

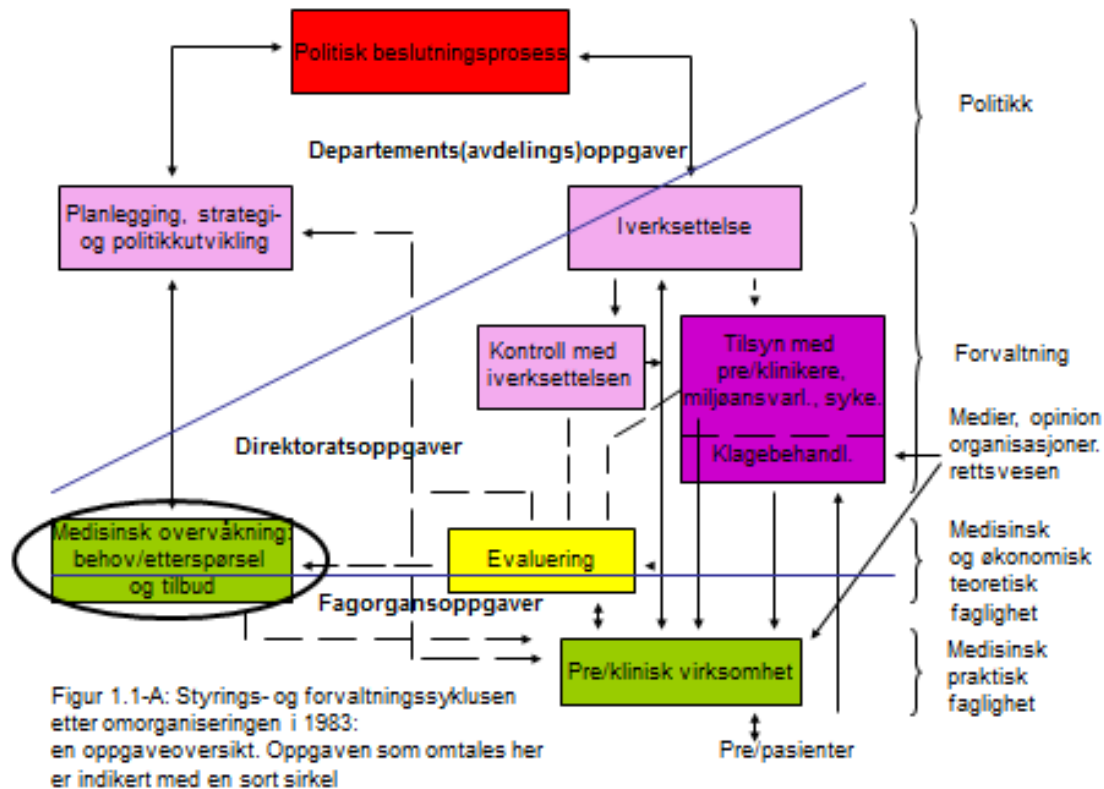
III Helseforvaltningens oppgaver

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 samlet 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 overvåking, og veiledning – ofte også det som på engelsk kalles «advocacy» –



basert på den, og for det annet planlegging og strategi- og politikktutvikling. 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 politikktutviklingen, men altså også å argumentere for en bestemt politikk. Denne overvåkingen 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 overvåkingen til å utforme tiltak, planer, lover, budsjetter – altså en politikk – for å videreutvikle helsevesenet, det kliniske og det prekliniske.

Den medisinske behovsovervåking

Behovsovervåkningsoppgaven, og den tilknyttede rådgivningsoppgaven, gir altså medisinske og andre helsefaglige premisser for politikktutviklingen. 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 nedstrømssiden, altså en politikk som går ut på å styre innholdet i helsefaglig praksis.

Behovsovervåkingen kan ha publikum og samfunnet, medisinen og andre fagmiljøer og de styrende instanser som en slags oppdragsgiver. Etter medisinenes 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 behovsovervåkingen i økende grad ble knyttet til de, mer og mer presise, mål helsestyringen nå ble knyttet til. Overvåkingen 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. Overvåkingen 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 sykелighet, uførhet og dødelighet.

Minimeringsmål som sykелighets- 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 nyttestatlige 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 forstås 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 sykелighetens, 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 «levnadsnivåundersøkning»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). Sekretariatsleder 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 levnadsnivåundersøkningen*, 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 sunnheitsforholdene gjorde.⁸⁵² Den gjorde det også mulig å få et bedre inntrykk av sykkelighets, 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 medisinske (sykdoms)registrene. Registrene registrerer all den sykkelighet 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 Rikstrykdeverket, Arbeidsdirektoratet og Arbeidstilsynet og (fra 1975) Helsepersonellregisteret⁸⁵⁷ – 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 Rikstrykdeverket, 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-a1450-0100000816634>. 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 humangenetik*, 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 personvernemnd 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 hjelpepleiere. 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 gjennomsluktige 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 medisinerne. 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 nytteighet, 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 autonomibeviste, 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 medikratiske 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 personvern hensyn 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 personvern hensyn 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 personvern hensynene knyttet til bruk og utlevering av personopplysninger fra helsevesenet.

Personvern hensyn dukket opp i diskusjonen om «overvåkningssamfunnet» i 1950- og 1960-årene, ofte med henvisning til George Orwells⁸⁵⁹ (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 Metropolit, 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. Byrådet 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 personvern hensyn 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 styringsmodernisererne 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 personvern hensyn 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 antydte 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 persondatasystemer 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 Vøll (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 personvern hensyn 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 pasientregister⁸⁶⁴, 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. Oppnevningen av Henrichsen-utvalget og fremleggelsen av forslaget til ny helseregisterlov er de tydelige uttrykk for det.⁸⁶⁶

Behovsovervåkingen og den faglige rådgivningen

Behovsovervåkingen, 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 overvåkingen av denne for fremtiden burde bli organisert og hvilken rolle de selv kunne spille i overvåkingen 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 ledes 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. I stedet for at de slik gir premisser for politikktutviklingen, blir de en slags formidlere nedover av helsefagpremissar, 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 behovsovervåkingen 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 skjermingsperioden, 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. Helsetilstandsovervåkingen 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 (behandlings) 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 tobakksnyttelse, altså intendert og uintentert 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 sykkelighet, 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 folkehelsefilosofien, 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 politikuttformingen 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 medisinske 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

(benzodiazepiner⁸⁷³). I 1950-årene kom de første antipsykotiske medikamenter (chlorpromazine⁸⁷⁴), 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 antydnet 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 uønsket 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 antas 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* sykkelighet og dødelighet mer alvorlig kom delvis fra dem som, utenfra og moderniseringskritisk, tvilte generelt på medisinsens 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 forebygging.

Torbjørn Mork var opptatt av helsetjenesteforskningen, og støttet den, både gjennom direktoratet og forskningsrådet (NAVF). Han var også, som epidemiolog, opptatt av Thomas McKeown's (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 behovsovervåkingen 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. Konkurransen kom slik inn som et viktig element i forholdet mennesker imellom. Konkurransen drev individene til å opptre stadig mer kynisk, og mer kynisk, ja, utbytende, 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 sykdommer. 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 concentrate 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 syndrom utløses, jo mer utsatt blir et menneske for *mange typer* sykdommer. 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, corticosteroider, 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 tøyse 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.

Tilbudsovervåkingen

Tilbudsovervåkingen har to sider, en ressursovervåkingsside og en side knyttet til overvåkingen 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 ressursovervåkingen 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 overvåkingen av ressursiden.

Ressursovervåkingen

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 ressursituasjon, 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 forbruksrelaterte inntekter (trygderefusjoner og egenandeler). Her skal vi ikke omtale «overvåkingen» 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 legekонтроllerte, 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 sinnssykeasylene, 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 «personall»; 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 sløffet 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 fagtilknytning, 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 institusjonsstatistikkenes 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 helsepersonellregisteret 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 sonde 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 overvåking av utviklingen av tilbudsressursene. Man kan kanskje slik si at den aktuelle tilbudsovervåkingen 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 «nische» – 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 medisinenes 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 helsepersonell 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 rapport⁸⁹³ 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 medisinenes 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 tilbudssideovervåkingen 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

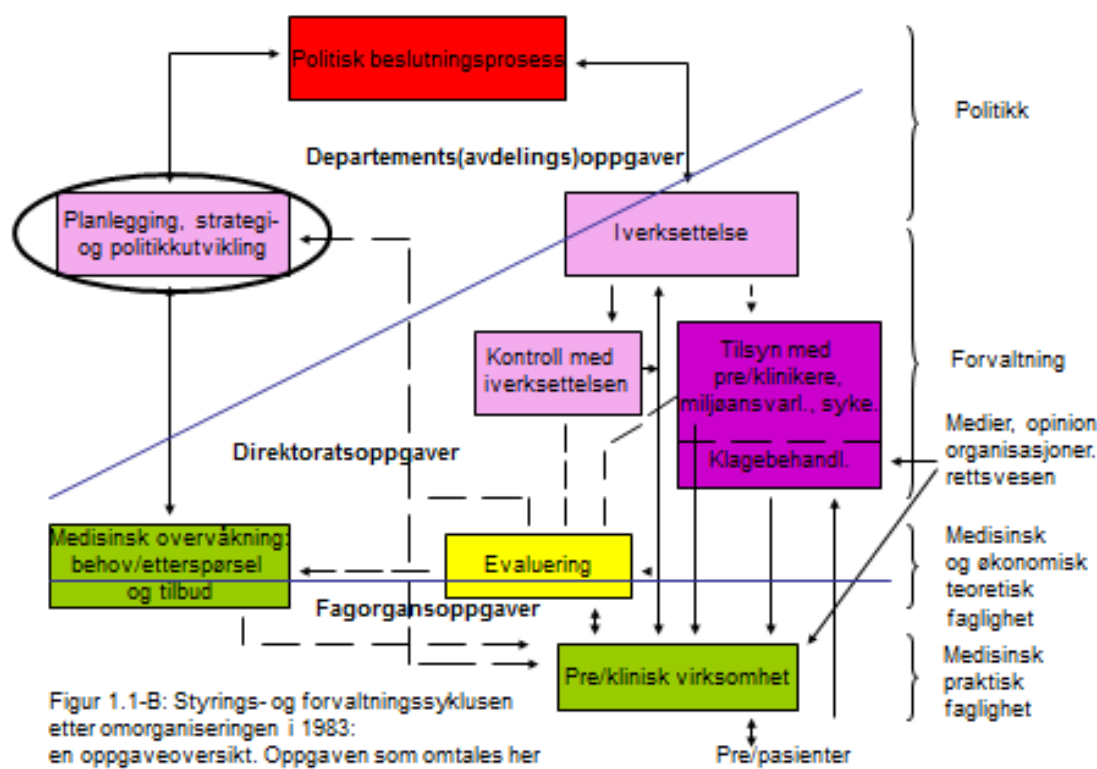
⁸⁹³ Rådet for medisinsk forskning, NAVF, *Medisinsk forskning og teknologi. Utvikling og konsekvenser*, to deler, Oslo, 1986.

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 forebygging 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 klinikerens og hans og hennes erfaring, til det.

Planlegging, strategi- og politikktutvikling

Vi skal nå se litt på neste oppgave i forvaltnings- og politikktutformingsprosessen, nemlig den som omfatter planleggingen og strategi- og politikktutviklingen (kfr. fig. 1.1.-B). Den har den



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 overvåkingen og tolkningen av behovsutviklingen, men enda mer overvåkingen og tolkningen av tilbudsovervåkingen. 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 politikktutformingene på profesjonelle, nyttestatlige premisser har to sider. For det første innebærer den at politikerne, som styringens utgangspunkt definerer politikkenes 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 nås, 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 ordening for sykehustjenester i 1991: Der ble etablert et «indre marked», med egne etterspørreorganisasjoner (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 gjennom eksplisitt og styrt koordinering eller gjennom en eller annen form for bruk av konkurranse, eventuelt en blanding av de to koordineringsformer. Men politisering kan forstås 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 politikkenes 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 politikkenes 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 1988⁸⁹⁶ 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 WHO's helse for alle-stil, og påvirket av Peter Hjørts 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 antydnet. 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 Læg Reid (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 Læg Reid 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 embetsverket 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 Læg Reid, *Reformer og lederskap. Omstilling i den utøvende makt*, Oslo: Universitetsforlaget, 2002.

delar 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 nivå's 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 andreplagte eller selvplagte 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 innebære 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 betingning. 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 Forbucker- 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 administrasjonsdepartementet (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 virksomhetsplanlegging i offentlig sektor*, Bergen: Alma Mater, 1991.

⁸⁹⁹ Vidar Oma Steine, «Hva nå? Forvaltningspolitiske 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 lederlønnssystemet i staten. Det ble innført i 1991, og innebar at de øverste ledere i statsforvaltningen i større grad skulle kontraktsavlønnnes og at avlønningen delvis skulle knyttes til resultater. Resultatene skulle gjennomgås 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 politikkenes 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 et 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 helsevesenet, 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 skjerm, «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 ekplisitt 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 forstås, 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 helsefare, 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 (iverksettelsesprosessen) 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. Budsjetttildelingen var på noe over 10 milliarder kroner i 1989 og på ni og en kvart milliard i 1992; den gikk altså ned (i en «krisetid»). Regnskapene viste imidlertid at utgiftene steg fra ti og en kvart milliard til 11,5 milliarder. 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 Accountability & 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: Verdiane, 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, resultatovervåking 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 sviktovervåkingen 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 resultatstyrt 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 beskjedne. 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 prosedyreløjalitet 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, fagekspertter 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 nivå delt 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 politikktviklingsiden, 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 statsrådets kontor søkte hun. Dagen etter trakk hun sin søknad. 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 utdanning 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 effektiviseringsarbeidet 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 nærheten. De voksende spenninger mellom departement og direktorat bidro til at SME forble en annerledesenheter 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 styringsekspertter. 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 medikratiske – 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 egyptyngde. 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.