. I Ånstad-utredningen er retningslinjene, eller «momentene», et av de mest tilsynsoffensive

[1166] *Ibid*, s. 2.

[1167] Kfr. Ånstad-rapporten, *op.cit.*, s. 35, 40. På s, 46–47 brukes uttrykket bare «tilsynsbesøk», men det er åpenbart mer av stilistisk-praktiske enn substansielle grunner.

fylkesembeder, Hedmarks, brukte i kommunene, vedlagt.[1168] Daværende assisterende fylkeslege i Buskerud, Arne Hjemmen (f. 1945), har, i sin masteroppgave (1987), redegjort for helsetilsynslovens praksis, og bekrefter her at Buskerud gikk frem nokså mye på samme måte som Hedmark. Han skriver at et vanlig tilsynsbesøk startet slik: «ordfører eller rådmann ønsket velkommen.. Fylkeslegen redegjorde for besøket.» Fylkeslegen orientert så om den statlige side og ordfører eller rådmann om kommunen, før møtet gradvis gikk over i diskusjon og samtale. «Det enkelte tilsynsmåte varte i gjennomsnitt ca. 3–5 timer … med informasjonsutveksling og diskusjon». Kommunens representanter deltok «aktivt» i samtalene, heter det. «Tilsynsmøtet ble avsluttet med en muntlig evaluering av fylkeslegens tilsyn med helsetjenesten i kommunen». Tilsynsmøtet ble som regel kombinert med en «befaring av kommunehelsetjenestens lokaler, sykehjem o.l.»

Hjemmen legger her til at fylkeslegen også utførte egne, mer utførlige tilsyn ved somatiske og psykiatriske sykehjem. Rapporten bestod av en deskriptiv og en kommenterende del. Den ble først sendt som utkast til kommunen og rettet og endret på grunnlag av kommentarene. Fylkeslegen bad også om kommunens «evaluering» av besøket og inviterte ellers til «et aktivt samarbeid» om «den videre utvikling av den kommunale helsetjenesten».[1169] Denne, basert på telefonintervjuer med den medisinsk-ansvarlige lege og en enkel skjemabasert undersøkelse (februar, mars 1987), viste at «Tilsynsmøtet ble oppfattet som positivt og nyttig i alle kommuner med unntak av én,..» Begrunnelsen fra den misfornøyde kommunen var at det bare var «glansbildet» av situasjonen som var kommet frem. Undersøkelsen viste ellers at fylkeslegen etter møtet i større grad enn før ble sett på som en «faglig medspiller og i mindre grad som en byråkratisk kontrollør».[1170] Vi har ikke tilsvarende opplysninger fra tilsyn for eksempel i sykehusene, og vi vet heller ikke hvor representative opplysningene fra Buskerud er. Indirekte fremgår det imidlertid både av Ånstad-gruppens utredning og Schjønsby-utvalgets innstilling at Buskeruds erfaringer ikke er særlige spesielle. I denne første fasen etter 1984 var det nok veiledning og informasjon mer enn resultatorientert kontroll som preget tilsynet. Ja, opplysningene fra Buskerud gir inntrykk av at fylkeslegene i større grad enn før ble, og ønsket å bli, politikkutviklingspartnere for kommunene. Juridisk sett kom de nok nær å gjøre seg inhabile.

De ordinære møtene skulle varsles på forhånd; kommunene måtte få anledning til å forberede seg. Fra fylkeslegen deltok, viser momentlisten, foruten fylkeslegen selv, en sykepleier, en sosionom (også referent) og «eventuelt» en jurist. «Målgruppen» i kommunen var, heter det, ordfører og/eller rådmann, en folkevalgt (formannen i helse- og sosialutvalget), videre lederne i helsevesenet – altså helse- og sosialsjef, helsesjef, kommunelege I og andre kommuneleger, ledende helsesøster, sykepleiesjef, ledende fysioterapeut og ev. andre (blant annet tillitsvalgte), sosialsjefen og bestyrer ved syke- og aldershjem. Møtene gjelder organiseringen og «maktstrukturen», kommunehelsevesenets forhold til sentraladministrasjonen og andre sektorer i kommunen, virksomhetsområdene (helserådstjeneste, skolehelsetjeneste, helsestasjonstjeneste, legetjeneste, fysioterapitjeneste, pleietjenesten m.m.) – inkludert plan- og budsjettarbeid for disse, det indre samarbeid i helseetaten, egenkontrollen, samarbeidet

[1168] Ånstad-rapporten, vedlegg 1.

[1169] Arne Hjemmen, *Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten*, Oslo: Senter for helseadministrasjon, 1987, s. 62-64.

[1170] *Ibid*., s. 86. Vi skal legge til at undersøkelsen viste (s. 88) at deltagerne særlig hadde hatt faglig utbytte av møtet når det gjaldt temaene egenkontroll (40 pst.), medisinsk rehabilitering (85 pst.) og helseopplysning (85 pst.). Vi skal også legge til at alle kommuner ønsket å ha (mer) regelmessige tilsynsbesøk, hvert annet eller tredje år sa de fleste, basert på en generell dagsorden, men med åpning for spesielle temainnslag (s. 89).

med fylkeshelsetjenesten og det interkommunale samarbeid. Sammensetningen av «målgruppen» og oversikten over temaområder sier meget: Fylkeslegen møter alle i linjen (beslutningstagere) og drøfter styringen og ledelsen av de ulike kommunale helsesektorer, samt samarbeidet med spesialisthelsevesenet og med andre kommuner.[1171] Møtet er altså fag*politisk*. Fylkeslegen møter, kan man si, faglig sett «inhabile» personer, og drøfter situasjonen slik den presenteres av disse. Gruppen understreker dette ved for eksempel å si at «Det er av stor betydning at man ved slike besøk tar tilbørlig hensyn til de som har ansvaret for driften av tjenesten.» «Bare i enkelte tilfeller», heter det videre, «vil det være rimelig å fravike et slikt mønster for tilsynsbesøkene..». «Man tenker da på tilfeller hvor fylkeslegekontoret får signaler om uforsvarlige forhold i helsetjenesten..».[1172] Gruppen skriver også, men her med referanse til sykehustilsyn, at ved å organisere møtene som foreslått, og som de faktisk praktiseres, «kan man få en dialog med de personer som har en sentral funksjon i ivaretakelsen av driftsansvaret for helseinstitusjonene». Det gjør det også lettere, sies det videre, for fylkeslegene å vinne frem med rådgivning enn de kunne «ved å praktisere en mer kontrollpreget tilsynsfunksjon uten deltakelse fra andre enn institusjonens ansatte».[1173]

De siste uttalelsene viser at fylkeslegene organiserte møtene med institusjonene og deres eiere omtrent som med kommunene. Temaer som ble tatt opp ved besøk ved somatiske sykehus var innleggelsesrutiner, driftsøkonomiske og personellmessige forhold, tekniske forhold, effektiviseringstiltak, samarbeide med andre institusjoner, medregnet kommunehelsevesenet, rettssikkerhetsspørsmål, AIDS, «diverse spørsmål» og egenkontroll.[1174] Igjen ser man altså at «alt» eiere og ledere har ansvar for, og måten ansvaret taes på, blir drøftet. Spesialiserte tilsynstemaer har nesten en underordnet plass. Det er neppe tilfeldig at i en tabell som skal gi en oversikt over hva fylkeslegeembedene bruker tid på ikke har noen kategori for tilsyn; dog én for rettssikkerhet.[1175]

Men gruppen, som departementet, var selvsagt oppmerksom på at intim og dynamisk kontakt – det var jo en sådan fylkeslegene allerede hadde begynt å legge opp til – kunne skape habilitetsproblemer. Gruppen uttalte derfor at fylkeslegen ikke bør «våre en for aktiv deltaker i den prosess som foregår når disse organer utformer og treffer beslutninger om den helsetjeneste som de har ansvar for å utforme,..».[1176] Men gruppen sier ikke noe om den mener (noen) fylkesleger allerede gikk for langt eller forsøkte å lage regler for hvordan fylkesleger kunne unngå å gjøre seg inhabile. Vi har sett at iallfall fylkeslegen i Buskerud gikk nokså langt i «påvirkende» retning. Men siden fylkeslegene, som for så vidt departementet, ville ha med noe av det gamle pedagogisk-kollegiale regime, måtte det ofte bli slik. Denne situasjonen ble for så vidt ytterligere forsterket da et tredje regime, den nyttestatlige målstyringen, ble innført ved tiårets utløp. La oss her legge til at stadsfysikus i Oslo (nå var det Arne Viktor Larssen) hadde påpekt at habilitetsproblemene var så store her at

[1171] Hjemmen er av samme oppfatning: «Erfaringer fra Buskrud taler for at utbyttet av tilsynsbesøket blir best dersom kommunen er representert med folk fra sentraladministrasjonen, sektorpolitikere fra helse- og sosialstyret og de sentrale fagpersonene innen kommunehelsetjenesten». *Ibid.*, s. 59.
[1172] Ånstad-rapporten, s, 35-36.
[1173] *Ibid.*, s. 47.
[1174] Vi har her brukt det programmet fylkeslegene i Hedmark på dette tidspunkt (1986-87) hadde for sitt sykehustilsyn. Det er gjengitt som vedlegg nr. 2 i Ånstad-rapporten.
[1175] Oversikten gjelder seks embeder; registreringen er foretatt en uke i mai 1987. Registreringen viste at den eksterne oppgaven fylkeslegeembedene brukte mest tid på var sosial- og trygdemedisin (16,6 pst.); deretter kom «andre oppgaver» og så fylkeshelsevesenet (9,1) og kommunehelsevesenet (7,2). Rettssikkerhetsarbeidet krevde 1,6 prosent av arbeidstiden. Indre administrative oppgaver til sammen krevde for øvrig mer tid enn den mest arbeidskrevende eksterne oppgaven (ca. 20 pst.). Kfr. *ibid.*, s. 85.
[1176] Ånstad-rapporten, s, 94.

stadsfysikatet burde gjøres om til et byuavhengig fylkeslegeembede. Gruppen delte stadsfysikus' syn.[1177]

Habilitet var et problem for fylkeslegene, og for Ånstad-gruppen. Det var imidlertid ikke bare faren for inhabilitet som skapte utfordringer for fylkeslegene, også kommunenes og fylkeskommunenes (nye) frihet gjorde det. Gruppen mente, som nok fylkeslegene generelt gjorde, at fylkeslegene burde vise «varsomhet overfor kommuner og fylkeskommuner hvor disse organer har et selvstendig ansvar for planlegging, utbygging og drift av helsetjenesten».[1178] Men omfanget av denne selvstendigheten var jo ikke alltid klart. Det er ikke tilfeldig at kommunenes interesseorganisasjon kom mer og mer på kant med fylkeslegeetaten og helst ville ha den bort. Kombinasjonen av øket maktdelegering til lokalt nivå og mer «aktivistiske» fylkesleger måtte skape spenninger.

Gruppen sier nokså lite om forholdet til det organ som har det overordnede tilsyn, Helsedirektoratet, og det som sies er generelt og lite interessant fra et regimesynspunkt. Men det er interessant at rapporten ikke inneholder noe om utarbeidelse av forskrifter, for eksempel om egenkontroll, men også om tilsyn generelt, eller om andre måter å styre og standardisere tilsynet på. Der var bare én i gruppen som kunne «mase» om slikt, fylkeslege Edvard Fjærtoft, men han satt sammen med fire departementsfolk og medisinalråden. De fem siste var heller ikke spesielt samstemte. Spenningen departement/direktorat var «representert», ved Ånstad og Alvik og spenningen Sosialdepartement/Finansdepartement og Kommunal- og arbeidsdepartement, var representert ved Ånstad og Andreas Disen på den ene side og Steinar Stokke (FIN) og Ellen Naglestad (KAD) på den annen side.

Det var, med andre ord, et utvalg som knapt kunne få til så meget. Det gjorde det da heller ikke. Det hadde ingen nye og samlende forslag til hvilket innhold morgendagens fylkeslegerolle og fylkeslegeetat skulle ha. Det anbefalte på en litt upresis måte at det kunne være mer av det og mer av det, men presenterte ingen dynamisk strategi. Et uttrykk for gruppens uformuenhet er at to svært viktige representanter, Stokke og Nagelstad dissenterte. De fant «i hovedsak ikke å kunne slutte seg til de vurderinger og anbefalinger som flertallet i arbeidsgruppen fremmer under kap. 5 og 9». Kap. 5 omhandlet «Oppgaver som bør tilligge fylkeslegekontorene i framtida» og 9, «Administrative og økonomiske konsekvenser av arbeidsgruppens rapport». De to, og indirekte deres departementer, mente at den styrkelse av det helsefaglige nivå som hadde skjedd i kommuner og fylkeskommuner burde «lede til en mer omfattende nedbygging av fylkeslegens oppgaver enn det flertallet forutsetter..». Mindretallet tenkte seg at nedbyggingen, og den måtte få økonomiske konsekvenser, burde skje innen områdene «kontroll- og tilsynsvirksomhet, helsefaglig opplysningsvirksomhet, rådgivning o.l., samt aktivitet på områder der kommunesektoren er tillagt selvstendig ansvar (miljørettet helsevern, helseopplysning, forebyggende helsearbeid o.l.)».[1179] Mindretallet gjorde knapt nok noe for å dokumentere de empiriske forutsetninger det la til grunn. Det representerte så mye makt at det kanskje ikke var nødvendig. Det visste for så vidt også et litt vagt og tafatt flertall. Etaten hadde en tid vært utsatt for «slankepress». Det året gruppen virket, viste for øvrig også det. Fylkeslegeetaten ble fratatt i alt 14 stillingshjemler. I dette perspektiv er det ikke så underlig at det forslag til instruks for fylkeslegene som en gruppe, ledet av stadsfysikus Fredrik Mellbye, senhøstes 1984 leverte Helsedirektoratet ble lagt til

[1177] *Ibid*., kap. 6.

[1178] *Ibid*., s. 90.

[1179] *Ibid*., s. 99-100.

side. Gruppens forslag representerte den samme typen holdninger som preget Larssen-utvalget og Ånstad-gruppen, holdninger som innebar at fylkeslegene skulle spille en aktiv rolle på vegne av staten, men særlig helsefagligheten.[1180]

Schjønsby-utvalgets tilsynsutredning (1989)

Våren 1989 nedsatte Helsedirektøren et «internt utvalg» for å «utforme forslag til fylkeslegens tilsynsvirksomhet, samt vurdere Helsedirektoratets rolle i forhold til fylkeslegens». Utvalget fikk fylkeslege Hans Petter Schjønsby som leder, og bestod ellers av førstekonsulent Mette Walaas (jurist, f. 1951) (Helsedirektoratet), førstekonsulent Arild Gjertsen (psykolog, f. 1945) (Helsedirektoratet), fylkessykepleier Guri Hønningstad (1946–2000) (Oppland) og kontorsjef Per Holger Broch (F.legen i Sør-Trøndelag) (sekretær). Utvalget fremla sin utredning i november 1989.[1181]

Hans Petter Schjønsby (f. 1936): Han studerte medisin i Groningen i Nederland. Almen- og samfunnsmedisinen ble snart hans fagområder. Han fungerte som distriktslege og siden kommuneoverlege i den kommunen han kom fra, Ringsaker, fra 1972–1986. Fra 1986 og karrieren ut var han fylkeslege i Hedmark. Han ble snart en markert fylkeslege. Han ledet blant annet det utvalget som i 1989 laget utredningen om tilsynsoppgaven. Han spilte også en aktiv rolle i Norbom-prosessene, spesielt som leder av en delprosjektgruppe som så på de folkehelsepregede institusjonene. Han foreslo her å opprette et nasjonalt helseinstitutt. Også han var av de fylkesleger som utfordret Helsedirektøren under Norbom-prosessene, men først og fremst som talsperson for den nye mål- og resultatorienterte styring og ledelse. Han var som fylkeslege en viktig samfunnsmedisinsk tenker. Han var og er svært medisinalhistorisk interessert.
(Bildet er fra Tidsskr Nor Legeforen, 131: 2199, 2011; foto: Ellen Juul Andersen.)

De to første utvalg var generelle fylkeslegerolleutvalg. Dette utvalget skulle spesielt ta for seg én av fylkeslegens roller, tilsynsrollen. Utvalget forstod imidlertid tilsynsrollen nokså vidt, i tråd med den tradisjonelle medikratiske oppfatningen av tilsyn. Dets innstilling ble derfor langt på vei en innstilling også om fylkeslegerollen generelt. Dette utvalget gikk imidlertid lenger enn de to første i å definere rollen med eksplisitt utgangspunkt i tilsynsbegrepet. Det tok, kan man si, noen forsiktige skritt i retning av en mer spesialisert forståelse av tilsyn, nemlig som en juridisk basert virksomhet. Men de skrittene var forsiktige. Utvalget var imidlertid litt mer «utålmodig offensivt» enn de to foregående utvalg. Det tok til orde for å gjøre fylkeslegene til mer aktive representanter for den nasjonale helsepolitikk. Ånstad-

[1180] Mellbye-gruppen ble oppnevnt av Helsedirektoratet i april 1984 og leverte sitt forslag den 22.11.84. Gruppen bestod, foruten Mellbye, av fylkessykepleier Torhild Bjørlykke (f. 1943), overlege Ingrid Lycke Ellingsen (f. 1933) (Helsedir.), fylkeslege Edvard Fjærtoft, u.dir., Idunn Heldal Haugen (Helsedir.), dir. Christian Lerche (Helsedir.), sjefsykepleier Martha Quivey (1933-2007) (Oslo) og kontorsjef Øystein Ruud (f.legen i Hedmark). Det utførlige forslaget hadde 20 paragrafer. I § 3 het det innledningsvis: «Fylkeslegen skal ved utøvelsen av tilsynet legge særlig vekt på å gi råd, veiledning og opplysning».

[1181] Utvalget til å utforme forslag til fylkeslegens tilsynsvirksomhet, samt vurdere Helsedirektoratets rolle i forhold til fylkeslegens, *Innstilling*. Innstillingen er datert november 1989.

gruppen hadde for så vidt gjort det samme, men Schjønsby-utvalget inntok en mer pågående holdning. Det rettet, hva de to første utvalg ikke hadde gjort, mye av sitt «skyts» oppover, mot direktorat og indirekte departement. Det ønsket at disse skulle gjøre det enklere for fylkeslegene å spille en mer advokaturpreget rolle, nemlig ved å komme med samordnende og standardiserende forskrifter. Fylkeslegene ville ikke komme lenger på egen hånd, het det. Som de hadde forsøkt seg frem ble det, mente utvalget, for mye prøving og feiling, og dermed også for store variasjoner embedene imellom. Utvalget var nok enig med Tor Inge Romøren, legen og sosiologen som i 1989 hadde vurdert virkningene av reformen i primærehelsevesenet, og som konstaterte at fylkeslegenes kontorer «i dag befinner seg i en krise» og lenge har «vært overmoden for drastiske omlegginger».[1182]

Larssen-komiteen var diagnostisk grundig. Ånstad-gruppen var mer omtrentlig i sin empiriske diagnostikk. Schjønsby-utvalget er kortfattet og omtrentlig hva angår å beskrive og karakterisere tilsynssituasjonen. Utvalget foretok en liten telefonisk undersøkelse blant fylkeslegene for å kartlegge sider ved praksis. Den sier noe generelt om besøkspraksis, men intet utover det. Innstillingen er i all hovedsak «terapeutisk».

Den enkle undersøkelsen viste at i 13 fylker var samtlige kommuner blitt gjenstand for tilsynsbesøk; i de samme fylkene var en ny runde med slike besøk satt i gang. I 12 av disse 13 fylker var besøk nr. to konsentrert om spesielle tjenester eller problemer. 10 av 19 fylkeslegeembeder var kommet igang med tilsynsbesøk ved somatiske sykehus; syv av disse hadde besøkt alle sykehus i fylket. 12 av embedene hadde besøkt fylkets psykiatriske sykehus. 14 fylkeslegeembeder hadde besøkt sentralinstitusjoner for psykisk utviklingshemmede. Alle de 13 embedene som hadde besøkt kommunene hadde brukt en egen mal ved besøkene; det samme hadde de syv embeder som hadde besøkt alle sykehus i fylket. Som vi har nevnt, ble tilsynsvirksomheten utviklet gjennom en kombinasjon av planlegging og erfaringsbasert praksis og ble slik mer og mer ambisiøs. Momentlistene ble til maler og maler til programmer. Spørsmålsstillingen under besøkene ble etter hvert mer poengtert. Tilsynsfolkene lærte etter hvert hva de særlig skulle se etter og spørre om. De oppdaget også at problemene var større i enkelte tjenester enn i andre, og nye besøk kunne bli mer institusjons- og problemspesialiserte.

Erfaringene med tilsynsvirksomheten gjorde at fylkeslegene konfererte mer med hverandre. Slik tiltok ambisjonene, men slik fremstod også behovet for nasjonal standardisering og profesjonalisering som større. Det er derfor Schjønsby-innstillingens forfattere «roper» på staten.

Den mer aktive tilsynsvirksomhet som kommer i løpet av den perioden vi ser på, er altså preget av den gamle forståelse av tilsyn. Utvalget sier at det forstår tilsyn slik: «Gjennom råd, veiledning og kontroll [å] påse at virksomheten ivaretaes og utføres i tråd med aksepterte faglige, etiske og rettslige prinsipper». Med en slik begrepsforståelse gies fylkeslegene et vidt spillerom for å drive tilsyn. Som vi har nevnt, reflekterer begrepet både medikratiske,

[1182] Tor Inge Romøren, *Kommunehelsetjenestens fem første år*, Sosialdepartementets utredningsserie, Rapport nr. 12 1989, s. 61. Assisterende fylkeslege i Vestfold, Vidar Bjørn (f. 1948), kom i sin masteroppgave i 1990 til samme konklusjon, men mente at han nå så tegn til at iallfall direktoratet begynte å ta fylkeslegeetatens rolle mer alvorlig. For ham var omorganiseringen i direktoratet og samordningen av virksomhetsplanarbeidet mellom direktorat og fylkesleger uttrykk for det. Kfr. hans masteroppgave, «*Kyndighet og myndighet». En studie av fylkeslegeetatens rolle i helseforvaltningen og helsepolitikken*, Oslo: Senter for helseadministrasjon, 1990, s. 40-41, 63-64, 71.

nyttestatlige og rettsstatlige styringsregimer. Ikke så overraskende blir utvalgets forslag derfor nokså upresise; de innebærer i hovedsak at fylkeslegene skal holde frem som de stevner. Men, som nevnt, er utvalget også utålmodig. Det vil ha mer bistand fra staten for å komme videre. Men den bistanden peker i en bestemt retning, en juridisk. Utvalget vil, som fylkeslegene, og som allerede Larssen-komiteen ville, ha forskrifter.

Utvalget henviser til at andre tilsynsorganer, for eksempel Arbeidstilsynet, «i kraft av sin lovgivning har stor myndighet til å gi pålegg, ilegge sanksjoner og ellers påvirke tilsynsobjektene i retning av ønsket utvikling og prioritering». Utvalget anbefaler «at dette også skjer for helsevesenets vedkommende». Det vil at helsetilsynsloven skal utfylles av «forskrifter som nærmere angir tilsynets omfang, gjennomføring og virkemidler». Spesielt nevnes at fylkeslegene bør få myndighet «til å gi pålegg». Det heter videre at Helsedirektoratet, i samarbeid med Sosialdepartementet, bør utvikle «standarder og normer» «som grunnlag for å kunne stille konkrete krav til innholdet og omfanget av de enkelte tjenester i helsevesenet».[1183]

Utvalget definerer innledningsvis tilsyn nokså tradisjonelt, nemlig som pedagogisk og til dels diplomatisk virksomhet. Mot slutten av innstillingen er utvalget mer pågående og mer preget av jusens tilsynslogikk. Kanskje kan man se denne glidning i standpunkt som en refleksjon av de erfaringer fylkeslegene hadde gjort seg etter regimeskiftet i 1983. De fortsatte etter 1983 i det gamle spor. De fleste av fylkeslegene var jo da også nokså erfarne og gikk mot slutten av sin karriere. Rådgivningsideologien preget dem og de praktiserte, og formidlet, den videre. Den yngre fylkeslegen i Hedmark hadde lært av sin forgjenger Gustav Vig, og førte på det generelle plan ideologien videre. Men de erfaringer fylkeslegene, ikke minst de nye blant dem, som Schønsby, Edvard Fjærtoft, og de enda yngre Anne Berit Gunbjørud og Paul Hellandsvik, gjorde, drev dem i en mer tilsynsspesialisert (og juridisk) retning.

Fylkeslegene hadde nokså alment reagert kritisk på at Ånstad-gruppen ikke hadde sagt noe om direktoratets og departementets rolle. Schjønsbys mer sentrumsuavhengige utvalg kunne gjøre det Ånstad-gruppen ikke kunne eller ville, nemlig forsøke å «stramme opp» direktorat og departement. Utvalgets utredning er således interessant også der den er normativ. Den normative snerten er delvis et uttrykk for hvordan stadig flere fylkesleger begynner å forstå og til dels praktisere tilsyn og et forvarsel om det tilsyn som skal komme utover i 1990-årene, men for alvor altså fra høsten 1992. Vi skal føye til at stadig flere i direktoratet hadde begynt å se hva som var iferd med å skje. Direktoratet begynte nå, rundt tiårskiftet, i større grad å «mobilisere» fylkeslegene som partnere. Ikke minst skjedde det, som vi har sett, gjennom arbeidet med virksomhetsplanene, og samordningen av dem. Disse planene, arbeidet med omorganiseringen – og etableringen av helserettsavdelingen – «vekket» direktoratet. Det gjorde at det som styringsorgan kunne tenke på annet enn striden med departementet.

Tilsynspraksis etter 1990 – Helsedirektoratets rolle

Vi har sett at fylkeslegenes tilsyn i første del av vår periode i hovedsak hadde vært generelt og at denne tilsynspraksisen aktualiserte spørsmålet om standardisering av tilsynet, altså om nasjonal styring og i den forbindelse konkretisering av lovgivningen gjennom forskrifter. Vi

[1183] Schjønsby-utvalget, s. 25.

har også kort nevnt at tilsynspraksis hadde gjort at mange begynte å spørre om ikke deler av tilsynet burde spesialiseres, og helst bestemmes nasjonalt. De første fem-seks år med protomoderne tilsyn aktualiserte spørsmålet om en mer aktiv nasjonal tilsynspolitikk enn den som fulgte av helsetilsynsloven alene. Det var naturlig at Helsedirektoratet tok initiativ til en slik politikk, men som vi har sett, direktoratet var for opptatt av dragkampen med departementet til at det klarte å ta slike initiativ. Fylkeslegene ble delvis overlatt til seg selv, spesielt når det gjaldt tilsyn. Det bidro til denne situasjonen at heller ikke departementet var spesielt opptatt av tilsyn, og nærmest advarte direktoratet mot å bli for tilsynsaktivt. Men ved overgangen til 1990-årene begynte presset på direktoratet å virke, samtidig som striden med departementet gjorde det fristende for direktoratet å bli mer tilsynsorientert. Men, som vi har sett, det gikk sakte, og intet dramatisk skjedde så lenge Mork levde.

Der hadde imidlertid skjedd, og der skjedde, noe innad i direktoratet som nå ble viktig. Som vi har vist i bind 1 var det gamle helsedirektorat i stor grad et medikratisk styrt direktorat. Denne styringen gikk spesielt ut over juristene; de kunne (nesten) bare bli byråsjefer. De ble hjelpepersonell for legene. At juristene fra gammelt av hadde dominert og nesten «eid» forvaltningen, gjorde ikke ydmykelsen av dem i direktoratet mindre følt. Mork viste juristene større respekt enn det Evang hadde gjort; hans «førstejurist», Knut Munch-Søegaard, hadde han også, fra starten av, stor respekt for. Mork var allikevel av legning medikrat. Han satte seg ikke godt inn i jusen. Hans forsøk på å opptre som «vaktbikkje» var ikke preget av juridisk kyndighet og eleganse. Men han så at helsetilsynsloven endret hans direktorats stilling og gjorde det mer avhengig av jusen. Da juristene etter den første omorganisering, den som førte til avdelingene, begynte å dytte på for å få en tydeligere plass, gav han derfor gradvis etter. De gjenværende legeledere var ikke tydelige forsvarere av det gamle regime; det var jo også egentlig allerede gitt grunnskuddet i og med delingen. Morks nye nestkommanderende (fra våren 1985), Anne Alvik, dyttet også snarere på i medikratinedbyggende enn medikratibevarende retning.

Etableringen av helserettsavdelingen fra 1989 ble et symbolsk uttrykk for den nye tid. Juristene var kommet tilbake, om de dog måtte godta at avdelingens sjef ikke ble avdelingsdirektør; det var, interessant nok, departementet som holdt igjen – og opptrådte uintendert pseudomedikratisk. Men med opprettelsen av en avdeling for jusbasert styring og forvaltning, ble også en agent for tilsynets rettsliggjøring etablert. Avdelingen ble i starten ikke en tydelig sådan agent. Den kom raskt til å «drukne» i klagesaker. Men veksten i slike saker var i seg selv noe som bidro til å skape en mer juridisk forståelse av helsetilsynsloven og dens forvaltning. Det som så skjedde i 1992 skulle gi denne juridiske offensiv enda mer tyngde og bidra til at juristene og deres forvaltningsfilosofi fra 1994 i stadig flere henseender ble den dominerende i Helsedirektoratet. Med overgangen til et smalere helsetilsyn i 2002, ble denne prosessen fullført. At den som nå hadde overtatt ledelsen av Helsetilsynet, Lars E. Hanssen (f. 1949), allerede var blitt en selvlært «jurist», er et tydelig uttrykk for det som hadde skjedd.

Helsedirektoratet skulle, etter loven, først og fremst være et klagebehandlingsorgan; bare det hadde myndighet til å gripe sanksjonerende inn. Det var også et overordnet tilsynsorgan, altså et som skulle utforme forskrifter og lage retningslinjer for hvordan fylkeslegene skulle utføre sitt tilsyn, men også bestemme hvilke oppgaver fylkeslegene til enhver tid skulle prioritere høyest. Allikevel var det særlig klagebehandlingen som nå, mot slutten av 1980-årene, fikk mest oppmerksomhet: Publikum etterspør som regel mer de individuelle tjenester klagebehandling er enn de kollektive tiltak sertifiseringer og prosess- og resultatkontroll er. Klagebehandlingen skulle imidlertid også bli et springbrett for en rettslig mobilisering også på

området prosess- og resultattilsyn. Et uttrykk for det er prosjektet (nevnt tidligere) «Fra klage til kvalitet», som kom i gang i 1989.

Virksomhetsplanen, som også nå kom, er, som vi har sett, uttrykk for en litt annen styrings- og forvaltningsfilosofi enn jusens, nemlig den mål-middelorienterte. Men for så vidt som jusen i Norge for lengst var dominert av en «instrumentell» forståelse – lovene ble mere virkemiddelregulerende enn normativt prinsipporienterte – ble ikke spenningen mellom dem alltid så stor. Innen tilsyn ble den imidlertid til tider relativt tydelig. Direktoratet brukte imidlertid i noen grad virksomhetsplanen for å markere en økt betoning av tilsyn. At direktoratet i så stor grad omfavnet målstyringsfilosofien, var imidlertid også et uttrykk for hvordan det forlot medikratiet. Direktoratet hadde, mer enn departementet, begynt å ta innover seg den demedikratiserende nye rettsstatlighet og nyttestatlighet. I direktoratets første virksomhetsplan (1989), het det at det er satt av flere faste årsverk til klagebehandling «som en følge av etableringen av helserettsavdelingen og prosessen med virksomhetsplanlegging». Det heter videre at direktoratet vil bli mer kvalitetsorientert og bidra til det «gjennom det statlige tilsyn, herunder ved å utvikle videre tilsynet med at helsetjenesten har godt fungerende egenkontrollsystemer». Direktoratet skriver også at det vil «vurdere» å bruke handlingsprogrammer og konsensuskonferanser i større grad, altså bidra til større grad av statlig standardisering av tjenesteytelsen. Direktoratet skriver ellers at det å styrke «tilsynsarbeidet i samarbeid med fylkeslegeetaten er en av de prioriterte oppgavene i 1989».[1184]

For de følgende år blir planene for tilsynsarbeidet mer ambisiøse og mer konkrete, spesielt overfor klinikken (i regi av helsetjenesteavdelingen). Det heter for 1990-planen at direktoratet vil fortsette arbeidet med å styrke kvalitetssikringen, og gjøre det ved å systematisere og utvikle tilsynslovarbeidet, «definere» direktoratets overordnede tilsynsrolle, klargjøre egenkontrollbegrepet, bidra til utvikling av egenkontrollsystemer og bygge ut eksisterende «eksterne kontrollsystemer» (teknisk utstyr).[1185] I planen for 1991 pekes det på at myndighetene er kommet langt når det gjelder kvalitetssikring av virksomheten i laboratorier og i innkjøpet og bruken av teknisk utstyr, men at det er «gjort lite systematisk når det gjelder selve de helsefaglige prosesser». Det sies at det siste vil det nå bli gjort noe med; 1989-bemerkningene om handlingsprogrammet er forøvrig relevante i denne sammenheng. Det sies videre at regelverksarbeidet på tilsynsområdet nå får stor oppmerksomhet. I den forbindelse nevnes selvsagt spesielt arbeidet med egenkontrollforskriften, et arbeid som altså til sist ble stanset av departementet. I 1991-planen nevnes også oppfølgingen av ideer fra «Fra klage til kvalitet»-prosjektet og videreføringen av arbeidet med å «styrke rettssikkerheten i helsevesenet», det vil si å få unna klage- og erstatningssaker.[1186] Det er ellers et ekstra tydelig uttrykk for direktoratets høyere prioritering av tilsynsarbeidet, og i den forbindelse av fylkeslegenes rolle, at planen inneholder et eget kapittel (4) om «Samarbeid med fylkeslegene».

I planene som nå følger, fortsetter direktoratet å betone tilsynsarbeidets rolle, og i den forbindelse å markere direktoratets samarbeid med fylkeslegene. Etter begivenhetene i 1992 trappes også for alvor Helsedirektoratets arbeid med tilsyn opp, et arbeid som, typisk nok, fører frem til etableringen av det store og ambisiøse tilsynsprosjektet (fra 1994). Det er nå, og

[1184] Alle sitater i dette avsnitt er fra *Helsedirektoratets virksomhetsplan 1989*, s. 11.
[1185] *Helsedirektoratets virksomhetsplan 1990*, s. 10–11.
[1186] *Helsedirektoratets virksomhetsplan 1991*, s. 12–13.

egentlig først nå, at Helsedirektoratet, som Helsetilsynet, starter det faglig-teoretiske arbeid med å bestemme hvordan det skal forstå tilsyn – og definere sin nye identitet, en mer juspreget, og styrende, sådan.

Vi har nevnt at direktoratet, tilskyndet av fylkeslegene, fra 1990 etablerte de såkalte «særlige tilsyn». Også det var uttrykk for at Helsedirektoratet gjorde mer ut av sitt overordnede tilsyn. I 1990 omfattet det, etter «samråd med sosialministeren», psykisk helsevern, med vekt på barne- og ungdomspsykiatrien og langtidspasienter, somatiske sykehjem, med vekt på inn- og utskrivningsrutiner, samarbeidet med sykehusene og tilbudet til senil-demente, og fødeavdelingene, med vekt på vaktordningen.[1187] Direktoratets ambisjoner om styring gjennom standardisering viser seg også ved at det lot tilsynsbestillingen ledsage av en «momentliste», nærmest en mal, for utførelsen av de tre typer tilsyn. Direktoratet presiserer imidlertid at momentlisten er tentativ; det vil ikke detaljstyre fylkeslegene. «Det enkelte kontor står med andre ord fritt til å utføre tilsynet slik det er mest hensiktsmessig», skriver det.[1188] Fylkeslegenes rapporter viser at mange av dem gikk meget detaljert og kritisk til verks. Fylkeslegen i Sør-Trøndelag skrev en rapport på 37 sider; også fylkeslegen i Hordaland sendte inn en omfattende rapport. Andre fylkesleger var imidlertid knappere. Flere av rapportene inneholder omfattende vedlegg. Helsedirektoratets egen oppsummering av rapportene er på syv godt poengterte sider.[1189]

I 1991 gjaldt det særlige, fra nå av kalt felles, tilsyn egenkontroll i institusjonshelsetjenesten, kommunehelsetjenestens tiltak for barn og unge og helsetjenester for mennesker med psykisk utviklingshemning. I 1992 gjaldt fellestilsynet fengselshelsetjenesten og egenkontrollen i kommunehelsetjenesten og i 1993 kvalitetssikring av forskrivning, håndtering og bruk av legemidler. Tilsynet ble noe amputert i 1992. Fire fylkesleger sendte ikke inn rapporter og flere sendte sin rapport etter fristens utløp. «Opplegget har vært for lite metodisk», skriver direktoratet i sin oppsummering, og deler ansvaret med fylkeslegene.[1190] 1992 ble et stressende år for begge parter, men direktoratet tar ikke svakhetene i fellestilsynet dette året for alvorlig. Direktoratet var begynt å se fremover. Men det direktorat som nå vokser frem i kjølvannet av Norbom-prosessene, blir et mer selvbevisst, mer tilsynsbevisst og mer styringsopptatt direktorat enn fylkeslegene hadde vært vant til. De, eller mange av dem, hadde delvis bedt om noe slikt selv, men når de nå fikk det, likte de det bare sånn passe, skjønt noen, særlig de eldre, mer enn andre. Det skulle bli noe av grunnen til at det «nye» direktorat gikk inn i en periode som ble mer krevende enn den nye direktoratsledelsen hadde ventet, og som skulle avsluttes med uro på toppen og med at direktoratet i gammel forstand ble helt avviklet og gjort til et rettsliggjort helsetilsyn. Restene av det gamle direktorat skulle så gjenoppstå som et nyorganisert direktorat.

Vi ser at i 1991 og 1992 skulle fylkeslegene se nærmere på egenkontrollen. Rapportene viser, særlig den for sykehusene (1991), at sykehusene, og for så vidt fylkeslegene, var usikre på

[1187] «Fylkeslegenes særlige tilsyn i 1990 – felles satsningsområder», brev fra Helsedirektoratet til fylkeslegene av 19. februar 1990; saksnummer 90/01712.
[1188] «Momentliste – fylkeslegenes særlige tilsyn i 1990», brev av 22. februar 1990; saknr. 90/01712.
[1189] «Oppsummering av fylkeslegenes særlige tilsyn 1990», datert 20. august 1991. Oppsummeringen har saksnummer 90/01712 (406, boks 18).

[1190] «Oppsummering av fylkeslegekontorenes felles tilsynsområde - egenkontroll i kommunehelsetjenesten i 1992», datert 29. juli 1993; saksnummer: 91/06547. Vi skal nevne at direktoratet i sine konklusjoner (s. 6-7) nevner at fylkeslegerapportene «avviker betydelig fra de spørsmål direktoratet har stilt». Det heter også at rapportene varierer så mye i omfang og detaljeringsgrad at det ikke er mulig å si om det som skrives er uttrykk for forskjeller i tjenestepraksis eller i tilsynspraksis og tilsynsrapportering.

hvordan de skulle forstå egenkontroll og fylkeslegene dermed også hvordan de skulle føre tilsyn med egenkontrollpraksisen. I et notat skrevet av en konsulent i helserettsavdelingen, Gunhild J. Røstadsand (f. 1964), høsten 1993, summerte hun (avdelingens syn) opp slik: «Prinsippet om egenkontroll har til nå ikke fått tilstrekkelig gjennomslag». Hun nevner at prinsippet inntil 1992 hadde hatt en svak rettslig hjemmel, men det er åpenbart at de som skulle stå for den ikke var helt sikre på hvordan de skulle gå frem. Hun legger forhåpningsfullt til: «Både fylkeslegene og Helsedirektoratet er iferd med å forberede overgang til et effektivt tilsyn med egenkontrollsystemene».[1191] Vi kan ellers konstatere at det siste tilsynet med egenkontrollen viser at den av mange fylkesleger ble forstått nærmest som kvalitetskontroll. Hvorom alt er, så ser vi at et avgjørende punkt i det nye tilsynet, egenkontroll, knapt kom til å spille noen dynamisk rolle i løpet av Helsetilsynslovens første tiår, altså hele den perioden vi nå omtaler.

Medisinalmeldingene fortsatte å være en slags generelle tilsyns- og tilstandsrapporter. De ble imidlertid gradvis strammere og mer basert på overvåknings- og kontrollpregede spørsmål. De ble mer mål- og resultatorienterte. I de siste meldingene i vår periode, 1994-meldingene, var «meldingsoppdraget» til fylkeslegene organisert under de to overskriftene, Kommunehelsetjenesten og Fylkeshelsetjenesten.[1192] Under disse overskrifter kom det så underoverskrifter. For kommunehelsetjenesten var det Personellressurser, Helsetjenesten for spesielle grupper og Medisinsk rehabilitering og habilitering. For fylkeshelsetjenesten var det Somatiske helsetjenester (særlig ventelistesituasjonen), Reumatikeromsorgen, Ambulansetjenesten, Organisatoriske endringer i sykehushusstrukturen, Kvalitetsutvalg for somatiske og psykiatriske sykehus, Helsemessig beredskap, og Psykiatriske helsetjenester – akutt psykiatri. Til slutt kom der et eget avsnitt om Klagesaker. Under hver overskrift kom der en bestilling i form av nokså konkrete spørsmål. Under Personellressurser i kommunene ble det blant annet spurt: (2) «Har det skjedd endringer i personellsammensetningen i kommunene, og i tilfelle hvilke? Er budsjetterte stillinger besatt med forutsatt stillingskategori? Innen hvilke personellkategorier er det størst problemer med ubesatte stillinger?» Under fylkeshelsetjenesten, Reumatikeromsorg, ble det spurt: «I Stortingsmelding nr. 50 er tilbudet til reumatikere nevnt spesielt. Hvordan er tilbudet til reumatikere organisert – egen sykehusavdeling, sykehuspoliklinikk, praktiserende spesialister? Har man tilbud om reumakirurgi i fylket? Hva er eventuelt «normal» ventetid for dette?». Under Klagesaker ble det blant annet spurt: «Hvordan fordeler innkomne klagesaker seg på de ulike yrkesgruppene i helsevesenet i forhold til oppførsel/atferd og yrkesutøvelse?»

Meldingsoppdraget inneholder intet direkte om tilsyn. Tilsynet forsvinner, som en del av nedsiden i kontrolloppdraget og dette er igjen en del av den nye styringsformen, mål- og resultatstyringen.

I «Røynslemeldinga», som altså ble lagt frem våren 1990, skriver departementet meget målstyringsoffensivt om den statlige styring av kommunehelsevesenet (kap. 9). Her lanseres blant annet (s. 123) «Informasjons- og overvakingssirkelen», det som ble til Styrings- og

[1191] Notatet vi har sitert fra har overskriften «Den «regionala tilsynskonferens» i Jønkøping», og er altså et notat skrevet for den nevnte konferansen. Det er datert Rostad/Jønkøping 30. august 1993 (GJR), men det eksemplar vi har (fått av en medarbeider i direktoratet), har ikke fått noen saks/arkivreferanse. Sitatene er fra s. 1. Notatet er en orientering om tilsynet i Norge, men spesielt klagebehandlingen.

[1192] Helsedirektoratet laget en samlerapport av meldingene, kalt «Oppsummering av fylkeslegenes medisinalmeldinger 1994». Den er på 68 sider. Selve rapporten har intet arkivnummer. Vi har brukt et eksemplar som har tilhørt en av medarbeiderne i direktoratet. Sitatene nedenfor er fra s. 1, 32 og 65.

informasjonshjulet («Hjulet») for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Det ble gjort operativt, som vi har nevnt, fra 1992 og var et system for potensielt løpende kvantitativ overvåkning av og kontroll med den lokale helse- og sosialtjeneste. For departementet ble «Hjulet» snart et potensielt viktig kontrollinstrument. 7. juni 1993 holdt således departementet et møte med fylkesmennene, fylkeslegene og direktoratet om tilsynsvirksomheten med kommunene.[1193] Ett av innleggene på møtet gjaldt «Praktisk gjennomføring av aktivt tilsyn med kommunene. Hjulet som virkemiddel i dette arbeidet». Det var byråsjef Jan Tvedt som holdt innelegget. På møtet innledet og deltok begge statsråder og to ekspedisjonssjefer; departementsråden hadde innkalt til møtet. Selv om «Hjulet» først kom mot slutten av vår periode og slik ikke ble av større betydning før senere, var det nok et uttrykk for statens voksende styrings- og kontrollambisjoner.

Som et uttrykk for den økte statlige styring av og kontroll med de lokale myndigheter ønsket det forvaltningspolitiske departement å samle de statlige tilsyns- og kontrollorganer på fylkesnivå. Dette ønske gav seg utslag i at der fra 1990 i fire fylker, Hedmark, Rogaland, Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag, ble satt i gang forsøk med samordning av embedene for fylkesmannen, fylkeslegen og skoledirektøren, under fylkesmannen. Forsøkene skapte varierende, men stor sett beskjeden, begeistring ved de berørte fylkers fylkeslegeembeder. Siden skulle forsøkene bli til institusjonell realitet og de siste rester av fylkeslegemedikrati forvitre.

Vi har sett at departementet før 1992 ikke var spesielt opptatt av tilsyn, og særlig ikke tilsyn i Helsedirektoratets regi. Det viser seg blant annet i at tilsyn ikke nevnes i budsjettene og det som etter at etatsstyringen kommer fra 1991–92 kalles tildelingsbrev (nevnt tidligere). For 1990, 1991, 1992 og 1993 sies intet om tilsyn. For 1994 står det at «Statens helsetilsyn har påbegynt arbeidet med utforming av tilsynsfunksjonen etter omorganiseringen. Departementet vil etter drøftinger med Helsetilsynet komme tilbake til prioriteringen av de ulike tilsynsfunksjonene». Det skjer, om enn i varierende konkret grad, gjennom budsjettet/tildelingsbrevet for 1995.

Misnøyereaksjoner: Spesielt om klagebehandlingen

Vi har tidligere omtalt Hirschmans skille mellom misnøyereaksjonene «exit» og «voice». Klager fra pasienter på behandlere, institusjoner eller deres eiere er uttrykk for den siste, den «politiske» reaksjonen. Det å skifte behandler er uttrykk for den andre, den «økonomiske» reaksjonen. Men når det gjelder tjenester, særlig personlige sådanne, er ikke alltid skillet klart. Å skifte behandler kan ofte sees på som en «politisk» reaksjon; den kan være følelsesladet på en helt annen måte enn det å gå fra ett produkt, for eksempel ett vaskemiddel, til et annet. Enda tydeligere blir dette når det gjelder det vi kunne kalle samlivsvalg, som å bytte partner, arbeid (kolleger) eller bosted (naboer). Selv om skifte av personlig tjenesteyter og samlivspartner er blitt litt enklere etter hvert, er det fortsatt så emosjonelt krevende at «exit» kan sees på som «voice-preget» (og «politisk»). Det er også grunn til å se på misnøyereaksjonene på en langt mer kontinuerlig enn trinnpreget måte. En legekonsultasjon er i noen grad samhandlingspreget og kan, inneholde «korreksjoner» i begge retninger: Legen

[1193] Møteinnkallelsen («Møte med Sosialdepartementet 21. ds. om tilsynsvirksomheten overfor kommunene») hadde direktoratets arkivnummer 93/03664-001.

kan forsøke å «korrigere» («irettesette») pasienten og pasienten legen underveis, gjerne flere ganger. I psykiatrien kan et slikt korreksjonsmoment, endog en konflikt, spille en betydelig rolle. Når konsultasjonen er over kan begge parter sitte igjen med litt negative følelser. Legen er da i praksis blitt utsatt for «voice» og han eller hun kan lure på om pasienten vil gå videre med sin misnøye, til andre personer (pasienter), til mediene, til legen (skriftlig), til arbeidsgiveren eller til fylkeslegen. Jo mer pasienten tyr til de siste former for «voice» jo mer får den preg av klage. Hvis pasienten klager til, eller besværer seg overfor, behandleren eller institusjonen, kan det resultere i samtaler og at pasienten velger ikke å gå videre med sin misnøye. Klage i formell (juridisk) forstand blir den «politiske» reaksjonen først når den går til fylkeslegen (eller direktoratet, som dog først vil sende saken videre til fylkeslegen). Misnøyen kan også gi seg utslag i en ekstra sterk reaksjon, nemlig når en pasient går til søksmål mot legen eller den behandlende institusjon, for eksempel med krav om erstatning (og annen straff). Ansøkning om pasientskadeerstatning etter den offentlige, «objektive» erstatningsordningen, eller billighetserstatning, er mildere former for reaksjoner, siden den misfornøyde ikke ber om at noen skal gies skyld og straffes.

Tjenesteytere, medregnet institusjonseiere, kan også «be» om reaksjoner, men da gjerne både misnøye- og tilfredshetsreaksjoner. Det kan de gjøre gjennom spørreskjemaordninger knyttet til behandlingen. Slike ordninger begynte å komme i den perioden vi ser på, men ble vanligere, ja, svært vanlig, senere. Tilfredshetsundersøkelser kan også gjøres av andre, som myndighetsorganer og forskere eller forskningsinstitusjoner. Slike ble gjennomført i vår periode, men også disse ble vanligere senere.

Tilsyn er ikke minst kontroll med at helsevesenet og dets aktører ikke opptrer slik at publikum og pasienter blir misfornøyde. Misnøyereaksjoner, men spesielt de formelle (klager) er, som vi har pekt på, tilsynsrelevante i den forstand at de, spesielt hvis de resulterer i reaksjoner, kan virke forebyggende. Men også andre former for misnøyereaksjoner, som medieoppslag om påstått svikt i behandlingen og (funn i) spørreskjemaundersøkelser har en mulig forebyggende virkning. Spørreskjemaundersøkelsene kan dog også virke dempende på det misnøyeinntrykk som klager og avisoppslag – «ensidige» som de ofte er – kan skape: Slike undersøkelser kan, og gjør gjerne det, vise at misnøyen ikke dominerer. Vi skal legge til at misnøyereaksjoner hovedsakelig dreier seg om kliniske tjenester. Den viktigste unntagelsen er noen klinisk pregede forebyggende tjenester, som vaksinasjoner. Noen kan føle seg kallet til å klage over utilfredsstillende miljørettede forebyggende tiltak eller snarere, mangel på tiltak, men slike klager blir snarere å betrakte som politiske innlegg; borgere har ikke formell klageadgang i slike saker.

I det følgende skal vi først og fremst se på pasientklagene og hva de umiddelbart fører til. Vi skal til slutt, for å sette klagefunnene inn i en bredere tilfredshets- og misnøyesammenheng, referere noen funn fra en undersøkelse av pasienters tilfredshet med leger, utført i mai 1987.

Misnøyereaksjoner: en klassifikasjon

Pasienters misnøye kan være knyttet til alle ledd i den kliniske kjeden, men også noe som går utover kjeden og formålet med den. Tar vi først utgangspunkt i kjeden kan misnøyen gjelde det som skjer før behandlingen, i første rekke *adgangen* til (en bestemt) behandling eller omsorg. Den kan videre gjelde det som skjer i løpet av den kliniske prosess (omsorgsprosessen). Her er (svikten i) tjeneste*kvaliteten* av spesiell interesse, men kvalitet

omfatter da ikke bare kjernetjenesten, men også den omsorg den er integrert i. Endelig kan den gjelde sider ved det som skjer etter at en pasient er kommet ut av et avgrenset forløp. Pasientene kan få mer eller mindre uforutsette (bi)virkninger av behandlingen eller oppfølgingen kan svikte (det taes ikke nok hensyn til at forløpet egentlig ikke har noen annen slutt enn døden). Med det som går utover kjeden eller forløpet mener vi svikt i pasientenes person(vern)interesser, for eksempel det at pasienter ikke har fått tilgang til sin journal, at behandlere ikke har overholdt sin taushetsplikt, at behandlere på andre måter har opptrådt krenkende eller at pasienter er blitt utsatt for urimelig frihetsberøvelse og uønsket (tvangs)behandling (i den psykiatriske tjeneste eller i forbindelse med behandlingen av personer med særlig farlige smittsomme sykdommer).

Hvis pasienter handler på grunnlag av sin misnøye kan det skje på ulike vis, fra det uformelt, mer eller mindre dialogiske – men også fornærmende, via det «besværende» til det formelt klagefremmende eller saksøkende. Det første skjer ved at (potensielle) pasienter kontakter tjenesteytere og ber om å få slippe til, får nei, men ikke uten videre gir seg og forsøker å overtale eller «krangle» seg til adgang. Det skjer også ved at pasienter i løpet av den kliniske prosess, mer eller mindre tydelig og provoserende, forsøker å påvirke behandleren eller behandlerne både til å gi dem en bestemt behandling behandlerne er skeptiske til eller endre på måten de behandler og forholder seg til pasienten på. Det kan videre skje ved at pasienter tar kontakt angående det de mener er bivirkninger eller manglende oppfølging og slik forsøker å få bedre oppfølging. Endelig kan det skje ved at pasienter spontant eller i etterkant kan reagere på behandlernes adferd og be dem endre den. I dette siste tilfelle kan også diskusjoner om pasientenes adgang til å få se (hele) sin journal være et tema. Slik, nokså uformell «voice» (klaging), er det liten sikker oversikt over, men der begynte å komme noen undersøkelser som gav et visst inntrykk av omfanget av slik klaging.

Besværinger er klager til behandlere eller deres arbeidsgivere. Slike blir behandlet gjennom en eller annen form for kommunikasjon og kan enten få sin endelige avklaring mellom disse partene eller bli til en mer formell klage til fylkeslegen eller direktoratet, eller til ansøkning om erstatning (billighetserstatning eller NPE-erstatning) eller til søksmål (med krav om straff og evt. erstatning). Klage, eller anmeldelse, kan også bli sendt inn etter initiativ fra tilsynsmyndigheten. Undertiden er medieoppslag utgangspunktet for klager, erstatningskrav og anmeldelser. Vi skal i det følgende først se kort på den første typen pasientlige misnøyereaksjoner og så, mer utførlig, si noe om utviklingen av klagepraksisen og klagesaksbehandlingen. I det første tilfelle skal vi begrense oss til å se på (primært uformelle) reaksjoner på leger og deres praksis.

Misnøyereaksjoner: de uformelle

Utviklingen av de uformelle misnøyereaksjoner har vi, naturlig nok, ikke særlig oversikt over. Fra vår periode, men enda mer fra tiden etterpå, er det imidlertid gjort spørreskjemabaserte undersøkelser som gir et visst inntrykk av misnøyen, men også tilfredsheten. Vi var selv med på en slik undersøkelse i vår periode, nemlig i mai 1987, og skal bruke den som grunnlag for noen betraktninger. Vi skal imidlertid først kort si noe om noen funn gjort i en stor internasjonal metaundersøkelse av pasienters tilfredshet med leger.

Sosialpsykologene Judith Hall (f. 1946) og Michael Dorman stod bak den internasjonale undersøkelsen.[1194] Den baserte seg på 107 studier. De fant at de generelle tilfredhetsrater lå i området mellom 0,76 og 0,84 på en skala fra 0,00 til 1,00, men at vurderingene lå lavere for mer konkrete sider ved legenes praksis. De nådde høyest for generell kvalitet og menneskelighet, deretter fulgte kompetanse og utfall (ned til 0,60). Lavest lå vurderingene for tilgjengelighet (0,42), informasjon (0,40), pris (0,28), «byråkrati» (0,24) og oppmerksomhet overfor psyko-sosiale problemer (0,15). Studien sier ikke eksplisitt noe om misnøyereaksjoner, inkludert «exit»-reaksjoner, men den viser at fornøydheten dominerer. Når den generelle tilfredsheten er så høy, viser det også at det pasientene er minst fornøyd med, er de sider ved behandlingen og omsorgen de er minst opptatt av. Studien gjelder undersøkelser gjort i første del og litt før begynnelsen av vår periode. Den reflekterer nok derfor en tid da kulturen var preget av forholdsvis «underdanige» pasienter, altså pasienter som i utgangspunktet var tilbøyelige til å være tilfredse.

Undersøkelsen vi utførte ble foretatt av Markeds- og Mediainstituttet (MMI) og omfattet et tilfeldig utvalg på 1206 personer i Norge over 15 år. Vår undersøkelse ble gjort på et tidspunkt da forbrukerrevolusjonen hadde satt seg (1987), men ennå ikke hadde slått tungt inn i helsevesenet.[1195] Våre funn ligner imidlertid på dem vi nettopp har referert fra meta-studien. 44 og 40 prosent svarte at den legen de oftest gikk til var svært eller nokså dyktig. På spørsmål om de syntes legen gav dem nok tid under konsultasjonen svarte 45 og 37 prosent ja, i stor eller nokså stor grad. Andelene for hvor mange som oppfattet legen som svært eller nokså omsorgsfull var 31 og 38 prosent. Folks almene tilfredshet etter en konsultasjon var på 50 og 44 prosent for meget og nokså stor. For sykehusleger (svarerne sist hadde vært hos) er tilfredshetsandelene omtrent like høye som for almenlegene når det gjelder faglig dyktighet (52 svært dyktig, 31 prosent nokså dyktig), men litt lavere når det gjelder omsorgsfullhet (21 og 27 prosent for de to høyeste vurderingene).

Med slike holdninger skulle det bli få eksplisitte misnøyereaksjoner, både «exit»-reaksjoner og «voice»-reaksjoner. I vår undersøkelse av folks holdninger til almenleger var det imidlertid 28 prosent som hadde skiftet lege på grunn av misnøye (og 69 prosent som ikke hadde gjort det; 3 pst. hadde ikke svart). Blant de 28 prosent var det et lite flertall, 16 prosent, som bare hadde skiftet lege én gang. Når det gjelder «voice»-aktivitet spurte vi om utvalgsmedlemmene har uttrykt kritikk av sin lege overfor andre (ikke direkte overfor legen). 6 prosent svarte «ofte», 19 prosent «av og til», 23 prosent «sjelden» og 52 prosent «aldri». På den positive siden hadde 14 prosent ofte og 31 av og til anbefalt en bestemt lege overfor venner og bekjente. Flere var altså positive enn negative markedsførere av sin lege. Vi har inndelt legene, som de oppfattes av pasienter, som «autokrater», «patere», «forretningspersoner» og «aktiviserere» (basert på hvor hierarkisk og avgrenset somatisk/sosialt helhetlige de er). De to siste rollene er de mest moderne. Det viser seg da også at pasientene, selv om de selv opptrer «tradisjonelt» (som «undersåtter» eller «tradisjonelle pasienter»), foretrekker de «moderne», og spesielt de aktiviserende, legene. Ettersom pasientene også blir mer «moderne», det vil si mer «kunder» (forretningsmessige og svært lite underdanige) og «deltagere» (dialogiske og svært lite underdanige), blir pasientene mer fornøyde med sine leger, men også mer «evaluerende». Det siste betyr at de blir mer tilbøyelige både til å være «troløse» (særlig

[1194] Judith A. Hall og Michael C. Dornan, «What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of the Satisfaction Literature», *Social Science and Medicine*, bind 27, 1988, s. 935-939.

[1195] Ole Berg og Per Hjortdahl, *Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger*, Oslo: Universitetsforlaget, 1994. De tall vi refererer er hentet fra kapitlene 5 og 6.

«kundene») og kritisk utfordrende. Vi kan slik for så vidt få både flere legefornøyde pasienter og flere «utro» og utfordrende – blant annet klagende, pasienter. Det er mot denne bakgrunn vi kan tolke de tall som finnes om utviklingen av klageomfanget og andre «voice»-reaksjoner i den perioden vi ser på.

Misnøyereaksjoner: de formelle

Går vi tilbake til tiden før krigen arbeidet de fleste klinikere i praksiser og andre mindre organisasjoner. Kritikk overfor helsevesenet kom da i hovedsak direkte til tjenesteyterne. Men fordi slik kritikk da gjerne ble personlig, og fordi den tidens tjenesteytere gjerne var nokså paternalistiske og pasientene både relativt underdanige og dessuten avhengige av sine behandlere, fikk den ikke særlig omfang. Ettersom mer av praksis etter krigen flytter inn i stadig større organisasjoner og får ikkebehandlende ledere og eiere, blir det lettere å klage; den klagende sårer sjeldnere og sjeldnere direkte den det klages på. Denne utviklingen skyter fart med demedikratiseringen som for alvor slår inn fra 1970-årene av. En lignende utvikling skjer nå også i mye av vareproduksjonen og den øvrige tjenesteytelsen. Noe av grunnlaget for 1980-årenes forbrukerrevolusjon kan ligge her: Objektene for misnøyen blir fjernere og mer upersonlige.

Mye, antagelig langt det meste, av misnøyereaksjonene i helsevesenet var relativt uformelle og til dels bare muntlige. Vi har ikke oversikt over disse reaksjonene og kritikkmottagernes reaksjoner. Vi må konsentrere oss om de (forholdsvis) formelle klager.

Det er interessant at den gamle lovgivning ikke direkte inneholdt bestemmelser om klageadgang og klagebehandling. Den gjorde det bare indirekte, gjennom de plikter den påla helsepersonell og lenge i første rekke tann/leger. Ja, før krigen fantes, som vi har sett, slike plikter nesten bare for leger, jordmødre, farmasøyter og tannleger. På et vis kunne vi også ta med alternative behandlere her (kvaksalverlovgivningen). Den viktige unntagelsen er knyttet til lovgivningen for institusjoner som asylene og i noen grad andre omsorgs- og oppbevaringsinstitusjoner (leprainstitusjoner, tuberkuloseinstitusjoner). I slike «totale» institusjoner spilte tvang en viktig rolle; pasienthensynene ble her vanskelige å se helt bort fra. Men at det var slik, altså at lovgivningen henvendte seg til datidens makt og mektige er ikke så underlig. Samfunnet var et øvrighetssamfunn; øvrigheten sørget også for den, også i overført forstand, uformuende almuens beste. Innen klinikken var den selvsagte pater, legen, men i bakgrunnen «lurte» også, av og til til legenes ergrelse, den rettsbaserte – og juristbaserte – staten. Vi minner imidlertid igjen om at den lovgivning som gav legen plikter og dermed pasientene rettigheter først kom i 1927. Før det stod den medisinske paternalisme så sterkt at det ikke var nødvendig å formalisere legens plikter; de fulgte av den uformelle legeetikken. I ytterste fall fantes dog straffeloven (1902) og erstatningsretten (culpa-normen). Etter krigen vokser, som vi har sett, lovgivningen og kommer etter hvert til å omfatte alle aktuelle yrkesgrupper: Slik føres i noen, om enn redusert og generalisert, grad helsefagstyret videre. Denne lovgivningen mister imidlertid litt, men ikke meget, av sitt paternalistiske preg ved at pasienter får noen rettigheter på egne premisser. Det gjelder for eksempel legeloven (1980), som gir pasienter rett til journalinnsyn (§ 46) og tannhelsetjenesteloven (1983) som gir bestemte grupper rett til nødvendig tannhelsehjelp (§ 2-1). Men det viktigste er at institusjonslovgivningen ekspanderer. Staten – og dens forlengelse gjennom lokale myndigheter, en kombinert retts- og nyttestat, blir den mer og mer dominerende pater, men en

ytterst upersonlig sådan. Litt, men bare litt, av denne lovgivningen inneholder imidlertid selvstendige pasientlige rettigheter. Statligheten modifiseres slik litt. Modifikasjonene finner man i kommunehelsetjenesteloven (1982), gjennom bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp, § 2-1. Det bør nevnes at en spesiell lov som lov om svangerskapsavbrudd (1975) gav gravide kvinner en direkte rettighet.

Det ble, som vi har sett, tatt initiativ midt i vår periode til å få en egen pasientrettighetslov. Vi har også sett at initiativet ikke førte frem. Den første pasientrettighetsloven kom først i 1999. Men også den hadde noe paternalistisk over seg: Det var den store øvrighetsinstitusjon, staten, som *gav* borgerne et sett av rettigheter (riktignok var staten formelt i denne sammenheng folkets valgte representanter), nemlig rettigheter til, når de ble pasienter, å «pålegge» «alle» andre plikt til å betale for den behandling de «krever». Paternalismen blir ikke helt borte før tilgjengelighetsvilkårene blir til frivillig inngåtte (forsikrings)avtaler. Man kan for så vidt se på den forsiktige, men gradvise innføring av «indirekte» pasientrettigheter i løpet av vår periode som uttrykk for at staten ikke bare ble mer styrende, men også mer paternalistisk. Det er også et uttrykk for paternalisme at rettighetene ikke ble helt presist beskrevet. Det skyldes nok i noen grad at det var vanskelig å gjøre det, men først og fremst at staten ikke ønsket å gjøre det.

Den ønsket det ikke delvis fordi den, og dens kliniske representanter, visste best selv (paternalisme) og delvis fordi den fryktet de økonomiske konsekvenser av rettigheter som lett, slik den velferdskultur staten selv hadde vært med å bygge opp, kunne bli definert som nokså «altomfattende». Det er et uttrykk for dette siste at der i forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven ble tatt forbehold om kommunens økonomiske evne når det gjaldt forståelsen av pasientenes rett til «nødvendig helsehjelp». Kommune-Norges opposisjon mot et rettighetsaktivistisk helsedirektorat, og departementets ønske om selv å overta det overordnede tilsyn (1991–92), skyldes også i stor grad hensynet til økonomi. Men det at rettighetene slik hovedsakelig ble indirekte formulert (som plikter for tilbyderne), og når de ble mer direkte formulert, ble uklart formulert, åpnet jo for klager. Ja, i takt med forbrukerbevissthetsutviklingen åpnet de for stadig flere klager. Slik gikk det også. Klageomfanget, og også omfanget av erstatningsansøkninger, økte gjennom perioden.

Nyttestatlig plantenkning preget i økende grad den norske stat etter krigen. Ved overgangen til 1950-årene kom der reaksjoner på utviklingen, fra (deler av) partiet Høire, med også fra en del jurister – endog jurister med tilknytning til Arbeiderpartiet. Kritikerne mente den nye planstaten kunne true borgernes *borgerlige* rettigheter. Regjeringen og Arbeiderpartiet kom da noe på defensiven og der kom etter hvert en rekke ordninger som skulle hindre at planstatligheten ble en borgerlig rettssikkerhetstrussel. I 1962 kom så ombudsmannsloven, i 1967 forvaltningsloven og i 1970 offentlighetsloven. I 1978 kom den allerede omtalte personregisterloven; så kom forbrukerlovgivningen. Disse lovene begrenset statens suverene myndighetsutøvelse og gav borgere både innsyns- og klagerett. Selv om staten vokser og blir mer ambisiøs – den blir «den nye staten», en stat som blir ambisiøst målstyrende – må den altså utfolde sine ambisjoner innen de rammer og begrensninger den «makttemmende» lovgivningen gir. Det gjaldt også innen helsevesenet. Her forble imidlertid både innsyns- og klageretten begrenset. Spesielt viktig er det at beslutninger i helsevesenet, med noen unntagelser, ikke ble og blir sett på som forvaltningsbeslutninger, altså som myndighetsutøvende.

Eksplisitt klagerett fikk pasienter eller borgere i vår periode bare ved avslag på innsyn i journal (om dem selv) (1980), og ved nektelse av «nødvendig helsehjelp» i

kommunehelsetjenesten (1982) eller, for visse grupper, «nødvendig tannhelsehjelp» (1983). Men fylkesleger og direktorat har «en viss plikt», skriver Asbjørn Kjønstad, til å «foreta undersøkelser når det kommer klager». Han henviser i den forbindelse til helsetilsynsloven og den tilsynsplikt den gir de nevnte instanser. Denne loven fikk imidlertid ingen regler om klagebehandling. Olav Molven (f. 1948), lederen for Helsetilsynets klagesaksprosjekt (1995–1997), kunne derfor konstatere i sin sluttrapport om klagesaksprosjektet, at «Adgangen [til å klage] må sannsynligvis sies å være sedvanerettslig forankret». Han nevner videre at hvordan tilsynsmyndigheten skal forholde seg til klager heller ikke er uttrykt klart i lovgivningen. Han legger til at (den sedvanerettslige) klageretten og tilsyns- og personellovgivningen sett i sammenheng gir «tilsynsmyndighetene både … en rett og en plikt til å behandle pasientklager».[1196] Den nevnte lovgivningen gir heller ingen klare anvisninger på hvordan klager skal behandles. Den forutsetter bare at «tilsynsmyndighetene skal behandle avvik fra krav som følger av lov og/eller forskrift». Hvilke konklusjoner «avvik» skal resultere i, gies det heller ingen generelle bestemmelser om. For en del av personellgruppene, som leger og tannleger, men ikke alle, gies det imidlertid i personellovgivningen, som nevnt, anvisninger om hvilke reaksjoner som kan gies, nemlig tap av eller begrensing av autorisasjonen (godkjennelsen), advarsel og tilrettevisning. Personell kan i tillegg få kritikk, som da imidlertid er en uformell reaksjon. Fylkeslegene kan ikke, noe de jo gjennom hele perioden mislikte, vedta formelle reaksjoner; det kan bare Helsedirektoratet. De kan imidlertid gi uformell kritikk, som en del av den generelle veiledning de eksplisitt er pålagt å gi.

Det ligger i sakens natur at de ulike reaksjonsformene brukes etter hvor *alvorlige* «avvikene» har vært. Det er imidlertid ikke klare regler for å bestemme graden av alvorlighet og hva den må være for at reaksjonen skal bli den ene eller annen. Om behandlingen av klagesaker hos tilsynsmyndigheten skriver Molven at den:

> *styres dels av alminnelig saksbehandlingslovgivning, dels av spesiallover som også har saksbehandlingsregler, og dels av ulovfestede forvaltningsrettslige krav til forsvarlig saksbehandling. Mer presist kan det sies at de avgjørelsene og reaksjonene som regnes som enkeltvedtak, styres av forvaltningslovens og profesjonslovgivningens regler, mens avgjørelser som ikke er enkeltvedtak styres av det alminnelige forvaltningsrettslige prinsippet om forsvarlig saksbehandling og unntaksvis av spesielle regler i profesjonslovene.*

Molven konkluderer slik: «Samlet etterlater gjeldende rettsregler om klagesaksbehandling og tilsyn med og reaksjoner mot helsepersonell og helsetjeneste en rekke uklarheter».[1197]

Vi har sett at fylkeslegene behandler klagesakene først. Saker som først sendes direktoratet blir således normalt sendt derfra til den aktuelle fylkeslegen for førsteinstansbehandling. Hvis fylkeslegene, etter å ha gjort nærmere undersøkelser, finner at en klage ikke gir grunnlag for reaksjoner er saken (normalt) avsluttet. Hvis en fylkeslege finner at saken krever råd og eventuelt (uformell) kritikk kan han eller hun gi slike, og dermed (normalt) avslutte saken. Klagere kan være misfornøyde med en fylkesleges «avslutning» av en sak og klage på «avslutningen». Da sendes saken til Helsedirektoratet for endelig avgjørelse. Hvis en

[1196] Olav Molven, *Klagesaksprosjektet – sluttrapport*, Oslo: Statens helsetilsyn, 08.01. 1997, s. 4. Det neste sitatet er fra s. 5.

[1197] De to siste sitatene: Molven, *op. cit.*, s. 5.

fylkeslege finner at en sak er mer alvorlig og kan kreve formelle reaksjoner, oversendes den direktoratet for endelig avgjørelse. Disse, mer eller mindre formelle, reglene[1198] ble gradvis konkretisert gjennom praksis. Det samme skjedde med behandlingen innad i direktoratet.

Etter at helserettsavdelingen kom i virksomhet i 1989, ble klagesaksbehandlingen innad i direktoratet gradvis mer systematisert (regulert). Det var den nye avdelingen som i første rekke stod for denne systematiseringen, og for så vidt for demedikratiseringen og rettsliggjøringen av den interne klagesaksbehandlingen. Noe av det samme skjedde, om enn ikke i så utpreget grad, ved fylkeslegekontorene; kontorsjefene dyttet på i systematiserende retning. Dyttingens virkning var avhengig av fylkeslegens interesse for og forståelse av jus.

Vi skal i første rekke redegjøre for hvordan saksbehandlingen var ved vår periodes utløp, eller litt i etterkant av den (1995–1996). Vi baserer oss på Olav Molvens meget grundige sluttrapport fra Klagesaksprosjektet.[1199]

Når sakene ble mottatt i direktoratet ble de, etter arkivregistrering, sendt til helserettsavdelingen. Etter denne avdelingens opprettelse var det altså en juridisk ledet og bemannet avdeling som hadde ansvaret for sakene; tidligere var det avdelinger med helsefaglig ledelse som «eide» dem. Klagesaksbehandlingen ble derfor et symbolsk viktig uttrykk for tilsynsutviklingens rettsliggjøring og for direktoratets begynnende omdannelse fra direktorat til tilsyn.

Helserettsavdelingen vurderte først sakene og sendte dem så til helsefaglig vurdering – for å få de helsefaglige fakta frem og vurdert. I de fleste saker stod den aktuelle helseavdeling i direktoratet for denne utredningen og vurderingen, men undertiden ble saken også sendt til eksterne eksperter. Sakene gikk frem og tilbake mellom helserettsavdelingen og helsefaginstansene før den første utarbeidet en endelig uttalelse. Var der uenighet mellom juristene og helsefagfolkene kunne saken bli diskutert i et møte, eller sendt ledelsen til avgjørelse. Hvis en uttalelse endte med en formell reaksjon ble saken sendt til direktoratsledelsen for endelig vurdering og avgjørelse.

Molven bemerker at de juridiske saksbehandlere var yngre konsulenter, stort sett uten særlig erfaring fra helsevesenet (før de kom til direktoratet/tilsynet), mens helsepersonellet i stor grad var eldre, klinisk erfarne, i noen tilfeller også forvaltningserfarne, leger. En del av legene var eksterne eksperter som arbeidet på timebasis for direktoratet. Juristene arbeidet «møysommelig … ut fra rettssikkerhetstenkning, reglene i forvaltningsloven, kravene til forsvarlig saksbehandling og god forvaltningsskikk..», og sendte ofte sakene tilbake til helsefagfolkene for nærmere vurdering av om det dreiet seg om «avvik». Helsefagfolkene la en mer skjønnsmessig verdi-middel-tenkning til grunn og tok ofte utgangspunkt i den påklagedes situasjon. Juristene syntes ikke helsefagfolkene alltid opptrådte tilstrekkelig uhildet. Molven forteller at i de sakene han har sett på var forslagene til reaksjon «klart forskjellige» mellom jurister og helsefagfolk i 15 prosent av sakene. I ytterligere 20 prosent av sakene viser korrespondansen han har studert, at der har vært uoverensstemmelser. I det første tilfelle ville helserettsavdelingen i alle tilfeller bortsett fra ett ha en strengere reaksjon

[1198] De ble formulert i brev fra Helsedirektoratet av 20. mars 1986.

[1199] Olav Molven var ansatt som førsteamanuensis ved Diakonhjemmets høyskole, men var i perioder engasjert av Helsetilsynet for å arbeide med juridiske spørsmål, i første omgang spesielt knyttet til det såkalte Klagesaksprosjektet.

enn helsefagavdelingene. I det annet tilfelle gikk sakene frem og tilbake en del ganger. Ble det ikke enighet endte saken hos ledelsen, som gav de to «parter» medhold omtrent like ofte.[1200]

Legene og andre helsefagfolk representerte fortiden; den formålsrettede og skjønnspregede, og delvis kollegiale, form for tilsyn. De unge juristene representerte det nye, jusbaserte tilsyn. Dragkampen de to grupper imellom er uttrykk for en del av den dragkamp mellom helsefagfolk og jurister som i noen grad preget Helsedirektoratets hverdag etter 1984. Nå kunne juristene, som vi har nevnt tidligere, begynne å ta litt igjen overfor legene (og de andre helsefagfolk). Men denne dragkampen kom jo nå ellers i skyggen av maktkampen mellom departement og direktorat. Som vi har sett, i denne siste maktkampen stod helserettsjuristene i direktoratet på linje med legene og direktoratet, til departementsjuristenes forskrekkelse.

Vi skal ikke gå nærmere inn på Molvens klagesaksprosjekt, men bare kort peke på at hans prosjekt er, eller blir, et uttrykk for juristenes forsøk på å føre rettsliggjøringen av klagesaksbehandlingen, og indirekte tilsynet generelt, videre i det nye Helsetilsynet. Prosjektet hadde effektivisering av klagesaksbehandlingen som et overordnet siktemål, men Molven viser også at Helsetilsynet ikke alltid klarer å ivareta hensynet til klageres, men til dels også påklagedes, rettssikkerhet. Han skriver således at tilsynsinstansene «ikke utøver sin myndighet aktivt nok i en del tilfeller … der det foreligger åpenbare svikt» og at de «på enkelte områder avvike[r] noe fra lovgivers forutsetninger for bruk av reaksjonstype ved å gi «mildere reaksjoner»». Med andre ord, fylkeslegene og direktoratet er fortsatt for preget av den gamle, medikratiske kultur. Ja, fylkeslegene er det i enda større grad enn direktoratet; de står det personell, særlig det legelige, det klages på, nærmere enn det legene og andre i direktoratet gjør. Han har også sett nærmere på fylkeslegenes behandling av klagene de får, og finner en god del variasjoner.[1201] Hans materiale er fra våren 1996, men det er usannsynlig at ikke disse variasjonene var minst like store i vår periode. Molven konstaterer at både tilsyns- og reaksjonslovgivningen «er sparsom, fragmentarisk og inkonsistent,…», og vil ha «mer enhetlige retningslinjer for fylkeslegene» og større grad av etterlevelse, både hos fylkesleger og i helsetilsyn, av de retningslinjer som finnes.[1202] Molven gir slik premisser for å forsterke tilsynets rettslige preg. Det fortsetter han for så vidt å gjøre godt utover vår periode. Ja, det var nærmest hans oppdrag å bidra til det. Hans premisser «faller» på fruktbar grunn.

Tabell 13.1. Antall klager mottatt hos fylkeslegene 1987–1989, etter klagegrunn; 13 av 19 fylkeslegekontorer. Enquete-undersøkelse

Klagegrunn	År			Prosentvis økning 1987–89
	1987	1988	1989	
Nektet helsetj.	15	31	72	380
Tvangsmedis.	177	220	261	48
Tekn. svikt	1	5	3	
Diagn./ter. feil	136	150	159	17
Oppfølg.feil	13	15	21	62

[1200] *Ibid*., s. 13.

[1201] Olav Molven, *Klagesaksprosjektet*, vedlegg 5, «Fylkeslegenes «siling» av klagesaker som sendes til Helsetilsynet», 8.1. 1997.

[1202] *Klagesaksprosjektet - sluttrapport*, s. 20-21.

Personaloppførsel	30	26	38	27
Service, mat etc.	1	2	0	
Samlet	373	449	554	48

Kilde: Eivind Falkum og Erik G. Nilsson, Pasienthenvendelser og -klager som grunnlag for læring i helsevesenet, SINTEF, Rapport nr. 89 11 02 – 1, s. 28.

Det foreligger ikke lett tilgjengelige og sikre opplysninger om klageomfanget til fylkeslegene. SINTEF-forskerne Eivind Falkum og Erik G. Nilsson utførte imidlertid i 1989–90 en undersøkelse om pasientklager for Helsedirektoratet (helserettsavdelingen) som sier noe om utviklingen fra 1987 til 1989 (og delvis 1990). Undersøkelsen hva gjelder klager til fylkeslegene er basert på en enquete, der 13 av 19 fylkesleger har svart. Undersøkelsen gir altså ufullstendige opplysninger om det totale antall klager, men sier noe om utviklingstendensen og om fordelingen av klagenes innhold. Det er god grunn til å tro at den tendensen som tegnes er representativ for hele landet. Resultatene av undersøkelsen er gjengitt i tabell 13.1.

Som vi ser øker klageantallet markert i løpet av bare tre år. Det er i første rekke det å ikke slippe til som viser stor vekst. Det er altså klager mot institusjoner som vokser mest, men omfanget av slike klager er moderat. Klager på behandlingen og på personellets adferd er langt større, men viser mer moderat vekst. Det er imidlertid en tydelig vekst i klager på oppfølgingen av pasientene. Hva gjelder omfang, er det klager på bruk av medikamentell tvang i psykiatrien som dominerer; her er det også en ikke ubetydelig vekst.

For så vidt som antallet møter mellom pasienter og helsevesen er meget stort, er klageomfanget meget lite. Selv om det øker, gir det slik inntrykk av at publikum ikke er spesielt misfornøyd med helsevesenet og helsetjenesteyterne. Som vi har sett, er det langt flere som er litt misfornøyd enn det klagantallet viser. Vi vet ikke hvor representative de som klager er. Det kan godt være en del av klagene ikke reflekterer særlig alvorlig svikt, men det kan også godt være at en god del flere har grunner som gjør at de kunne klaget. Når flere klager, tyder det på at den demedikratisering vi har sett preger hele perioden vi ser på, også slår inn kulturelt: Flere borgere har tapt noe av ærbødigheten overfor helsevesenet generelt og leger spesielt. Dog kan nok noe av klageøkningen skyldes den institusjonelle demedikratisering, altså at der er kommet flere ordninger som gjør klaging mulig og at ordningene får mer publisitet. Viktige i en slik sammenheng er også pasientombudene og Pasientforeningen; begge institusjoner kommer, som vi har sett, i løpet av den perioden vi ser på. Innføringen av pasientskadeerstatningen fra 1988 er et ekstra viktig tiltak for å øke klageomfanget. Nevnes her bør også at massemediene blir mer kritiske i løpet av perioden og at helserett får mer oppmerksomhet akademisk, forvaltningsmessig og på advokathold.

Falkum og Nilsson så også på antallet klagesaker de 13 fylkeslegene ferdigbehandlet selv, eller sendte videre til Helsedirektoratet, i løpet av de tre år. Når tvangsmedisineringssakene holdes utenfor – dem ferdigbehandler fylkeslegene selv – viser det seg at fylkeslegene ferdigbehandlet 78 prosent flere saker i 1989 enn i 1987 og sendte opp til direktoratet 21 prosent flere saker i 1989 enn i 1987. Fylkeslegene sendte opp 20 prosent av de aktuelle sakene i 1987, 17 prosent i 1988 og 14 prosent i 1989.[1203] Det kan være uttrykk for at sakene som gjaldt personell samlet sett ble mindre alvorlige.

[1203] Falkum og Nilsson, *op.cit.*, s. 29.

Falkum og Nilssons undersøkelse viser også at klagene i langt større grad gjaldt institusjons- enn primærhelsevesenet. I 1987 kom der 311 klager rettet mot institusjonshelsevesenet, 83 mot primærhelsevesenet. Tallene for 1989 er 410 og186. Selv om antallet klager rettet mot den førstnevnte instansen er klart størst, øker altså klager på den annen mer, nemlig med 32 mot 124 prosent.[1204]

I tabell 13.2 vises det samlede antall klager Helsedirektoratet fikk til behandling fra 1984 til og med 1988. Som vi ser, var det en jevn, men ikke dramatisk, økning.

Tabell 13.2: Klager Helsedirektoratet fikk til behandling fra 1984 til og med 1988

År	Antall klager	Pst.vis økn.	Pst. avgjort samme år	Pst. klager på leger av tot.	Pst. økning i legeandel
1984	132		77		
1985	142	7,6	82		
1986	117	-17,6	70	24	
1987	122	4,2	79	31	29,2
1988	152	25,0	80	38	22,6

Kilde: Falkum og Nilsson, *op.cit.*, s. 21.

Som vi ser, stiger klageantallet, men ikke jevnt og ikke dramatisk. Over hele perioden stiger klageantallet med 22,7 prosent. Det er bare oppgitt tall for klager på legene for de tre siste år, men her er stigningen totalt på vel 58 prosent. Klagebehandlingen ble meget ressurskrevende for direktoratet, og var noe av grunnen til opprettelsen av helsrettsavdelingen, men allikevel ble de fleste år henimot 80 prosent av klagene behandlet i løpet av det samme år som de kom inn.

De tallene vi her har gitt, gjelder i hovedsak første halvdel av vår periode. Vi skal ta med også noen tall som gjelder litt etter avslutningen av vår periode, nemlig slike som kom frem gjennom Olav Molvens klagesaksprosjekt. De gir et inntrykk av tendensen for siste del av vår periode. Hvis vi forusetter at de fylkeslegene vi ikke har informasjon om fra 1989 er representative for dem vi har informasjon for, skal det totale antall klager fylkeslegene mottok være 809. Molven fant at i første halvår 1996 kom der inn 789 klager til fylkeslegene, altså omtrent det samme som i hele 1989. Det kan altså være at antallet klager fra 1989 til 1996 er fordoblet. Det ser dermed ikke ut til at økningen i antallet klager til fylkeslegene relativt sett er større i den siste periode enn i slutten av 1980-årene. Molven fant at vel 10 prosent av klagene fylkeslegene mottok, ble videresendt til Helsetilsynet.[1205] Andelen som ble videresendt fortsatte altså å gå litt ned etter 1989.

Når det gjelder saker som kommer til Helsetilsynet, mangler det presis statistikk. Olav Molven opplyser imidlertid at det i 1995, året etter avslutningen av vår periode, kom inn ca. 180 saker, altså vel 18 prosent flere enn i 1988. Omfanget av pasientklager økte altså etter hvert litt saktere. Molven opplyser også at i de to årene etter vår periodes utløp klarte Helsetilsynet å behandle like mange saker som det kom inn nye. Der var imidlertid et visst etterslep; noen saker, gjerne de vanskeligste, hadde sirkulert i Helsetilsynet i to-tre år.

[1204] *Ibid*., s. 29.

[1205] Molven, *Klagesaksprosjektet, Fylkeslegene, vedlegg 5*, s. 4 og *Klagesaksprosjektet – sluttrapport*, s. 16.

Klage og tilsyn: Diprivan-saken

Saken(e)s art

Klagesaker kommer nedenfra, men de kan også utløse «ettertilsynssaker», altså saker hvor helseforvaltningen vurderer om helsepersonell eller helseinstitusjoner har opptrådt uforsvarlig i pasientbehandlingssaker. «Ettertilsynssaker» kan også komme opp ved at helsepersonell eller helseinstitusjoner eller tilsynsorganer får informasjon om eller oppdager pasienthendelser de ser på som kritikkverdige, eller (bare) uventede. Undertiden kan den samme, eller de samme, hendelsene utløse både en klageprosess og en hendelsesbasert «ettertilsynsprosess», altså både en nedenfra- og ovenfrapreget prosess. Den saken vi nå skal se på, den såkalte Diprivan-saken, ble en slik sak. Det vil si, den var to prosesser som i viktige henseender kom til å påvirke hverandre. Prosessene startet høsten 1991 som «prosesser» og varte til høsten 1999. De kom i gang fordi to små barn, en pike og en gutt, døde på Sentralsykehuset i Østfold etter å ha vært behandlet for øvre luftveisobstruksjoner. I forbindelse med behandlingen ble de intubert. Ved intuberingen ble det relativt nye anestesimidlet Diprivan brukt. Piken døde i mai og gutten i oktoer 1991.

Saken fortsetter altså i noen år etter vår periodes utgang. Vi skal allikevel omtale hele saksforløpet. Saken sier også en del om regimeendringene i helseforvaltningen, men skal vi få dem godt frem må vi omtale hele saksforløpet. Vi skal ikke gå i særlig detalj, og baserer oss bare på dokumentarisk materiale.

Sakenes første fase: høsten 1991 – sommeren 1992. Helsedirektoratets første reaksjon

Saken fikk sin begynnelse ved at en av overlegene ved anestesiavdelingen i Fredrikstad, etter det andre dødsfallet, reiste spørsmålet overfor sin avdelingsoverlege om dette dødsfall og det i mai kunne ha sammenheng med bruken av Diprivan (propofol) som innsovningsmiddel. De kom til at de ville melde mistanken til Bivirkningsnemnda og sendte den 24. desember – julaften – melding om mistanken til nevnden. Før de gjorde det hadde de tatt opp spørsmålet med produsenten av legemidlet, ICI-Pharma. Firmaet beroliget legene med at det ikke fant grunn til å tro at Diprivan kunne ha alvorlige bivirkninger. Utover høsten hadde også foreldrene til det barnet som døde i mai, en pike, begynt å undersøke omstendighetene omkring den behandling deres datter hadde fått. De hadde fulgt datterens behandling nøye og underveis stilt kritiske spørsmål til sider ved behandlingen. Deres tillit til legene og den behandling de gav ble etter hvert svekket. Det bidro til det at piken på et tidspunkt ble gitt blodoverføring, mot foreldrenes ønske; de tilhørte trossamfunnet Jehovas Vidner. Utover høsten tok foreldrene kontakt med sykehusets pasientombud. Ledelsen ved anestesiavdelingen varslet Statens legemiddelkontroll/Bivirkningsnemnda før den tok kontakt med foreldrene, men de visste at foreldrene allerede hadde begynt å undersøke premissene for behandlingen av sin datter. Overlegene ante at det som hadde skjedd kunne ende i retten.

Fylkeslegen i Østfold, Odd H. Lien (1923–2008), ble informert muntlig om dødsfallene og bruken av Diprivan i et møte den 22. januar 1992, nesten tre måneder etter det siste dødsfallet på sykehuset. Helsedirektøren ble så informert personlig om saken i brev av 27. januar 1992 fra Bivirkningsnemndas formann, Egil Bodd (f. 1955). Formelt fikk imidlertid

Helsedirektoratet saken først ved at fylkeslegen oversendte den, den 13. mars. Den 17. februar 1992 sendte direktoratet et brev til «landets anestesileger» der det «ber om at bruken av Diprivan til barn straks opphører». Det henviser til at det er rapportert om «alvorlige reaksjoner hos barn under tre år som bl.a. er behandlet med Diprivan». Det hører med til bildet at det sommeren 1991, etter pikens, men før guttens, dødsfall var kommet inn en formulering i Felleskatalogen om at Diprivan ikke ble anbefalt brukt for barn under tre år. Basert på en sakkyndigvurdering av overlege ved Regionsykehuset i Trondheim, Ola Dale (f. 1948), og utenlandsk informasjon om barnedødsfall etter bruk av Diprivan, kom Bivirkningsnemndas formann til at Diprivan var en *mulig* årsak til pikens og en *sannsynlig* årsak til guttens dødsfall. Den 7. april (1992) informerte så Helsedirektoratet de leger som hadde behandlet de to barna om at det ville bli reist tilsynssak mot dem.[1206] Én måned senere, den 7. mai, opplyste advokat Steinar Winther Christensen (f. 1946) i brev til Østfold sentralsykehus og Helsedirektoratet at han av pikens foreldre var bedt om å vurdere om det burde reises erstatningssak mot «de aktuelle sykehusleger» og produsenten av Diprivan.[1207] Den litt venstreorienterte Winther Christensen, som i studietiden hadde vært med å starte JussBuss (1970), hadde etter hvert begynt å interessere seg for erstatningsrett, ikke minst ved pasientskader, og samarbeidet med pasientombudene.[1208]

Pasienter, eller deres pårørende, kan kreve erstatning også med utgangspunkt i skadeserstatningsloven av 1969 (kap. 3). De kan kreve oppreisningserstatning. Da må det imidlertid vises at dem det reises erstatningssøksmål mot har utvist grov uaktsomhet. Det var oppreisningserstatning pikens foreldre gikk til sak for å få.

De aktuelle legene ved anestesiavdelingen ved Østfold sentralsykehus kom altså under «dobbel ild». De ble vurdert kritisk ovenfra, fra direktoratet – og indirekte Statens legemiddelkontroll/Bivirkningsnemnda, og nedenfra, fra den avdøde pikens foreldre, ved en advokat. Begge de to aktørene antok i utgangspunktet en streng tone. Direktoratet var nå iferd med å bli et tydeligere og mer legeutfordrende tilsynsorgan og et foreldrepar kunne symbolisere en mer legekritisk pasient- og pårørende-kultur. For begge var altså jusen et viktig utgangspunkt. Men der hang igjen elementer av medikrati i saken. Direktoratet så også på sykehusets rolle, men konsentrerte seg om legene, både de overordnede og de underordnede. Etter legeloven, som slik sett i stor grad forutsatte medikratiets eksistens, var alle leger ansvarlige for å praktisere *forsvarlig*. Etter skadeserstatningsloven var de personlig ansvarlig for ikke å drive (grovt) uaktsomt. De kunne ikke, i noe tilfelle, gjemme seg bak overordnede, altså hierarkiet. Avdelingen ved sykehuset hadde våren 1991 innført en rutine for sedering av barn der Diprivan var førstevalget. To av legene som var med på å lage rutinen hadde uttalt seg imot at Diprivan skulle være førstevalget. Etter loven, mente direktoratet at de, som andre leger ved avdelingen, var ansvarlige for bruken av rutinen. Som vi har påpekt før, utviklingen mot at helsefaglinjen ble svekket og til dels erstattet av en

[1206] Brev, «Spørsmål om reaksjon etter legeloven – to dødsfall ved Østfold sentralsykehus i forbindelse med bruk av Diprivan», arkivreferanse 92/010568-4. Legene fikk anledning til å uttale seg om saken, men avdelingslederen og de to aktuelle seksjonsansvarlige overleger valgte å svare mer generelt om avdelingens organisering og de varslingsrutiner og kliniske rutiner de fulgte. Dette brevet, sendt den 13. april, har direktoratsarkivreferanse 92/01058-014.

[1207] Brevene har direktoratsarkivreferansen 92/01058-? og 92/01058-018.

[1208] Kfr. intervjuet «Steinar Winther Christensen: ”No Cure No pay No greed”, *Advokaten – advokatbladet*, 11. april 2014 (http://www.advokatbladet.no/2014/04/steinar-winther-christensen-no-cure-no-pay-no-greed/). Kfr. også advokatens artikkel, “Å plastre med penger”, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, b. 132, nr. 14, 2012, s. 1716.

ledelseslinje – nyttestyret impliserte at denne underordningen av faglinjen under ledelseslinjen i det alt vesentlige skulle være «fullstendig» – var langt fra fullstendig.[1209] Helsedirektoratets «dom» falt den 16. juni 1993, og gikk ut på at 11 av anestesiavdelingens 12 leger fikk advarsler eller tilrettevisninger. Syv, hvorav én assistentlege, fikk advarsler, fire, alle assistentleger, tilrettevisninger. Den assistentlegen som fikk advarsel hadde satt sitt navn under den nye rutinen, og slik bidratt til «systemsvikt». Avdelingsoverlegen fikk også kritikk for å ha bidratt til slik svikt. Direktoratet tok slik et visst hensyn også til ledelseslinjen. Sykehusledelsen slapp imidlertid unna med en kort og litt vagt formulert kritikk. Kritikken mot legene gjaldt spesielt uforsvarlig behandling, særlig bruken av anestesimidlet Diprivan, og manglende journalføring. Produsentens norske representant hadde tidligere (1992), av Statens legemiddelkontroll, fått ett års forbud mot å reklamere for Diprivan.

Erstatningssaken, første runde. Legenes reaksjoner

Vel tre måneder før direktoratet kom med sine reaksjoner, nemlig den 11. mars 1993, tok advokat Steinar Winther Christensen ut stevning ved Fredrikstad byrett mot A/S ICI-Pharma og syv leger ved Sentralsykehuset i Fredrikstad med krav om oppreisningserstatning for den avdøde pikens foreldre, begrenset oppad til 1 million kroner for firmaet og100 000 kroner for hver av legene. Advokaten hevder at alle de saksøkte hadde opptrådt grovt uaktsom og at piken døde som følge av denne uaktsomhet. Vår og forsommermånedene 1993 ble slik vanskelige for sykehusets anestesiavdeling. Avdelingsoverlegen skrev i et brev til direktoratet den 19. august (1993) at det som hadde skjedd, og nå refererte han til direktoratsreaksjonene, hadde «ført til en apatisk og håpløs stemning» i avdelingen.[1210] Avdelingen hadde blant annet hatt krisemøte med den kjente psykiateren Tor Jacob Moe (f. 1938). Etter at reaksjonene var kommet, skrev de ulike leger til direktoratet og redegjorde nærmere for sin medvirkning i sakens anledning. To av assistentlegene, som hadde fungert i en fadderordning fikk da tilrettevisningen opphevet. For de andre ble reaksjonene stående.[1211] Erstatningsrettssaken kom opp for Fredrikstad byrett sent i januar 1995, med stor pressedekning, særlig i lokalpressen. I byrettens dom, som falt den 21. februar 1995, ble avdelingsoverlegen og to overleger dømt til å betale erstatning til pikens foreldre; to av dem måtte også betale saksomkostninger til saksøkerne. De øvrige leger ble frifunnet.[1212]

Reaksjonene og dommene – som de forelå ved og like etter utløpet av vår periode – reflekterte altså en kombinasjon av det nye rettsstatlige tilsyns- og skadeserstatningsregime og en delvis medikratisk lovgivning. Det nye regimet var i stor grad avhengig av en mer presis medisin. For at legenes praksis skulle bli vurdert som utvilsomt uforsvarlig i noen henseender, og for så vidt grovt uaktsom, krevdes der forholdsvis utvetydige retningslinjer for hva som var god medisinsk praksis. Det igjen forutsatte en kausalt basert kunnskap om de aktuelle tilstander og om de aktuelle behandlingsformers og –midlers virkning. I noen grad kunne

[1209] Det individuelle ansvar forsvant med dette (nyttestyret) selvsagt ikke helt: Hvis underordnede brøt lover på «ulydig» grunnlag, forble de personlig ansvarlige.
[1210] Brevet har overskriften «Advarsel for mangler i medisinsk behandling og oppfølging av to barn som døde i ØSS, intensivavdelingen – brev av 16.06.93». Det har arkivreferanse (Helsedirektoratet) 92/01058-084. Sitatet er fra s. 6 i brevet.
[1211] Direktoratets avgjørelser fremgår av brev av 16. juni 1994. Det har tittelen «Vedrørende anmodninger om omgjøring av reaksjonsvedtak fattet 16. juni 1993 – Diprivansaken» og arkivreferanse (direktoratet) 94/01748-4.
[1212] Saken mot firmaet ble trukket da partene inngikk forlik.

imidlertid kunnskapsusikkerhet kompenseres for med forsiktighetsregler, altså tydelig jus. Hvor kunnskapen var usikker, f.eks. når det gjaldt virkningen av Diprivan brukt hos små barn, skulle således leger etter slike regler være ekstra tilbakeholdne og eventuelt søke om å få ta midlet i bruk gjennom et kontrollert forsøk. Kravene til journalføring, som var hjemlet i legeloven og konkretisert gjennom forskrifter, var en del av det rettsliggjorte forsiktighetsregime, men for så vidt også rettsliggjorte forsvarlighetsregime (journalen er et vitalt arbeidsredskap for leger), som gjaldt. Legene ble «felt» med henvisning både til de faglige retningslinjer og de sistnevnte regler. Men reglene fikk en særlig betydning. De gjorde det også fordi de relevante retningslinjene var mange, lite formaliserte og måtte anvendes på en skjønnsmessig balansert måte. Når der var såpass mye igjen av den intuitive medisin ble forsiktighetsreglene og kravene til dokumentasjon ekstra viktige.

Legene det ble reagert mot, og som ble dømt til å betale erstatning, så det derfor slik at de hadde et visst grunnlag for å gå til motangrep. 15. (flertallet av legene) og 22. desember (én av legene) 1994 stevnet de således staten ved departementet for å få kjent Helsetilsynets reaksjonsavgjørelser ugyldige. De legene som ble dømt til å betale erstatning og saksomkostninger i saken anlagt av den avdøde pikens foreldre, anket denne dommen til lagmannsretten. I det medisinske miljø, særlig det anestesiologiske, kom det, spesielt fra annen halvdel av 1994 og videre utover i 1995, kritiske reaksjoner mot Helsetilsynets tildeling av advarsler og tilrettevisninger. Blant annet reagerte en del på at også leger i utdannelsesstillinger ble «tatt».[1213] Juristenes rolle ble også trukket frem av flere: «Juristene er over oss», skrev Petter Jensen (f. 1952) i Ylf-Forum nr. 12, 1994 (s. 6). Direktoratet/Helsetilsynet, og også byretten, hadde brukt sakkyndige som kom fra de akademiske miljøer ved de store sykehus. Disse uttalte seg alle nokså forsiktig – om det som i stor grad var deres kollegers og bekjentes praksis. Helsetilsynskritikerne var forsiktige med å kritisere de sakkyndige, men det ble nevnt at de var akademikere og at noen manglet fersk klinisk erfaring.[1214] De hadde ikke, den hektiske kliniske hverdags mange utfordringer tilstrekkelig «under huden». De var, kan vi si, opptatt av retningslinjer, altså «teori», og stod slik sett det nye, juridisk pregede tilsyn, nærmere.[1215] Saken gjorde at forholdet mellom deler av det medisinske, og særlig anestesiologiske, miljø og til dels Lægeforeningen og det gamle, tidligere, medikratiske topporgan ble mot slutten av 1990-årene nokså anstrengt.[1216] Da legene

[1213] Guttorm Brattebø (f. 1961) skrev i YLF-Forum nr. 11, 1994.s. 3, under overskriften «Ansvar»: «Sterkt beklagelig er der derfor at tilsynsmyndigheten i denne aktuelle saken i Østfold har villet «ta» underordnede leger». Han skriver videre at spesialistutdanelsen «vil bryte sammen dersom det skal stilles de samme krav til leger under utdanning som til spesialister».

[1214] I en lederartikkel i NAForum, medlemsbladet for Norsk Anestesiologisk Forening, nr. 5, 1994, skrev således formannen, Fridtjof Riddervold (f. 1952) om de to sakkyndige Helsedirektoratet hadde oppnevnt at de nøt høy respekt i fagmiljøet, «Men om ingen av dem kan det sies at de har en arbeidssituasjon som er sammenlignbar med den kollegene fra Fredrikstad hadde på sin intensivavdeling» (s. 5).

[1215] De to sakkyndige for Helsedirektoratet, professor Petter Andreas Steen (f. 1947), Ullevål sykehus og overlege Ola Dale, Regionsykehuset i Trondheim, kommenterte senere en del av kritikken av dem, blant annet i et innlegg i NAForum nr. 1, 1995, s. 8, under overskriften «Diprivansaken og den store høstjakten». Om sin kliniske «fjernhet» skrev de blant annet: «Vi tror ikke at kun den som i øyeblikket arbeider i en intensivavdeling kan være sakkyndige i en «intensivsak», men at innsikt bevares noe framover i tid». De sakkyndiges rapport ble levert den 31. august 1992 (92/1058, 521.4-1.1143).

[1216] Helsedirektør Anne Alvik skrev flere innlegg i NAForum, Ylf-forum og Tidsskrift for Den norske lægeforening der hun redegjorde for Helsetilsynets rolle i saken og blant annet påpekte at jurister og leger arbeidet godt sammen i tilsynssaker. Hun manet også til saklighet i debatten om reaksjonstildelinger.

i Fredrikstad anket byrettsdommen i erstatningssaken, og fylkeskommunen ikke ville bære saksomkostningene ved ankesaken, gjorde Lægeforeningen det.[1217]

Domstolene: sak etter sak

Oslo byrett meddelte i brev av 14. september 1995 at saksøkernes påstand ikke kunne prøves av domstolene, med mulig unntagelse for deler av saksbehandlingen. Domstolen gav staten (og dermed Helsetilsynet) rett i at reaksjonene var (kritiske) meningsytringer, ikke avgjørelser med rettslige virkninger. Meningsytringer kunne ikke prøves for domstolene. Rettens slutning ble, etter nok et prosesskrift fra saksøkernes advokater, stående (13.11. 1995). Vel to uker senere (den 29. og 30.11. (for den ene)) svarte advokatene med kjæremål til Borgarting lagmannsrett. De ville ha saken fremmet til realitetsavgjørelse. Partene (ved advokatene og regjeringsadvokaten) sendte flere prosesskrifter, før lagmannsretten den 21. februar 1996 behandlet kjæremålssaken. Retten kom til at reaksjonene fra Helsedirektoratet etter legelovens § 52 «har slike faktiske og rettslige virkninger at tvistemålslovens § 54 hjemler et søksmål med den prinsipale påstand» (om at reaksjonene kan behandles, og eventuelt kjennes ugyldige, av domstolene) (s. 6). Retten pekte blant annet på at en advarsel legger noe til, altså i tillegg til *grunnlaget* for advarselen (s. 6). Den uttalte således at en eller flere advarsler eller tilrettevisninger i seg selv senket terskelen for senere alvorlige reaksjoner mot en lege (s. 7).

Staten og Helsetilsynet hadde hevdet at man måtte sondre mellom den formelle reaksjonen, meningsytringen – som det ikke kan klages på, og det saksforhold den bygget på – og som de som hadde fått reaksjoner kunne utfordre Helsetilsynets beskrivelse og tolkning av. Domstolen uttalte også, muligens med en smule ironi, at det «synes.. noe inkonsekvent at man kan få dom for at grunnlaget for en reaksjon er uriktig, men man ikke kan anfekte selve reaksjonen» (s. 8). Retten konkluderte således: «Kjæremålene har etter dette ført frem». Vi kan konstatere: med dette hadde «lykken snudd» for (noen av) legene. Det var en mager trøst for staten, det vil si Helsetilsynet, at retten ikke hadde tatt stilling til om reaksjonstildelinger var å forstå som enkeltvedtak etter forvaltningsloven, altså vedtak som hadde betydning for en persons rettigheter eller plikter. Staten, og egentlig Helsetilsynet, påkjæret lagmannsrettens beslutning til Høyesteretts kjæremålsutvalg. I prosesskrift av 22. april 1996 henviste regjeringsadvokaten blant annet til at Helsedirektoratet/Helsetilsynet i 15 år, altså siden legelovens vedtagelse, hadde betraktet advarsler og tilrettevisninger som meningsytringer.[1218] Ved sin kjennelse av 15. mai 1996 forkastet Høyesteretts kjæremålsutvalg kjæremålet. Utvalget fant at det forelå en rettslig interesse etter tvistemålslovens § 54: «Gyldigheten av den lovbestemte reaksjon må sies å gjelde et rettsforhold».[1219] Sakens realiteter ble så tatt opp i Oslo byrett, men først i 1999.

Like etter at kjæremålsutvalget hadde gitt legene medhold, kom ankeerstatningssaken opp for Borgarting lagmannsrett. Etter ankeforhandling fra 9. til 12. april, ble dom avsagt den 9. mai 1996. Lagmannsretten kom til at den «ikke finner at det foreligger årsakssammenheng mellom bruk av Diprivan og dødsfallet» og derfor at det ikke er «grunnlag for ansvar mot de ankende

[1217] Fylkeskommunen sa nei til å betale saksomkostninger for de tre legene fordi deres praksis var funnet å være grovt uaktsom.
[1218] Skriftet er utarbeidet av advokat hos regjeringsadvokaten, Sam E. Harris (f. 1959). Det henviser til Borgarting lagmannsrett sa nr. 96-217 K og 96-128 K. Kopi av skriftet finnes i Helsetilsynets arkiv under Diprivan-saken, 521.4, kassett 3. 1149. Her henvises til uttalelse på s. 6.
[1219] Uttalelsen, s. 4. Den har referansenummer i Høyesterett Lnr 273 K/1996, j.nr. 118/1996. Kopi finnes i Helsetilsynets arkiv, se forrige note.

parter».[1220] Lagmannsretten kom til at dødsårsaken antagelig var Reyes syndrom og altså at dette syndrom ikke var forårsaket av Diprivan-bruken. Aktsomhetsspørsmålet var derfor uten betydning. De tre legene ble altså frifunnet. Pikens foreldre ble også dømt til å betale saksomkostninger. Den 5. juli varslet de, via sin advokat, Steinar Winther Christensen, at de anket lagmannsrettens dom til Høyesterett. Advokaten uttalte bl.a. i sin ankeerlæring at Reyes syndrom er en symptomdiagnose – som kun bestemmes klinisk, og altså ikke sier noe om den underliggende kausalitet. Han pekte videre på, med internasjonal litteratur som referanse, at det ikke var uvanlig at pasienter ble feildiagnostisert som lidende av dette syndromet. Han fremholdt at piken manglet en del av de symptomer som var typiske for Reyes syndrom og sluttet at hun døde av en ukjent bivirkning av den langvarige sederingen med Diprivan. Han henviste i den forbindelse også til at den sakkyndige, overlege Ola Dale, ikke utelukket den muligheten. Advokaten gjentok også at det å ta i bruk Diprivan som det ble gjort i dette tilfelle, var uttrykk for «eksperimentell legevirksomhet», og derfor også for uaktsomhet.[1221] I november samme år (1996) avviste Høyesteretts kjæremålsutvalg saken fra videre behandling. Lagmannsrettens kjennelse ble altså stående; domstolene hadde slik rettskraftig «avgjort» at det ikke forelå årsakssammenheng mellom bruken av Diprivan og pikens død. For legene var dette viktig ikke bare fordi de slik ble frikjent for erstatningsansvar, men også fordi det gav dem nye premisser i kravet om at de administrative reaksjoner skulle erklæres ugyldige.

Under forberedelsene til saken om de administrative reaksjoner i Oslo byrett oppnevnte byretten, i samråd med partene, men også etter litt dragkamp mellom dem om oppdraget, professor dr. med Asbjørn Langslet (f. 1939), Ullevål sykehus og overlege, dosent Krister Nilsson ved Östra Sjukhuset i Göteborg som sakkyndige. Det skjedde i februar 1997. Begge avgav skriftlige erklæringer. Hovedforhandlingene ble avholdt fra 4. til 15. januar 1999. De sakkyndige var tilstede under det meste av forhandlingene; professor Langslet gav også en tilleggsforklaring den 14. Syv vidner, hvorav fem sakkyndige, avgav forklaring. De sakkyndige var, foruten de som tidligere hadde vært sakkyndige for direktoratet, Dale og Steen, seksjonsoverlege Anton F. Hole[1222], Regionsykehuset i Trondheim, professor dr. med Harald Breivik (f. 1940), og overlege dr. med. Fridtjov Riddervold (f. 1952), de to siste fra Rikshospitalet. Men før denne saken kom opp for byretten hadde Helsetilsynet sett nærmere på reaksjonstildelingene fra 1993. Fagsjef Paul Linnestad (f. 1940) hadde, i et notat til helsrettsavdelingen den 18. oktober 1993, med «enkelte rettinger» den 11.5.94, som svar på Østfold-legenes kommentarer til reaksjonene overfor dem, åpnet for en bredere «nedgradering» av reaksjonene.[1223] Han fikk ikke helserettsavdelingen og helsetilsynsledelsen med seg. Saken ble nærmere vurdert i et notat skrevet den 25. juli 1996 og drøftet på et møte hos Helsedirektøren den 19. september 1996. Tilstede på møtet var, foruten Helsedirektøren, hennes nestkommanderende, Lars Hanssen, avdelingsdirektør Hilde Jordal fra helserettsavdelingen, den nye lederen (1996) for spesialhelsetjenesteavdelingen, Jørgen Holmboe (f. 1946) og den nye saksbehandleren i helserettsavdelingen, utredningsleder Gorm Are Grammeltvedt (f. 1967). De kom til at den (tidligere) assistentlegen som hadde vært med på å utarbeide sederingsprosedyren vinteren 1991, burde få endret reaksjonstildeling fra advarsel til tilrettevisning. Han hadde, som nevnt, protestert mot at Diprivan ble førstevalg

[1220] Borgarting lagmannsrett, ankesak nr. 95-01626 A og 95-01627 A, s. 24. Kopi finnes i Helsetilsynets arkiv, kfr. foregående note.

[1221] Ankeerklæring til Høyesterett fra advokat Steinar Winther Christensen, datert den 5.7. 1996. Erklæringen har arkivreferanse (Helsetilsynet) 94/1748-87. Henvisningene er fra sidene 6-10 og 12.

[1222] Hole hadde vært rettsoppnevnt sakkyndig for Fredrikstad byrett og Borgarting lagmannsrett.

[1223] Notatet har overskriften «Diprivansaken» og referansen 92/01058 Pli/TUM.

– og for så vidt, som Grammeltvedt bemerker i referatet fra møtet, underbygget «vår vurdering av rutinen som uforsvarlig».[1224] I brev av 11. desember 1997 blir assistentlegen meddelt dette.[1225] Ett år senere tar spesialhelsetjenesteavdelingen, nå ved den nye fagsjefen (1997) Bjørn Magne Eggen (f. 1950), igjen opp spørsmålet om Helsetilsynet bør revurdere noen av reaksjonstildelingene. Eggen skriver, til ledelsen, at de fleste av tildelingene er «berettiget og -greie å skulle forsvare». Han tror imidlertid tildelingen av tilrettevisning overfor to av assistentlegene og advarselen til den overlegen (fra en annen seksjon) som fikk sitt navn under «Diprivan-prosedyren», ikke var «like enkle å forsvare». Utspillet irriterer helserettsavdelingen; det kom like før byrettsforhandlingen og kunne, mente Hilde Jordal, «ha en uheldig effekt» – etter de tilbaketog Helsetilsynet allerede hadde foretatt.[1226] Saken gikk da også uten ytterligere endringer i påstandene fra Helsetilsynet.

Legene – og deres advokater – begynte, i sine prosesskrift, med å kommentere behandlingen av de to barna generelt, fortsatte med å si noe om saksbehandlingen og kom til slutt inn på prosedyresaken. De hevdet, hva behandlingen angikk, at de hadde behandlet de to barna «i samsvar med barnas beste etter den praksis og [de] normer [som gjaldt) for god legeskikk i 1999», men sa også at «Enkelte mindre feil knyttet til manglende blodtrykk og blodgasskontroller og journalføring kan konstateres». Feilene er dog ikke, hevdet legene, så alvorlige at de administrative reaksjonene kan opprettholdes.[1227] De pekte så på at direktoratets saksbehandling ikke var akseptabel, og slett ikke hvis forvaltningsloven skulle legges til grunn. Legene fikk ikke kjennskap til de to (første) sakkyndig-rapporter og hvilke sider ved behandlingen direktoratet ville se på. Dermed kunne de heller ikke, fremholdt de, redegjøre nærmere for hvordan de så på disse sidene. Legene uttalte også at direktoratet «åpenbart» var påvirket av Bivirkningsnemndas syn på sammenhengen mellom bruk av Diprivan og dødsfallene. De «antar» at hvis direktoratet hadde vært kjent med det som nå var konstatert, nemlig at det «rettslig sett» ikke var noen årsakssammenheng mellom Diprivan-bruken og dødsfallene, ville det ikke satt i gang tilsynssaken mot legene.

Hva prosedyren angikk, uttalte legene at de midler for å sedere barn som fantes i 1991 var utilfredsstillende og at det derfor var god grunn til å vurdere Diprivan som nytt alternativ. Innføringen av prosedyren var godt forberedt, blant annet gjennom kollegial kontakt og søk i faglitteraturen. De mente også det var unødvendig å innføre spesielle kontrollordninger for bruken av Diprivan, eller å endre prosedyren før gutten ble behandlet. De henviste til de nye sakkyndige og mente de hadde fått støtte fra dem, selv om de – og nå kom de tilbake til behandlingen – også ble kritisert for at de ikke ved en del anledninger hadde målt blodtrykket og kontrollert blodgassene i pikens tilfelle. Hva det siste angikk, sa de at de hadde kontrollert henne klinisk og ved hjelp av pulsoksymeter. De føyet til at disse mindre mangler ikke berettiget reaksjonstildelingene.[1228]

[1224] Referat fra møte hos Helsedirektøren 19.9. 1996, skrevet av Gorm Are Grammeltvedt. Diprivan-saken, 521.4, kassett 6. 1152.
[1225] Brevet har arkivreferanse (Helsetilsynet) 94/1748-108. (Diprivan-saken, 521.4, kassett 6. 1152.)
[1226] Notatet fra Bjørn Magne Eggen har overskriften ««Diprivan-saken» - grunnlag for endring av reaksjoner?», er datert (bare) november 1998 og har arkivreferansen (Helsetilsynet) 94/1748-2. Kommentarene fra Hilde Jordal finnes på et håndskrevet ark og er datert 17.11. 1998.
[1227] Sitert etter byrettskjennelsen av 22. februar 1999, s. 8-9. Saksnummer (byretten): 94-08637 A/84 og 94-08476 A/84.
[1228] Kfr. *ibid*, s. 13.

Staten (Helsetilsynet) uttalte i sine prosesskrifter at det ikke hadde forutsatt en sannsynlig sammenheng mellom bruken av Diprivan og barnas død, bare at en slik sammenheng ikke kunne utelukkes, hvilken den heller ikke kan i dag (1998–99). Men spesielt la staten vekt på at legene tok «sjanser»; de var i en «forsøkssituasjon». Det tilsa, fremholdt staten, at de burde fått en etisk vurdering av forsøket (med Diprivan) og informert samtykke fra de pårørende. Legene hadde kanskje ikke fått de nødvendige tillatelser slik, men det gjør ikke at de kunne gått til «den motsatte ytterlighet» og innføre en ny prosedyre og gjennomføre behandling uten forsiktighetsregler.[1229] I alle tilfeller burde legene og sykehuset revurdert prosedyren sommeren 1991, etter det første dødsfallet og den nye indikasjonsbestemmelsen i Felleskatalogen. Staten påpeker også at reaksjonstildelingene, som meningsytringer, var ment vel så mye pedagogisk (for å indikere hvor forsvarlighetsnivået lå) som punitivt, samt at det at den «manglende journalføring» ikke fikk konsekvenser for behandlingen ikke unnskylder manglene, spesielt ikke siden legene var i en «forsøkssituasjon».[1230] Staten mener ellers at der ikke forelå saksbehandlingsfeil som kunne få betydning for reaksjonsvedtakene. Staten, det vil si Helsetilsynet, la altså vekt på Diprivan-saken, innføringen og videreføringen av prosedyren og måten den ble brukt på. Tidligere hadde Helsetilsynet forsøkt å få frem at saken var så mye mer enn en Diprivan-sak, selv om den også var det.

Rettens «bemerkninger» er meget utførlige; de er på 65 sider. Retten påpeker, om sin kompetanse, at den kan prøve om en reaksjon hviler på riktig grunnlag og da tilsier rettssikkerhetshensyn at reaksjonen skal ansees ugyldig hvis en viktig del av grunnlaget svikter. Den henviser her til Høyesteretts kjæremålsutvalg og avviser Helsetilsynets standpunkt om at reaksjoner, som meningsytringer, kan bli stående hvis et punkt i hendelsesforløpet kan klassifiseres som uforsvarlig.[1231] Hva gjelder statens (Helsetilsynets) syn at reaksjonsvedtak har som et vesentlig siktemål å veilede for å sikre kvalitet, og dermed at legers rettssikkerhet kommer i annen rekke, sier retten av den ikke deler dette syn. Retten kan ikke tillegge rettssikkerhetshensyn mindre vekt «fordi Statens helsetilsyn i det alt vesentlige har et pedagogisk formål med reaksjonsvedtakene.[1232] Retten henviser her til Marit Halvorsens (f. 1957) doktoravhandling, *Rettslig grunnlag for medisinsk behandling»*, hvor hun skriver at lovgiveren, ved å lovfeste Helsedirektoratets adgang til å påtale uheldige forhold i helsevesenet (1980), «løftet «meningsytringene» opp på et formelt nivå» og gjorde dem til «meget sterke virkemidler».[1233]

Med utgangspunkt i de sakkyndiges utredninger fant retten at det var forsvarlig at Diprivan ble «forsøkt brukt som sedasjonsmiddel» og pekte, på skjønnsmessig medisinsk vis, at «forsøksvis bruk av nye medikamenter er nødvendig for å etablere grunnlag for bedre pasientbehandling», men fant det uforsvarlig at den seksjonsansvarlige overlegen besluttet å innføre Diprivan som rutinemessig sedasjonsmiddel «uten å iaktta særlige forsiktighetsregler..»[1234] Slik gjorde altså byretten i stor grad igjen saken til en Diprivan-sak. Det betydde også at den gjorde saken til en fagledelsessak. Prosedyren ble i praksis utarbeidet, og vedtatt, først og fremst av den seksjonsansvarlige overlegen. Han hadde avdelingsoverlegens eksplisitte støtte. Det var også disse som kunne ha endret prosedyren,

[1229] Kfr. *ibid.*, s. 20.
[1230] *Ibid*., s. 22. Neste poeng finnes på s. 23.
[1231] *Ibid*., s. 25.
[1232] *Ibid*., s. 27.
[1233] Marit Halvorsen, *Rettslig grunnlag for medisinsk behandling*, Oslo: Universitetsforlaget, 1998, s, 86. Sitatet er gjengitt i rettens bemerkninger, s. 28.

[1234] Sitert etter byrettskjennelsen av 22. februar 1999, s. 35.

f.eks. etter pikens død eller etter at Felleskatalogen for 1991 forelå (og sa at Diprivan ikke var anbefalt til barn under tre år). Overlegen var dratt på ferie da Felleskatalogen kom, og hadde fra høsten av permisjon. Slik ble også hans vikar som seksjonsansvarlig overlege medansvarlig. De to første ble da særlig rammet av konklusjonen om uforsvarlighet.[1235] Den sistes rolle var mindre klar.

To leger hadde fått kritikk for å ha behandlet piken med Vaponefrin, Ventoline og Aminophyllin. Kritikken baserte seg på de to første sakkyndiges uttalelser. De to rettsoppnevnte sakkyndige, som ble svært viktige i denne rettsprosessen, hadde ikke innvendinger mot denne behandlingen og retten kom derfor til at kritikken baserte seg på sviktende grunnlag. Helsetilsynet frafalt også, etter å ha hørt de siste sakkyndiges uttalelse, kritikken. Retten kom også til at kritikken for at piken ikke var blitt intubert før, for grunnløs. Her ser vi typiske eksempler på hvordan kritikken mot den generelle behandlingen – den som gikk utover Diprivan-behandlingen – ble avvist av retten.

Retten gav Helsedirektoratet/Helsetilsynet rett i at journalførselen var kritikkverdig, men knyttet også denne kritikken til avdelingsoverlegen og de to seksjonsansvarlige overleger (den ene under pikens, den annen under guttens sykehusopphold).[1236] Denne kritikken ble slik en parallell til kritikken for Diprivan-medikamenteringen: Den reflekterte mangelen på forsiktighetsregler og –praksis og den ble knyttet til ledelseslinjen.

«Saksbehandlingen har åpenbart ikke vært tilfredsstillende», uttalte retten videre. Den la til at direktoratet burde ha sendt de aktuelle deler av Steen og Dales sakkyndigerklæring til de berørte leger, og ha opplyst dem om hvilke problemstillinger det var opptatt av å studere. Retten fant imidlertid ikke at denne «saksbehandlingsfeilen» hadde påvirket reaksjonsvedtakene slik at disse måtte erklæres ugyldige. Retten fant heller ikke at legene i Fredrikstad var blitt utsatt for forskjellsbehandling. Legene hadde hevdet dette, siden direktoratet visste at andre leger ved andre sykehus hadde brukt Diprivan på lignende måte som dem.[1237]

For retten ble altså bruken av Diprivan det avgjørende. Det betydde at det problematiske utgangspunktet var innføringen av prosedyren for sedering av barn. Medikamentet var relativt nytt og der forelå lite informasjon om hvor godt egnet det var til å sedere barn. Retten kom til at det *ikke* var uforsvarlig å ta medikamentet i bruk, heller ikke som «rutine», men fremholdt at siden det å gjøre det hadde et visst eksperimentelt preg, burde prosedyrebeskrivelsen inneholdt forsiktighetsregler. Selv om slike ikke ble laget, burde de legene som brukte det ha vært ekstra årvåkne og for eksempel jevnlig kontrollert blodtrykk og blodgasser. Da piken døde, og siden, da Felleskatalogen for 1991 kom ved månedsskiftet juni/juli burde seksjons- og avdelingsledelsen ha sett kritisk på «Diprivan-prosedyren», mente retten.

Når det gjelder de enkelte leger begynner byretten sin vurdering med den seksjonsansvarlige overlege, fortsetter med avdelingsoverlegen og så med de øvrige overleger bortsett fra den som var knyttet til operasjonsseksjonen, før den avslutter med assistentlegene og den siste overlegen. Staten frifinnes når det gjelder de to førstnevnte; advarslene til dem opprettholdes. Det er også de som får den skarpeste kritikk av byretten. Den første får aller skarpest kritikk;

[1235] *Ibid*., s. 41.
[1236] *Ibid*., s. 46. Neste punkt i dette avsnittet er behandlet på s. 47.
[1237] *Ibid*., s. 47-48.

han var den som tok initiativet til Diprivan-prosedyren og fikk den vedtatt, selv om han møtte motstand fra to andre. Avdelingsoverlegen får skarp kritikk ikke minst fordi han legitimerte den seksjonsansvarliges initiativ, fortsatte å støtte det og ikke gjorde noe for å få prosedyren revurdert etter det første dødsfallet. Deres søksmål blir derfor avvist av retten, og advarselsreaksjonen blir stående. Den som midlertidig overtok som seksjonsansvarlig overlege fra sommeren 1991 hadde ikke, mente retten «foranledning til å overprøve og endre iverksatt opplegg», altså Diprivan-prosedyren. Han kunne kritiseres, mente retten, for enkelte overvåkningstiltak, men det kan «ikke være tilstrekkelig til å la vedtaket [om advarselstildeling] bli stående.[1238] Retten uttrykte dog litt tvil når det gjaldt ham – på grunn av hans midlertidige ledelsesansvar – og han måtte derfor bære sine egne saksomkostninger.

De to øvrige overleger tapte sine søksmål. Retten fant at de var (med)ansvarlige for en «uforsvarlig rutinemessig bruk av for store doser Diprivan uten særlige forsiktighetsregler».[1239] Advarselstildelingen de hadde fått ble altså stående. De to måtte dele saksomkostninger med den seksjonsansvarlige overlegen og avdelingsoverlegen og halvparten av utgiftene til de sakkyndige.

For den ene assistentlegen fant retten «at vesentlige elementer i Helsedirektoratets vedtak er uriktige» og erklærer derfor tilrettevisningen ugyldig.[1240] For den andre assistentlegen fant retten at det «vesentlige grunnlag for kritikken som ligger til grunn for vedtaket [om tilrettevisning] er uriktig».[1241] For den assistentlegen som opprinnelig hadde vært med på å utarbeide Diprivan-prosedyren, og som fikk en advarsel – som i desember 1997 ble omgjort til tilrettevisning, kom retten til den samme konklusjon som for den forannevnte assistentlegen. Det heter om hans bidrag til prosedyreutarbeidelsen at han i så henseende, siden han hadde fremmet motforestillinger, «åpenbart» ikke hadde opptrådt uforsvarlig.[1242] Overfor den overlegen (fra en annen seksjon) som hadde bidratt til utarbeidelsen av prosedyren, og som hadde fått advarsel, blir rettens vurdering den samme: Det var ikke grunnlag for Helsedirektoratets vedtak.[1243] De fire som fikk sine reaksjoner opphevet ble staten dømt til å betale knapt 90 000 kroner hver, samt deres andel av ansvaret for omkostningene til de rettsoppnevnte sakkyndige.

Domstolsbehandlingen og etterreaksjonene

Selv om reaksjonene overfor fire av legene ble stadfestet av retten, og selv om staten, det vil si Helsetilsynet, fikk rettens tilslutning på flere punkter, ble kjennelsen sett på som et tilbakeslag for Helsetilsynet. Regjeringsadvokatens advokat i saken, Ingvald Falch (f. 1963), hadde noen innvendinger mot dommen, spesielt det at «de behandlende leger generelt sett frifinnes for kritikk for den manglende overvåkning av jenta, en overvåkning jo retten mener var mangelfull». Av den grunn stiller han seg tvilende til frifinnelsen av den vikariende seksjonsansvarlige overlege, og kanskje én av assistentlegene. Men han tviler på at en anke vil føre frem overfor disse: «Staten må også i lagmannsretten kjempe mot de rettsoppnevnte

[1238] *Ibid*, s. 63-64.
[1239] *Ibid*., s. 71; kfr. også s. 78.
[1240] *Ibid*., s. 82.
[1241] *Ibid*., s. 84. Retten fant at det var grunnlag for kritikken om manglende journalførsel.
[1242] *Ibid*., s. 85-86.
[1243] *Ibid*., s.

sakkyndige, hvilket ikke er så enkelt». Han ser det også som utfordrende at det vil oppstå et inntrykk av at retten behandler sakene grundigere enn det Helsedirektoratet har gjort. Han nevner så de prosessøkonomiske hensyn og ender sine betraktninger slik: «Samlet sett er det min tilråding at mange grunner taler mot at staten anker noen del av dommen». Men hvis de dømte legene gjør det, kan det være aktuelt for staten å gjøre det for én eller to av legene. Han tilbyr seg å avklare dette med motpartens advokater.[1244] Det kom imidlertid snart frem gjennom pressen at de legene som tapte i byretten ikke ville forfølge saken. En av overlegene, han fikk advarselen opphevet, uttalte til Fredrikstad Blad at legene nå hadde fått klarlagt ansvarsfordelingen mellom seg, «så får vi heller leve med at fire av advarslene blir opprettholdt». Han sa at saken hadde kostet. «Nå er det på tide å komme videre».[1245] Helsetilsynet gjorde som advokaten hadde anbefalt, nemlig å la være å anke. Dommen inneholdt imidlertid kritikk av legene og Helsetilsynet kunne ha brukt denne som utgangspunkt for å gi nye reaksjoner. Som situasjonen var, mye tid var gått med og Helsetilsynets forhold til legestanden var blitt nokså belastet, bestemte Helsetilsynet seg for ikke å gi slike. Det skjedde gjennom brev til de ni legene, datert 30. juni 1999.[1246]

Der ble to ekstraomganger i retten om saksomkostningene. De som ikke vant frem i byretten, hevdet at det var urimelig at de måtte dekke omkostningene forbundet med å behandle sakene til de frikjente legene. Staten var enig i det, og erstatningssummene ble justert, men ikke fullt så mye som saksøkerne hadde ønsket. Staten prosederte på at omkostningene var større for de dømte enn for de frikjente og byretten sa seg enig i det.[1247]

Diprivan-saken og det nye tilsynet

Diprivan-saken ble symptomatisk for det nye, mer juridisk baserte og generelt strengere tilsynsregime som kom i løpet av den perioden vi ser på og som særlig skjøt fart ved Helsedirektoratets omdannelse til helsetilsyn. Helsetilsynet ble, nesten brått, mer tilsyn og mindre et medikratisk-strategisk og ledende direktorat. Fortiden skulle for alvor bli fortid. Torbjørn Mork ble (d)revet med i denne utviklingen gjennom sin opposisjon mot delingen i 1983, men med den nye ledelsen ble denne utviklingen for alvor institusjonalisert. For juristene var utviklingen både naturlig og gledelig. Noen av legene i direktoratet og, enda mer, i fylkeslegeetaten, var mer nølende – altså mer legeforståelsesfulle. Den nye helsedirektøren, Anne Alvik, var bestemt. Hun gav sin tilslutning til det nye, jusbaserte tilsynet, og forklarte og forsvarte Diprivan-reaksjonene på en bestemt og aktiv måte, blant annet i legenes og anestesilegenes tidsskrift. Men, som vi har sett, fagligheten var ikke så presis som et strengt tilsyn «krevde». Helsetilsynet, og for så vidt Bivirkningsnemnda, fikk de sakkyndige relativt

[1244] Brev fra advokat Ingvald Falch, Regjeringsadvokaten, datert 11.3. 1999. Det er sendt pr. fax. Brevet har avsenderreferanse 940632/IF/NSC, men på vår kopi finnes ingen helsetilsynsreferanse. Det faxede brevet befinner seg imidlertid i Helsetilsynets arkiv under Diprivan-saken. Våre sitater er fra s. 6 i brevet.
[1245] Fredrikstad Blad, 11. mars 1999, s. 8. Oppslaget over fire spalter, og med bilde fra retten, har overskriften «Ingen Diprivan-anke». Til avisen sa ellers advokat Ingvald Falch hos Regjeringsadvokaten, hvis han er riktig gjengitt: «Dette er jo ikke verdens viktigste sak. Derfor blir det hele et spørsmål om hvor mye tid og ressurser man ønsker å bruke».
[1243] I konklusjonen (til alle) står det blant annet: «Helsetilsynet legger til grunn at det for Deres vedkommende gjenstår kritikkverdige punkter. Vi har likevel ikke funnet grunn til å vurdere formell reaksjon etter legeloven § 52, jf. § 25».
[1247] Kjæremålssaken for lagmannsretten ble behandlet den 4. mai 1999, byrettssaken om fordelingen av saksomkostningene den 3. september 1999.

godt med seg i første omgang. Nye sakkyndige bragte inn mer usikkerhet, og Helsetilsynet ble presset over på defensiven. Det siste gjorde dermed også de som angrep legene nedenfra, pikens foreldre.

Den faglige usikkerheten gjorde at de mer juridisk pregede forsiktighetsreglene, medregnet reglene om journalførsel, ble sentrale. Det var slike regler som felte de fire legene som ble stående med reaksjoner, endog advarsler. Men et flertall ble frifunnet. Forsiktighetsreglene var altså ikke nok (for å tildele reaksjoner). Ja, i noen grad ble de svekket i de siste rettsrundene. Legene kunne henvise til at de første sakkyndige var for teoretisk forankret og manglet nærhet til klinikkens press og stress. Helsetilsynet understreket at det var den «gode lege» som skulle være modellen, ikke vanlig praksis. Men legene henviste til, og fikk i den siste rettsrunde en viss forståelse for, at tidspress gjorde at man ikke alltid kunne følge strenge sikkerhetsregler, blant annet regler for dokumentasjon. Det var, mente legene, gode grunner til at den konkrete handling i mange situasjoner, ikke minst på en intensivklinikk, fikk forrang for forsiktighetsregler og krav til dokumentasjon. Med andre ord, også forsiktighetsreglene måtte anvendes med skjønn, ikke «mekanisk». Oslo byrett viste, med den nye sakkyndighet som grunnlag, en viss forståelse for det. Også her, hvor Helsetilsynet mente jusen skulle stå sterkere, ble tilsynsorganet presset litt tilbake. Saken viste altså at overgangen til et mer «presist» tilsyn ville ta noe tid, og skape en del utfordringer for Helsetilsynet og dets medarbeidere, selv om tilsynets jurister, og til dels ledere, prøvde å tone ned virkningen av dommen for deres fremtidige tilsynspraksis.

Det er interessant, og nesten ironisk, at det var domstoler som gjorde at Helsetilsynet måtte ta noen skritt tilbake fra sin strenge jus, både når det gjaldt den «rene» faglighet og når det gjaldt forsiktighetsreglene, og igjen ta inn over seg i hvilken grad iallfall denne delen av medisinen både faglig og organisatorisk fortsatt var preget av usikkerhet og bruk av skjønn. Da det gikk mot slutten av Diprivan-prosessene, «dukket» en ny sak opp, den såkalte Bærums-saken, også den en sak fra det hektiske og ofte etisk krevende anestesimiljøet. Men her kom Helsetilsynet i skuddlinjen ikke for overdrevent juristeri, men for *for* «forståelsesfull», og nesten medikratisk, tilsynsutøvelse. Det var nesten som om Diprivan-saken hadde skremt Helsetilsynet tilbake til det mer intuitive skjønn. Den saken skal vi imidlertid ikke si noe mer om her.

Vi kan ellers konstatere at virkningen av rettsprosessene var at ledelseslinjens betydning for ansvar ble styrket: Det var legene med ledelsesansvar som fikk de strengeste reaksjoner. Slik sett fikk disse prosessene en «moderniserende» virkning; de styrket nyttestatligheten. Ansatte leger ble slik som leger mer ansatte og mindre frie profesjonelle, som de jo i stor grad hadde vært under medikratiet. Men forskyvningen av ansvar over mot ledelseslinjen ble begrenset, for så vidt som den først og fremst skjedde overfor de kliniske legene i denne linjen; sykehusledelsen, inkludert sjeflegen, slapp unna med mild kritikk.

Om tapet langt fra ble fullstendig for Helsetilsynet, ble det det for den saksøkende pikens familie. Jo større plass det ble for skjønnsutøvelsen på medisinsk side, jo mindre ble deres mulighet for å vinne frem. De gjorde det i første omgang, kanskje med litt drahjelp fra et strengt Helsedirektorat. Da direktoratet begynte å komme på defensiven, ble det nytteløst for foreldrene å vinne frem. De endte med å måtte betale utgifter til sakkyndige og til retten (rettsgebyrer). De ble også dømt til å betale saksomkostninger til Lægeforeningen; de var på kr. 700 000. De klarte å betale de første beløpene, men ikke det siste. De mistet sin datter og ble så truet av personlig konkurs. Det ble etter hvert avisoppslag om deres situasjon og det medførte at Lægeforeningen frafalt kravet. President Hans Petter Aarseth (f. 1940) uttalte at

det aldri hadde vært foreningens intensjon å drive inn beløpet, men oppmerksomheten gjorde at de formelt frafalt det. Også foreldrenes advokat frafalt sitt salærkrav; det var på 500 000 kroner.[1248]

Ett av de oppslagene om saken som var ubehagelig for Lægeforeningen og for så vidt legene ved sykehuset i Fredrikstad kom i VG den 13. januar 1999. Over et dobbeltsidig oppslag (s. 14–15) i landets mest leste avis ble foreldrene til gutten som døde, intervjuet. Intervjuet var forårsaket av et brev foreldrene skrev til avisen og som ble offentliggjort parallelt med intervjuet. Foreldrene skriver at de ikke tviler på at legene handlet i beste mening, men at «feil og tabber» «alltid vil bli gjort». De avsluttet sitt innlegg slik:

> *Det som imidlertid forundrer oss, er at ikke én av de involverte legene har tatt oss foreldrene i hånden og sagt «beklager, jeg er redd vi gjorde en tabbe». Det ville på en måte ha brakt saken ut av verden på den eneste måten det synes riktig å gjøre det på. Ut over det holder vi en knapp på det lite kjente ellevte bud: «Du skal ikke bedrive jus med ditt liv». Blant annet valgte vi allerede tidlig i 1992 ikke å gå til sak. Det synes vi også de involverte leger burde ha avstått fra.*

Klagebehandling, en sluttkommentar

Tilsyn er, som vi har sett, i økende grad tilsyn med at helselovgivningen, den preventive som den kliniske, etterleves. Men som vi har sett, legges vekten på det kliniske. Her er stikkordet pasientrettigheter – og det er rettigheter som blir stadig flere. Vi taler i økende grad om person(vern)rettigheter.

Tilsynet har, som det primære, og mest offensive formål, å forebygge regelbrudd. I noen grad, og her er (det relativt nye) begrepet om forsvarlighet sentralt, skal denne regelbruddforebyggelse også være en forebyggelse av skader og sykdommer (pasienten kan bli påført i forbindelse med behandling). Men tilsynet går altså (mer og mer) utover det. Undertiden svikter forebyggelsen og pasienten blir skadet eller syk, eller dør, som en følge av behandlingen (vidt forstått) eller han eller hun påføres en annen type «skade» (får sitt personvern krenket). Da kan vedkommende på ulike vis klage, altså ty til formell «voice». En god del av disse klagene havner i det formelle «tilsynshierarkiet», altså hos fylkesleger og helsedirektorat, men en del kan også, eller bare, havne i Pasientskadeerstatningen, i billighetserstatningsordningen, hos pasientombudene, i Pasientforeningen eller i domstolene. Noen klager kan ha startet i mediene eller hos en advokat. Klagen kan ha som formål å få «rettet» på skaden, hvis det er mulig, eller få en eller annen form for erstatning og «hevn» (straff for skadepåførende institusjon eller personell). Klagerens «stemmebruk» blir forsterket gjennom reaksjoner som erstatning og (annen) straff.

Mens tilsynet i den første forstand kan sees på som en parallell til, og en del av, helsevesenets folkehelsevirke, blir da klagebehandlingen både en parallell til og en del av helsevesenets vanlige kliniske virksomhet. Klagebehandlingen har imidlertid også en forebyggende funksjon. Den skal avskrekke institusjoner og behandlere fra å bryte de regler de er underordnet. I det vanlige helsevesen blir gjerne forebyggende tiltak utkonkurrert av kliniske

[1248] Kfr. *Dagens Medisin*, 25.3. 1999.

tiltak: Behovet for klinisk hjelp er individuelt og gjerne påtrengende, «behovet» for forebyggelse er kollektivt og sjelden påtrengende. Klinikken vinner derfor ofte prioriteringskonkurransen med preklinikken. Slik er det i noen grad også med tilsynet. Det klagebaserte tilsyn får mer oppmerksomhet og fremstår som mer påtrengende nødvendig enn det forebyggende tilsyn. Som vi har påpekt, denne følelsen av at noe må gjøres blir også sterkere og sterkere i løpet av vår periode; nemlig ettersom publikums underdanighet overfor leger og klinikken svekkes og de blir mer pågående forbrukere. Veksten i antallet klager som ikke var behandlet hos fylkesleger, men særlig i direktoratet, ble derfor et følt problem for disse instansene. Aviser skrev om at klager ble liggende «vinter og vår» uten å bli behandlet, og i noen grad om at behandlingen ofte førte til for «vennlige» reaksjoner overfor de påklagede instanser, særlig hvis disse var personer. Som vi har nevnt, kom ikke helserettsavdelingen primært for å styrke det «forebyggende» tilsyn, det kom for å styrke klagebehandlingen. Det betydelige antall klagesaker, og den lange tiden det tok for å få behandlet en del av klagene, ble, som vi har sett, så ubehagelig for Helsetilsynet (fra 1994) at det satte i gang et eget klagesaksprosjekt.

En del av klagene skapte imidlertid så mye offentlig irritasjon at klagene fikk en sterkere forebyggelsesstyrkende funksjon enn det sykdom og skader som opptrer ute i samfunnet gjorde og gjør for den forebyggende innsatsen. Sykdom og skader som følge av klinikkens virksomhet fremstod som langt mer «unødvendig» og «uakseptabel» enn den patologi som oppstod ute i samfunnet. Det mer forebyggende tilsyn fikk derfor også, som vi har sett, mer oppmerksomhet i løpet av vår periode. Men det skjedde også på grunn av helsetilsynsloven og at det ble et spesielt «prosjekt» for Helsedirektoratet, og til dels fylkeslegene, å bli en mer aktiv forebyggelsestilsynsinstans. Denne tilsynsrollen ble jo mer og mer eksistensielt viktig for direktoratet og dets embeds- og tjenestemenn. Det forebyggende tilsyn ble altså båret og beskyttet kanskje like mye av «byråkrater» som av politikere og opinion.

Tilsyn – en sluttkommentar

Styringsutviklingen fra styringsrevolusjonen av, altså fra midt i 1970-årene, er preget av en mer formalisert styring, med utgangspunkt i økonomikken og dens mål-middeltenkning og jusen og dens regel-tenkning. Den første fører til nyttestatlig målstyring («ny offentlig ledelse»), den annen til en blanding av idealistisk og nyttestatlig, stadig mer bokstavtro regelstyring. I Helsedirektoratet slår den første styringsmåten inn gjennom en relativt positiv holdning til, men ikke like elegant innføring av, virksomhetsplanlegging: Direktoratet manglet økonomer.

Den andre måten å tenke på slo mer gjennomgripende inn fra slutten av 1980-årene, symbolisert ved opprettelsen av helserettsavdelingen. Helsedirektoratet hadde en god del jurister, og selv om avdelingen måtte vente nesten perioden ut før dens «fører» fikk tittelen avdelingsdirektør (når vi ser bort fra den gamle ekspedisjonssjefen), markerte de seg stadig sterkere. Det hjalp dem at direktoratet i stigende grad, men nærmest av en helt uplanlagt indrepolitisk nødvendighet, ble et tilsynsorgan. Stortingsvedtaket i juni 1992 gav en ordentlig dytt til denne utviklingen. Etter Morks død høsten 1992 ble det et eget prosjekt for direktoratets nye ledelse å drive utviklingen videre i juridisk forstått tilsynsretning. Navneskiftet ble et symbolsk uttrykk for utviklingen.

Da direktoratet fra 1994 ble til tilsyn, var kursen frem mot 2002 reelt, om ikke intensjonelt, lagt. Direktoratet skulle bli et rent tilsynsorgan. Da det nye Helsetilsynet begynte å virke ble snart to viktige prosjekter lansert, det allerede nevnte klagesaksprosjektet og det som ble kalt tilsynsprosjektet. Det siste ble ledet av en medisiner, men en som på dette tidspunktet hadde gått «ombord» i det rettslig definerte tilsynsskipet, Magnar Kleppe (f. 1951).

Juristene ble holdt «nede» under Evang. Mork var mer positiv til dem, men først fra 1983 kunne de slippe ordentlig til. Da vår periode tok slutt (1994) hadde de ideologisk kommet langt, men ennå gjenstod en del før de posisjonelt hadde etablert seg som likeverdig profesjonsgruppe med legene i Helsetilsynet. Jus ble da også kilden til dramatisk uro i Helsetilsynet i dets første periode (1994–2002). Den skulle bli kilde til dets første sjefs fall (2000).

Med overgangen til rettslig basert tilsyn fikk en måte å styre på, hvis virkninger er vanskelig å bestemme, for alvor innpass. Det gamle tilsyn hadde vært kollegialt og skjønnsmessig preget. Det hadde slik på mange måter, om ikke i alle konkret tilfeller, vært «vennlig» overfor helsetjenestens institusjoner og, ikke minst, personell. Nå ble det mer kritisk overvåkende; truslene om sanksjoner for «avvikere» kom stadig tydeligere frem. Styringen gjennom tilsyn ble mer upersonlig, og potensielt negativ – avkreftende. Som vi har sett, forsøkte mange av legene, særlig fylkeslegene, å beholde den mer positive rådgivningstonen gjennom mye av vår periode. Også de ble imidlertid trukket inn i en mer kontrollpreget og halvt «truende» styrings- eller forvaltningsform. Molven fant imidlertid, endog i etterkant av vår periode, at jurister i direktoratet oftere enn leger fortsatt trakk i streng retning.

Jurister har gjerne et «kantiansk» forhold til regler: de skal følges, som regel uavhengig av konsekvensvurderinger (annet enn presedenspregede). Nytteorienterte jurister, og de spilte og spiller en betydelig rolle i norsk jus, kunne nok være opptatt av å bruke jusen til å lage instrumentelle regler (der kom mange slike på tilsynsområdet), men når først reglene var laget skulle de håndheves «kantiansk». Gitt denne holdningen, og juristenes entreprenørrolle som tilsynsbyggere, er det ikke så overraskende at de ikke tok initiativ til å få vurdert tilsynets, både det forebyggende og det klagesaksbehandlendes, *nytte*. Molvens klagesaksprosjekt hadde også effektivitet som vurderingskriterium, men mer av rettssikkerhetshensyn enn av økonomiske hensyn. Hans prosjekt var ellers først og fremst rettssikkerhetsorientert (likhetsorientert). Det er imidlertid svært vanskelig virkelig å vurdere nytten av tilsyn, og for den saks skyld, andre kontrollformer. Revisjonsprofessoren Michael Power påpeker, som vi har nevnt, at dette alltid har vært et hovedproblem for revisjonsstanden. Fra tid til annen tematiseres dette problemet, nemlig når store finansskandaler – der var mange slike knyttet til finanskrisen i 2008, dot.com.-krisen rundt årtusenskiftet og bankkrisen tiåret før – inntrer: Revisjonsfirmaer og andre markedsovervåkende organisasjoner hadde ikke oppdaget noe, eller sa iallfall ikke fra om hva de eventuelt hadde oppdaget. Skandaler skjer også i helsevesenet, lobotomibehandlingen i psykiatrien – iallfall etter 1950, deler av tvangsbehandlingen på Reitgjerdet psykiatriske sykehus, leger og tannleger som lenge får holde på selv om de har demonstrert inkompetanse, pleiere som i iallfall en viss tid får bedrive «eutanasi» uten at det oppdages, er noen eksempler. I slike tilfeller er det både det forebyggende og det overvåkende (egen)tilsyn som svikter.

Når det gjelder klagebehandlingen er det nærmest umulig å bestemme hvilken forebyggende virkning den har. Men både den og den tettere overvåkningen kan, i tillegg til å få personell og institusjoner til å «skjerpe seg», være med på å skape en frykt og forsiktighetskultur som både fører til overdiagnostikk og kanskje også overbehandling – i noen tilfeller

underbehandling, og til et generelt trivsels- og motivasjonsfall. Disse sider fikk altså liten oppmerksomhet i den perioden vi ser på, selv om flere saker etter hvert – mot slutten av og etter vår periode, fører til at der begynner å komme undersøkelser av hvordan påklagede og «straffede» reagerer på den behandling de har fått. Vi har forsåvidt allerede pekt på hvordan reaksjonene overfor og erstatningssøksmålene mot anestesilegene i Fredrikstad førte til at de, og deres avdeling, en tid nærmest ble «slått ut».

Etter hvert som der kommer stadig flere tilsyn, og lovgivning som krever at alle sektorer må ta mer hensyn til premisser som representerer andre sektorers politikk, blir kontrollomfanget stadig mer kostbart og man får en spenning mellom de egentlige sektorhensyn og alle andre hensyn. Men dette er en problemstilling som i liten grad tematiseres i vår periode. Den reflekterer det forhold at styringsambisjoner hele tiden vokser, og begynner å bli sin egen fiende.

14. Politikken og dens forvaltning: Kvalitetspolitikken og kvalitetsforvaltningen

Kvalitetsrevolusjonen: en innledning

Vi har sett at kvalitet i løpet av av 1980-årene ble et stadig viktigere hensyn i helsepolitikken. Vi har sagt at der nærmest skjedde en kvalitetsrevolusjon. Vi har også nevnt at den henger sammen med utviklingen innen industriproduksjonen, men også med forbrukerbevisstgjøringen. Mye av grunnlaget for kvalitetsrevolusjonen kom altså ovenfra og nedenfra, og for så vidt utenfra. Men vi har også nevnt at der skjer noe i og rundt helsevesenet som bragte kvalitet frem som et viktig helsepolitisk anliggende og mål. Det skjedde ikke primært i selve klinikken, eller preklinikken, men i deler av forskningen knyttet til dem. Helsetjenesteforskningen og den kliniske epidemiologi – begge basert på den statistikk Ian Bradford Hill og Richard Doll tidlig i 1950-årene banet vei for i medisinen. Vi kan si den kliniske medisin ble «avslørt» som ikke godt dokumentert av den kraft som siden midten av det 19. århundre hadde lagt mer og mer av den kliniske medisin under seg, vitenskapen. Slik bidro denne kraften til å aktualisere kvalitet som tema og mål i preklinisk og klinisk praksis. Ja, man kan si at den gjorde helsevesenet mer mottagelig for den kvalitetsrevolusjon som skjedde i næringslivet og varemarkedene.

Til å begynne med ble kvalitetspolitikken lansert som kvalitets*kontroll*politikk. Utfordringen var å unngå å gjøre feil og begå tabber. Men det betydde også at mye av den medisinske praksis, både den prekliniske og den kliniske, lå utenfor området for kvalitetskontroll. Medisinen hadde ennå et betydelig skjønnsinnslag. Ettersom den nye dokumentasjonsmedisinen utviklet seg, ble imidlertid området for skjønn snevret mer og mer inn. Medisinen fikk et stadig større innslag av retningslinjer og regler, samtidig som praksis i større grad ble løpende registrert – og i prinsippet ble overvåkbar. Slik vokste området for kvalitetskontroll. Men slik ble også kvalitetskontrollen mer og mer en form for rettslig basert tilsyn.

Den ble imidlertid ikke bare det. For mens det juridiske tilsyn skulle forebygge, og evt. gjøre «godt» igjen (for eksempel gjennom erstatninger), det som ble sett på som svikt, var både pasienter og kunder i andre markeder opptatt, og nå i økende grad, av mer enn bare kvalitet som ikkesvikt. Den kvalitetsrevolusjon som spesielt hadde kommersielle markeder som referanse kom derfor til å gjelde høyere kvalitet.

Men der utviklet seg iallfall to typer strategier i så henseende, en mindre og en mer ambisiøs. Den første gikk ut på å sikre en uspesifisert, men forutsetningsvis god kvalitet, ved å kontrollere adgangen til produksjonen og ytelsen av bestemte varer og tjenester. Den annen gikk ut på kontinuerlig å øke kvaliteten på de varer som ble laget og de tjenester som ble ytt. Det siste ble gjort ved «hvileløs» leting etter bedre måter å skaffe til veie goder på. Den første strategien ble gjerne omtalt som en kvalitetssikringsstrategi – en videreføring av kvalitets*kontroll*strategien, den annen som en kvalitets*utviklings*strategi. Begge strategiene inneholdt imidlertid ulike understrategier. Den første bestod spesielt av sertifiserings- og akkrediteringsstrategien og revisjonsstrategien. Den annen spesielt av en teknisk-eksperimentell og en humanistisk-lærende strategi.

Kvalitetssikring og kvalitetsutvikling

Kvalitetssikringen kan man si hadde noe av tilsynet over seg; den var «binær». Men utgangspunktet for bedømmelsen var ikke (bare) sviktterskelen, men en høyere terskel. Denne terskel ble definert som et sett av standarder; standarder som reflekterte kunnskapens og teknologiens status til enhver tid. Slike standarder, først på det tekniske vareområde, siden også på tjenesteområdet, begynte å komme mot slutten av det 19. århundre – de var en følge av industrialiseringen – og førte i 1947 til etableringen av *International Standards Organisation* (Genève). Denne standardiseringen gjorde det aktuelt å etablere organisasjoner som kunne godkjenne (sertifisere, akkreditere) virksomheter som oppfylte bestemte ISO-standarder, eller andre standarder.[1249] Dette var aktuelt på områder hvor produksjonen og tjenesteytelsen var vanskelig å bedømme for mulige kunder (etterspørrere) eller samarbeidspartnere. Slik godkjennelse kan man si helsevesenet allerede en tid hadde gitt personer gjennom autorisasjonsordningen. Her var det utdannelsens standard(er) som formelt, om ikke alltid reelt, ble vurdert. De vurderende organer var dog knapt kompetente til å gjøre det, og overlot egentlig den reelle vurdering til de organer hvis prosesser (utdannelse) skulle vurderes. I noen grad godkjente også departementet (etter hvert) sykehus og lignende institusjoner; dog også i dette tilfelle uten egentlig å ha spesiell kompetanse til å gjøre det. Med utviklingen av et mer presist, teknologi- og regelbasert medisinsk tilbud, ble det enklere å foreta forhåndsgodkjennelse av helsetjenestevirksomheter, og uavhengige, både (uavhengige) offentlige og kommersielle, organisasjoner meldte seg for å gjøre det. Med utgangspunkt i Justervesenet (etablert 1832, for å standardisere mål) ble Norsk Akkreditering etablert, men som uavhengig organ først fra 2004. I første omgang var det særlig tale om å godkjenne (sertifisere, akkreditere) laboratorier og laboratorieavdelinger. Slik godkjennelse ble gjentatt med bestemte tidsintervaller (to–tre år). Revisjonen var en mer løpende standardkontroll. Den var basert på den tradisjonelle finansielle revisjon, men kom til helsevesenet delvis via den offentlige forvaltningsrevisjon og den internasjonale medisinske revisjon («medical audit»).[1250]

De to ledende kvalitetsteoretikere: Deming og Juran

Kvalitetssikringen var altså mer offensiv enn tilsynet, men stadig defensiv: Den gikk ut på å se om helsevesenet holdt seg på den rette siden av et sett av terskler – men altså terskler som befant seg over for eksempel forsvarlighetsnivået. Den var slik fortidsorientert og potensielt avkreftende. Den som ikke passerte de aktuelle terskler kunne miste sertifisering eller akkreditering. Den skapte, som tilsynet, stress og angst, men først og fremst blant institusjonsansvarlige: Godkjennelsene, eller tap av sådanne, gjaldt institusjonene og deres prosesser, ikke personell. Slik bidro den for så vidt også til at det ble skapt inntrykk av at svikt først og fremst var systemsvikt. En av de største kvalitetsledelsestalspersoner, den amerikanske statistikeren W. Edwards Deming (1900-1993), lanserte således også sin 85-15-regel: 85 prosent av svikten skyldes systemet, bare 15 prosent personer eller «ting». Selv om den nye tilsynsfilosofien også primært ble systemorientert, særlig den mest typisk

[1249] Norsk Standard, utarbeidet av Norsk Verkstedsindustris Standardiseringssentral, ble utgitt 1. mars 1988, under betegnelsen NS-ISO 9003; den erstattet NS 5803 fra 1981. Den norske standarden reflekterte den internasjonale standard ISO 9003-1987, fastsatt som europeisk standard EN 29003.
[1250] Det britiske NHS innførte «medical audit» fra 1993.

tilsynspregede, den forebyggende, spilte reaksjoner, inkludert avautorisering, overfor personer en rolle for tilsynsorganene.

Den andre av etterkrigstidens tre store kvalitetsprofeter, den rumensk-ættede amerikaneren Joseph M. Juran (1904–2008), mente kontrollekspertene hadde skapt en statisk ledelse, spesielt i Europa. I et intervju med (det nye) tidsskriftet *European Quality* i 1994, sa han: «There is a serious risk that they [the Europeans] are being led astray by the promulgation by the standards organizations of economic integration".[1251] Han vedgår at standardisering og sertifisering var viktig for å bryte ned tekniske barrierer mot handel, men la til at det langt fra var nok. Han sa:

> *The [ISO] criteria do not include a revolutionary rate of improvement; they do not include participation of people in the lower levels of the organization. Other important ingredients – personal leadership from senior managers and so on – have been left out. The standards organizations strongly imply that if you get certified your quality troubles are over. That is simply not true.*

Vi lar oss friste til å legge til at både han og de andre offensive kvalitetsentreprenørene laget regler, altså en slags standarder, for hvordan forbedringen skulle skje, og drev (mer og mer) kursopplæring og konsulentvirksomhet med utgangspunkt i disse standardene. De laget regler for selve utviklingsforløpet, og de laget regler for de ulike trinn i dette forløpet. Juran gjorde det under merkelappen Jurans triade. Først skulle organisasjoner planlegge for kvalitet, så skulle de kontrollere at kvalitetsmålene ble nådd og endelig skulle de forberede (nye) forbedringer. For hvert trinn var der regler for hvordan lederne skulle gå frem. Prosessen hadde slik et lineært preg, men gjennom gjentagelse kom det sirkulært progressive inn i bildet. Deming talte mer eksplisitt om en dynamisk syklus, og kalte den Shewhart-syklusen (etter statistikeren Walter A. Shewhart (1891–1967)); den er siden bare kalt Demings syklus (sirkel). Den omfattet fire trinn, gjerne bydende beskrevet: Planlegg – Utfør – Sjekk – Handl («Plan – Do – Check – Act»). Deming la stor vekt på det sykliske og kritiserte tradisjonell amerikansk ledelseslære og ledelsepraksis for å være for lineær og «avsluttende», altså ikke nok dynamisk læringsorientert. Den var, kan vi også si, tilpasset standard- og akkrediteringskulturen. Den tredje, men noe yngre, av de store amerikanske kvalitetsapostlene, Philip Crosby (1926–2006), talte om 14 trinn til kvalitetsforbedring («Fourteen Steps to Quality Improvement»). Også for ham lå det dynamisk lærende under tenkningen: Man kan ikke tale om *kontinuerlig* forbedring uten å tenke dynamisk-sirkulært.

Den akkrediteringsorienterte kvalitetssikringen var, og er, teknisk nytteorientert. Den er preget av den mekanistiske tradisjonen etter Frederick W. Taylor (1856–1915) og hans vitenskapelige ledelse. De tre fremste amerikanske kvalitetsapostlene bryter alle, om enn kanskje bare delvis, med denne tradisjonen. Vi ser det i det Juran sa om ISO-tradisjonens neglisjering av menneskene, enten de var arbeidstagere eller ledere: menneskene forsvant, og igjen stod alene «systemet». Kontinuerlig forbedring krevde, mente han og hans kolleger (og konkurrenter) at de som stod for og stod i prosessene hele tiden var på utkikk, eller snarere – var systematisk på utkikk etter – måter å forbedre prosessene og dermed varenes og tjenestens kvalitet på. Men det krevde også at disses forbedringsbestrebelser var næret av et aktivt møte med kunder og deres behov. Den Taylor-inspirerte måten å tenke på neglisjerte, mente de,

[1251] «Juran's Message for Europe», Quality talk, *European Quality*, bind 1, nr. 1, 1994, s. 18. Sitatet nedenfor er fra samme intervju, s. 18-19.

menneskenes kreative potensial og forsøkte å oppdra lederne til dirigering, overvåkning og kontroll, arbeidstagerne til lydighet og kundene til å tro at de fikk det beste på billigste måte. Ingen ble slik ekte agenter for endring og forbedring. En del ledere kom til å mislike seg selv, arbeidstagerne ble fremmedgjorte, kynisk unnasluntrende og (potensielt) opprørske og endelig, når vi når 1970- og 1980-årene, ble også kundene både mer utro og mer tilbøyelige til å klage.

Kvalitetsapologetene tok derfor til orde også for en slags humanistisk revolusjon. «Oppvåkningen» startet i Japan, hvor både Deming og Juran ved overgangen til 1950-årene dro for å gi råd til et næringsliv som hadde et svært dårlig kvalitetsrykte. De fikk arbeide i fred for hjemlig oppmerksom der. Men da resultatene begynte å vise seg i 1970-årene, til amerikansk industris forskrekkelse, samtidig som forbrukerne, noen av dem tillike som miljøvernaktivister, begynte å bli mer pågående, ble Deming og Juran hørt på også i USA, og snart i Europa med. Juran forteller at etterspørselen etter hans kvalitetsseminarer i USA og Europa først begynte å ta seg opp i 1970-årene. Men så – «During the 1980s, there emerged an explosive growth in the demand for quality-management seminars».[1252] Deming opplevde det samme; deltagelsen på hans fire-dagers seminarer økte fra et dusin eller to i 1970-årene til flere hundre i 1980-årene.[1253] Og som vi har sett, også i Norge økte interessen for kvalitet raskt nå, men særlig fra slutten av 1980-årene.

Men hva bestod kvalitetsfolkenes humanisme i? Vi har antydet noe. Juran la vekt på å *mobilisere* ledere og ansatte for kvalitet, og understreket samtidig at disse måtte mobiliseres til også å mobilisere kundene. Det var de sistes *behov* som måtte være utgangspunktet for kvalitetsoffensiven. Både Juran og Deming understreket betydningen av kultur, altså av holdninger: En kvalitetskultur måtte gjennomsyre en organisasjon. I Demings «14 punkter», som oppsummerte mye av hans filosofi og strategi,[1254] het det således i det første punktet: «Create constancy of purpose for improvement of product and service». Han fulgte opp med å si at snarere enn å «make money» burde det være en bedrifts oppgave å «stay in business» og «provide jobs». Det siste skulle skje gjennom innovasjon, forskning, konstant forbedring og vedlikehold. Punkt nummer to lød, og her dramatiseres betydningen av kulturbyggingen: «Adopt the new philosophy». Vi må bort fra dårlig «workmanship», forklarte han og la til: «We need a new religion in which mistakes and negativism are unacceptable».

I punkt 7 kommer hans mobiliserende ledelsessyn frem: «Institute leadership». Han forklarer: «The job of a superviser is not to tell people what to do nor to punish them but to lead». I punkt 8 sier han dette om personalledelsen: "Drive out fear". Ofte tør ikke medarbeidere stille spørsmål eller komme med utfordringer, sier han og legger til at det fører til at de fortsetter å arbeide galt eller ikke i det hele tatt og at bedriften mister en anledning til å komme videre. «The economic losses from fear are apalling», sier han. Han vil fostre en ånd som gjør at alle ser på seg som kolleger og arbeider som godt integrerte lag (p. 9). Han vil ha bort mål («targets») og slagord og han vil fjerne numeriske kvoter (p. 10, 11). I punkt 12 heter det: «Remove barriers to pride of workmanship». Denne stoltheten var, mente han, på mange måter tatt knekken på i det mekanistiske Taylor-systemet. Deming taler også om syv dødelige synder. Én er vekt på kortsiktig profitt (2) og en annen (årlig) ytelsesevaluering (-rangering).

[1252] Joseph M. Juran, *Juran on Leadership for Quality*, New York: The Free Press, 1989, s. v.
[1253] Mary Walton, *Deming Management at Work*, New York: G. P. Putnam's Sons, 1990, s. 13. Deming selv summerte opp mye av sitt budskap på denne tiden i den viktige boken, *Out of the Crisis*, som kom i 1986 (MIT Press).
[1254] Punktene er omtalt og forklart i *Out of the Crisis, op.cit.*

Den siste er å «build fear and leave people bitter, despondent, beaten» (3). Ledermobilitet er også en dødssynd (4): "Job-hopping managers never understand the companies they work for." Det samme er det å lede et selskap bare etter synlige tall (5): "The most important figures are unknown and unknowable", som ringvirkningene en lykkelig kunde skaper.

Der var imidlertid også noe tvetydig over Deming, Juran og andre kvalitetsfolks, for eksempel legen Avedis Donabedians (1919–2000), ledelsesfilosofi. Både Deming og Juran var opprinnelig ingeniører; Deming var også statistiker (matematiker, fysiker) og Juran (senere) også jurist. Deming hadde kort, Juran i lengre tid, vært innom Western Electrics ledelsesmessig viktige Hawthorne Works i Cicero, Illinois, i slutten av 1920-årene, og der blitt sterkt påvirket av Walter Shewhart. Shewhart hadde arbeidet fra 1918 til 1924 ved Hawthorne-fabrikken og der innført statistisk kvalitetskontroll. Før hadde fabrikken kontrollert produktenes kvalitet ved å inspisere de ferdige produkter og fjerne defekte sådanne. Shewhart påpekte betydningen av å redusere variasjonene i fremstillingsprosessen, og brukte et kontrollskjema til å illustrere sine poenger. Han la spesiell vekt på å skille mellom forskjeller (utslag) som skyldtes «assignable causes» og «chance-causes». Skillet var avgjørende, sa han, fordi de første, som Deming siden kalte spesielle, og de andre, som Deming omdøpte til generelle, krever forskjellige tiltak. I det første tilfelle bør man foreta mindre endringer, og det kan medarbeiderne ofte stå for. I det annet tilfelle må man foreta systemendringer, og slike må ledelsen stå for. Ofte behandles spesielle årsaker som generelle og omvendt, og konsekvensen kan bli nokså negative.

Deming utviklet og raffinerte Shewharts statistiske ideer om variasjon, og gjorde også mer ut av hans bruk av diagrammer og lignende, både for å illustrere ideene og for bedre å identifisere hvor i prosesser det kunne gripes inn. Han utviklet også Shewharts øvrige tanker om hvilken type realvitenskapelig kompetanse som krevdes for å skape kvalitet, nemlig i tillegg til variasjonskunnskap, systemkunnskap, psykologikunnskap (motivasjons- og endringspsykologi) og kunnskapsteori. Gradvis kom han imidlertid slik til å bli mer og mer opptatt av å måle og dokumentere. I forlengelsen av hans virke, kom derfor hans kvalitetsforbedringstenkning til å omfatte også teknikker som fikk utbredelse i annen halvdel av 1990-årene, som LEAN (eliminere sløsing), Six Sigma (redusere feil og variasjon), målestokkskonkurranse («benchmarking») og andre slike kvantitative og komparative teknikker. Shewhart var statistiker og Deming var det. Juran var, som ingeniør, fortrolig med kvantitativ tenkning. De kom slik i stor grad til å stå for statistikk (sammenligninger), diagrammer og (forbedrings)regler, som de mer mekanistisk innstilte ledelsestenkere hadde gjort og gjorde. Slik bidro de, og egentlig mer enn Taylor-inspirerte tenkere og praktikere flest hadde gjort, til å gjøre alt som skjedde i bedrifter mer gjennomsiktig. De fjernet, mer radikalt enn sine mekanistiske kolleger, mystikken fra den produktive virksomhet. Der ble lite «lureri» og unnasluntring igjen, men det ble også stadig mindre «kunst» igjen. Men slik ble også kvalitetsarbeidet igjen drevet i kontrollretning. Deming og Jurans betoning av endring og forbedring og det Clayton Christensen nå i slutten av 1990-årene skulle kalle «disruption»,[1255] oppriving, kom i bakgrunnen; noe for så vidt den lengstlevende av kvalitetsapostlene, Juran, skulle påpeke i et intervju med *Quality Digest* i 2006.[1256]

[1255] Clayton M. Christensen, *The Innovator's Dilemma*, *op.cit.*.
[1256] Scott M. Paton, «Juran: A Liftetime of Quality – An Exclusive Interview», *Quality Digest*, 2006: https://www.qualitydigest.com/aug02/articles/01_article.shtml. Juran sier i intervjuet: "There is nothing new there", nemlig når det gjelder kontroll. Men han legger til: merkelappen er jo ny og elegant.

Total kvalitetsledelse

Kvalitetsfolkene modifiserte på ett vis mekanistenes strategier ved å føye til humanistiske elementer, men ved å utvide rommet for ledelsens oversikt og innsyn, og rom for intervensjon, bidro de til å utnytte disse elementene til å gjøre ledelse enda mer inngripende, enda mer total. Det er ikke tilfeldig at kvalitetsledelsen fra slutten av 1980-årene ofte ble omtalt som total kvalitetsledelse – «Total Quality Management». Den skulle omfatte alt, også folks tanker og følelser. Ordet ble sannsynligvis lansert av den amerikanske flygeneralen Bill (Wilbur L.) Creech (1927–2003). Creech snudde opp ned på luftforsvarets «Tactical Air Command» (1978–1984), noe som skulle gi suksess i den første gulfkrigen. Men ordet, og begrepet, TQM, lanserte han først gjennom en tale til forretningsfolk i USA i januar 1985: «I dubbed what I had done to transform organizations «TQM,» and used the Five Pillars as one means of emphasizing the «Total» part of the title».[1257] Pillarene han henviste til var "product", "process", "leadership", "commitment" og "organization". Alle pillarer måtte være til stede hvis en bedrift skulle ha suksess, fremholdt han. Det var heri det totale bestod. Men denne totale ledelsen hadde, som allerede antydet, slik noe potensielt totalitært over seg. Det er ikke tilfeldig at særlig Juran brukte religiøst pregede ord om (sider ved) sin ledelsesform.

Dette elementet var tydelig i den opprinnelige japanske kvalitetsforståelsen, spesielt gjennom ideen om kvalitetssirkler, hvor arbeiderne skulle mobiliseres til å forbedre de prosesser de selv var en del av, men hvor forbedringen bestod i at de fant måter å utforme prosessene på som gjorde dem enda mer til «roboter», for organisasjonens (og eiernes og til sist samfunnets) formål. Det hjalp imidlertid japanerne at de kunne bruke den kollektivistiske pliktkultur som preget samfunnet. Amerikanerne hadde ikke et slikt kulturelt utgangspunkt, og for så vidt heller ikke europeerne. Japanske firmaer som etablerte seg i USA klarte dog i noen grad å få amerikanske arbeidere med seg. Det skulle imidlertid snart vise seg at spesielt den amerikanske individualistiske kultur begrenset hva amerikanske bedrifter kunne få til, spesielt i lengden og når arbeidstagerne var akademikere. Det er ikke tilfeldig at kontrolldelen av kvalitetsledelsen fikk størst oppmerksomhet og at ledelsen mer kom ovenfra enn nedenfra, ja, at kvalitetsbølgen mer styrket enn svekket lederne og eierne. Vi kan nesten si at kvalitetsbølgen mer bidro til å forsterke enn svekke den avkastningsorienterte innstillingen i amerikansk næringsliv. De humanistiske formål, som ble så sterkt betonet av Deming og Juran, ble gradvis gjort til midler; de fikk en forførerisk rolle. Det er kanskje ikke tilfeldig at i kjølvannet av kvalitetsbølgen fikk vi først «dot-com» boblen (1995–2000) – som brast, og finanskrisen (2008), begge drevet ikke minst av kortsiktig avkastningsmotivasjon.

Medisinen og kvalitetsbølgen

Kvalitetsbølgen slo altså også innover medisinen og helsevesenet. Som vi har sett, gjorde den det, som i industrien, først som kvalitetssikring og kvalitetskontroll, og først ved overgangen til 1990-årene som kvalitetsutvikling. Også for medisinen, som i hovedsak naturvitenskapelig orientert, kom kontrollen til å dominere i starten. Ja, den kom egentlig til å fortsette å

[1257] Bill Creech, *The Five Pillars of TQM*, New York: Truman Talley Books/Dutton, 1994. Sitatet er fra s.7. Det skal legges til at "I am not staking a claim here as father of the term "TQM." Who cares? I am, however staking a claim to describing it as I have seen it in its most successful form» (s. 7). Mary Walton bekrefter indirekte Creechs opplysning ved å si at betegnelsen oppstod i det amerikanske forsvarsdepartement mitt i 1980-årene; kfr. Walton, *op.cit.*, s. 15.

dominere. At medisinen nå, som vi har sett, ble mer og mer preget av epidemiologisk tenkning og statistikk, bidro til det. Med den evidensbaserte medisin kom medisinen som praksis til å bli mer og mer regelbasert og dermed også kontrollinnstilt. Men medisinen var ikke ensidig slik orientert. På den ene siden bidro «bench science» hele tiden til forbedringer, endog såkalte «gjennombrudd», og på den annen side spilte hele tiden systemiske og humanistisk-kunstneriske ideer en rolle. De systemiske og humanistiske ideer spilte også en viktig kulturell rolle. De hadde skapt, og holdt stadig ved like, en individualistisk og autonomibevisst kultur blant legene. Denne gjorde at leger flest ikke uten videre underkastet seg den regelbaserte medisin, og den nye ledelse som grep denne medisin, nesten med begjærlighet. Men det som skjedde i klinikken, med ekstrem spesialisering, voksende koordineringsproblemer og stadig større effektivitetstrykk, gjorde at stadig flere leger så at klinikkens suksess ikke bare avhang av deres teknisk-faglige dyktighet, men stadig mer også av de betingelser den faglige utfoldelse skjedde gjennom. Leger likte bedre å tale om kvalitet enn effektivitet. Der var derfor en hel del i kvalitetsledelsesoffensiven som appellerte til en del, etter hvert flere og flere, leger.

Norge fikk ingen medisinske kvalitetsideologer av Donabedian, Paul B. Batalden[1258] (f. 1941) og Donald M. Berwicks (f. 1946)[1259] kapasitet, men noen fattet interesse for kvalitet. Spesielt fikk kvalitetstenkningen feste i Lægeforeningen, som fra 1992 og utover fikk opprettet tre kvalitetssikringsfond; det første for primærhelsevesenet, det annet for spesialisthelsevesenet og det tredje for lokal laboratorievirksomhet (1997).[1260] Visegeneralsekretær Hans Asbjørn Holm ble en sentral kvalitetsperson i foreningen, men også pedagoger, som Bjørn Oscar Hoftvedt og Kirsten Hofgaard Lycke, var viktige og bidro til å gi Lægeforeningens økende satsing humanistiske innslag. Pedagogene la vekt på at organisasjoner skulle bli lærende. Foreningens kvalitetssatsing startet ut som kvalitetssikring, men innslaget av kvalitets*utvikling* ble slik gradvis mer tydelig. Det ble understreket at kvalitetsutvikling også var en måte å *tenke* på. Foreningens innsats førte slik også etter hvert til at kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK) ble et innslag i medisinerutdannelsen.[1261] Vi skal legge til at Legeforeningens kvalitetsinnsats også var sterkt

[1258] Paul B. Batalden er medisiner (pediater) og professor emeritus ved Dartmouth Medical School. Han er født i Minneapolis og er av norsk avstamning. Siden begynnelsen av 1990-årene har han vært en av de de ledende kvalitetstenkere og –praktikere i det amerikanske helsevesen. Fra 1986 til 1994 var han visepresident i Hospital Corporation of America (Nashville, TE). Det var her han for alvor utviklet sin kvalitetsfilosofi. Siden 1990 og til «pensjoneringen» har han (de første årene i tillegg) vært professor og leder for Center for Healthcare Improvement Leadership Development ved Dartmouth Medical School. Han er «Founding chairman» av Institute for Healthcare Improvement (stiftet 1991). Denne artikkelen gir et godt inntrykk av Bataldens kvalitetsfilosofi midt i 1990-årene: P. B. Batalden og Julie J. Mohr, «Building Knowledge of Health Care as a System», *Quality Management in Health Care*, b. 5, nr. 3, 1997, s. 1-12.

[1259] Donald M. Berwick ble utdannet ved Harvard Medical School og ble siden, som Batalden, spesialist i pediatri. Han arbeidet ved Harvard Community Health Plan frem til 1989 da han var med på å etablere Institute for Healthcare Improvement. Han er professor i pediatri ved Harvard Medical School og i Health Policy and Management ved Harvard School of Public Health. Han ble i 2010 utnevnt til leder for Centers for Medicare and Medicaid Services, men gikk av etter et år på grunn av motstand fra det republikanske flertall i Sentatet. I 2013 forsøkte han å bli nominert som demokratisk guvernørkandidat i Massachusetts, men lyktes ikke. Denne boken gir et inntrykk av hans kvalitetsfilosofi fra midt i 1990-årene: T. A. Brennan og D. M. Berwick, (1996) *New Rules: Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.

[1260] Forbedringsarbeidet på laboratorieområdet skjedde gjennom Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS), et samarbeidstiltak mellom foreningen, staten og KS.

[1261] Fondene var basert på en avtale mellom foreningen, staten og KS. Avsetningene var betydelige og i en artikkel i 2006 opplyser foreningen at beløpet for fondene I og II var kommet opp i 298 millioner kroner. Se Audun Fredriksen (f. 1950), Bjørn Oscar Hoftvedt, Hans Asbjørn Holm og Einar Skoglund, «Legeforeningens rolle i medisinsk utdanning og kompetanseutvikling», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, bind 126, nr. 1, 2006, s. 78-81 (beløpet nevnt på s. 80). Denne artikkelen gir en bred oversikt over foreningens kvalitetsinnsats,

påvirket av Donabedians, men særlig Demings, filosofi. Etter hvert ble også Batalden og siden Berwick viktige inspiratorer. Men noen bred og gjennomgripende virkning på den medisinske kultur hadde ikke Lægeforeningens kvalitetsinnsats. I en kommentar til en leder i det norske legetidsskriftet om forbedringsarbeid, skriver Holm i 2014, altså mer enn to tiår etter at han og foreningen lanserte sin kvalitetsoffensiv: «Det er et tankekors at system- og prosessforbedring – basert på Demings Plan-Do-Study-Act (PDSA-sirkelen) – ikke har fått større plass enn det har i norsk helsevesen, selv om den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er et viktig unntak».[1262]

Helseforvaltningen ble altså gjennom vår periode mer og mer opptatt av kvalitet. Først var den det som tilsyn og kvalitetssikring, men fra overgangen til 1990-årene kom den offensive kvalitetsutviklingen gradvis mer inn i bildet. Utviklingen kulminerte på et vis med lansering i februar 1995 av *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*.[1263] Tilsynsutviklingen hadde jusen som forvaltningsmessig basis. Kvalitetssikringen hadde teknisk-økonomisk rasjonalitet som basis. Den siste var slik, som vi har påpekt, mer eksplisitt knyttet til mål- og resultatstyringen (NPM) enn den første. Begge strategiene ble gradvis viktigere i løpet av vår periode og bidro slik til at styringen av helsevesenet både ble mer rettsliggjort og mer målsøkende. På kvalitetsområdet kom disse strategier til å bli, og forbli, overlappende. Rettsliggjøringens lavterskelstyring (forsvarlighet som terskel) ble, som vi har nevnt, kombinert med målstyringens mer offensive terskelhevingsstyring. Utviklingen av kontrollvirksomheten knyttet til utstyr, laboratorier, medikamenter og næringsmidler er viktige uttrykk for den mer kvalitetskontrollpregede strategi. Det samme er feil-, uhells- og avviksregistreringen. Men som Deming og Juran forstod kvalitetsledelse, skulle der kommet inn et nytt element, en løpende opptatthet av forbedring. Det var en forbedring som ikke bare bestod i å heve terskelene gjennom nye, forskningsdokumenterte regler (man fulgte med i), men som tillike bestod i å skape en forbedringsinnstilling hos alle som var overbevisningsbasert og som manifesterte seg også gjennom erfarings- og skjønnsbasert forbedring («gjennombrudd»). Vi ser spor av slik tenkning i forvaltningens planer, for eksempel ved at den nasjonale planen er en plan for kvalitets*utvikling*, men også i mange av de synspunkter som kommer frem i planen og dens forarbeider og i andre notater og utredninger som kom i første halvdel av 1990-årene. Sporene er imidlertid ikke tydelige. Alle dokumenter har i overveiende grad et nokså kaldt og prosaisk preg. De er regel- og terskelorientert, ikke pedagogisk mobiliserende, som Jurans og Demings bøker og artikler, og enda mer, intervjuer og taler, er. Ei heller er de endringsdramatiske. Dog er der innslag også av det mobiliserende.

Før vi går videre skal vi ta et skritt tilbake og se på hvordan kvalitetspolitikken ble til.

men som en del av en oversikt over foreningens historiske innsats som utdannelsesaktør. Om starten av virksomheten, se Den norske lægeforening, *Kvalitetssikring. Temahefte*, Oslo: Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1993.

[1262] Hans Asbjørn Holm, «Re: Om kvalitetsarbeid», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, bind 134, nr. 16, 2014, s. 1549.

[1263] Planen ble publisert i brosjyreform. Den hadde betegnelsen IK-2482. Som ansvarlig stod både Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn.

Kvalitetspolitikkens fremvekst i Norge

Ingen av de viktige utredninger (NOUer) og meldinger som kom i 1980-årene er preget av den kommende kvalitetsbølgen. Tiltak som blir ingredienser i kvalitetspolitikken kom dog, som vi har sett, i dette tiåret. Det gjaldt særlig kvalitetskontrollen (sviktkontrollen) med (bruk av) utstyr og varer, laboratorier og medikamenter, men også den tradisjonelle hygieniske kontroll. Det gjaldt også den økende opptatthet av den såkalte brukerorientering, ikke minst som den kom til uttrykk gjennom tale om pasientrettigheter og økning i klageantallet. Indirekte var også det «nye» helsetilsynet – med egenkontrollen, en del av den økte opptatthet av brukerorientering. Man kan si at disse tiltak forberedte kvalitetsoffensiven, men vi må føye til at de også ble en del av den, ja, den viktigste del. I sentrale henseender ble derfor kvalitetsoffensiven en del av tilsynsoffensiven.

Det første viktige nye «kvalitetsdrypp» kom med offentliggjøringen av den norske Helse for alle-planen fra 1987. Her het det i delmål 31 at «Innen 1990 skal vi ha utviklet **effektive** tiltak som overvåker og garanterer kvaliteten i helsevesenet».[1264] Det neste, men lille, drypp kom med Tove Strand Gerhardsens nasjonale helseplan fra 1988. Her ble det ført opp som ett av ni hovedmål at «Helsetjenesten må være av *rimelig kvalitet* og gi tilbud av jevnt høy standard uavhengig av hvor en blir behandlet».[1265] WHO-tilpasningen fikk imidlertid ingen bred virkning og 1988-planens mål var mer et fordelingsmål enn et egentlig kvalitetsrettet mål. 1988-planen var jo for øvrig gjennomsyret av fordelingspremisser. Men med fremleggelsen av Werner Christies helsemelding (1994) var det åpenbart at kvalitet i mer offensiv forstand var blitt en del av helsepolitikken. Kapittel 4 i meldingen er kalt «Mål- og resultatstyring, forskning og strategi for kvalitetsutvikling». Det var jo også Werner Christie som vinteren 1995 kunne legge frem den nasjonale strategi for kvalitetsutvikling.

Den nye kvalitetspolitikken kom utenfra, fra næringslivsledere og næringslivstenkere i USA og Japan, fra International Standards Organization (ISO), fra noen konsulentfirmaer (særlig KPMG) og fra mange av disses praktisk-teoretiske inspiratorer, som Deming, Juran, Ishikawa (1915–1989)[1266] og Crosby. Politikerne mer reagerte enn agerte. Formidlerne i Norge ble, som vi har sett, særlig Det Norske Veritas, men også i noen grad Statskonsult, KS og Norsk Forening for Kvalitet (opprettet i 1992, med Hroar Piene som første leder). Departementet ville bruke Veritas som premissgivere, og avtalte i 1989 med Veritas at selskapet skulle bistå helsevesenet med etter hvert ca. ti årsverk; i 1991 ble det syv–åtte årsverk. Men ekspansjonen kom ikke; istedenfor ble det rask nedbygging. Forvaltningen, sykehusene og til dels fagmiljøene tok over, og tok kvalitetsarbeidet «hjem». De oppfattet alle Veritas' bistand som fremmedgjørende. SI-vurderingen fra 1991, som vi har omtalt ovenfor,[1267] kritiserte Veritas for å være for teknologiorientert og for lite opptatt av den kliniske praksis og de kliniske prosessers organisering. Også denne vurderingen, laget i et ingeniørpreget miljø, men av

1264 Den norske rapporten ble publisert av Helsedirektoratet i 1987 som *Helse for alle i Norge?* (Oslo: Kommunalforlaget).

1265 St.meld. nr. 41 (1987-88), s. 58.

1266 Kaoru Ishikawa var kanskje Japans viktigste kvalitetstenker. Han bidro til å legge forholdene til rette for at Demings og Jurans ideer skulle få innflytelse i Japan. Han er spesielt kjent for innføringen av kvalitetssirkler og fiskebensdiagramet (et årsaks-virkningsdiagram) for total kvalitetsutvikling. Ishikawa ble utdannet som kjemiker, men ble altså etter hvert kjent mest som kvalitetsutvikler. Kfr. hans *What is Total Quality Control?*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, NJ, 1985.

1267 Falkum, Larsen og Hem, 1991, *op.cit.*

helsefagtilpassede samfunnsvitere, bidro til å dytte ut «ingeniørene». Det er imidlertid interessant at Veritas, som fusjonerte med tyske *Germanische Lloyd* i 2013, gjennom sitt forretningsområde *DNV GL - Business Assurance*, i dag spiller en betydningsfull rolle for akkreditering av sykehus og for å foreta «clinical excellence certifications» for amerikanske sykehus. Veritas' utvikling er tidstypisk for nyttelogikkens utfoldelse: Det generelle blir viktigere, det spesielle, her det medisinske, blir mindre viktig. At Veritas i begynnelsen av 1990-årene ble dyttet ut av helsevesenet i sitt (opprinnelige) hjemland er uttrykk for at fortiden fortsatt satt godt i. Men når vi kommer utover vår periode blir stadig mer av kontrollvirksomheten skritt for skritt mer «abstrakt». Blant annet blir tilsynsvirksomheten etter hvert mer «generisk» og Helsetilsynet selv blir til et helse-, omsorgs- og sosialtilsyn, og får stadig hypppigere kontakt med andre tilsynsorganer.

Men den kvalitetsoffensiven som nå kom, var altså delvis en følge av det som skjedde på næringslivssiden. Det bidro til at kvalitetshensynene presset seg på kulturelt. Men som nevnt, gjorde også medisinens mer selvkritiske innstilling og forbrukerpasientenes større pågåenhet at helsevesenet ble mer åpent for presset fra næringslivssiden. I løpet av 1990-årene kom slik kvalitet til å få betydelig innflytelse også i helsevesenet. Helsevesenet lot seg dog ikke virkelig fange av kvalitetsbølgen; det tok ikke «bølgen». Ved overgangen til det 21. århundre forsvant mye av entusiasmen for kvalitet som den samlende styrings- og ledelsesfilosofi, og ble til ett av flere, mer prosaisk forståtte, mål. Det bidro til at kvalitetsbølgen ikke ble gjennomgripende at initiativet til kvalitetssatsningen ble spredt og at der ikke stod frem «kvalitetsevangelister» på toppen, det vil si i departementet og direktoratet. Arbeidet ble drevet på nokså vanlig byråkratiske premisser, med flere medarbeidere. Ingen stod frem som bærer av kvalitetsflagget, men en tid kom sivilingeniøren og legen Hroar Piene (f. 1938) til å spille en advokatpreget rolle, først som koordinator i helsetjenesteforskningsprogrammet (NAVF/NORAS) og fra 1992 til 1995 som spesiallege i Helsedirektoratet. Og på toppen, både i departementet og i direktoratet, var det andre hensyn som fanget interessen – sykehus, penger og effektivitet i departementet, og nyetablering (som tilsyn), tilsyn og klagesaksbehandling (blant annet noen enkeltsaker) i direktoratet/Helsetilsynet. Kvalitet spilte ingen sterk rolle i departementets sjefsmøter og i direktoratets direksjons/ledelsesmøter (fra høsten 1994). Hverken departementsråden (Norbom, siden Nordbø), helseavdelingsekspedisjonssjefen (Hauge, siden Sæbø (1995)), (den nye) sykehusavdelingssjefen (Melsom, 1996) eller Helsedirektøren (Mork, siden Alvik) eller assisterende helsedirektør (Alvik, siden Lars E. Hanssen) eller noen av avdelingsdirektørene i direktoratet ble hengivne kvalitetsledelsesfolk i Demings betydning av kvalitetsbegrepet og kvalitetsfilosofien.

Departementet hadde en viss styring med prosessen frem til 1994, men det var i praksis Helsedirektoratet som satt med initiativet og fra 1994 den praktiske ledelse. Fra den første virksomhetsplan, altså fra 1989, var kvalitetssikring tatt med som formål i Helsedirektoratets virksomhetsplan, men kvalitetssikringen ble de første årene sett på som nokså tilsynspreget og feilforebyggende. Disse elementene fortsatte å spille en rolle, men fra 1993–94 kom også utviklingsideer mer frem. I det nye Helsetilsynets første strategiske plan (1994) var kvalitets*utvikling* nevnt som det første av fire strategiske områder: Helsetilsynet så nå på kvalitetspolitikken som treleddet: først kommer kvalitetskontroll, så kvalitetssikring og endelig kvalitetsutvikling. Helsetilsynet brukte fra «nyetableringen» av også oftere betegnelsen «total kvalitetsledelse». Kvalitet begynte å få en mer identitetsskapende funksjon for Helsetilsynet.

I 1990 presenterte direktoratet sine første, litt mer offensive, planer for å «gjennomføre et prosjekt som definerer og beskriver kvalitetssikring i videste forstand».[1268] For formålet hadde altså direktoratet engasjert professor i medisinsk teknologi (Trondheim), og lege, Hroar Piene, en mann som «i lengere tid [har] arbeidet med kvalitetssikring som begrep både i norsk og internasjonal sammenheng». Rapporten, *Sikring av kvalitet i helsetjenesten*, kom året etter.[1269] Samme år gjennomførte direktoratet en spørreskjemaundersøkelse blant norske sykehus om kvalitetsarbeidet. Den viste at det var betydelig variasjon i omfanget av planlagte og systematiske kvalitetssikringstiltak. Mange sykehus gjorde lite. Skadeutvalg var dog iferd med å komme. I forlengelsen av spørreskjemaundersøkelsen tok direktoratet initiativ til en nasjonal konferanse om sikkerhet i somatiske sykehus; konferansen ble arrangert i regi av NAVF høsten 1991.

Pienes rapport er delvis preget av Donabedians filosofi. Donabedian talte jo hele livet om «Quality Assurance» – ikke kvalitetsutvikling.[1270] Det passet direktoratet nå. Passet gjorde det også at Donabedian var lege; det ble understreket at uten klinikkens og klinikernes medvirkning fikk man ikke så mye til. Men rapporten var nokså eklektisk, og fulgte ikke Donabedian på noen underdanig måte. Den la således vekt på tilsyn, og særlig egenkontroll, som viktige kvalitetssikringstiltak. Den omtalte også i bekreftende vendinger den terskelkontrollerende akkrediteringspolitikken i andre land. Man kunne imidlertid også finne elementer av de offensive utviklingstankene i rapporten.

En nasjonal kvalitetsstrategi

I forlengelsen av 1991-rapporten nedsatte departementet en arbeidsgruppe med den oppgave å «utarbeide forslag til en nasjonal strategi for kvalitetssikring i helsetjenesten».[1271] Vi merker oss at departementet her brukte betegnelsen «sikring», ikke «utvikling». Gruppen, som ble oppnevnt den 18. februar 1992, fikk avdelingsdirektør og leder for spesialisthelsetjenesten i Helsedirektoratet, Haakon Melsom, som leder.[1272] Ingen av medlemmene av gruppen kan man si tilhørte de «hengivne» kvalitetsfolkene, men fagsjef (og tannlege) Kjell Røynesdal skulle i en del år bli en av Helsedirektoratets/Helsetilsynets mest kyndige kvalitetsmedarbeidere. Det er, sammensetningen gitt, ikke så overraskende at gruppens rapport i første del er nokså sikkerhetsorientert. I målpresentasjonen (s. 4) tales det bare om kvalitetssikring. Det heter også at gruppens utgangspunkt er NS-ISO 8402 og WHOs anbefalinger. Gruppen skulle levere sin rapport innen sommeren 1992, men rapporten kom nesten et år senere, i mai 1993. Dette skyldes ikke minst at det var en turbulent tid i helseforvaltningen og at flere av gruppens medlemmer deltok i annet utredningsarbeid.

[1268] Kfr. *Annus Medicus, Norge, 1989-90*, Oslo: Helsedirektoratet, 1990, s. 15.
[1269] Helsedirektoratets utredningsserie 4-91.
[1270] Kfr. Avedis Donabedians siste bok, hvor han oppsummerer sin lære på en godt poengtert måte: *An Introduction to Qaulity Assurance in Health Care*, Oxford: Oxford University Press, 2003.

[1271] *Forslag til nasjonal strategi for kvalutetsutvikling i helsetjenesten*, bakgrunnsnotat til Sosialdepartementet, mai 1993, s. 3.
[1272] Gruppen bestod ellers av fagsjef Kjell Røynesdal (tannlege) og kontorsjef Sigmund Eliassen (jurist), Helsedirektoratet, og underdirektør Kari Holst (jurist) – snart erstattet av konsulent Elisabeth Grannes (jurist), underdirektør Gerd Vandeskog (lege) – snart erstattet av byråsjef Jan Tvedt (statsviter), rådgiver Kari Ringstad (f. 1952) (s.pl.) og førstekonsulent Hilde Marie Rognlie (f. 1956) (c.mag.) fra Sosialdepartementet. Gruppen ble preget av Helsedirektoratets folk. Vi ser at departementet erstattet sine to fremste representanter med to med lavere stilling.

Departementet brukte altså bare ordet kvalitetssikring. Gruppen gjorde også det i første del av sin rapport. Men gruppen brukte i tillegg tiden til å gå litt i dybden også med de mer grunnleggende spørsmål og skriver på s. 6: «Gruppen har .. valgt å bytte ordet kvalitetssikring med kvalitetsutvikling». Den sier at der bør skje «et kontinuerlig forbedringsarbeid» og at det bør reflekteres i ordene som brukes. Men gruppen klarer ikke å være konsekvent og allerede i kap. 2 tales det i overskriften om en strategi for «kvalitetssikringsarbeid». Og i slutten av kap. 3, når gruppen skal fremheve kvalitetsarbeidets *oppside*, skriver den at det er viktig å legge vekt på «det positive i kvalitetssikringsarbeidet, det som skal bidra til å redusere eller forhindre feil eller avvikshendelser» (s. 19). I kapittel 4 omtales en rekke begreper. Om «standard (norm)» står det: «En standard betegner det nivået vi vil kreve at kvaliteten skal ha» (s. 26). Igjen fremheves altså at kvalitetsledelse er terskelorientert kontroll, og slik en videreutvikling av tilsyn.

I kapittel 5 omtaler gruppen kvalitets*ledelse* og kommer her inn på «total kvalitetsledelse», som Juran forstår den. Den sondrer således mellom kvalitetsvedlikehold (kvalitetssikring), kvalitetsforbedring (inkrementell forbedring) og kvalitetsfornyelse («kvalitativ» kvalitetsforbedring, for eksempel gjennom såkalte «gjennombruddsaktiviteter»). Allerede i det påfølgende kapittel går imidlertid gruppen tilbake til bare å tale om kvalitets*sikring*. Her omtales selvregulering (selvledelse), kollektiv og individuell, altså fagpersonenes ansvar for selv å forbedre kvaliteten av de tjenester de yter. Det er allikevel uklart om dette ansvaret gjelder å følge etablerte prosedyrer (standarder, normer), bidra til å utvikle nye eller bruke erfaringsbasert skjønn for å *utvikle* tjenesten(e) i kvalitativ forstand. Argumentasjonen peker i den første retning: Fornyende skjønn skal utøves så lenge den aktuelle kunnskap ennå er intuitivt basert.

Leser vi videre i rapporten, ser vi at det målstyrte kvalitetssikringsarbeidet preger den. Myndighetene er mest vant til, og best egnet til, å styre etter standarder. Jo mer fagligheten utvikles og der kommer flere standarder, jo mer kan styringen sentraliseres. Denne styringsholdningen kommer tydelig frem i de følgende tre (7–9) kapitler. Det øverste ansvar ligger hos departementet – som utformer kvalitets*sikrings*politikken. Denne settes så ut i livet av Helsedirektoratet og andre sentrale forvaltningsorganer, av fylkeslegeetaten (og fylkestannlegene) og til sist av institusjonene (og deres eiere) og personellet. Personellets organisasjoner «skal» være, og omtales som, konstruktive medspillere. Det henvises således til at de større yrkesorganisasjoner, blant annet Lægeforeningen og Sykepleierforbundet, har vedtatt egne kvalitetssikringsstrategier.[1273] Vi har også sett at Lægeforeningen fikk en spesielt kvalitetsopptatt gruppe i sekretariatet. I rapporten pekes det også på (kap. 11) hvordan utdannelsen gradvis trekkes inn i den sentraliserte kvalitetsstyringen: Sosialdepartementet styrer eller forhandler med Kirke- og undervisningsdepartementet om kvalitetspolitikken overfor utdannelsesinstitusjonene.

I kapittel 10 kommer det andre styringsperspektivet inn, nedenfraperspektivet. Gruppen skriver at medisinen tradisjonelt har tatt hele pasientansvaret, men at den praksisen nå utfordres: «Pasienten bør og kan være med å definere, bestemme og bedømme kvaliteten av tjenesten» (s. 69). Men det er gjennom styring (lovgivning), altså statlig paternalisme, pasienten skal få denne medvirkningsrollen. Gruppen er nok usikker på om mange pasienter i særlig grad selv vil ta initiativet, forbrukerrevolusjonen til tross. Men ved at behandleren blir

[1273] *Handlingsprogram for Den norske lægeforening*, og *Kvalitetshåndbok for medisinsk virksomhet* (DNLF, 1992); *Kvalitetssikring i sykepleietjenesten* (NSF, 1992).

en «rådgiver [mer] enn en allviter» (s. 70) må pasientene selv ta større ansvar. «I enkelte sammenhenger kan det være aktuelt å inngå en eller annen form for «kontrakt»». Men gruppen foreslår også at pasienter kan influere gjennom organisasjoner og plasser i styrende organer, men peker på at det kan føre til at det er «de sterkeste brukergruppene som kommer til orde» (s. 72). Som vi har sett, kom der bestemmelser i for eksempel legeloven om pasientmedvirkning, men mer utførlige bestemmelser om pasientmedvirkning kom først i pasientrettighetsloven av 1999. Disse bestemmelser er imidlertid mer (adgangs)rettighets- enn egentlig (utfalls)kvalitetsmotiverte. Man kan imidlertid si, som vi har vært inne på tidligere, at det gruppen foreslår, er i tråd med den nye målstyringen (NPM), for så vidt som denne kombinerer ovenfrastyring og nedenfrastyring, men der den første dominerer. Vi har også omtalt styringen som knipetangsmanøverpreget overfor de gamle «makthavere», legene. Vi skal legge til at mens den nytteorienterte målstyringen i prinsippet er utviklingsorientert, er den kvalitetspolitikk gruppen foreslår primært sikrings- og dermed prosessorientert. Vi ser imidlertid i mange sammenhenger at den generelle målstyringen også ofte blir til prosesstyring; slik styring passer best i et hierarkibasert system.

Gruppens rapport ble, etter en remissrunde, fulgt opp med *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*.[1274] (Kfr. faksimilen av strateginotatets forside.) Strategirapporten kom i februar 1995 og skulle gjelde for fem år, altså til årtusenskiftet, men varte litt lenger. Den ble utgitt av Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn, med forord skrevet av helseminister Werner Christie. Den er på 14 luftige sider (pluss forord etc. og vedlegg). Den har elementer som er konkrete og prosaiske, men også elementer som er appellerende og nesten «evangeliserende». Elementene inngår ikke i et stringent og godt oppbygget resonnement. Den gir derfor, som offentlig dokument, et litt uvanlig inntrykk. Men den reflekterer også kvalitetsforetagendets dobbelthet: De konkrete elementer i rapporten reflekterer kvalitetssikringsdelen, de luftigere elementer kvalitetsutviklingsdelen. Men mens den siste delen spilte en nokså underordnet rolle i Melsom-gruppens utredning, spiller den en viss rolle i den nasjonale strategien. Dette kommer til uttrykk allerede på strategirapportens første side. Her heter det (s. 4):

[1274] Strateginotatet har dokumentreferansen IK-2482.

*Hensikten med denne nasjonale strategien er å beskrive **overordnede mål, verdier, ansvar og oppgaver**. Strategien er ikke en oppskrift i arbeidet med kvalitetsutvikling. Målet er at den skal klargjøre oppgavene og motivere alle aktørene til å delta etter en samlet plan.*

«Alle ansatte må bli delaktige i satsingen på kvalitet», heter det videre. Det legges pådyttende til: «Lederne må også oppmuntre og legge til rette for egenutvikling og personlig kvalitet» (s. 5). Stategien har dog ikke noe av det engasjerende «trykk» som Deming og Jurans filosofi har. Men strategien har altså også elementer av kvalitetssikring, ja, av planen, over seg. Det er i praksis også disse elementene som dominerer. Strateginotatet inneholder således en rekke tidfestede prosessmål, eller prosessmilepæler, noen av dem nokså konkrete, andre mer åpne. Det heter således at (det overordnede) «Målet er at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000» (s. 10). For å nå dette målet, heter det videre, «er følgende plan formulert»:

• I løpet av 1995 skal de statlige helsemyndigheter gjennom informasjonsvirksomhet overfor de utøvende helsetjenester gjøre kjent plikten til internkontroll i helsetjenesten og Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling.
• Innen utgangen av 1996 skal alle virksomheter innen helsetjenesten ha ferdig planer for etablering av kvalitetssystemer (internkontrollsystem).
• Innen år 2000 skal alle som yter helsetjenester ha etablert internkontrollsystem/kvalitetssystem for hele virksomheten.

Planen er så konkretisert for de ulike styringsnivåer og tjenesteytende nivåer. Men vi merker oss at «planen» i stor grad er knyttet til det tilsyns- og terskelstyringsbaserte virkemidlet internkontroll. Planen fremstår slik i praksis mer som kvalitetssikrings- enn kvalitetsutviklingsorientert. Det er interessant å se at også «den enkelte medarbeider» trekkes med i dette hierarkiske (kvalitets)styringsregime. Det heter således som første «pliktpunkt» at det er den enkeltes ansvar å «sørge for kunnskap om hvilke krav som stilles til de tjenester den enkelte er involvert i». Kravene det henvises til kommer særlig ovenfra, i noen grad nedenfra, men også fra profesjonen medarbeideren tilhører. I det neste punkt forpliktes medarbeideren til å holde seg oppdatert hva gjelder «kunnskaper og ferdigheter». I punkt tre pålegges medarbeideren å sørge for 360 graders «tilbakemelding på egen virksomhet» og å «endre praksis på bakgrunn av slike tilbakemeldinger». I de to siste punktene gies medarbeideren ansvar for å «dokumentere kvalitetsnivå og avvikshendelser» – altså gjøre seg selv kontrollerbar, og å «delta i kvalitetsutviklingsprosessen og følge de systemer som etableres». Ansvarspåleggene gjør at styringen utenfra virkelig får et «totalt» preg, men et preg som er kontrolltotalt. Utviklingsdelen, som forutsetter at medarbeideren ikke bare styres, men mobiliseres til å styre, lede og utvikle seg selv og bidra til at det miljø hun eller han er en del av også mobiliseres til å fungere som subjekt, mangler i stor grad.

Kvalitetsutvalg

Siden internkontroll var en del av kvalitetsstrategien, kan man si planen i et viktig henseende fikk påleggspreg. Pålegget om internkontroll kom jo i 1984. Men som vi har sett var ikke pålegget tydelig. Det manglet konkretiserende forskrifter; ja, direktoratets forsøk på å utforme slike i 1990–91 ble stanset av departementet. KADs forskrift om internkontroll kom i 1991, men den var myntet på helse- miljø- og sikkerhetsarbeidet (særlig for medarbeidere), ikke organisasjoners utadrettede tjenesteytelse. Denne forskriften ble, som nevnt, revidert i 1997, og i noen grad tilpasset tjenesteytelse, men en reell helsetjenesteorientert forskrift kom altså først i 2003, *etter* at kvalitetsstrategiens virketid var ute. Slik sett kan man si at kvalitetsstrategien mer fikk et pedagogisk og mykt enn et rettslig og hardt preg. Det bidro jo også til det myke preget at de normer som skulle gjelde for tjenesteytelsen også skulle reflektere profesjonenes egne, ofte mer kvalitativt pregede, normer. Men kvalitetspolitikk hadde også et annet innslag, som for så vidt fra 1994 ble formelt pålagt, nemlig opprettelse av kvalitetsutvalg i sykehus.[1275]

Slike utvalg var, som skadeutvalg, allerede kommet tidligere ved mange sykehus, særlig de store. Klagene, som nå kom i økende grad, hadde begynt å gi virkning. Sykehusene måtte forebygge bedre. Påbudet om opprettelse av kvalitetsutvalg ble ikke fulgt opp med forskrift, men med retningslinjer, altså en mykere styringsform. Av de sistnevnte fremgikk det at de nye utvalgene, som de gamle, primært skulle fungere som kvalitetssikringsorganer. De skulle særlig drive med internkontroll, risikoanalyser og avviksrapportering – med oppfølging, men de skulle gjøre det mer systematisk og offensivt enn de gamle utvalg. De skulle ha en aktiv forebyggende profil og ellers være med på å skape en kvalitetskultur i sykehusene. De skulle således fungere rådgivende overfor de kliniske avdelinger. Som en veiledende anbefaling, foreslo Helsetilsynet at kvalitetsutvalget fikk følgende faste medlemmer: én representant fra ledelsen, én representant fra de medisinsk-tekniske tjenester, verneombudet og en brukerrepresentant. Det het også i veiledningen at sykehus, hvis de hadde en kvalitetsrådgiver, burde vurdere å la vedkommende få sete i kvalitetsutvalget. De sykehus som hadde en hygienekomité burde vurdere om en representant fra den burde få sete i kvalitetsutvalget.[1276]

Ved de største sykehus kom det gjerne en egen kvalitetsleder, plassert i stabsforhold til direktøren. Avdelinger og og poster fikk ofte en kvalitetsansvarlig. Ved en del sykehus ble det etablert prosjektgrupper knyttet til utviklingsprosjekter av ulike slag.

Da forslaget kom opp i 1992 om å etablere kvalitetsutvalg var det meningen at også kommunehelsevesenet skulle få slike.[1277] Det fikk de ikke med én gang, enda slike også ble

[1275] I den nye § 18b i Sykehusloven kom det til å hete: "Helseinstitusjon som omfattes av denne lov skal opprette kvalitetsutvalg som ledd i den internkontroll institusjonene er pliktige til å føre i henhold til § 3 i lov av 30. mars 1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Utvalget kan uten hinder av lovbestemt taushetsplikt kreve enhver opplysning som er nødvendig for utførelsen av dets arbeid. Departementet kan gi forskrift om kvalitetsutvalgets arbeid, herunder informasjon til pasienter og habilitet for utvalgets medlemmer".
[1276] Kfr. Retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning. Vedlegg til statens helsetilsyns rundskriv av 4. februar 1994 (IK-7/94), s. 9-10.
[1277] Kfr. *Kvalitetssikring basert på meldinger om skader, uhell og klager i helsetjenesten. En utredning med forslag til oppfølging ved kvalitetsutvalg i institusjoner og kommuner,* Helsedirektoratets utredningsserie 4-92 (IK-2377).

varslet i Christies helsemelding. Det var mer komplisert å få etablert slike i kommunene, små som de fleste var. Det viste seg imidlertid vanskelig å få utvalgene godt i gang også i sykehusene, særlig de små, og det gjorde at de nasjonale helsemyndigheter ventet litt før de krevde slike innført også i kommunene. Først fra 1998 skjedde det noe lokalt, men på en halvt sentralisert måte. Der kom kvalitetsrådgivere, plassert hos fylkeslegene, som skulle arbeide overfor kommunene. Disse, plassert som de ble i et miljø som nå var blitt nokså tilsynsorientert, ble imidlertid enda mer kvalitetssikrings- og tilsynsorienert enn sykehusenes rådgivere. Noen kommuner tok imidlertid på egen hånd opp kvalitetsarbeidet, til dels gjennom innføring av en eller annen variant av «total kvalitetsledelse».[1278] Under den nasjonale strategi ble det ellers satt i gang flere kvalitetsprosjekter i kommunene.

Helsetilsynet understreket i sine retningslinjer for kvalitetsutvalgene at de burde ha en «tverrfaglig sammensetning der bl.a. både de medisinske og sykepleiefaglige tjenester er representert» (s. 9). Det «kvalitetsbyråkratiet» som nå kom, kom imidlertid særlig til å bestå av sykepleiere. Sykepleierne så på kvalitetspolitikken, som de så på annen ny ledelsespolitikk, nemlig som en anledning til å markere seg i styringen av sykehus. Men dette forhold, og det at kvalitetsbyråkratiet særlig ble bygget opp sentralt, gjorde at det ofte fikk en litt abstrakt rolle. Mange leger ønsket ikke å bli kvalitetskontrollert av sykepleiere og kvalitetsrådgiverne og bidro slik til at kvalitetspolitikken ved mange sykehus fikk nokså begrenset betydning. Men enkelte steder ble kvalitetsbyråkratiet på sykehusene så aktivt at det kunne oppstå spenninger mellom det og linjeledelsen.

Kvalitetsutvalgene var ett uttrykk for den nye kvalitetspolitikken ute i klinikkene. Det hadde forvaltningen og spesielt Helsedirektoratet som utgangspunkt. Det var nokså tydelig kvalitetssikringsorientert, særlig i første fase. Men den nye politikken ble også ført frem gjennom en annen linje. Den sprang ut av det opplæringsarbeid Det Norske Veritas hadde ledet i helseregion IV (Midt-Norge). Kvalitetsarbeidets innhold ble spredt i regionen med utgangspunkt i den kompetanse som, ved Veritas «fødselshjelp», ble bygget opp ved regionsykehuset. Dette arbeidet ble en mal for det arbeidet som i begynnelsen av 1990-årene ble gjort nasjonalt. Veritas foreslo at den opplæring av kvalitetsrådgivere selskapet hadde drevet i Midt-Norge skulle utvides til et nasjonalt program. Også det departementale Bjelde-utvalget (1991) gikk inn for det. Under Helsetilsynets ledelse gjennomførte så Veritas et kvalitetsrådgiverprogram i sykehus i tidsrommet 1994–1996. Dette programmet ble fra 1995 inkludert i Nasjonal strategi. Programmet hadde en styringsgruppe bestående av direktørene ved regionsykehusene, enkelte kvalitetssjefer ved regionsykehusene, direktøren ved Vest-Agder sentralsykehus (VAS) og Helsetilsynet. Første ledd i programmet var å utdanne ressurspersoner i sykehussektoren til kvalitetsrådgivere. Tanken var så at disse skulle veilede dem som ønsket det i å drive kvalitetsarbeid nedover i sykehus og deres avdelinger. Slik skulle et kvalitetsnettverk gradvis oppstå og på lengre sikt skulle sykehusenes kultur bli preget av kvalitetstenkningen. Den første opplæringsdelen av programmet ble gjennomført i 1994, med til sammen 28 personer. Helsetilsynet fulgte siden opp dette arbeidet med årlige nettverkssamlinger, men mye av oppfølgingen skjedde også gjennom ulike regionale og lokale nettverk. I noen grad kom også kommuner med i disse nettverkene, eller laget selv slike nettverk.[1279]

[1278] Kfr. *Hallandvik op.cit.*, kap. 7.

[1279] Utviklingen er nærmere omtalt i *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*, Rapport fra Helsetilsynet 5/2002, s. 13-14.

Direktørene ved regionsykehusene og VAS fortsatte, sammen med sine kvalitetssjefer eller kvalitetsrådgivere, sitt samarbeid om kvalitet. De gjorde det under merkelappen «Kvalitetsutvikling i helseregionene». Dette arbeidet, som nettverksarbeidet generelt, fikk en betydelig plass, og førte blant annet til utarbeidelsen av flere viktige veiledere, som en om utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus, og to andre kalt *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder* og *Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider*.[1280]

Helsetilsynet, regionsykehusene og nettverkene (deres), arbeidet under den samme merkelapp, den nasjonale strategien, men samvirket var ofte litt løst. Til dels trakk aktørene i litt ulike retninger. I nettverkene, som i yrkesforeningene (særlig Lægeforeningen) spilte kvalitetsutvikling en større rolle enn i Helsetilsynet, hvor kontrollhensynene (internkontroll) ble mere betonet. En viss sjalusi overfor nettverksfolkene kunne undertiden skimtes i Helsetilsynet, men det siste gav jo også ut veilederne, utarbeidet av de første.[1281]

Helsedirektoratet, Helsetilsynet og kvalitetsbølgen: en oppsummering

Hvis vi går tilbake, ser vi at Helsedirektoratet ikke virkelig tok kvalitetsbølgen innover seg. Direktoratet ble dyttet i en mer aktiv retning etter hvert, men for alvor først etter 1992; det vil si, etter at Norbom-dramatikken var over. Men det er delvis også tilfellet med tilsynet. Direktoratets ledelse var så opptatt av dragkampen med departementet at endog tilsynet kom litt i bakgrunnen, annet enn som middel i kampen. Men etter den dramatiske juninatten i '92 hadde tilsynsoppdraget virkelig nådd «hjem». Det hadde nådd hjem i den grad at andre oppgaver kom i bakgrunnen. Slik fortsatte det å være gjennom resten av tiåret og vel så det, altså i resten av det nye Helsetilsynets «hybridtilværelse» – som både direktorat og tilsyn. Først og fremst var det tilsyn generelt – med tilsynsprosjektet og reetableringen av forholdet til fylkeslegene – som stod i sentrum for ledelsens oppmerksomhet. Et par kinkige kasuistiske tilsynssaker – Diprivan-saken i begynnelsen, men egentlig mye, av perioden og Bærums-saken i slutten av perioden – kom dog til å distrahere ledelsen; ja, den siste førte endog til den første helsetilsynsdirektørens avgang (i 2000).

Kvalitetsbølgen, om den enn hadde meget til felles med tilsynsbølgen, kom aldri til å fange Helsetilsynets interesse på samme måte som tilsynet. Ingen i ledelsen ble egentlig grepet av den. Ei heller fant den noen hengiven forkjemper innad i direktoratet og siden Helsetilsynet. Hroar Piene kunne kanskje blitt en slik, men han gikk «trett»; der var for liten grobunn for de interesser han representerte. Helsetilsynet gjorde allikevel en hel del frem til 1998–99, om det enn skjedde litt som et eget prosjekt. Helsetilsynet fikk også en del penger til kvalitetssatsingen, til sammen 72 millioner kroner, men det var ikke nok til at satsingen ble en stor sak for Helsetilsynet. Det er typisk, som vi har påpekt, at Helsetilsynet i hovedsak kom til å behandle kvalitetspolitikken som kvalitetssikringspolitikk. Internkontrollen ble det viktigste virkemiddel. Det var utenfor, i kvalitetsmiljøene, særlig ved sykehusene og i noen grad i lægeforening og sykepleierforbund at den mer ildsjelsbaserte kvalitetsutviklingen fikk fotfeste. Da den nasjonale strategiens tid var omme, rundt årtusenskiftet og til dels litt etter

[1280] De to siste inngår i Statens helsetilsyn, utredningsserie, 2-98, og 3-98.
[1281] Kfr. Hallandvik, *op.cit.*, s. 91.

det, hadde det som var av entusiasme rundt kvalitetsbølgen fortatt seg, spesielt i departementet, men delvis også i Helsetilsynet. Helsetilsynet skrev i sin egenvurdering av strategien i 2002: «Vi har … ikke lyktes i å gjøre Nasjonal strategi tilstrekkelig kjent i Sosial- og helsedepartementet» (s. 13). Dette forhold gjør det interessant at departementets, og daværende prosjektdirektør i NAVO, Vidar Steines, «Pasienten først!»-utvalg om ledelse i sykehus ikke nevner kvalitetsledelsestenkningen og den nasjonale strategien. Utvalget omtaler bare kvalitet, snevert forstått, som en av de viktige egenskapene ved helsetjenester. Ellers omtaler og støtter det kort det syn at klinisk volum og kvalitet, medisinsk forstått, henger sammen. Det vakte oppmerksomhet i kvalitetsnettverkene at utvalget ikke omtalte kvalitetsledelsessatsningen.[1282]

Men heller ikke innad i Helsetilsynet og i fylkeslegeetaten nådde kvalitetspolitikkens ansvarlige helt frem. Helsetilsynet bemerket selvkritisk i 2002: «Det har vært en betydelig, og ikke helt vellykket, utfordring å hindre at Nasjonal strategi skulle fremstå som et prosjekt uten integrert forankring i etatens øvrige arbeidsoppgaver» (s. 13). Helsetilsynet konstaterer også at kvalitetsforetagendet heller ikke ble varmt omfavnet ute i klinikken: «Det har tidvis vært vanskelig å "selge" et budskap som innebærer at ansatte og ledere med stor arbeidsbelastning skal påta seg nye krevende oppgaver for å etablere kvalitetssystemer og forbedringsprosjekter» (s. 12).

Kvalitet, et vanskelig begrep

Vi har så langt ikke sagt noe eksplisitt om hvordan «kvalitet» forståes av kvalitetsbølgens viktigste skapere og bærere. Ordet kommer av latin, *qualis*, som betyr «hvordan [noe er] konstitutert eller sammensatt», «av hvilket slag, sort eller natur» [det er laget] og lignende.[1283] Når vi bruker ordet kvalitet kan vi da si at det henviser til et produkts, en tjenestes eller et forholds karakteristika. Det er ikke langt derfra til å tale om produkters (både naturens og menneskelagede sådanne), tjenesters og forholds egenskaper, som «våre» kvalitetsfolk gjør. I Norsk Standard, NS-ISO 8402 (feb. 1989), heter det således (s. 2) at kvalitet er:

> *Helhet av egenskaper og kjennetegn et produkt eller en tjeneste har, som vedrører dets [dens] evne til å tilfredsstille krav eller behov som er antydet.*

Men her gjøres altså ordet normativt. ISO-folkene trekker frem de egenskaper «noen», spesielt kunder eller brukere, men også fagfolk og myndigheter, ser på som viktige for dem. Det som er viktig for dem, følger av behov, og konkretiseres som krav (forventninger). I definisjonen er brukt det vagere ordet «antydet», men i anmerkningene til definisjonen heter det at i kontraktssammenheng blir behovene spesifisert og at behov som bare er antydet bør «identifiseres og fastsettes». I praksis brukes imidlertid, også av mange kvalitetsfolk, ordet kvalitet dobbelt normativt: Man kan si at et produkt eller en tjeneste hva gjelder én egenskap har en høy score, men sier da gjerne høy kvalitet (høy score på en egenskap/kvalitet). Men denne dobbelte normativitet blir i vanlig tale ofte løsrevet fra sin opprinnelse og forstått som høy score på én eller noen få, nøye forbundne, egenskaper. Ofte heter det derfor at en kirurgisk tjeneste holdt høy kvalitet fordi den gjorde pasienten helt frisk. Vår referanse til

[1282] Kfr. Hallandvik, *op.cit.*, s. 127.

[1283] Kfr. Charlton T. Lewis og Charles Short, *A Latin Dictionary*, Oxford: Clarendon Press, 1879; også: http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=Perseus:text:1999.04.0059:entry=qualis.

Steine-utvalgets diskusjon av forholdet volum/kvalitet viser at utvalget forstod kvalitet slik, altså nokså teknisk og snevert. Men kvalitetsfolkene forstod og forstår kvalitet som en samlebetegnelse på alle behovsrelevante egenskaper (kvaliteter), og, i forlengelsen av det, på scorer på disse egenskapene. I anmerkningene (nr. 3) til sin kvalitetsdefinisjon skriver således ISO at «Behov kan omfatte forhold [egenskaper] som anvendelighet, sikkerhet, tilgjengelighet, pålitelighet, vedlikeholdsvennlighet, økonomi og miljø». Slik var det også vanlig for kvalitetsfolkene å forstå kvalitet. Den medisinsk orienterte Avedis Donabedian talte om «Efficacy, Effectiveness, Efficiency, Optimality, Acceptability, Legitimacy, Equity" som "the components of quality in health care".[1284] Det norsk-ættede briten, John Øvretveit (f. 1954), som ble en ivrig talsmann for kvalitetsledelse i 1990-årene, og som også var med på å «selge» kvalitetsbudskapet til norske sykehus, definerte kvalitet som

> *Fully meeting the needs of those who need the service most, at the lowest cost to the organization, within limits and directives set by higher authorities and purchasers.*[1285]

Øvretveit gjør sin definisjon ekstra normativ, man kan nesten si personlig normativ, men her er poenget at også han, som kvalitetsfolk flest på denne tiden, lar kvalitetsbegrepet omfatte "alt". Det blir slik et annet ord for det Harvard-professor Michael Porter i dag taler om som *verdier*; kfr. hans begrep om «value-based health care»,[1286] skjønt Porter, som konkurranseorientert amerikaner, ikke tydelig tar med fordelingsdimensjonene. Man kan nok si at kvalitetsfolkene med sin betoning av kvalitet var med på å gi kvalitet i mer avgrenset forstand større oppmerksomhet enn den hadde hatt før, altså under det litt kvalitetsnaive medikratiet. Men strengt tatt ble kvalitetsbølgen i helsevesenet egentlig mer en generell ledelsesbølge, altså en del av helsevesenets styrings- og ledelsesrevolusjon, enn den ble en kvalitetsbølge. Den gav ekstra trykk til styrings- og ledelsesrevolusjonen. Men det trykket som kom fra de humanistiske innslagene ble svekket ved overgangen til det nye årtusenet. Igjen ble slik værende den mer tekniske siden av bølgen. Kvalitet ble altså etter hvert forstått mer snevert og bølgen ble etter hvert en del av den mer generelle, nytteorienterte mål- og resultatstyringen. Litt tid tar det dog. I kvalitetsveilederen fra det nye Sosial- og helsedirektoratet i 2003, *…og bedre skal det bli!* er fortsatt tilgjengelighets- og effektivitetsmålene med, men de praktiske anbefalingene er nå oftere preget av at kvalitet forståes på en mer avgrenset måte.[1287]

Kvalitet, departementet og Helsetilsynet: noen avsluttende betraktninger

Helsedirektoratet ble altså, etter dragkampen med departementet, til helsetilsyn. Som sådant fortsatte det å være også et tradisjonelt forvaltningsorgan, med utredningsoppgaver på oppstrømssiden og regelanvendelsesoppgaver på nedstrømssiden. Den nasjonale kvalitetetsstrategien er et uttrykk for dette. Men oppgavene som gikk utover det tilsynsmessige kunne jo lett gjøre at Helsetilsynet og fylkeslegene fikk habilitetsproblemer. Ja, i den grad tilsynet ble gjort innholdsmessig (helsefaglig) veiledende, kunne også

[1284] Donabedian, 2003, *op.cit.*, s. 5.
[1285] John Øvretveit, *Health Service Quality*, Oxford: Blackwell Special Projects, 1992, s. 2.
[1286] Kfr. Porter og Teisberg, 2006, *op.cit.* Kfr. uttrykket "Value-Based".
[1287] Den oppfordrende veilederen har undertittelen *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial-og helsetjenesten Til deg som leder og utøver*, IS-1162. Veilederen bygger, som det heter, både på den nasjonale helsestrategien og på sosialsektorens *Kunnskap og brubygging 1997-2001*.

habilitetsproblemer oppstå. Ettersom Helsetilsynet gikk tyngre inn i tilsynsvirksomhetens nye, stadig mer jusbaserte, logikk, ble dette tydeligere for Helsetilsynet, men også for departementet.

Helsetilsynet gikk, som vi har sett, offensivt inn i kvalitetsarbeidet, men arbeidet med å finne ut hva tilsynet innebar, og med å få kontroll over veksten i antallet klagesaker, gjorde at kvalitetsarbeidet ikke fikk den eksistensielle betydning for Helsetilsynet som det kunne ha fått, hvis det hadde hatt ambisjoner om også å fortsette som direktorat. Det hjalp ikke Helsetilsynet at det lot seg «friste» til å definere kvalitet så vidt, om enn ofte mer i teorien enn i praksis. Departementet så også at en vid definisjon av kvalitet kunne bidra til å «repolitisere» Helsetilsynet. Det «advarte» derfor Helsetilsynet mot å gå for langt. I et brev av 24. mai 1995, undertegnet av den, nye, dynamiske ekspedisjonssjefen i administrasjonsavdelingen, Steinar Stokke, og avdelingsdirektør Thomas Mauritzen, altså to av Norboms viktigste «allierte» i den siste Norbom-prosessen, heter det således at «Faglige normer og kvalitetskrav, dvs. slike som er sterkt knyttet til medisinske prosedyrer, og som ikke har større økonomiske eller administrative konsekvenser, antas som hovedregel å burde fastsettes av Helsetilsynet og innarbeides i faglige veiledere». Hvis normene kunne antaes å ha videre implikasjoner, skulle de godkjennes av departementet før fastsettelse. Departementet skriver også at hvis det er tvil om de økonomiske konsekvenser skal departementet konsulteres. Brevskriverne skjerper departementets kontroll ytterligere ved å føye til at «dersom det er spørsmål om krav som kan ha betydelige konsekvenser for tjenestens innhold, bør det .. tas opp til avklaring med departementet».[1288] Som vi har sett ble kvalitetsstrategien i prinsippet utformet i fellesskap av departement og direktorat, men departementets labre interesse, men også mistenksomhet, og Helsetilsynets tilsynsopptatthet, gjorde at strategien ingen stor plass fikk.

Reformene etter 1992 innebar at departementet ble bygget opp; det tok over stadig mer av det gamle direktoratets oppgaver. Det, og det forhold at Helsetilsynet ble mer tilsynsopptatt, gjorde at spørsmålet etter hvert meldte seg om å lage et nytt helsedirektorat (eller helse- og sosialdirektorat). Det skulle altså skje, fra 2002. Som vi har nevnt, ble da også kvalitetsarbeidet lagt til dette direktoratet. Slik ble det gamle helsedirektorat, altså Helsetilsynet, ytterligere spesialisert. Det som skjedde i 1992 var tilsynelatende et nederlag for departementet og dets byråkrati. Departementet tok imidlertid et godt grep om omorganiseringene etter 1992. Det skulle oppdage at tilsynsspesialiseringen, med iver drevet av Helsetilsynet selv, gav grunnlag for å begrense det gamle direktorats rolle ytterligere. Departementet kunne altså fortsette å ta igjen for ydmykelsen i 1992, med Helsetilsynets egen bistand. Torbjørn Morks «seier» i juni 1992 ble slik virkelig en Pyrrhos-seier. De valg han tok i 1983 ble skjebnesvangre for hans direktorat. De fikk til sist også konsekvenser for hans nærmeste medarbeider fra 1985, og siden etterfølger, Anne Alvik.

♦

[1288] Brevet har overskriften «Fastsetting av kvalitetskrav og faglge normer m.v. – kommunikasjon og arbeidsdeling mellom Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn», og departementsreferansen 94/0993. Det er datert 24.5. 1995. Helsetilsynets arkivreferanse er 94/01995-013.

15. En oppsummering

Vi har redegjort for den sentrale norske sivile helseforvaltningens utvikling, i hovedsak fra 1983 til 1994. For så vidt som denne perioden må forståes på bakgrunn av de foregående perioder, har vi ofte henvist til fortiden. Det som skjer i en bestemt periode legger premissene for det som skjer i den neste periode. Det betyr imidlertid også at en bestemt periode bedre kan forståes også ved henvisning til det som skal skje, eller kan skje, i den neste periode. Vi har derfor også i noen grad trukket linjene lenger fremover, det vil si særlig fremover mot de store endringene som skjer rundt 2002.

Vi skriver helseforvaltningens *historie*. Vårt perspektiv er derfor nødvendigvis *diakront*. Fremstillingen er imidlertid også systematisk, eller *synkron*. Det er den på to måter. Vi sondrer mellom det organisatoriske (strukturelle) og det funksjonelle. Hva gjelder det første omtaler vi først makrostrukturen, så mikrostrukturen. Vi skriver, i det første tilfelle, om forholdet mellom de to overordnede forvaltningsorganer, departementet og Helsedirektoratet, i det annet tilfelle om de to institusjonene separat. Hva gjelder det funksjonelle, har vi delt inn forvaltningens oppgaver etter deres plass i det vi har kalt *forvaltningssyklusen*. Vi sondrer her mellom oppstrømsprosesser – som behovs- og tilbudsovervåkning og planlegging; de endelige – ofte politisk pregede – beslutningsprosesser; og endelig nedstrømsprosessene – som iverksettelses- og kontrollprosesser.

Inndelingene er ikke skarpe. Av hensyn til sammenhengen i fremstillingen, har vi ofte kombinert strukturelle og funksjonelle redegjørelser.

Vår tilnærmingsmåte er preget av såvel historiografien og samfunnsvitenskapene som medisinen. Det viktigste perspektivet er imidlertid statsvitenskapelig. Vi ser på utviklingen fra et regimebasert perspektiv. Ulike regimer og de som representerer dem, konkurrerer, både i tidligere perioder, i vår periode og i den perioden som følger etterpå, om «makten». Disse regimer, eller makter, er legmannsstyret – til dels kalt politokratiet, rettsstyret (med jurister som de sentrale aktører), nyttestyret (med økonomer, til dels også teknologer, som de sentrale aktører) og legestyret, som regel kalt medikratiet. Også andre regimer kan spille en rolle nå og da og innen ulike deler av helseforvaltningen; den er imidlertid av nokså underordnet karakter. Legestyret har således som mindre betydningsfulle fagstyrer, tannlegestyret, apotekerstyret, sykepleierstyret osv. De tre førstnevnte styrene har også i noen grad et slags formidlende styre. Vi kan kalle det politologisk (statsvitenskapelig): Statsvitere er noe preget av rettsstyret, noe av nyttestyret, men har også en tydelig sans for legmannsstyret (demokratiet). Flere statsvitere satt sentralt i de viktigste forvaltningspolitiske organer i vår periode, det vil si Forbruker- og administrasjonsdepartementet (med etterfølgere), Finansdepartementet, Statskonsult, og fra 1992 også ved Statsministerens kontor (dep.råden).

De organisatoriske endringer

Vi har omtalt den perioden vi ser på som en overgangsperiode. Som sådan kan man nok si den startet midt i 1970-årene, med St.meld. nr. 9 (1974–75), om regionaliseringen av helsevesenet, med fylkeskommunenes overtagelse av de fleste sykehus (1970) og etableringen av fylkeskommunen som selvstendig styringsenhet (1976), og med striden om (fra midt i 1970-årene) og gjennomføringen av kommunaliseringen av primærhelsevesenet (1982–84).

For den sentrale helseforvaltning økte presset på direktoratet som medikratisk organ gradvis fra midt i 1970-årene, blant annet gjennom flere utredninger, men det «endelige» angrep på den medikratisk pregede helseforvaltningen kom senhøstes 1983, med delingen av Helsedirektoratet i en helseavdeling i departementet og et utenomdepartementalt direktorat.

Det gamle helsedirektorat hadde vært en kombinasjon av et departement eller en departementsavdeling og et fagdirektorat. Det var det første i saker som hadde et politisk preg, det annet i saker som var mer medisinsk pregede. Helsedirektøren var slik både en slags helsedepartementsråd og en helsedirektør, og kunne i noen grad selv avgjøre når han skulle være det ene og når det annet. Han ble imidlertid alltid omtalt som helsedirektør, aldri som departementsråd eller ekspedisjonssjef. Linjene nedover gikk i stor grad fra helsefagkontorer i direktoratet til medisinsk (eller helsefaglig) ledede virksomheter, som sykehus og deres administrerende overleger, distriktsleger, eventuelt via fylkesleger og til dels fylkestannleger og apotekere. Medisinen, og også dens etikk, var ennå i stor grad skjønnspreget, samtidig som finansieringsansvaret var sosialisert. Dette gjorde at legene i betydelig grad kunne styre uten særlig stort «fremmed» innslag. De kunne det nede i pre/klinikken, på individuelt og semikollektivt grunnlag, og oppe i det fagstyrte direktorat-departementet. Direktoratet var nokså medikratisk organisert, med direktør og medisinalråd, begge leger, som de øverste maktutøvere og, som nevnt, med fagkontorer, ofte legestyrte, under dem. Helsedirektør Karl Evang ble pådyttet en juridisk ekspedisjonssjef i 1956, men denne, og hans etterfølger, ble i praksis Helsedirektørens lojale *lovråd*.

Der var selvsagt tydelige innslag av rettsstatstyre i dette regime; der fantes lover og de ble stadig flere og, med forskrifter, stadig mer styrende. Ja, siden 1809 hadde der vært en viss, til tider frisk, dragkamp mellom leger og jurister, men siden 1940/41 hadde legene hatt overtaket. Det var nazistene som sørget for det og som serverte Evang den forvaltningsorganisasjon han vinteren 1938, noen måneder før han ble direktør, hadde anbefalt. Der hadde selvsagt også vært innslag av politisk legmannsstyre. Statsminister Einar Gerhardsen satte i 1955 inn Gudmund Harlem som sosialminister for å «å passe på» Evang. Gradvis ble så den politiske intervensjon i den nokså medikratiske helseforvaltning skjerpet. Under Torbjørn Morks første periode, årene fra 1972 til 1983, som helsedirektør kom, som nevnt, de nye planer og lover og angrepet på forvaltningsmedikratiet for alvor. Det ble fullført gjennom delingen av direktoratet i 1983. Med denne delingen mistet direktoratet, og Mork, den direkte tilknytningen til den politiske strategiutvikling og fikk en rolle som et mer teknisk-faglig organ. Dets oppgaver ble knyttet til første del av oppstrømsprosessen og den jusbaserte iverksettelsen av politikken på nedstrømssiden. Direktoratet og Helsedirektøren mistet slik den direkte linjen til klinikken og klinikerne, og for så vidt også preklinikken og preklinikerne, altså folkehelsevirksomheten. Direktoratet ble innad organisert i avdelinger, i stor grad knyttet til lokalt styrte tjenestegrener. De gamle fagkontorer forsvant inn i avdelingene, og fra 1989 kom der en egen rettsavdeling.

Mork mislikte nyordningen i 1983 og forholdt seg gjennom sin annen periode, årene 1983 til 1992, nærmest opposisjonelt til departementet. Konfliktene startet tidlig, så roet situasjonen seg noe og det departementsråd Jon Ola Norbom kalte «knirkeperioden», startet. Den varte ut 1980-årene. Sommeren 1989 bestemte departementsråden seg, med politisk støtte, for å bringe dragkampen til opphør. Våren 1990 satte han i gang en «hemmelig» utredning. Den ble fulgt opp av en ny utredning høsten 1990, i regi av en styringsgruppe, også den ledet av departementsråden. Gruppen leverte sin innstilling den 19. august 1991. I den foreslo gruppen å flytte mange av direktoratets oppgaver opp til departementet, andre ned til fylkeslegene eller over til andre institusjoner; direktoratet ble, etter forslaget, redusert til et kompetansesenter.

Helsedirektørembedet skulle, var forslaget, bort. Innstillingen utløste en hektisk offentlig debatt. Regjeringen fulgte i hovedsak styringsgruppens forslag. Den la frem sin proposisjon om endring av helsetilsynsloven, og med et meldingspreget vedlegg om omorganiseringen, den 6. mars 1992. Styringsgruppens innstilling utløste en heftig offentlig debatt. Utover høsten, vinteren og våren (1992) utviklet der seg en dragkamp om stemmene i Stortinget. Regjeringen var en mindretallsregjering og trengte støtte iallfall fra Senterpartiet og Kristelig Folkeparti. Høyre falt tidlig fra og til slutt gjorde også de to mellompartiene det. Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet var fra starten av i opposisjon til Norbom-gruppens forslag. Natten mellom den 15. og 16. juni led sosialminister Tove Veierød, for så vidt også departementsråd Norbom, og formelt til og med regjeringen, et ydmykende nederlag i Odelstinget.

Utpå høsten gikk statsråd Veierød av og ble erstattet med Werner Christie. Senere på høsten gikk departementsråd Norbom av (69 år) og ble erstattet av Eldrid Nordbø. I oktober døde helsedirektør Mork og ble erstattet av Anne Alvik. Nordbø og Alvik ledet så omorganiseringen av direktoratet til helsetilsyn (fra 1994). Den første ledet omorganiseringen av departementet, og for så vidt resten av den sentrale helseforvaltning. Departementet vant ikke frem i juni 1992, men «marginaliseringen» av det gamle, medikratiske helsedirektorat fortsatte. Mer helsemakt ble samlet i departementet, som nå fikk to og snart tre helseavdelinger, én for forebyggelse (og planlegging) og én for sykehusforvaltning. Det begynte å bli et helsedepartement; noe det formelt ble i 2002, fra høsten 2004 under vignetten Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet fikk direkte styringsansvar for alle de sentrale forvaltningsinstitusjoner, et ansvar altså direktoratet tapte. Direktoratet endret navn og ble mer og mer et tilsynsorgan, Til slutt, nemlig i 2002, tapte det så det meste av forvaltningsoppgavene og ble et rent tilsyn, for så vidt også for sosialsaker (og siden også barnevernssaker). Man kan si at departementets «hevn» over Mork og hans direktorat ble fullendt da et nytt (sosial- og) helsedirektorat ble opprettet i 2002.

I forbindelse med omorganiseringen etter 1992 begynte også angrepet på direktoratets legemiddelavdeling. Den ble fra 2002 slått sammen med Legemiddelkontrollen, det samlede organ ble til Statens legemiddelverk. Etableringen av dette reflekterte det forhold at legemidler var blitt «rene», industrielt fremstilte varer og at den gamle apotekerforvaltning var blitt til kontroll med legemiddelkjeden. Det var en del av denne utviklingen at produksjonen, importen og omsetningen av legemidler i forlengelsen av 1992-begivenhetene, men også av iverksettelsen av EØS-avtalen fra 1994, var blitt privatisert, kommersialisert og i stor grad internasjonalisert. Styringsgruppen hadde også tatt noen forsiktige skritt i retning av å samle de prekliniske institusjoner, den epidemiologiske datainnsamlingen (registrene) medregnet, i Statens institutt for folkehelse. Den faktiske samlingen (av de fleste institusjonene) kom først etter 2000-årsskiftet (2002–2003). Instituttet ble da omdøpt til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Omorganiseringene av forvaltningen, og det utøvende helsevesen, var uttrykk for en bredere nyttestattlig «revolusjon». Den hadde så vidt startet under regjeringene Gerhardsen, særlig etter at Gerhardsen kom tilbake som statsminister i 1955, men fikk mer generell, og tverrpolitisk, tyngde fra midt i 1970-årene. Vi skulle, som regjeringen Brundtland II sa, skape «Den nye staten» (1987). Men denne oppgaven ble ikke unnfanget i Norge. Den hadde røtter i de engelsktalende land, og ble etter hvert omtalt som den nye offentlige ledelsen (*New Public Management*). Den hadde røtter i legmannspolitikken, i reaksjonene på veksten i staten og byråkratiet, og med det i skattetrykket. Yom Kippurkrigen høsten 1973 skapte økonomisk krise i Vesten (verden) og gav ytterligere trykk til kravet om en ny rolle for staten og en ny

måte å organisere den og forholdet til samfunnet for øvrig, på. Men det var fagfolkene, særlig økonomene, som gav det intellektuelle grunnlag for «den nye staten». Nå gjorde de det fra høyre, og tok til orde for at staten burde begrense seg til regulering av det øvrige samfunns samhandling, særlig i markedene, og ellers bare sørge for å skaffe til veie offentlige goder. Annen offentlig vareproduksjon og tjenesteytelse burde privatiseres. Den nye høyrepregede styringstenkningen slo ikke helt igjennom når det gjaldt helsevesenet, heller ikke i NPM-kjernelandet Storbritannia. Det gjorde den heller ikke i Norden, den region utenfor den engelsktalende verden som ble mest påvirket av NPM-filosofien. I Storbritannia innførte regjeringen Thatcher istedenfor en mer venstrepreget reform av styringen og forvaltningen av *The National Health Service*. Den innebar målrettet og, styrt, ikke minst resultatkontrollert omlegging av helsevesenet. Det var også den strategien de nordiske land fulgte, noe etter Storbritannia. Det var også denne strategien som ble valgt av mange private helseinstitusjoner i USA: Noen institusjoner (HMOer) ble til store, tett integrerte, konserner. Amerikanerne talte om «managed care». Også disse gikk altså mot venstre, mot ovenfra-bestemt koordinering, men i et marked der det var en viss konkurranse mellom de store. Denne måten å organisere virksomheten på kan man si både har venstre- (planstyring) og høyrekomponenter (konkurranse) i seg.

I Norge ble de første planene for et mer nyttestyrt helsevesen altså lansert midt i 1970-årene, men samtidig ble styringen av de nye planene lagt til legmannspolitikere, i stor grad lokale sådanne. Det hang sammen med den «politisering» av styringen som skjedde i løpet av 1970-årene: Både det politiske miljø og de mer offensive styringsentreprenørene i de mest forvaltningsstyrende departementene, samt R-direktoratet/Statskonsult gikk sammen om å redusere medikratiet (spesialfagstyrene). Men styringsentreprenørene var klar over problemene med «politiseringen» og fikk i løpet av 1980-årene med seg sentrale politikere, spesielt i Høyre og Arbeiderpartiet, og i løpet av annen halvdel av 1990-årene kom det endelige gjennombrudd for nyttestyret: Helseinstitusjonene ble delvis fristilt og gjort til profesjonelt styrte bedrifter, eventuelt til kontraktører. For dette formål måtte de lokale styringsinstanser frataes mye av ansvaret for institusjonene og tjenesteyterne, departementet organiseres som kombinert reguleringsinstans og konsernledelse og medikratiet, ikke minst gjennom Helsedirektoratet, vingestekkes.

At medikratene i direktoratet, med Helsedirektøren i spissen, satte seg imot viktige sider ved dette styrinsgreformarbeidet, ble en trussel mot arbeidet med styringsreformen i helsevesenet, men var jo også i seg selv en trussel mot statsrådenes, og departementsbyråkratiets, evne til ikke bare å reformere, men endog å styre løpende – det vil si, være de egentlige styrere. Norbom var ingen «ideologisk» nyttestyrer, men han følte nærmest på kroppen at Helsedirektørens moderate samarbeidsvilje var en trussel mot statsrådens, og hans eller hennes, styringsevne. Torbjørn Mork klarte å hindre at de fjernet hans embede, og, i første omgang, løse opp direktoratet, men ikke at utviklingen mot et stadig mer dyptgående nyttestyre fortsatte. Ja, i flere henseender ble han jo med på «nytteferden», f.eks. når det gjaldt virksomhetsplanlegging. Men med sin motstand bidro han til at hans direktorat på et vis ble oppløst og gjort til et spesialisert helsetilsyn. En slik utvikling skulle ikke prege de gamle medikratiske forvaltningsinstitusjoner i de andre nordiske land. Her fikk vi en mer organisk, og litt mindre konfliktpreget, utvikling av helseforvaltningen; dog ble også utviklingen i Danmark en tid preget av spenninger.

«Den nye tid» startet i det små under Evang, men skjøt fart under Mork. Morks embedstid ble en styringsmessig omleggingstid. Hva gjaldt den sentrale helseforvaltningen kom endringen for alvor i hans andre periode, den vi ser på her, tiden fra 1983 og frem til et drøyt år etter

hans død, altså til 1994. Men de dypere implikasjoner av det som startet i denne perioden, ser vi først fra 2002 og fremover. Det er stadig nyttestatlighetens logikk som gir de viktigste premisser for de endringer som preger helseforvaltningen og den måten den forsøker å få helsevesenet til å fungere på.

To lederskjebner og hvordan de preget hverandre

Den overgangsperioden vi ser på, tiden fra 1983 til 1994, blir altså også en periode preget av dragkamp. Dragkampen fikk også mer og mer et personlig preg. På den ene siden stod, og i økende grad, departementsråd Jon Ola Norbom. På den annen stod, fra starten av, Torbjørn Mork. Den første var ingen stridens mann. Han gikk motvillig inn i konfrontasjonen med direktoratet, og Mork. Han følte han ikke hadde noe valg. Gitt hans personlighet, er det ikke så underlig at mye av det utredningsarbeid han, sammen med noen få andre, i så stor grad skulle drive, skulle skje i en slags løndom. Det er heller ikke underlig at hans nærmeste medarbeider gjennom de viktige utredningsfasene skulle bli en annen administrator, avdelingsdirektør Thomas Mauritzen. Ingen av de to statsråder han hadde under arbeidet med å forberede «avviklingen» av Helsedirektoratet, Wenche Frogn Sellæg og Tove Veierød, ble aktive deltagere under Norboms utredningsarbeid eller ivrige talspersoner for de forslag han fremmet. Ja, den første, Sellæg, ble etter hvert en kritiker av styringsgruppens forslag. Den annen, Veierød, spilte en tilbaketrukken rolle nesten helt til den dramatiske natten på Stortinget. Mork var en mann som nærmest trivdes i striden, og gjerne så at den ble så offentlig som mulig. Han brukte da også måten Norbom hadde utredet på, imot ham.

Da styringsgruppens forslag kom, var det vanskelig for Norbom offentlig å kjempe for den. Den var jo et forslag og skulle først behandles av regjeringen, det vil si departementets politiske ledelse. Han kunne vanskelig slåss offentlig for den, og knapt nok heller innad i departementet. Da proposisjonen kom, og langt på vei fulgte hans forslag, var det også vanskelig for ham å slåss offentlig for den. Den var jo nå statsrådens. Men hun var ingen barrikadenes dame. Han, og dermed hun, måtte slik se at scenen var overlatt til Mork og forslagenes motstandere. I direktoratet hadde en gruppe av medarbeidere laget en aksjonsgruppe som skulle arbeide for å bevare det som var. Det meste av pressen rapporterte etter hvert på en måte som mer gavnet Mork enn Norbom. Den juninatten på Stortinget virket det som om Mork vant og Norbom tapte, men som vi har sett kan vi ikke si at det var tilfelle. Departementet kom gradvis på offensiven igjen og reduserte skritt for skritt direktoratet til et tilsyn. Der var fra 2002 lite igjen av det gamle medikratiske og politisk-strategiske direktorat. Men det tilsyn som nå eksisterte, var jo heller ikke det Norbom hadde foreslått. Mork kan ha ant at hans seier var en Pyrrhos-seier. Han døde før han fikk se hva som skjedde. Norbom fikk rikelig anledning til å se hva som videre skjedde, men det som skjedde i juni 1992 kunne han ikke glemme. Spesielt var han lei for den behandling hans statsråd fikk.

Norbom og Mork spilte en rolle. De skapte forvaltningspolitisk støy av et slag vi sjelden opplever i Norge. Den strid de ble hovedfigurene i fikk noen konsekvenser – konsekvenser ingen av dem hadde hatt i tankene – men den lange og tunge utviklingen, i nyttestatlig retning, den fortsatte. Ja, nå skjøt den for alvor fart.

Helseforvaltningens funksjoner: nyttestatligheten setter seg

Det var de organisatoriske endringer som først og fremst skapte uro i den perioden vi ser på. De funksjonelle endringer skjedde med mindre støy. Det har å gjøre med at slike endringer gjerne er mer inkrementelle enn de organisatoriske, men også med at de ofte reflekterer en tidsånd mange av dem som kunne opponere, er fanget av. Hverken Norbom eller Mork var spesielt fascinert av den nye offentlige ledelsen, men var med på å innføre stadig mer av den. Mork kunne undertiden ha utfall mot sider ved den i direktoratets interne blad, men var positiv til innføringen av virksomhetsplanlegging da den kom, i forlengelsen av Den nye staten-programmet (1987). Rettsliggjøringen av tilsynet støttet han også opp om. Men han var, for så vidt som Norbom, ingen kreativ tilrettelegger for den nye styringen.

Det er imidlertid også slik at funksjonelle endringer, særlig mer radikale slike, krever organisatoriske endringer. For så vidt kan man også i noen grad se på de store organisatoriske prosesser, Norbom-prosessene, som uttrykk for ønske om funksjonelle reformer. Det er også typisk at de funksjonelle endringer vi nå skal omtale skapte strid spesielt når de krevde organisatoriske endringer.

Oppstrømsoppgavene: behovs- og tilbudsovervåkning; planlegging

På oppstrømssiden i forvaltningssyklusen kommer først behovs- og tilbudsovervåkningen. Fra en nyttestatlig synsvinkel skal (nye) tiltak være direkte svar på behovs- og etterspørselssituasjonen og de muligheter tilbudene gir. Fra gammelt av fantes der statistikk, innsamlet først under medisinalmyndighetene, siden av Statistisk sentralbyrå, som gav en del informasjon om behovssituasjonen, til dels også tilbudssituasjonen (personellstatistikk bl.a.). Denne statistikken var gjerne nokså medisinsk preget, og vel så meget tilpasset klinisk-kausale som helsepolitiske formål. Den gav også bare en viss, ofte forsinket, oversikt over behovssituasjonen, og for så vidt tilbudssituasjonen. Politikken, og den kliniske praksis, ble mer et svar på den løpende etterspørsel, etter hvert også oppslag i massemediene, enn på en omfattende, løpende epidemiologisk overvåkning. Gradvis ble behovsovervåkningen utvidet, særlig gjennom de stadig flere sykdoms- og tilstandsregistre som kom – for psykoser (1935), åndssvakhet (kartotek) (1948), kreft (1951), arvelige lidelser (1953–54), tuberkulose (1962), fødsler (1967), skader (1985) og smittsomme sykdommer (meldingssystem) (1985). I løpet av etterkrigsårene, og særlig fra 1960-årene av, tok ikke minst samfunnsvitere til orde for at helsestatistikken burde knyttes til sosialstatistikken. Statistisk sentralbyrå var ikke umiddelbart interessert i det, men gav i løpet av 1960- og 1970-årene etter. I 1966 opprettet det således en egen intervjuorganisasjon. Slik kom et av de fremtidige målene fra nyttestaten så vidt på dagsordenen, nemlig helseulikhetsreduksjon.

Av registre eller oversikter over tilbudssituasjonen, fantes der, som nevnt, personelloversikter i statistikken. Fra 1976 ble registre over vaksinasjoner etablert og fra 1987 begynte faggrupper å opprette kvalitetsregistre.

De medisinske, og særlig de epidemiologiske miljøer, men også de samfunnsvitenskapelige (i byrået og innen sosialforskningen), tenkte på en måte som passet nyttestyringens behov. De var slik, gjennom registeretableringen og etter hvert gjennom klinisk-epidemiologisk forskning og helsetjenesteforskning med på å legge viktige forhold til rette for nyttestyringen

og nyttestyrerne. Men etableringen av mange separate overvåkningsmiljøer var ikke ideell sett fra en nyttestatlig synsvinkel. Etter hvert som antallet økte og nyttestyringen ble mer synlig, kom behovet for å samle dem – i praksis under Statens institutt for folkehelse – og for å koble dem nærmere til politikkplanleggingen. De første initiativ ble tatt i 1976–78, men førte ikke til så meget. Et nytt, mer ambisiøst, initiativ ble tatt i 1984. Selv om det ble fulgt opp på en diplomatisk måte, førte det ikke til så meget, utover å bidra til at integreringspresset ble styrket. De ulike registre var styrt av nokså selvbevisste personer og miljøer, blant annet preget av den medikratiske autonomikultur. Heller ikke Norboms styringsgruppe tok sjansen på å utfordre «fagsmåkongene», men antydet dog en forsiktig samlokalisering av institusjoner etter kriteriene individuell og miljømessig forebyggelse. Heller ikke i Nordbø-prosessen skjedde der noe særlig nytt i denne henseende. Nå var det for øvrig kommet et nytt skjær i sjøen, nemlig personvernhensyn. Men en ny utredning i 1997 bragte bestrebelsene på integrasjon noe fremover, mot en nokså omfattende samling av behovsovervåkningen hos det «nye» folkehelseinstituttet. En egen lov om helseregistre kom i 2001 og trådte i kraft i 2002.

At departementet, og for så vidt «fagsmåkongenes» overordnede institusjon, Helsedirektoratet, lot «småkongene» i stor grad styre seg og sin virksomhet selv, betydde også at de i liten grad ble brukt på oppstrømssiden. De ble, i den grad de ble brukt, i ikke liten grad brukt som faglige nedstrømsorganer.

Verdien, fra et styringssynspunkt, av behovsinformasjonen var avhengig av hvor enkelt det var å behandle informasjonen. Utviklingen av datamaskinteknologien etter krigen, men særlig fra 1960-årene av også fremveksten av Internettet i løpet av 1980-årene, men særlig fra begynnelsen av 1990-årene – altså i den perioden vi ser på, gjorde at informasjonsbehandlingen ble mye enklere og mye mer effektiv.

På tilbudssiden ble informasjonstilfanget økt både av Statistisk sentralbyrå, Sintef (Samdata) og SIFF, men ikke dramatisk. Det viktigste var det som skjedde på fagnivå, til dels i regi av kvalitetsregistrene, men særlig i regi av forskning. Medikratiet forutsatte at mye av den medisinske kunnskap var erfarings- og skjønnsbasert (intuitiv). I løpet av 1980- og 1990-årene blir kunnskapen vesentlig mer presis og regelbasert; den blir evidensbasert. Nå kommer der også teknologi som bidrar på avgjørende måte til denne utviklingen. Dette muliggjør en helt annen styring av klinisk praksis enn før. Nå kommer retningslinjene og de mer presise reglene for praksis. Det er helt avgjørende for å gjøre den nytteorienterte, «resultatbestillende», styringen virkelig gjennomgripende. Norbom og hans styringsgruppe hadde talt om en kompetansepolitikk. Lite kom ut av den nå, men gradvis kommer den, først i regi av fagmiljøene, og så, ved overgangen til det nye årtusen, i regi av fagforvaltningspregede institusjoner, som NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) i Storbritannia i 1999, og, mindre offensivt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge i 2004.

Vi har sett at behovs- og tilbudskartleggingen ble bygget ut i løpet av vår periode, men at den allikevel ikke ble koblet spesielt tett til, og underlagt de mål- og resultatorienterte planleggings- og beslutningsprosessene. Noe lignende skjer når vi kommer til de sistnevnte prosesser. De har ikke bare en litt løs tilkobling til de kartleggende oppstrømsaktivitetene: De leder ikke til tydelige målavklaringer og presise anvisninger på hvordan målene skal nåes – og hvordan måloppnåelsen skal dokumenteres. De løse koblinger finner vi altså også på nedstrømssiden. Der blir slik litt rom for at iverksetterne og kontrollørene kan drive litt «nedstrømspolitikk». Men akkurat som der skjer en utvikling i nyttestatlig retning på

oppstrømssiden, skjer det det i de videre prosesser: Den norske (helse)stat går i nyttestatlig retning hele «veien», også hva det funksjonelle angår.

Men plandokumentene er mange og «konkurrerende». Fra gammelt av hadde man de mer eller mindre korporativt utviklede planene, som førte til det som etter hvert (1972) ble kalt NOUer. Bak disse står både fagfolk, interessenter og (andre) politikere. De reflekterer legmannsstyret (både på parlamentarisk og korporativ side), men også ulike former for fagstyre – dog lenge mer spesialfagstyre (medisinsk medregnet) enn nyttestatlige styre. De nyttestatlige premissene ble flere etter hvert, men sjelden dominerende. Stortingsmeldingene, som ofte bygger på NOUene, er heller ikke gjennom vår periode offensivt nytteorientert. Folkehelsemeldingen av 1993, som bygget på en (delvis) nyttestyrepreget NOU (1991), laget i departementet, dempet således NOUens nyttestatspreg. St.meld. nr. 9 (1974–75), om regionaliseringen av helsevesenet, var imidlertid det organisatoriske *utgangspunkt* for den nye, etter hvert mål- og resultatstyreoffensiven innen helsesektoren. Den var skrevet i direktoratet, men uten statsrådens eller Helsedirektørens særlig aktive medvirkning.

Det var litt tilfeldig hvor nyttestatsfremmende NOUer, og for så vidt også stortingsmeldinger ble. Gradvis ble imidlertid nyttestatspreget tydeligere. Vi ser også at helsemeldingen som kom i 1994, under Werner Christie, legger mer vekt på mål- og resultatstyring enn den som kom i 1988, under Tove Strand Gerhardsen. Men da den siste kom, hadde også regjeringen to år før (1992) innskjerpet påleggene om at planer og politikk skulle være slik orientert. Vi ser den samme utviklingen for statsbudsjettene. Vekten på mål- og resultatstyring skjerpes fra 1990 og særlig 1991. Så følger i 1992 regjeringens understrekning av mål- og resultatstyringens betydning og, i 1997, det nye, integreringsorienterte økonomiske regelverket.

Statsbudsjettet hadde på den ene siden vært brukt for en målrettet makroøkonomisk styring og en «politisk» preget pengetildeling og skatte- og avgiftssammensetning. Mot slutten av 1980-årene, men særlig fra 1992 gjøres det mer aktive forsøk på å integrere stats- og nasjonalbudsjettpolitikken og den sektorielle målstyringen. Mål- og resultatstyringen impliserer at det hele starter med en fastsettelse av en slags nasjonal velferdsfunksjon og at denne så oversettes til sektorielle målfunksjoner. Det var heller ikke utover i 1990-årene mulig, analytisk eller politisk. Der ble imidlertid tatt skritt i denne, integrerende retningen, blant annet gjennom det som nå ble kalt «tildelingsbrev» (oppdragsbrev). Denne politikken ble fulgt opp nedover, men hvert nivå fikk halvveis selvstendige (for)mål. Helsedirektoratet fikk sin første virksomhetsplan fra 1989, men den var bare løst koblet til Sosialdepartementets «nyttefunksjon», og kom ikke til å fungere som kontrollgrunnlag for departementet i vår periode. Som vi har redegjort for i hovedteksten, hadde planen mest funksjon som forsøk på å definere direktoratets eksistensgrunnlag. Dog ble direktoratets planer gradvis fulgt opp videre nedover, nemlig i fylkeslegeetaten. Det var naturlig, siden etaten fra 1994 på et vis skulle ble en del av Helsetilsynet: Der skulle jo nå bare være to nivåer i helseforvaltningen.

Mål- og resultatstyringen ble, etter overgangen til 1990-årene, også drevet helt ned til forvaltningsledernivå. Det skjedde gjennom det såkalte lederlønnssystem. Det innebar at for 450 lederstillinger i statsforvaltningen skulle gasjeringen gjøres kontrakts- og resultatbasert. Men de mål den enkelte leder skulle forholde seg til, hadde ofte et nokså løst forhold til departementets, direktoratets og de andre institusjoners overordnede (for)mål. Ordningen førte til større lønnsøkning for ledere, men også til mer «manøvrering» og til en mer individualistisk kultur i forvaltningen. Etableringen av nye, mer fagpregede stillinger, blant annet som rådgivere – med vidt lønnsspenn, bidro til det samme. Også denne endringen var knyttet til overgangen til den «nye», mer resultatorienterte, staten. Denne staten måtte

rekruttere og ta vare på mål-middel-eksperter. Det hører med til denne utviklingen at stillingshjemmelsystemet ble myket opp og i 1997 fjernet.

Den nye styringen gjorde at det juridisk-byråkratiske hierarki ble svekket, mens det resultatorienterte begynte å ta dets plass. Det tradisjonelle medikratiske byråkrati ble også tydelig svekket, men innad i medisinen vokste der frem en ny, mer resultatorientert kultur, knyttet til den stadig presisere medisin. Den begynte å gjøre seg gjeldende utover i 1990-årene. Det nye tilsynet er et uttrykk for det. Men for alvor ble den tydelig i forbindelse med reformene rundt 2002.

Ledelsesrevolusjonen var preget av ideen om mål- og resultatstyring. Den innebar at der skulle styres stadig mer kvantitativt; målene skulle helst være «harde». Medikratiet hadde representert det syn at målene til dels skulle forbli litt vage verdier, men for så vidt også at den faglighet det skulle bygge på delvis skulle beholde et vagt (intuitivt) preg. Der var innslag av slik «vag» normativitet også i teorien om rettsstatlighet og i den folkelige styringstradisjon. Men innen alle tradisjoner var den vagere, humanistiske, verdistyring på defensiven. Den fikk imidlertid spille en mer eksplisitt (mot)rolle i Sekretariatet for modernisering og effektivisering fra senhøstes 1988 og til Nordbø-reformene. Den fikk det på grunn av sekretariatets leder, Trine Normann, som med utgangspunkt i sosial-egalitære og generelle humanistiske verdier skapte innslag av en nokså aktiv mobiliserende ledelse. På noen avgrensede områder drev hun en nesten egen form for politikkutvikling og politikkiverksettelse. For så vidt illustrerte hennes virksomhet det noe løst integrerte preg forvaltnings- og politikksyklusen stadig hadde.

Nedstrømsoppgavene: Iverksettelse, tilsyn og kontroll

Politikken fortsetter på nedstrømssiden. Beslutningene er ikke alltid presise nok til at de bare kan iverksettes mekanisk. De blir i noen grad mer presise i løpet av den perioden vi ser på, men de blir også flere; lovgivningsaktiviteten, og den tilknyttede forskriftsutstedelsen, øker f.eks. gjennom hele perioden. Staten griper mer og mer inn i stadig mer av det som skjer i samfunnet. Det skaper ikke minst to problemer: Staten (det offentlige) skaper forventninger det ikke er mulig for den fullt ut å følge opp og det skaper inkonsistens. Det første skaper uro om prioriteringer. Undertiden blir politikere presset til å gripe inn langt nede i nedstrømsprosessen, for å gi noen høyere prioritering enn de ellers ville ha fått og som de, etter de overordnede beslutninger, skulle ha hatt. Det annet skaper spenninger og gjerne konflikter. Den kasuistiske ingripenen i prioriteringssaker kan bidra til inkonsistensen og spenningene: Den «løser» ett problem, men skaper nye.

Slik enkeltsaksinngripen på nedstrømssiden bidrar til at politikernes oppmerksomhet forskyves fra politikkutvikling til politikkiverksettelse, men også ofte til at deres rolle blir mer kasuistisk. For de fleste politikere er slik politikk emosjonelt belastende. Alle de statsråder, og deres statssekretærer og politiske rådgivere vi hadde i den perioden vi nå ser på, merket dette presset og fant det, om enn i varierende grad, belastende. Alle statsrådene fikk mange saker som gjaldt pasienttilgjengelighet. For Heløe og Gerhardsen var sykehuskøene et betydelig problem, og et problem de ikke klarte å «løse» bare gjennom generell politikk (lover, retningslinjer, (større) budsjetter). Det bidro til presset på de to, men særlig den siste, at et hyppigere svar på den lange ventetiden (for noen) ble utenlandsreiser og privat tjenestekjøp. Gerhardsen og Christie fikk noen vanskelige enkeltskjebnesaker; det dreide seg om betaling

for kjøp av behandling i utlandet. Da Hernes startet overtok han en slik sak, en sak Christie hadde skjøvet foran seg. Alle tre gav etter hvert etter, og utfordret slik måten fagpersoner nede i klinikken forvaltet den generelle politikken på. Sellæg og Veierød fikk også slike saker på bordet; Sellæg blant annet det vanskelige eldreopprøret våren 1990.

Departementet fikk, etter kommunenes og fylkeskommunenes overtagelse av primær- og spesialisthelsevesenet, en oppgave ikke bare på planleggingssiden. Planstyringen måtte bli forholdsvis åpen, siden lokalenhetene skulle ha en viss frihet. Det betydde at der fra tid til annen måtte komme inn en del politikk på iverksettelsessiden, ofte imidlertid som en form for diplomati. Det er ikke tilfeldig at departementets helseavdeling i økende grad forholdt seg direkte til både fylkesleger og lokalmyndighetene, altså satte direktoratet på sidelinjen.

Den perioden vi ser på, er en periode preget av dyptgripende regimeendringer. Det skaper uro blant fagpersoner ute i helsevesenet, men også i forvaltningen. I klinikken ble hele perioden preget av uro både i sykehusene og i primærhelsevesenet. Den startet med store spenninger knyttet til overgangen fra distrikts- til kommunehelsevesen og fortsatte med strid om ledelsesorganiseringen i sykehus. Etter hvert som de nye regimer ble mer institusjonalisert avtok imidlertid denne organisasjonsstriden, dog uten å forsvinne: Man begynte å se en kontraktsløsning i primærhelsevesenet og «enhetlig ledelse» i sykehusene. Men i siste del av vår periode kom jo striden om omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning. Den krevde mye statsrådstid, selvsagt på det prinsipielle plan, men også på det løpende administrative plan.

Der skjedde altså en slags nedstrømspolitisering av departementet i den perioden vi ser på. Direktoratet, som tidligere hadde vært så aktivt både som planleggingsorgan og som, i noen grad politisert, iverksettelsesorgan, ble nå i større grad et mer teknisk iverksettelsesorgan. Helsedirektøren kunne nok komme med friske politiske utspill, både på planleggings- og iverksettelsessiden, men i all hovedsak ble direktoratet nå mer og mer et teknisk iverksettelsesorgan. Mork klaget således ofte over at han og hans folk måtte bruke så mye tid på «pliktløpet», altså på det å administrere lovverket og å ta seg av ulike teknisk-administrative oppgaver (som tilskuddsforvaltning og personellautorisering). Også departementet hadde, og fikk, flere mer tekniske iverksettelsesoppgaver, knyttet både til forvaltningen av et voksende antall lover og budsjettene, fra annen halvdel av vår periode også budsjettene for statssykehusene.

Helsedirektoratet var i en nesten eksistensiell krise etter delingen. Det hadde tapt den strategiske rollen, var blitt politisk «kastrert» på nedstrømssiden og tapte i økende grad autoritet overfor dem de skulle styre og lede, fylkeslegene, SIFF og de andre nivå-tre-institusjonene. Utviklingen av en mer presis, spesialiseringsdominert medisin gjorde at direktoratet tapte helsefagautoritet. Det var som om det Norbom og hans medarbeidere ville gjøre, løse direktoratet opp, bare var en «naturlig» fortsettelse av det som var skjedd i 1983 og som ble fulgt opp i de påfølgende år. Å fortsette bare som et pliktløpsorgan var lite fristende for en person som Mork og for så vidt for mange av hans nærmeste medarbeidere. Direktoratet så seg om etter andre, mer meningsfulle oppgaver. En tid satte mange i direktoratet en viss lit til det samfunnsmedisinske arbeid, med Helse for alle-strategien som grunnlag. Direktoratets leger definerte jo i økende grad sitt arbeid som samfunnsmedisinsk. Men også den oppgaven snappet departementet, først gjennom Forebyggingsenheten (1988–89) og så til slutt gjennom en egen avdeling (1994) (kalt Forebyggings- og utviklingsavdelingen).

Men direktoratet fikk i praksis fra delingen av en egen oppgave, nemlig tilsyn. Loven kom våren 1984, men den var jo implisert av delingen. Når så mye av helsemakten skulle delegeres til lokale myndigheter trengte staten en instans som kunne passe på disse myndigheter, med utgangspunkt i lovgivningen. Ja, siden avstanden til dem som skulle passes på nå ble større, måtte lovgivningen være utgangspunktet. Men slik måtte også tilsynsoppgaven gradvis endre karakter, fra å ha vært kollegialt-pedagogisk til å bli mer og mer formalisert, altså jusbasert. Slik kan man si at delingen av det gamle direktoratet allerede fra starten av gjorde det til et slags tilsynsorgan, eller iallfall prototilsyn. Vår periode preges slik også, for Helsedirektoratets vedkommende, av at det gradvis finner seg selv som tilsynsorgan. Formelt måtte det imidlertid få «hjelp» til å se at det var det som skjedde. Hjelpen kom altså, i 1992, fra Stortinget. Men at det fant seg selv, og ble funnet av andre, som juridisk preget tilsynsorgan, måtte også etter hvert gjøre det utfordrende å fortsette som iverksettende organ (pliktløpet). «Funnet» av tilsynsoppgaven måtte derfor nesten føre til at forvaltningsoppgaven måtte skilles ut, hvilket altså skjedde fra 2002.

Men Helsedirektoratet ble heller ikke et «fullt» tilsynsorgan. Fra starten av var de økonomiske sider ved helsetjenesteytelsen og folkehelsearbeidet i stor grad holdt utenfor, selv om det i legeloven het at leger skulle ta økonomiske hensyn (overfor både pasienter og folketrygd) når de ytte tjenester. Men at Helsedirektoratet slik primært fikk ansvar for den ene side av helsevesenets verdiskapning, helsesiden, og ikke den annen, omkostningsssiden, bidro til å gjøre det til litt mer av et «helseaktivistisk» organ, både på opp- og nedstrømssiden. At Helsedirektøren ble en slags «vaktbikkje» for pasienter og befolkning, er et uttrykk for dette. Men tilsynsrollen ble ytterligere avgrenset.

Fra tidligere av var Helsedirektoratets kontroll med utstyr og forbruksmateriell begrenset, og spredt på flere (andre) kontrollinstanser, som Statens institutt for strålehygiene, Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr og Nemnda for medisinsk engangsutstyr (SIFF). At to av disse før 1994 lå under direktoratet var mer en formalitet enn realitet. Men leverandører og brukere, spesielt sykehus, spilte også en kontrollrolle direktorat og fylkesleger i begrenset grad kunne føre tilsyn med. Som en refleks av den økende opptatthet av kvalitetskontroll, fikk SINTEF NIS i oppdrag å fungere som en meldesentral for uønskede hendelser knyttet til bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Denne oppgaven ble overtatt av Helsedirektoratet (meldetjenesten) i 1993. Samtidig fikk, som vi skal komme tilbake til, Det Norske Veritas i oppdrag å sette i gang opplæring i kvalitetssikring ved sykehus.

Et viktig uttrykk for utviklingen av kontrollen med utstyret er vedtagelsen i 1994 av en lov om medisinsk utstyr. Loven var en funksjon av EØS-avtalen. Utstyr og forbruksvarer er varer og varer skulle og skal innen EØS-området behandles på markedskonkurransepremisser inntil varene blir en del av tjenesteytelsen, altså brukes til å undersøke og behandle. Med loven fulgte der EF/EU-bestemte reguleringer for produksjon, markedsføring, omsetning og tildels bruk av varene (utstyret). Nasjonal regulering ble erstattet av overnasjonal sådan, men håndhevelsen av reguleringene forble nasjonal. Utstyr og andre varer hadde selvsagt også tidligere blitt laget av i hovedsak private bedrifter, og slik sett hadde varesektoren omgitt helse*tjenesten*, og utsatt den for ideologisk påvirkning. Nå ble denne betydelig styrket, både fordi helsetjenestens avhengighet av utstyr og andre varer – og dermed private, kommersielle bedrifter – lenge hadde økt og nå gjorde det i økende tempo og fordi reguleringene skapte mer konkurranse. Blant annet mistet norske myndigheter muligheten for å regulere markedsføringen. La oss også legge til at mye av den mer indirekte kontroll som gjaldt utstyr

skjedde i regi av andre institusjoner enn helseforvaltningens, som Arbeidstilsynet, Statens branninspeksjon og Statens sprengstoffinstitusjon.

En annen type vare, endog en meget sentral vare, spesielt klinikken trenger, er medikamenter – vidt forstått. Kontrollen med produksjonen, omsetningen, markedsføringen og bruken av slike skjedde lenge i hovedsak i regi av Helsedirektoratet, først mest som apotektilsyn, etter hvert også som tilsyn med de ulike aktører i det som ble til legemiddelkjeden(e). Ved siden av apotektilsynet vokste der frem en legemiddelkontroll (1974). Den var et svar på utviklingen av spesialpreparater, og medikamentfremstillingens industrialisering. Denne kontrollen ble stadig viktigere. EØS-avtalen, som trådte i kraft i 1994, gjorde at grossistleddet ble underlagt konkurranse. Det førte igjen til at det statlige monopolet (Medisinaldepotet) også ble privatisert. Endelig ble apotkevirksomheten helt underlagt konkurransemarkedet og alle aktørene, utenom sykehusene, ble private. Tilsynsvirksomheten ble samlet i det som hadde vært Legemiddelkontrollen (siden 1974), men nå ble til Statens legemiddelverk (2001). Dette verket overtok også, fra Helsetilsynet, resten av det tilsynsansvaret Helsetilsynet hadde hatt. Vi kan ellers konstatere at med disse endringene på medikamentsiden, og den økte tilgang på medikamenter (nyutviklede som eldre), ble helsevesenets vareavhengighet ikke bare ytterligere styrket, men fikk også et mer kommersielt preg.

Der er én viktig varesektor til som, iallfall delvis, omslutter helsevesenet, matsektoren: Mat har åpenbare konsekvenser for helse, gode og dårlige. Som gode er de både helsefremmende, patologiforebyggende og terapeutiske. Som dårlige er de helsenedbrytende, enten på grunn av innhold eller sammensetning eller mengde. Men mens utstyr og lignende og medikamenter i hovedsak er rettet inn mot helseformål, er maten ikke primært det, selv om dens hovvedbegrunnelse ligger i et helsebehov: Mennesker må spise for å leve. Mat er, i praksis spesielt behandlet som næringstilknyttet. Opprinnelig var mat særlig knyttet til landbruket og fiskeriene. Med det moderne samfunns industrialisering er disse næringene nesten blitt helt industrialisert, og mat har fått et standardisert varepreg. Forsyningskjedene er blitt lange og deltagerne i dem er blitt store og stadig mer internasjonale og er i hovedsak underlagt konkurransemarkedets logikk.

Etter mye tautrekning fikk Norge en næringsmiddellov i 1933, men der kom også andre matrelaterte lover. Mye av næringsmiddelkontrollen var lokal, og slik varierende. Fagutviklingen, industrialiseringen og internasjonaliseringen gjorde at presset for å integrere og fagliggjøre tilsynet med matvarekjeden økte etter krigen. I 1978 kom der en egen lov om (ikke helt) samordnet næringsmiddelkontroll. Den ble, etter lange utredninger og tautrekninger i 2003 til lov om matproduksjon og mattrygghet (matloven). De mange lokale tilsynsinstanser og noen nasjonale, blant annet Statens næringsmiddeltilsyn (1988), ble fra 2004 til Statens tilsyn for planter, fisk, dyr og næringsmidler (Mattilsynet). Det siste fikk tre departementer som oppdragsgivere, men ble og blir forvaltet av Landbruks- og matdepartementet. Også næringsmiddelsektoren er altså gradvis blitt til en sektor preget av den industrielle, internasjonale logikk, der kontrollen nok er streng, men konkurransen også påtagelig. I den sammenheng bør det nevnes at laboratoriekontrollen delvis er privatisert og internasjonalisert og spiller en sertifiserende og akkrediterende rolle. Også næringsmiddelsektoren bidrar altså til å gi helse*tjenesten* bedriftspregede og kommersielle omgivelser. Dog bør det nevnes at sektoren stadig er preget av verdi- og interessespenninger.

Næringsmiddelpolitikken (og -kontrollen) er både næringspolitikk og ernæringspolitikk, og blant annet derfor, spenningsfylt. Spenningene gjelder gjerne kontrollens art og subsidier og avgifter. Men ernæringspolitikken har også en selvstendig side, en informerende-pedagogisk

sådan. Organisatorisk kom dette til uttrykk gjennom etableringen av Statens ernæringsråd i 1946 (forløper 1937). Ernæringsrådet, plassert på det som etter 1983 ble nivå nr. tre, ble etter hvert, for så vidt som flere av søsterinstitusjonene, blant annet Statens edruskapsdirektorat, et publikumsrettet enkeltformåls-aktivistorgan. Det fungerte mye på egne premisser og var i perioder nokså aktivt, spesielt som pedagogisk livsstilsorgan. Men, som de fleste andre institusjoner på dette nivå, ble det bragt inn i linjen da det nye Sosial- og helsedirektoratet ble (gjen)opprettet i 2002. Denne del av «varepolitikken» ble altså værende innenfor den egentlige helse*tjeneste*, ja, integrert enda mer i den. Vi ser her en parallell til utstyrskontrollen og legemiddelkontrollen: Bruken av varene forble en helse*tjeneste*oppgave og ble kontrollert som sådan, men for de to andre varetypene forble også mye av brukskontrollen i egne institusjoner, hvor de stod bedriftssektoren nærmere.

Helsedirektoratet startet altså marsjen mot tilsynstilværelsen da det ble delt høsten 1983. Utgangspunktet for utviklingen var selvsagt helsetilsynsloven, vedtatt våren 1984. Den var en fullmakts- og rammelov. Den gav direktoratet tilsynsoppgaven og (en del av) den myndighet det trengte (gjennom kompetansenormer) for å kunne ta seg av oppgaven; dog fantes der slike normer også i den lovgivning som ellers særlig preges av pliktnormer. De adferds- eller pliktnormer direktoratet skulle legge til grunn for tilsynsutøvelsen, fulgte av andre lover, en rekke institusjonslover – noen av hvilke vi allerede har omtalt, personellover og lover «for» borgere og pasienter. Også andre lover, foruten den ulovfestede culpanormen, inneholdt tilsynsrelevante pliktnormer, blant annet straffeloven (1902), skadeserstatningsloven (1969) og produktkontrolloven (1976). Disse lover inneholdt for øvrig også kompetansenmormer.

Under det halvt medikratiske regime ble tilsyn forstått ikke bare i den nye, teknisk-juridiske forstand, men også som «omsorg» og ledelse. Som omsorg og ledelse fungerte overordnede organer, direktoratet og fylkeslegene særlig, på en pedagogisk-kollegial måte. Det het i proposisjonsforklaringen, og til dels i selve loven, at de som utøvet tilsyn også måtte gjøre dette på en pedagogisk måte. Departementet mente, med rette, at kritikk og annen negativ intervensjon kunne virke demotiverende. Men både disse pedagogiske «signalene» og andre sider ved den svært korte tilsynsloven vidnet om at medikratiet kulturelt sett fortsatt spilte en betydelig rolle. Gradvis kom allikevel den juridisk baserte, kritiske intervensjonen, eller trusselen om en sådan, til å prege det nye tilsynet. Et uttrykk for det er jo at forvaltningsoppgaven (pliktløpet) til slutt ble skilt ut fra Helsetilsynet (2002); å beholde den oppgaven kunne gjøre Helsetilsynet inhabilt.

Men Helsedirektoratet, og siden Helsetilsynet, skulle fortsette å forholde seg tvetydig til spørsmålet om pedagogikk. Under Diprivan-saken, en sak som gjaldt spørsmålet om noen anestesileger ved Sentralsykehuset i Fredrikstad hadde opptrådt uforsvarlig da de bedøvet to små barn med det relativt nye, hurtigvirkende anestesimidlet Diprivan, ble spørsmålet om Helsedirektoratets reaksjoner, nemlig tildelte advarsler og tilrettevisninger, var å anse som enkeltavgjørelser som kunne prøves for domstolene, sentralt. Helsedirektoratet/Helsetilsynet og dets advokat(er) argumenterte med at reaksjonstildelingene var å anse som (kritiske) meningsytringer og ikke formelle beslutninger (f.eks. i forvaltningslovens forstand) – som kunne prøves av domstolene. Direktoratet/tilsynet argumenterte altså «gammeldags», samtidig som dets praksis var blitt ganske streng og juspreget. Domstolene, til sist Høyesterett, gikk langt i å tilbakevise direktoratets/tilsynets argumentasjon og dyttet slik tilsynet enda mer i jusbasert retning. Samtidig kom de til at direktoratet/tilsynet i flere tilfeller hadde utøvet galt, altså for strengt, skjønn. Det skulle ta tid for Helsetilsynet å finne seg selv som tilsynsorgan.

I helsetilsynsloven het det at Helsetilsynet skulle utøve et overordnet faglig tilsyn, men at det praksis skulle skje gjennom fylkeslegene. Dog het det at eventuelle reaksjoner måtte tildeles av direktoratet. Mildere kritikk kunne fylkeslegene gi. At tilsynet ble kalt faglig, reflekterer den medikratiske kultur.

Tilsynet skulle, etter den nye loven, i første rekke være et forebyggende tilsyn. Det skulle bidra til at svikt og uheldige hendelser ikke forekom i helsevesenet. For dette formål skulle et såkalt egentilsyn være et sentralt virkemiddel. Fylkeslegene kunne ikke løpende overvåke det som skjedde, men arbeidsgiverne og helsepersonellet kunne i stor grad gjøre det, altså passe på seg selv. Det fremgikk ikke av loven hvordan egentilsynet skulle drives. Ei heller inneholdt loven noen bestemmelse om at det kunne utstedes forskrifter for hvordan dette tilsynet skulle drives. Bestemmelsen i loven ble stående som en blanding av et pålegg og en oppfordring. Igjen ser vi at loven kombinerer gammelt og nytt, altså pedagogisk ledelse og formelle, «truende» pålegg.

Den egentlige tilsynspraksis, den forebyggende, utviklet seg skritt for skritt gjennom vår periode. Det skjedde i første rekke i regi av fylkeslegene, som gradvis utvidet sin besøksaktivitet og i takt med det begynte å standardisere den. Mot slutten av 1980-årene begynte de å etterlyse bistand fra direktoratet, blant annet i form av en nasjonal standardisering. Helsedirektoratet ble også mer aktivt. Virksomhetsplanleggingen bidro til det og fra 1990 vedtok direktoratet, etter påskyndelse fra fylkesleger, også at der skulle foretaes nasjonale, «særlige tilsyn» på utvalgte områder. Det ble så som så med standardiseringen av disse tilsyn, og for så vidt også med engasjementet i gjennomføringen av dem. Rapportene fra disse tilsynene var også av varierende grundighet. Når det gjelder fylkeslegenes tlsynsbesøk ellers, var de i de første år mer pedagogiske enn «mistenksomt» inspiserende, men fra inngangen til 1990-årene fikk de et mer kritisk, juspåvirket preg. I de første årene rettet tilsynsvirksomheten seg i hovedsak mot primærhelsevesenet, det vesen fylkeslegene faglig forstod best. Fylkeslegene var nesten engstelige for sykehuslegene, særlig ved de store sykehus, og nærmet seg dem derfor varsomt, men fra slutten av 1980-årene var også tilsynsbesøk ved sykehusene blitt vanlige.

Fra 1990 begynte direktoratet å arbeide med et utkast til forskrifter for egenkontrollen. Det var et tydelig uttrykk for at bevisstheten om tilsyn som faglig utfordring var styrket. Striden med Norbom og departementet var imidlertid også noe av bakgrunnen for at forskriftsarbeidet ble startet: Striden hadde en tilsynsbevisstgjørende virkning på direktoratet. At påvirkningen fra industrien hadde gjort at der nå ble arbeidet aktivt i Kommunaldepartementet med å lage en forskrift om *intern*kontroll, bidro også til at direktoratet satte seg i sving med «sine» forskrifter. Direktoratet var redd for at helsevesenet kunne bli trukket med i den mer generelle, industrielt inspirerte, reguleringen Kommunaldepartementet og Arbeidstilsynet stod bak. Men det viste seg snart å være vanskelig å utforme tydelige forskrifter: Forståelsen av det nye tilsynet var ennå ikke dyp i direktoratet, og de første utkastene ble møtt med mye motbør, blant annet fra mange av fylkeslegene. Direktoratet ble heller ikke oppmuntret av departementet. Arbeidet resulterte da også i intet. Senhøstes 1991 skjønte direktoratet at departementet ikke ville ha dets forskrifter. Departementet arbeidet nå med proposisjonen/meldingen om endringene i helsetilsynsloven og omordningen av den sentrale helseforvaltning. Det var departementets mening at det overordnede tilsynsansvaret skulle flyttes opp til departementet, og at fylkeslegene skulle stå for det praktiske tilsyn. Departementet lyktes ikke, som vi har sett, i å sentralisere det overordnede tilsyn, og dermed ble direktoratet reddet fra full oppløsning og ble altså istedenfor, til syvende og sist, et rent tilsyn. Kommunaldepartementets forskrift trådte ikraft i 1992, og i en utvidet versjon i 1997.

Først i 2003 kom der en egen forskrift om *internkontroll*, ikke egenkontroll, for helse- og sosialtjenesten.

De pliktnormene som skulle ligge til grunn for tilsynet av klinikken, og til dels også av preklinikken (folkehelsevirksomheten) ble, spesielt fra overgangen til 1970-årene, stadig flere og til dels, blant annet gjennom forskriftene, mer presise. Spesielt gjaldt dette klinikken. Lovene var delvis, og i økende grad, institusjonslover, som lovene om psykiatri (1961), sykehus (1969) og primærhelsevesenet (klinisk og preklinisk) (1982), men også noen vi har omtalt, som de medisinsk relevante «varelovene». I tillegg var der helsepersonellover, først mange (stadig flere). Så, men først i 1999, kom der én samlet helsepersonellov, og lov for pasienter (pasientrettigheter) (1999). Det som er mest påfallende er at institusjonslovene blir flere og mer styrende. Det henger sammen med styringsrevolusjonen og den stadig mer offentlig-hierarkiske styring av særlig det kliniske helsevesen. Denne utviklingen gjør at tilsynet i stigende grad blir rettet mot eierne og lederne. Gjennom tilsynet fører altså staten en stadig strengere kontroll med seg selv, og dens «forlengelser», fylkeskommunene og kommunene. Tilsynet blir slik «egentilsyn» i en mer radikal forstand enn det som fremgår av loven. Man kan imidlertid si at utflyttingen av forvaltningsoppgaven fra Helsetilsynet i 2002, innebar at den del av staten som førte kontroll med andre deler, ble mer uavhengig av resten av (helse)staten.

Men det direkte tilsynet med personellet forsvinner altså ikke helt. Staten velger å beholde deler av det (gjennom samleloven av 1999), slik at personell blir utsatt for dobbel styring, ledelse og kontroll, den som følger arbeidsgiverlinjen og den som følger den spesielle lovlinjen. Personell blir slik altså behandlet både som ansatte, eller kontraktører, og som (litt) frie profesjonsutøvere. Den første linjen blir altså gradvis viktigere, men dobbeltkontrollen av personellet gjør jo at det både beholder en viss faglig frihet og blir enda strammere – og undertiden konfliktfylt – styrt. Vi må føye til: Den eldre, men også den nyere klinikkinstitusjons- og personellovgivningen inneholdt «indirekte» pasientrettigheter. Som et svar på forbrukerevolusjonen i 1980-årene, kom der i 1999, en del forsinket, en egen pasientrettighetslov. Med den blir pasienter og potensielle pasienter også viktigere som tilsynsaktører og kontrollører. Styringen og kontrollen ovenfra og nedenfra øker altså gjennom den perioden vi ser på, og bringer personellet under en krevende dobbelkontroll: Det utsettes for en, delvis intendert og delvis uintendert, knipetangsmanøver.

Et sentralt, og essensielt sett juridisk, begrep i det ekspanderende tilsynet, er «forsvarlighet». Kliniske institusjoner og personell er forpliktet til å behandle pasienter på en forsvarlig måte. Da vår periode startet, ble forsvarlighet forstått nokså medikratisk: Forsvarlig behandling var den som skjedde etter den skikk og etikk som preget «god» medisin (og andre godkjente helsefag). I løpet av vår periode blir imidlertid medisinen stadig mer presis og retningslinjene – litt vage regler – begynner å komme fra begynnelsen av 1990-årene. Med det bidrar også medisinen (helsefagene) selv til å gi dem som skal føre tilsyn med dens utøvere et klarere grunnlag for å gjøre det. Medisinen bidrar til å gi jusen mer tyngde.

Tilsynet er, som nevnt, i prinsippet en forebyggende virksomhet. Men alle feil og uhell, og adferd som skaper misnøye hos pasienter og deres pårørende, lar seg ikke forebygge. Av og til går det galt, eller noen mener det har gått galt eller er på andre måter misfornøyde. Da kan det klages, eventuelt kreves at skaden «reparares», helt eller delvis, eller at erstatning gies og straff (for den som er årsak til skaden) idømmes. Også slik reaksjon er en form for forebyggelse, for så vidt som klager og det som følger av dem, kan virke almenpreventivt. Da

direktoratet ble til helsetilsyn, ble behandlingen av klager som havnet hos tilsynsmyndigheten omtalt som hendelsesbasert tilsyn. Klagene kan rettes til det personell det gjelder, til institusjoner eller til tilsynsmyndighetene, altså fylkesleger (første instans) og direktorat. Personell kan også anmeldes til politiet, etter straffeloven. Pasienter kan også (klage ved å) kreve erstatning etter erstatningsretten. Fra 1989 kom der en egen offentlig erstatningsordning, som innebærer at pasienter kan (klage og) be om erstatning på objektivt grunnlag. Fra gammelt av har der også vært en stortingsforvaltet billighetserstatningsordning. Etter den kan pasienter få en viss erstatning (en håndsrekning) ut fra rimelighetsbetraktninger. Pasienter har også siden 1980 kunnet klage hvis de ikke fikk innsyn i sin journal. I løpet av vår periode økte presset, også dét delvis som en følge av forbrukerrevolusjonen, for å styrke pasienters og borgeres helserelaterte personvernrettigheter.

Trykket fra borgerne, særlig som pasienter, økte altså gjennom vår periode, og myndighetene tilpasset seg: Mulighetene for å besvære seg og klage ble gradvis utvidet. Det var en del av denne tilpasningen til pasientene og borgerne at der nå kom pasientombud, at tilbyderne av tjenester begynte å gjennomføre pasienttilfredsundersøkelser og at også forskere begynte å gjennomføre slike. Slik fikk tilbyderne ikke bare informasjon om misnøye gjennom formelle klager og lignende, men også gjennom uformelle og tause sådanne.

Hverken tilsynslovgivningen eller den tjenesterettede og varerettede lovgivningen inneholdt bestemmelser om retten til å klage og bestemmelser om hvordan pasienter formelt kunne klage (til fylkesleger og direktorat). Klageretten var altså ikke lovfestet; den var sedvanebasert. Når det gjaldt fremgangsmåten ved klaging og behandling av klager, ble også den utviklet gjennom praksis, men slik at både forvaltningsloven (hvis det dreide seg om enkeltbeslutninger), personellovene og prinsippene for god forvaltningspraksis spilte en avgjørende rolle.

Klagene ble i praksis først behandlet av fylkeslegene, så eventuelt av direktoratet. I direktoratet ble sakene i første del av vår periode behandlet av de helsefaglig og juridisk integrerte avdelingene. Med opprettelsen av helserettsavdelingen i 1989, ble denne avdelingen sakseier; helsefagavdelingene ytte helsefaglig bistand. Også på denne måten ser vi altså hvordan en mer medikratisk klagesaksbehandling erstattes av en mer juridisk preget sådan. En undersøkelse gjennomført ved overgangen til tiden etter vår periode viste at juristene gjennomgående hadde en tendens til å være strengere i sine vurderinger (av personellet) enn leger og helsefagpersonell. Vi har ikke sikre tall for klagesaksomfanget, men de tall vi har, viser at antalet saker økt jevnt gjennom hele perioden, men noe saktere i siste del av perioden. En undersøkelse gjennomført mot slutten av 1980-årene viser at antallet klagesaker mottatt av 13 av 19 fylkesleger økte med 48 prosent i årene 1987–1989. Klager Helsedirektoratet fikk til behandling økte med 15 prosent fra 1984 til 1988. Frem til 1995 skjedde der en videre økning i klagetilgangen til Helsedirektoratet med 18 prosent. Klageomfanget var altså svært lite i forhold til alle de kliniske konsultasjoner som skjedde. Pasienttilfredshetsmålingene viste også at pasientene i hovedsak var tilfredse med sine leger, både på sykehus og i praksiser. Når spørsmålene gjaldt mer konkrete forhold, som om legene hadde informert godt, var svarene mindre positive enn når de gjaldt legenes almene måte å behandle dem på. Klagene gjaldt i stor grad psykiatriske tjenester, altså tvangsbruk; i 1989 stod disse klagene for 47 prosent av alle klager. Den andre store gruppen av klager, den omfattet i 1989 29 prosent, gjaldt påstander om feil i diagnostikk eller behandling.

Helsedirektoratet ble altså etter delingen i økende grad et tilsynsorgan, men det tok tid for det å ta helt inn over seg hva det nye tilsynet skulle innebære. Det var imidlertid et moderat trykk

på direktoratet for å bli et slikt tilsyn; trykket kom delvis fra fylkeslegene, men ble etter hvert, av eksistensielle grunner, et trykk direktoratet la på seg selv. Klagesakene ble, både for fylkeslegene og direktoratet noe som «veltet inn» – utenfra og nedenfra – og som tvang klagemottagerne til å snu på oppgaveprioriteringene. Direktoratet, og fra 1989 dets helserettsavdeling, kom snart på defensiven og ble der vår periode ut. Det var først ved etableringen av Helsetilsynet i 1994 at eks-direktoratet begynte å komme mer à jour.

Kvalitetsforvaltning – den nye nedstrømsoppgave

Kvalitet betydde opprinnelig egenskap. Lenge har det for de fleste betydd *god score* på de egenskaper som er nærmest knyttet til f.eks. den vare eller tjeneste man er opptatt av. Vi taler således om behandlingens kvalitet som hvor godt arbeid legen gjør og røntgenutstyrets kvalitet som hvor godt det kan gjengi legemlige strukturer. Opptattheten av kvalitet, altså «god score», som noe «nytt», slo innover klinikken som en bølge i løpet av 1980-årene og ble for alvor institusjonalisert i løpet av 1990-årene. Bølgen reflekterte delvis en tilsvarende og eldre bølge i industrien; den gjaldt varenes kvalitet. Den reflekterte også forbrukerrevolusjonen. Men da den slo innover helsevesenet hadde den fått et videre siktemål. Den kom til å gjelde stadig mer. Det passet helsevesenet, og dem som der ble kvalitetsapologeter og kvalitetsstyringsinnførere. Kvalitet ble snart et stikkord for høy score på alle egenskaper ved og «rundt» tjenester, fra tilgjengelighet til langsiktige konsekvenser, endog omkostninger. Uttrykket «total kvalitetsledelse», som ble lansert i 1985, er et uttrykk for den maksimalt vide forståelsen av kvalitet og kvalitetsarbeid. Men ved å definere kvalitet så vidt, mistet denne kvalitetsledelsen sitt særpreg. Da det nye helsedirektoratet ble opprettet i 2002, overtok det kvalitetsarbeidet, men avgrenset det til å bety kvalitet i mer snever forstand. Det ble slik en del av den bredere mål- og resultatstyring.

Kvalitetssarbeidet var, som den internasjonale standardorganisasjonen (ISO), og i stor grad konsulent- og akkrediteringsselskapene, så det, prosessorientert.[1289] Det ble slik også standardorientert. Det kom altså til å ligne på det nye tilsynet: Mens tilsynet satte standarden på et slags minimumsnivå (forsvarlighet ble stikkordet), satte ISO og andre standarden på et høyere nivå. Strategien var imidlertid den samme, kontroll med at tjenesteyterne og deres institusjoner holdt mål. Men noen tenkte mer offensivt enn dette, og hadde gjort det en tid, spesielt de to Japan-aktive kvalitetsutvikerne W. Edwards Demming og Joseph M. Juran. De var opptatt av at kvalitetsarbeid også måtte være kvalitets*utvikling*sarbeid. Det standardorienterte tilsyns- og ISO-kvalitetsarbeidet var styrt og kontrollpreget; det reflekterte industrisamfunnet, «fordistisk» forstått. De to herrenes, og spesielt Juran's, kvalitetsarbeid innebar at mye frihet ble delegert til utøverne. Det var mobiliserende og (delvis) humanistisk. I Norge var det standardstrategien som ble dominerende, om enn ikke helt enerådende.

Kvalitetsarbeidet ble utviklet langs to linjer, en departemental og direktoratlig og en «klinisk». Der var også en slags tredje linje, med yrkesgruppeforeningene, særlig Lægeforeningen, som utgangspunkt. De var knyttet til hverandre, men ikke intimt. I noen grad ble de også konkurrerende offensiver. Departementet spilte lenge en beskjeden rolle når det gjaldt kvalitet. I helsemeldingen fra 1989 var kvalitet bare nevnt. Det fikk en større plass i den

[1289] Prosesser ble definert som kvalitetsprosesser i den grad dokumentasjon har vist at de bidrar til den aktuelle kvalitet.

meldingen som kom i 1994. Direktoratet hadde ført opp kvalitet som formål allerede i sin første virksomhetsplan (1989); siden ble dette formålet stadig mer betonet. Det ble dog forstått nokså kontrollorientert. I regi av direktoratet ble der laget en utredning om kvalitetsarbeid som kom i 1991. Den var nokså kontrollorientert. Den ble fulgt opp av en intern arbeidsgruppe, som kom med sin rapport i mai 1993. Også denne rapporten var preget av kvalitetssikringsarbeidet, og så på det som nært knyttet til det som nå ble kalt internkontroll. Gruppen la imidlerid vekt på at man nå også burde være opptatt av kvalitets*utvikling*. Arbeidsgruppens rapport skulle gi premissene for utarbeidelsen av en strategi for kvalitetsarbeid. Den ble presentert i februar 1995 og kalt *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Den var primært et helsetilsynsarbeid, men ble utgitt i ssmarbeid mellom Helsetilsynet og Sosial- og helsedepartementet. Den hadde et forord skrevet av Helseministeren.

Strategien taler om utvikling, og inneholder eksplisitte utviklingsresonnementer. Den er allikevel mer preget av kvalitetssikring og med det av tilsyn og standardkontroll. Den har derfor også et relativt hierarkisk preg; der skal styres ovenfra. Det betones at personellet også må føle en forpliktelse til å følge opp kvalitetsplanen, altså la seg styre og korrigere, basert på 360 graders-vurdering. Da Helsetilsynet summerte opp erfaringene med planen – den var en femårsplan – kunne det konstatere at det hadde vært vanskelig å engasjere departementet i planen, og at den heller ikke hadde engasjert Helsetilsynet spesielt intenst. Departementet var også på vakt overfor Helsetilsynet. Det betonte at Helsetilsynets arbeid måtte begrense seg til det nokså medisinsk-tekniske. Hvis det hadde økonomiske implikasjoner eller påvirket helsevesenet i mer systemisk forstand, måtte departementet konsulteres.

Den andre linjen sprang ut av arbeidet med kvalitet ved sykehusene. De større sykehus hadde hatt skadeutvalg. Med endringen i helsetilsynsloven fra 1994 fikk de kvalitetsutvalg. Med utgangspunkt i Det Norske Veritas' kvalitetsarbeid i helseregion IV (Midt-Norge), ble selskapet engasjert (av Helsetilsynet) til å gjennomføre et opplæringsprogram for kvalitetsrådgiverne i sykehus i perioden 1994–1996. Programmet hadde direktørene ved regionsykehusene, direktøren ved Vest-Agder sentralsykehus, noen kvalitetssjefer og Helsetilsynet som styringsgruppe. Tanken var at de rådgiverne som ble lært opp igjen skulle lære opp nye rådgivere og slik bidra til rask utvikling av en kvalitetskultur i sykehusene. Der ble dannet nettverk mellom dem som arbeidet med kvalitet; også direktørene spilte her en rolle. Helsetilsynet deltok i dette arbeidet, men gradvis fikk det sin egen tyngde. Kvalitetsutvikling kom til å spille en større rolle i disse nettverkene enn i det arbeid Helsetilsynet drev, men etter hvert tapte også denne virksomheten noe av det trykk det en tid hadde. Helsepersonellet, men særlig legene, følte mye av det «ovenfra» drevne kvalitetsarbeidet – de fleste kvalitetsrådgivere var sykepleiere – som lite nyttig. Fra 1998 ble det også engasjert kvalitetsrådgivere for å arbeide i kommunehelsevesenet, men med fylkeslegekontorene som base. Dette arbeidet ble mer kvalitetskontrollorientert enn det i sykehusene, og fikk beskjeden virkning de fleste steder.

Kvalitetspolitikk og –forvaltning kunne ha blitt et ekstra ben å stå på for Helsetilsynet. Det passet for så vidt som denne politikken og forvaltningen var blitt kvalitetssikrings- og standardkontrollorientert. Men hadde Helsetilsynet gått denne veien ville det fått habilitetsproblemer. Da forvaltningsoppgaven gikk tapt var i grunnen også kvalitetspolitikken og –forvaltningen tapt. Etter 1992 var dessuten det som skulle bli Helsetilsynet så opptatt av tilsyn og klagebehandling (enkeltsaker, som Diprivan-saken, krevde også mye oppmerksomhet) at det ikke hadde overskudd til å gå tungt nok inn i kvalitetspolitikken.

Istedenfor ble Helsetilsynet ikke bare mer tilsynsorientert, men så generelt og «abstrakt» tilsynsorientert at det også ble sosialtilsyn, og siden tillike barnevernstilsyn.

16. En epilog: teori, metode og etikk

Teori

Vi har brukt ordet logikk for å fortolke utviklingen. Vi har særlig talt om en medikratisk, en rettsstatlig, en nyttestatlig og en politisk (politokratisk) logikk, og antydet at vi kan tale om flere.[1290] Vi har også talt om at logikkene, særlig de fagpregede, har en spesiell dynamisk logikk. De «impliserer», uten egentlig å determinere, bestemte videre trekk i utviklingen. Spesielt dynamisk har vi sagt at den nyttestatlige logikk er. Vi kunne for så vidt også kalle den den mest moderne logikk, eller opplysningstidslogikken. Dens drivkraft er, empirisk, den reduksjonistiske (natur)vitenskap, som har som sin «psyko-logisk» naturlige styrings- og ledelsesimplikasjon, altså sin normative orientering, det kvantitativt konsekvensorienterte. Den rettsstatlige logikk, som den var ved overgangen til det 19. århundre, hadde hos mange et både empirisk og normativt idealistisk utgangspunkt. Siden er dette slitt ned og jusen preges av en positivistisk-formalistisk og instrumentell forståelsesmåte: Den har tilpasset seg, eller store deler av den holder på på tilpasse seg, nyttelogikken, både empirisk og normativt. Den gamle medikratiske kultur hadde noe idealistisk (uspesifiserte verdier) og praktisk (skjønnspreget) over seg; det var denne som legitimerte legenes både individuelle og kollektive autonomi, og for så vidt makt generelt i klinikken. Med vitenskapens stadig mer omfattende erobring av praksis, noe som fører til retningslinjer og instrumentelle regler, er medisinen iferd med, også den, normativt å tilpasse seg nyttelogikkens resultatorientering, og dermed tillike å bidra til at medisinen og klinikken kan bringes under nyttestyre.

Legmannspolitikken, i Norge som nasjonalt og lokalt demokrati, representerer ingen tydelig og enhetlig logikk. Den er preget av både et bredt sett av verdier og interesser, ofte omtalt som «følelser», og av usystematisk prøving og feiling. I varierende grad preges den av individer, spesielt det som gjerne omtales som sterke sådanne. Legmannsstyrerne er omgitt av, ja, bruker, faglogikker av ulike slag: Hele deres planleggende og utøvende apparat, byråkratiet, er jo bærere av ulike faglogikker. De fagfolk av ulike slag politikerne er omgitt av, gjør også forsøk, ofte mer iherdige enn de selv ser, på å få med seg, eller iallfall holde litt i sjakk, legpolitikere. De gjør det fordi legpolitikere i mange henseender har den formelle makt. Skal de lykkes må de gå via politikere. Men i disse henseender kan de ofte også opptre litt som legpolitikere selv, skjønt gjerne på en litt annen måte enn disse: De har lett for å bli arrogante, altså overbærende, eller irritert forklarende. Det er gjerne fagfolk, særlig styringsfagfolk, som omtaler «subjektive» og «synsende» politikere som «populistiske». Styringsfagfolk, jurister, økonomer, statsvitere, har derfor gjerne hatt et noe tvetydig og paternalistisk forhold til demokratiet: Det kan, synes de, fungere godt når legmannspolitikerne opptrer «rasjonelt», det vil si, hører på deres argumentasjon og hvis de avviser den, bare gjør det, på grunnlag av (faglig) bedre argumenter. Vi har sett at det er styringsfagfolkene, men

[1290] Den interessante canadiske, humanistiske filosofen, Charles Taylor (f. 1931), sier at samfunnsvitenskapelig teoriutvikling er å finne de empiriske og normative prinsipper som preger måten samfunnet eller en del av det fungerer på grunnlag av: «..social theory arises when we try to formulate explicitly what we are doing, describe the activity which is central to a practice, and articulate the norms which are essential to it». Kfr. hans *Philosophy and the Human Sciences, Philosophical Papers* 2, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999 (1985), s. 93. Hans synspunkter har mye til felles med dem vi har basert oss på. Hans «central practices» og «norms» ligner på våre logikker: De kan fungere som dypintensjoner, men kan også ekspliseres av deres talspersoner som bevisste, operative intensjoner.

også helsefagfolkene, som representerer det dynamiske element i utviklingen av helseforvaltningen, men også at folkelig politikk stadig kan slå inn og spille en rolle, iallfall for en tid. Vi har også sett at mange fagfolk, både i departement og direktorat, kunne opptre nokså «folkelig», enten de gjorde det på vegne av «sin» faglighet eller seg selv (og sine idiosynkrasier).

Vi skal føye til at skillet mellom legmannspolitikken(s logikk) og fagstyrelogikkene har et «indre» forhold til hverandre: Faglogikkene er systematisering av elementer som finnes i legmannspolitikken og legmannsledelsen. De er stiliserte uttrykk for intensjoner som finnes i legnmannspolitikken. Vi ser derfor også at ulike politikere fenges mer av én type styringslogikk enn en annen, nemlig den som passer deres verdier og deres skjønnsstil.

Logikkenes implikasjoner er sjelden helt bestemte. Men ettersom de empirisk baserte faglogikkenes empirisk-vitenskapelige grunnlag blir mer presist, blir også deres mulige anvendelser færre og mer entydige. Vi har slik vist hvordan den nyttestatlige styring gjøres mer presis ved at både dens samfunnsvitenskapelige og medisinske kunnskap blir mer presis. Samtidig har vi forsøkt å vise at logikkene brukes, og kombineres, på en prøvende måte, der enkeltpersoner i sentrale stillinger spiller en viktig rolle.

Vi har lagt vekt på hvordan den perioden vi ser på, og tiden litt før og etter, utgjør en overgangsperiode. Det var i denne perioden nyttestyret for alvor kom på offensiven. Boktittelens ord om spesialisering og profesjonalisering henspeiler på det.

Å fortolke (mer enn å forklare) slik, med logikker som stikkord, er å fortolke gjennom å påvise hvordan intensjonskjeder blir vevet inn i hverandre. Det er å fortolke *forstående*, som den tyske sosiologen Max Weber sa for vel hundre år siden.[1291] Han sondret, som kjent, mellom vitenskaper basert på *Verstehen*, nemlig samfunnsvitenskapene og de humanistiske vitenskaper, og *Erklären*, nemlig naturvitenskapene. Før ham hadde den tyske sosialfilosofen Wilhelm Dilthey (1833–1911) understreket det samme. Han omtalte de førstnevnte vitenskaper som *Geisteswissenschaften*, altså åndsvitenskaper. Etter Den annen verdenskrig er disse ideene utviklet videre av spesielt den tyske sosialfilosofen Hans-Georg Gadamer (1900–2002).[1292] Gadamer taler om åndsvitenskapene som *hermeneutiske* (fortolkende) vitenskaper. Men at man fortolker intensjonalt betyr ikke at det som skjer er et uttrykk for bevisste individuelle eller kollektive intensjoner. Intensjoner institusjonaliseres, både individuelt og kollektivt og den adferd som reflekterer intensjonene skjer mer eller mindre automatisk. Det siste skjer, fordi intensjonene, også de kollektive, på individuelt plan blir nevrobiologisk forankret[1293]; det er det Daniel Kahnemann (f. 1934) omtaler som type 1-tenkning. Vi kan alltid ta de automatiserte praksisene opp til ny bevisst overveielse (type 2-tenkning), men det «koster», og derfor er det grenser for hvor mye vi til enhver tid kan ta opp til kritisk vurdering.[1294] Det moderne, vitenskapsdrevne samfunn, er et endringssamfunn.

[1291] Hans teori er relativt kortfattet, men instruktivt, presentert av den amerikanske sosiologen Talcott Parsons (1902-1979), i hans innledning til en oversatt utgave av deler av Weber's metodisk-teoretiske, ufullførte verk, *Wirtschaft und Gesellschaft* (1921-22): Max Weber, *The Theory of Social and Economic Organization*, New York: Free Press, 1964 (1947), s. 8-39.
[1292] Han omtaler hermeneutikken i sitt hovedverk, *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen: Mohr, 1960.
[1293] Den amerikanske psykologen Daniel Goleman (f. 1946) viser det på en interessant måte i boken *Social Intelligence: Beyond IQ, Beyond Emotional Intelligence*, New York: Bantam Books, 2006.
[1294] Daniel Kahnemann, *Thinking, Fast and Slow*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.

Endringstakten øker også i mange henseender, og det krever bevisst omstilling. Det stresser.[1295] Men selv om intensjoner delvis blir «hard-wired», fortsetter de å være uttrykk for intensjoner, og våre forklaringer blir grunnleggende intensjonale.

Når vi taler om logikker – Weber talte om idealtyper[1296] – henviser vi til kollektive eller institusjonaliserte fenomener. En del har tatt dem inn over seg, og er med på å realisere dem uten å være seg spesielt bevisst hva logikkene går ut på og kan implisere. Noen er til enhver tid bevisste og aktive talspersoner for en eller annen logikk, eller en kombinasjon av slike. I den perioden vi ser på fant man slike entreprenører i kvalitetsmiljøene. Mot slutten av 1990-årene og frem mot 2002 var flere aktører pågående talspersoner for nyttelogikken. Nyttelogikken hadde ikke spesielt bevisste forkjempere blant de politiske ledere i vår periode, men Wenche Frogn Sellæg stod nok nyttelogikken nærmere enn de andre. Mork har vi omtalt som preget av den medikratiske logikk, men også som en som ble mer og mer preget av både rettsstatslogikken og nyttelogikken – uten at han tok disse logikker bevisst inn over seg. Norbom var medikratiskeptisk, men litt preget av rettsstatslogikken og, som økonom, litt av nyttelogikken, men ble ingen styringsideolog. Han var imidlertid også litt av en (leg)politiker.

Når vi taler om logikker taler vi ikke om deterministiske sådanne. De kan ha mange implikasjoner. Implikasjonene må finnes eller oppdages. Logikkenes utvikling har slik et viktig kreativt innhold. Det er derfor bare i noen grad man kan bruke ideen om utviklingslogikker til å fremskrive utviklingen på noen presis måte, spesielt på litt lengre sikt.

Metode

Vi forteller en historie. Vår metode er *idiografisk*.[1297] Der ligger noe generelt i historien, for så vidt som den gjelder realiseringen av opplysningstidsideene. Vi finner derfor nokså parallelle historier i andre vestlige land. Men vår historie, som den mer generelle historien, er jo allikevel unik. Men innen det generelt unike, er den norske historien også litt unik. Gjennom komparative studier kunne vi fått begge deler bedre frem. Vi har her vært nasjonale, men tatt noen sideblikk til de andre nordiske land.

I idiografisk forskning tar man utgangspunkt i det vi kunne kalle *opplysninger*, i *nomotetisk* forskning det som kalles *data*.[1298] Opplysninger er informasjon som utgjør deler av en «helhet», eller noe mer omfattende enn selve opplysningen. Helheten omtales ofte som system eller systemisk. Opplysninger henviser slik til andre deler av «helheten», eller systemet; de har et *relasjonelt* preg. Når samfunnet skal forståes er dette relasjonelle i

[1295] Den amerikanske samfunnskommentatoren Alvin Toffler gjorde, som vi har nevnt, dette til et hovedpoeng i sin interessante bok fra 1970 (nevnt tidligere): *Future Shock*.
[1296] Webers idealtype skal forståes på en lignende, men ikke lik, måte som vår logikk. Parsons, *op. cit.*, s. 13, beskriver idealtypene slik: «It does not describe a concrete course of action, but a normatively ideal course, assuming certain ends and modes of normative orientation as 'binding' on the actors».
[1297] Av gresk *idios*, «spesielt» og grafein, «skrive».

[1298] Det var den tyske filosofen Wilhelm Windelband (1848-1915) som lanserte begrepsparet idiografisk/nomotetisk for å karakterisere vitenskaper. Han gjorde det i arbeidet i sin rektortiltredelsestale ved Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg: Geschichte und Naturwissenschaft (1894).

prinsippet intensjonalt preget, selv om disse intensjonene er subbevisste. Dilthey talte derfor om åndsvitenskapelig forskning som *sinndeutend*, meningstydende. Data er informasjon som er avgrenset, eller «lukket» inne i seg selv. Den er, eller skal være, relasjonsfri (intensjonsfri). Den har slik noe tinglig og abstrakt over seg. Den reflekterer et reduksjonistisk syn på virkeligheten. Den gjør slik helheter, eller systemer, til aggregatstørrelser. Forklaringer blir da eksterne. Reduksjonistisk, databasert forskning er det *Dilthey* kalte *sinngebend*.

I reduksjonisisk forskning behandles data kvantitativt. De omtales da gjerne også som *variabler*. I slik forskning gjøres all informasjon om til data, presise «lukkede» beskrivelser av (intensjonsløse) virkelighetselementer, som på et eller annet nivå kan telles og matematisk manipuleres med. Etter psykologen, eller psykofysikeren (som han gjerne kalte seg), Stanley Smith Stevens (1906–1973) sondres der mellom ulike nivåer for måling: nominalnivå, ordinalnivå, intervallnivå og forholdstallsnivå.[1299] Ofte omtales forskning basert på data av de to (tre) første slag som kvalitative. Bare data av det siste slaget, forståes da som egentlig kvantitative. Bare på dette nivå kan variabler analyseres med alle statistiske teknikker. Idiografisk forskning omtales ofte som kvalitativ. Men innen slik forskning brukes ofte tall og tabeller, f.eks. for å beskrive (sider ved) utviklingsforløp. Skillet er slik mer knyttet til måten informasjonen og analysene brukes på, enn om hvor avansert man kan bruke og manipulere tall. I samfunnsforskningen, og spesielt i økonomikken, brukes i stor grad avanserte matematisk-statistiske metoder. Allikevel er det meste av denne forskningen forståelsesorientert. De nyklassiske økonomer spør hva som i stadig flere henseender følger hvis vi ser på individer som rasjonelt nyttemaksimerende. Deres «forklaringer», eller forståelse, av det som f.eks. skjer i konkurransebaserte markeder er altså, ulikt fysikernes, *motiv*baserte. Deres modeller kan være rent deduktive, men de kan så sammenligne dem med en aktuell virkelighet og slik tilpasse dem. Disse økonomenes modeller har imidlertid et slags «reduksjonistisk» preg, for så vidt som de har individene (og deres motiver) som utgangspunkt. De klassiske sosiologer studerte og deres arvtagere og studerer gjerne systemer og hva som får dem til å fungere. De ser på individenes adferd som systembetinget; deres individer er tilpasningsorientert, men ogspå tilpasning må forståes med utgangspunkt i intensjoner (motoiver). *Våre* forståelsesbaserte resonnementer er åpnere enn både de nyklassiske økonomenes og de klassiske sosiologenes.[1300] Våre forvalteres motiver kan ha vært flere; det samme kan de «motiver» som er institusjonalisert gjennom de systemer de inngår i. Vi begrenser dem dog noe, til de logikker (idealtyper) vi har trukket spesielt frem. Men ved å velge den strategi vi gjør lar vi dem vi studerer beholde et rom for skapende frihet som både de ny/klassiske økonomer og de klassiske sosiologer langt på vei fratok dem (kfr. forrige fotnote).

[1299] Stevens, som ble sterkt påvirket av den logiske empirisme i slutten av 1930-årene (og ble kjent med Rudolf Carnap (1891-1970), en av de fremste i Wienerkretsen). Han var en eksperimentelt orientert psykolog, la frem sin klassifikasjon for «the Psychological Round Table» senhøstes 1940 og offentliggjorde den i 1941 for «the Congress for the Unity of Science». Arbeidet ble publisert i *Science* i 1946: «On the Theory of Scales of Measurement", bind 103, s. 677-680. Klassifikasjonen er kritisert av statistikere; kfr. Paul F Velleman (f. 1949) og Leland Wilkinson (f. 1944), "Nominal, ordinal, interval, and ratio typologies are misleading", *The American Statistician*, bind 47, nr. 1, 1993, s. 65–72.

[1300] De første forstår i utgangspunktet aktørene som pro/agerende, de andre forstår dem som reagerende; men i praksis blir også «det økonomiske menneske» reagerende. Gitt en bestemt situasjon følger adferden «automatisk»; den er tilpassende. Det er ikke bare de klassiske sosiologer som gikk langt i å «parkere» motivasjonen ved å gjøre psykologien til en konstant; også de ny/klassiske økonomer gjorde/gjør det.

I 1949 lanserte den britiske filosofen Gilbert Ryle (1900–1976) begrepene «tykke» og «tynne» beskrivelser.[1301] De siste omfattet avgrensede adferdsobservasjoner; man kan si de nærmet seg data. De første omfattet adferd og dens sammenheng (kontekst), som et hele: Adferden kunne bare forståes på grunnlag av de *motiver* som skapte den og den sammenheng adferden utspilte seg i; altså den sammenheng motivene skulle realiseres i. Den amerikanske sosialantropologen Clifford Geertz (1926–2006) tok Ryles begreper i bruk, spesielt begrepet om tykke beskrivelser, i sin fortolkningsorienterte (hermeneutiske) sosialantropologi. Han presenterte sine tanker først i en artikkel, som skulle bli meget innflytelsesrik: "Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture".[1302] For Geertz var de tynne beskrivelser utilstrekkelige til å forstå sosiale fenomener: Sosiale fenomener henviser til hverandre, og kan ikke forståes adskilt fra hverandre. De er kontekstuelle, eller relasjonelle. Det betyr at beskrivelse og fortolkning går over i hverandre. Reduksjonisten insisterer på å skille beskrivelse og forklaring (og uavhengige og avhengige variabler); hermeneutikeren kan ikke skille beskrivelse og fortolkning (og kan ikke bruke begrepet 'variabel'). Å beskrive f.eks. en person som hilser til en annen ved å løfte armen ved bare på en utvendig (intensjonsløs) måte å beskrive adferden, vil ikke kunne forstå den som det den var, nemlig uttrykk for det å hilse. Ja, man kan ikke bruke ord som hilse, eller for den saks skyld være ambisiøs, uten å være over i det «tykke» språk.

Vi arbeider i prinsippet som Geertz, men i praksis ikke helt som ham. Sosialantropologer av hans skole, men også andre, går svært langt i kontekstualiserende retning, men mer synkront enn diakront. Vi legger mer vekt på det diakrone, og gjør i tillegge det på en stiliserende måte. Vi trekker frem det vi ser på som dominerende logikker, og legger mindre vekt på å differensiere. Vi beskriver i prinsippet «tykt», men mindre detaljrikt enn det sosialantropologene gjør. Historikere flest går også langt i kontekstualiserende retning, men altså særlig i en diakron retning. Ofte går imidlertid historikere så detaljerende til verks at de blir «halvsynkront» kontekstualiserende. Vi er altså mer historisk stiliserende enn det historikere flest er, skjønt en del historikere har latt seg friste til å trekke lange linjer, ja, til å dramatisere. Vi ligner mer på de siste enn de første historikere, men deres fortolkningsprinsipper er gjerne mer idiografiske enn våre.

Vi har studert helsepolitikkens og helseforvaltningens utvikling i en bestemt periode. Politikk og forvaltning manifesterer seg som formelle beslutninger og formelle beslutningers iverksettelse. Beslutningene, og i stor grad måten de iverksettes på, manifesterer seg som dokumenter. Det samme gjør forarbeidene til beslutningene og (beslutningene om) iverksettelsen. De endelige beslutninger og mange sider ved iverksettelsen og dens konsekvenser publiseres i offentlige, lett tilgjengelige dokumenter, som stortingsforhandlingene, offentlige utredninger, årsrapporter o.l. De prosesser som har foregått i de ulike forvaltningsorganer foregår i meget stor grad skriftlig, og foregår de muntlig, dokumenteres de i noen grad gjennom referater. Disse (saksbehandlings)dokumenter er tilgjengelige gjennom departementets og Helsedirektoratets/Helsetilsynets arkiver. Vi har gått, til dels nokså grundig, gjennom disse, offentlige og «halvoffentlige» dokumenter [1303] (knyttet til den indre saksbehandling).

[1301] Kfr. hans "The Thinking of Thoughts. What is 'le penseur' doing?", *University Lectures*, no.18, 1968, the University of Saskatchewan, Canada. Nettadresse: https://web.archive.org/web/20080410232658/http://lucy.ukc.ac.uk/CSACSIA/Vol11/Papers/ryle_1.html
[1302] Den er trykket i *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, New York: Basic Books, s. 3–30.
[1303] Med det siste mener vi dokumenter knyttet til den forvaltningsinterne saksbehandling.

En del forvaltere og politikere lager egne, private notater om prosesser og beslutninger de har vært med på, og som ikke er arkivert i forvaltningens arkiver. Vi har i beskjeden grad brukt slike. Derimot har vi fått «tilgang» til slike «notater», lagret i aktørenes hukommelse. Vi har samtalt, til dels svært utførlig, med mange av dem som har skapt den historien vi forteller. De har kunnet gi oss utfyllende opplysninger, men også bidratt til å gjøre at vi med større trygghet har kunnet tolke det skriftlige materiale vi har gjennomgått. Aktørenes minne er ikke alltid helt til å stole på, så de opplysningene vi har fått gjennom samtalene har vi mer brukt indirekte og utfyllende enn direkte og originalt beskrivende. Gjennom samtalene med aktørene har vi imidlertid fått opplysninger om stemninger og følelser som vi ikke i særlig grad kunne få gjennom de skriftlige kilder.

En del av dem vi har intervjuet har vi hatt lange og av og til flere samtaler med. Vi har samtalt med alle statsråder fra den aktuelle perioden og med flere av statssekretærene og de politiske rådgivere. Spesielt har vi hatt lange og mange samtaler med departementsråd Jon Ola Norbom og medisinalråd/assisterende helsedirektør Anne Alvik. Begge har spart på papirer og notater fra de årene vi ser på, og de husker godt. Det siste gjør de kanskje også fordi begivenhetene absorberte dem slik, også emosjonelt. Spesielt absorberte de Norbom; de ble innholdet i hans siste år som yrkesutøver. For Alvik ble også disse årene preget av dramatikk, men for henne lå hovedramatikken i hennes yrkesliv foran henne. De ble knyttet til hennes virke som nr. 1, altså som helsedirektør.

Vi har ellers samtalt med et stort antall forvaltere i direktorat/helsetilsyn og departement fra den aktuelle perioden, og med noen fra de øvrige sentrale helseforvaltningsinstitusjoner og fra fylkeslegeetaten.

Siden vi studerer historien, har vi ikke kunnet foreta deltagende observasjon, altså gjøre som Geertz og hans kolleger. Samtalene med politikerne og forvalterne gir litt av det slik observasjon kunne ha gitt, et mer intensivt kontekstualiseringsgrunnlag. Vi skal dog nevne at vi hadde en del kontakt med direktoratet, inkludert helsedirektør Torbjørn Mork, og departementet i de årene vi omtaler, og som har spilt en rolle for våre tolkninger.

Historikere har fra begynnelsen av det 19. århundre, da faget ble modernisert (i Tyskland), gjerne sondret mellom kilder som *Überreste* og *Traditionen*. Ordene henviser til det den danske historikeren Kristian Erslev (1852–1930) i begynnelsen av det 20. århundre kalte *stumme* og *talende* kilder. På norsk er siden benevnelsene *levninger* (frembringelse) og *beretninger* brukt.[1304] Skillet skal si noe om hvordan forskeren *utnytter* kildene. I det første tilfelle utnytter hun eller ham dem for å få kunnskap om deres opphav, f.eks. de som har skrevet et notat, i det annet tilfelle for å få kunnskap om noe utenfor opphavssituasjonen. Alle kilder kan brukes som levninger, men noen kan altså også brukes som beretninger. Vi bruker våre kilder, de skriftlige likeså vel som de muntlige, på begge måter, men vi forstår deres opphavssituasjon på en videre måte enn det mange, spesielt de mest «positivistisk» orienterte, gjør. Det har med måten vi kontekstualiserer på. For oss vil en lovtekst, en plan, en fremskrivning eller en «diagnostisk» redegjørelse for forhold i helsevesenet eller sider ved helsetilstanden ikke bare si noe om hvorfor bestemte aktører mente eller konstaterte noe på et

[1304] Kfr. Kristian Erslev, *Historisk Teknik*, København, 1911. Erslev hadde som ung historiker skrevet en enklere og mer offensiv metodelære, inspirert av tysk historiografi. 1911-utgaven er preget av en viss resignasjon, men også et sterkt ønske om å forankre historiografien i fransk positivisme (kfr. hans ordbruk: «historisk *teknik*»). Kfr. også norske, empirisk/empiristisk orienterte Ottar Dahls (1924-2011), *Grunntrekk i historieforskningens metodelære*, Oslo: Universitetsforlaget, 1980 (1967), s. 37.

bestemt tidspunkt, men også hvilke logikker som preger, og slik indirekte motiverer, de aktuelle tekststykker. Vi leter etter institusjonaliserte «motiver». Men vi gjør ikke bare det. Vi er også opptatt av å se om slike motiver også blir personers motiver, f.eks. om det er noen som blir spesielt ivrige og innflytelsesrike talspersoner for nyttelogikken.

Positivistisk orienterte historikere vil gjerne ha mest mulig «nærdokumentert». De er hyperempirikere. Det er derfor de forsøker å unngå å trekke lange linjer. Det er vanskelig å dokumentere eksistensen av institusjonaliserte motiver. Vi forsøker altså, som f.eks. Weber, å gjøre det. Vi gjør det ved å vise hvordan mye av det som skjer, og som altså manifesterer seg gjennom formelle beslutninger og deres forarbeider, kan sees på som uttrykk for ulike, mer eller mindre konkurrerende, logikker. Det betyr at vi leser og fortolker de ulike skriftlige kilder med bestemte «briller» og at vi stiller våre intervjuobjekter spørsmål som kan bekrefte eller forkaste våre logikkantagelser. Vitenskapsteoretikeren Karl Popper (1902–1994) har sagt at forskeren først og fremst skal være opptatt av å forsøke å falsifisere sine antagelser.[1305] Det er viktig at forskeren er kritisk til sine egne antagelser, men tar den kritiske innstillingen overhånd undergraves evnen og viljen til å bygge noe opp. Kritikken kommer i praksis mer fra andre i forskersamfunnet. Vi har forsøkt å være selvkritisk, så får andre vurdere i hvilken grad vi har lykkes.

Vi har satt helsepolitikken og helseforvaltningspraksisen inn i flere sammenhenger, altså gjort de fortolkende beskrivelser «tykke». Når beslutninger blir kontroversielle blir de fort en del av en videre offentlig debatt, som dragkampen om helseforvaltningens organisering fra 1983 til 1992, men særlig fra 1991 til 1992, ble. For å kunne redegjøre for hvordan politikken da ble en del av en videre prosess, har vi brukt massemediene, i første rekke de storer avisene, som kilder, men også notater fra den indre dragkampen (noen finnes i direktoratsarkivet, andre har vi fått fra deltagere på direktoratssiden). Vi har også brukt intervjuer for å få utfyllende informasjon om denne prosessen.

For å få frem de lange linjer, har vi også sett på almen offentlig politikk, f.eks. den nyttestatlige styrings- og ledelsesrevolusjon. Vi har også relatert den politikk og forvaltning vi studerer til slik politikk og forvaltning i noen toneangivende andre, vestlige land. Da har våre kilder vært dokumenter som viser den offisielle politikk og forvaltning, men også studier av denne. Fotnotene viser hvilke kilder vi i det siste tilfelle har brukt.

Vi knytter også, selvfølgelig, det som skjer med politikk og forvaltning til den virkelighet denne politikken og forvaltningen forholder seg til, i første rekke helsevesenet, dets praktikere og dets brukere, og den helse- og helsesviktvirkelighet som preger samfunnet. Om disse forhold finnes mye informasjon, i Statistisk sentralbyrå, i registrene, i Statskalenderen og andre steder; mye, og stadig mer, av den er tallbasert eller enkeltopplysningsbasert og fremstår mer som data enn som kontekstuelt pregede opplysninger. Også disse opplysninger, i den grad vi bruker dem, tolker vi (heuristisk). Som en del av kontekstualiseringen i helsesektoriell retning, omtaler vi også helsefaglighetens, spesielt medisinens, utvikling: Vi viser hvordan faglighetens økende presisjonsnivå og teknologiavhengighet øker muligheten for å nær- og dypstyre, på nyttestatlige premisser, institusjoner og personell. For dette formål bruker vi i stor grad medisinsk-historisk og medisinsk-organisatorisk faglitteratur. Vi henviser til den litteratur vi bruker.

[1305] Han fremla sin teori i *Logik der Forschung* (1934). Han oversatte selv boken til engelsk, *The Logic of Scientific Discovery*, og reviderte den i flere omganger, sist i 1980: London: Hutchinson.

I noen grad kan vi også kontekstualisere i andre retninger, f.eks. i retning av næringsutviklingen: Vi taler om at klinikken i økende grad industrialiseres, både innenfra, utenfra og ovenfra. Den industrialiserende næringsutvikling inspirerer de nyttestatlig styrende aktører innen helsevesenet. Vi refererer i denne sammenheng til ulike forfattere, men integrerer deres synspunkter på måter som ikke har sitt utspring i bestemte forfattere.

Etikk

Den norske filosofen Hans Skjervheim (1926–1999) fremholdt at samfunnsforskere både er *deltakarar* og *tilskodarar*.[1306] Han kunne for så vidt ha sagt at dét også gjaldt historikere. Som nåtidssamfunnsforskere, eller nåtidshistorikere, tolker de virkeligheten, nåtiden eller fortiden og dermed måten dagens og morgendagens mennesker ser på den: Historien endres hele tiden. Med andre ord, fortolkeren, også den fortidsrettede, spiller en *normativ* rolle. Der gies ingen nøytral posisjon å tolke virkeligheten ut fra, men de fleste fortolkere vil jo, det hører med til bildet, konstatere at de nesten ingen innflytelse har, eller hadde. Men for så vidt som de har en potensiell innflytelse bør de, mente han, tenke over hvilken rolle de skal spille. Problemet er imidlertid at forskeren bare i begrenset grad kan forutse hvor lest hans beretninger vil bli og hvordan de vil bli lest og endelig hvilke adferdsmessige virkninger lesningen vil få, på kort og på lang sikt. Kanskje det beste en forsker kan håpe på er at hans og hennes arbeider vil bli lest og gi grunnlag for (mer) reflektert forståelse og handling enn om arbeidene ikke var skrevet og lest. Men hvis forskeren lykkes i så henseende, om aldri så lite, spiller han eller hun jo også en normativ rolle. I vårt tilfelle blir det ekstra tydelig, siden vi skriver om styringsregimers utvikling. Kan vi bidra litt til at de som skal fortsette å prege styringen og forvaltningen av helsevesenet kan gjøre det på en (mer) reflektert måte, oppnår vi noe, det vil si, vi påvirker noe.

Men det innebærer at vi må skrive og fortolke på en måte som er i tråd med dette idealet, så vederheftig og, overfor alle synspunkter – alle de logikker – vi presenterer, så respektfullt som mulig. Det innebærer også at vi må behandle alle vi skriver om på samme måte, vederheftig og respektfullt.

For oss har nysgjerrighet vært en viktig motivasjon. Vi har forsøkt å finne ut hvordan man kan forstå de dominerende logikker, de empiriske forutsetninger de bygger på og de normative implikasjoner de har. De representerer alle, er vårt nysgjerrige utgangspunkt, både viktige innsikter og ditto verdier. På samme måten har vi forsøkt å finne ut hva det er som, både forståelsesmessig, normativt og emosjonelt har drevet de personer vi har skrevet om – spesielt de personer som har vært sentrale i den historie vi har forsøkt å kaste lys over.

Kanskje er det å gi en på denne måten rent nysgjerrighetsdrevet personpresentasjonen det normativt mest utfordrende. Å være med på å forme andre menneskers ettermæle er alvorlig, for dem det gjelder, men, etter hvert, spesielt for deres etterkommere. Vi kunne ha redusert disse vanskelighetene ved bare å ha presentert de sentrale personene som «vanlige»

[1306] Hans Skjervheim, *Deltakar og tilskodar og andre essays*, Oslo: Tanum-Norli, 1976, spesielt del I og i denne delen spesiel avsnittet «Deltakar og tilskodar», s, 51-72.

profesjonelle ledere, altså uten å karakterisere dem mer personlig. Vi har ikke gjort det. Spesielt *Norbom* og *Mork* er nokså nærgående omtalt. Historien ville blitt litt amputert om vi hadde unnlatt å gjøre det. De spilte begge en for personlig preget rolle til at vi bare kunne omtalt dem som «vanlige» forvaltningsledere: Deres psykologi fikk virkninger for helseforvaltningsutviklingen.

De aller fleste av de personer som har spilt en rolle av noen betydning i vår beretning har vi kjent eller kjenner vi. Det gjelder de to hovedpersonene, Norbom og Mork, deres nestkommanderende, Hauge og Alvik, alle statsråder, noen av de mest sentrale statssekretærer og politiske rådgivere, en god del av de (øvrige) sentrale forvaltningsledere i departementet og direktoratet, noen få av de spesialiserte nasjonale helseforvaltningsinstitusjonenes ledere og flere av de omtalte fylkeslegene. Også andre vi omtaler, har vi kjent eller kjenner vi. Slik sett kan man si vi er nokså inhabile. Vi har imidlertid skrevet om personer, som vi altså kjenner, men som har stått for ulike synspunkter. Vi har måttet se sakene fra flere sider.

Når det er sagt skal vi også føye til at vi ikke følte det spesielt vanskelig å omtale de personer vi har skrevet om. Nysgjerrigheten, men også respekten, fikk overtaket og gjorde forsøkene på å forstå dem vi har studert først og fremst givende.

Vi har altså i hovedsak basert oss på skriftlige kilder. For de mest sentrale personer har intervjuer også spilt en betydelig rolle. Dem vi har omtalt mest utførlig har fått se det vi har skrevet om dem, og for så vidt mer enn det. Det gjelder spesielt Norbom og, istedenfor Mork, Alvik, hans datter Elisabeth Mork og hans samboer Wenche Margrethe Myhre. Det gjelder også statsrådene, samt statssekretær (1981–1985) Astrid Nøkleby Heiberg. Det gjelder noen forvaltningsledere, Thomas Mauritzen i departementet og Helge Høifødt i direktoratet. Hvis de har ment at de er uriktig gjengitt, eller ikke ønsker at noe de har sagt skal bli brukt, har vi tatt det ut. Vi har også tatt hensyn til tolkningssynspunkter de har hatt, men bare endret teksten når vi har funnet gode grunner for det.

Personer vi har intervjuet

Alvik, Anne – 24.11.08, 25.11.08, 24.04.09, 29.06.09, 28.10.10, 17.12.11, 31.10.12, 30.06.16
Amundsen, Kristin – 31.12.11
Andersland, Geir Kjell – 07.09.09
Aspås, Jon-Olav – 06.12.13
Asvall, Jo –18.12.08, 20.12.08, 15.07.09, 21.07.09.
Bakken, Odd – 19.01.10
Bang, Reidar – 25.11.08
Bjartveit, Kjell – 07.11.08, 10.07.09
Bjerke, Martin – 19.07.12
Brenden, Marie – 23.03.12
Brofoss, Knut – 15.08.12
Brundtland, Gro Harlem – 13.04.11
Christie, Werner H. – 06.04.11
Danielsen, Egil – 07.01.09
Disen, Andreas – 26.08.09
Erlandsen, Christian
Gerhardsen, Tove Strand – 10.07.09
Grøholt, Knut, 16.03.11
Grund, Jan – 12.02.09
Gunbjørud, Anne Berit – 15.06.09, 16.02.12
Hambro, Christian – 06.01.10
Harvei, Sverre, 22.10.08
Heiberg, Astrid Nøkleby – 05.01.09, 06.01.09
Hellandsvik, Paul – 19.07.11, 04.10.12
Heløe, Leif Arne – 19.12.08, 08.05.09
Hoel, Brit (Jørgensen) – 14.04.12
Holm, Hans Asbjørn – 02.03.12
Holst, Kari – 14.10.10
Hovind, Ole B. – 17.12.08
Høifødt, Helge – 04.06.09, 20.04.15
Jøldal, Bjørn – 15.10.08
Kittelsen, Jo – 23.06.09
Klepsvik, Knut – 27.04.11
Knutzen, Thea – 03.09.09
Kolloen, Grethe –11.09.09
Lundby, Ingrid Hauge – 15.02.12
Mauritzen, Thomas – 18.12.08, 11.08.09, 17.03.11
Madsen, Jan – 29.01.09
Middelthon, Anne-Lise – 11.11.11
Molven, Olav, 11.06.09
Mork, Elisabeth – 29.10.08, 29.11.08
Myhre, Wenche Margrethe – 24.03.09
Norbom, Jon Ola – 21.07.09, 24.07.09., 09.09.09, 31.08.10, 13.10.10, 29.09.11, 09.11.11,18.12.11, 02.02.12, 03.03.12, 03.07.12
Nordbø, Eldrid – 21.08.09
Normann, Trine – 12.10.16
Ofstad, Jarle – 07.02.09

Røyseland, Borghild – 11.09.09
Rytter, Eiliv – 10.10.08
Schjønsby, Hans Petter – 07.07.11
Sellæg, Wenche Frogn – 12.08.09
Stadheim, Marit – 20.07.11
Steenfeldt-Foss, Otto W. – 17.11.08
Svabøe, Harry Martin – 29.02.12
Sæbø, Øyvind – 02.07.09, 08.07.09
Thorbjørnsrud, Ellen – 16.06.09
Veierød, Tove – 05.08.09, 15.08.09
Vigen, Terje – 06.01.10
Viken, Kari Tove – 20.01.10
Øygard, Kolbjørn – 03.08.9
Ånstad, Hans – 19.11.08, 05.05.09, 28.10.10, 30.06.11
Aasen, Bjørn Martin – 10.09.09
Aasland, Olaf G. – 17.09.09, 04.04.14

Litteraturliste

Allardt, Erik, *Att ha, att älska, att vara. Om välfärd i Norden*, Lund: Argos, 1975.

Alvik, Anne, "Fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn – en titt bak kulissene", i Berg, Ole m.fl., red., *Medisin og samfunn*, Oslo: Unipub, 2003, s. 23-31.

Alvik, Anne, «Korrupt offentlig saksbehandling?», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, b. 131, nr. 20, 2011, s. 1986-1987.

Amdam, Rolf Petter og Sogner, Knut, *Rik på kontraster. Nyegaard & Co – en norsk farmasøytisk industribedrift 1874-1985*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.

Andenæs, Johs., «Jus og politikk», *Nytt Norsk Tidsskrift*, nr. 1, 1987, s. 94-97.

Asplan Analyse, *Reorganisering av Helsedirektoratet – Skisser og premisser*, Sandvika 13. juni, 1988.

Asplan Analyse, *Reorganisering av Helsedirektoratet – Grunnlag og forslag*, Sandvika 27. juni, 1988.

Backe-Hansen, Kjell, «Farmakopékommisjonen 100 år», Cygnus, en norsk farmasihistorisk skriftserie, hefte 2, oktober 1998, ss. 9-30.

Barstad, Anders og Andersen, Arne S., *Utsyn over helsetjenesten*, SSB, Rapporter 90/5.

Batalden, P. B. og Mohr, Julie J., «Building Knowledge of Health Care as a System», *Quality Management in Health Care*, b. 5, nr. 3, 1997, s. 1-12.

Beck, Ulrich, *World Risk Society*, Cambridge: Polity Press, 1998.

Berg, Ole og Hjortdahl, Per, *Medisinen som pedagogikk. En studie av pasienters erfaringer med leger*, Oslo: Universitetsforlaget, 1994.

Bernal, J. D., *Science in History, Volume 3, The Natural Sciences in Our time*, Harmondsworth, England: Pelican Books, 1969 (1965).

Bjartveit, Kjell, «Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet», *Norsk epidemiologi*, årg. 7, nr. 2, 1997, s. 157-174.

Bjørn, Vidar, *«Kyndighet og myndighet». En studie av fylkeslegeetatens rolle i helseforvaltningen og helsepolitikken*, Oslo: Senter for helseadministrasjon, 1990 (masteroppgave).

Bjørnson, Bjørnstjerne, En glad gut, Kjøbenhavn/Kristiania: Gyldendalske Boghandel, 1904.

Boe, Erik, «Nye helseregistre inn bakveien?», Kritisk juss, 2000, s. 63-77.

Bondevik, Kjell Magne, *Et liv i spenning*, Oslo: Aschehoug, 2006.

Brennan, T. A. og Berwick, D. M., *New Rules: Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care*, San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1996.

Brundtland, Gro Harlem, *Dramatiske år. 1986-1996*, Oslo: Gyldendal, 1998.

Brunsson, Nils, The organization of hypocrisy: talk, decisions and actions in organizations, New York: Wiley, 1989.

Brunsvig, Jørgen, «Culpanormen for leger», *Jussens venner*, hefte 8/9, 1983, s. 243-328.

Bu, Sigurd, *Sykehusene i Norge*, Oslo: Medisinaldirektoratet, 1941.

Buchanan, James M. og Tullock, Gordon, *The Calculus of Consent: The Politics of Constitutional Democracy*, Indianapolis, IN: Liberty Fund, 1958.

Buchanan, James M. og Wagner, Richard E., "Democracy in Deficit: The Political Legacy of Lord Keynes", Indianapolis, IN: Liberty Fund, 1968.

Burns, James McGregor, *Leadership*, New York: Harper Collins, 1978.

Cannon, Walter B., *The Wisdom of the Body*, New York, NY: W.W. Norton, 1932.

Carøe, Kristian, *Medicinalnordningens historie indtil Sundhedskollegiets oprettelse 1803*, København: Nyt Nordisk Forlag, 1917.

Christensen, Clayton M., med Grossman, Jerome H. og Hwang, Jason, *The Innovator's Prescription*, New York: MacGraw-Hill, 2009.

Christensen, Tom, *Politisk styring og faglig uavhengighet*, Oslo: TANO, 1994.

Christensen, Tom og Lægreid, Per, *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*, Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

Christie, Nils og Bruun, Kettil, *Den gode fiende; narkotikapolitikk i Norden*, Oslo: Universitetsforlaget 1985.

Christie, Werner, *Politikk og fag på samme lag? En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten*, Oslo: TANO, 1988.

Creech, Bill, *The Five Pillars of TQM*, New York: Truman Talley Books/Dutton, 1994.

Dahl, Ottar, *Grunntrekk i historieforskningens metodelære*, Oslo: Universitetsforlaget, 1980 (1967).

Deming, W. Edwards, *Out of the Crisis*, Cambridge, MA: MIT Press, 1986.

Den norske lægeforening, «Kvalitetssikring», temahefte, Oslo: *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1993.

Doll, Richard og Hill, Austin Bradford, "Smoking and Carcinoma of the Lung", *British Medical Journal*, 30. september, 1950, 2 (4682), ss. 739–748.

Doll, Richard og Hill, Austin Bradford,, "The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report", *British Medical Journal*, 26. Juni 1954, 1 (4877), s. 1451–1455.

Donabedian, Avedis, *An Introduction to Qaulity Assurance in Health Care*, Oxford: Oxford University Press, 2003.

Drucker, Peter F., *The Practice of Management*, New York: Harper, 1954.

Dubos, René, *Man Adapting*, New Haven, CT: Yale University Press, 1965.

Durkheim Émile, *De la division du travail social*, Paris: Félix Alcan, 1893.

Eddy, David M., "Practice Policies— Where Do They Come from?", *Journal of the American Medical Association*, årg. 263, 1990, s. 1265, 1269, 1272, 1275.

Elias, Norbert, *The Civilizing Process*, Oxford, UK: Blackwell, 1994 (tysk utg. 1939).

Erichsen, Eivind, *Glimt fra et lang liv i Finansdepartementet*, Oslo: Finansdepartementet, 1999.

Erlandsen, Christian og Jonsbu, Jørgen, *Reorganiseringen av den sentrale helseforvaltning. Tanker omkring prosessen og en skisse til fremtidige funksjoner og struktur*, notat, 18. august, 1991.

Erslev, Kristian, *Historisk Teknik*, København, 1911.

Evensen, Stein A., Gradmann, Christoph og Larsen, Øivind, red. «Nedleggelsen av Reitgjerdet sykehus», *Michael*, nr. 7, 2010, s. 382-527.

Evidence-Based Medicine Working Group, ”Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine”, *Journal of the American Medical Association*, årg. 268, nr. 17, 1992, s. 2 420-2 425.

Falkum, Eivind og Nilsson, Erik G., *Pasienthenvendelser og –klager som grunnlag for læring og kvalitetssikring i helsevesenet*, SINTEF Rapport nr. 89 11 02 – 1, 1990.

Falkum, Eivind, Larsen, Claus T. og Hem, Karl-Gerhard, *Evaluering av tilsynsordninger, melderutiner og kvalitetssikringssystemer for medisinsk-teknisk utstyr*, Oslo: Senter for industriforskning, 1991.

Festinger, Leon, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Evanston. Ill.: Row, Peterson, 1957.

Forbruker- og administrasjonsdepartementet, *Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen*, 1987.

Foucault, Michel, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Harmondsworth: Penguin, 1985.

Frandsen, Johannes, *Sundhedsvæsenet 1927-1961 – Opplevelser og erfaringer*, København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 1963.

Fredriksen, Audun, Hoftvedt, Bjørn Oscar, Holm, Hans Asbjørn og Skoglund, Einar, «Legeforeningens rolle i medisinsk utdanning og kompetanseutvikling», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, bind 126, nr. 1, 2006, s. 78-81.

Friedman, Milton, *Capitalism and Freedom*, Chicago: University of Chicago Press, 1962.

Fylkeslegeembedet, utredning fra utvalget til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, herunder kontortekniske problemer m.v. (Larssen-utvalget), avgitt 1982.

Fylkeslegekontorene, Oppgaver, bemanning og organisasjon, rapport fra arbeidsgruppe (ledet av Hans Ånstad) oppnevnt av Sosialdepartementet, 1987.

Fylkeslegene: *Forslag til instruks for fylkeslegene*, fra gruppe ledet av stadsfysikus Fredrik Mellbye, Sosialdepartementet, 1984.

Fylkeslegenes tilsynsvirksomhet: Utvalget til å utforme forslag til fylkeslegens tilsynsvirksomhet, samt vurdere Helsedirektoratets rolle i forhold til fylkeslegens (Schjønsby-utvalget), *Innstilling*, Sosialdepartementet, 1989.

Gadamer, Hans-Georg, *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, Tübingen: Mohr, 1960.

Garbo, Gunnar, *Den radikale liberalismen*, Oslo: Epoke forlag, 1969.

Geerts, Clifford, *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, New York: Basic Books, 1973.

Giddens Anthony, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy*, Cambridge, UK: Polity Press, 1998.

Gigerenzer, Gerd m.fl., *The Empire of Chance: how probability changed science and everyday life*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1989.

Giæver, Knut T. m. fl., red., *Økonomi og politikk*, Oslo: Aschehoug 1971.

Gjennomgang av den statlige helseforvaltning med forslag til organisasjonsmessige endringer, Styringsgruppens rapport, Sosialdepartementet, 19. august 1991.

Gleick, James, *Chaos – Making a New Science*, London: Heinemann, 1988.

Goleman, Daniel, *Social Intelligence: Beyond IQ, Beyond Emotional Intelligence*, New York: Bantam Books, 2006.

Grønlie, Tore, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945*, bind I, Bergen: Fagbokforlaget, 2009.

Grønli, Tore og Flo, Yngve, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945, bind 2*, Bergen: Vigmostad & Bjørke, 2009.

Habermas, Jürgen, *Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1981.

Hall, Judith A. og Dornan, Michael C., «What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: A Meta-Analysis of the Satisfaction Literature», *Social Science and Medicine*, bind 27, 1988, s. 935-939.

Hallandvik, Jan-Erik, *Forbedring, endring eller kontinuitet? Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*, Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2005 (doktoravhandling).

Hamran, Olav, «Et lite, korrupt gammelt vesen – apotekene og apotekloven av 2001, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, b. 131, nr. 13/14, 2011, s. 1311-1315.

Hansson, Rasmus, «Norges civile medisinalvesen – dets historie», del 2, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 50, 1930, s.1422-1434.

Hayek, Friedrich A., *The Road to Serfdom*, London: Routledge, 1944.

Helsedirektoratet, *Helse for alle i Norge?*, Oslo: Kommunalforlaget, 1987.

Helsedirektoratet, *Annus Medicus, Norge*, 1989-90, Oslo: 1990.

Heløe, Leif Arne, «Sikring av pasienters rettigheter – departementets syn», i Forbrukerrådet, *Pasientrettigheter – hva nå?*, Oslo: Universitetsforlaget, 1985, s. 166-172.

Herzberg, Frederick, *Work and the Nature of Man*, New York: World Publishing, 1966.

Hirschman, Albert O., *Exit, Voice, and Loyalty – Responses to Decline in Firms, Organizations and States*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.

Hirschman, Albert O., "Exit Voice and Loyalty: Further Reflections and Survey of Recent Contributions", *Social Science Information*, bind 13, nr. 1, 1974, s. 7-26.

Hjemmen, Arne, *Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten*, Oslo: Senter for helseadministrasjon (masteroppgave), 1987.

Hjort, Peter F., "Om samsykdommer", i P. F. Hjort, *Helse for alle! Foredrag og artikler 1974-1993*, Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1994, ss. 75-85.

Holm, Hans Asbjørn, «Re: Om kvalitetsarbeid», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, bind 134, nr. 16, 2014, s. 1549.

Holmes, Thomas H. og Rahe, Richard H., "The Social readjustment rating scale", Journal of Psychosomatic Research, b. 11, nr. 2, 1967, s. 213-218.

Howick, Jeremy, *Evidence-Based Medicine*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.

Hunter, David, red., *Managing for health*, Abingdon, Oxon, UK: Routledge, 2007.

Haave, Per, «Da legen skulle autoriseres», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, bd. 127, nr. 24, 2007, ss. 3267-3271.

Haave, Per, *I medisinens sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*, Oslo: Unipub, 2011.

Haave, Per og Giæver, Øyvind, *Sterilisering på medisinsk grunnlag og sammenhengen mellom eugenikk og humangenetikk*, Oslo: Norges Forskningsråd, et forprosjekt, 2000.

Illich, Ivan, *Medical Nemesis. The expropriation of Health*, New York: Pantheon Books/Random House, 1975.

Ishikawa, Kaoru, *What is Total Quality Control?*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, NJ, 1985.

Johannessen, Finn Erhard (f. 1955) og Skeie, Jon (f. 1959), *Bitre piller og sterke dråper*, Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995.

Johansen, Leif, *Offentlig økonomikk*, Oslo: Universitetsforlaget, 1967.

Johansson, Sten, *Om levnadsnivåunderökningen*, Stockholm: Allmänna Förlaget, 1970.

Jonsbu, Jørgen, *Nasjonalt helsefaglig kompetansesenter – tanker om innhold og organisering*, notat skrevet som vedlegg nr. 2 til (utkast til) virksomhetsplanen for avd. 2, Helsedirektoratet, datert 5.1. 1990.

Juran, Joseph M., *Juran on Leadership for Quality*, New York: The Free Press, 1989.

Juran, Joseph M. "Juran's Message for Europe», Quality talk, *European Quality*, bind 1, nr. 1, 1994.

Juul-Jensen, Palle, *I statens tjeneste – Sundhedspolitisk efterskrift*, København: Hovedland, 1996.

Kahnemann, Daniel, *Thinking, Fast and Slow*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.

Keynes, John M., *The General Theory of Employment, Interest and Money*, London: Palgrave Macmillan, 1936.

Kjønstad, Asbjørn, «Pasienters rättigheter», *Förhandlingarna vid Det tjugonde juristmøtet, Stockholm, 1981, del 1*, s. 142-153.

Kjønstad, Asbjørn, «Kontraktsrett eller forvaltningsrett», i Bratholm, Anders, Christie, Nils og Opsahl, Torkel, red., *Lov og frihet, festskrift til Johs. Andenæs*, Oslo: Universitetsforlaget, 1982, s. 587-602.

Kjønstad, Asbjørn, «Pasientrettighetenes fremvekst», i Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992, s. 189-276.

Kjønstad, Asbjørn «En modell for culpavurderingen», *Tidsskrift for erstatningsrett*, nr. 2-3, 2004.

Klarman, Herbert E., Francis, John O. og Rosenthal, Gerald D., "Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease", *Medical Care*, b. 6, nr. 1, 1968, s. 48–54.

Komiteen til revisjon av lov om utførelsen av de offentlige legeforretninger av 26. juli 1912, *Innstilling til lov om det offentlige legevesen med motiver*, levert juni 1956.

Korvald, Lars, i samarbeid med Per Øyvind Heradstveit, *Politikk og kall*, Stavanger: Rocon a.s., 1982.

Kvalitetssikring basert på meldinger om skader, uhell og klager i helsetjenesten. En utredning med forslag til oppfølging ved kvalitetsutvalg i institusjoner og kommuner, Helsedirektoratets utredningsserie 4-92 (IK-2377).

Kydland, Finn E. og Prescott, Edward C., ”Rules Rather Than Discretion: About the Inconsistency of Optimal Plans”, *Journal of Political Economy*, b. 85, nr. 3, 1977, s. 473-491.

Lahnstein, Anne Enger, *Grønn dame, rød klut*, Oslo: Aschehoug, 2001.

Laing, Ronald, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Harmondsworth: Penguin, 1960.

Lalonde, Marc, *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Government of Canada, 1974.

Larsen, Øivind, Evensen, Stein A. og Gradmann, Christoph, red., ”Tsjernobylulykken 1986 – et aktørseminar”, Michael Quarterly, årg. 8, nr. 1, 2011.

Ledelse i sykehus, utredning av gruppe ledet av Geir Kjell Andersland, Sosialdepartementet, september 1990.

Levay, Charlotta, “Health Care Transparency in Organizational Perspective”, i Ferlie, Ewan et al., *The Oxford Handbook of Health Care Management*, Oxford: Oxford University Press, 2016, s. 393-412.

Lewis, Charlton T. og Short, Charles, *A Latin Dictionary*, Oxford: Clarendon Press, 1879.

Lie, Einar, *Institusjon, profesjon og politikk: Finansdepartementet 1945-1965*, Oslo: Universitetet i Oslo (dr. avhandling), 1995.

Lie, Einar og Roll-Hansen, Hege, *Faktisk talt. Statistikkens historie i Norge*, Oslo: Universitetsforlaget, 2001.

Lie, Einar og Venneslan, Christian, *Over evne. Finansdepartementet 1965-1992*, Oslo: Pax forlag, 2010.

Lindblom, Charles E., ”The Science of Muddling Through”, *Public Administration Review*, bind 19, våren 1959, s. 79-88.

Lindblom, Charles E., *The Intelligence of Democracy*, New York: Free Press, 1965.

Lindvall, Johannes og Rothstein, Bo, “Sweden: The Fall of the Strong State”, *Scandinavian Political Studies*, b. 29, nr. 1, 2006, s. 47-63.

Lund, Ellen Cathrine, *Virke og profesjon Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år*, Oslo: Akribe, 2012.

Magnussen, Jon, DRG-systemet: Anvendelser og konsekvenser, NIS-rapport 6/86.

Mahler, Halfdan, "The meaning of Health For All by the year 2000", *World Health Forum*, bind 2, nr. 1, 1981, s. 332-340.

Makary, Martin A. og Daniel, Michael, «Medical error – the third leading cause of death in the US», *British Medical Journal*, 2016; 353: i2139.

Marx, Karl, Ökonomisch-philosophische Manuskripte: http://www.mlwerke.de/me/me40/me40_510.htm. (Opprinnelig utgitt 1844.)

Masson, Jeffrey, *Against Therapy*, New York: Atheneum, 1988.

Mauritzen, Thomas, *”…å verne befolkningens liv og helse…” En historie om helsemessig og sosial beredskap*, Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.

Mintzberg, Henry, “Managing the Myths of Health Care”, *World Hospitals and Health Services*, b. 48, nr. 3, 2012, s. 6.

Molven, Olav, *Klagesaksprosjektet – sluttrapport*, Oslo: Statens helsetilsyn, 1997.

Mork, Torbjørn, «Faglig styring før og nå», *Jubileumsbok for Norsk Forening for Helsetjenesten*, 1987.

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, Rapport fra Helsetilsynet 5/2002, s. 13-14.

Nayar, Vineet, *Employees First, Customers Second*, Boston, MA: Harvard Business Press, 2010.

Nilsen, Terje Haugli, «Virksomhetsplanlegging: hvordan gikk det?», i Per Lægreid, red., *Målstyring og virksomhetsplanlegging i offentlig sektor*, Bergen: Alma Mater, 1991.

Norbom, Jon Ola, «A Quantitative Determination of the Economic Importance of the Shipping Industry in the Economy of Western Europe”, Weltwirtschafliches Archiv, 7. årg., 1955, s. 139-158.

Norbom, Jon Ola, ”Den økonomisk-politiske beslutningsprosess”, s. 34-47 i Knut T. Giæver m.fl., red., *Økonomi og politikk.*

Nordal, Arnold, ”Farmasøytopplæringa i Norge”, Veneficus, nr. 5, 1950.

Nordan, Jacob W., *Medisinsk teknologi*, arbeidsnotat til Sosialdepartementet, 13. februar 1985.

Nordan, Jacob W., ««Nordan-rapporten». Ved et tiårsjubileum», *HMT* nr. 3,1995, s. 28-29.

Nordby, Trond, *Karl Evang – En biografi*, Oslo: Aschehoug, 1989.

NOU 1972: 23, *Utdanning av sosial- og helsepersonell*.

NOU 1972: 38, *Stortingets kontroll med forvaltningen m.v.*

NOU 1974: 22, *Persondatasystemer og personvern*.

NOU 1974: 53, *Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*.

NOU 1975: 10, *Offentlige persondatasystem og personvern*.

NOU 1976: 1, *Legers og tannlegers rettigheter og plikter*.

NOU 1976: 28, *Levekårsundersøkelsen, Sluttrapport*, 1976.

NOU 1979: 10, *Helsepolitikken*.

NOU 1979: 28, *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.*

NOU 1982: 8, *Kontroll av medisinsk teknisk utstyr*.

NOU 1982: 10, *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*

NOU 1984: 28, *Helserådstjenesten*.

NOU 1986: 4, *Samordning i helse- og sosialtjenesten*.

NOU 1987: 23, *Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (Lønning I).*

NOU 1987: 25, *Sykehustjenesten i Norge. Organisering og finansiering*.

NOU 1989: 5, *En bedre organisert stat*.

NOU 1991: 10, *Flere gode levekår for alle.*

NOU 1992: 6, *Erstatning ved pasientskader*.

NOU 1992: 32, *Bedre struktur i lovverket*.

NOU 1993:17, *Levekår i Norge: Er graset grønt for alle?*

NOU 1993: 22, *Pseudonyme helseregistre*.

NOU 1996: 10, *Effektiv matsikkerhet*.

NOU 1997: 18, *Prioritering på ny (Lønning II).*

NOU 1997: 26, *Tilgang til helseregistre.*

Ohlin, Bertil ”Autobiography”, Nobelprize.org, Den svenske nobelkomites offisielle nettsted (http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economics/laureates/1977/ohlin-autobio.html).

Olsen, Johan P., “Local Budgeting, Decision-Making or a Ritual Act?, Scandinavian Political Studies, b. 5, nr. 3, 1971, ss. 85-118.

Olsen, Johan P., «Sentraladministrasjonen i en utfordrende æra: Tid for ettertanke», *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, bind 35, nr. 1, 2019, s. 4-27.

Ormestad, Marius (1874-1964), *Syketrygden i 25 år. Forberedelse og virksomhet 1885–1911–1921–1936*, Halden: E. Sems trykkeri, 1936.

Orwell, George, *nineteen eighty-four*, London: Secker & Warburg, 1949.

Ot.prp. nr. 51 (1932), *Om en lov om tilsyn med næringsmidler m.v.*

Ot. pr. nr. 75 (1949), *Om lov om folketannrøkt.*

Ot.prp. nr. 52 (1957), *Om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter*.

Ot.prp. nr. 69 (1959-60), *Om lov om psykiatrisk omsorg*.

Ot.prp. nr. 59 (1961-62), *Om lov om drift av apotek m. v.*

Ot.prp. nr. 36 (1967-68), Om lov om sykehus m. v.

Ot.prp. nr. 1, 1979-80, *Om lov om leger og om lov om tannleger.*

Ot.prp. nr. 36 (1980-81), *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Ot.prp. nr. 66 (1981-82), *1. Om lov om helsetjenesten i kommunene. 2. Om lov om endringene i lov om sosial omsorg. 3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.*

Ot.prp. nr. 49 (1982-83), *Om lov om tannhelsetjenesten*.

Ot. prp. nr. 33, 1983-84, *Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten*.

Ot.prp. nr. 43 (1991-92), *Om lov om endringer i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover.*

Ot.prp. nr. 70 (1991-92), *Om lov om legemidler m.v*.

Ot.prp. nr. 76 (1993-94), *Om lov om medisinsk utstyr*.

Ot.prp. nr. 13 (1998-99), *Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).*

Ot.prp. nr. 5 (1999-2000), *Om lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger*.

Parsons, Talcott, «Introduction», i Weber, Max, *The Theory of Social and Economic Organization*, New York: Free Press, 1964 (1947), s. 3-86.

Paton, Scott M., «Juran: A Liftetime of Quality – An Exclusive Interview», *Quality Digest*, 2006: https://www.qualitydigest.com/aug02/articles/01_article.shtml.

Pettersen, Inger Johanne, «Budgetary control of hospitals – ritual rhetorics and rationalized myths?», Financial Accountablity & Management, b. 11, nr. 3, 1995, s. 207-221.

Piene, Hroar, *Kvalitetssikring basert på meldinger om skader, uhell og klager i helsetjenesten* (Piene-rapporten), Helsedirektoratets utredningsserie 4-92, IK-2377.

Popper, Karl, *The Logic of Scientific Discovery*, London: Hutchinson 1980 (første utgave, tysk, 1934).

Porter, Michael E., Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition On Results, Cambridge, MA: Harvard Business School Press, 2006.

Power, Michael, *The Audit Society: Rituals of Verification*, Oxford: Oxford University Press, 1997.

Power, Michael, *The Risk Management of Everything, Rethinking the politics of uncertainty*, London: Demos, 2004.

Pressman, Jeffrey L. og Wildavsky, Aaron, *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being the Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes*, Berkeley, CA: University of California Press, 1973.

Ramm-komiteen, *Innstilling fra komité til å utrede spørsmålet om en landsplan for offentlig tannrøkt*, 1947.

Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus, fra den granskningskommisjon som ble nedsatt ved kongelig resolusjon 29. februar 1980. Avgitt 31. august 1980.

Rasmussen, Ørnulf, *Tvistemålsloven kapittel 33 som rettssikkerhetsgaranti i det psykiske helsevern*, Bergen: Institutt for offentlig retts skriftserie, nr. 4, 1978, s. 10-11.

Rasmussen, Ørnulf, «Domstolskontroll med tvangsinnleggelser», *Lov og Rett*, 1980, s. 465-470.

R-direktoratet, *Resultatrettet virksomhetsplanlegging – en veiledning*, 1986.

Reiten, Kåre, «APLF 1993-1995: Fornuftig skepsis til fastlegeordningen preget perioden», i *Festskrift til Allmennlegeforeningens 75-års jubileum 1938-2013*, Oslo: Den norske legeforening, 2013, s. 10.

Rexed, Bror, ”En radikal värmlänning vid Socialstyrelsens roder”, i Nils O. Sjöstrand, red., *Ett sekel med läkaren i fokus. Läkarförbundet 1903-2003*, Stockholm: Sveriges Läkarförbund, 2003, s.109-118.

Rokkan, Stein, ”Norway: Numerical Democracy and Corporate Pluralism”, i Robert A. Dahl., red., *Political Oppositions in Western Democracies*, New Haven/London: Yale University Press, 1966, s. 70-115.

Romøren, Tor Inge, *Kommunehelsetjenestens fem første år*, Sosialdepartementets utredningsserie, Rapport nr. 12 1989.

Ryle, Gilbert, “The Thinking of Thoughts. What is 'le penseur' doing?”, *University Lectures*, no.18, 1968, the University of Saskatchewan, Canada. Nettadresse: https://web.archive.org/web/20080410232658/http://lucy.ukc.ac.uk/CSACSIA/Vol11/Papers/ryle_1.html.

Rådet for medisinsk forskning, NAVF, *Medisinsk forskning og teknologi. Utvikling og konsekvenser*, to deler, Oslo, 1986.

Schiøtz, Aina, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

Schiøtz, Aina, «Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860?», *Michael*, bind 7, 2010, s. 332-333.

Schrage, Michael, *Serious Play, How the World’s Best Companies Simulate to Innovate*, Boston, MA: Harvard Business School Press, 2000.

Selye, Hans, *The Physiology and Pathology of Exposure to Stress: A Treatise Based on the Concepts of the General-Adaptation-Syndrome and the Diseases of Adaptation*, Montreal, Canada: Acta, Inc., Medical Publishers, 1950.

Selye, Hans, *The Story of the Adaptation Syndrome*, Montreal, Canada: Acta Inc., Medical Publishers, 1952.

Simmel, Georg, *Philosophie des Geldes*, Leipzig: Duncker & Humblot, 1900.

Simmel, Georg, *Die Grosstädte und das Geistesleben*; fra G. Simmel: *Die Großstadt. Vorträge und Aufsätze zur Städteausstellung, Jahrbuch der Gehe-Stiftung zu Dresden*, Dresden 1903, b. 9, s. 185-206.

Simonsen, Eva, *Vitenskap og profesjonskamp. Opplæring av døve og åndssvake i Norge 1881-1963*, Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, 1998 (doktoravhandling).

Skaset, Maren, *I gode og onde dager… De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, 2006 (doktoravhandling).

Skjervheim, Hans, *Deltakar og tilskodar og andre essays*, Oslo: Tanum-Norli, 1976.

Skolbekken, John-Arne, Jystad, Åse og Elvemo, Elin, *Meldetjenesten 1987-1992*, SINTEF/NIS Rapport 2/94.

Slagstad, Rune, *Rett og politikk – et liberalt tema med variasjoner*, Oslo: Universitetsforlaget, 1987.

Slåttebrekk, Olav V., *Hva koster pasienten? En beregning av norske kostnadsvekter til DRG*, NIS-rapport 1/90.

Smith, Anders, «Miljørettet helsevern», kap. 25 i Øivind Larsen et al., *Samfunnsmedisin*, Oslo: Gyldendal, 2008.

Solberg, Svein, *Rapport fra Reitgjerdet*, Oslo: Pax forlag, 1979.

Sosial- og helsedepartementet og Helsedirektoratet, *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*, Oslo 1995.

Sowell, Thomas, *Intellectuals and Society*, New York: Basic Books, 2009.

Statens helsetilsyn, *Evaluering av Meldesentralen og meldeordningen for skader, uhell og nestenuhell*, 1999.

Statens Kostholdsnemnd av 1939, *Aktuelle kostholdsspørsmål i Norge*, Oslo 1940.

Statens Kostholdsnemnd av 1939, *Mor Norges Matbok*, Oslo: 1940.

Statskonsult, *Kartlegging av virksomhetsplanlegging i offentlig forvaltning*. Rapport 1991: 16.

Steine, Vidar Oma, «Hva nå? Forvaltningspolitiske utfordringer i lys av erfaringer med «Den nye staten»», i Lægreid, Per, red., *Målstyring og virksomhetsplanlegging i offentlig sektor*, Bergen: Alma Mater, 1991.

Steine, Vidar, «Direktorater og departementer», *Stat og styring*, nr. 3, 1992, s. 19-21.

Stene-Larsen, Geir, "1880-2005 – fra fattigsykdommer til overflodslidelser", *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, b. 126, nr. 1, 2006, s. 38-43.

Stevens, Stanley Smith, «On the Theory of Scales of Measurement", *Science*, bind 103, 1946, s. 677-680.

St.meld. nr. 111 (1973-74), *Om den offentlege tannhelsetenesta*.

St. meld. Nr. 41 (1987-88), *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan.*

St. meld. nr. 36 (1989-90), *Røynsler med helsetenesta i kommunane.*

St.meld. nr. 37 (1992-93), *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.*

St. meld. nr. 50 (1993-94), *Samarbeid og styring - Mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*

St.meld. nr. 44 (1995-96), *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*.

St. pr. nr. 52 (1984-85), *Om reformer i statens budsjettsystem og endringer i bevilgningsreglementet*.

St.prp. nr. 1, (1988-89) (1990-91) (1991-92) (1992-93), *Statsbudsjettet, Sosialdepartementet*.

St.prp. nr. 87 (1989-90), *Om videreutvikling av statens organisasjons- og budsjettsystem,* Finansdepartementet.

St.prp. nr. 72 (1998-99), *Billighetserstatninger av statskassen*.

Sverre, Nic. Aagaard, *Et studium av farmasiens historie,* 2. utgave, ved Yngve Torud, Oslo: Norges Apotekerforening, 1982.

Szasz, Thomas S., *The Myth of Mental Illness*, New York: Harper & Row, 1961.

Taylor, Charles, *Philosophy and the Human Sciences, Philosophical Papers 2*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1985.

Thune, Gro Hillestad, «Innledning», i Forbrukerrådet, *Pasientrettigheter*, Oslo; Universitetsforlaget, 1983, s. 6-10.

Toffler, Alvin, *Future Shock*, New York: Random House, 1970.

Toffler, Alvin, *The Third Wave*, New York: Bantam Books, 1980.

Tönnies, Ferdinand, *Gemeinschaft und Gesellschaft*, Leipzig: Fues's Verlag, 1887.

Vatnaland, Torbjørn, *Juklerød-saken*, Vollen: Tell forlag, 2010.

Velleman, Paul F. og Wilkinson, Leland, "Nominal, ordinal, interval, and ratio typologies are misleading", *The American Statistician*, bind 47, nr. 1, 1993, s. 65–72.

Vetvik, Einar og Jacobsen, Stine Margrethe, *Den sentrale helseforvaltningen. Evaluering av en omorganiseringsprosess*, Oslo: Diakonhjemmets Høgskolesenter, Forskningsavdelingen Rapport nr. 5/1993.

Walton, Mary, *Deming Management at Work*, New York: G. P. Putnam's Sons, 1990.

Weber, Max, *Wirtschaft und Gesellschaft* (samlet og utgitt etter hans død), Tübingen: Mohr, 1922-1923.

Wildavsky, Aaron, Budgeting: A Comparative Analysis of the Budgeting Process, New York: Little, Brown & Co., 1975.

Williams, Alan, «Discovering the QALY - Or how Rachel Rosser changed my life», i Oliver, Adam, red., *Personal Histories in Health Research*, London: The Nuffield Trust. 2005, s. 191-206.

Willoch, Kåre, *Myter og virkelighet*, Oslo: Cappelen, 2002.

Windelband, Wilhelm, *Geschichte und Naturwissenschaft*, Strassburg: Heinz & Mündel, 1894.

Øverås, Siv, *Helseårboka 1995*, Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 1995.

Øvretveit, John, *Health Service Quality*, Oxford: Blackwell Special Projects, 1992.

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

Aas, Inge Harald Monrad, red., DRG: Diagnose Relaterte Grupper. En litteraturoversikt NIS-rapport 3/85.

Aas, Inge Harald Monrad, Freeman, Jean, Palmer, George R. og Fetter, Robert B., *The Making of the Norwegian DRGs*, NIS-rapport 3/89.

Aasland, Olaf G., «Legen som juridisk nøtteknekker», i Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, op.cit., s. 69-93.

Navneregister

A

Adizes, Ichak; 485
Allardt, Erik; 594
Althusser, Louis; 512
Alvheim, John; 196; 209; 210; 216; 218; 248; 249; 250; 251; 290; 291; 338; 343; 346; 348; 352; 357; 358; 361; 364; 418
Alvik, Anne; 11; 16; 17; 40; 41; 46; 48; 49; 55; 57; 58; 61; 63; 65; 67; 85–87; 89; 92; 94; 130; 152; 158; 163; 175; 182; 184–90; 213; 229; 255; 256; 258; 259; 283; 285; 287; 291; 292; 302; 312; 316; 318; 328; 338; 344; 399; 400; 406; 407; 412; 413; 415; 417; 418; 423; 426; 432; 433; 435; 436; 438; 450; 470; 471; 473; 477–88; 493; 494; 495; 497; 498; 501; 502; 516; 544; 545; 550; 561; 568; 569; 575–79; 582; 583–86; 589; 651; 676; 800; 805; 809; 828; 835; 850; 860; 863; 885; 888
Amdam, Rolf Petter; 705
Amundsen, Hans Kristian; 257
Amundsen, Kristin; 99; 106; 107; 111; 114; 116; 117; 118; 140; 141; 142; 193; 313; 316
Andenæs, Johs; 664; 752
Andersen, Arne S.; 612
Andersen, Arve; 315
Andersen, Gerd Coward; 476; 482; 485
Andersland, Geir Kjell; 62; 64; 72; 83; 84; 195; 202; 223; 360; 393; 457; 622; 628; 643
Andersson, Bjørg Månum; 476; 482; 483; 575
Andresen, Jan Fredrik; 447
Anmarkrud, Arne; 441
Apenes, Georg; 304
Appleby, Humphrey; 88
Arnhom, Carl Jacob; 680
Arveschoug, Nils W.; 639
Asvall, Jo E.; 40; 69; 240; 456; 479; 554; 562–65; 614; 616; 628
Aune, Anders; 371

B

Baarli, Johan;165; 182; 567
Backe-Hansen, Kjell;703
Bae, Ole Jakob;558
Bakken, Odd;294; 336; 364
Bakketeig, Leiv;120; 154; 308; 309; 599
Bang, Reidar;317; 472; 475; 476; 481; 490; 497; 502; 507; 529; 536; 537; 545
Barstad, Anders;612
Bartholin, Thomas;697
Batalden, Paul B.;847; 848
Beatty, John; 113
Beck, Ulrich; 113
Bentham, Jeremy; 655
Berg, Kåre; 596
Berg, Ole; 185; 223; 816
Berg, Stein; 326
Berge, Gunnar; 301; 334; 340; 341; 352; 353
Bernadotte, Folke; 371
Bernal, J. D.; 783; 784
Bernander, John G.; 351
Bernard, Claude; 784
Berwick, Donald M.; 847; 848
Bild, Hanna; 473; 487
Birkeland, Inger Elise; 405
Bjartveit, Eleonore; 251; 299; 303
Bjartveit, Kjell; 48; 85; 89; 133; 156; 161; 165; 167; 241; 242; 251; 256; 259; 298; 299; 303; 304; 315; 316; 318; 326; 337; 338; 480; 481; 506; 554; 567; 569; 585; 601
Bjelde, Andreas; 119; 461; 716; 718; 856
Bjelke, Harald; 551; 688
Bjercke, Odd; 733
Bjerke, Hans; 301
Bjerke, Martin; 198–200; 209; 256; 257; 296; 299; 303; 338; 400; 585
Bjerke, Rune; 252
Bjerkomp, Kaare; 448; 480
Bjerve, Petter Jakob; 594
Bjønsson, Jon; 478; 479; 480; 554; 565; 737
Bjørlykke, Torhild; 806
Bjørn, Vidar; 807
Bjørndal, Marianne; 365
Bjørneboe, Gunn-Elin Aa.; 337
Bjørnson, Bjørnstjerne; 176; 177; 192
Blair, Eric Arthur; 598
Blair, Tony; 633
Blankholm, Aud; 31
Blankholm, Aud; 471
Bloch, Kristian; 391
Blom, Knut; 558; 559; 764
Bodd, Egil; 825
Boe, Erik; 155; 157; 599; 600
Bondevik, Kjell Magne; 364; 377; 620; 699
Borgen, Kjell; 365
Borgenvik, Tor; 461
Borten, Per; 246; 376; 377; 378; 384; 391; 392; 398; 457; 691
Bratholm, Anders; 558; 752; 764
Brattebø, Guttorm; 828
Bratteli, Trygve; 376; 377; 378; 551; 553; 691
Brattstå, Hans; 245
Breivik, Harald; 830
Brenden, Marie; 300; 336; 359; 363
Brennan, T. A.; 847
Brinchmann, Sissel; 331
Broch, Per Holger; 329; 806

Brodal, Alf; 726
Brofoss, Erik; 265; 390; 411
Brofoss, Knut; 224; 225; 260; 265; 266–69; 271; 278; 280–83; 291; 303; 321; 339; 342; 367; 383; 392; 411; 420
Brokhaug, Anne Karin; 213
Brun, Johan Greve; 733
Brundtland, Gro Harlem; 32; 33; 35; 47; 49; 60; 61; 62; 80; 89; 90; 98; 182; 183; 199; 212; 218; 221; 247; 248; 254; 264; 293; 294; 340; 364; 366; 391; 393; 404–07; 409; 410; 457; 515; 537; 538; 541; 551; 567; 595; 604; 622; 633; 639; 677; 699; 753; 754; 863
Brunsson, Nils; 626
Brunsvig, Jørgen; 756
Brunæs, Ole Johs; 361; 363
Bruseth, Stig; 213
Bruun, Kettil; 570
Bryhn-Ingebrigtsen, Sivert; 688
Brynestad, Eivor; 441
Bu, Sigurd; 685
Buchanan, James; 382
Bull, Anne Merete; 197
Burke, Edmund; 397; 562
Burns, James MacGregor; 506
Buttedahl, Johan; 35; 301; 464; 693–696
Bye, Ronald; 194
Bærum, Per; 119; 145; 146; 317; 469; 473; 475; 476; 481; 487; 494; 495; 496; 513; 529; 532; 545

C

Calmeyer, Morten; 318; 325
Cannon, Walter B.; 784
Carlsen, Runar; 29; 476; 482; 494; 495; 575
Carnap, Rudolf; 883
Carøe, Kristian; 697
Christensen, Clayton M.; 593; 609; 627; 721; 845
Christensen, Steinar Winther; 826; 827; 830
Christensen, Tom; 89; 243; 253; 620
Christiansen, Ragnar; 378
Christie, Idun; 405
Christie, Johan Koren; 404
Christie, Marit; 200
Christie, Nils; 570; 752
Christie, Werner; 152; 403–10; 418; 441; 453; 454; 457; 458; 535; 584; 604; 620; 637; 781; 782; 849; 853; 856; 863; 868–70
Christoffersen, May Britt; 494; 495; 516
Clemet, Kristin; 89
Clinton, Hillary; 633
Creech, Bill; 846
Crosby, Philip; 843; 849

D

Dagsland, Helga; 737; 738
Dahl, Ludvig; 137; 557; 572; 573; 575
Dahl, Ottar; 885
Dahl, Robert A.; 101
Dahle, Kjell; 217
Dale, John; 80
Dale, Ola; 826; 828; 830; 833
Dalen, Mai; 471
Daniel, Michael; 606
Danielsen, Egil; 46; 395
Daston, Lorraine; 113
Deming, W. Edwards; 663; 842–46; 848; 849; 850; 854; 877; 927
Dilthey, Wilhelm; 881; 883
Disen, Andreas; 24; 36; 38; 44; 52; 54; 55; 57; 58; 64; 79; 80; 84; 87; 89; 164; 269; 321; 395; 403; 406; 407; 420; 421; 459–61; 535; 540; 541; 544; 782; 800; 805
Doll, Richard; 603; 604; 778; 841
Donabedian, Avedis; 845; 847; 848; 851; 859
Dorman, Michael C.; 816
Doublet, David Roland; 600
Drucker, Peter F.; 394
Dubos, René; 784; 785
Durkheim, Émile; 608
Dyb, Evelyn; 197
Dybing, Erik; 119; 152

E

Eckhoff, Torstein; 161
Eddy, David M.; 71
Egeberg, Morten; 226
Eggen, Bjørn Magne; 831
Eika, Hallvard; 377
Eilertsen, Eilert; 456; 566
Ekeid, Svein-Erik; 576; 577
Elias, Norbert; 610
Eliassen, Sigmund; 666; 668; 676; 851
Ellingsen, Ingrid Lycke; 806
Elvemo, Elin; 713; 714
Elvik, Asbjørn; 240
Eng, Jacob; 81; 138
Engel, Arthur; 171
Engseth, William; 293; 336; 342; 343; 354; 355
Erichsen, Eivind; 376; 377; 379; 381
Eriksen, Egil H.; 315
Erlander, Tage; 171
Erlandsen, Christian; 187–91; 195; 196; 200; 202; 216; 289; 456; 475; 481; 545; 585; 766
Erslev, Kristian; 885
Eskeland, Ivar; 585; 588; 589
Eskeland, Ståle; 242; 264; 266; 267; 272; 279; 281–83; 297; 347; 628; 746; 753
Eskerud, Jens; 338
Espeland, Edda; 212
Evang, Gerda; 688; 690

Evang, Karl; 14; 16; 17; 21; 42; 50; 65; 121; 122; 145; 164; 171; 172; 200; 214; 215; 217; 227; 234; 240; 257; 270; 295; 300; 327; 337; 376; 386; 448; 450; 451; 453; 463; 467; 468; 471; 474; 475; 479–81; 490; 498; 503; 506; 507; 541; 544; 545; 551; 554; 556; 557; 561–63; 569; 571; 573; 575; 577–79; 611; 681; 685; 688; 691; 704; 705; 790; 796; 809; 839; 862; 864; 917; 921
Evensen, Jens; 345
Evensen, Stein A.; 182; 559

F

Fagereng, Lasse; 754
Fagerhol, Magne K.; 568
Falch, Ingvald; 834; 835
Faldet, Eirin; 82
Falkum, Eivind; 307; 709–12; 822; 823; 849
Feiring, Robert; 516; 524
Ferlie, Ewan; 655
Festinger, Leon; 427
Fetter, Robert B.; 623
Finborud, Arne; 215
Finstad, Eva; 195; 217; 251
Five, Kaci Kullman; 79; 80; 212
Fjeldstad, Ellen; 335
Fjell, Erik; 473; 487
Fjose, Bergfrid; 217; 299; 737
Fjærtoft, Edvard; 800; 805; 806; 808
Flatberg, Per; 288
Flatmark, Audun; 640
Flo, Yngve; 538; 619
Folkestad, Marit; 420
Forfang, Kolbjørn; 72
Forr, Gudleiv; 215; 295; 308; 309; 339; 341; 345
Fosmo, Lise; 513
Foss, Per Kristian; 339
Foucault, Michel; 655
Francis, John O'S.; 511
Frandsen, Johannes; 172
Fredriksen, Audun; 847
Freeman, Jean; 623
Friedman, Milton; 721
Frisch, Ragnar; 109; 224; 373; 374; 376; 379–81; 383; 390
Frogner, Truls; 289; 315; 316; 319
Førde, Olav Helge; 154; 599

G

Gadamer, Hans-Georg; 881
Galtung, Otto; 506
Garborg, Arne; 564; 608
Gedde-Dahl, Dagfinn; 582; 733; 734
Geertz, Clifford; 884; 885
Gellerman, Saul; 483; 484
Gerhardsen, Einar; 42; 47; 49; 56; 182; 184; 191; 390; 392; 393; 411; 551; 575; 645; 862; 863
Gerhardsen, Rune; 42; 212; 252
Giddens, Anthony; 633
Gigerenzer, Gerd; 113
Giæver, Knut T.; 54; 93; 379; 381
Giæver, Øyvind; 596
Gjertsen, Arild; 494; 806
Gjesteby, Kari; 364
Gjone, Egil; 616; 617
Gjønnes, Kåre; 251
Gjørv, Inger Lise; 354; 360
Gleick, James; 113
Goleman, Daniel; 881
Gorbatsjov, Mikhail; 212
Gradmann, Christoph; 182; 559
Graff-Iversen, Sidsel; 132
Grammeltvedt, Gorm Are; 830; 831
Granheim, Eva; 213
Grannes, Elisabeth; 851
Griffiths, Roy; 636
Grossman, Jerome H.; 593
Grund, Jan; 201; 223; 289; 459; 461
Grøholt, Knut; 99; 114; 134; 139; 153; 162; 164; 175; 184; 191; 204
Grønlie, Tore; 390; 391; 538; 619
Grøtting, Stein; 119; 178
Gunbjørud, Anne Berit; 119; 152; 240; 316; 317; 327; 328; 422; 424–29; 441; 445; 561; 562; 808
Gundersen, Fridtjof Frank; 218; 694; 695
Grydeland, Bjørn; 334

H

Haabeth, Nina; 213
Haaland, Agnete; 209
Haarstad, Mette; 119
Haave, Per; 596; 723; 725; 726
Haavelmo, Trygve; 373; 374; 376
Habermas, Jürgen; 408
Hacker, Jim; 88
Hagberg, Lena; 447
Hagen, Carl Ivar; 35; 281; 297; 308; 309
Hagen, Roar; 12; 298
Hall, Judith A.; 816
Hallandvik, Jan-Erik; 718; 856; 857; 858
Hals, Einar; 724
Halvorsen, Bjørn; 331; 420
Halvorsen, Marit; 832
Hambo, Marianne; 45
Hambro, C. J.; 63
Hambro, Christian; 62–66; 68; 76; 84–88; 99; 105; 106; 109; 114; 128; 132; 134; 139; 141; 142; 150; 153; 159; 162; 164; 165; 178; 184; 204; 205; 207; 213; 223; 262; 283; 313; 621
Hambro, Edvard;62; 63
Hambro, Elisabeth; 64

Hamkoll, Marit Lund; 72
Hammerstad, Oddmund; 640
Hamran, Olav; 576
Hansen, Armauer; 783
Hansen, Finn Henry; 405
Hansen, Hroar; 216
Hansen, Otto Galtung; 790
Hansen, Rolf; 158
Hanssen, Kjetil; 213
Hanssen, Lars E.; 809; 830; 850
Hansson, Rasmus; 572; 573
Harbo, Hilde; 12; 203; 212; 216; 220; 221; 256; 293; 294; 305; 344; 365; 400; 409; 414; 418
Hareide, Bodolf; 48; 57; 61; 77; 85; 121; 133; 158; 163; 165–67; 259; 315; 316; 318; 325; 327; 337; 432; 433; 567; 598; 601; 781
Harkmark, Wilhelm; 726
Harlem, Gudmund; 35; 173; 270; 388; 448; 551; 553; 681; 862
Harris, Sam E.; 829
Harvei, Sverre; 553
Hauan, Tryggve; 240; 553
Haug, Anne Ording; 72; 304; 767; 768
Hauge, Anne-Berit; 53
Hauge, Harald E.; 16; 18; 19; 20; 22; 25; 27–30; 32; 36; 39–41; 44; 46; 47; 49–56; 58–60; 63; 64; 72; 84; 134; 135; 137; 148; 152; 158; 163; 164; 202; 217; 221; 223; 225; 277; 293; 311; 321; 366; 395; 396; 403; 409; 412; 415; 420; 435; 453; 459; 460–62; 488; 540; 541; 543; 544; 628; 850; 888; 920
Hauge, Jens Christian; 390
Haugen, Idunn Heldal; 31; 38; 456; 806
Haugen, Kari Bay; 555
Haugen, Odd Arild; 132
Haugen, Tore; 339
Hauger, Ragna Sophie Rustad; 370
Haugli, Willy; 345
Hauglin, Otto; 479; 488–91; 493; 494; 497; 498; 500; 505
Haugnæss, Birgitte; 313–19; 321
Haugsbø, Asbjørn; 12; 84; 119; 145; 146; 229; 238; 239; 240; 311; 412; 413; 417; 424; 428; 432; 672
Haugsgjerd, Hilde; 163; 215; 223; 291; 295
Haukeland, Aud; 299
Hayek, Friedrich A.; 380
Hecksher, Eli; 372
Hedenius, Ingemar; 373
Heen, Anne; 214
Hegel; 228
Hegge, Per Egil; 215; 216; 274; 557
Hegna, Liv; 257
Heiberg, Arvid; 228
Heiberg, Astrid Nøklebye; 25; 27–33; 39–41; 44; 45; 61; 63; 87; 182; 217; 228; 392; 453; 470; 471; 473; 480; 481; 544; 888
Hellandsvik, Paul; 120; 141; 154–57; 422; 428–33; 435; 445; 599; 600; 601; 779; 796; 808
Helljesen, Geir; 209; 210
Helset, Per; 628
Heløe, Leif Arne; 20; 30; 32–35; 38–41; 47; 54; 62; 104; 145; 146; 178; 182; 196; 197; 208; 216; 221; 242; 248; 268; 297; 304; 305; 309; 384; 385; 389; 392; 393; 429; 453; 454; 456–58; 460; 461; 464; 543; 584; 604; 629; 693; 695; 696; 768; 869
Hem, Karl-Gerhard; 709; 849
Henrichsen, Bjørn; 600; 601
Heradstveit, Per Øyvind; 379
Hermansen, Tormod; 62; 97; 158; 164; 280
Hernes, Gudmund; 458; 535; 594; 620; 629; 637; 782; 783; 870
Herzberg, Fredrick; 745
Hetland, Tom; 300
Hildrum, Eva; 191; 412; 413
Hill, Austin Bradford; 603; 604
Hill, Ian Bradford; 778; 841
Hind, Roar; 119; 426; 427
Hindal, Svein; 426
Hirschman, Albert; 266; 641; 745; 813
Hjemmen, Arne; 803; 804
Hjort, Helge; 291
Hjort, Johan; 558; 764
Hjort, Peter F.; 47; 130; 285; 290; 317; 323; 324; 348; 404; 407; 566; 568; 607; 614; 620; 779
Hjortdahl, Per; 816
Hobhouse, Leonard; 747
Hoel, Per Anders; 340
Hoffmann, Fredrik; 58; 321; 420
Hoftvedt, Bjørn Oscar; 847
Hole, Anton F.; 830
Holm, Hans Asbjørn; 289; 847; 848
Holm, Nils; 99; 114; 139; 164; 178; 420
Holmboe, Jørgen; 830
Holmboe, Michael; 251; 700
Holmboe, Morten; 279
Holmes, Thomas H.; 610
Holst, Kari; 158; 260; 262; 267–69; 271–74; 276–79; 282; 291–93; 307; 308; 324; 329; 367; 395; 396; 422; 445; 675; 676; 851
Hook, Ellen Ann; 375; 397
Horn, Anne Marie; 317; 417; 423; 447; 476; 704
Hovig, Ingrid Espelid; 789; 791
Hovind, Ole B.; 29; 467
Howick, Jeremy; 71
Hunter, David; 603
Husøy, Kari; 294; 336; 340
Hwang, Jason;593
Hägerström, Axel;373
Høegh, Annelise; 209

Høifødt, Helge; 94; 136; 160; 207; 249; 413; 419; 441; 446; 447; 476; 494; 495; 498; 502; 505; 516; 529; 532; 536; 575; 648; 888
Højdal, Odd; 553
Höjer, Axel; 171
Hønningstad, Guri; 806
Høvik, Finn; 64; 113; 114; 166; 182; 187; 206; 210; 242–45; 248; 253; 258; 260–62; 271; 277; 278; 281; 293; 305; 310–14; 320; 334; 343; 385; 396; 399; 452; 493; 497
Høybråten, Dagfinn; 629; 674; 778
Hågensen, Yngve; 191; 252
Håland, Per; 220
Hårstad, Lisbeth; 525

I

Illich, Ivan; 606; 607; 769
Irgens, Lorentz; 156
Ishikawa, Kaoru; 849
Iversen, Helge; 201; 413; 584
Iversen, Jon H.; 120; 154
Iversen, Tor; 617

J

Jacobsen, Stine Margrethe; 48; 114; 115; 125; 141; 142; 146; 152; 157; 193; 204
Jagland, Thorbjørn; 600
Jakobsen, Alf E.; 252, 293; 336; 354; 355; 361; 363; 365; 418
Jakobsen, Anne Marie; 330
Jakobsen, Johan J.; 79; 80; 255; 302; 303
Jansen, Jan Helge; 716
Jensen, Petter; 828
Jersild, P. C.; 781
Jervell, Jacob; 585; 586
Johannesen, Kjell; 482; 516
Johannessen, Finn Erhard; 697
Johannessen, Jan Vincent; 84; 87
Johansen, Leif; 375; 381
Johansson, Sten; 594
Johnsen, Elsa; 329
Johnsen, Therese; 119; 142; 147
Johnson, Kaare Espolin; 345
Johnsrud, Gro; 479; 488; 498; 505–07; 575
Jonsbu, Jørgen; 57; 58; 84–86; 88; 91–94; 200; 216; 223; 289; 317; 476; 481; 499; 506; 516; 520; 529; 533; 535; 537; 545; 546; 575; 614; 616
Jordal, Hilde; 432; 447; 487; 830; 831
Jospin, Lionel; 633
Juel, Dagfinn; 691
Juklerød, Arnold; 765
Juran, Joseph M.; 842–46; 848; 849; 852; 854; 877; 927
Juul-Jensen, Palle; 172
Jystad, Åse; 713; 714
Jøldal, Bjørn; 45; 466; 475; 476; 481; 486; 506; 507; 545; 561; 576; 580; 673; 704
Jørgensen, Arild; 220
Jørgensen, Brit; 196; 293; 336; 340; 342; 360; 363

K

Kahnemann, Daniel; 881
Karlsen, Kristen; 213
Karlsen, Stein; 623
Keilhau, Wilhelm; 373
Kenning, George; 72; 623; 626; 628; 643
Keynes, John Maynard; 372; 373; 380; 382
Kindseth, Ola; 600
Kirkvaag, Trond; 552; 574
Kittelsen, Jo; 24; 447; 585
Kjønstad, Asbjørn; 200; 223; 251; 269; 270; 303; 428; 724; 752; 753; 756; 758; 760; 763; 819
Klarman, Herbert E.; 511
Kleppe, Magnar; 839
Kleppe, Per; 378
Klepsvik, Knut;99; 106; 107; 111; 114; 116–19; 140; 142; 153; 154; 193
Knapp, Ole; 365
Knapskog, Arne-Birger; 240
Knudsen, Grete; 386; 403
Knudsen, Gunnar; 732
Knudsen, Kjell;119; 126; 132; 141; 142; 144–47; 152; 155; 157; 159; 161; 188; 203; 260; 261; 290; 310–20; 323; 331–34; 392; 399
Knutson, Dag; 171
Knutzen, Thea;95; 196; 209; 250; 257; 290; 291; 301; 336; 339; 348; 355–61; 364; 418
Koch, Robert; 783
Koren, Peter Chr.; 662
Korvald, Lars; 60; 309; 363; 377; 378; 384; 398; 737
Kringlebotten, Agnar; 388
Kristensen, Finn; 365
Kristiansen, Eli; 303; 737
Kristiansen, Kåre; 303
Krogsrud, Børge; 516; 785
Kromberg, Marit; 315–17; 432; 481; 546
Krüger, Lorenz;113
Kvadsheim, John ;307
Kvalheim, Alfred; 321
Kvaløy, Odd Arild; 299
Kvam jr., Ragnar; 36
Kvanmo, Hanna; 35; 737
Kveim, Svein Tore; 238
Kvåle, Eli; 488
Kydland, Finn E.; 183

L

Lahnstein, Anne Enger; 80; 302; 303
Laing, Ronald; 764
Lalondes, Marc; 240; 511; 772

Langangen, Jan Erik; 72; 628
Langmark, Frøydis; 134; 156; 165; 337; 601
Langslet, Asbjørn; 830
Larsen, Bjørn; 488
Larsen, Bjørn-Inge; 318; 328
Larsen, Claus T; 709
Larsen, Ester; 172
Larsen, Finn Brasch; 558; 560
Larsen, Øivind; 182; 450; 559; 776; 849
Larssen, Arne Victor; 229; 238; 240; 241; 300; 411; 672; 796–800; 804; 806–08
Larssen, Reidar; 560
Larssen, Vetle Lid; 201; 202
Lauvbu, Morten; 294
Lazarsfeld, Paul F.; 594
Lerche, Christian; 156; 475; 481; 513; 546; 597; 598; 675; 785; 806
Lerheim, Magne; 375
Levay, Charlotta; 655
Lewis, Charlton T.; 858
Liavaag, Kaare; 639
Libak, Arvid; 406
Lie, Einar; 376; 594
Lie, Haakon; 193
Lien, Odd H.; 825
Lilletun, Jon; 217; 303
Lind, Gunnar; 674
Lindahl, Erik; 373; 380
Lindblom, Charles E.; 382; 383; 629
Lindvall, Johannes; 512; 660
Lindvåg, Dagrun; 212; 243
Linnestad, Paul; 830
Lohne-Knudsen, Christofer; 680
Lund, Bengt-Lasse; 30; 209
Lund, Bernt H.; 461
Lund, Ellen Cathrine; 737; 738
Lundby, Ingrid Hauge; 198; 199; 209; 210; 223; 251; 299; 303; 338
Lunde, Kjellbjørg; 307
Lundemo, Eli Johanne; 420
Luther, Martin; 562; 589; 590
Lycke, Kristen Hofgaard; 847
Lyng, John; 391
Lyngmo, Thor Vidar; 119
Lægreid, Per; 538; 620; 621
Løchen, Yngvar; 613
Lønning, Per; 568; 628; 644; 645; 750; 751; 753
Lønningdal, Dag; 198–200; 229; 303

M

Madsen, Jan; 41; 47; 64; 384; 385; 392; 460; 461
Madslien, Anders; 301
Magnus, Per; 120; 154; 599
Magnussen, Jon; 623; 750
Mahler, Halfdan T.; 240; 772
Makary, Martin A.; 606
Malm, Ole; 771
Manger, Beate Morstad; 318; 331; 417
Marshall, Barry; 615
Martinussen, Leonora; 198; 229; 317; 323; 447; 495
Marx, Karl; 610
Masson, Jeffrey; 764
Mathismoen, Grethe H.; 188
Mathismoen, Ole; 188; 195; 202; 212; 257; 344
Mauritzen, Thomas; 38; 44; 45; 58; 60; 62–68; 76; 78; 84; 85; 89; 99; 101; 105; 107; 109; 111–18; 127; 128; 130; 132–34; 139; 141; 142; 144; 157–59; 162; 164; 166; 169; 173; 174; 178; 184; 205; 215; 228; 260; 265; 271; 277; 278; 310; 314; 317; 320–23; 332; 367; 394; 395; 412; 413; 488; 497; 860; 865; 888
McKeown, Thomas; 607
McLachlan; 324
Mellbye, Fredrik; 220; 242; 467; 558; 585; 805; 806
Melsom, Haakon; 316; 317; 319; 323; 444; 546; 614; 616; 850; 851; 853
Merton, Robert K.; 228
Michelsen, Hans; 724
Middelthon, Anne-Lise; 198–200; 213; 251; 303; 577; 585
Mikalsen, Knut-Erik; 304
Mill, John Stuart; 747
Mintzberg, Henry; 503
Mjaaland, Ingar; 797
Moe, Jens; 79
Moe, Tor Jacob; 827
Mohr, Jan; 596
Mohr, Julie J.; 847
Molven, Olav; 819; 820; 821; 823; 839
Monsen, Trygve; 344
Montgomery, Kathleen; 655
Mork, Elisabet; 202
Mork, Elisabeth;552–55; 561; 578; 582; 583; 586; 888
Mork, Guttorm; 552
Mork, Ingeborg; 552
Mork, Jon; 552; 588
Mork, Linne; 555
Mork, Torbjørn;14; 16–20; 22–44; 46; 47; 49–59; 67; 73; 74; 75; 77; 80; 81; 84–87; 89; 90; 92–95; 98; 109; 110; 121; 122; 125; 127; 130–34; 136; 137; 140; 144–48; 152; 153; 158; 163–67; 172–77; 182; 184–92; 194–97; 199; 201–03; 205; 207–30; 232; 234; 243; 248; 250; 251; 257; 259; 264; 266; 270; 277; 282; 283; 287; 288; 289; 291–305; 308; 309; 316; 317; 319; 321; 327; 328; 337–39; 342; 344; 347; 352; 353; 366; 368; 369; 383; 386; 393; 394; 398–400; 402; 406; 407; 409; 417; 441; 448; 450; 453; 456; 460; 462; 463; 467; 468; 470–72; 474–81; 484; 487; 488; 490; 493; 497; 498; 501; 503; 506–08; 515;

540; 541; 543–46; 550–90; 607; 609; 616–18; 638; 646; 648; 650; 651; 676; 696; 704; 705; 752; 766; 778; 781; 790; 798; 800; 809; 835; 838; 839; 850; 860; 862–66; 870; 882; 885; 888; 917–22
Morken, Johannes; 345
Munch, Ole B.; 596
Munch-Søegaard, Knut; 25; 46; 185; 188; 259; 400; 448; 472; 475; 478; 480; 496; 497; 544; 545; 561; 576; 578; 579; 724; 809
Munthe, Preben; 93; 379
Myhre, Wenche Margrethe; 50; 187; 554; 555; 557; 560; 578; 579; 581; 583; 584; 585; 586; 888
Müller, Anne Marie; 428
Myrdal, Gunnar; 373; 380
Myrvoll, Ole; 374–79; 381; 387; 389
Møllerstad, Gro; 389
Mørch, Karin; 185
Mørland, Jørg; 337

N

Naglestad, Ellen; 800; 805
Nayar, Vineet; 484
Nightingale, Florence; 209
Nilsen, Terje Haugli; 64; 99; 106; 111; 119; 127; 132; 137; 140–45; 147–52; 154; 155; 157; 159; 161; 162; 164; 184; 188; 203; 204; 216; 262; 313; 516; 538; 621; 626
Nilssen, Erik G.; 307
Nilssen, May Britt; 51
Nilsson, Erik G.; 822; 823
Nilsson, Krister; 830
Nissen, Friedrich; 376
Norbom, Annelise; 370
Norbom, Ellen; 64; 397
Norbom, Harold Ragnar Bruun; 370
Norbom, Ingrid; 375
Norbom, Jon Ola; 12; 16; 18; 19; 20; 25; 33; 37–39; 41–49; 54; 55; 57–70; 73–78; 80–99; 101–05; 107–12; 114; 115; 118; 120; 121; 124–28; 130–32; 134; 135; 138; 139; 141–46; 148; 151–53; 157–59; 162–66; 169; 171; 173; 175–78; 182–200; 202; 204–08; 210; 211; 212; 213; 214; 215–25; 227–33; 236; 237; 240; 242–58; 260; 261; 262; 264; 266; 267; 268; 269; 270; 271; 272; 274; 277; 278; 279; 283; 285; 286; 287; 288; 289–99; 301–06; 308–11; 313; 314; 316; 319–22; 324–27; 330; 332–39; 341–43; 345; 347; 348; 350; 352; 353; 363; 366–401; 403; 405; 406; 409; 411–14; 416–18; 420; 421; 424; 429; 430; 434; 438; 441; 445; 447; 450–53; 459–61; 488; 515; 516; 533–39; 546; 561; 562; 567; 574–79; 589; 592; 599; 601; 618; 620; 621; 628; 629; 631; 651; 658; 675; 703; 705; 707; 708; 712; 748; 754; 767; 779; 781; 796; 802; 850; 857; 860; 862–67; 870; 874; 882; 885; 888; 917–20; 922; 923; 925; 926
Norbom, Susan; 375
Nordal, Arnold; 697
Nordan, Jacob W.; 717
Nordby, Trond; 65; 164; 217; 300
Nordbø, Eldrid;16; 386; 410–15; 417–26; 433; 434; 436; 454; 589; 782; 850; 863; 869
Nordhus, Alf; 42; 177; 178; 191; 194; 223; 298; 299; 388; 573; 574
Nordland, Ester; 295; 304
Norheim, Ole F.; 645
Normann, Trine; 317; 324; 460; 461; 629–31; 869
Norum, Kaare R.; 138; 139; 789; 790; 791
Norwood, William I.; 754
Nyborg, Per; 187
Nyhus, Per; 392; 567; 570; 677; 692; 695
Nymoen, Hanne; 420
Nyquist, Finn Oluf; 213
Nærbø, Inger; 325

O

Offerdahl, Helge Thomassen; 697
Ofstad, Bjørg; 715; 716
Oftedal, Jon; 797
Oftedal, Sven; 705
Ohlin, Bertil; 372; 373; 380; 381
Ohnstad, Bente; 481; 501; 739–44; 746
Olsen, Johan P.; 391; 625
Olsen-Hagen, Gunn Vigdis; 57; 252; 293
Onsum, Inger; 480
Opedal, Hallgeir; 201
Opsahl, Torkel; 752
Ormestad, Marius; 749
Orwell, George; 598
Osvold, Sissel Benneche; 295; 308
Ovesen, Jarl; 302

P

Palmer, George R.; 623
Parsons, Talcott; 881; 882
Paton, Scott M.; 845
Paulsrud, Astrid; 119; 316; 318; 319
Pedersen, Anne Reff; 655
Pedersen, Per Berhard; 614
Persson, Göran; 633
Pettersen, Inger Johanne; 625
Pettersen, Oddrunn; 90; 364
Pétursson, Ólafur; 99; 107; 114; 127; 161; 184; 188; 210; 244; 255; 258; 260; 277; 311; 312; 321; 420
Piene, Hroar; 716; 849–51; 857
Platou, Lars T.; 384
Pollestad, Arild; 573
Popper, Karl; 886

Porter, Michael E.; 627; 721; 859
Porter, Theodore; 113
Power, Michael; 75; 655; 663; 664; 719; 839
Prescott, Edward; 183
Pressman, Jeffrey L.; 625
Prodi, Romano; 633

Q

Quivey, Martha; 806

R

Rahe, Richard H.; 610
Ramm, Jacob Nicolay; 688–90
Ramsøy, Natalie Rogoff; 598
Randers, Jørgen; 456
Rasmussen, Ørnulf; 763
Reagan, Ronald; 62; 218; 227; 538; 636; 694
Reitan, Jon B.; 133
Reiten, Kåre; 632
Rexed, Bror; 171; 173
Riddervold, Fridtjof; 828; 830
Riisnæs, Ida Grieg; 297
Rimberg, Kjeld; 72; 628
Ring, Gustav A.; 79
Ringen, Stein; 594
Ringstad, Kari; 851
Rognlie, Hilde Marie; 851
Rognlien, Bernt; 213
Rognlien, Helge; 371; 372
Rokkan, Stein; 101; 595
Roll-Hansen, Hege; 594
Rolstad, Øyvind; 84; 241; 304; 315; 316; 345; 561; 781
Romøren, Tor Inge; 628; 638; 641; 807
Rosenthal, Gerald D.; 511
Rossavik, Frank; 251
Rossbach, Hans Hammond; 35
Rothstein, Bo; 512; 660
Ruud, Øystein; 152; 424; 797; 800; 806
Ryle, Gilbert; 884
Ryssdal, Signe Marie Stray; 724; 725; 728; 729
Ryste, Ruth; 480
Rødland, Kjartan; 214; 215; 296; 585
Rødseth, Tor; 594
Røstadsand, Gunhild; 447; 812
Røynesdal, Kjell; 422; 424; 445; 851
Røyseland, Borghild; 197; 250; 251; 257; 303; 335–42; 344–46; 348; 352; 354; 355; 418

S

Sackett, David; 71; 130; 137
Samuelsen, Tom; 441
Sandbekk, Ole Willy; 36; 473; 487
Sandmann, Matz; 90
Sandvand, Ole Johan; 222
Sars, Michael; 371
Schiøtz, Aina; 732; 771
Schiøtz, Carl; 790
Schjønsby, Hans P.; 120; 141; 154; 155; 167; 195; 424; 561; 585; 666; 667; 802; 803; 806–08
Schrage, Michael; 534
Schröder, Gerhard; 633
Schøtt, Anne Brit; 552
Seip, Ellen; 420
Seip, Helge; 372; 377; 378; 599
Seip, Jens Arup; 215
Seip, Martin; 724
Sellæg, Wenche Frogn; 49; 55; 59; 60; 62; 65; 68; 79; 81; 83; 84; 89; 90; 95; 96; 99; 193; 195; 196; 202; 209; 216; 223; 247; 248; 250; 251; 260; 291; 297; 301; 302; 307; 310; 334; 348; 350–53; 359; 360; 361; 365–67; 389; 392; 393; 441; 457; 458; 604; 631; 865; 870; 882
Selmer, Elisabeth Schweigaard; 760
Selye, Hans; 609; 784
Selås, Harald; 685
Shewhart, Walter A.; 843; 845
Short, Charles; 858
Simers, Trude; 573
Simmel, Georg; 608
Simonsen, Eva; 684
Simonsen, Kari; 298; 573
Sjue, Finn; 194; 195; 213; 400; 409
Sjöstrand, Nils O.; 171
Skadsem, Enevald; 371
Skadsem, Inga; 552
Skard, Anne; 584
Skarheim, Petter; 119
Skaset, Maren; 733
Skaug, Gunnar; 34
Skauge, Arne; 31; 32; 89
Skauge, Hallvard; 11
Skeie, Jon; 697
Skilbrei, Reidar; 330
Skjervheim, Hans; 887
Skoglund, Einar; 847
Skogseth, Arne; 295
Skogstrøm, Lene; 243; 247; 252; 258; 288; 291; 435
Skolbekken, John-Arne; 713–16
Skånland, Hermod; 289
Skåtun, Jon; 733
Slagstad, Rune; 664
Slåttebekk, Olav Valen; 623
Smith, Anders; 776
Sogner, Knut; 705
Solberg, Svein E.; 557
Solheim, Erik; 212
Sollund, Arne; 724
Solstad, Arve; 215
Solumsmoen, Dag; 119

Sortåsløkken, Magnar; 196; 209; 247; 248; 250; 288; 290; 291; 302; 338; 342; 348; 352
Sowell, Thomas; 234
Spang, Michael Grund; 298; 300
Stadheim, Marit; 58; 99; 107; 114; 161; 166; 176; 188; 311; 315; 321; 394; 395; 396
Stanger, Rolf; 598
Steen, Petter Andreas; 828; 830; 833
Steen, Reiulf; 42; 298; 573
Steenfeldt-Foss, Otto; 554; 557; 766
Steine, Vidar Oma; 283; 621; 858; 859
Stene-Larsen, Geir; 285; 317; 323; 324; 607
Stenvik, Reidun; 694
Sterri, Siri Frost; 351
Stevens, Stanley Smith; 883
Stokke, Oddvar; 617
Stokke, Steinar; 99; 119; 139; 164; 178; 184; 213; 279; 419–21; 452; 800; 805; 860
Stoltenberg, Jens; 252; 294; 336; 629; 633; 699
Strand Gerhardsen, Tove; 40; 42; 43; 44; 54; 55; 59–61; 80; 83; 90; 96; 98; 168; 174; 178; 187; 191; 220; 252; 294; 297; 298; 346; 364; 366; 389; 396; 403; 429; 453–59; 461; 573; 604; 620; 629; 631; 753; 778; 779; 782; 849; 868; 869
Strand, Sverre; 733; 734
Straume, Knut Eivind; 296
Strengehagen, Ellen; 406; 637; 751
Strøm, Axel; 23; 724; 726
Sundar, Tom; 743
Sundby, Per; 568
Sundelin, Folke; 325
Sundheim, Kari; 185
Sundrehagen, Hilde; 447; 476; 529
Svabø, Harry Martin; 733
Svendsen, Arnljot Strømme; 93; 379
Swijtink, Zeno; 113
Synnes, Harald; 35
Syse, Aslak; 752
Syse, Jan P.;78–80; 89; 96; 183; 221; 359; 366; 622; 754; 756
Szasz, Thomas; 764
Sæbø, Øyvind; 36; 54; 99; 119; 127; 145; 184; 188; 204; 253; 260; 262; 267; 271; 277; 278; 282–85; 311; 317; 324; 367; 412; 413; 417; 425; 461; 850
Sæle, Finn Jarle; 568
Sæther, Elin; 198; 229; 325; 433; 447; 585
Sævik, Per; 362
Sønderland, Kari; 242; 259; 306; 317; 323; 324; 400; 438; 448; 476; 481; 495; 497; 516; 537; 585
Sørensen, Søren Kristian; 172
Sørhaug, Tian; 209

T

Talén, Bjørn; 223
Talleraas, Anders; 209
Tande, Anja M.; 329; 424
Tanner, May; 289
Tatcher, Margaret; 62; 218; 227; 350; 408; 538; 636; 864
Taylor, Charles; 635; 880
Taylor, Fredrick W.; 843–45
Teisberg, Elisabeth; 859
Telstad, Wenche; 197
Thagaard, Wilhelm; 372
Thelle, Dag S.; 138; 139; 571; 572
Thoen, Inger; 223
Thomassen, Petter; 35; 339
Thorbjørnsen, Laila; 420
Thorbjørnsrud, Ellen; 24
Thoresen, Kai; 319
Thoresen, Tom; 354
Thorsen, Theodor G.; 227
Thune, Gro Hillestad; 198; 288; 291; 294; 304; 768
Tillich, Paul; 610
Tiltnes, Hjørdis Ånestad; 202; 213
Tinbergen, Jan; 374; 375
Tinnå, Marianne; 494
Toffler, Alvin; 609; 787; 882
Torgersen, Rolf N.; 508
Tullock, Gordon; 382
Tvedt, Jan; 52; 460; 544; 813; 851
Tvedt, Knut; 379
Tveito, Kari; 577
Tønne, Tore; 629
Tönnies, Ferdinand; 608

V

Valen, Henry; 594; 595
Valle, Anne Louise; 198; 306; 329; 338; 400; 424; 425; 585
Valle, Ann-Karin; 317; 323
Valle, Inger Louise; 456; 575
Vanajev, Gennadij; 212
Vandeskog, Gerd; 158; 459–61; 544; 851
Vandvik, Einar; 441
Vassbotn, Per; 215
Vatnaland, Torbjørn; 765
Vedeler, Ole; 29
Veierød, Tom; 222
Veierød, Tove; 90; 95; 98; 176; 184–86; 192; 193; 202; 221; 222; 248; 249; 252–55; 258; 260; 278; 281; 290; 291; 293–95; 297; 300; 301; 304; 308–10; 334; 335; 339; 342–45; 352–54; 359; 361–67; 389; 392; 393; 403; 406; 409; 434; 441; 453; 456; 458; 584; 604; 863; 865; 870; 919
Velleman, Paul F.; 883
Venner, Britt; 84; 85
Vennerød, Christian; 220
Venneslan, Christian; 376
Versto, Olav; 78
Vestøl, Anne-Ragnhild; 424

Vetvik, Einar; 48; 55; 64; 65; 87; 98; 114; 115; 125; 127; 141; 142; 146; 147; 152; 157; 164; 184; 191; 193; 204; 207
Vig, Gustav; 585; 797; 808
Vigen, Terje; 209; 289; 336
Viken, Kari Tove; 82; 100; 197; 217; 250; 301; 302; 303; 335; 342; 352; 357–59; 361; 418
Vindedal, Bente; 119
Vindsetmo, Emil; 384; 392
Voll, Rune; 600; 667
Volle, Gunnhild; 325
Vollset, Stein Emil; 602

W

Wagner, Richard E.; 382
Walaas, Mette; 806
Walton, Mary; 844; 846
Wang, Elisabeth; 329
Warren, Robin; 615
Weber, Max; 109; 224; 228; 410; 472; 608; 881; 882; 886
Webster, Ingeborg; 45; 459; 461
Wedel-Jarlsberg, Karen; 404
Wefring, Karl Willhelm; 723
Weibye, Tor; 344
Werkö, Lars; 171
Westbye, Ola; 165; 256; 259; 287; 316; 330; 331; 337; 423; 424
Westerholm, Barbro; 171; 174
Westlund, Knut; 568
Wibe, Einar; 330
Wicksell, Knut; 372; 373; 380
Widnes, Marie Lovise; 302; 342; 348; 357; 358; 362; 363; 365
Widvey, Thorhild; 209; 258; 291; 301; 338; 339; 346; 351; 355
Wiik, Johannes (Johs.); 47; 325; 475; 481; 529; 546
Wiker, Gørli; 572; 573
Wilberg, Vidar G.; 797
Wildavsky, Aaron; 625
Wilkinson, Leland; 883
Williams, Alan; 644
Willoch, Ingrid; 339
Willoch, Kåre; 31; 60–62; 65; 68; 183; 197; 208; 212; 218; 341; 384; 385; 393; 409; 456; 457; 461; 537; 538; 541; 604; 622; 678; 679; 750; 754; 768
Willumsen, Egil; 30; 299; 475; 478–81; 545; 554
Wisløff, Nils; 72
With, Odd; 569
Wium, Per; 441
Wold, Knut Getz; 93; 379

Ø

Ødegaard, Anne Ma; 557
Ødegaard, Tor; 240
Ødegaard, Ørnulf; 680
Ørstavik, Ivar; 120; 154; 158
Øverås, Siv; 612; 641
Øvretveit, John; 859
Øyen, Ørjar; 598
Øygard, Kolbjørn; 568; 569

Å

Aaby, Kristen; 482
Aakervik, Gro; 331
Aamo, Bjørn Skogstad; 404; 406; 407; 410
Aanestad, Ole M.; 257; 344
Ånstad, Hans; 54; 58; 61; 67; 84; 86; 89; 119; 134; 135; 152; 278; 325; 428; 460; 540; 567; 796; 800–08
Aarflot, Øivind; 475; 495
Aarseth, Hans Petter; 836
Aarvik, Egil; 376; 377
Ås, Berit; 553; 554
Aas, Inge Harald Monrad; 623
Aase, Asbjørn; 594
Aasen, Bjørn Martin; 40; 43; 47; 54; 57; 58; 90; 184; 191; 193; 202; 205; 237; 254; 294; 300; 301; 336; 342; 343; 353; 363; 364; 393; 403; 406; 453
Aasheim, Finn; 119; 152; 317; 323; 447; 470; 482; 516; 529
Aasland, Olaf G.; 58; 421; 429–31; 460; 765; 779–81

Čoahkkaigassu

Spesialiseren ja profešunaliseren Muitalus norgga siviila dearvvašvuođahálddašeami ovdáneami birra 1809 rájes 2009 rádjái 2. oassi 1983–1994 – Ođđa dearvvašvuođahálddašeapmi čuožžela, mas čuovvola nággu gaskal departemeantta ja direktoráhta

Raporta Dearvvašvuođabearráigeahčus 7/2020

Dearvvašvuođa historjjá vuosttaš girjjis gieđahallojuvvui áigodat 1809 rájes 1983 rádjái. Dán girjjis gieđahallojuvvo áigodat 1983 rájes 1994 rádjái. Girječálli deattuha movt áigodat lea molsunáigodat. Dat čalmmustahttá molsuma boares dearvvašvuođahálddašeamis mas doaktárat mealgadii stivrejedje hálddašeapmái mas doavtterstivra jávkagođii.

Čálli čilge movt dat stivra mii dál čuožželii eanet báidnojuvvui politihkalaš stivrejumiin, muhto earenoamážit dainna eanet fágalaš stivrejumiin mii dál ilmmai. Dát stivrejupmi oačču eavttuid lágas, muhto maiddái ekonomalaš diehtagis. Stivrejupmi šattai mihttomearre- ja boađusorienterejuvvon. Dat lohkkojuvvo «ođđa almmolaš jođihussan» - eaŋalasgillii – New Public Management.

Dearvvašvuođadirektoráhta juohkin 1983:s čalmmustahtii hálddahusdásis molsuma boares ráđđenvuogis ođđa ráđđenvuohkái. Oasit direktoráhtas jotke dearvvašvuođaossodahkan departemeanttas, ja earát fas direktoráhttan olggobealde departemeantta.

Eatnasa fárreheapmi direktoráhtas mearkkaša ahte dat, ja dearvvašvuođadirektevra, masse ieža set strategalaš rolla ja ahte direktoráhtta šattai eanet doibmiibiddji orgána ja dárkkistan- ja gozihanorgána. Dearvvašvuođadirektevra Torbjørn Mork ii liikon ovdáneapmái ja áigodat 1983 rájes 1992 rádjái báidnojuvvui danne nákkuiguin gaskal departemeantta ja direktoráhta, ja earenoamážit departemeantaráđi ja dearvvašvuođadirektevrra gaska. Daid nákkuid birra muitaluvvo dárkiit. Čálli čájeha maiddái movt nággu dagahii ahte direktoráhtta rievdaduvvui dearvvašvuođabearráigeahčču n 1994 rájes ja ; (2002) rájes ahte hálddahusdoaimmat sirrejuvvo ja biddjojuvvo áiddo álggahuvvon Sosiáladirektoráhttii.

English summary

In this volume, we have described and discussed the development of the central civil health administration in Norway from 1983 to 1994, but have also put the story of this period into a longer time perspective. We have tried to show that this period is a transitional period.

First, we discuss the macro content of the transition: the struggle about the content and implementation of the overarching organizational reforms, and thus also the relationship between especially the Ministry of Social Affairs and the Directorate of Health. We then portray the leading man behind the drive to reorganize the central health administration, Permanent Secretary Jon Ola Norbom. We continue by looking at the micro reforms of the organizations, especially the Ministry and the Directorate. Following this discussion, we portray Mr. Norbom's chief "adversary," Director General of Health, Torbjørn Mork. We then go on to look at the functions of the central health administration, the "upstream functions" of health and disease surveillance and planning of new policies, then at the top functions of decision-making and the content of the policies and finally at the "downstream" functions of implementation, control and supervision. In the last part we also discuss the emergence of the new quality control and development policies. We close by discussing the theoretical and ethical considerations that have informed the study.

The transformation of the macro structure of the central health administration

In 1983 the former Ministry-based Directorate of Health, was moved out of the Ministry and established as a separate, more technically oriented directorate. At the same time the Ministry established a division for health affairs, headed by an "ordinary" division head ("ekspedisjonssjef"). The "old" Director General of Health was partly an independent directorate head, to wit in "professional matters," and subordinated to the minister in "political" matters. He did not report to the permanent secretary of the Ministry. He was himself a kind of permanent secretary, of health affairs, that is. The Ministry was in this way partly a bifurcated ministry – two ministries with one minister. This arrangement gave the Director General a very strong position, a position the then current director, Torbjørn Mork, like his predecessor, Karl Evang, knew how to exploit. They were both strong personalities.

The 1983 macro structure reform was part of a broader regime reform. A physician-led regime that we have called an *iatrocracy*, after the Greek words for physician, *iatros*, and rule, *krateín*, dominated the health care sector until the mid-1970s and early 1980s. Under this regime the medical chief had not only a strong position in the ministry, he also had a direct managerial line to the physician leaders at lower administrative and clinical and pre-clinical (public health) levels. Directly under him, the top physician had county physicians. Either directly, or through these middle-level physician leaders, he (and his directorate-based (medical) head of the physician office) had a line down to the state-appointed, locally based, district physicians. The latter managed local health affairs. The Director General also had a line, via his directorate-based hospital office (physician) head, down to the medical chiefs of the hospitals. He also had an important influence on who became hospital medical chiefs, and of course county and district physicians.

This regime began to crumble during the (second half of the) 1970s and first half of the 1980s. The "outsourcing" of the Directorate from the Ministry in 1983 was the most symbolic expression of this. However, the change of regime involved more than that "outsourcing." The outsourcing meant that the Director General lost his direct contact with his collegue leaders in the municipalities and hospitals, the district physicians and the managing chief physicians. The municipalities took over (most of) the primary health care system in 1984 and counties (most of) the hospitals and the specialist health care system in 1970 and 1976. The district physicians disappeared and so did the managing chief physicians. They were replaced by municipally appointed health directors and hospital directors appointed by the counties.

The new, emerging regime was at first a more "polycratic" regime, a regime characterized by a mixture of regime elements. It contained elements of a (lay) political regime – a democracy, of the legally based bureaucracy and, especially, of a utilitarian form of regime. The latter, also called goals-and-results oriented, was the most dynamic element in the reforms. Many observers soon began to describe it as representing a New Public Management. We may add, that the two latter forms of governance and management, inspired by legally trained people and economists, represented an attempt to replace lay-political or medical common sense-based management with a more professional and explicit form of management. The first round of reforms resulted, however, also in a strengthening of the lay-political element. This had a great effect on the "politics" of the health care administration reform in the 1983-1994 period; it delayed the utilitarian professionalization of the governance and management of the sector. Thus from the close of our period, new initiatives were taken to curb the current influence of elected politicians, especially at the lower levels of government and in the management of clinical health care. Hospitals were, from 2002, made into state-owned enterprises, managed by partly politically shielded managers. At the local level, many nursing homes became business-like entities. Many other, more freestanding health care providers became more or less tightly controlled contractors. This happened at about the same time as the hospitals were "nationalized" and made into companies. We should add, though, that it was not the intention of the reform-makers to loosen up the management of the health care system. They wanted to *strengthen* it, by making it more "objectively" results-oriented. Let us add, that at this time almost the whole medicines sector was privatized and commercialized, and thus subjected to an even more non-political and strict management.

Our period acquired much of its flavor from the attempts to introduce and implement the new form of management. At the central administration level, the Director General of Health, Torbjørn Mork, and many of his people, were strongly opposed to the reforms, not least the wing-clipping of the Directorate and its chief. The Director General was, however, also strongly critical of all the organizational reforms, especially the dismantling of the district physician system. Thus, when the Ministry was to implement the bifurcation reform at the top, he was anything but cooperative. Several sharp exchanges of opinions, especially between the Director General and the deputy Minister, the orchestrator of the outsourcing of the Directorate, and the head of the new health division in the Ministry, erupted. The leaders of the Ministry did much, starting in 1984 and continuing to the end of the 1980s, to try to allay the tensions, but to little avail. The permanent secretary, Jon Ola Norbom, felt that he had to do something about the tense situation, but failed in getting the Director General to accept the new state of affairs. The latter continued to air his dismay. Mr. Norbom, a cautious economist-diplomat, dubbed these years the period of "creaking" ("knirkeperioden"). In the summer of 1989 he decided, with the implicit support of the outgoing Minister, that something more surgical had to be done if the Minister and the Ministry was to be able to function properly again as a Minister. With the support of the new bourgeois Minister, and

with himself as chairperson, he prepared a "secret" proposal for a reformed central health administration (October 1990). The bourgeois government soon after collapsed and a new minority Labor government acceded to power, with Tove Veierød as Minister for Social Affairs. She gave Mr. Norbom the green light to go ahead with a study of how to reorganize the central administration. The latter presented the recommendations of his group on 19 August 1991. The group recommended splitting up the Directorate into several components and merging some of them with other, existing institutions. Norbom and his co-analysts also recommended placing the specialized health administration institutions under the direct command of the Ministry. These institutions were now under the direction of the Directorate of Health. They also recommended that the Ministry took over the superior function of supervision from the Directorate. In other words, the recommendations implied the centralization and "politicization" of the central health administration of the country.

The report from the Norbom group stirred up much political noise, but the Ministry went ahead with the planning of the reforms, but now with Mr. Norbom on the sidelines. As the chief target of the opposition against the reform plans, he could not also lead the work of turning his general policy proposals into concrete draft laws. In the course of the fall of 1991, it became clear that it might be difficult for the government to secure a parliamentary majority for the Norbom plan and its legislative concretizations. If the government was to get the plan, and the accompanying legislation, through parliament, it was dependent upon support from the bourgeois side. It quickly became clear that the right wing Progress party would go against the plan, as would the Socialist Left Party. As the fall turned into winter, it also became uncertain what the Conservatives would do. Some, including the previous minister, had already come out against the plan. However, the government decided, without overt enthusiasm, to follow the plan. As the Ministry worked with the plan and its accompanying bill during the winter, it became more and more uncertain whether the two middle parties, the Center party and the Christian People's party, would stick to their earlier commitment to reform. In the end, they turned against the proposed legislation, and plan. On the night between the 15th and 16th of June Parliament rejected the bill. The Minister, and in reality her Permanent Secretary as well, were humiliated. Not even the MPs of the party of the Minister stood up for her. The Prime Minister was absent from the floor of Parliament that night. A few months later, the Minister of Social Affairs threw in the towel and a new minister was appointed.

When Parliament rejected the government's, or the Minister's, plan, and thus "rescued" the Directorate from being dismantled, it also dictated that the Directorate of Health be redefined as a *supervisory* agency. The intention of the parliamentary majority was not to make the Directorate into a new type of institution, but that was eventually what happened. During the old regime, supervision had been a mostly collegial type of activity. Now it was to become more "modern," i.e. legalistic and professionalized. As the new supervisory agency, reorganized as such from 1994, began to realize what supervision implied, and the Ministry did likewise, it did not take long before at least a partial dismemberment of the Directorate was executed: The non-supervisory tasks were "outsourced" and made parts of a new Directorate of Health and Social Affairs (2002). The seeming "victory" Mr. Mork had won in 1992, turned out to be a Pyrrhic victory. However, he did not live to realize it. He died in the fall of 1992. The administrative leaders of the Ministry, humiliated in 1992, in effect took revenge on the Directorate a decade later.

The Ministry's Permanent Secretary: Jon Ola Norbom

In separate chapters, we have portrayed the two chief administrative "combatants," the Permanent Secretary, Jon Ola Norbom, and the Director General of Health, Torbjørn Mork.

The former was born in Bærum, a wealthy suburb of Oslo, in 1923. He had had a stint as Minister of Finance in 1972–73, but had otherwise had a professional and administrative career. He trained as an economist, and as a young man joined the Liberal party. In spite of his brief political experiences, his style was cautious and low-key. He was, by nature, more an administrator than a politician. The bourgeois government in 1983 asked him to take the position of Permanent Secretary. After some hesitation – he was well established as a GATT director in Geneva at the time – he accepted the invitation to apply for the position.

He was well respected in the Ministry and had a good relationship with all who served as ministers during his tenure as Permanent Secretary. When he and his commission had delivered its report on administrative reform in August of 1991, he refrained from going into confrontations with the Director General of Health. He had delivered his report and it was up to others, to wit the political leadership of the Ministry, and the administrative staff assigned to prepare the reform plan and the new legislation, to complete the work he had started. However, it was not easy for him to be just an observer, especially since he continued to be the main target of the opposition against what was seen as *his* plan. Turning 69 in December of 1992, he stepped down as Permanent Secretary, but remained for another year as special advisor in the Ministry – on the future financing of the welfare state.

The Internal Re/organizations of the Ministry's Health Division and of the Directorate

In 1983, the Ministry established a general division of health. However, the Directorate remained the quantitatively dominant central health administration agency. The Ministry was organized to handle strategic functions, including the preparation of long-term plans, the budget and legislation. Its head, Harald E. Hauge, a physician, managed the division in an ambitious way and soon began to challenge the position of the Director General of Health as the country's No. 1 public health physician. That contributed to the tension between the Ministry and the Directorate. However, his relationship with the Minister began to sour after the change of Minister (and government) in 1985. Nevertheless, the Ministry continued to expand in the area of health, fueled by the growing tension with the Directorate. In 1988, a public health unit was established. It was administratively but not strategically related to the division of health. That same year a Secretariat for modernization and efficiency development was also set up, more or less on the side of the division. Both of these units were a challenge to the Directorate, and a beginning of the introduction of a new and more ambitious Ministry as far as health was concerned. The new realities were formalized in 1992 and 1994. A Minister of health was appointed in the fall of 1992 and from 1994 the Ministry was called the Ministry of Social and Health Affairs.

The Directorate, which had been organized largely based on offices headed by health professionals, was in 1983 organized based on a mixture of principles. Most importantly, it

was organized based on politico-administrative premises, with one division for the municipal health care system and one for the county health care system. The pharmacy office continued as a partly pharmaceutically managed office, but was redubbed the Medicines division, reflecting the growing role of the industrialization of the medicines supply-chain. The old hygiene office also continued, as a public health division. Finally, the administrative office went on more or less as before, but its role gradually became stronger, as an NPM-administering and promoting division. From 1989, the two first divisions merged and a new division for health law was established. The last reform reflected the Directorate's movement in supervisory direction, but also the increasingly prominent role of legally trained personnel in the Directorate.

Mr. Mork did not have a clear philosophy about how to organize and manage the Directorate, though he did at first signal that he wanted to strengthen the office of the Director General. He gave in when the unions reacted negatively. When the Directorate reorganized from 1989, then, it did so more as a function of the distribution of power inside the organization and the recommendations of hired consultants, than of the strategic thoughts of the Director and the leadership group of the Directorate.

The Director General of Health, Torbjørn Mork

Torbjørn Mork, born in Odda on the West coast in 1928, was, of course, a physician. Mr. Mork was influenced by the traditional culture that still dominated the region where he grew up. He was a bright boy and chose medicine as his profession. After having gone through the post-graduate clinical program required to become authorized as a physician, he went into epidemiology and public health and earned a PhD from the London School of Hygiene and Tropical Medicine in 1960. As a youth, he had supported the Conservative party, but as a young physician he joined the Labor party. He was appointed Deputy Minister of Social Affairs in 1972. Later that year he succeeded Karl Evang as Director General of Health.

Like Mr. Evang Mr. Mork was a strong-willed and charismatic leader. During his first period, the years from 1972 to 1983, the attacks on the iatrocratic structures started to come, as we have seen. At first, Mr. Mork played along with the new way of seeing things, but from around 1977, he became increasingly critical of them. From the fall of 1977 he began to air his dissenting views. When the Directorate was outsourced in 1983, he almost became a health policy dissenter. However, even if he was highly critical of the most important structural reforms, and engaged in what almost became a war of attrition with his superiors in the Ministry, he accepted, but did not embrace, other parts of the new ideas for public management – like the ideas about public planning associated with the NPM program. He also, by emphasizing the growing role of his Directorate as a supervisory agency, unwittingly contributed to laying the premises for the dismantling of the old Directorate.

Torbjørn Mork, who had written his PhD thesis on the epidemiology of what was to be called COPD, was a heavy smoker and toward the end of the 1980s, the disease began to visibly affect him. However, it did not soften his fighting spirit. He fought almost to his last day, in the fall of 1992, to save his beloved Directorate. However, he also, and perhaps more – and more wholeheartedly, fought for all those who struggled in life. If anything, his social engagement became stronger as he grew older. He defended the weak and downtrodden with

the fervor of a high priest. Mr. Mork died in his study at home, alone, just before he turned 64. Mr. Norbom died in April 2020 in Suwanee, Georgia, at the home of his oldest daughter.

The Functions of the Central Health Administration

We have discussed the development of the functions of the health administration by taking as our point of departure what we have called the administrative (and political) cycle: Thus, we start by looking at the upstream need and supply development surveillance. Data about these provide the premises for the planning of the next cycle of policy development and execution. The function of planning provides the premises for the final, in principle political, or top, function of decision-making. We close by discussing the content of the downstream processes of implementation and control. Under the latter rubric, we look at both supervision and the new quality control and development policy.

We have shown how the ambitious, precise, goal and results oriented utilitarian management philosophy, accompanied, but also at times challenged, by the new ambitious form of legalism, increasingly have come to dominate health policy development, government and management, in Norway as in many other Western countries.

On the upstream side, this has led to increasing efforts especially to monitor the need situation. From about the middle of the 19th century, the Norwegian Bureau of Statistics and public health authorities began to monitor the vital statistics of the country. To some extent, they also collected data about certain diseases and, gradually, about certain groups of patients and the composition of the patients in various institutions. However, these data were often a bit dated. Hence, "qualitative" impressions, demands aired by health personnel and patients, at times through the mass media, played a significant role. In 1935 (psychoses), but especially from the 1950s, a number of patient and disease registers, but also a birth register, were established. From the 1980s, medical specialists of various sorts began to establish quality registers for various types of treatment. All these registers reflected the "utilitarian" development of medicine – i.e., its increasing precision and goal-orientation. However, they were organized in a way that also reflected the iatrocratic past. Separate institutions, often controlled by self-conscious physicians, managed these registers. They did not see themselves as part of a wider and well-coordinated *managerial* cycle, e.g. such that they collected data in a health policy goal-oriented way. Rather, they tended to communicate downward – with the professional communities. Attempts were made during the 1970s and 1980s to merge some of these registers under the National Institute of Public Health, and in that way to link them better to the *managerial* cycles. The attempts created a reform pressure, but did not result in concrete reforms during our period.

The Norbom commission pointed out how the registers could be more closely coordinated, but refrained from recommending direct mergers. The processes leading up to the 1994 reforms also failed to result in ambitious reforms. The merger reforms were in many respects delayed until the reorganization of the central health administration of 2002. That year a new law on patient registers also went into effect. Part of the reason for the delayed progress of the utilitarian planners and managers was the growing concern about data protection and privacy. The establishment of the Data Inspectorate in 1980, and the appointment in 1991 of a

commission to look into the privacy concerns raised by the registers, put the ambitious utilitarian planners on the defensive for a while, but only a short while. In 1997, an important new register, the Patient Register, was established. It was for ten years run by the research institution Sintef Health, and then taken over by the (new 2002) Directorate of Social and Health Affairs.

We should add that throughout our period the need metrics used, reflected more the views of health professionals than goals defined by the health policy authorities. We should also add that the data did show something that was becoming increasingly important: Since the 19th century, and a couple of decades into the 20th, acute diseases dominated the clinic and infectious diseases the pre-clinic (the public health work). Child mortality was high and people had five to six children. After World War II, improved living conditions, the success of public health work and a more effective clinic resulted in a shifting of the bulk of the need from acute pathology striking children and young people to chronic pathology burdening older people. People had only two children and they all survived into adulthood. This began during our period to create tensions between the clinic and the pre-clinic. Health services research and clinical epidemiology – they both emerged during the 1960s and 1970s – began to question the health effects of clinical work, and recommended to shift resources to the public health arena. Much was done from the mid-1970s, and especially through the 1980s and early 1990s to give "health for all" more attention, but with modest effects. Acute illness continued to trump potential illness.

On the supply side, the volume of information gradually became larger and more policy relevant. The main information gathering and providing institutions were the statistical bureau, Sintef (Samdata) and the Public Health Institute. However, the information they collected and disseminated was only related to the various types of resources, like personnel, institutions, (some) technology, economy, beds etc. There was no real monitoring of the development of the content of knowledge and its accompanying technology. That monitoring took place in the old-fashioned way: Central administrators, especially in the Directorate, tried to keep track of the development, by reading journals, participating at conferences and seminars and keeping in contact with key researchers and clinicians. The Directorate also used various medical specialists as advisors. As medicine began to become more precise and rules-based – that is, to become "evidence-based" – it became more relevant to manage clinical (and pre-clinical) practice with the aid of guidelines and the electronic recording of (pre-) clinical practice (that was now beginning to become more extensive). The Norbom committee talked about the need for a "competence policy." However, the suggestions of the committee were premature. A center for knowledge administration was only established in 2004, in the wake of the extensive administrative reforms of 2002. The model was the British National Institute for Clinical Excellence (NICE), established in 1999.

Before our period, much of the planning was based on traditional reports prepared by experts and representatives of key stakeholders and analyses carried out in the Directorate or the Ministry. These reports and analyses took as their point of departure in data about need and supply and partly in policy discussions where various stakeholders frequently played a role. However, during our period, the planning became somewhat more systematic; i.e. more based on precise data and on explicit goals. This became clearer from 1991 and especially 1992, when the government emphasized that ministries should formulate their policy documents in a goal-oriented way, and align their sectorial policies with the national and state budgets. As part of this more integrated policy a new measure was introduced, the so-called assignment (or commission) letter. To follow up this form of goal-oriented management, the government

introduced a system of top manager contracts. It contained a bonus element. However, practice was less strictly utilitarian than the policy declarations and even the new managerial techniques could lead one to think, even toward the end of our period. Old-fashioned politics and politicking continued to play a role. The new goal-and-results oriented institutional planning ("virksomhetsplanlegging") that was introduced around 1990 became more an expression of a planning exercise than of creating templates for policy execution.

From a goal-oriented perspective, policy execution should be a relatively "mechanical" undertaking. Control should be a "simple" and precise activity. However, just like the relations between the various functions on the upstream side were loose in our period, so where the relations between the downstream functions. One reason for this was that the state was becoming normatively over-ambitious (equal access, high quality, cost control/efficiency). By becoming so, it forced decision-makers at lower levels to determine many real priorities. Another reason, which just as much had to do with strategies as goals, was that much decision-making authority rested with the municipalities and counties. A third reason was that the state's own administrative system was loosely "coupled." As we have seen, even the two primary "heads" of the health care system, the Ministry and the Directorate, were at loggerheads throughout our period. There were also skirmishes between the Directorate and some of the administrative level three institutions. A fourth reason was that at clinical levels, much remained of the old professional, especially medical, autonomy. Here we should add though, that as this autonomy came under attack, from above by county and municipal authorities and from below by professionally ambitious nurses, much political noise erupted.

Yet, at the same time, the new, more interventional legislation and more goal-oriented form of planning and management began to reshape the downstream processes. The new legislation came first, from 1969-70, the utilitarian management later, from the mid- and late-1980s. After the division of the Directorate in 1983, the Ministry took control of much of the key administration of the most important laws. It remained for the Directorate to take care of the more technical and less value-laden part of the administration of the legislation. From time to time, the Directorate complained about this. The Directorate became more preoccupied with the development and administration of the new institutional plans from 1989. From 1991-92 both the Ministry, the Directorate and other central health administration agencies began to adapt to the new NPM-inspired directives.

From 1983, the Directorate became partly an agency for policy implementation, in practice for the detailed administration of laws and regulations, and partly an agency for control and supervision, including for the handling of complaints (from patients). As we have noted, the latter tasks came to occupy an increasing part of the portfolio of the Directorate. It became an inspectorate from 1994, and solely that from 2002.

At first, it handled its control and supervision functions in a semi-traditional, or pedagogical and collegial, way. Gradually it became a more modern, professional and legalistic supervisory agency. However, it did not become only a professional such agency. It retained some of its "political," or activist, role: Its role was limited to health concerns; it could largely disregard economic concerns. Hence, it was from time to time tempted to criticize care providers for letting economic constraints cause harm to citizens (patients). As we have seen, the Director General liked to see himself as a kind of watchdog for patients, especially "vulnerable" people (patients), at times to the chagrin of politicians responsible for the relevant services.

However, the Directorate was not even responsible for supervising all direct and indirect care or public health work. It was especially concerned about services. The commodity side of the "equation" was often, in whole or part, the responsibility of specialized technical agencies, with the exception of the clinical use of these services. This was the case with radiation hygiene, the supervision of electro-medical equipment and medical materials. From 1994, Norway's entry into the European Economic Area led to the enactment in 1994 of a law about medical equipment (generally). Through this law, Norway had to abide by European regulations. The law meant that the cultural influence of the commercial world on the health *services* sector became stronger. After the Norbom-processes, a process of outsourcing of the control with medicines started. In 2001, the Directorate lost the rest of its oversight of pharmacies and the pharmaceutical sector. The new, merged Norwegian Medicines Agency assumed control of the entire drug supply chain. Before this happened, both the wholesale and most of the retail sale of pharmaceutical products had been privatized and commercialized. Again, the (semi-)commercial encircling of the health *services* sector took a new turn. On the public health side, some of the same happened with the control of food production, sale and consumption. There had always been a tension between the industrially oriented food chain policy and the food control and food advice policy and practice. The first law on food control from 1933 did not "solve" those tensions. The same is largely the case with the next, from 1978, even if it was a law on *coordinated* food control. Coordination is more explicit in the law on food production and food safety that came in 2003. However, the new law was (to be) administered by a new agency, The Norwegian Food Safety Authority, administratively organized under the Ministry of Agriculture and Food.

Commodities of relevance to health and health care, then, came increasingly under the control of agencies set up outside the health services sector during and in the wake of our period. As we have noted, this made the health care service sector, but also public health work, more open to the commercial concerns of the producers, marketers and sellers of medical materials, drugs and food. However, it also meant that the services part of the health sector particularly became more dependent upon commodities of all sorts. With that dependence, came also an increasing dependence on what we might call the commodity culture.

As part of the conversion of the Directorate from a combined strategic and managerial agency into a more technical and administrative, i.e. downstream, control agency, it also became more of a supervisory agency. Indeed, it almost ended up as the latter. It had always been also a supervisory agency, but in "the old days," it had been so in a mostly pedagogical and paternalistically collegial way. The relations between supervisors or inspectors and care providers and public health officers were "internal" and educative. Now they were to become more "external" and "judgmental." In the old days, relations between supervisors and care providers were often related to care provision and were reactive. Now they were also to become expressly preventive and proactive: In the new Law on Health Supervision, enacted in 1984, *internal control* became the watchword for the new form of supervision and inspection. The more reactive activity of complaints handling did not disappear, though. Indeed, it became more extensive. However, it assumed a more juridical function: The supervisors became more formal investigators and, almost, judges. New legislation had now also extended the legal foundation for the complaints handling. Important laws were the Hospital Act (1969), the Law on Municipal Health Care (1982), the Damage Compensation Act (1969), the Product Control Act (1976), a number of health personnel laws – in 1999 replaced by a general Health Personnel Act, and the later Law on Patient Rights (1999). Of some importance was also the so-called *culpa* norm and the Criminal Code (1902). The

catchword for the assessment of complaints was and is the relatively new legal concept of acceptability (non-malpractice – "forsvarlighet").

The supervision and inspection law reflected aspects of the past, in that, in its *travaux préparatoires*, it emphasized that the inspection ought to be pedagogical rather than disaffirming. In addition, the law did not contain a provision for the issuance of regulations. The Directorate prepared such regulations in 1990-91, but the Ministry put the foot down. This was just a few months before the Ministry was to present its own proposal for the reorganization of the central health administration. Regulations about internal control for the health and social sectors specifically only came in 2003.

In the years following the enactment of the inspection law, site visits were relatively few, and mostly confined to the primary care sector, the part of the whole sector with which the county physicians were most familiar. These visits were mostly pedagogical and relatively "friendly." Gradually they became more, though not much standardized. Toward the end of the 1980s, county physicians also started to visit hospitals. With the transition to the 1990s, the county physicians began to request standardization help from the Directorate. By now, their inspections had also become more "external" and critical. At this time, the Directorate also began to earmark certain sectors for special, nation-wide inspections, but was slow to introduce templates for these inspections or for supervision and inspection in general. The Norbom-processes occupied too much of its attention at this time. The real professionalization of the "preventive" supervision and inspection activities only came after the reorganizations precipitated by the Norbom-processes.

The right of patients to submit complaints against personnel or institutions, either directly to them or to the inspection authorities, was based on common practice, not on formal provisions. The procedures for handling complaints also followed common practice. However, this practice became more standardized during our period, and especially from 1989 when the new department of health law was established in the Directorate. In addition, patients could, and can, report personnel or institutions to the police (under the criminal code) or file damage claims against them. Since 1989, patients could also submit demands for economic compensations for injuries sustained during treatment by personnel and institutions to a special public organization, called The Norwegian System of Patient Injury Compensation. Under this arrangement, compensations were and are awarded on "objective" grounds. The mass media also played an increasing role as a complaint channel during the period we are looking at. As another sign of a new era, counties began to appoint patient ombudspersons during the 1980s.

The number of formal, and probably also informal, complaints, increased during our period. We do not have complete information about the number of complaints submitted to the inspection authorities, but a study done at the end of the 1980s showed that the volume of complaints received by 13 of 19 county physicians increased by 48 percent from 1987 to 1989. Complaints received by the Directorate of Health went up by 15 percent from 1984 to 1988 and by another 18 percent by 1995. However, the complaint volume remained negligible relative to the total number of clinical consultations in this period.

The county physicians first handled complaints submitted to the inspection authorities. They sent the cases to the Directorate for possible formal reactions. The Directorate could then issue a warning or a rebuke to the personnel or institution in question. The Directorate regarded these reactions as statements of opinion, not as formal legal reactions. That view was

challenged in a complex complaints case that ran through the 1990s. The case concerned a group of anesthesiologists at a central hospital who had used the relatively new, but quick acting anesthetic, Diprivan, on two small children. Both children died. The hospital reported the incidents to the Directorate and the parents of one of the children submitted a complaint. The Directorate gave warnings to some of the (senior) physicians involved and rebukes to others. The parents of one of the patients who died also filed damage claims against the physicians, the hospital and the producer of the medicine used. The physicians, with support from the hospital, pursued the case and, through a number of court rounds partly prevailed. The parents won in the first court round, but lost in the later ones.

The courts found that the warnings and rebukes were formal, legal decisions. This was humiliating to the Directorate, which had adopted a view that was more iatrocratic than an expression of the new, more professional understanding of what supervision implied. The courts found that the Directorate, in many cases, had applied the law wrongly, but by doing so, and by reclassifying the reactions, contributed to pushing the Directorate further in a legalistic understanding of what its role as a supervisory authority meant. It took at least the rest of 1990s for the Directorate to redefine itself – as a modern, supervisory agency.

Quality Assurance – the New Downstream Function

Quality reached health care as an almost irresistible wave in the second half of the 1980s. It had its roots in the manufacturing industry, but now spread to all parts of the services sector. Quality originally referred to characteristics of a commodity or service. It has come to mean (high) scores on these characteristics. Gradually the reference characteristics became more all-encompassing. Thus, in health care they soon also included access. In other words, quality became the summary word for the goals of health care. Management, then, became (total) quality management.

The quality management apologists understood their goals or values in two ways. One group understood them as minimum criteria or targets. That was the ISO and the consultancy and accounting firms' way of defining them. They needed threshold criteria because they aimed at *certifying* institutions, the latter to earn money doing so. The two American quality apostles, W. Edwards Deming and Joseph M. Juran tried to add something to this: quality *development*. They claimed that the ISO approach just led to "good enough" quality. The ambition should be constant improvement. That meant that management needed to be not a controlling activity but a mobilizing one: Managing ought to be to inspire executives and operatives constantly to be looking for better ways of doing things. If they were to be doing that, they had to be given sufficient autonomy and trust. Theirs was a humanistic management perspective.

The Directorate, in an uneasy cooperation with the Ministry, launched a plan for general quality development in the health care system in 1995. The plan was relatively general, and even if it contained the word "development," it was in practice primarily a quality control plan. Quality control rhymed better with "acceptability" control than did quality development. The plan could have given the Directorate another leg to stand on, but it pointed in the direction of strategy development and execution and therefore did not fit well with the Directorate's (Inspectorate's) turn to supervision and inspection. Quality concerns did not catch much of the attention of the leaders of the Directorate (Inspectorate); neither did it

fascinate people in the Ministry. The result was that it fell by the wayside. In 2002, the new Directorate took over the remnants of the quality initiative.

At the semi-clinical level the hospitals, encouraged by the superior policy institutions, and aided by the Norske Veritas (now the DNV GL Group), launched a program for training quality advisers in the hospitals. This initiative enjoyed some success: A quality community emerged in the hospitals, one that to some extent made the more slow-moving people in the Directorate (Inspectorate) a bit jealous. However, this initiative, it came to encompass also the municipal services from 1998, did not really permeate the clinical community, especially not the medical community.

We should also mention that the associations of some of the professions, especially the medical one, developed its own quality programs. The medical association's program, run by some quality development enthusiasts, had some success, for some time.

The quality wave hit health care in the late 1990s. It stirred up some interest through the first half of the 1990s. However, gradually it became part of the more general policy and management development in health care. It lost its special appeal and did not, and could not give the Directorate (Inspectorate) a new mission.

Se også:

Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 – 2009. Del 1 1809–1983 – Den gamle helseforvaltning. Av Ole Berg. Rapport fra Helsetilsynet 8/2009

Organisasjonshistorie – Statens helsetilsyn og forløparar

Helsedirektørar

Alle utgivelser i **Rapport fra Helsetilsynet** finnes i fulltekst med sammendrag på engelsk og samisk på www.helsetilsynet.no

ISBN 978-82-93595-37-3
Rapport 7/2020 Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat, elektronisk versjon.

ISBN 978-82-93595-38-0
Rapport 7/2020 Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat, trykket versjon.

Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009

Del 2: 1983–1994 – Den nye helseforvaltning vokser frem, akkompagnert av dragkampen mellom departement og direktorat

I det første bind av helseforvaltningens historie ble tiden fra 1809 til 1983 behandlet. I dette bindet behandles perioden fra 1983 til 1994. Forfatteren legger vekt på hvordan perioden er en overgangsperiode. Den markerer overgangen fra den gamle, nokså legestyrte helseforvaltning til en forvaltning preget av legestyrets begynnende forvitring.

Forfatteren redegjør for hvordan det styre som nå vokste frem ble preget av større grad av politisk styring, men særlig av fremveksten av en mer fagliggjort styring. Denne styringen fikk premisser fra jusen, men også fra den økonomiske vitenskap. Styringen ble mål- og resultatorientert. Den omtales ofte som «ny offentlig ledelse» - på engelsk – New Public Management.

Overgangen fra det gamle til det nye styringsregime ble på forvaltningsnivå markert ved delingen av Helsedirektoratet i 1983. Deler av direktoratet fortsatte som helseavdeling i departementet, mens resten fortsatte som direktorat utenfor departementet.

Utflyttingen av det meste av direktoratet betyr at det, og Helsedirektøren, mistet sin strategiske rolle og at direktoratet ble et mer teknisk iverksettende organ og et kontroll- og tilsynsorgan. Helsedirektør Torbjørn Mork mislikte utviklingen og perioden fra 1983 til 1992 ble derfor preget av dragkamp mellom departement og direktorat, og særlig departementsråd og helsedirektør. Denne dragkampen omtales utførlig. Forfatteren viser også hvordan konflikten førte til at direktoratet ble gjort om til helsetilsyn fra 1994 og, siden (2002) at forvaltningsoppgavene ble skilt ut og lagt til et nyopprettet Sosial- og helsedirektorat.

Ole Berg (f. 1944) er professor emeritus i helseadministrasjon og statsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Han ledet i 1986 etableringen av Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo og var i mange år senterets leder. Han var med på å opprette det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon i 1986 og bachelor- og masterstudiene i helseledelse og helseøkonomi i 2002 og 2005. I 2002 ble han tildelt St. Olavs orden for sitt arbeid med norsk helseledelse. Han har hatt studieopphold ved Yale University og vært gjesteprofessor ved University of Minnesota.

Helsetilsynet
TILSYN MED BARNEVERN, SOSIAL- OG HELSETJENESTENE

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaringer fra klagebehandling og tilsyn med sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenestene.

Serien utgis av Statens helsetilsyn.
Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no