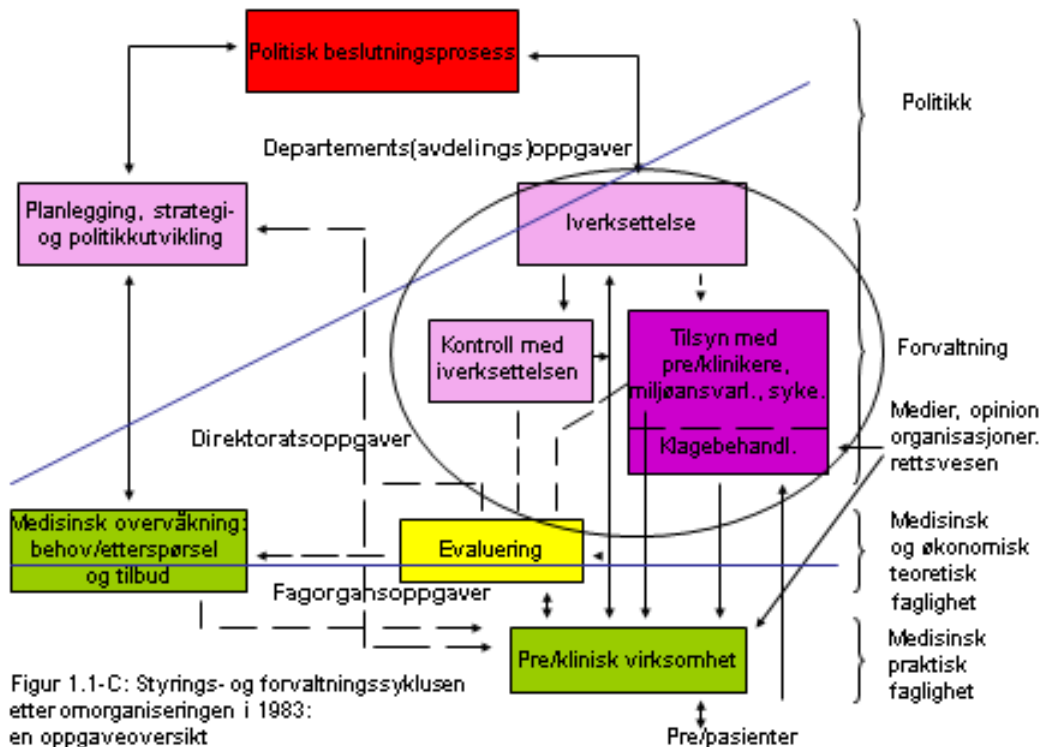


# 11. Politikken og dens forvaltning: Nedstrømssiden som politikk og som forvaltning

## Noen generelle betraktninger



Etter planleggingen, som er en oppgave hvor forvaltning går over i politikk, følger den endelige politiske behandling. Det vil si, planleggingsprosessen er, som vi for så vidt har sett, gjennomsyret av politikk. Pilene går derfor i begge retninger. Der er hvirvler i syklusen, for så vidt hele veien. Den politiske behandlingen skjer delvis innad i departementet, delvis i forhandlinger med ulike interessenter utad og ender med den politiske behandling i (og rundt) Stortinget. Vi skal ikke her gå inn på de politiske prosesser, men har for så vidt sagt en del om dem i det foregående: helsepolitikken blir til gjennom møtet mellom premisser av nyttestatlig, rettsstatlig/byråkratisk, medikratiske, (annen) korporativ/interessentpreget og leppolitisk (parlamentarisk-demokratisk) karakter.

Når vi nå skal ta for oss nedstrømssiden, eller iverksettelsen og «oversettelsen» av politiske beslutninger til konkret styring, er det siste fase i politikk- og forvaltningssyklusen vi skal se på. Vi kunne ha tatt for oss også tilbakekoblingen til neste oppstrømsfase, men har valgt ikke å gjøre det. Denne koblingen har vi imidlertid i noen grad berørt da vi så på overvåkningsoppgaven og vil si mer om den her. Jo mer nyttestatlig styringen blir, jo mer vil nemlig iverksettelsen bli preget av resultatregistrering – altså premissgiving for neste

omdreining i syklusen. Slik kontroll gjør imidlertid noe mer. Den skaper «hvirvler» også på nedstrømssiden: Den kontrollerende iverksettelse fører ofte nokså raskt til oppfølgingskorrigerende, altså til nokså umiddelbar disiplinering. Det gjør at det ikke blir nødvendig med en ny full syklus for å korrigere politikken og det den fører til.

Politikk iverksettes både av politikere, forvaltningens kvinner og menn og til sist av helsefagfolk av ulike slag. Politikere avslutter normalt sin rolle når beslutninger fattes (av dem). Ofte kan det imidlertid være nødvendig for politikere å gå inn i iverksettelsesprosessen, fordi de politiske beslutninger ikke var entydige nok eller mer eller mindre uforenlige, eller fordi konsekvensene av beslutningene politisk oppfattes som uakseptable. I det siste tilfelle kan «subjektive» preferanser spille en rolle. Slike premisser kan imidlertid også spille en rolle i saker som ikke har med noe politisk uakseptabelt å gjøre, men reflekterer politikerens, for eksempel statsrådets, personlige interesser. Mest typisk skjer det ved at en politiker, gjerne en statsråd, påvirker stillingsutnevnelser på nivåer under det nivået hun eller han skal utnevne på, eller at hun eller han påvirker andre, for eksempel geografisk, ideologisk eller etisk følsomme, beslutninger et stykke nede i iverksettelsehierarkiet. Når politikere, eller for den saks skyld andre under dem i hierarkiet, går utenom et eller flere ledd i hierarkiet følger de ikke det som omtales som «linjen». Når de gjør det svekker de i prinsippet de forbigåtte personers autoritet og rolle. Gjør de det ofte kan de helt undergrave de forbigåtte personers, det vil si lederes, posisjon. Noen få forbigåelser oppmuntrer gjerne underordnede til å gå utenom oppover og slik forsterkes raskt umyndiggjøringen av de forbigåtte.

I dette kapitlet skal vi se på det vi har kalt iverksettelse som politikk og forvaltning. Den øvrige del av nedstrømssprosessen, den som omfatter tilsynet og klagebehandlingen (høyre del av det som befinner seg i sirkelen), skal vi behandle i et eget kapittel.

## Iverksettelse som politikk

Det oppfattes som rettsstatlig viktig at linjen følges: Den reflekterer kompetansenormer, altså normer som konstituerer og fordeler autoritet.<sup>921</sup> Denne autoritetskonstitueringen og – fordelingen er ordnet hierarkisk. På toppen er autoriteten som skapes og gies saklig og virkemiddelaktig bred; nedover blir den stadig smalere og mer spesialisert. Hierarkiet får slik vifteform. Men her må noe viktig tilføyes. I større organisasjoner, som staten, gies noen ledere et stykke nedover i organisasjonen utvidet autoritet, spesielt hva gjelder strategier. Det samme kan gjelde enkeltyrkesutøvere. Således har Sosialdepartementet, eller formelt Stortinget, i den perioden vi nå omtaler, delegert en relativt bred myndighet til Helsedirektoratet, en myndighet det (direktoratet) altså kan utøve med en viss grad av autonomi. Direktoratet har videre delegert en forholdsvis bred autoritet til fagforvaltningsorganene, som SIFF og SHUS, på nivå tre. Forholdsvis bred autoritet er også delegert til de statlige sykehus og, i noen, skjønt litt uklart, grad til fylkeslegene. Staten som sådan, men formelt Stortinget, har delegert betydelig grad av myndighet til fylkeskommunene og primærkommunene som ansvarlige for sykehus og primærhelsetjenester.

---

<sup>921</sup> De organer som konstituerer makt i første omgang har selv først fått konstituerende myndighet. I første instans har denne autoritet uformelt grunnlag, f.eks. i tradisjonen eller kulturen (inkludert religiøse holdninger), i ekspertise, i tvangsmakt eller i personlig utstråling. Den canadiske filosofen Charles Taylor (f. 1931) skriver interessant om dette i boken *Philosophy and the Human Sciences, Philosophical Papers 2* (Cambridge: Cambridge University Press, 1985), s. 34 og videre.

Også innad i institusjonene under departementet er der innslag av vide mandater – altså autonomi – på lavere nivåer. Spesielt er det tilfelle i sykehus og til dels også i andre kliniske institusjoner. Også helt i den verdiskapende enden, spesielt hos (over)leger, er der en ikke ubetydelig grad av autonomi (faglig vidt mandat). Denne autonomien kan fortsatt være så vid at den gir en del leger en slags «kommandomyndighet» oppover, altså overfor sykehusledere. Denne autonomien, og enda mer «kommandomyndigheten», er imidlertid under økende grad av press: Det er jo fra slutten av 1970-årene og videre inn i denne perioden av demedikratiseringen begynner å bli tydelig.

Det offentlige helsevesen har altså i denne «overgangsperioden» et forholdsvis løst koblet iverksettelseshierarki. Sett fra en nyttestatlig synsvinkel gjør dét styring vanskelig. Vi har lagt stor vekt på hvordan nyttestatligheten for alvor begynner å gjøre seg gjeldende i denne perioden. Mål- og resultatstyringen innebærer også et ambisiøst forsøk på å stramme inn «koblingene» nedover. Det var også dét statsminister Margaret Thatcher's NHS-utreder, Roy Griffiths (nevnt tidligere) sa (1983), styringen og ledelsen må skjerpes, fra topp til bunn – og gjøres generell. I USA, på ulike vis oppmuntret av president Ronald Reagan, ble svaret «managed care» (i de hovedsakelig private helseforetagender). Som vi har sett var det lettere sagt enn gjort å stramme inn koblingene i norsk helsevesen. I Storbritannia hadde man allerede et helstatlig helsevesen (NHS). I USA begynte man å få store integrerte helseforetagender – og aller størst og aller mest integrert, var Kaiser Permanente, et foretagende som var etablert i 1945 (men hadde røtter tilbake til førkrigstiden). I Norge førte måten styrings- og ledelsesrevolusjonen ble organisert på til at det ble ekstra vanskelig å gjennomføre den: Mye av makten ble gitt til fylkes- og primærkommuner, altså ikke bare forholdsvis autonome myndigheter, men også myndigheter hvor legmannsstyret stod spesielt sterkt og var spesielt inngripende.

Rettsstatligheten spiller fortsatt en dominerende rolle for staten som styrende aktør. Staten skal styre med basis i offentlig kjente, og helst også alment forståtte, lover: Slik blir den forutsigbar, og vi kunne føye til, likebehandlende forutsigbar. Det skal gjelde hele veien, altså også ned gjennom iverksettelseshierarkiet, til offentlig ansatte omsorgsytere, ikke bare overfor borgere og virksomheter utenfor staten. Rettsstatligheten hadde sin opprinnelige normative basis i idealismen, eller normer som «gav seg selv», altså på et vis var selvkonstituerende. Kant foreslo så hvordan selve konstitueringen kunne formaliseres, nemlig gjennom generaliserings- og offentlighetsprøven. Gradvis ble så rettsstaten «infisert» av nyttestatlig, instrumentell tenkning. Lovene (og forskriftene) brukes derfor nå i økende grad som virkemidler for nytteformål. Disse lovene utformes, eller vedtaes (legitimeres) av en foramling etablert for å vedta dem. Andre virkemidler har også alltid vært brukt, særlig budsjetter; lite, og stadig mindre, kan skje uten penger. Nyttestatens måte å forene de to styringsmåter på har vært juridisk å legge vekt på å delegere kompetanse (beslutningsmyndighet), ja, delegere relativt mye kompetanse hva gjelder virkemiddelbruk, men «binde» myndighetsutøverne (lederne) til presise mål (resultatforventninger). I noen grad har også myndighetene, allerede i «vår» periode, koblet jusen og målstyringen enda tettere sammen gjennom kontrakter, i første rekke overfor helsetjenesteytere som i prinsippet er selvstendig næringsdrivende. En del leger og fysioterapeuter ble fra 1984 på denne måten kontraktører. Etter de britiske NHS-reformer, særlig fra 1991, er den nyttestatlige styring i økende grad blitt kontraktuell. I noen grad bygger også kontraktspremissene i privat sektor på konkurransestykke, gjerne bedømt gjennom anbuds konkurranser. Kontraktsstyringen får imidlertid mer tyngde i Norge først fra slutten av 1990-årene, og spesielt fra 2001 (fastlegereformen) og 2002 (sykehusreformen).

Delegasjonsstyringen kommer for alvor med lokalmyndighetenes overtagelse av ansvaret for både (de fleste) sykehus (1970, 1976) og primærhelsevesenet (1984). Den ble fulgt opp med rammebudsjettering i 1980 (fylkene/sykehusene) og 1986 (kommunene). Det som, nyttestatlig manglet, var den eksplisitte målstyringen. Målene kunne vært gitt, av staten, som presise planmål (i planer og budsjetter) eller, mer rettsstatlig, som pålegg (overfor de lokale myndigheter) og rettigheter (for pasienter og arbeidstagere). Ingen av delene skjedde i særlig grad. Det var selvsagt underforstått at helsevesenet skulle ha som mål å maksimere det nasjonale «helseprodukt» (helsejustert levetid), men ingen angivelse av konkrete mål, eller noen avveining av dette målet mot andre mål, helsepolitiske og ikke-helsepolitiske, i planene, medregnet budsjettene, eller lovgivningen. Det var også underforstått at tilgjengeligheten skulle være «maksimal»; det viste seg ved at hele befolkningen var sikret alle tjenester de hadde behov for, med små eller ingen private utlegg, og at både primærlegemangel og sykehuskøer gjennom hele perioden skapte politisk uro. Det ble imidlertid ikke fattet juridiske eller andre vedtak som kunne sies å være bindende for staten, eller de lokale myndighetene. Det var endelig underforstått at kvaliteten skulle være god, og reflektere kunnskapsstatus internasjonalt, men hva dette skulle innebære ble ikke formulert som forpliktende oppdrag for de lokale tjenesteytere. Målene, eller formålene, ble liggende der som tause, men selvsagte, sådanne. Det førte til at iverksettelsesprosessen ble nokså politisert, og like meget, eller samtidig, ble til en ny oppstrømsprosess.

Det var altså en markert spenning mellom den ekspanderende nyttestatlige styring og den folkelige (politokratiske) desentralisering. Det gjorde for eksempel at den sentralisering som lå i LEON-planen fra 1975 bare svært sakte kom i gang. Desentraliseringen gjorde også at budsjett disiplinen ble moderat i sykehusene og for så vidt i fylkeskommunene. Da staten forsøkte å stramme til økonomisk i begynnelsen av 1980-årene, altså etter at rammefinansieringsordningen var innført, førte det knapt nok til øket effektivitet (omkostningseffektiviteten utviklet seg «flatt»), som var hensikten, men til sykehuskøer, og til privatiseringspress og «helseturisme». Ettersom køene kom, og ble synlige, forsøkte staten å stramme opp fylkeskommunene med prioriteringspolitikk (basert på Lønning I-forslagene) og pålegg om ventetidsgrenser. Fra 1990 måtte alle offentlige sykehus, også psykiatriske, føre ventelister. Det formelle grunnlag var en forskrift (under sykehusloven) om ventelisteregistre og prioritering av pasienter. Ventelisteførselen gjaldt de høyest prioriterte pasienter som ikke var øyeblikkelig hjelp-pasienter eller nesten det. Disse pasientene, som altså var «annen-prioritetspasienter», hadde krav på hjelp innen seks måneder innen eller utenfor sitt hjemfylke, hvis der var kapasitet innenlands.<sup>922</sup> Hvis det siste ikke var tilfellet, skulle de aktuelle pasienter føres på en særskilt venteliste. Men ventetidsproblemet ble ikke fjernet ved slike tiltak, og sommeren 1993 ble det nedsatt et utvalg, ledet av statssekretær Ellen Strengenhagen, som skulle fremme forslag til hvordan innholdet i det som litt euphemistisk ble kalt «ventetidsgarantien», kunne styrkes. Utvalget kom med sin innstilling våren 1994. Ventetidsproblemet førte også til at det ble opprettet en ankenevnd som skulle gi departementet råd. Nevnden fungerte fra 1993 til 1998.<sup>923</sup>

<sup>922</sup> Annen prioritet hadde pasienter for hvem ikkebehandling kunne få «katastrofale eller svært alvorlige konsekvenser på sikt», men også noen grupper til, blant annet visse grupper eldre og barn under 18 år (hvis lidelsen kunne føre til fysisk eller psykisk utviklingshemning). Kfr. St. meld. nr. 50 (1993-94), s. 58.

<sup>923</sup> Den fikk til behandling flere vanskelige, offentlig omtalte saker, hvor pasienter søkte om betaling for behandling i utlandet. I noen av sakene overprøvde statsrådene (Christie og Hernes) nevnden.

Staten hadde altså, gjennom desentraliseringen av myndighet, gitt fra seg mye av muligheten for å styre «hardt». Den hadde, som vi har påpekt, renonsert på å være en nyttestat overfor de lokale myndigheter. Den kunne nok ha tatt inn litt nyttetatlighet «bakveien», nemlig ved å ha knyttet styringen til presise mål. Å gjøre det ville imidlertid vært i strid med den folkelig-demokratiske intensjon bak desentraliseringen. Dessuten kom desentraliseringen før den nye nyttetatlighet hadde satt seg skikkelig. Staten forsøkte seg dog med litt hardere styringsmidler, som strengere budsjettkontroll (frem til 1985), innføringen av ventelisteforskriften og fra 1988–89 en strammere styring av personalressursenes fordeling. Det siste viste seg blant annet gjennom stillingsstopploven i 1988, etableringen av et legefordelingsutvalg i 1989, opphevingen av trygderefusjonen for helt private leger i 1992 (10.10.) og «trusler» om å øke avtaleandelen og redusere refusjonsandelen for avtaleleger. I flere utredninger og meldinger kom der også signaler om mer bruk av harde styringsmidler, som forløpere for den nye hardheten frem mot og like etter årtusenskiftet. Stykkprisforsøk og DRG-finansiering er to viktige stikkord i denne sammenheng. Lov om forsøk med listepasientforsøk i kommunehelsetjenesten fra 1991 gir også et viktig styringssignal.

Staten, ved Sosialdepartementet, måtte altså i stor grad styre de viktigste delene av klinikken gjennom holdningspåvirkning, rådgivning og veiledning. Tor Inge Romøren har rett når han i utredningen for departementet i forbindelse med utarbeidelsen av Røynslemeldinga påpeker at staten ikke hadde tatt dette helt inn over seg. «Når en ikke lenger kan bruke regler, normer og refusjoner, men heller ikke har utredet alternative styringsmidler, er det nærliggende å bli passivisert», skriver han, og legger til at det var det som var skjedd. Ja, egentlig er situasjonen enda verre, for statens øverste organer, departementet og direktoratet, bruker tid på å slåss med hverandre og om styringen av sine lokale «agenter», fylkeslegene. Dratt mellom departement, direktorat og KS og uten noe klart mandat, er de siste helt passivisert, hevder han.<sup>924</sup> Han peker så selv på hvordan den nye «myke» styringen kan følges opp – og bli til en sterkere styring, men hans forslag blir ikke tydelig fulgt opp av departementet. Romørens forslag er nok i noen grad nyttetatsinspirert, som når han taler om kommunene som et «konsern» med 448 enheter (s. 197), men ikke utvetydig.

I løpet av 1980-årene, men for alvor fra begynnelsen av 1990-årene, blir kvalitet, og kvalitetssvikt, et viktig helsepolitisk anliggende. Igjen var det et uttalt formål i helsepolitikken som får mer formell oppmerksomhet. Kvalitet, teknisk forstått, var og er ett av helsepolitikken «naturlige» mål: det er knyttet til pasientverdi. Det passet slik at det ble et aktuelt mål samtidig som mål- og resultatstyringen ble den nye, offensive styringsform. Kvalitetspolitikken, som en del av den nye kontrollpolitikken, egnet seg godt for å bringe staten tilbake på offensiven: Spesielt kan kvalitetssvikt brukes til å stramme opp de lokale klinikker og deres eiere. Vi har sett hvordan Helsedirektøren gjorde det med stor emosjonell kraft, særlig fra 1986. Men vi har også sett hvordan departementet mislikte den statlige aktivisme Torbjørn Mork utøvet. Den skjerpet spenningen mellom staten og selvbevisste lokalmyndigheter, og bidro mer til å svekke staten som samlet, styrende organ enn til å styrke den. Samtidig gav det kvalitetspolitikken, og med den tilsynspolitikken, en vanskelig start. Men dette saksområdet bidro også, når vi først kommer ut i nittiårene, til for alvor å bringe MR-styringen inn i helsepolitikken. Vi skal komme tilbake til dette snart.

---

<sup>924</sup> Tor Inge Romøren, *op.cit.*, s. 167-219; sitatet er fra s. 195; kfr. ellers spesielt s. 195-197.

## Iverksettelsen og medikratiet

Vi har så langt omtalt problemene med å iverksette som skyldes de politiske og administrative beslutningstageres utøvelse av sin autonomi. Det vil si, aktørene opptrådte i strid med hverandre. Ofte strakte noen også sin autonomi noe utover det som var formelt korrekt eller iallfall «naturlig». Også aktørene på klinisk og nærklinisk nivå bidro til striden og til at iverksettelsen ble vanskelig eller stoppet opp. Den politisk-administrative desentralisering bidro til at de kunne gjøre det. Ja, de engasjerte seg gjerne også i den dragkamp som oppstod på nivåene over dem. Det gjaldt i første rekke legene, som jo tradisjonelt hadde hatt stor autonomi, men det gjaldt etter hvert også sykepleierne og deres søsteryrkesgrupper. Det nye nyttstatsregimet var jo et direkte angrep på medikratiet, og stod også i et spenningsfylt forhold til sykepleiestyret i den grad sykepleierne krevde, og delvis fikk, større grad av autonomi. Legene var, som vi har nevnt, formelt blitt arbeidstagere, eller kontraktører, fra slutten av 1970-årene, men fortsatte i mange henseender å oppføre seg som delvis frie profesjonsutøvere. Sykepleierne begynte utover i 1980-årene å oppføre seg mer som legene hadde gjort, altså som en slags profesjonsutøvere.

Ved utløpet av 1970-årene forsvant de siste administrerende overleger ved sykehusene. De ble til relativt anemiske sjefleger. De gamle forvaltere, nå ble de gjerne kalt økonomisjefer, ble til direktører. Direktørstillingene gikk ofte til «sivilister». Den siste administrerende overlege var antagelig den kraftfulle kirurgen, Kaare Liavaag (1908–1981), ved Drammen sykehus. Han gikk av ved utløpet av 1977. Den direktør som da kom (fra 1978) var, symptomatisk nok, tidligere generalmajor Nils W. Arveschoug (1924–2015). Direktørene rapporterte fra 1976 oppover, ikke kollegialt til fylkeslege og et sykehuskontor i direktoratet, men administrativt til fylkeskommunens (fra 1976) helsesjef, etter hvert gjerne kalt fylkeshelsesjef.

I kommunene forsvant distriktslegen i 1984 og ble delvis erstattet av en kommune(over)lege. Kommunelegen, som fikk et langt smalere ansvarsområde enn distriktslegen hadde hatt, rapporterte ikke til legekontoret i direktoratet – det var for så vidt også fjernet med omorganiseringen høsten 1983 – men til en kommunal leder, gjerne kalt helsesjef. Helsesjefen var sjelden lege. Kommunelegen beholdt et visst innslag av medikratiske myndighet, for så vidt som det i kommunehelsetjenestelovens § 3-4 (1982) het at en kommunalt ansatt lege skulle ha «det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten». De kommunale ledelser valgte stort sett å se bort fra denne medikratiske konsesjon, mens mange leger ikke gjorde det. Det skapte usikkerhet og spenninger mange steder og førte til at regjeringen (Brundtland III) våren 1994 foreslo å endre § 3-4. I annet ledd her ble det hetende «Kommunelegen skal være medisinsk-faglig rådgiver». Regjeringspartiet fikk endringen, som for så vidt var varslet i «Røynslemeldinga» fra mars 1990,<sup>925</sup> igjennom med støtte fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet. Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti ville beholde den mer medikratiske formuleringen (om ansvar). De siste mente at endringen ville innebære «å svekke legens posisjon», for eksempel hans eller hennes mulighet for å gi pålegg til kommunen når han eller hun mente kommunehelsetjenesteloven kunne være brutt. Begge endringene innebar en reduksjon av legeledernes autonomi, og i sykehusene, i praksis også av alle legenes autonomi.

I sykehusene skapte endringene en uro som varte fra endringene kom i slutten av 1970-årene og «vår» periode ut. Ja, den begynte først for alvor å legge seg rundt årtusenskiftet. Uroen ble

<sup>925</sup> St.meld. nr. 36 (1989-90), *op.cit.*, s. 38.

dobbel. Til dels oppstod der spenninger mellom sykehusenes sentralledelse og legene, særlig det som fra midt i åttiårene ble kalt avdelingsoverleger, og mellom (avdelingsover)legene (og til dels sjeflegene) på den ene side og sjefsykepleierne og (over)sykepleierne på den annen.

Sykehusdirektørene forsøkte å disiplinere legene (og sykepleierne) økonomisk. For å få mer «tak» på dem begynte de også å tale om å opprette et nytt nivå, for å få redusert sitt kontrollspenn og dermed også øke sin mulighet for å styre (stramt). De lyktes i beskjeden grad. Legene hadde fortsatt stor grad av kulturell kontroll over alle andre, direktører medregnet. Som en leder på et større sentralsykehus uttrykte det mot slutten av åttiårene: «Når jeg snakker med mine avdelingsoverleger har jeg en følelse av at de ser på skrå ned på meg. Men hva verre er, jeg tar meg i å se på skrå opp til dem».<sup>926</sup> Da den militært utdannede Oddmund Hammerstad (f. 1942) kom som direktør til Rikshospitalet i 1987 kom han raskt til den konklusjon at han hadde for mange som rapporte til seg, over 40, og foreslo å etablere et nytt nivå for å redusere sitt kontrollspenn. Han ville lage divisjoner. Legene, som på dette tidspunktet gjerne refererte til den nye, ikkemedisinske sentralledelsen, som «de der nede i porten», smilte bort forslaget, med å spørre om man skulle innføre bataljoner også. Hammerstad ble sittende til 1990.

Dragkampen mellom de nye direktører og deres medledere og legeeliten, i praksis legekorpset generelt, resulterte etter hvert i at sykehusledelsen de fleste steder ble nokså delt. Direktørene ble, og forble langt på vei, administrative ledere, spesielt opptatt av å holde budsjettet, men også, mer nyttestatlig, av å øke omkostningseffektiviteten. Legene styrte med den kliniske verdiskapning, både tilgjengeligheten (ventetiden) og kvaliteten. Pengene bandt jo de to regimer sammen, men ofte ble det slik at hvis legene satte hardt mot hardt måtte direktøren gi etter. Da direktør Hammerstad sa til Rikshospitalets fremste legeleder, professor Audun Flatmark (1926–2004) at han også var ansvarlig for å holde budsjettet og kanskje burde se seg om etter noe annet hvis han ikke ville eller maktet det, svarte professoren, med et smil: «Vi får se hvem av oss som må gå først».<sup>927</sup>

Problemet for direktørene, når de bad legene om å bli mer effektive, var at de ikke selv kunne si noe om hvordan det kunne skje. Når de forlangte besparelser fikk de ofte spørsmålet: Hva foreslår direktøren at vi skal gjøre? Slik var det under den i stor grad skjønnsbaserte medisinen: Kunnskapen befant seg i stor grad i hodet på ekspertene. Men i løpet av 1980-årene, og enda mer utover i 1990-årene blir kunnskapen i økende grad standardisert og offentliggjort og legene blir lettere «å se i kortene». Fremveksten av «regelmedisinen» gir de nye ledere et langt bedre grunnlag for å lede og nærlede leger og annet helsepersonell. Men eksponeringen av medisinen «hemmeligheter» var ikke kommet så langt i løpet av vår periode at den fikk stor innflytelse på forholdet mellom sykehusledere og klinikere. I noen grad følte derfor sykehusledere at de, for å vinne tillit hos legene, måtte være deres talsmenn videre oppover, overfor de bevilgende myndigheter. Det varierte en del fra sykehus til sykehus i hvilken grad det ble slik, men de ledere som forsøkte å lede stramt nedover, og være lojale oppover, fikk ofte betydelige problemer.

Oppoverpresset på direktørene ble forøvrig så sterkt fordi oppoverpresset på avdelingsoverlegene var så sterkt, ja, enda sterkere: Den avdelingsoverlege som virkelig

<sup>926</sup> Fortalt til oss i 1988.

<sup>927</sup> Dette ble fortalt oss av flere andre leger på Rikshospitalet i 1987-88. Det ble bekreftet av Oddmund Hammerstad i samtale 5.12. 2016.

forsøkte å styre lojalt, og stramt, nedover, fikk det gjerne meget vanskelig innad i sin avdeling. Det ble slik også gradvis vanskeligere å få noen til å ta oppgaven som avdelingsoverlege. Vi bør legge til, avdelingsoverlegens posisjon ble ytterligere truet av fagutviklingen: Den tiltagende spesialisering av medisinen gjorde at han eller hun gradvis tapte faglig, og dermed ofte også ledelsesmessig, autoritet overfor sine kolleger. Det bidro ytterligere til at avdelingsoverlegen måtte være pågående oppover. Det bidro også til at han eller hun som leder nedad mer og mer ble en administrator, og slik ytterligere svekket sin autoritet overfor kollegene. Den gamle fagautonomikulturen gjorde slik at den nye, nyttestatlige og linjepregede styringen og ledelsen bare sakte slo igjennom i sykehus. Men noe skjedde. Ledernes autoritet ble sakte, men sikkert styrket og leger flest begynte gradvis å vende seg til at de var blitt arbeidstagere; ja, til dels begynte de også å oppføre seg mer og mer slik. Deres forening antok således mer og mer (fra slutten av syttiårene) preg av å være en fagforening, om enn en fagforening for økonomisk velsituerte arbeidstagere.

Mens man kan si at den nye postmedikratiske styringen i sykehusene utløste tydelig protest og andre former for det Hirschman kaller «voice» (eller politikk; kfr. tidligere), førte den i primærhelsevesenet til en kombinasjon av passivisering og «exit». Mange leger fant seg på ulike vis i å bli innordnet, et stykke nede, i det lokale byråkrati, mens andre gikk ut (valgte «exit») eller lot være å begynne som kommuneleger. Tor Inge Romøren skriver i sin utredning, vedlagt «Røynslemeldinga»: «Trivsel og tilpasning i kommunelegerollen er dårlig. Det er rekrutteringsvansker til yrket, og mye godt talent er allerede gått tapt. Mer kan komme til å følge etter».<sup>928</sup> Noen legeflikt fra kommunene skjedde imidlertid ikke frem til 1994. Den som skjedde, skjedde i starten, og skyldtes da like meget kommunene som legene: Vel 60 prosent av legene som arbeidet i primærmedisin hadde i 1984 avtale med kommunene; bare vel 34 prosent var fastlønnede arbeidstagere. I 1988 var andelen knapt 56 og vel 39 prosent.<sup>929</sup> Andelen fastlønnede leger begynte imidlertid så å gå litt ned og var 37 prosent i 1993, samtidig som andelen helt private begynte å gå opp (etter beslutningen i 1992 om å oppheve trygderefusjonen for nye privatpraktiserende leger).<sup>930</sup>

Arbeiderpartiet hadde ønsket å kommunalisere, og «sosialisere», et «statlig-privat», men nokså medikratiske primærhelsevesen, men den borgerlige seier ved valget i 1981 gjorde at det ble åpnet opp også for en kontraktørløsning (med «avtaleleger»). Arbeiderpartiet arbeidet etter at det kom til makten igjen våren 1986 for å gjenoppta «sosialiseringslinjen» (flere fastlønnede leger og økt avtaleandel/reduisert refusjonsandel for avtalelegene), og også å strupe den helt private legevirkosomheten (ved å fjerne adgangen til trygderefusjon). At partiet var i mindretall også da det satt med regjering (1986–1989, 1990–1997), gjorde at det ikke nådde helt frem med sin linje. Istedenfor var det den «borgerlige» kontraktørrelinjen som etter hvert vant frem. Arbeiderpartiet så etter hvert at kontraktørordningen – som har et større nyttestatlig enn medikratiske potensial – gav et grunnlag for stadig tettere styring av legene. Ja, kontraktørtenkningen kom jo også til å få en viss innflytelse på styringen av sykehus (og sykehusleger) fra 2002. Allikevel er det ingen tvil om at overgangen til avtalepraksis gjorde at «temmingen» av primærlegene, og for så vidt også de privatpraktiserende spesialister, gikk saktere enn «temmingen» av sykehuslegene, selv om «temmingen» i stor grad skjedde gjennom de kommunalt ansatte leger. Også innen primærhelsevesenet skjedde der dog gradvis en «legetemming». Styringslinjen ble altså tydeligere i hele helsevesenet. Der ble skritt for

<sup>928</sup> Tor Inge Romøren, *op.cit.*, s. 200.

<sup>929</sup> St.meld. nr. 36 (1989-90), S. 65, TABELL 7.3.1.

<sup>930</sup> Siv Øverås, *op.cit.*, s. 100–101.



skritt mindre medikrati, legeautonomi, men også mindre reell lederautonomi. For å hoppe litt frem i tid: Det kunne rett etter 2002 synes som om sykehuslederne og deres underledere fikk større frihet enn de hadde hatt som fylkeskommunalt ansatte, men den skjerpede mål- og resultatstyringen gjorde at de egentlig ble strammere styrt, spesielt fra 2005–06.

## Iverksettelsen, nutrixokratiet og den delvis enhetlige ledelse

Sett fra en nyttestatlig synsvinkel var altså medikratiet et problem. Ettersom staten begynte å få legene over på defensiven oppstod et nytt nyttestatlig problem: Sykepleierne og deres søstergrupper forlangte å få lede seg selv. De ville ikke lenger underordne seg medikratiet. De ville ha et eget hierarki, dog mer internt linjestyrt enn medikratiet hadde vært, et «nutrixokrati»,<sup>931</sup> spesielt på sykehus, på avdelingsnivå. Sykepleierne og de andre gruppene kunne slik i noen grad bli en alliert med de offentlige styrere i nedkjempingen av medikratiet, men de ble mer til bry enn til glede. Sykepleiernes kamp mot legene, den startet for alvor midt i 1970-årene, men ble spesielt alvorlig utover i 1980-årene, gjorde at de offentlige styrere fikk enda flere grupper å «temme», men også at mye av ledernes oppmerksomhet ble absorbert av konflikthåndtering. Slik ble der mindre tid til den nytteinspirerte strømlinjeformingen av institusjonene, spesielt sykehusene. Dragkampen mellom yrkesgruppene ble på enkelte sykehus nokså ondartet, som ved Vestfold sentralsykehus, Rikshospitalet og, spesielt, Regionsykehuset i Tromsø. Den var et tydelig uttrykk for hvordan den nye, mål- og resultatorienterte styringsordningen ikke fungerte (godt). Den bekymret helt til topps. Hverken sykehusledere eller politiske ledere visste hvordan de skulle gripe saken an.

Men der skjedde allikevel en gradvis tilpasning. Legene gav etter hvert etter og godtok at sykepleierne fikk lede seg selv i viktige henseender, spesielt siden den løpende samordning i den kliniske hverdag, iallfall stort sett, skjedde på legenes premisser. Der vokste slik frem en todelt ledelse på avdelingsnivå på sykehusene. Enkelte steder var den nokså todelt; avdelingsoverlegen og oversykepleieren hadde hver sine domener og blandet seg minst mulig inn i hva den annen gjorde. Andre steder var der et mer omfattende samarbeid for å få medisin og sykepleie til å henge godt sammen. Denne ordningen ble ofte omtalt som «enhetlig todelt ledelse». Siden de fleste avdelingsoverleger ennå var menn ble tilpasningene for mange ikke så ulike dem de forsøkte å få til hjemme: Likestillingen ble av og til preget av tydelig todeling av oppgaver, andre steder av «enhetlig todelt samvirke». Ordningen vokste delvis frem fordi det i lengden ble slitsomt å krangle og være mistenksomt på vakt, men den kom også fordi avdelingsoverlegene så at den hjalp dem: De likte ikke administrasjon, hverken administrativ pasientadministrasjon eller personaladministrasjon. For mange avdelingsoverleger var det en stor lettelse at oversykepleieren kunne ta hånd om disse oppgavene, og spesielt de aller mest arbeids- og følelseskrevende, personalforvaltningen av pleiestaben. En del avdelingsoverleger lot etter hvert oversykepleieren (overbioingeniøren, overradiografen) ta så store deler av det administrative arbeidet, økonomiforvaltningen inkludert, at de i en del henseender ble viktigere avdelingsledere enn avdelingsoverlegen – som jo gjerne ville ha tid til klinisk virksomhet også. Det skapte imidlertid en ny type misnøye blant sykepleierne: Oversykepleierne fikk et ansvar de følte gikk utover det de formelt hadde, og uten at det ble erkjent og økonomisk tilstrekkelig godtgjort.

<sup>931</sup> *Nutrix* er et latinsk ord for sykepleier(ske), den som nærer, for eksempel ved å gi bryst; kfr. engelsk «nurse». Man kunne også brukt ordet «altrixokrati» (en fostermor, nærer), samt flere andre ord.

Den todelte løsningen vokste gradvis, og mer organisk enn styrt, frem. Sett fra en nytteorientert synsvinkel var den ikke ideell. Den skapte uklare ansvarforhold og krevde at de kliniske ledere hadde mer autonomi, både hver for seg og samlet, enn det mål- og resultatstyringen forutsatte. I tillegg var den ustabil. Den forårsaket stadig spenninger og uro. De «todelte» lederne ble egentlig aldri skikkelige, målorienterte linjeledere. Utover i nittiårene ble derfor spørsmålet om å «profesjonalisere» lederansvaret også på avdelingsnivå aktualisert. Andersland-utvalgets innstilling av 1990, gav et tydelig utgangspunkt for å ta opp spørsmålet, også fordi utvalget hadde medlemmer både fra lege- og sykepleiersiden – som engasjert sluttet opp om de kenningske tanker om (énpersonlig) ansvarsledelse (eller generell ledelse, som den ble kalt i Storbritannia). Men den nye arbeiderpartiregjeringen ville ikke, som vi har nevnt, følge opp innstillingen. Den ble, på en mer pragmatisk, og mindre næringslivspreget, måte fulgt opp seks år senere, gjennom den offentlige utredningen (NOU 1997: 2) – statsrådsvennlig kalt «Pasienten først!» – der prinsippet om såkalt profesjonsnøytral ledelse i sykehus ble lansert. Da hadde, som nevnt, allerede Stortinget høsten 1995 bedt om at regjeringen måtte ta initiativ til å få innført «enhetlig ledelse». Prinsippet om slik ledelse ble så tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven av 1999. Det skulle realiseres i praksis senest fra 2001. Men helt nyttestatlig «profesjonsnøytral» ble ikke prinsippet gjort. Det skulle fortsatt legges vekt på kjennskap til klinikkens logikk ved lederutnevnelser på klinisk nære nivåer. Dessuten kom der i regelverket inn en bestemmelse om at hvis lederen i en klinisk virksomhet ikke var lege, måtte en lege utpekes som medisinsk-faglig ansvarlig. Det var ikke lett å få bort alle elementer av medikrati. Denne ledelsesreform var imidlertid en viktig forutsetning for at det neste, mer ambisiøse nyttestatlige fremstøt skulle bli vellykket, nemlig omgjøringen av sykehusene fra fylkeskommunale «forvaltningsorganisasjoner» til statlige foretagender.

I primærhelsevesenet fikk man egentlig ikke noe sykepleieropprør. Her ble helsevesenet som sådant så organisatorisk oppdelt at ledelsesformen mer gav seg selv. Kommunelegen ble, under helsesjefen, sittende med en del av de forebyggende oppgaver og fikk kontraktsansvaret for avtalelegene. Han eller hun fikk også noen andre oppgaver, blant annet oppgaver som krevde et visst samarbeid med pleietjenesten og til dels spesialisthelsetjenesten. Pleie- og omsorgsarbeidet ble separat organisert, og ble en langt større del av det kommunale helsevesen enn legetjenesten. I det nye, mer likestilte samfunnet, måtte det offentlige ta over mange av de omsorgsoppgaver hjemmearbeidende kvinner før hadde tatt seg av.

«Bekjempelsen» av medikratiet, og etter hvert også nutrixokratiet og «fagsamstyret», var viktig for mål- og resultatstyrerne. Det var viktig for å få iverksatt de ovenfra vedtatte planer. Vi har sett at denne «bekjempelsen» etter hvert lyktes. Det som skjedde fra slutten av 1970-årene, transformeringen av legerollen fra en profesjonsrolle til en arbeidstager- og kontraktørrolle, er grunnlaget for nedbyggingen av fagstyret (fagstyrene). Men medisins egen utvikling er også en faktor i utviklingen. Dens utvikling fra skjønnsmedisin til regelmedisin omdanner, på det grunnleggende plan, medisinen fra et medikratiske (skjønnsutøvende) til et stadig mer nytteorientert foretagende. Det gjør, som vi har nevnt, kunnskapen upersonlig og offentlig og kunnskapsanvendelsen registrerbar, styrbar og kontrollerbar. Kampen mot, eller om, fagstyrene ble altså også noe av det som preget denne overgangsfasen, og gjorde den komplisert. Ja, delingen av direktoratet og «lokalsosialiseringen» av almen- og spesialisthelsevesenet, var i stor grad motivert av ønsket om å avvikle medikratiet på makroplan.

## Iverksettelse og upresise mål: Uintendert remedikratisering

Fra et nyttestatlig synspunkt var det et særlig problem at beslutningstagerne ikke egentlig klarte å utføre den primære forutsetningen for å innføre mål- og resultatstyring, nemlig å definere målene på en presis måte. Vi har omtalt målstyringen ovenfor. Her skal vi føye til noe, som er av særlig betydning for iverksettelsen – det at planmålene ikke er spesielt klare og heller ikke avveid overfor hverandre.

Ekte målstyring krever at målene defineres som «endelige» verdier, ikke bare som midler til disse. Uten et tydelig utgangspunkt i mål, blir det noe tilgjort over mål- og resultatstyringen. Den blir preget av surrogatmål og uklare prioriteringer, som den tidlige virksomhetsplanlegging var. Det gjør iverksettelsen til noe langt mer enn en «mekanisk» aktivitet. Det gjør i realiteten at autoritet (myndighet) igjen dyttes nedover, men altså på en ufullstendig og uklar måte. Ikke minst får lokale ledere og, i klinikken, leger slik den form for autonomi de misliker. Man får i noen grad tilbake medikratiet, men altså på en «forkjørt» måte.

Sett fra en samfunnsmessig synsvinkel er det mest naturlige mål, som vi har sett, å maksimere et nasjonalt helseprodukt, for eksempel levealdersforventninger, særlig ved fødselen. Vi har også sett at det nyttemessig kan være naturlig, hvis det teknisk lar seg gjøre, å tale om å maksimere levetiden helsejustert. York-økonomene, med Alan Williams (1927–2005) i spissen, har foreslått å tale om kvalitetsjusterte (forventede) leveår.<sup>932</sup> Skal staten sette opp noe slikt som mål, må den definere det presist, for eksempel slik at den helsejusterte levetid skal økes med så og så mye i løpet av det neste år, de neste fem, ti osv. år. Å gjøre det vil si å veie denne helseverdien mot alle andre verdier. Teknisk gjøres det best ved at man definerer en generell sosial nyttefunksjon (velferdsfunksjon). Da vil helsemålets prioritet kunne regnes ut på grunnlag av dets vekt i denne funksjonen. Men det er ikke slik det ble gjort og det er ennå ikke slik det gjøres. Det ble ikke definert noe presist nasjonalt helsemål.

Helsemyndighetene regnet bare ut i etterkant hvordan levealdersforventningene hadde utviklet seg. Helsejusteringen er kommet etter «vår» periode. Prioriteringen av helse ble så et spørsmål om dragkamp og skjønnsutøvelse om hvilke mindre endringer i den tidligere prioritering som skulle foretaes.

Hadde myndighetene definert helsemålet presist hadde de måttet sette en pris på leveårene, kanskje aldersdifferensiert. Nesten uansett hvordan man hadde definert målet ville det innebåret at ressurser måtte blitt flyttet fra tjenester til eldre syke, men også andre med alvorlige, uførhetsskapende lidelser, til forebyggende, helsefremmende og akutte, men effektive, tiltak for yngre og frisk(ere) personer. Det ville vært politisk umulig, og ingen foreslo derfor det. Det utvalget som skulle komme med forslag til prioritering i (spesialist)helsevesenet, Lønning I-utvalget (NOU 1987: 23), kom således ikke med presise målforslag (prioriteringsprinsipper). Det foreslo å bruke alvorlighet som det viktigste prioriteringsprinsipp, noe som i praksis betydde at ressursene ikke skulle fordeles på en helsemaksimerende måte, nesten uansett hvordan man forstår helsemaksimerende. Utvalgets forslag ble tatt til følge, og fulgt opp på en svært skjønnsbasert måte. Den praktiske prioritering ble så langt på vei skapt av dem som møtte pasientene. De to

<sup>932</sup> Williams har på en interessant måte redegjort for hvordan ideen om kvalitetsjusterte leveår (QALYs) oppstod og ble fulgt opp i artikkelen «Discovering the QALY - Or how Rachel Rosser changed my life», <https://www.york.ac.uk/media/che/documents/Williams%20on%20discovering%20the%20QALY.pdf>.

prioriteringsutvalgene som er kommet med innstillinger siden, Lønning II (NOU 1997: 18) og Norheim-utvalget (NOU 2014: 12), beveget seg lenger i nyttestatlig retning enn Lønning I-utvalget, men ingen av dem definerte helsemålet presist. Norheim-utvalget tok imidlertid skritt i denne retning, blant annet med utgangspunkt i sitt helsetapskriterium. Norheim-utvalget fulgte dermed også opp noe som statsråd Gerhardsen så på som viktig (Nasjonal helseplan, 1988), at helsemaksimeringsmålet ble «fordelingsjustert». Hun snakket om å jevne ut forskjellene i levetidsutsikter. Norheim-utvalget konkretiserte det ønsket, men det ble politisk for meget.

Indirekte kan man si der skjedde en slags helseprioritering for så vidt som det ble satt en økonomisk ramme for hvor mye helsevesenet, i første rekke klinikken, men også preklinikken for så vidt som den ble definert som en del av helsevesenet, kunne bruke. Rammen ble slik et slags målsubstitutt. Den egnet seg jo også til å målstyre etter. I praksis fungerte den imidlertid ikke godt slik. Praksismedisinen hadde i praksis ingen ramme. Utgiftsveksten til den delen av klinikken skapte da også bekymringer i Sosialdepartementet i årene etter kommunaliseringsreformen og bidro til arbeiderpartiregjeringenes bestrebelser på å disiplinere de viktigste utgiftsdrivere, legene. Pasientene spilte også en rolle, delvis i koalisjon med legene; noe som gjorde at egenandeler kom, og kom for å bli, selv om der ble laget et tak for at de ikke skulle ramme for usosialt. I sykehusene var det etter 1980 rammer, men også så som så med «disiplinen» på klinisk nivå. Også her bidro pasientene og til dels lokalinteresser til utgiftspresset. Forsøkene på denne formen for mer «primitiv» målstyring ble altså i noen grad svekket av alliansen av medikrater og pasienter. Til den alliansen hørte i noen grad også farmasøytiske firmaer og andre leverandører til klinikken. Myndighetene begynte derfor nå også å vise *dem* mer kritisk interesse.

Rammestyringen skulle bidra til at iallfall sykehusene skulle bli mer opptatt av å utnytte ressursene til å oppnå best mulige kliniske resultater, altså bli mer omkostningseffektive. Vi har påpekt at i den grad dette målet i praksis ble ett av målene under det nye regime – og det er som rammemålet, målbart – ble resultatene magre.

Nyttestatlig kunne det ha greid seg med å definere et helsemål, ev. fordelingsjustert. Da det ikke ble gjort, og det skjedde særlig av politiske, men kanskje også av tekniske grunner, var myndighetene tvunget til å definere målene for helsesektoren, i praksis klinikken, isolert. Sett fra en pasientsynsvinkel er for så vidt også det det naturlige. Da er det spesielt to mål som peker seg ut og som til sammen bestemmer hvilken verdi tjenesten har for pasientene. Det ene er tilgjengelighet, det annet tjenestenes kvalitet, snevert forstått.

Etter at helseforsikringen var blitt universell fra 1956, og stadig mer progressivt finansiert, var de økonomiske, og til dels geografiske, terskler for adgang til helsens hus redusert nokså meget, om ikke *helt* fjernet. Myndighetene lot fra da av som om helsetjenester var bortimot gratis – sykehustjenester var helt gratis – for pasientene, etter behov: Oppstod der et behov for medisinsk hjelp hadde samfunnet indirekte forpliktet seg til å hjelpe, uavhengig av pasientens økonomiske evne. Man kan si det også lå under, som en taus forutsetning, at pasienter skulle få umiddelbar, eller iallfall rask (nok) hjelp. Det lå også under som en taus forutsetning at de skulle få en hjelp som lå nær kunnskapsfronten, utført på en god måte.

Men myndighetene definerte ikke tilgjengelighets- og kvalitetsmålene, som oppdrag og pålegg, presist i den perioden vi nå omtaler. De tok skritt hva gjaldt tilgjengeligheten til ikkeakutte sykehustjenester, med ventetidsreglene; akutttilgangen var allerede i praksis «absolutt». Kvalitetsmålet ble heller ikke definert presist, og som oppdrag og påbud, men

kvalitet blir, som vi har nevnt og skal komme nærmere tilbake til, et politisk anliggende fra begynnelsen av 1990-årene. Kvalitetssvikt hadde, som nevnt, allerede fra 1980-årene blitt et politisk anliggende, uten at reduksjon av feil og lignende ble definert presist som måloppdrag eller målpålegg. Lederne på klinisk nivå, ja, klinikerne selv, fikk slik tilbake, eller beholde, en viss grad av klinisk autonomi – nemlig som målprioriterere. Den prioriteringen måtte de utføre på nokså skjønnsmessig, altså klassisk medikratiske, vis. Ettersom pasientene ble stadig mer selvbevisste og forbrukerbevisste, og ettersom prioriteringen også gjaldt omkostningene, var det en oppgave som ble dem stadig mer besværlig. Den falt dem desto mer besværlig som de måtte ta hensyn til «importerte» mål, rammevilkår som kom fra andre politikkområder.

## Iverksettelsen som forvaltning

I løpet av Morks andre periode ble politikken mer offensiv og mer preget av nyttestatlig målstyring. Samtidig ble altså ansvaret for helsevesenet i større grad desentralisert. Disse forhold gjorde at iverksettelsen av politikken ble mer preget av «politikk» – altså dragkamp og strategisk manøvrering, som vi nettopp har vist. Det var Sosialdepartementet og dets helseavdeling som i første rekke kom til å måtte spille denne «politiske» rolle. Med delingen var i dette henseende direktoratet satt litt på sidelinjen. Direktoratet ble imidlertid i noen grad en del av den nye «politiske» styringen nedover, for så vidt som det «konkurrerte» med departementet om å vinne frem i styringslinjen. Her kom imidlertid direktoratet mer og mer på defensiven, noe ikke minst fylkeslegenes tilpasning er et uttrykk for: De forholdt seg stadig mer til departementet. Direktoratet skulle også styre SIFF og de andre nivå tre-institusjonene. Også denne styringen fikk et visst innslag av «spill» og spenning. Også disse institusjonene ville, med noen få unntagelser, heller forholde seg til departementet enn til direktoratet. Det gjorde at direktoratet, som iverksettende organ, i stadig større grad ble et (helse)forvaltningsorgan. Det var, som Helsedirektøren bemerket, «pliktløpet» som kom til å prege Helsedirektoratets virksomhet i den perioden vi er opptatt av.

At pliktløpet ble dominerende, betydde også at iverksettelsen fikk stor plass i direktoratets virksomhet. Vi har sett at direktoratet på oppstrømssiden særlig var engasjert i første del av den, særlig knyttet til behovskartleggingen. Siden det altså på nedstrømssiden særlig var engasjert i siste del av den, innebærer det, som vi har nevnt, at direktoratet ble skjøvet lenger bort fra det skapende, politiske arbeidet. Det ble et mer teknisk fungerende direktorat.

Men pliktløp kan bety så mangt. Det kan bety det å administrere ulike virksomheter i en nokså «prosaisk» forstand, det vil si basert på konkrete, teknisk pregede regler, målkrav og budsjettildelinger. Men det kan også bety å forvalte et mer normativt fundert sett av regler. Det kan være juridisk utfordrende. Det kan også bety å lede realiseringen av helsefaglig ambisiøse mål. Disse mer utfordrende oppgaver er i det første tilfelle knyttet til tilsyn og klagebehandling, i det annet tilfelle til kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling. Vi skal omtale disse oppgaver senere. Nå skal vi se på den mer teknisk pregede forvaltning, pliktløpet, snevert forstått.

Allerede ved delingen fikk, som vi har sett, arbeidet med å delegere teknisk preget forvaltning en del oppmerksomhet. Tanken var at direktoratet skulle bli en mer offensiv bidragsyter til politikktutviklingen og til de mer utfordrende iverksettelsesoppgaver, ofte definert som helsefaglige, ikke i samme grad som tilsynsmessige. Det viste seg vanskelig å oppnå noe som

monnet på denne måten. Lover og forskrifter, avtaler med andre aktører, og ressursbegrensninger på mottagelsessiden, stod i veien. Da direktoratet etter fem år skulle lage sin første virksomhetsplan får igjen delegasjonsspørsmålet oppmerksomhet. Som før gjaldt det ikke minst forvaltningen av turnustjenesten for leger og annet helsepersonell, tilskuddsforvaltningen, administrasjonen av fengselshelsevesenet, helsevesenet på Svalbard og sentralteamet for døvblinde, samt arbeidet med å fordele siviltjenestepliktige leger og fysioterapeuter.<sup>933</sup>

Virksomhetsplanene gir en viss oversikt både over hvor forvaltningsorientert direktoratet var gjennom de siste fem år av «vår» periode og hva slags profil det hadde på nedstrømssiden. Planene er planer og ikke virksomhetsrapporter, men de reflekterer i så stor grad praksis at vi kan bruke dem til å karakterisere direktoratets profil. Dog svekker det deres nytte noe at det i planene opereres med noe flere ukeverk enn det er ansatte til: Forebyggingsavdelingen overdisponerte ikke med noe, helsetjenesteavdelingen med 11 prosent, legemiddelavdelingen, helseerettsavdelingen og administrasjonsavdelingen alle med 22 prosent.

Vi skal først se på den interne forvaltning. Den er, kan man si, ekstra forvaltningspreget. Den omfatter forvaltningen av direktoratets ressurser, særlig personalet – fagpersonalet og støttepersonalet, men også av mer eller mindre fysiske ressurser, som arkiv, bibliotek, utstyr, forbruksvarer og bygning. Virksomhetsplanen for 1989 viser at omtrent halvparten av ukeverkene gikk med til intern forvaltning eller administrasjon; 52 prosent hvis vi tar utgangspunkt i de formelt tilgjengelige ukeverk og 47 prosent hvis vi tar utgangspunkt i de planlagte ukeverk. Den helt dominerende indreforvaltende avdeling var selvsagt administrasjonsavdelingen, som brukte 68 og 62 prosent av sine ukeverk til indreforvaltning. For forebyggingsavdelingen var andelen 31 prosent, for helsetjenesteavdelingen 48 og 42 prosent, for legemiddelavdelingen 32 og 26 prosent og for helseerettsavdelingen 35 og 38 prosent. Administrasjonsavdelingen brukte 29 og 24 prosent av sine eksternt rettede ukeverk til intern forvaltning. Etter hvert sluttet direktoratet å gi en oversikt over den planlagte fordeling av ukeverk. Det er derfor ikke mulig å si noe sikkert om direktoratet ble mer eller mindre indreadministrativt. De tall vi har, tyder imidlertid på at det skjedde en viss nedgang. For forebyggingsavdelingen var andelen internadministrative ukeverk redusert fra 31 prosent i 1989 til 28 prosent i 1991. I helsetjenesteavdelingen var det en reduksjon fra 48/42 til 31 prosent, i helseerettsavdelingen fra 35/28 til 21 prosent mens administrasjonsavdelingen knapt hadde noen reduksjon – 29/24 prosent ble til 26 prosent. Legemiddelavdelingen gav ingen opplysninger om ukeverkdistribusjonen. Administrasjonsavdelingen gav heller ikke opplysninger om den rent interne forvaltning. For 1993 oppgav bare helsetjenesteavdelingen tall for indreforvaltningen. I denne avdelingen var nå denne del av forvaltningen gått ytterligere litt ned, til 27 prosent av ukeverkene.

Vi kan altså konstatere at omfanget av internforvaltningen var slik at den gav Helsedirektoratet et svært teknisk-administrativt preg. Virksomheten var i hovedsak forankret i regelverk, avtaleverk, budsjetter, teknisk pregede planer og praktisk og teknisk kompetanse (skrive- og forværelsestjeneste, biblioteks- og arkivdrift, kantinedrift) og vedlikehold av utstyr og bygninger etc., samt innkjøp av varer og utstyr av ulike slag. Det meste av denne virksomheten var iverksettende og utpreget teknisk-administrativ. Noe hadde imidlertid også med oppstrømssiden å gjøre. Det gjaldt særlig forhandlingene med de ansattes organisasjoner, til dels også med, eller om, enkeltansatte.

---

<sup>933</sup> Kfr. Helsedirektoratet, *Virksomhetsplan 1989*, s. 12.

Som vi har sett, spilte organisasjonene en økende «indrepolitisk» rolle i Morks andre periode. De ble hele tiden trukket aktivt med i slikt som omorganiserings- og virksomhetsplanarbeid. De fikk altså spille en rolle som gikk et stykke utover det å arbeide for de ulike ansattes «private» interesser og faggruppeinteresser. Interessant i denne sammenheng er det at Helge Høifødt, som kom inn som fagforeningsrepresentant (NTL), gradvis kom til å spille en mer og mer sentral rolle for ledelsen; han ble, som nevnt, utredningsleder fra 1989. Han ble etter hvert også en tydelig ledelsesorientert person. Som vi har nevnt, gjorde antagelig også spenningene overfor departementet at fag- og profesjonsforeningene fikk økende innflytelse. Forhandlinger med, eller om, enkeltansatte ble imidlertid også, i tråd med oppmykningen av stillings-, og etter hvert også lønnsstrukturen, viktigere. Der ble mer å forhandle om. Allikevel ser det, pussig nok, ikke ut til at forhandlingsarbeidet ble mer tidkrevende. I virksomhetsplanen for administrasjonsavdelingen for 1989, et år som krevde litt ekstra på grunn av omorganiseringen, er det oppgitt at 90 ukeverk skulle brukes til forhandlinger om de ansattes lønns- og arbeidsforhold. For de påfølgende år kom antallet planlagte ukeverk til å variere mellom 71 (for 1991) og 51 (for 1993).

Hvis vi ser på det arbeid som faller utenfor det som er definert som teknisk og administrativt arbeid i virksomhetsplanene, ser vi at også en god del av det har et forholdsvis administrativt preg. Til virksomhetsplanen for 1989 laget Helsedirektoratet i august 1988 en oversikt over de eksterne tjenester (også den eksterne styring), ressursbruken knyttet til ytelsen av dem (til styringen) og hvem tjenesteytelsen (styringen) var rettet mot.<sup>934</sup> Det er vanskelig å klassifisere mange av tjenestene, eller (styrings)aktivitetene, men tallene sier allikevel noe. Når vi ser på dem skal vi, tentativt, skille mellom oppgaver som innebærer en viss grad av det vi skal kalle «verdimakt» og oppgaver som inneholder mindre grad av slik makt.

Oversikten viser at det som er kalt helsefaglig rådgivning og veiledning dominerer, med 16 prosent av alle ukeverk. Kategorien er bred, og omfatter både oppstrøms departementsbistand og nedstrøms rådgivning og styring, blant annet rettet mot fylkesleger, kommuner og kommunehelsevesenet, fylkeskommuner og spesialisthelsevesenet, men også mot organisasjoner av ulike slag og pasient(grupp)er. Vi ser på dette som en av direktoratets verdimaktpregede kjerneoppgaver – selv om det er oppgaver som nå utføres tidligere i oppstrømsprosessen og senere i nedstrømsprosessen. Andre verdimaktpregede kjerneoppgaver er kvalitetssikring og kvalitetskontroll – medregnet klagesaker og erstatningssaker, regelarbeid – både oppstrøms (forslag, råd) og nedstrøms (tolkningsarbeid, veiledning, utarbeidelse av regelverk). De omfatter til sammen 21 prosent. Til sammen går dermed 37 prosent av ressursene som brukes utad til det vi her har kalt maktpregede kjerneoppgaver. Vi merker oss at i oversikten over oppgaver figurerer ikke stikkordet tilsyn. Tilsynsoppgavene er skjult i de helsefaglige og helserettslige kategoriene, men det er symbolsk viktig at tilsyn ennå ikke hadde fått den oppmerksomhet og status det snart skulle få. Vi skal si mer om det senere.

Vi kan så tale om en gruppe oppgaver av teknisk helsefaglig art, som faller i en mellomgruppe; de er også kjerneoppgaver, men er forbundet med mindre verdimaktutøvelse. De omfatter helsefaglige og metodepregede oppstrømsoppgaver knyttet blant annet til registrene og en rekke, hovedsakelig nedstrømsoppgaver, som godkjennelser av personell,

<sup>934</sup> Helsedirektoratet, *Virksomhetsplan 1989*, vedlegg 1 (s. 97).

institusjoner og produkter, informasjons-, opplysnings- og opplæringsvirksomhet, beredkapsoppgaver og fordeling av helsepersonell (turnustjeneste, stillingsstruktur, stillingsstopp). Disse oppgaver tar 39,5 prosent av ressursene. De øvrige oppgaver er mindre helsefaglige og mindre preget av reell verdimakt, iallfall slik de stort sett håndteres. De befinner seg tidlig i oppstrømsprosessen eller, som tilfellet er for de fleste, sent i nedstrømsprosessen. De er tilskuddsforvaltning, eksternt budsjett- og regnskapsarbeid (nokså teknisk), ekstern administrativ bistand (bl.a. til legater etc.) og byggesaker. Til sammen tar disse oppgaver 23,5 prosent av ressursene. De etterfølgende virksomhetsplaner inneholder ikke en slik oversikt over oppgavefordelingen, men de detaljerte planene gir ikke inntrykk av noen tydelig endring i ressursinnsatsen til de ulike typer oppgaver.

Denne oversikten understreker, selv om den er kort og enkel, vår generelle påstand om at Helsedirektoratet i løpet av denne perioden ble mer av et nedstrøms fagforvaltningsorgan. Vi har tidligere sett, og nå føyet noe til om det, at det fikk en mer teknisk rolle på oppstrømssiden. Nå har vi sett at det fikk en mer teknisk-administrativ rolle på nedstrømssiden. Det var altså, som vi har nevnt, iferd med å bli et mer «vanlig» fagdirektorat.

Men, som vi også har sett, Helsedirektoratet kom tilbake til ny prominens i løpet av perioden, selv om det var en prominens som ikke kunne måle seg med den gamle – hvor medisinen var kjernedisiplinen i utøvelsen av verdimakt. Det gjaldt den nye kontrollen.

## Iverksettelsen som profesjonalisert kontroll

Helsevesenet var, og er, altså i hovedsak offentlig eiet og finansiert. Hvis det ikke var og er offentlig eiet, var det og er det, i stor grad offentlig finansiert og nokså tett styrt. Det siste var blant annet tilfellet med de diakonale sykehus og de avtalebaserte praktiserende leger, psykologer og fysioterapeuter. Kontrollen med iverksettelsen ble derfor i stor grad en form for *intern* kontroll, altså en lojalitets-, lydighets- og moralkontroll. Den ble det i flere trinn. Først ble den, iallfall i prinsippet, en kontroll med forvaltningsinstansene og deres ansatte nedover i de iverksettende hierarkiene, og så ble den en kontroll med de tjenesteytende institusjoner og deres ansatte – først forvalterne og så klinikerne. Overfor helt private tjenesteytere ble den en tradisjonell markeds kontroll. Påstanden om lojalitetskontroll må dog modifiseres noe: Som vi har nevnt ovenfor var måloppdragene både litt vage og lite avveiet overfor hverandre. De som skulle realisere politikken kunne altså ikke alltid være helt «lojale».

Man kunne ha tenkt seg at også offentlige institusjoner og praktiserende klinikere i noen grad kunne ha konkurrert med hverandre og med private aktører. I noen grad kan man si de gjorde det, spesielt de praktiserende klinikere. I praksis var det imidlertid ikke det de gjorde. De ble i økende grad gjenstand for hierarkisk, nyttestatlig planstyring. Det gjaldt også institusjoner som de diakonale sykehus og, i noen grad, de praktiserende, avtalebaserte klinikere. Politikken, spesielt under Arbeiderpartiet (1986–1989, 1990–1997) tok også sikte på å hindre at det ble konkurranse mellom helt private og offentlige tjenesteytere. Etablering av private sykehus ble vanskeliggjort (spesielt i perioden 1986–1989) og fra høsten 1992 mistet leger den generelle retten til å kunne sende regninger til folketrygden.

Tidligere var kontrollen med de offentlige klinikker og klinikere, og de avtalebaserte ditto, som vi har bemerket før, relativt mild og til dels kollegialt preget. Det hang sammen med at



styringen og ledelsen var medikratiske (odontokratiske, farmakokratiske etc.). Klinikerne, og til dels også preklinikerne, hadde en betydelig grad av autonomi. Det betydde at forvaltningslagene «over» dem, i mange henseender styrte og ledet på en tilretteleggende mer enn en tydelig oppdragsorientert og dirigerende måte. Fra Morks tiltredelse som helsedirektør (1972), og spesielt fra midt i 1970-årene, tiltok imidlertid, som vi har sett, den økonomiske kontrollen, særlig med visse deler av klinikken, nemlig sykehusene: Pengene kom i økende grad ovenfra, som (ramme)budsjetter og fulgte i synkende grad pasientenes etterspørsel. Den tiltok også litt for praktiserende leger og fysioterapeuter, men for disse forble den nokså forsiktig: Klinikerne fikk ingen faste rammer; de kunne fortsette å skrive (del)regninger ut fra rent medisinske vurderinger; pengene fulgte slik delvis pasientene. Denne økningen i kontrollvirksomheten ble en forløper for en stadig mer ambisiøs oppdragsstyring og -ledelse: De løse «koblingene» nedover ble mindre løse, men altså spesielt for sykehusene. Autonomien ble redusert, både for ledere i linjene nedover og for klinikerne. Helsestaten ble altså mer planbasert og nyttestatlig. Dermed ble kontroll i løpet av perioden i forsiktig økende grad et spørsmål om lojalitet.

Som vi har sett, kom der imidlertid inn et modifierende element, nemlig det lokale demokrati. Fylkeskommunene, fra 1976 med direkte folkevalgte fylkesting, overtok ansvaret for sykehusene, mens kommunene, ved inngangen til den perioden vi nå ser på, overtok mye av ansvaret for primærhelsetjenesten. Som vi har sett oppstod der et strategisk spill mellom staten og de lokale myndigheter. De siste, og særlig fylkeskommunene, utsatte staten for et betydelig press, særlig økonomisk. Det forsinket tilstramningen i den økonomiske styringen. Den ble, som vi har nevnt, skjerpet etter at rammefinansieringen kom i 1980, men ble lempet betydelig på fra 1985 – ikke minst som følge av voksende sykehushøker. Denne lempingen varte nesten ut den perioden vi ser på, men den økonomiske konjunkturedgangen i begynnelsen av 1990-årene førte til en liten ny tilstramning. Desentraliseringen førte imidlertid til at «koblingene» nedover fikk et nytt innslag av løshet. I noen grad bidro det også til å gi medikratiet og de andre fagstyrene litt forlenget liv, særlig i sykehusene, som vi har sett. I noen grad bidro også, særlig i de første fem år av perioden, det overordnede «medikratiske» organ, Helsedirektoratet, til å støtte de lokale fagstyrerepresentanter.

Men utviklingen gikk altså sakte, omenn med noen tilbakeslag, i nyttestatlig retning. Innføringen av virksomhetsplanlegging er et uttrykk for det. Denne planleggingen bidro til å gjøre de styrende organer mer målbevisste og mer konkret målsøkende i valget av strategier for å nå målene. Dermed oppstod også spørsmålet om overvåking av, og kontroll med, målrealiseringen opp på en annen måte enn før. Jo mer konkrete målene, og strategiene for å nå dem, gjøres jo mer relevant, og mulig, blir det å føre kontroll med måloppfyllelsen, og det vil i praksis ofte si med strategirealiseringen. Innføringen av en mer nytteorientert styringsmåte impliserer altså profesjonalisering av overvåkingen av og kontrollen med iverksettelsen. Det var ikke gitt at en nyttestatlig målstyring og en påfølgende profesjonalisert kontrollvirksomhet ville bli tatt godt imot av fylkeskommuner og kommuner, eller av personell knyttet til disse virksomhetseiere samt mer selvstendige yrkesutøvere, men der lå en dynamikk i det nye styringsregime som det var vanskelig for dem å gå altfor tydelig imot.

Som vi har sett, nølte Sosialdepartementet mer enn Helsedirektoratet med å ta innover seg den nye nyttestatlige styringen. Det skjedde imidlertid fra slutten av 1980-årene for direktoratet og fra begynnelsen av 1990-årene for departementet. Det er også interessant at direktoratet tok innover seg den ekspanderende styringsformens implikasjoner på nedstrømsiden mer enn på oppstrømsiden. Som forholdet mellom departement og direktorat var etter delingen, var det fåfengt for direktoratet å prøve å spille en rolle som et offensivt planstrategisk organ. På

nedstrømssiden, som kontrollorgan, kunne det imidlertid spille en rolle. Det var også det direktoratet gradvis oppdaget, men for fullt egentlig først mot slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene. På et vis «oppdaget» direktoratet det ved at det gjennom delingen i et viktig henseende ble plassert på den siden: Gjennom tilsynsloven, landets første på helsesiden, ble direktoratet «pådyttet» den potensielt viktige nedstrømsoppgaven, å føre tilsyn med helsevesenets institusjoner og personell. Selv om Helsedirektøren tidlig ble omtalt som, og så seg som, «vaktbikkje» tok det en god del år før han og hans direktorat for alvor oppdaget hva et retts- og nyttestatlig tilsynsbegrep impliserte. Ja, den dypere oppdagelsen kom egentlig først i kjølvannet av Stortingets dramatiske beslutning i juni 1992. Det vil si, da begynte den å komme. Det ble Anne Alviks oppgave å lede arbeidet med å finne ut hva tilsyn egentlig kunne være og hvilke implikasjoner det direktoratet fant, hadde for dets videre arbeid. Det skulle vise seg å bli et krevende arbeid.

Vi skal her la oss friste til å stoppe et øyeblikk og komme med noen kontrafaktiske betraktninger: Hvis Torbjørn Mørk og direktoratet hadde spilt aktivt på lag med departementet fra delingsprosessen startet, er det ikke usannsynlig at direktoratet hadde kunnet fortsette som et profesjonelt, men mer og mer nyttestatlig, helseplanleggingsdirektorat. Da hadde ikke Norbom-prosessene kommet i gang og Helsedirektoratet hadde ikke blitt til noe helsetilsyn. Tilsynsoppgaven hadde blitt en mer profesjonalisert oppgave, men knyttet til en avdeling av direktoratet, noe å la det som ble løsningen i de fleste andre vestlige land. Da hadde man heller ikke, da behovet for et mer offensivt planleggingsdirektorat (m.m.) for alvor begynte å melde seg hos målstyringsorienterte embedsmenn og -kvinner i departementet i annen halvpart av 1990-årene, behøvd å «gjenopprette» Helsedirektoratet (2002). Man kunne også si at hvis departementet hadde reversert delingen, eller mer aktivt hadde forsøkt å følge opp Helsedirektørens ønsker om «politisk» innflytelse, kunne også utviklingen blitt en annen. Slike kontrafaktiske resonnementer viser altså at man ikke kan si at de konflikter som kom skyldtes den ene eller den annen uten å trekke inn normative premisser.

Vi skal nå se nærmere på det nye, stadig mer juridisk pregede, tilsynet. Deretter skal vi, avslutte redegjørelsen for nedstrømssiden med å se på fremveksten av den stadig mer mål- og resultatorienterte kvalitetspolitikken og kvalitetsforvaltningen. Tilsyn og kvalitetspolitikk lar seg, som de nå ble utviklet, i noen grad adskille fra hverandre. Kvalitetspolitikken, spesielt som kvalitetssikring, kan dog sees på som en del av tilsynsforvaltningen.