

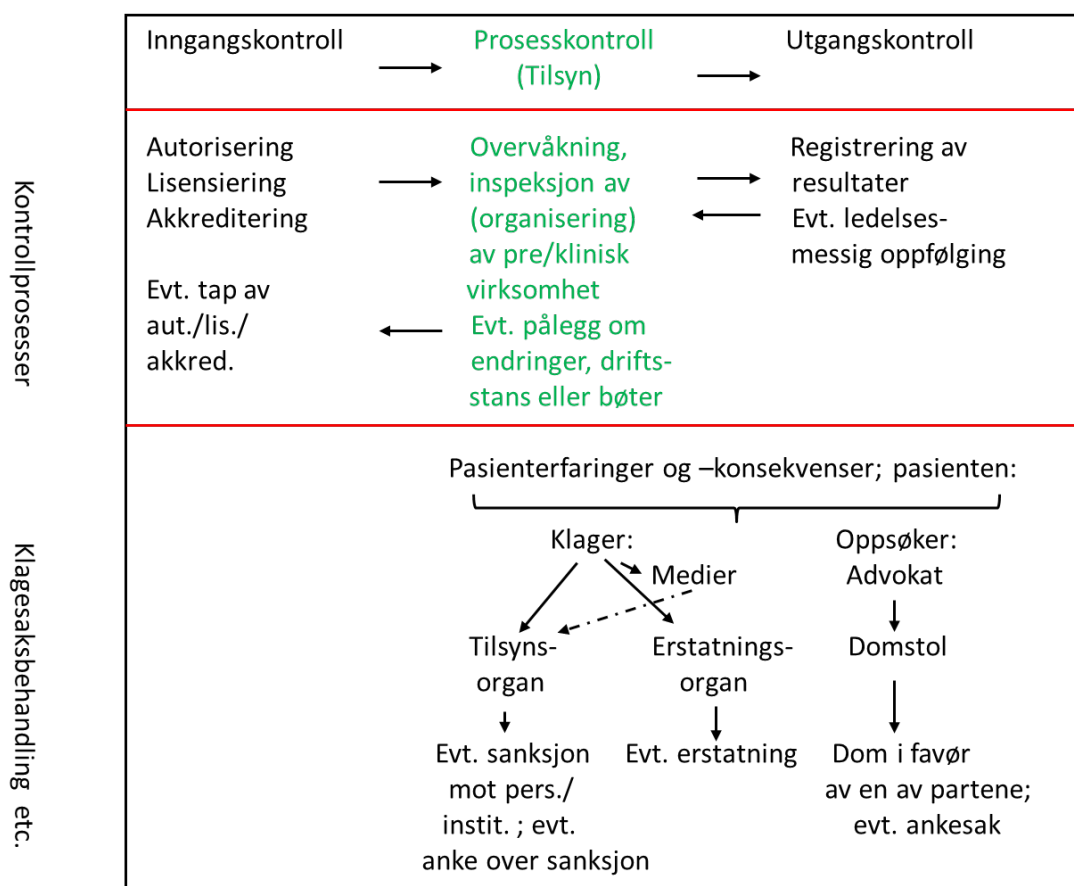
12. Politikken og dens forvaltning: Kontrollvirksomhetens juridiske grunnlag og nedstrømssiden som tilsyn og klagebehandling

Tilsyn: Innledende betraktninger

Tilsyn er et ord som har vært brukt om medisinalforvaltningens rolle så lenge vi har hatt et norsk medisinalvesen. Det ble imidlertid aldri forsøkt avgrenset på noen presis måte. Det ble brukt om å ha ansvar for, eller å «passe på». Det var slik til dels et ord som ble brukt om alt medisinalforvaltningen gjorde, eller burde gjøre. Det hadde slik et utpreget paternalistisk preg. Medisinalforvaltningen opptrådte, kan man nesten si, hva sunnhet gjaldt, *in loco parentis*. Den hadde tilsyn med helsetilstanden generelt, med spesielle pasientgrupper og med alt personell og alle institusjoner som stod for det prekliniske eller kliniske arbeidet. En litt spesiell side ved tilsynet med de siste var det å passe på at ingen som ikke var kvalifisert for det, altså «kvaksalvere», ytte helsetjenester.

Ved overgangen til vår periode, og ved vedtagelsen av helsetilsynsloven i 1984, ble ordet tilsyn i økende grad forbeholdt kontrollen med personell og institusjoner, medregnet uautoriserte behandlere. Ja, det ble særlig brukt om en spesiell del av disses virksomhet, det vi kunne kalle den *prosessuelle* del av virksomheten.

Vi kan se på tilsyn som en form for kontroll. Hvis vi tar utgangspunkt i den helsefaglige virksomhet (både den prekliniske og den kliniske) som en kjede (eventuelt en kjede som tradisjonelt gjerne ble til en sirkel), kan vi sondre mellom inngangs-, prosess- og utgangskontroll; kfr. figur 12.1. Vi har i figuren også tatt med klagesaksbehandlingen. Ved klager er det spesielt pasienter som er klagere, eller «etterkontrollører», mens en eventuell sanksjonering eller erstatningstilkjennelse skjer gjennom det offentlige tilsynsorgan, domstoler eller de aktuelle erstatningsorganer. Massemediene kan spille en indirekte rolle i disse prosessene.



Figur 12.1: Kontroll- og klagesaksprosesser i helsevesenet

Så lenge medisinen og andre helsefag i hovedsak er skjønnsbaserte (og intuitive), er det mindre grunnlag for å kontrollere den faglige adferd og også resultatene. Kunnskapen er i stor grad personlig og kommer til uttrykk gjennom utvist preklinisk og (integrert) diagnostisk-terapeutisk klokskap. Det er da viktig å kontrollere inngangen, altså hvem som får lov til og ikke får lov til å praktisere. Så følges kontrollen opp gjennom kollegial ledelse, veiledning og samtale. Kontrollen med inngangen skjedde under medikratiet på kollegialt vis: fakultetene, bestående av ledende leger, godkjente kandidatene, både faglig og moralsk. Den videre kontroll skjedde også i regi av kolleger og kollegafellesskapet. Her gikk prosess- og resultatkontrollen over i hverandre, og frem og tilbake. Denne, i hovedsak paternalistisk-kollegiale kontroll, kunne også få konsekvenser for inngangen; uskikkede leger (og andre) kunne, iallfall i prinsippet, frataes autorisasjonen og andre former for godkjennelse. Denne prosess- og resultatkontrollen var imidlertid i liten grad virkelig inngripende, og fikk sjelden tilbakevirkende konsekvenser for autorisasjon og lignende. Hovedvekten ble altså lagt på inngangskontrollen. Den kontrollen nøt tillit. «Alle», også «alle» vanlige borgere, trodde på den, og dermed på legen, uansett hvem han eller hun var.

Slik ordet tilsyn tidligere ble brukt, omfattet det alle de tre former for kontroll, og altså litt til – «kontrollen» med befolkning og pasient(gruppe)r. Når vi kommer frem til vår periode ser vi imidlertid at ordet mer og mer forbeholdes *prosesskontrollen*; i figuren markert med grønt. Inngangs- og utgangskontrollen blir nå sett på som noe annet. Inngangskontrollen har noen av fortidens funksjoner – det å vurdere personer – men den skjer (siden 1927) i regi av offentlige myndigheter. Utgangskontrollen blir i økende grad knyttet til, og blir en del av den mer og mer profesjonaliserte, ledelsen. Tilsynsorganene skal nå derfor holde seg borte fra vurdering

av om tilgjengeligheten til kliniske tjenester eller tjenestenes kvalitet, altså resultatene, er gode nok. Det var derfor Helsedirektoratet fra 1986 fikk beskjed av Sosialdepartementet om å «ligge lavt» i en del slike målsammenhenger. Klagesaksbehandlingen kan også omtales som tilsynsarbeid, men blir like gjerne sett på som et tilsynstilknyttet fenomen.

Når vi kommer inn i den perioden vi ser på, blir medisinen (og andre fag) mer presis(e). Det betyr at kunnskapen i økende grad blir til rutiner, retningslinjer og endog nokså presise regler (prosedyrebeskrivelser). Det reflekterer kombinasjonen av biologisk-teknologiske fremskritt og statistikkens innmarsj i medisinen (og de andre fag). Samtidig skjer det en begynnende formalisering av etiske hensyn, selv om pasientrettighetsloven først kommer i 1999. Dette betyr at kontrolloppmerksomheten kan forskyves fra inngangen til «gangen», altså til prosessen. Ettersom kontrollen med resultatene nå samles på politisk og ledelsesmessig nivå, betyr det at tilsyn mer og mer snevres inn til å bli kontroll med at faglige og etiske regler følges. Vi har omtalt denne utviklingen som tilsynets profesjonalisering. Nå kan vi føye til, den blir en profesjonalisering på juslignende premisser. Selv om reglene i stor grad er medisinske mål-middel-baserte regler, er de ikke minst regler. Ved at de knyttes til det juridiske begrepet forsvarlighet, understrekes tilsynets rettsliggjøring. Det er ikke tilfeldig at klagesaksbehandlingen også nå får et stadig mer juridisk preg: Den mer presise, regelpregede, medisin bidrar selvsagt til det. Vi kan dermed også si at fremveksten av en mer presis medisin er med på å svekke tilliten til legen, først faglig, så etisk. Den tilsynsekspanasjon som vi nå skal se på, er altså i seg selv et uttrykk for svekket tillit til leger, særlig, men også annet helsepersonell og til helseinstitusjoner av ulike slag. Tilsynsrevolusjonen, som den mer generelle revisjons- og evalueringsrevolusjon, er en slags mistillitsrevolusjon. Den kan imidlertid også beskrives som en oppvåkning fra en naiv tornerosesøvn.

«Mistilliten» har også denne siden: Ved at tilsynet rettsliggjøres blir det også «negativt» orientert. Det skal føres tilsyn med om det skjer «svikt» av ulike slag, altså regelbrudd. Mot slutten av vår periode får dette en egen betegnelse, *avvik*. «Avvik» blir etter hvert tilsynssjargongens viktigste ord. Det nye tilsynet blir altså den nye mål- og resultatstyringens «negative» side: Tilsynets formål blir å hindre at uhell skjer og at feil begås. Feil skal da forstås som brudd på regler, selv om det siden skulle vise seg at noen av reglene, det vil si faglige sådanne, var feil, eller noen av reglene var «uheldige», det vil si reflekterte gamle verdier. Når vi kommer inn i 1990-årene kalles tilsynsvirksomheten også risikostyring og – ledelse. Den snevre «negativitetsledelse» som den gamle finansielle revisjon var uttrykk for blir altså, med det nye tilsynet, utvidet til å gjelde resten av den potensielle negativitet. Den nye styringen og ledelsen (NPM) er ikke bare en oppadskuende ledelsesform, den er også en ledelsesform som har som formål å redusere nedsidesannsynligheten.

Den gamle tilsynsvirksomheten var, som nevnt, i stor grad basert på tillit. Den hadde (ofte) et godartet preg. Ofte var den nok godtroende. Nå blir den mer preget av mistenksomhet, og trusler om sanksjoner og dermed ofte også av å påføre behandlere tap av ansikt og anseelse. Men de som skal lede dem som skal føre tilsyn, står overfor et dilemma: Skal de lede tillitsbasert og godtroende, eller skal de lede «tilsynsfaglig», altså gjennom prosedyrer for tilsynsvirksomhet og med avviksavdekking og sanksjoner som viktige stikkord for videreføringen av tilsynsutførelsen?

Tilsynet ble ikke straks avmedikratisert og generelt fagstyrenedbyggende, og parallelt med det rettsliggjort. Det skjedde gradvis. Som vi har påpekt, det endelige gjennombrudd for det nye tilsyn kommer først ved Stortingets fødselshjelp i 1992. Men som vi har sett, og skal komme

tilbake til, fremveksten av det profesjonaliserte tilsyn, basert på jus, skjer også ved at «politikken» i tilsynet reduseres.

Tilsynet, medregnet klagesaksbehandlingen, blir altså gradvis profesjonalisert, og knyttet til jusen. Det blir avviksavdekkende, og (eventuelt) avviksstraffende. For å kunne bli det kreves det for det første presise, og stadig flere, rettsregler. For det annet kreves det en stadig mer omfattende og presis overvåking av den virksomhet det skal føres tilsyn med. Det forutsetter igjen en løpende, mer og mer detaljert registrering av alt som skjer. En mer og mer presis, regelbasert medisin, gjør det enklere å registrere det som skjer. Med den utviklingen av elektroniske registreringssystemer som for alvor kommer i den perioden vi studerer, forenkles og effektiviseres denne registreringen i betydelig grad. Går vi enda lenger frem i tid begynner også mer og mer av registreringen å bli automatisert. Det hører med til dette bilde at personell i helsevesenet i stigende grad blir forpliktet til å bedrive selvovervåking og selvrapportering. Det hører videre med til dette bilde at pasienter, pårørende og andre, blant annet pasientforeninger og massemedier både mobiliseres og på eget initiativ blir mer aktive overvåkere og («uprofesjonelle») tilsynsutøvere (kfr. fig. 12.1). Overvåkingen skjer altså i økende grad fra alle sider. Færre og færre «avvik» forblir slik uoppdaget. Tilsynet blir i stigende grad totalt, endog «totalitært», basert som det blir på et ekspanderende sett av regler og en *panoptisk* overvåking.⁹³⁵ Helseforvaltningens «tilsynsrevolusjon» er altså en del av fremveksten av det den britiske revisjonsprofessoren Michael Power (1997, sitert tidligere) kaller «revisjonssamfunnet» – *The Audit Society*. Tilsyn har også en pedagogisk side. Det har det i prinsippet på almenpreventive premisser, men i praksis også på litt videre premisser, som vi skal se. Det nye tilsynet skaper dessuten tilpasning blant dem som det skal føres tilsyn med, en tilpasning som ikke alltid er i tråd med tilsynets (og lovenes) formål. Ja, det skaper også tilpasning blant dem som skal føre tilsyn, og igjen en tilpasning som ikke bare fører til en juridisk intendert tilsynspraksis. Begge, eller snarere alle, parter forholder seg til det, ofte stressende, faktum at deres sosiale omgivelser mer og mer rettsliggjøres.

Tilsynsekspansjonen ble for alvor synlig i og med delingen av Helsedirektoratet i 1983. At det skjedde da er også en følge av at det utøvende offentlige helsevesen nå (1984, primærhelsevesenet; 1983, det offentlige tannhelsevesen) og litt før (1970, 1976, spesialisthelsevesenet) var blitt kommunalisert. Det aktualiserte behovet for statlig tilsyn og kontroll. Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen understreket dette slik i 1979: «Tilsyn med helsevesenet bør i prinsippet utføres av andre enn de organer og det personell som yter helsetjenester til befolkningen».⁹³⁶

Det er imidlertid ikke slik at tilsynsprofesjonaliseringen først og fremst er en følge av denne kommunaliseringen. Den kom jo omtrent nå også i «alle» vestlige land, som en del av det nye

⁹³⁵ Den britiske nyttefilosofen Jeremy Bentham (1748-1832) lanserte i 1799 forslaget om å bygge fengsler som var sirkelrunde slik at alle cellene (og fangene, på grunn av gitterdører) kunne overvåkes fra ett sentralt punkt. Han kalte et fengsel organisert slik for et panoptikon. Den (post)moderne franske filosofen Michel Foucault (1926-1984) har brukt betegnelsen panoptisk om den overvåking og kontroll som preger moderne maktinstitusjoner, som staten. Her er, sier han, individene informasjonsobjekter, ikke kommunikasjonssubjekter. Han nevner således hvordan de som blir overvåket er seg bevisst at de er det, og derfor disiplinere seg selv, på maktinstansens vegne. Kfr. hans *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Harmondsworth: Penguin, 1985. I Norden har Charlotta Levay (f. 1966) skrevet interessant om transparens i helsevesenet. Kfr. hennes "Health Care Transparency in Organizational Perspective", i Ewan Ferlie, Kathleen Montgomery og Anne Reff Pedersen, *The Oxford Handbook of Health Care Management*, Oxford: Oxford University Press, 2016, s. 393-412.

⁹³⁶ NOU 1979: *Helsepolitikken*, s. 11.

styringsregime (NPM). Men kommunaliseringen av det norske helsevesen, og det at Helsedirektøren var så kritisk til mange sider ved omorganiseringen av helseforvaltningen, gjorde at fremveksten av tilsynsprofesjonaliseringen fikk et spesielt synlig og lydelig preg i Norge. Ja, det førte til at direktoratet til slutt ble omdannet til helsetilsyn.

Vi skal i det følgende drøfte utviklingen av kontrollpolitikken, men spesielt se på tilsynsvirksomheten og klagebehandlingen. Den mer resultatorienterte kontrollpolitikken skal vi behandle i forlengelsen av den følgende presentasjonen.

Det vi ser er altså at den moderne profesjonalisering av tilsynsvirksomheten, og for så vidt klagesakbehandlingen og resultatkontrollen, for alvor starter i den perioden vi nå ser på. Det betyr at jusen blir et stadig viktigere grunnlag for virksomheten. Vi skal derfor legge vekt på hvordan lovgivningen denne virksomheten bygger på, utvikles. Som vi skal se la denne tidligere stor vekt på inngangskontrollen. Etter hvert legges det stadig mer vekt på prosesskontrollen. Tilsyn og kontroll er jo også et spørsmål om hvordan lovgivningen følges opp i praksis. Vi skal i noen grad si noe om det når vi går igjennom lovutviklingen, men til slutt i kapitlet også se litt på noen sider ved tilsyn og kontroll som praksis. Å gå mer detaljert inn på denne praksisen, altså forholdet mellom idealer (lovene) og realiteter (helserelevant praksis og håndhevelsen av etterlevelsen av idealene) ville imidlertid føre for langt her.

Lovgivningen og grunnlaget for tilsynet

Profesjonalisert tilsyn har altså lovgivningen som utgangspunkt. Ettersom den utvides og blir mer altregulerende, utvides også grunnlaget for jusbasert tilsynsutøvelse. Men når vi ser på innholdet i lovgivningen tar vi i en viss forstand et skritt tilbake i politikk- og forvaltningssyklusen. Vi går «til topps» i syklusen, og ser på politikken, altså lovenes, innhold, men altså fra en tilsyns- og kontrollsvinkel.

Vi skal starte med den loven som gir Helsedirektoratet som (fornytt) tilsynsorgan dets oppgave som slikt organ, altså lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984) – og forsøket på slutten av perioden for å fylle loven ut med en forskrift. Denne loven er i stor grad en fullmakts- og rammelov; den består av de viktige kompetansenormene («maktnormene»). Vi skal så fortsette med å se på lovene som skal gi noe av grunnlaget for utøvelse av tilsynet, først institusjonslovgivningen og så helsepersonellovgivningen. Dette er lover som også inneholder kompetansenormer, men ellers preges av å være forholds- eller adferdsnormer (også kalt pliktnormer). Til slutt skal vi se på lovgivningen «for» dem helseinstitusjonene og helsepersonellet skal bistå, pasientene. De inneholder «speilbildet» av pliktnormene (i institusjons- og personellovene), nemlig rettighetsnormer.

Vi skal føye til noe når det gjelder denne lovgivningen. Helsevesenet i Norge var og er i det alt vesentlige offentlig eid og finansiert. Spesielt gjelder det *helsetjenesten*, altså den kliniske del av helsevesenet, og det vi har kalt preklinikken. Den siste omfatter det patologiforebyggende og helsefremmende (salutogene), og derfor i stor grad offentlig gode-skapende, arbeidet.⁹³⁷ I den grad helsevesenet er offentlig eller halvoffentlig, er reguleringen

⁹³⁷ Det kliniske arbeid er jo i prinsippet også et både forebyggende og helsefremmende arbeid, men det er ofte i tillegg ledsaget av et mer selvstendig preklinisk arbeid, som immunisering og livsstilsrådgivning.

av det en form for *intern* regulering. Men for så vidt som reguleringen også rammer halvt eller helt private, dog i hovedsak kliniske, aktører, har den også en ekstern side. Den reguleringen som gjelder både offentlige og private tilbydere gir slik staten en spenningsfylt rolle, som både marknadsregulator og tilbyder (i markedet for kliniske tjenester). Vi skal se at der også kommer inn noe spenningsfylt i reguleringen av helsetjenesteyternes kliniske virksomhet: De behandles både som «private» (individuelle) tjenesteytere (og blir overvåket og eventuelt utsatt for sanksjoner) og som ansatte (og hvor overvåkingen og eventuell sanksjonering rettes mot arbeidsgivere). Helsevesenet omfatter også virksomheter som i all hovedsak er private. Det gjelder særlig vareproduksjonen og vareomsetningen. Her foregår i all hovedsak produksjonen privat og i økende grad i andre land. I noen grad er også handelskjeden forholdsvis privat. Dette dreier seg særlig om medikamenter og sykepleiepregede artikler og om utstyr og forbruksartikler. Også mat spiller her en rolle. I den førstnevnte sektoren spilte i vår periode et offentlig grossistmonopol og offentlig beskyttede, apotekerstyrte apoteker en rolle og gjorde legemiddelsektoren til en blandet sektor. I den annen sektor var de fleste aktører langs hele forsyningskjeden private. Lovgivningen som gjelder disse sektorer er altså i noen, og til dels stor, grad en «tradisjonell» marknadsregulerende lovgivning. Helsevesenet er avhengig av mange andre typer varer og for så vidt tjenester (knyttet både til tjenesteytelsen og til ledelsen), men denne lovgivningen skal vi ikke omtale her. Den er ikke helselovgivning i snever forstand og tilsynet med etterlevelsen av den, skjer i regi av andre organer enn dem vi her er opptatt av.

Vi skal legge til at helsevesenet blir stadig mer avhengig av private vareprodusenter og til dels også tjenesteytere og slik blir omgitt, og «omfavnet», av kommersielle aktører. Ja, en del av disse ytere endrer etter hvert status fra å være offentlige til å bli private. Det skjer spesielt innen legemiddelsektoren, men her kommer den store endringen etter vår periode. Vi kan altså konstatere at reguleringen av sektoren blir mer ekstern og at tilsynsvirksomheten i økende grad overføres til andre tilsyns- og kontrollorganer enn de helsefaglige. Vi skal i det følgende konsentrere oss om tilsynet med det primære helsevesen og de sektorer som spesielt leverer varer til dette vesen – og i den grad de gjør det. Helsevesenet er ellers svært avhengig av deler av to sektorer som i stor grad er offentlige, nemlig utdannelses- og forskningssektorene (kunnskapssektoren). Lovgivningen som gjelder disse er i vår periode i stor grad ikke spesielt rettet mot helsevesenets behov. Dog er den i noen grad det hva gjelder noen av de tradisjonelt ikkeakademiske yrkesgruppene. Vi skal bare omtale denne lovgivningen i den grad den er en del av helsepersonellovgivningen. For tiden etter vår periode begynner det imidlertid å skje noe som gjør reguleringen av kunnskapsvirksomheten stadig mer viktig for helsevesenet: «Programmeringen» (opplæringen) av personellet trekkes mer inn i «kjernehelsevesenet» og blir mer styrt, mens kunnskapsutviklingen blir mer fristilt og halvprivatisert. Begge tendenser reflekterer det forhold at helsefagene blir mer presise.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (1984)

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten av 30. mars 1984 (nr. 15) er altså den første egentlige tilsynslov i Norge, selv om også lægeforordningsloven av 1912 hadde «moderne» tilsynsinnslag. Det gjaldt endog den gamle forordningen fra 1672, som helt forsvant først i 1912. Men tilsyns- eller kontrollinnslaget i 1672-forordningen var i hovedsak medikratisk:

Det gav leger rett til å føre tilsyn med sine nærmeste godtatte konkurrenter, apotekere og kirurger. Kvaksalverforordningen av 1794 gav legene en tilsynsmyndighet overfor de ikke godtatte andre, de kloke koner og menn og de omreisende behandlere; forordningen ble tidstilpasset gjennom nye lover i 1871 og 1936. Inntil tannlegeloven kom i 1927 kunne, etter denne forordningen, leger også «passe på» tannlegene, en delvis godtatt konkurrentgruppe. Jordmorplakaten av 1801 og Jordmorloven av 1898 gav leger tilsynsmyndighet overfor jordmødre, en annen godtatt gruppe som kunne tenkes å by leger konkurranse i noen henseender. Med sundhedsloven av 1860, lægeforretningsloven av 1912 og lægeloven av 1927 kom der inn elementer som formelt gav medisinalforvaltningen og de offentlige leger tilsynsoppgaver også overfor (andre) leger. I loven av 1912 het det således (§ 4) at «Stadsfysikus skal ... ha et overordnet tilsyn med byens medicinal- og sundhetsvæsen». I § 7 het det at «Amtslægen ... skal føre et overordnet tilsyn med amtets medicinal- og sundhetsvæsen undtagen i de byer, som har stadsfysikat». Gjennom instruksene for distrikts- og stadslæger av 1913 (§ 1) hadde også offentlige leger tilsynsmyndighet overfor distriktets og byens «sunnhets- og sykepleie». Gjennom loven av 1912 ble embedet som amtslæge («endelig») innført. Det betydde en markert styrkelse av tilsynsrollen. I instruksene for amtslæger av 1914 het det i § 1 at «Amtslægen fører det overordnede tilsyn med amtets medicinal- og sundhetsvæsen, undtagen i de byer, som har stadsfysikat,...» I § 9 het det at «Han skal efter nærmere avtale med amtmannen foreta en aarlig reise omkring i amtet og bør herunder saavidt mulig søke samlet de inspektioner, som paahviler ham som tilsynshavende ved amtets medicinal- og sundhetsvæsen».

Bestemmelsene om hva tilsynet, både det «typiske» proaktive og det «reaktive» (klagesaker særlig), skulle gjelde, altså forholdsreglene (for institusjoner og personell), hadde delvis allerede kommet, eller kom etter hvert, i annen lovgivning, spesielt institusjonslovgivningen (som lov om psykisk helsevern av 1961, sykehusloven av 1969 og kommunehelsetjenesteloven av 1982) og lovene for de ulike helsepersonellgrupper, ikke minst for legene (lover av 1927 og 1980).⁹³⁸ Men også noen andre lover var slik relevante, som sygeforsikringsloven av 1909. Den hadde aktuelle forholdsbestemmelser, spesielt ved at den implisitt gav borgere (til å begynne med vel en tredjedel, fra 1956 alle) rett til «gratis» behandling. Ellers hadde annen (allerede eksisterende) lovgivning tilsynsbetydning, som straffeloven (1902) og erstatningsretten (culpanormen). Saker som gjaldt bruken av slike (allerede eksisterende) lover ble imidlertid normalt endelig behandlet i domstolene. Hvis Helsedirektoratet mente at en sak var strafferettslig relevant sendte det den til politiet. Også forvaltningsloven av 1967 var tilsynsrelevant, nemlig for det «reaktive» tilsyn, altså klagebehandlingen.

Loven skulle følges opp med forskrifter, men det skjedde, som vi skal se, ikke i den perioden vi her ser på, selv om direktoratet var kommet langt i forberedelsene av slike – mens den siste Norbom-prosessen foregikk.

Helsetilsynsloven hadde bare åtte paragrafer, og av disse var fem substansielle. Den begynner med å bestemme (§ 1 – med overskriften Tilsynsmyndighetene) at

⁹³⁸ For tannleger, 1927 og 1980, fysioterapeuter og mensendiecksykegymnaster (1956), sykepleiere (1960), ortopediingeniører (1971), pleiere i psykiatriske sykehus (1972), psykologer (1973), jordmødre (1985), helsepersonell (mer generelt) (1974).

Helsedirektoratet har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve denne myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet.

I denne paragrafen (kompetansenormen) gies altså direktoratet den «overordnede tilsynsmyndighet», dog uten at det sies hva «overordnet» her skal bety. Noe antydes dog i neste paragraf.

§ 2, kalt «Fylkeslegens oppgaver», lyder slik:

*Fylkeslegen skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket.
Fylkeslegen skal gjennom råd, veiledning og opplysning medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.
Fylkeslegen skal medvirke til at lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt.
Fylkeslegen skal holde Helsedirektoratet orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse.*

Her gies fylkeslegen altså den *utøvende* tilsynsmyndighet. Direktoratets tilsynsrolle er med andre ord primært å *lede* fylkeslegenes tilsynsarbeid, ikke, mer snevert, gjennom *tilsyn*, å kontrollere det. Direktoratet har imidlertid også en mer spesialisert tilsynsrolle, som det fremgår av § 5: «Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Helsedirektoratet gi pålegg om å rette på forholdene.» Etter de ulike personellgruppelover og institusjonslover kan det ilegges sanksjoner mot institusjoner eller deres personell. Myndigheten til å gjøre det ble delegert fra departement til direktorat ved delingen. Fylkeslegene vurderer i første instans om noe er skjedd som krever sanksjonering. Mener de at det bør reageres, utover det uformelt å kritisere, må de be direktoratet ta stilling til om det skal skje. Det er da også direktoratet som eventuelt skal reagere. I tillegg til å komme med pålegg, både om endringer og om å stanse en virksomhet, dreier det seg da, for personell, om autorisasjonstap, advarsler og tilrettevisninger. Fylkeslegene er altså overvåkere, etterforskere og delvis en slags politi, mens direktoratet er «domstol».

I begge paragrafene sies det også hvis virksomhet det skal føres tilsyn med, nemlig helsetjenestens (§ 1 og 2) og alt helsepersonells (§ 2). Det antydes også hva det skal føres tilsyn med, nemlig helseinstitusjonenes og helsepersonellens «faglige» virksomhet. Det betyr også at det ikke (lenger) skal føres tilsyn (også) med økonomiske forhold. Tilsynet skal altså (stort sett) holde seg unna viktige sider ved helsepolitikken, nemlig de som har med effektivitet, omkostninger og økonomiske rammer (budsjetter) å gjøre; dog krever (tann)legeloven (1980) at (tann)leger skal utvise sparsomhet med bruken av «offentlige» eller «private» penger. Ei heller skulle det gjelde mål som i hovedsak kommer fra andre sektorer, men fungerer som rammer og begrensinger for helsevesenet, som distriktspolitiske, arbeidspolitiske (det vil si arbeidsmiljøspørsmål og lønns- og arbeidsavtaler av ulike slag) og likestillingspolitiske mål. Også etiske hensyn, inkludert noen typer rettighetshensyn, kommer inn her som «andre», ikke tilsynsaktuelle, mål.

Helsedirektoratets tilsyns- eller kontrollrolle, ble altså nokså avgrenset. Det betydde også at kontrollen ble delt, delt mellom departementet og direktoratet. Det åpnet for konflikt, spesielt siden en betingelse for at helsemålene kan nåes i «tilstrekkelig» grad gjerne er at de økonomiske rammene er vide nok. Som vi har sett, det ble også konflikt. Det ble det selvsagt

fordi forholdet mellom departement og direktorat fra delingen av var blitt anspent. Men delingen av kontrollen bidro til å skape muligheter for konflikt. Da Helsedirektøren i 1986 for alvor intervenerte som kontrollør, og mente et sykehjem på Nordvestlandet drev faglig uforsvarlig, gjorde han det med «ensidig» utgangspunkt i det begrensede tilsynsansvaret den nye tilsynsloven gav ham og fylkeslegen. Hadde direktoratet hatt et generelt ansvar, som det hadde før delingen, måtte han i større grad veiet de helsemessige mål mot spesielt ressursmålene. Da den aktuelle kommunen protesterte på Helsedirektørens innblanding i lokale, *generelle*, prioriteringsbeslutninger, fikk den, bistått av NKS, støtte fra departementet. Helsedirektøren måtte siden «ligge lavt» i slike spørsmål, som vi har sett. Han måtte ta økonomiske hensyn i sitt *faglige* tilsyn. Siden premissene for hvordan avveiningen skulle skje forble uklare, ble konfliktpotensialet desto større.

Vi skal legge til en generell bemerkning her: Vi ser nå hvordan kombinasjonen av den nye nyttestatlige styringen og «énverdiaktivisme» (eller «fåverdiaktivisme») fører til opprettelsen av stadig flere tilsyn, ombud og andre lignende offentlige kontrollorganer, og til konflikter, eller «politikk», innad i statsforvaltningen. Vi har tidligere nevnt at de to svenske statsvitere Johannes Lindvall og Bo Rothstein (2006) omtaler slike organer som «ideological state apparatuses». Departementets ledere så nok fra 1986 og utover på direktoratet som et litt «ideologisk» organ. Det hadde imidlertid selv opprettet det som sådant. Departementene kan, i prinsippet, redusere slike problemer ved selv å være mer presist prioriterende på beslutningssiden. Det er imidlertid umulig, både av «intellektuelle» grunner (det er «teknisk» vanskelig) og av politiske grunner (det skaper «støy»).

Delingen og det avgrensede tilsynsoppdraget gjorde altså Helsedirektoratet til et både gammeldags, venstremedikratiske, og et «nyideologisk» – og potensielt aktivistisk – organ. Delvis fristilt fra nyttestatlige økonomihensyn kunne det «slåss» både for helse generelt og borgernes interesser som pasienter spesielt. Denne fristillingen ble forsterket i 1994, og enda mer i 2002: Helsedirektoratet ble, i to trinn, gjort til et nesten rent tilsynsorgan. Men nå ble de økonomiske rammebetingelsene tydeligere og det nye Helsetilsynet fikk et mer teknisk nyttestatlig preg. Elementer av «aktivistrollen» ble dog beholdt.

Vi ser at § 1 gjør det klart at utgangspunktet for tilsynet er lover og lovkonkretiseringer. Det slås altså an en rettslig tone i åpningsparagrafen. Også i § 2, nemlig i tredje ledd, fremgår det at tilsyn er å påse (kontrollere) at lover og forskrifter blir fulgt. Slik sett understrekes det altså at tilsyn nå er en rettslig basert oppgave. Men paragrafen viser også at lovkonkretiseringene ikke helt har gått over i den moderne tilsynsbåten. Loven som helhet er ikke bygget opp basert på prinsippet om at det å føre tilsyn er å kontrollere at lover og forskrifter blir fulgt og, hvis de ikke blir fulgt, å iverksette sanksjoner. Når det i det første punktet bare heter det at det skal føres tilsyn med helsetjeneste og helsepersonell, men ikke hva tilsynet skal gjelde, kan man si det er den gamle vage og brede forståelsen som, taust, legges til grunn.

Også det neste ledd viser hvor mye den nye loven er preget av eldre tilsynstenkning og dermed spenningsfylt systematikk. Her trekkes ett formål med helsepolitikken frem, hensynet til (universell og gratis) tilgjengelighet til klinikken – et formål som for så vidt også følger av henvisningen til lovgivning, og derfor strengt tatt er overflødig. Men når ett formål trekkes frem og ikke andre, bidrar det til å forsterke inntrykket av «tilfeldighetssystematikk».

Dette punktet er også spesielt fordi det sier at tilsynsmyndighetene skal påvirke på oppstrømssiden (politikkutformingen lokalt) for å sikre folks tilgjengelighet til tjenester og gjøre det gjennom *rådgivning*. Det sies intet om at myndighetene skal kontrollere på

nedstrømssiden og, hvis den her finner noe kritikkverdig, si ifra, ev. også med sanksjoner. Her er det altså i to henseender det gamle tilsynssynet som slår igjennom.

Dette punktet om rådgivning gjelder imidlertid også på nedstrømssiden, og også utover det som angår tilgjengeligheten. Det fremgår av teksten i proposisjonen at tilsynet (også) skal utøves på en pedagogisk måte. Det innebærer imidlertid at tilsynsutøvelsen får karakter mer av ledelse, endog myk ledelse, enn «hard» rettsstatlig kontroll. Departementet mener at det slik «unngås at staten gjennom sitt embedsverk skaper uklarhet i ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune».⁹³⁹ Departementet mener det kommer i en styringsrolle hvis det beordrer. Ved et rettslig basert tilsyn er imidlertid poenget at direktoratet og fylkeslegene skal kontrollere om den formelle (del)styring staten, gjennom lovgivning, står for, blir fulgt. Hvis statens representanter gir råd om annet enn forståelsen av jusen, og disse råd følges, blir en rettsstatlig fundert kontroll i neste omgang delvis en kontroll av statens representanter selv. Departementet ser, iallfall delvis, dette og skriver i sin proposisjon at «Fylkeslegen må ikke gjøre seg inhabil i sin overordnede tilsynsvirksomhet ved å engasjere seg for sterkt i planlegging av den daglige drift av fylkets og kommunens helsetjeneste».⁹⁴⁰ Dets svar på hvordan dette kan unngås er «veiledning»: Ved at tilsynet «antar karakteren av rådgivning, veiledning og opplysning unngås at staten gjennom sitt embedsverk skaper uklarhet i ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune».⁹⁴¹ Departementet tar ikke opp spørsmålet om hva som skjer hvis råd følges og det får konsekvenser tilsynet siden må gripe inn overfor. Departementet kommer imidlertid ikke utenom at det blir en «delstyrer», og skaper ansvarsklarhet, enten det styrer mykt – altså gjennom rådgivning – eller (i tillegg) hardt, gjennom rettsliggjort tilsyn.

Siste ledd i § 2 innebærer at fylkeslegen skal holde direktoratet orientert om helseforholdene i fylket og om forhold som innvirker på disse. Her henviser altså ikke ordet tilsyn primært til helsevesenet og dets tjenesteytere, men til hvordan helseforholdene, som levealdersutsikter, dødelighet og (visse former for) sykелighet utvikler seg. Her er tilsyn definert som en oppstrøms helstilstandsovervåkning og som det å forsøke å bestemme årsaker til at helsetilstanden er som den er. Dette tilsyn skal altså resultere i råd om (nye) helsepolitiske tiltak. Noe av dette tilsyn kan ha et kontrollaspekt over seg, hvis det å skaffe oversikt over årsaker til at helsetilstanden er som den er, kan innebære å undersøke om noen, spesielt de som er med på å skape ulike omgivelser, har oppført seg som de skulle etter for eksempel hygienisk lovgivning. Men som loven er formulert, skal tilsyn forstås som tilsyn med «helsetjenesten». Dette leddet bidrar dermed til å gi et flertydig inntrykk av hva tilsyn nå er. Her er det fortidens vage tilsynsforståelse som føres videre.

§ 3 lyder slik:

Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan forebygge svikt i helsetjenesten.

Her gies altså fylkeslegen nok en oppgave. For systematikkens skyld kunne den vært tatt med som et ledd i § 2. Når denne oppgaven får en egen paragraf er det fordi den sees på både som ekstra viktig og som ny.

⁹³⁹ Ot. prp. nr. 33, 1983-84, *Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten*, s. 6.

⁹⁴⁰ *Ibid.*, s. 2.

⁹⁴¹ *Ibid.*, s. 6.

Den er den eneste paragraf som sier noe mer konkret om hva tilsyn er og hvordan det skal utøves. Den er ikke helt moderne retts- og nyttestatlig. Den sier ikke eksplisitt hva tilsyn er og hvordan det skal utøves, og altså organiseres. Men i denne paragrafen sies noe, nemlig at fylkeslegene skal undersøke om det pålegget institusjonene og personellet får om å drive egenkontroll, blir fulgt. Det kunne vært sagt mer både om hvordan egenkontrollen skulle organiseres og om hvordan fylkeslegene skulle føre kontroll med at egenkontrollen ble utført og utført forskriftsmessig. Her kunne det også vært sagt noe om tilsynet med egenkontrollen skulle ha moderne kontrollkarakter (vurdere om de regelbaserte krav om egenkontroll og eventuelt hvordan denne skulle utføres, ble fulgt) eller ha et videre ledelsespreg, og spesielt et pedagogisk preg. § 2, annet ledd kan gi inntrykk av at tilsynet med egentilsynet skulle ha et pedagogisk preg. Vi kunne også si: egentilsynet skulle være «negativt», tilsynet med egentilsynet (mer) «positivt». Som vi har nevnt: Direktoratets ledelse av fylkeslegenes tilsyn, og dermed også egentilsynstilsyn, skulle være (mer) «positivt».

Reglene for den prosedyrale utøvelsen av tilsynet – ikke det substansielle innhold – kom altså ikke i særlig grad inn i den nye loven. Det var meningen at det skulle komme etter hvert, som forskrifter, men gjorde altså ikke det i løpet av «vår» periode. Det stod i proposisjonen at «fylkeslegen forutsettes å foreta befaringer av helseinstitusjoner i fylket og ved besøk å sette seg inn i hvordan de faglige deler av helsetjenesten virker».⁹⁴² Nærmere regler om hvordan befaringer og besøk skulle skje, kom ikke. Prosedyrene for tilsynsutøvelsen kom, som vi skal se, til å bli utviklet gjennom prøvende praksis og læring på tvers. Her kom fortiden, som vi også skal se, til å kaste lange og tunge skygger.

Bestemmelsen om egenkontroll kan vi si impliserer at virksomheten i helsevesenet skal overvåkes kontinuerlig av de eneste som på denne tiden (før digital overvåking var blitt mulig) kunne stå for den, lederne og de ansatte i helsevesenet. De skulle drive selvovervåking og det skulle de gjøre, kan man si lovbestemmelsen impliserer, etter retningslinjer (forskrifter, andre regler) som skal komme. De egentlige tilsynsutøvere blir altså her personellet selv, og deres ledere – ikke, som § 2 gir inntrykk av, fylkeslegene. Disse skal istedenfor føre tilsyn med at institusjonene (lederne) og deres personell fører tilsyn. Fylkeslegenes tilsyn blir slik, i dette henseende, et metatilsyn, og til dels et meta-metatilsyn, for så vidt som de skal føre tilsyn med at institusjoner (det vil si deres ledere) fører tilsyn med at deres medarbeidere fører tilsyn med seg selv. Men der kom altså ikke forskrifter for utøvelsen av egenkontroll.⁹⁴³ Dog laget direktoratet allerede i juni 1984 et rundskriv om egenkontroll.⁹⁴⁴ Der kom imidlertid en forskrift om internkontroll på helse-, miljø- og sikkerhetsområdet i 1991. Den var personellrettet, nokså teknisk preget og skapte en del frustrasjon blant de «rammede». Den ble erstattet av en ny, noe mer pedagogisk preget forskrift, i 1997.⁹⁴⁵ Vi skal komme tilbake til denne forskriften.

Denne paragrafen (3) viser at det nye tilsynet representerer en form for dramatik. Den gjør det på flere måter. Ved at den innfører et pålegg om systematisert egentilsyn, som det skal

⁹⁴² *Ibid.*, s. 2.

⁹⁴³ Det stod intet i loven om at forskrifter kunne utarbeides med hjemmel i den, men det mest naturlige ville vært å ha forskrifter om hva egenkontroll skal være og hvordan kontrollen med denne kontrollen skulle drives. Som vi skal se forsøkte direktoratet senere å utarbeide forskrifter, men ble stanset av departementet.

⁹⁴⁴ I-K 18, 14. juni 1984.

⁹⁴⁵ Kfr. denne lille boken, med en talende tittel: Peter Chr. Koren, *Internkontroll uten tårer – systematisk HMS-arbeid*, Oslo: Tiden, 1997.

føres tilsyn med, samtidig som det direkte tjenestetilsynet beholdes, innføres en form for dobbel mistenksomhet. Hvis egentilsynet, slik tilsynet ser det, fungerer godt, skal det ikke være behov for noe direkte tjenestetilsyn. Når det siste tilsynet beholdes, og det viser jo for eksempel § 2 at det gjør, er det uttrykk for at den overordnede tilsynsmyndighet ikke stoler på at egentilsynet fungerer godt nok, selv når egentilsynstilsyn viser at det gjør det. Man kan si at egentilsyn innebærer at de instanser det føres tilsyn med skal tilpasse sin virksomhet slik at de blir mer kontrollerbare. Men når det direkte tjenestetilsyn beholdes betyr det at staten mener det vil ta tid før tjenesteyterne har tilpasset seg. Men denne tilpasningen til tilsynet ovenfra kan også innebære at tjenesteyterne tilpasser seg oppover på en måte de mener kan gå utover «tilpasningen» nedover, for eksempel til pasienter. Dette ble forøvrig etter hvert en viktig problemstilling i revisjonsvirksomhet generelt. Den britiske revisjonsprofessor Michael Power, som vi alt har nevnt, sier at revisjonsinstansenes intervensjoner overfor bedrifter på denne måten kan føre til «kolonisering».⁹⁴⁶

Det sies intet i forarbeidene om problemer og dilemmaer «dobbelttilsynet» kan skape.

Men her er mer å si om egentilsynet, det vil si om hvordan det bidrar til å skape et annet, og mer inngripende, styringsregime i helsevesenet.

Ideen om egentilsyn, eller selvkontroll, kom fra den sektor som siden begynnelsen av det 19. århundre skritt for skritt hadde satt og skulle fortsette å sette tonen i hele samfunnet, industrien. Det var den som gav nyttefilosofien den dominans den nå var iferd med å få. Etersom produksjonen ble mer og mer strømlinjeformet fremstod fra mellomkrigstiden av kvalitetsvariasjonene som et problem. Industriens ledere klarte ikke å løse problemet med mer detaljerte planer og nøyere overvåkning av produksjonsprosessen og produsentene; ei heller med etterpåbasert produktkontroll. Svaret var det delvis en amerikaner, ingeniøren og statistikeren W. Edwards Deming (1900–1993), som fant, men det var japanske industriherrer som først hørte på ham og tok ham alvorlig. Svaret ble kvalitets(kontroll)sirkler, grupper av arbeidere, som under en viss ledelse og opplæring, ikke bare ble selvovervåkere, men også produksjonsprosessutviklere. Dette svaret brøt i noen grad med den tradisjonelle hierarkisk-industrielle og mekanistiske måten å lede på: Den innebar arbeidermobilisering. Den gav arbeiderne et visst rom for å påvirke produksjonen, og slik sette litt spor etter seg. Den gikk dermed litt utover det fremmedgjørende ved fabrikkarbeidet, men samtidig bidro det til å ansvarliggjøre arbeiderne på en nesten personlig måte. Det ansvarliggjorde dem imidlertid først og fremst for ledernes og eiernes formål. Mobiliseringen ble slik en mobilisering (også) til en nærmest total egenovervåkning og egenkontroll. At disse sirklene etter hvert skulle gi premisser for den «totale kvalitetsledelse», er ikke tilfeldig. Vi skal komme tilbake til det.

Her er poenget at ingen kan passe på produsenter og tjenesteytere bedre enn produsentene og tjenesteyterne selv. Når man reflekterte over det, så man også at ideen om mer systematisk egenovervåkning og prosessforbedring egnert seg enda bedre i virksomheter hvor kunnskapen var mer usikker enn den var i prosessindustrien, som i helsevesenet. Her måtte det utøves skjønnt, og de som stod nærmest til å gjøre det var arbeiderne og tjenesteyterne selv. Ideen om selvkontroll kom slik til helsevesenet ikke minst via den mer usikkerhetspregede ekstraktive industri, spesielt oljeindustrien. I USA spilte i så henseende også våpen- og romfartsindustrien en viktig rolle. Men det å gå fra egeninitiert, og som regel lite systematisert, egenkontroll til stadig mer systematisert, altså skjematisk, egenkontroll, var også, ja, først og fremst, i

⁹⁴⁶ Michael Power, 1997, *op.cit.*, s. 95–98.

helsevesenet som i industrien, et tiltak for å styrke kontrollen ovenfra. Ettersom grunnlaget for egenkontrollen gradvis ble utviklet, ser vi også at premissene for den i stigende grad kommer ovenfra.

Egentilsyn, eller egenkontroll, er en aktivitet som altså er sprunget ut av kvalitetshensyn, men slike hensyn er nært knyttet til, og ofte underordnet, produktivitetshensyn og dermed i siste instans bedrifters overskuddshensyn. Etter helsetilsynsloven er «vanlige» økonomiske hensyn holdt utenfor egenkontrollen. Egenkontrollen gjelder altså først og fremst kvalitet (snevert forstått), men spesielt det å forebygge svikt i kvalitet. Den omfatter imidlertid også andre forhold myndighetene gjennom lov og forskrifter måtte bestemme at den skal gjelde, utover det det er naturlig å se på som faglig kvalitet. Den gjelder dermed også spesielt tilgjengelighet og en del generelle etisk-juridiske hensyn, ofte omtalt som rettssikkerhetshensyn. For så vidt som helsetilsynet slik ikke gjelder «vanlig» økonomi, men formål også helsepersonell naturlig er opptatt av, kan man si at den styring tilsynet representerer ikke bare er en styring som kommer utenfra og ovenfra, men en styring som også har en naturlig personlig forankring hos helsepersonell. Det som er det nye, eller som understrekes sterkere nå, er at forståelsen av disse formålene er bestemt ovenfra, gjennom lovgivning og administrativ lovkonkretisering. Rettsliggjøringen av tilsynsgrunnlaget gjør at helsepersonellet i noen grad får som ordre det de før betraktet som uttrykk for egen samvittighet.

At denne siden ved tilsynsprofesjonaliseringen ikke gjøres synlig i forarbeidene, eller i diskusjonen om tilsynet, både da loven kom og siden, kan man kanskje si reflekterer profesjonaliseringsentreprenørenes, altså juristenes, jordnære realisme. Tidens mest autoritative jurist, professor Johs. Andenæs (1912–2003), uttalte således, som ex auditorioopponent, ved Rune Slagstads (f. 1945) forsvar av sin avhandling, *Rett og politikk – et liberalt tema med variasjoner*,⁹⁴⁷ i november 1986, at avhandlingen var holdt på et så høyt abstraksjonsnivå at det var vanskelig «for en jordnær – noen vil si jordbundet – jurist å føle seg hjemme».⁹⁴⁸ Han konkretiserte ved å si at jurister gjerne tar den eksisterende rettsorden for gitt. «De bakenforliggende retts- og samfunnsfilosofiske problemstillinger ligger betryggende fjernt fra våre daglige arbeidsoppgaver». Han fant det imidlertid på sin plass at «historikere, filosofer og samfunnsforskere kaller oss til ettertanke også om de grunnleggende ting». Også de tilsynsskapende jurister var jordnære praktikere. De var ikke opptatt av å holde et mer eksponerende speil opp for lovgivere eller dem som skulle praktisere den nye lovgivningen. De helsefagfolk som skulle praktisere den nye lovgivningen, eller som ble truffet av den, hadde heller ikke særlige forutsetninger for å gjøre annet enn å (forsøke å) tilpasse seg, selv om de undertiden både overså, eller ergret seg over, en del implikasjoner av den. En bredere debatt om den nye tilsynspolitikken kom først fra midten av 1990-årene (kfr. Michael Power⁹⁴⁹).

Bestemmelsen om at fylkeslegen skulle føre kontroll med at de som yter helsetjenester skal drive egenkontroll er kort og generell. Den «impliserer» en forskrift. Denne forskriften kom imidlertid, som nevnt, ikke i løpet av «vår» periode. Fylkeslegene måtte istedenfor selv gjennom prøving og feiling utvikle rutiner for hvordan den skulle foregå. Det betyr også at bestemmelsen bare sakte, og først særlig mot slutten av vår periode, begynte å få virkning.

⁹⁴⁷ Trykket: Oslo: Universitetsforlaget, 1987.

⁹⁴⁸ Johs. Andenæs, «Jus og politikk», *Nytt Norsk Tidsskrift*, nr. 1, 1987, s. 94-97. Sitatet er fra s. 94.

⁹⁴⁹ *The Audit Society*, sitert tidligere. Kfr. også hans senere *The Risk Management of Everything, Rethinking the politics of uncertainty*, London: Demos, 2004.

Den siste substansielle paragraf i den svært korte loven er nr. 5, hvor direktoratet gies påleggsmyndighet. Vi har nevnt den ovenfor. Den er en naturlig oppfølging av den nye ideen om tilsyn: Finner de som utfører tilsyn noe som bryter med lovene, kan de gi pålegg om at de aktuelle institusjoner eller personer skal endre adferd. Men paragrafen er ikke helt moderne, for i den henvises det til formål – for eksempel om å unngå å skade pasienter, ikke egentlig til lovgivningen. Når det henvises til forsvarlighet henvises det imidlertid i praksis til en såkalt rettslig standard og altså til lovgivningen. Det litt tradisjonelle ved paragrafen fremgår også av det faktum at den ikke henviser til egentilsynet og at brudd på bestemmelsen om det kan føre til pålegg.

Man kan også si at det at påleggsmyndigheten ikke følges opp av bestemmelser om straff er uttrykk for at paragrafen er litt «tradisjonell». Det er imidlertid også forståelig at den ikke har slike bestemmelser, siden for eksempel en økonomisk straff overfor virksomheter som er offentlige jo både ville være en form for selvstraffing og selvbeskadigelse (selv om de straffede som regel ville være kommuner eller fylkeskommuner). I neste omgang ville en slik straff kunne ha negative følger for virksomhetens evne til å gjøre det lovene krever. Det er imidlertid ikke tilfeldig at det, etter den perioden vi behandler, nemlig i 2002, kom en bestemmelse om at tvangsmulkt kunne ilegges institusjoner i spesialisthelsetjenesten; bestemmelsen kom dog i spesialisthelsetjenesteloven (av 1999).

Tilsynsloven skaper altså et tilsynshierarki. Det går fra Helsedirektøren, og Helsedirektoratet, ned til fylkeslegene. Fylkeslegene omtales som de utøvende, og dermed siste, tilsynsutøvere. Vi har nevnt at institusjoner og utøvere etter loven har plikt til å drive egentilsyn, og slik sett befinner seg i kjeden under fylkeslegen, men tilhører som sådanne ikke det offentlige tilsynshierarki. Inntil 1984 var der imidlertid ytterligere et ledd i kjeden, nemlig den offentlige lege. I instruksen for distriktslegene av 1913, § 1, het det således: «Distriktslægen fører det nærmeste tilsyn med distriktets sunnhets- og sykepleie». I § 4 i instruksene het det også at «Han fører det nærmeste tilsyn med de sinnssyke, som for offentlig regning er i privat forpleining...» Denne tilsynsplikten gjelder også «andre sinnssyke, som holdes under bevoktning hos sin familie eller fremmede». Ordet tilsyn omfatter her i tillegg det å yte et visst innslag av omsorg for de sinnssyke, men det sentrale er å se til at de som pleier dem gjør det på en akseptabel måte. Av apotekerlovgivningen fremgikk det også at den offentlige lege tidligere hadde et visst tilsynsansvar overfor apotekene. Men at den offentlige lege nå faller ut av tilsynshierarkiet forteller litt om utviklingen: Den offentlige lege i tradisjonell forstand forsvant i 1984. Han eller hun ble delvis kommunal funksjonær, og slik fratatt den statlige autoritet tilsynsrollen krevde, og delvis kommunalt ansatt eller avtalebasert kliniker, og som sådan uten noe autoritetsgrunnlag for å utøve tilsyn. Vi må imidlertid ta en liten reservasjon her: I Ot.prp. nr. 36 (1981–82) lot regjeringen det være igjen en liten rest av offentlig tilsynsansvar hos en offentlig lege. Vi skal komme tilbake til det når vi omtaler kommunehelsetjenesteloven.

Ordet tilsyn ble som nevnt tidligere ofte forstått som det å se til at «alt» er som det skal være i helsevesenet. Det gir slik assosiasjoner til forebygging. Tilsyn skal hindre at uhell skjer eller feil begås. Det skal derfor utøves gjennom løpende overvåkning, i egen regi eller (etter hvert) gjennom teknologi, gjennom varslede eller ikke varslede inspeksjoner og gjennom systematisk rapportering. Det er en del av tilsynet slik forstått at tilsynsutøveren avgir uttalelser om det han eller hun har funnet; uttalelser som også kan konkludere med sanksjoner (via Helsedirektoratet). Etter hvert ble tilsyn også forstått litt videre, slik at det også omfatter det å vurdere det som pasienter og pårørende har funnet utilfredsstillende. I slike tilfeller kan

man si pasientene starter tilsynsprosessen. Denne følges så opp, blant annet gjennom egne undersøkelser (inkludert inspeksjoner) i regi av tilsynsmyndigheten. Undersøkelsene ender med en uttalelse og eventuelt tildeling av sanksjoner til den aktuelle tilbyder (en behandler og/eller en institusjon). Helsetilsynet skulle etter 1994 begynne å omtale den siste type tilsyn som hendelsesbasert. Den første type tilsyn fikk da navnet planlagt tilsyn.

Helsetilsynsloven – forslag til Forskrift om egenkontroll og organisering av statlig tilsyn i helsevesenet

At der ikke straks, eller relativt snart, kom en forskrift spesielt om internkontroll, men også mer generelt, en forskrift om måten det statlige tilsyn skulle organiseres og drives på, er uttrykk for at loven kom før departementet helt hadde tatt inn over seg hva en juridisk basert tilsynsprofesjonalisering innebærer. Ja, den nye loven inneholdt ikke engang en hjemmel for å lage en slik forskrift. Det var ikke før vi skriver 1990 at direktoratet for alvor begynte å arbeide med et forslag til en internkontrollforskrift. Den 2. februar dette året skrev helserettsavdelingen, antagelig ved kontorsjef Sigmund Eliassen (f. 1955), til direksjonen og foreslo at «direktoratet meget raskt tar opp med departementet spørsmålet om å gi en forskrift om organiseringen av vårt tilsyn». Han føyer til: «Tiden er kanskje moden for å få gjennomslag for et slikt forslag.⁹⁵⁰ Det gjelder å handle raskt i tilfelle vinden skulle snu». Han henviser til, og er åpenbart også påvirket av, at Kommunaldepartementet nettopp (8.1.) hadde sendt ut sitt utkast til Forskrift om internkontroll.⁹⁵¹

Av notatets overskrift fremgikk det at initiativet måtte sees på som en oppfølging av Schjønby-utvalgets tilsynsutredning (1989). Overskriften lød: «Forslag til oppfølging av Schjønby-utvalgets innstilling».⁹⁵² Det var gjennom dette utvalgets nedsettelse at Helsedirektoratet for alvor begynte å ta inn over seg hvordan tilsynet skulle profesjonaliseres. På det overordnede plan innebar det at man burde bestemme mer konkret hvordan tilsynsvirksomheten skulle organiseres. En konkret oppgave i den forbindelse var å bestemme hvordan egenkontrollen skulle bygges opp. Dette kunne gjøres gjennom en forskrift, hjemlet i helsetilsynsloven; men loven inneholdt, som nevnt, ikke noen bestemmelse om forskriftsutarbeidelse, så at det kunne gjøres var ikke åpenbart. Lenger kunne man ikke gå nå. Bestemmelser med materielt innhold, altså bestemmelser som gav fylkeskommuner og kommuner rettigheter og plikter, kunne «neppe» gies med hjemmel i helsetilsynsloven, heter det i notatet. Slike bestemmelser måtte gies med hjemmel i blant annet det vi kaller institusjonslovene. Her oppstod dermed, som vi skal se, en del utfordringer.

I notatet sies det at en forskrift bør inneholde utdypende bestemmelser om hvilken *kompetanse*, og dermed hvilket *ansvar*, direktoratet og fylkeslegene skulle ha på tilsynsområdet. I forlengelsen av slike bestemmelser burde det, sies det, komme bestemmelser

⁹⁵⁰ Forslag til oppfølging av Schjønby-utvalgets innstilling, *Notat til Direksjonen*, 2.2. 1990. Vi har fått notatet av en medarbeider i direktoratet og har derfor ikke arkivreferansen.

⁹⁵¹ Denne forskriften hadde som formål å «fremme arbeidsmiljø og sikkerhet i virksomheten og vern mot forurensning av virksomhetens omgivelser» (§ 1). Den ble vedtatt ved kongelig resolusjon den 22. mars 1991 og trådte i kraft fra 1992. Forskriften ble fastsatt i henhold til arbeidsmiljøloven (1977), loven om brannfarlige varer (1971), lov om eksplosive varer (1974), brannvernloven (1987), forurensningsloven (1981), produktkontrollloven (1976), sivilforsvarsloven (1953) og lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (1929).

⁹⁵² Vi kommer tilbake til denne rapporten.

om «rapporteringsrutiner» og hvilken informasjon som skal gies, «begge veier». Slik skulle altså kompetanse- og ansvarsfordelingen konkretiseres hva gjelder kommunikasjonen; blant annet skulle slik forholdet mellom «hierarkisk» og «dialogisk» kommunikasjon klargjøres. Videre burde en forskrift inneholde, heter det i notatet, definisjoner av sentrale begreper, som egenkontroll(system) og kvalitetssikring. I forlengelsen av slike definisjoner burde der «utvikles», heter det også, «en slags minstenorm for hva som ikke kan aksepteres innen helsevesenet og som bør foranledige pålegg overfor de ansvarlige». Men ved å utforme slike bestemmelser vil avdelingen lage forholds- eller handlingsregler. Det er bestemmelser som i stor grad allerede finnes i institusjons- og særlig helsepersonellovgivningen; det sentrale stikkord her er forsvarlighet. Men begreper om minstenormer kan omfatte mer, for eksempel normer om tilgjengelighet. Det var imidlertid aktuelt å ta inn organisatoriske og prosessuelle bestemmelser om driften i klinikker, bestemmelser som skulle forebygge brudd på minstenormene, spesielt de kvalitative. Slike nevnes ikke i notatet.

I september 1988, altså før helserettsavdelingen tok det nevnte initiativ i februar 1990, hadde en medarbeider – vi vet ikke hvem det var og fra hvilken avdeling vedkommende kom – laget et notat som både fulgte opp Schønby-utvalgets forslag og antesiperte 1990-initiativet.⁹⁵³ I dette notatet drøftes noen av begrepene som definerer tilsynsvirksomheten. Her, som i de forskriftsutkast som skal komme, viser direktoratets lille tvetydighet seg. Det preges ennå litt av tradisjonene og den fagautonomi de representerer, men er på vei over i den jusbaserte tilsynsprofesjonalisering. I notatet bemerkes det først at direktoratet bør tale om «egenkontroll» og ikke den mer bedriftspregede og ensidig juridisk baserte «internkontroll», men det åpnes ellers for at direktoratet nok må ta inn over seg industriens ord og uttrykk. «For oss kan de synes kunstige, og det er antakelig behov for å utvikle egne begreper for helsetjenesten. Imidlertid kan det virke både avklarende og inspirerende å ta veien innom ord og begreper som våre kritikere bruker» (s. 1). Det gjør også straks forfatteren av notatet, men bruker medisinske (perinatale) eksempler. Vedkommende skriver om «egenkontrollsystemer» at de er «ulykkesforebyggende eller kvalitetssvikt-forebyggende systemer». «Når det har skjedd et uakseptabelt avvik må tilsynet undersøke hvorfor dette ikke ble forebygget», heter det videre. Resonnementet fortsetter slik (s. 3):

Den eksterne tilsynsmyndigheten må dessuten på selvstendig grunnlag definere hvilke avvik som ikke er akseptable ut fra gjeldende lover og regler og offentlig fastsatte standarder og som eventuelt skal rapporteres og granskes, samt hvilke prosedyrer som skal følges ved rapportering og granskning.

Her har forfatteren gått ombord i jusens «skip». Det er loven som fastsetter hva som er uakseptable avvik, ikke medisinsk skjønn. Etersom medisinen i stor grad fortsatt er nokså intuitivt basert, understrekes inntrykket av medisinenes tilpasning til jusen. Forfatterens usikkerhet kommer imidlertid også frem, som i dette avsnitt, hvor hun (eller han) bruker eksempler fra perinatalomsorgen (s. 3–4):

Et maternelt dødsfall vil nesten absolutt være å regne som uttrykk for svikt i egenkontrollen, mens et barnedødsfall bør gjøres til gjenstand for rapportering og granskning for å finne ut om det var obligat (uunngåelig), om det må regnes som

⁹⁵³ Notat om begreper brukt i egenkontrollfilosofien, datert 8. september 1988. Som forfatter er altså bare nevnt Helsedirektoratet. Det er stilet til deltagerne på perinatalkonferansen 14. september 1988, som en forberedelse av foredrag som skal holdes på konferansen av prosjektleder og jurist Rune Voll (f. 1957). Det notat vi har er ikke arkivregistrert.

uunngåelig med de gitte ressurser, eller om det faktisk burde vært unngått og er uttrykk for et uakseptabelt avvik som resultat av svikt i egenkontrollsystemet.

Helt elegant blir det ikke når en medisiner forsøker å omtale uheldig klinisk praksis som uttrykk for «svikt i egenkontrollsystemet». Påstanden impliserer at hvis «egenkontrollsystemet» hadde fungert ville svikten ikke oppstått. Men å «bevise» at et slikt system ville hindret at en kliniker gjorde en feil, er ikke mulig. Dette er all revisjons generelle problem: Dens effektivitet lar seg sjelden bestemme.

Vi merker ellers at forfatteren, som forfatteren av 1990-notatet, taler om kliniske normer, altså handlingsnormer for hva som er akseptabelt og ikke. Han eller hun sier intet om normer for hvordan egenkontrollen (eller tilsynet generelt) skal organiseres (kompetanse/prosessnormer).

Helserettsavdelingen fikk, straks etter at avdeling 4 hadde tatt sitt initiativ, klarsignal fra direksjonen om å sette i gang med å lage utkast til forskrift. Det ble i hovedsak ført i pennen av kontorsjef, cand. jur. Sigmund Eliassen.

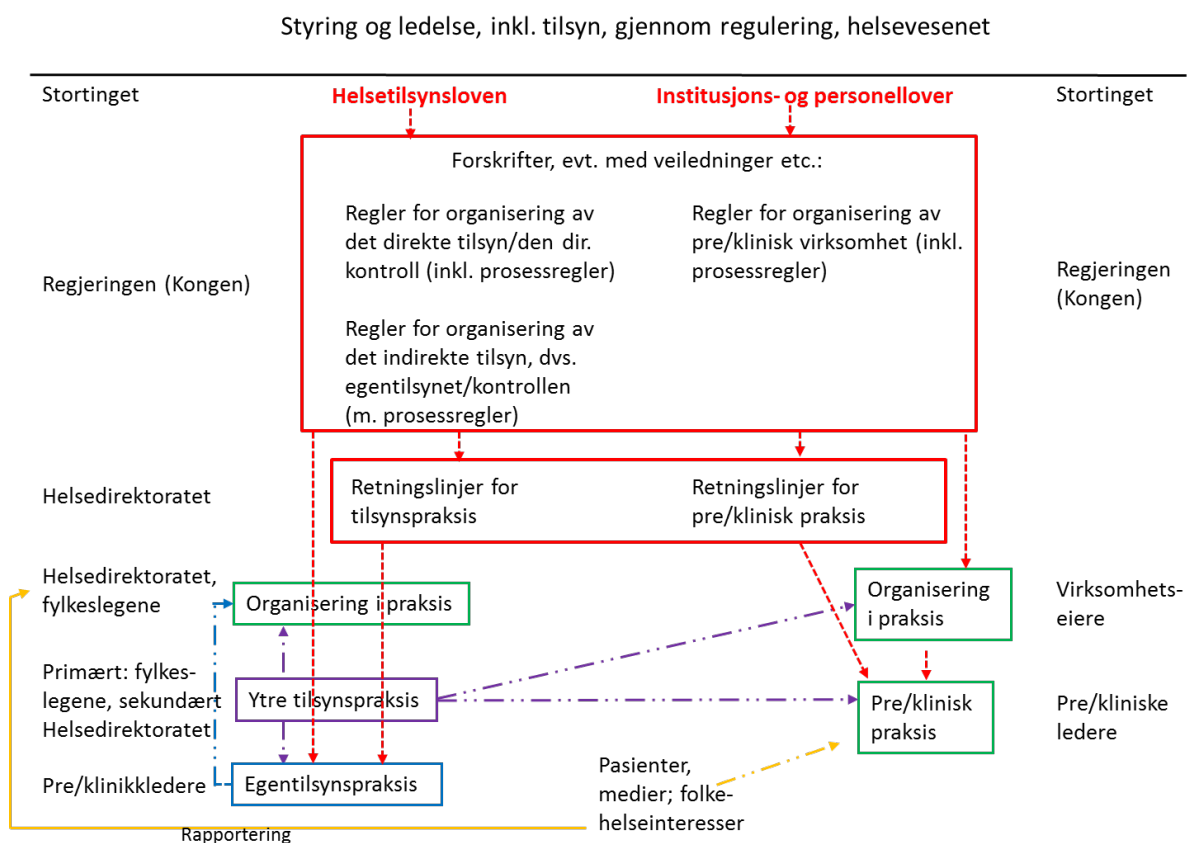
Lover er utgangspunktet for tilsynsvirksomheten. Det dreier seg på den ene side om organisatoriske lover (med kompetansenormer), som gir bestemte organer myndighet til å føre tilsyn eller bestemte instanser rett eller plikt til å yte helsetjenester eller drive folkehelsearbeid. Den aktuelle lov i det første tilfelle er selvsagt helsetilsynsloven. I det annet tilfelle er den aktuelle lovgivning i første rekke institusjonslovgivningen, i mindre grad helsepersonellovgivningen. I det siste tilfelle kan lovene både definere rammebetingelsene for virksomheten (organisere det aktuelle marked) og si noe om hvordan pre/klinikkene skal organiseres. På den annen side dreier det seg om regler for hvordan tilsyn skal eller kan utøves, helsetjenester skal og kan ytes og folkehelsearbeid skal og kan utføres (handlingsregler, pliktregler).

Når tilsynsmyndighetene, altså Helsedirektoratet og fylkeslegene, skal utøve tilsyn baserer de seg på helsetilsynslovens organisatoriske normer – som gir dem tilsynsmyndighet, og handlingsreglene i de ulike lovene til å overvåke og kontrollere og vurdere og, eventuelt, vedta sanksjoner overfor virksomheter og personell. Organiseringen av pre/klinikken er ikke uten betydning sett fra en tilsynssynsvinkel. Tilsynsmyndigheten kan mene at for eksempel klinisk virksomhet er sikkerhetsmessig uheldig organisert, men hvis denne organiseringen følger av den «primære» helselovgivning, eller av eiernes utøvelse av sin styringsrett, kan ikke tilsynsmyndighetene be om at den må endres (hvis den ansees som lovlig). Hvis virksomheter ikke følger de organisatoriske betingelser de er underlagt og tilsynsmyndighetene mener det representerer en trussel mot virksomhetens evne til å opptre for eksempel forsvarlig, kan de kritisere og ev. be om at virksomhetene gjennomfører endringer. Spesielt er det aktuelt å gripe inn slik hvis virksomhetene ikke har etablert egenkontrollsystemer. Men først og fremst vil tilsynsmyndigheten være opptatt av å bruke handlingsreglene i den «primære» lovgivning til å vurdere og ev. intervensjon overfor virksomheter og deres personell. Overfor klinikker og klinikere vil det for eksempel spesielt være aktuelt å gripe inn hvis myndighetene mener de har opptrådt uforsvarlig.

Grunnlaget for tilsynsvirksomheten er altså på den ene siden helsetilsynslovgivningen, men i prinsippet kan også annen lovgivning være relevant, som straffeloven, produktkontrollloven og erstatningsretten. Her skal vi holde oss til den første. På den annen side er grunnlaget for tilsynet det vi har kalt den primære helselovgivning, som institusjons- og helsepersonellovgivningen. Vi har illustrert dette doble lovgivningshierarkiet i figur 12.2.

Til venstre er tilsynsregelhierarkiet plassert, til høyre det primære helsereguleringshierarkiet. Regelhierarkiene, fra lover via forskrifter til retningslinjer, ender i konkret tilsynspraksis og ditto pre/klinisk praksis. Helt til venstre og høyre er de relevante regelgivende organer ført opp. Under, som et spesielt «tilsynsorgan» har vi ført opp pasienter (pårørende etc.) og andre tredjeparter (bl.a. massemedier), men også «relevante» folkehelse rapportører: De første utøver en form for ettertilsyn (av klinisk praksis), i den forstand at de kan klage til de formelle tilsynsorganer over den behandling de har fått eller ikke har fått eller anmelde institusjoner og personell for for eksempel å ha behandlet dem på en uforsvarlig måte og for dette kreve erstatning. De andre reagerer på vegne av mange, ofte som grupper eller interesseorganisasjoner.

Den nedadgående styring og ledelse er markert med stiplet strek. Det skal illustrere at styringen ikke er helt hierarkisk dikterende. Reglene er i en del henseender åpne, og gir aktørene på neste nivå litt rom (autonomi) for å utøve skjønn, for såvidt også litt rom for interaksjon mellom nivåene. Vi har ikke illustrert den påbudte rapporteringen oppover, eller datainnhenting som skjer i regi av høyere nivåer. Tilsynsvirkningskraften er illustrert med kombinert stiplede og prikkede linjer. Den omfatter både ulike former for observasjon og informasjonsinnhenting og reaksjoner, samt et element av interaksjon.



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

Som vi har sett ble ikke helsetilsynsloven da den kom ledsaget av noen forskrifter eller retningslinjer. Det gjorde at det nye tilsynet ikke kunne bli så forskjellig fra det gamle. Omfanget av tradisjonelt, nokså uformelt – og begrenset – egentilsyn fortsatte i stor grad. Lovgivningen på høyresiden var mer styrende enn den hadde vært før ledelsesrevolusjonen

startet, men fortsatt var de fleste handlingsnormene – de pre/kliniske retningslinjer – få og upresise. Det var således i mange tilfeller vanskelig å si hvor grensen mellom forsvarlig og uforsvarlig klinisk virksomhet gikk. Tilsynsfolkene hadde slik sett beskjeden hjelp å få fra handlingsreglene på høyresiden. Det var også nå blitt vanskeligere for Helsedirektoratet å ta initiativ til å stramme inn lovgivningen på høyresiden; her satt departementet med kontrollen, men også det var hemmet, av det fylkes/kommunale selvstyre. Det direktoratet kunne gjøre var å forsøke å stramme litt inn på venstresiden, direktoratets halvt «egne» side. Det var det som skjedde gjennom fremleggelsen av forslaget til forskrift om egenkontroll og organisering av tilsynet. Men med nokså åpne normer på høyresiden var det begrenset hva Helsedirektoratet kunne gjøre. Det skulle også vise seg. Det som ble Helsetilsynet fra 1994 skulle da også bruke resten av 1990-årene og mer enn det til å finne seg selv som et (mer og mer rendyrket) tilsynsorgan.

Den 22. mai 1990 hadde Helsedirektoratet klart sitt utkast til *Forskrift om egenkontroll og organiseringen av statlig tilsyn i helsevesenet*. Utkastet ble sendt til fylkeslegene, i en «intern» remissrunde.⁹⁵⁴ Forskriftens lovhjemmel skulle være tilsynslovens § 7 (toppen av det venstre hierarki i figuren), kommunehelsetjenestelovens §§ 1-3 og 6-9 og sykehuslovens § 3, fjerde ledd (det høyre hierarki). Den skulle gjelde «virksomheter og personell som yter helsetjenester» (§ 1). Etter remissrunden, som formelt skulle gå til juli, ble, som nevnt, også «organisasjoner» lagt til: Tilsynet skulle også gjelde eierorganisasjonene. Direktoratet hadde, kan man si, allerede blitt for ensidig klinisk og for så vidt ikke helt tatt inn over seg at etter «systemendringene» før og etter 1983 hadde tilsynet særlig fylkeskommunale og kommunale virksomheter som tilsynsobjekter. Ja, skulle man tenke strengt linjemessig gjaldt tilsynet først eierorganisasjonene. Det var disse som blant annet skulle drive en egenkontroll som *forebygget* at det kliniske personell kom under forsvarlighetsgrensen og det prekliniske personell på annet vis sviktet. Men loven sa jo for så vidt også at tilsynsorganene skulle drive direkte klinisk tilsyn. Kritikkk og pålegg om endringer ville da direkte kunne gjelde både eierorganisasjonen, virksomheten og de enkelte yrkesutøvere.

Vi konstaterer at direktoratet i sitt utkast er uklar hva gjelder ansvarslinjene, men skal legge til at det at helsepersonellovgivningen (som også straffeloven) gir personellet et selvstendig ansvar, i noen henseender skaper et flerlinjet hierarki. Forskriften skulle ikke gjelde bedriftshelsetjenesten og virksomheter som omfattes av sosiallovgivningen, men allikevel personell som yter helsetjenester i slike virksomheter. Skulle man tenke strengt linjemessig betyr imidlertid dette at helsepersonell i bedrifter, på en mer utfordrende måte enn helsepersonell i helseinstitusjoner, kommer under en viss grad av dobbel ledelse. Direktoratet kommenterte heller ikke det.

Det heter i utkastet at alle helsetjenestevirksomheter og alt helsepersonell skal «utøve egenkontroll og utvikle egenkontrollsystemer som ledd i den løpende kvalitetssikring av sine tjenester» (§ 2). Egenkontroll defineres som «tiltak for å sikre at virksomheten blir planlagt, utført og vedlikeholdt i samsvar med aksepterte faglige normer og krav fastsatt i eller i medhold av lov, forskrifter eller retningslinjer». Her sidestilles i noen grad medisinsk mål-middel-skjønn (og verdiskjønn) – som ennå ikke er rettsliggjort – og lovkrav (som i varierende grad kan reflektere medisinske normer). Direktoratet har slik sett ennå en stor fot i den medikratiske fortid. Det har det også når det nærmere definerer «egenkontroll», «egenkontrollsystem» og «kvalitetssikring» (§ 3). De to siste begreper er dog definert på

⁹⁵⁴ Brevet med forskriften hadde arkivnummer 90/05263 4.

nesten likelydende måter. I §§ 4 og 5 omtales helsefagpersoners og kliniske institusjoners utøvelse av egenkontroll. For begge adressater beholdes dobbeltheten, fortidsforankringen og tilslutningen til det nye rettslig baserte tilsyn. Ja, for personell nevnes bare de «alment aksepterte faglige normer som gjelder for vedkommendes profesjon». For institusjoner er også rettsreferansen med. Her understrekes dessuten at institusjonene må påse at der finnes «rutiner for å kontrollere» at personellet blant annet følger faglige normer og at de til enhver tid er kjent med de lovkrav som gjelder for virksomheten. Her betones altså det rettsbaserte ved tilsynet. Den spenning det skaper at egenkontroll og direkte kontroll kombineres ble imidlertid heller ikke i forskriftsarbeidet tematisert.

Under kap. III kommer bestemmelsene knyttet til forskriftsutkastets andre formål, nemlig å gi nærmere bestemmelser om tilsynets organisering. I § 6 vil direktoratet gjennom kompetanseregler gi seg selv omfattende tilsynsmyndighet. Direktoratet skal «samordne den statlige tilsynsvirksomhet og utarbeide generelle retningslinjer for fylkeslegenes prioriteringer og satsningsområder samt gjennomføringen av tilsynet». Direktoratet vil videre gi seg selv rett til å gi «nærmere retningslinjer for tilsyn og utøvelse av egenkontroll» og til å veilede fylkeslegene både i deres skjønnsutøvelse og lovtolkning. Fylkeslegene vil direktoratet gi vide rapporteringsplikter, både via medisinalmeldingene og ellers løpende, for eksempel når de blir kjent med uheldige forhold. Det heter i § 8 at tilsynet «utøves gjennom faglig rådgivning og veiledning samt kontroll», med det formål å «sikre kvalitet, tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenestene». Det legges så til at veiledningen (det tradisjonelle) og kontrollen (det nye) spesielt må gjelde virksomhetenes og yrkesutøvernes egenkontrollsystemer.

Det fremgår av § 9 at direktoratet vil at fylkeslegene skal følge opp mangler som avdekkes med skriftlige rapporter til dem som er ansvarlig for manglene, med angivelse av frist for utbedring av hjemlene. I utkastets § 11 heter det at fylkeslegen «i sin veilednings- og tilsynsvirksomhet og i tilsynsvirksomheten for øvrig [skal] påse at det ikke oppstår situasjoner som kan medføre inhabilitet». Denne paragrafen var det mange fylkesleger som mislikte. Den virket på dem som uttrykk for mistillit; de fant den også overflødig. Som vi har bemerket før, pekte den imidlertid på det dilemma det skapte at man nå i langt større grad enn før skulle kombinere «upersonlig» jusbasert tilsyn med «personlig» preget veiledning.

Forskriftsutkastet er preget av relativt vage normer. Slik blir koblingene mellom nivåene i hierarkiene løse. Mye av friheten bevares dermed på nivåene nedover. Mye av medikratiet føres på den måten videre. Men noe av løsheten i hierarkiet skyldes også, som vi har nevnt, en større grad av fristillelse av eierorganisasjonene, fylkes- og primærkommunene. Samtidig er sporene av den nye tid tydelige. Intensjonene som ligger under mange formuleringer peker fremover mot et mer rettsliggjort og tett koblet tilsynshierarki. Det ligger også i det juridisk-hierarkiske et bud om å styrke direktoratet som tilsynsmyndighet; det er et bud som frister direktoratet, ikke minst i en tid hvor direktoratet ellers var kommet på defensiven. Vi legger imidlertid merke til at dette forskriftsforslaget er mindre rendyrket juridisk nytteorientert enn de synspunkter som preget kommunaldepartementsutvalgets innstilling fra 1987 og den (påfølgende) internkontrollforskrift som vedtaes i mars 1991 og trer i kraft fra 1992. Vi legger også merke til at direktoratet er det øverste hierarkiske utgangspunkt. Over direktoratet befinner departementet seg, det organ som for så vidt også skal godkjenne forskriftsforslaget før det sendes til regjeringen og klargjøres for kongelig resolusjon. Som stemningen på denne tiden var mellom departement og direktorat fortøner fraværet av en henvisning til departementet seg som formelt underlig, men realpolitisk forståelig.

Direktoratet sendte forskriftsutkastet til uttalelse hos fylkeslegene, og for så vidt de andre avdelinger i direktoratet, med svarfrist 1. juli. Forskriftsutkastet ble også drøftet på fylkeslegemøtet i slutten av mai og på møtet for kontorsjefene i begynnelsen av juni. Innen 9. juli var det kommet uttalelser fra 14 fylkesleger samt avdeling 3, legemiddelavdelingen. De fleste sa de hadde ventet på en slik forskrift, men de fleste hadde også ulike typer kritiske kommentarer. Reaksjonene var generelt nokså «grå». Mange mente at forslagene til regler for organiseringen av tilsynet, inkludert egenkontrollen, og de kritiske definisjoner (av egenkontroll/system, kvalitet og lignende) som skulle inngå i dem, var for vage. I § 2 het det at alle som driver helsetjenester skal «utøve egenkontroll og utvikle egenkontrollsystemer som ledd i den løpende sikring av kvaliteten på sine tjenester». Egenkontrollen skulle sikre at «virksomheten blir planlagt, utført og vedlikeholdt i samsvar med aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov, forskrifter eller retningslinjer» (§ 3). Her ser vi at det henvises både til fortiden – «aksepterte faglige normer», og fremtiden – lovkrav. Mange fylkesleger, som Buskeruds, syntes dette ble vagt. Egenkontrollsystem blir forstått som, og her blir prosessreglene tydeligere, et sett av rutiner. En rekke slike nevnes (§ 5), og i løpet av remissrunden kom flere til.

I del III i forskriftsutkastet, kalt Statlig tilsyn, ble først direktoratets og fylkeslegenes oppgaver og myndighet definert, i runde vendinger. I § 8 het det at tilsynet skulle «utøves gjennom faglig rådgivning og veiledning samt kontroll med sikte på kvalitet, tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenester». Her ble altså gammelt og nytt forent, men slik at det gamle dominerte: de hierarkiske relasjoner gjøres løse og interaktive. I § 9 het det, igjen litt «gammeldags», at mangler «bør» registreres skriftlig og at virksomhetsledere «bør» legge frem en plan for å utbedre manglene. Her, som ellers, gikk kommentatorene i moderne retning. De ville ha mer presisjon og fikk endret det skjønnspregede «bør» til det hierarkisk-presise «skal».

Som vi har nevnt kom der særlig kritikk mot den mest vage del av forskriftsutkastet, den som gjaldt det statlige tilsyn generelt. Vestfolds fylkeslege, Asbjørn Haugsbø, mente organiseringen av det statlige helsetilsyn var noe mer omfattende enn organiseringen av egenkontroll og at bestemmelser om den første enten burde komme i en egen forskrift eller komme først i en «dobbelforskrift». Flere andre hadde innvendinger mot forskriftsforslagets dobbeltkarakter, bl.a. fylkeslegen i Nord-Trøndelag. Noen, som fylkeslegene i Buskerud, Troms og Sør-Trøndelag, påpekte også at hvis der skulle være med bestemmelser om organiseringen av tilsynshierarkiet, burde også departementets rolle presiseres. Generelt mest kritisk var Oslos fylkeslege, den erfarne og ofte «skarpe» Arne Victor Larssen. Han begynner sin uttalelse med konklusjonen. Han skriver at han «ikke [kan] tilrå at forskriftene blir utgitt i den form som nå foreligger». Som grunner oppgir han at kap. III, om tilsynsorganiseringen, «utvanner forskriftsbegrepet», svekker direktoratets og departementets «instruksjons- og organisasjonsmyndighet», skaper «mer uklarhet enn klarhet om hvem som har hvilke rettigheter/plikter» og inneholder formuleringer som mer svekker enn styrker intensjonene i helsetilsynsloven.⁹⁵⁵

Direktoratet tok, som nevnt, hensyn til en del av kommentarene om mer presisjon, men lot seg i denne omgang ikke påvirke særlig meget. Det ville således ikke fjerne kapitlet om

⁹⁵⁵ Larssen henviser til at §§ 6 og 7 gir plikter for «Helsedirektoratet vs. fylkeslegene og vice versa samt regler om intern organisering», noe som følger av loven og statens alminnelige organisasjons- og instruksjonsmyndighet. Han henviser videre til at slike regler, etter Forvaltningsloven, ikke bør nedfelles i en forskrift. Larssens uttalelse har arkivreferansen (i direktoratet): 90/05263-010.

organiseringen av tilsynet; ei heller ville det nevne departementet i dette kapitlet. Det var Helsedirektøren selv som ikke ønsket å ha departementet med.⁹⁵⁶ Som situasjonen nå var, var dette å utfordre departementet. Men departementet kunne jo ikke holdes utenfor mot sin vilje. Det var departementet som hadde kontroll over forskriftutkastets endelige skjebne.

Den eneste av avdelingene som uttalte seg skriftlig (12.6.), legemiddelavdelingen, var positiv til forslaget, men dens kommentarer bærer preg av den filosofi som preger Kommunaldepartementets syn på internkontroll. Avdelingen (Bjørn Jøldal) nevner for øvrig at den har utarbeidet et eget egenkontrollopplegg for apotekene, og at dette nylig er tatt i bruk – «på frivillig basis fra apotekenes side».

Generelt kan vi si at remissuttalelsene mer pekte i «moderniserende» enn i «tradisjonell» retning. Fylkeslegene ville ha mer presise regler; de ville «flykte» fra noe av den frihet «pålegget» om å utøve skjønn representerte. Kanskje kan vi her også ane spor av at flertallet av fylkeslegene i viktige henseender «ideologisk» og «emosjonelt» hadde fjernet seg litt fra direktoratet og dets sjef, som vi har nevnt før.

Den 23. juni sendte Helsedirektoratet brev til landets fylkesleger hvor det bad fylkeslegene om «heretter å følge de anvisninger som er gitt» i to paragrafer i forskriftsforlaget; den ene gjaldt melding om pasientskade eller uforsvarlig klinisk virksomhet, den annen om mangler som avdekkes ved tilsynsbesøk.⁹⁵⁷ Direktoratet var preget av selvsikkerhet. Den kom også til uttrykk i et uformelt notat av den 13.7. Her kommenterte helseerettsavdelingen kommentarene fra fylkeslegene. Den godtok, som vi har nevnt, noen av de presiserende kommentarene, men ikke ønsket om å ta ut mye av kapitlet om organiseringen av tilsynet. Juristene lot seg ikke sette på plass av Oslos fylkeslege. Over sommeren (20. august) snudde imidlertid holdningen noe og mye av det omstridte kapitlet forsvant. Det nedkortede forskriftskastet ble sendt fylkeslegene for kommentering og tatt opp på høstens tidlige fylkeslegemøte; det skulle gjøres til et produkt både Helsedirektoratet og fylkeslegene stod bak. Den 19. september 1990 sendte så Helsedirektoratet brev til departementet med forslag om «at det fastsettes forskrift i henhold til vedlagte utkast» til egenkontrollforskrift.⁹⁵⁸ Men så enkelt var det ikke. Departementet svarte i brev av 7. november 1990 at forskriftskastet måtte sendes ut til uttalelse til de mest berørte parter og så bearbeides før det kunne fremmes for regjeringen. Forvaltningsloven (§ 37) krever det. Sakens nye vending skapte et visst ubehag i direktoratet. Det sendte forslaget til forskrift ut til uttalelse den 19. desember 1990, med svarfrist den 15. februar 1991.⁹⁵⁹ Forslaget ble sendt til fylkeskommunene og yrkesorganisasjonene, samt noen få andre.

Som blant fylkeslegene var der blant institusjonseierne og personellgruppene liten entusiasme for forslaget. Kommentarene nå lignet i viktige henseender på kommentarene fra fylkeslegene: reglene, og til dels definisjonene, var generelt for vage og forskriftens preg av fortsatt i noen grad å være både en egenkontrollforskrift og en generell tilsynsforskrift var uheldig. Om det første skrev Østfold fylkeskommune: «Normkrav og retningslinjer mangler i stor grad og er ikke klart definert i forskriftskastet».⁹⁶⁰ Om det annet skrev fylkeshelsesjefen

⁹⁵⁶ Det fremgår av en håndskreven påtegning på den arkiverte remissuttalelsen fra fylkeslegen i Sør-Trøndelag. Her foreslår fylkeslegen at det i kap. III gies «en kort beskrivelse av Sosialdepartementets rolle.» Påtegningen lyder: «H.dir sier nei». (Arkivnummer (Hdir.) for uttalelsen er 90/05263-004.)

⁹⁵⁷ Rundskriv IK-26/90. Brevet har den interne referansen 90/06265 4.

⁹⁵⁸ Brevet har direktoratarkivnummer 90/05263-022.

⁹⁵⁹ Brevet har arkivnummer (Hdir.) 90/05263-023.

⁹⁶⁰ Brev av 11.2. 1991. Direktoratsarkivreferanse: 90/05263-033.

i Troms at han stilte seg «tvilende» til å ta med bestemmelser om det statlige tilsyn i denne forskriften; det burde evt. komme i en egen forskrift.⁹⁶¹ Men der kom inn en viktig ny kommentar nå, spesielt fra fylkeskommunene og deres sykehusdirektører og sjefleger. Den gjaldt omkostningssiden, spesielt kravet om en rekke nye «rutiner» og de økede krav om skriftlighet i kontrollarbeidet. Hovedutvalget i Buskerud fylkeskommune skrev at det «reserverer seg .. når det gjelder omfanget av kontrollordningene, og hvilke ressurser som skal brukes til å gjennomføre forskriftens intensjoner,..».⁹⁶² Flere av de kommenterende instanser var nok slik litt inkonsistente, for så vidt som de både ville ha mer klarhet og presisjon – noe som normalt fører til nettopp flere spesifiserte rutiner og mer skriftlighet – men kommentaren er allikevel viktig. Den gjelder kontroll- og revisjonsvirksomhet av tjenesteytende virksomhet generelt, som vi har nevnt: Det er nærmest umulig å beregne nytten av den. Man kan få en slags oversikt over de konvensjonelle omkostningene, men i mindre grad motivasjonsomkostningene (som tettere overvåkning og bevissthet om sanksjonsmuligheter skaper) og i enda mindre grad utbyttet (uhell, svikt, mangler etc. som ev. er forebygget).

Statens Institutt for Folkehelse har levert en lett nedlatende kommentar. SIFF vil ha klarere retningslinjer. «Det er ellers en fare for at egenkontroll bare blir et tomt ideal uten realistisk innhold».⁹⁶³ Også Nordlands fylkeshelsejef er utfordrende. «I hvilke konkrete situasjoner har Helsedirektoratet opplevd at man har kommet til kort fordi man ikke har hatt en forskrift som den foreliggende?»⁹⁶⁴ Gunnar Lind berører her det spørsmål vi har nevnt ovenfor, om utfordringene med å bestemme nytten av slike kontrolltiltak. Driftsdirektøren i Hedmark gjør det samme, når han skriver at pålegget om egenkontroll, sammen med andre statlige pålegg, «binde[r] ressurser som kan ha konsekvenser for institusjonenes behandlingsskapitet».⁹⁶⁵

STEM, Det særlige tilsyn med elektrisk-medisinsk utstyr, skrev at det savnet henvisning til andre helsetilsynsorganer, som det selv.⁹⁶⁶ Det er en viktig kommentar, siden dette organet hadde vært i virksomhet en tid, hadde utviklet mer konkrete tilsynsrutiner og jo drev en virksomhet som gjaldt kontroll med mye av det, stadig mer kompliserte, utstyr helsepersonell brukte. Vi skal si mer om denne kontrollvirksomheten senere. Det norske Veritas mente den nye forskriften burde tilpasses Kommunaldepartementets (kommende) internkontrollforskrift bedre, og derfor også burde bruke ordet «internkontroll».⁹⁶⁷ Oslo kommunes helse- og sykehusdirektør skriver, megetsigende, at direktoratet burde ventet med denne forskriften til arbeidet med å reorganisere den sentrale helseforvaltning var avklart, og for så vidt også til fylkeslegens rolle – etter behandlingen av «røynslemeldinga» – var nærmere avklart. Kommunenes sentralforbund gav uttrykk for lignende synspunkter. Det mente utkastet ikke gjorde det mulig å «overskue konsekvensene av det». KS' direktør Dagfinn Høybråten (f. 1957), føyet til at KS «reiser spørsmål om behovet for denne forskriften utover de bestemmelser som er nedfelt i tilsynsloven og sykehusloven».⁹⁶⁸ En annen viktig instans var på linje med Oslo og KS, som vi skal se.

⁹⁶¹ Brev av 7.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-028.

⁹⁶² Brev av 6.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-027.

⁹⁶³ Brev av 15.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-050.

⁹⁶⁴ Brev av 23.2. 1990. Arkivreferanse: 90/06523-049.

⁹⁶⁵ Brev av 27.2. 1990. Arkivreferanse: 90/05263-051.

⁹⁶⁶ Brev av 8.2. 1991. Arkivreferanse: 90/05263-029.

⁹⁶⁷ Brev av 20.2. 1990. Arkivreferanse: 90/05263-044.

⁹⁶⁸ Brev av 11.3. 1990. Referanse: 90/05263-054.

I forbindelse med remissrunden, og ikke minst med den samtidige ferdigstillingen av den generelle internkontrollforskriften, ble spørsmålet reist om helsetilsynsloven gav hjemmel for å pålegge institusjoner og enkeltfagpersoner å utføre egenkontroll og opprette egenkontrollsystemer (sett av «rutiner»). Det stod ikke eksplitt i loven at den gjorde det, eller at det kunne utferdiges en forskrift som kunne gjøre det. Da internkontrollforskriften ble laget hadde det samme spørsmålet meldt seg. Det førte til at der ble foretatt lovendringer i arbeidsmiljøloven og de andre aktuelle lovene for å få slike hjemler. Fra helseerettsavdelingen ble det i et udatert (antagelig april) notat nevnt at § 3 kunne få et nytt annet ledd om at «Helsedirektoratet gir nærmere regler om internkontroll og internkontrollsystemer...», men direktoratet fulgte ikke opp dette forslag.⁹⁶⁹

At internkontrollforskriften kom nå, reiste jo også spørsmålet om direktoratet skulle «henge seg på» den. Direktoratet kom imidlertid til at den var for generell. Den omfattet for eksempel ikke enkeltfagpersoner, bare bedrifter, og ikke etterfølgelse av retningslinjer og «alment aksepterte faglige normer». Den omfattet heller ikke brukere, som pasienter. Det var også en formell utfordring at interkontrollforskriften hadde en straffebestemmelse som forutsatte at hjemmelslovene hadde slike bestemmelser.

Etter remissrunden reviderte Helsedirektoratet igjen sitt forskriftsforslag. Det meste ble beholdt. Særlig viktig var spesifiseringen av de ni «rutiner», og en instruks, egenkontrollen skulle omfatte. Det omstridte kap. III om organiseringen av det statlige tilsyn ble nå redusert til en slags gjentakelse av lovens ord om direktoratets og fylkeslegenes tilsynsrolle og et «påhengt» avsnitt om at det var en viktig oppgave (også nevnt i loven) for de to tilsynsinstanser å «påse at de som yter helsetjenester utøver egenkontroll». Når direktoratet hadde redusert dette kapittel så mye fremstår det som både «logisk skurrende» og saklig overflødig. Det hadde kanskje, for avdelingen, fått en slags prestisjestatus.

Det nye utkastet ble sendt Sosialdepartementet den 13. mai 1991. I oversendelsesskrivelsen er direktoratet ydmykt. «Departementet bes ta stilling til hvorvidt man bør etablere kontakt med Kommunaldepartementet med tanke på snarlig «tilkøpling» til deres internkontrollforskrift eller om man eventuelt vil vedta foreliggende forskrift om egenkontroll og organisering av statlig tilsyn i helsevesenet».⁹⁷⁰

Da forslaget kom, nærmet Norbom & Co. seg slutten av sitt arbeid med omordningen av helseforvaltningen. Da Norbom-gruppens innstilling kom, den 19. august, tok den det meste av oppmerksomheten hos lederne i departementet. Oppfølgingen av den krevde at helsetilsynsloven måtte endres. Det var en delikat operasjon. Departementets lovkonsepister, med Kari Holst i spissen, måtte konsentrere seg om hovedoppgaven. De kunne ikke la seg distrahere av egenkontrollforskriften. Istedenfor å gå videre med den, sendte departementet direktoratets forslag til Kommunaldepartementet til vurdering. Direktoratet hadde jo nesten også lagt opp til det. Kommunaldepartementet brukte litt tid på å vurdere forslaget, og var opptatt av at det ikke skulle skape vanskeligheter for dets egen forskrift, en forskrift departementet var meget stolt av. På initiativ fra Kommunaldepartementet inviterte Sosialdepartementet til et møte om forskriftsforslaget. Til møtet, som ble ledet av Kari Holst, deltok ellers tre representanter fra KD, én fra KS, samt avdelingsdirektør Christian Lerche og

⁹⁶⁹ Notatet har overskriften «Spm. om hjemmel til å pålegge egenkontroll og egenkontrollsystemer» og er stilet til ledelsen fra avd. 4. Det har arkivreferanse 90/05263-059.

⁹⁷⁰ Oversendelsesbrevet har arkivreferansen 90/05263-060.

saksbehandler Sigmund Eliassen fra direktoratet. Av Sosialdepartementet var KD bedt om å vurdere muligheten for at helsevesenet kunne «kobles» til KDs forskrift. Departementet kunne slik holde direktoratet litt «utenfor» mens det selv arbeidet med revideringen av tilsynsloven. Men KD var lite innstilt på å tilpasse seg Helsedirektoratet og dets forskrift; snarere ønsket KD at direktoratet tilpasset sitt forslag til internkontrollforskriften. KDs forskrift var mer tydelig «nytte-teknisk». Direktoratets forskrift var mer tradisjonell. Den baserte seg noe mer på gammeldags, skjønnsbasert egenkontroll – hvor begrepet ‘alment aksepterte faglige normer’ stod sentralt, enn KDs industrielt inspirerte forskrift. Men departementet og Kari Holst var ikke innstilt på å la muligheten for å bruke internkontrollforskriften gå fra seg og nevnte under møtet at departementet ville vurdere å endre tilsynsloven. Det måtte ta tid. Direktoratets folk skjønte da at deres forskriftsoffensiv var stanset. Sigmund Eliassen skrev i sitt «referat» fra møtet: «Det er .. helt klart at vi ikke vil få noen forskrift med det første».⁹⁷¹ Men han åpnet, forsiktig, for en slags uformell «iverksettelse» av forskriften: «På denne bakgrunn vil vi foreslå at H.dir. bruker innholdet i utkastet til egenkontrollforskrift og veileder så godt vi kan om de egenkontrollplikter vi mener kan utledes av gjeldende helselovgivning». TM (Torbjørn Mork) skriver i marginen på referatnotatet (10.12.): «Vi får vel da 1) underrette f.legene om at dept. ikke går inn for egen forskrift, og 2) utarbeide snarest en veileder som foreslått». I en annen påtegnelse står det at direktoratet under møtet bad om å få en skriftlig orientering om hvordan departementet ville følge opp saken. «En slik orientering, når/hvis den kommer, bør vel gjøres kjent for fylkeslegene», skriver Anne Alvik i en kommentar (9.12.).

Det var altså åpenbart at direktoratet ønsket å gjøre det det kunne for å følge opp iallfall forskriftsforslagets «ånd». Men det hjalp ikke så meget. Ved endringene i helsetilsynsloven i juni 1992, la departementet premissene for at helsevesenet kunne ta i bruk den generelle internkontrollforskriften. I alle fall forsvant nå den tradisjonelle betegnelsen «egenkontroll». § 3 fikk denne ordlyden:⁹⁷²

Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll.

Enhver som yter helsetjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med alment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.

Fylkeslegen skal påse at alle som yter helsetjenester har etablert internkontrollsystem og fører kontroll med sin egen virksomhet på en slik måte at det kan fortebygge svikt i helsetjenesten.

Det kom ingen bestemmelse om at det kunne utferdiges forskrifter med hjemmel i loven.

Statens tilsynsvirksomhet var nå blitt ganske omfattende, og gjaldt et voksende mangfold av formål. Det skapte tilpasningsproblemer, som ble til store omkostninger, for de bedrifter, institusjoner og andre som det skulle føres tilsyn med. Tilsynsorganene ble også, som vi har nevnt, i økende grad litt «enøyde», og derfor kostbare, enkeltformålsaktivister. Staten forsøkte

⁹⁷¹ Sigmund Eliassen, Oppsummering etter møte om egenkontroll/internkontrollforskrift i dept. 6.12.91. Notat til ledelsen fra avd. 4. Vi har en kopi av notatet som ikke er arkivført, men som inneholder (originale) påskrifter, bl.a. fra Helsedirektøren.

⁹⁷² Kfr. Ot.prp. nr. 43 (1991–92), s. 52.

derfor nå å samordne tilsynsvirksomheten basert, ikke minst på internkontroll; den nye internkontrollforskriften ble her et viktig virkemiddel. Helsevesenet kom imidlertid ikke med i denne samordningen hva gjaldt formålsvirksomheten. Internkontrollforskriften som trådte i kraft fra 1992, ble fem år senere (1997) endret og utvidet.⁹⁷³ Det tok ytterligere seks år før der kom en egen forskrift om internkontroll for helsevesenet.⁹⁷⁴ Her skal vi nøye oss med å nevne at internkontroll i forskriften defineres bare med henvisning til lovgivningen (§ 3), ikke «faglige normer»: «I denne forskriften betyr internkontroll systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen». Slik ble altså mye av den tradisjonelle, kollegiale, autonomipregede og halvt uformelle «egenkontroll» tatt bort. Vi skal legge til at denne 2003-forskriften fra 2017 ble erstattet av en ny, kalt Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.⁹⁷⁵ Her kan man si skillet mellom juridisk preget «nedsidekontroll» og en både ned- og oppsidebasert ledelseskontroll oppheves. Samtidig integreres ansvaret i stor grad i ledelseslinjen, selv om yrkesutøvernes «selvstendige» ansvar ikke fjernes.

I det følgende skal vi først se på lovene for «kjernehelsevesenet» og så på de lover og ordninger som gjelder de institusjoner og institusjonskjeder som betjener dette vesenet, men ikke er en integrert del av det. I begge tilfeller skal vi gjøre det for å vise hvordan tilsynet og kontrollen er bygget opp.

Kjerneinstitusjonslovene: Lov om helsetjenesten i kommunene (1982)

Med kommunaliseringen av almenhelsevesenet fra 1984 ble altså den lokale offentlige legen en *kommunal* tjenestemann. Kunne han eller hun da fortsette som en del det statlige tilsynshierarki? Flertallet i Nyhus-utvalget (I)⁹⁷⁶ gikk inn for at den offentlige legen (det her dreier seg om) burde bli helt lokal. Utvalget, som altså var ledet av Sosialdepartementets statssekretær, mente det var uheldig å ha en delt legetjeneste på lokalt nivå – én kommunal (for tjenesteytende og hygieniske formål) og én statlig (for tilsyns- og kontrollformål). Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen var av en annen mening: «Staten trenger en landsomfattende etat til å utøve tilsynet og til å overvåke befolkningens helsetilstand».⁹⁷⁷ Lægeforeningen, de fleste fylkesleger og de fleste distriktsleger reagerte medikratisk og ville langt på vei bevare den gamle ordningen med et statlig-faglig distriktshelsevesen. Lægeforeningen uttalte blant annet at den «understreker nødvendigheten av at den faglige akse distriktslege – fylkeslege – helsedirektør bevares».⁹⁷⁸ Departementet (under den svært ferske regjeringen Brundtland I) sluttet seg, delvis, men ikke helt, til Nyhus-utvalgets flertallssyn. Det pekte på at med en deling ville man få tre typer leger, statlige, kommunale og

⁹⁷³ Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (FOR-1996-12-06-1127).

⁹⁷⁴ Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731). Den ble utarbeidet med hjemmel i Helsetilsynsloven (1984), Helsepersonelloven (1999), Kommunehelsetjenesteloven (1982), Tannhelsetjenesteloven (1983), Sosialtjenesteloven (1991) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999).

⁹⁷⁵ FOR-2016-10-28-1250. Den første forskriften ble (kfr. fotnoten foran) vedtatt i 2002, men trådte i kraft fra 2003.

⁹⁷⁶ NOU 1979: 28, Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet; kfr. s. 67.

⁹⁷⁷ NOU 1979: 10, Helsepolitikken, s. 11.

⁹⁷⁸ Sitert etter Ot.prp. nr. 36 (1980-81), s. 71.

private, med de samordningsproblemer av ulike slag det kunne skape. Det føyet imidlertid, nokså pragmatisk, til:

Statens behov for tilsyn og kontroll med helsetjenesten i kommunene må kunne ivaretas av fylkeslegen i samarbeid med kommunalt ansatte leger. Departementet har vanskelig for å se at de statlige oppgavene på dette området er av et slikt omfang og en slik karakter at ikke dette kunne fungere tilfredsstillende.⁹⁷⁹

Departementet henviser også til at lignende hybridordninger finnes i skole- og bygningssektoren, og «kan ikke se at argumentene er sterke nok for at helsesektoren her bør stå i en særstilling». Departementet begrunner altså sitt standpunkt «negativt» og pragmatisk. Her er knapt innslag av prinsipiell nyttestatlig, og «nytterettsstatlig» tenkning. Mye av reformarbeidet siden midt i 1970-årene er, som vi har bemerket før, mer preget av en begynnende erstatning av medikratiske med lokalpolitokratiske ordninger enn av en erstatning av de førstnevnte med nyttestatlige ordninger. Departementets standpunkt, litt preget av fortiden, fikk imidlertid ikke tydelig nedslag i lovteksten. Willoch-regjeringens proposisjon (1982) sier intet om et slikt modifisert tilsynsansvar for en kommunelege. Som vi har sett er jo også (den på dette tidspunkt kommende) tilsynsloven helt uten noen slik bestemmelse. Men dermed er stadig ikke, som vi snart skal se, alt sagt.

Vi har så langt lagt vekt på den offentlige legen som person. Bildet må nyanseres. I noen grad utøvet distriktslegen sin autoritet gjennom sitt ordførerskap i Sunhedscommissionen, fra ca. 1905 kalt Helserådet. Det var imidlertid mer et styrende og ledende organ, spesielt på det forebyggende (og helsefremmende) område, enn et tilsyns- og kontrollorgan. Det skulle således særlig lage sunnhetsforskrifter for kommunen, men også iverksette nødvendige tiltak ved utbrudd av epidemiske sykdommer. Da kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft i 1984 fortsatte Helserådet, men med redusert funksjon, å eksistere. Gradvis ble det imidlertid erstattet av et samlet helse- og sosialstyre; den nye loven åpnet for at kommuner kunne gjøre forsøk med slike. Helse- og sosialstyret ble det almene lokale, og i stor grad politokratiske (lokaldemokratiske), organ fra 1988.⁹⁸⁰ Men mens Helserådet, iallfall før 1984, var ledet av den offentlige legen, ble nå dette styringsorganet altså et lokalpolitisk organ. Det kunne derfor ikke bli et (statlig) tilsynsorgan, selv om det selvsagt hadde som oppgave å følge opp også den statlige politikk det var ansvarlig for.

Men den offentlige legen fortsatte å ha det vi kunne kalle en halvmedikratiske tilsynsrolle. Fortiden ble altså bare gradvis fortid, også i dette henseende. Vi har ovenfor pekt på at departementet i begrunnelsen for lovforslaget gav uttrykk for at en offentlig lege også hadde en tilsynsrolle. I lovteksten brukes ikke ordet tilsyn om denne legens rolle. I stedet står det i § 6-3 at det er Helsedirektoratet som «fører medisinsk-faglig tilsyn med at kommunene fremmer helsetjenestens formål..». I § 3-4 står det at «En lege tilsatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten». Departementet mente altså med det å ta dette ansvaret også var å se til at kommunens helsevesen, de enkelte tjenesteytere medregnet, oppførte seg som de skulle i henhold til lover og de formål de var uttrykk for. Begrepet om medisinsk-faglig ansvar innebar at loven gav den offentlige legen en rolle som delvis var

⁹⁷⁹ Ot. prp. nr. 36, *op. cit.*, s. 72.

⁹⁸⁰ Det nye styringsorganets oppgaver ble regulert gjennom endringer i Kommunehelsetjenesteloven og gjennom en ny lov om nevndene i den kommunale helse- og sosialomsorg; kfr. Ot.prp. nr. 40 (1986–87), Om lov om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene m.m. og Ot. prp. nr. 53 (1986–87), Om lov om kommunalt helse- og sosialstyre.

uavhengig av kommunens, altså arbeidsgiverens, rolle. Han eller hun ble, som fagperson, gitt beskyttelse av loven. Hva beskyttelsen gjaldt ble ikke tydelig presisert, men man kan si det både gjaldt legens faglige og etiske skjønnsutøvelse. Legen skulle ikke bare beskyttes mot å gå på akkord med hva han eller hun oppfattet som faglig og etisk riktig, men også ha en viss rett til å «diktere» kommunen ut fra faglige og etiske hensyn. Det innebar også at han eller hun kunne drive en form for (ikke-økonomisk) tilsyn nedad i egen etat og litt utover denne. For så vidt som disse hensyn var forankret både i profesjonens fag- og etikkforståelse, og i legens tolkning av disse, gav lovbestemmelsen ham eller henne en viss ikke-økonomisk, medikratiske-personlig autoritet. Den var uttrykk for at fortiden ikke med ett var over. Interessant nok kom imidlertid en side ved «den nye tid» inn for så vidt som der i Willoch-regjeringens proposisjon het at dette ikke var til hinder for at en «sykepleier kan være faglig ansvarlig for sykepleiefaget» og en «fysioterapeut har faglig ansvar for fysioterapien».⁹⁸¹

Men kulturen var i endring, ikke minst i politikken og forvaltningen, og begrepet gav derfor tidlig opphav til uro. Forarbeidene gav ingen premisser for å tolke begrepet. Slik sett kan man si det var uttrykk for tradisjonelle medikratiske tanker: Siden medisinen fortsatt i stor grad var erfarings- og skjønnsbasert, fortonte det seg vanskelig å presisere hva dette ansvaret gikk ut på. Det var dermed også vanskelig å gjøre den offentlige legen til en ren tjenestemann. Men inkorporeringen av legen i det kommunale politisk-administrative system gjorde at både de politiske og de administrative organer begynte å nærstyre legen – i de fleste tilfeller gårdsdagens halvt autonome distriktslege. Det skapte spenninger. Spenninger skapte det mange steder også når legen forsøkte å lede, eller føre tilsyn, nedover – som han eller hun før hadde gjort. Legens delautonomi kom slik under økende press i årene etter reformen. Da departementet mot slutten av tiåret skulle oppsummere «røynslene» med kommunehelsetjenestereformen, konstaterte det at «Den praktiske situasjonen har utvikla seg i strid med intensjonane». Det spørres om det er riktig, siden intensjonene var så uklare i 1981 og 1982. Gamle «intensjoner» ble litt ukritisk ført videre. Med reformen skapte nye maktforhold. Hjulpet av en endret, det vil si mer nytteorientert, styrings- og ledelseskultur, ble det konflikt: Reformen hadde «intensjoner» som var spenningsfylte, og det viste seg mer og mer. Men departementet sier nå, og formelt var det våren 1990 (meldingen ble lagt frem 30. mars), halvt unnskyldende, på et litt usikkert nynorsk: «Departementet vil peike på at den medisinsk-fagleg ansvarlege legen skal vere rådgivar for kommunen i forhold til heile helsetenesta i kommunen».⁹⁸² Som vi har nevnt tidligere skjedde også det, men først fra 1994. Det tok med andre ord ti år før bestemmelsene i helsetilsynsloven om hvem som utgjorde tilsynslinjen ble helt ut realisert også for almenhelsevesenets vedkommende; skjønt også ordet «rådgiver» gir legen en spesiell stilling, som en slags semitilsynsperson. Det er i denne sammenheng interessant at også den helsepersonelloven som skulle komme (1999) skulle gi alt relevant helsepersonell, altså ikke bare leger, en slags faglig autonomi, og dermed «tilsynsrolle», som begrenset linjepersonenes makt.

Det skjer altså en gradvis utvanning av kommunelegens tilsynsrolle gjennom den perioden vi nå ser på. Samtidig blir denne legens rolle også gradvis en mer tradisjonell, og mer avgrenset, mellomlederrolle. Et uttrykk for det første er at legen tydeligere innordnes i det kommunale hierarki og blir en kontraktpartner for andre leger, de som nå kalles avtaleleger. Som sådan får også den offentlige legen en kontrollrolle, men en kontrollrolle i mer nyttekommunal

⁹⁸¹ Ot.prp. nr. 66 (1981–82), s. 33. Vi skal legge til at helsepersonellovgivningen i stor grad gav helsepersonell en viss uavhengighet av lederne, og dermed rett til å gripe inn i ledelsen.

⁹⁸² St.meld. nr. 36 (1989–90), *Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane*, s. 38.

forstand – han eller hun slutter gradvis å være en halvautonom tilsynsfører overfor også halvautonome kolleger. Et uttrykk for det annet er at det lokale helsevesen tydeligere spesialiseres, og at den offentlige legen må gi fra seg ledelsen av og tilsynet med en raskt voksende pleie- og omsorgstjeneste og stadig mer av det teknisk pregede hygienearbeidet, næringsmiddeltilsynet medregnet.⁹⁸³

Når vi ser bort fra egentilsynet, opphører altså den offentlige legen gradvis å være det tredje ledd i den medisinske fagtilsynskjeden. Fylkeslegen står igjen som sisteleddet i en tilsynskjede som blir mer og mer fanget av jusen. Men mens fylkeslegen før 1984, under Helsedirektoratet (formelt)⁹⁸⁴ var leder for distriktlegene og slik i neste omgang distriktshelsevesenet, ble han eller hun nå bare delleder, nemlig som en som passet på at de halvt autonome kommunale helsevesener holdt seg til lover og forskrifter. Som vi ser tiltar gradvis denne kontroll- og tilsynsrollen i løpet av vår periode, og kompenseres slik for mye av den ledelsesdesentralisering som skjedde i 1984. Ja, den blir en del av en stadig mer dyptgripende statlig styring – en styring som fortsetter i tiden etter 1994.

Vi har her sett på Kommunehelsetjenesteloven som institusjonell lov og derfor spesielt drøftet bestemmelsene som gjelder kommunelegens kompetanse. Andre sider ved loven (pliktnormer), spesielt den som gjelder pasientrettigheter (§ 2-1), skal vi komme tilbake til når vi ser på pasientrettighetene.

Kjerneinstitusjonslovene: Spesialisthelsetjenestelovene

Hva den spesialiserte klinikk angår er lovgivningen litt eldre. For psykiatrien er den lov som gjelder i 1983, og helt frem til 2001 (loven vedtatt i 1999), Lov om psykisk helsevern av 1961.⁹⁸⁵ For andre sykehus, og for spesialisthelsevesenet for øvrig, bortsett fra tannhelsevesenet, er den lov som gjelder i 1983 og frem til 1999 Lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. Begge lover ble etter hvert endret, men også i stadig flere henseender «foreldet». De ble imidlertid ikke endret på måter som tilynspolitisk er viktige.

Begge de nevnte lovene ble til mens spesialisthelsevesenet fortsatt var nokså medikratisk. Spesielt gjelder det Psykiatriloven, som ble vedtatt i 1960, men basert på en utredning, utarbeidet av et utvalg kalt Sinnssykelovutvalget. Utredningen ble påbegynt i 1951 og innstillingen levert i 1955.⁹⁸⁶ Men det gjelder også i noen grad sykehusloven, selv om den like meget preges av den tid som er iferd med å komme. Sykehusene var i 1969 i de fleste tilfeller ledet av en administrerende overlege og med overleger som medledere og ledere for hver sine

⁹⁸³ Vi henviser ellers til det vi tidligere har sagt om kommunelegens rolle i det kommunale helsevesen, altså om utviklingen fra medikratisk leder, via medisinsk-faglig ansvarshavende til medisinsk-faglig rådgiver.

⁹⁸⁴ Distriktslegene ble i mange henseender reelt ledet direkte fra Helsedirektoratet, særlig ved legekantoret og hygienekantoret, men i noen henseender direkte av Helsedirektøren, blant annet gjennom fylkeslegemøtene.

⁹⁸⁵ Proposisjonen hadde en annen ordlyd: Ot.prp. nr. 69 (1959–60), *Om lov om psykiatrisk omsorg*. Tittelen ble endret under stortingsbehandlingen. Det reflekterte den voksende skepsis mot å se på sinnslidelser som et rent medisinsk anliggende.

⁹⁸⁶ Komiteen var ledet av en av de ledende psykiatere på denne tiden, direktør ved Gaustad sykehus, professor dr. med. Ørnulf Ødegaard (1901–1983). Blant medlemmene var professor dr. med Gabriel Langfeldt (1895–1983) og statens (Helsedirektoratets) overlege for psykiatri, Christofer Lohne-Knudsen (1908–1985). Komiteen hadde også prominente jurister som medlemmer, blant annet professor dr. juris Carl Jacob Arnholm (1899–1976).

avdelinger. De medikratiske ordningene i sykehus brøt formelt sammen i annen halvdel av 1970-årene, særlig fra 1977 og utover, men spilte gjennom hele vår periode en betydelig, om enn synkende, rolle.

Tannhelsevesenet var og er fortsatt nokså adskilt fra det øvrige kliniske helsevesen. Det fikk sin nyere lov våren 1983, Lov om tannhelsetjenesten, altså ved inngangen til den perioden vi nå omtaler. I likhet med den øvrige lovgivning som kom på denne tiden, eller som nå ble revidert, markerte den at fagstyret skulle reduseres og erstattes av et kombinert politisk og nyttestatlig styre.

Lov om psykisk helsevern (1961)

Sinnssykelovutvalget konstaterer i sin innledende diskusjon at sinnssykehus «I dag bestyres og administreres ... av leger, som er spesielt autorisert av Kongen for dette. Loven gir ingen adgang til annen administrasjonsordning». Utvalgets flertall (to dissenterne) foregriper litt utviklingen, men svært forsiktig, ved å si at det

har åpnet slik adgang ved å foreslå i lovutkastet at den daglige ledelse av psykiatriske sykehus i alminnelighet skal ligge under en lege, men at departementet, når særlige forhold gir grunn til det, kan bestemme at administrative og økonomiske gjøremål skal overføres til en egen forvaltning.⁹⁸⁷

Departementet sluttet seg, dog uten spesielt engasjement, til flertallet, men kanskje like meget til Helsedirektøren – som det i slike saker var vanskelig å utfordre, selv for den første statsråden som reelt utfordret Evang, Gudmund Harlem. Karl Evang uttalte seg meget kraftfullt til forsvar for den medikratiske ordning. Han skrev blant annet:

Når det bare bør være én ansvarlig administrativ leder, og ikke to som er mer eller mindre sidestillet, skyldes det nødvendigheten av å holde sykehuset funksjonelt samlet.

Evang fortsatte med å peke på at alle funksjoner ved et sykehus, også kjøkken, vaskeri, kontortjeneste osv., er «nødvendige bestanddeler for løsning av sykehusets oppgave – å ta vare på syke mennesker». Han peker på at ved dagens psykiatriske sykehus, organisert som terapeutiske fellesskap, er pasientene med i mye praktisk arbeid, på gården, i vaskeriet og i verksteder. At det er slik gjør at det ved slike sykehus blir ekstra vanskelig å skille mellom medisinske og mer teknisk-administrative oppgaver.⁹⁸⁸ Som vi skal komme tilbake til er dette maktspørsmålet tilsynsmessig viktig.

Tilsyn spiller en betydelig rolle i psykiatriloven, og en nokså dempet rolle i sykehusloven. Det gjør det imidlertid på ulike vis. I psykiatriloven nevnes ikke eksplisitt det tradisjonelle tilsyn, det som utøves medikratiske, men implisitt er det jo der – det følger både av den ennå gjeldende lægeforretningsloven og, fra 1984 av, helsetilsynsloven. I den ca. ti år yngre

⁹⁸⁷ Sitatene er fra proposisjonen, *op.cit.*, s. 5.

⁹⁸⁸ Sitatene fra Evang er fra proposisjonen, *op.cit.*, s. 52–53.

sykehusloven nevnes det tradisjonelle tilsynet, som vi skal komme tilbake til, men uten at fagaksen fra helsedirektør til fylkeslege eksplisitt føres videre.

I psykiatriloven kommer imidlertid et annet tilsyn i tillegg, og det er for psykiatrien det langt viktigste tilsyn, tilsynet med at psykiatriske institusjoner utøver sin spesielle makt, tvangsmakten, på en akseptabel måte.⁹⁸⁹ For så vidt som en del psykiske lidelser innebærer at mennesker for kortere eller lengre perioder ikke er «herrer» eller «damer» i eget hus, oppstår spørsmålet om de skal behandles med tvang, i egen interesse og, eller, i pårørendes eller samfunnets interesse. «Alle» moderne samfunn har tydd til tvang av ulike slag, enten tvang bare i form av frihetsberøvelse, eller tillike gjennom en behandling de rammede selv ikke ønsker eller direkte setter seg imot. Sinnssykeloven av 1848, som gjaldt helt til 1961, legitimerte både kort- og langvarig frihetsberøvelse og tvangsbehandling. Så vel pårørende som samfunn (politiet) kunne be om frihetsberøvelse og tvangsbehandling. Overlegen ved det aktuelle asyl bestemte om «innsettelse» og behandling var påkrevet. Han var altså en slags dommer, i stor grad også over hvor lenge frihetsberøvelsen og tvangsbehandlingen skulle vare. Han «eksekverte» altså dommen.

I et liberalt samfunn, som det norske for alvor var blitt i 1848, var en slik behandling av psykisk lidende moralsk, og dermed også juridisk, utfordrende: Skulle samfunnet ikke bare sette mennesker i forvaring som ofte ikke hadde gjort noe villet galt, men i tillegg utsette dem, som i tidligere tiders fengsler, for pinefull behandling – «tortur»? De moralske dilemmaer måtte gies en juridisk «løsning». Svaret ble altså ja både på spørsmålet om å tillate en kort- eller langvarig frihetsberøvelse og på spørsmålet om å bruke tvangsbehandling. Men for at begge deler skulle skje mest mulig i den sinnslidendes langvarige «interesse», skjønt i noen tilfeller (farlige sinnslidende) også når det gikk utover pasientens (personvern)interesse, både på kort og lang sikt, måtte såvel frihetsberøvelse som behandling nøye kontrolleres av en utenforstående instans. Denne instans ble kontrollkommisjonen.

I den nye loven heter det i § 8:

Hvis noen er under psykiatrisk omsorg etter denne lov, skal det være en kontrollkommisjon som etter nærmere regler gitt av departementet treffer de avgjørelser som særlig er tillagt den, og ellers fører den kontroll den finner nødvendig for de sykes velferd.

--

Kommisjonen skal innen sitt område ha tilsyn med alle som er under psykiatrisk omsorg uten eget samtykke og med andre syke som selv ber om det.

Videre heter det i samme paragraf om kommisjonens sammensetning:

Kommisjonen skal bestå av en fast utnevnt embetsdommer, alle med personlig varamann.... Medlemmene oppnevnes for seks år om gangen.

I § 9 heter det:

⁹⁸⁹ Vi skal senere se på lovgivningen knyttet til pasienters personverninteresser. Noen av disse behandler vi imidlertid her, for så vidt som en del av den psykiatriske virksomhet både er «medisinsk» motivert, altså er behandling pasienten antas å ha interesse av, og «rettslig» motivert, altså representerer tiltak for å beskytte andres og samfunnets sikkerhet.

Før kontrollkommisjonen avgjør sak hvor det uten den sykes samtykke kan besluttes å innlegge ham eller beholde ham innlagt i sykehus eller annet sted i medhold av denne lov, skal den syke eller den som handler på hans vegne gis adgang til å uttale seg.

Formannen skal ellers sørge for at saken blir best mulig opplyst. Enver har plikt til å møte for kommisjonen som vitne eller sakkyndig etter de regler som gjelder for hovedforhandlingene ved herreds- eller byrett.

--

Hvis det finnes påkrevd, kan formannen oppnevne en sakfører til å vareta den sykes tarv. Sakføreren har rett til å bli kjent med alle opplysningene i saken og til å være tilstede under parts- og vitneavhør.

--

Avgjørelsen treffes ved kjennelse i møte av fulltallig kommisjon. I tilfelle av stemmelikhet gjør formannens stemme utslaget. Reglene om ugildhet i domstolslovens kap. 6 gjelder tilsvarende for kommisjonens medlemmer.

--

Avgjørelsen skal ha grunner. Den skal snarest meddeles den syke eller den som handler på hans vegne. Samtidig skal vedkommende gjøres oppmerksom på adgangen til å bringe avgjørelsen inn for Overretten, jfr. § 10.

I § 10 heter det blant annet:

Har kontrollkommisjonen truffet beslutning som innebærer at noen uten eget samtykke holdes innlagt i sykehus eller annet sted med hjemmel i denne lov, kan han innen to uker fra han fikk melding om det bringe kontrollkommisjonens avgjørelse inn for Overretten for frihetsberøvelse.

Overretten oppnevnes av Kongen og skal bestå av en fast utnevnt dommer i Høyesterett som formann, to medlemmer som fyller vilkårene for å være høyesterettsdommer og to leger med spesialutdannelse i psykiatri, hvorav den ene skal være medlem av Den rettsmedisinske kommisjon.

--

Domstolsloven og tvistemålslovens regler om kjæremål til lagmannsrett gjelder tilsvarende som for behandlingen ved Overretten så langt de passer og ikke annet følger av denne lov. Dersom Overretten finner det påkrevet, kan den oppnevne en sakfører til å vareta den sykes tarv. Overrettens avgjørelser kan påkjæres etter reglene for kjæremål over lagmannsrettens avgjørelser i tvistemål.

I loven legges det opp til at den psykiatriske omsorg skal få et naturlig forløp, med forvern, innleggelse og ettervern. Også for beslutninger om forvern og ettervern har kontrollkommisjonen, etter loven (§§ 13 og 14), tilsyns- og kontrollmyndighet.

Når det gjelder pasienter i pleiehjem og private forpleiningssteder er det den offentlige lege som har tilsynsplikten. Det het i § 4 i Instruks for distriktleger blant annet at «Han (distriktslegen) fører det nærmeste tilsyn med de sinnssyke, som for offentlig regning er i privat forpleining...» Tilsynsplikten gjelder også «andre sinnssyke, som holdes under bevoktning hos sin familie eller fremmede». Ordet tilsyn omfatter her både å yte et visst innslag av omsorg for de sinnssyke og å se til at de som pleier dem gjør det på en akseptabel måte. Igjen ser vi her at den offentlige lege brukes som tilsynsman. Den offentlige lege har, som ellers, fylkeslegen over seg. Fra 1984 faller så den offentlige legens tilsynsansvar bort.

Fylkeslegen tar over. Det var han for så vidt også blitt forberedt på: Fra 1959 ble det gradvis knyttet en fylkespsykiater til fylkeslegen; i de fire største byene kom der en overlege for psykiatrien, knyttet til Helserådet. I praksis var det disse psykiatere som mer og mer ble de sentrale tilsynsførere for psykiatrien utenfor sykehusene, men også for alkoholistsorgen, omsorgen for narkomane (Hov i Land), epileptikeromsorgen og den medisinske del av omsorgen for de åndssvake.⁹⁹⁰

Vi ser altså at en viktig del av den psykiatriske omsorg er satt under en helt annen form for juridisk basert, og rettsvesenspreget, tilsyn enn tilfellet er for somatikken. Ved å ta stilling til frihetsberøvelsen og måten den praktiseres på, fungerer kommisjonen juridisk, altså lovbasert, men den tar jo samtidig stilling til beslutninger overlegen må mene er basert på medisinsk skjønn. Siden psykiatrien på dette tidspunkt, vår periode ut, og for så vidt siden også, i betydelig grad er en erfarings- og skjønnsbasert virksomhet, betyr det at den juspregede kontrollen er ekstra ydmykende.

Kontrollkommisjonen – ordet er i seg selv talende – bidrar altså slik til at den makt utvalgsflertallet og Helsedirektøren gjerne, og departementet litt mer nølende, ville gi overlegen(e), i viktige henseender uthules gjennom de omfattende bestemmelser om kommisjonskontroll. Flere av sykehuslederne som uttalte seg om utvalgsinnstillingen så det, og klaget over de forstyrrelser de stadige tilsyn innebar. Kontrollkommisjonen møter to ganger pr. måned ved sykehuset, én av dem uanmeldt og til ubestemt tid. Kommisjonen undersøker både frihetsberøvelsen og den behandling og det stell de syke får, men også sykehusets «bestyrelse og økonomi».⁹⁹¹

Overleger ved psykiatriske avdelinger ved alminnelige sykehus klaget over at de hyppige kontrollbesøk bidro til å opprettholde både personalets og pasientenes følelse av at behandlingen pasienter her fikk var «annerledes» enn ved andre avdelinger. Fra Ullevål sykehus ble det påpekt at dette gjorde det vanskelig å innføre et mer terapeutisk fellesskap på avdelingen: «Og dermed er vi tilbake i den ulykkelige diskrimineringsfølelsen som vi i alle år har prøvet å kjempe oss bort fra». Overlegen ved Psykiatrisk klinikk, Vinderen, legger til at pasienter som er innlagt etter eget ønske vil finne «slike «besøk» som et alvorlig inngrep i sitt sykehusopphold».⁹⁹² Reaksjonene fra klinisk hold har altså også et faglig innhold: Behandlerne mistenkeliggjøres og mister noe av sin faglige myndighet (autonomi). Men psykiatrien var og er sårbar, noe for eksempel Reitgjerdet-saken (nevnt tidligere) er et uttrykk for (1978–1980, nedlagt 1987).

⁹⁹⁰ Omsorgen for de åndssvake var opprinnelig organisert som en pedagogisk virksomhet under Kirke- og undervisningsdepartementet. Den første skole, en privat sådan, ble opprettet i 1874; den første åndsvakeloven kom i 1881. Statlige pleiehjem ble etablert i 1915 (Emma Hjorths hjem og Klæbu offentlige pleiehjem). De tre hjemmene ble i 1945 overført til Sosialdepartementet. En egen lov om hjem som mottar åndssvake til pleie, vern og opplæring, kom i 1949; en landsplan, basert på regionalisering og med en områdeoverlege for hver region, fulgte i 1952 (St.meld. nr. 71 for 1952). Den opplæring Kirke- og undervisningsdepartementet hadde ansvaret for, altså opplæringen for de såkalt evneveike, fikk en egen lov i 1951, Lov om spesialskoler. For en utførlig beretning om fremveksten og utviklingen av omsorgen for døde og åndssvake, se Eva Simonsen, *Vitenskap og profesjonskamp. Opplæring av døde og åndssvake i Norge 1881–1963*, Oslo: Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, 1998 (doktoravhandling).

⁹⁹¹ Fra instruks for sinnssykeasyl av 20. juli 1925, §§ 2 og 8. Kfr. Ot.prp. nr. 69, s. 43.

⁹⁹² Ot.prp. nr. 69, *op.cit.*, s. 45 (begge sitater).

Det bør nevnes at fylkeslegenes tilsynsansvar etter helsetilsynsloven også gjaldt det psykiatriske helsevesen. Ettersom der i vår periode, som nevnt, kom stadig flere fylkespsykiatere, ble dette tilsyn også mer reelt.

Vi skal si mere om psykiatritilsynet når vi drøfter sinsslidendes rettigheter (personvernrettigheter).

Lov om sykehus (1969)

Lov om sykehus av 19. juni 1969 nr. 57 er Norges første alminnelige sykehuslov. Sundhedsloven av 1850 fikk imidlertid i 1930, et nytt ledd i § 4 som omhandlet sykehus. Det het her: «Kongen kan gi forskrifter om oppførelse, innredning og drift av samt tilsyn med private anstalter som tar imot syke». Forskriftene kom i 1932 (Kgl. res. 24.4.), og ble ubetydelig endret i 1936 (24.4.). Først den 30. juli *henstilte* Sosialdepartementet, i brev til kommuner og fylkeskommuner som hadde planer om sykehusbygg, på forhånd å forelegge saken, med planer og byggebeskrivelser, for departementet. De fleste sykehuseiere fulgte henstillingene. Disse første tilløp til en sykehuspolitikk som inngangskontroll ble noe forsterket ved at det raskt utviklet seg som praksis at syketrygden bare dekket utgifter til sykehusopphold hvis Medisinaldirektøren (fra 1945 Helsedirektøren) hadde godkjent vedkommende sykehus. Allikevel, det juridiske grunnlaget for en nasjonal sykehuspolitikk, inkludert et nasjonalt tilsyn med alminnelige sykehus, var for øvrig spinkelt.

Meningen var at det snart skulle komme en egen sykehuslov, med tilhørende sykehusplan. Forberedelsene til loven og planen startet i Medisinaldirektoratet i 1934, med sekretær Sigurd Bu (1885–1945) som ansvarlig. Det ble samlet inn omfattende opplysninger om landets sykehus; rapporten om disse ble lagt frem i 1941.⁹⁹³ Men med krigen stoppet arbeidet opp. Det fortsatte etter krigen, men ikke raskt. I St.meld. nr. 58 for 1948, *Om folketrygden*, nevnes «arbeidet med å legge en landsplan for vår sykehusbygning», men arbeidet fikk først litt mer tyngde da Sykehusordningskomiteen ble oppnevnt i 1957.⁹⁹⁴ Komiteen kom med en første innstilling i 1959; det var den som førte frem til psykiatriloven. Den annen, som førte til sykehusloven, kom i 1963. Karl Evang ble imidlertid svært forsinket med de fleste av sine store lov- og planprosjekter. Vi har sett at både almenhelsestjenesteloven og tilsynsloven kom etter at han var gått av, og for så vidt var preget av andre tanker enn han hadde gjort seg til talsmann for. Psykiatriloven kom på hans vakt (1961), men sykehusloven først kom i 1969, og trådte i kraft i 1970, to og et halvt år før han gikk av. Den planen som skulle gi mål og retning til loven, kom først i 1974–75 og ble vedtatt av Stortinget våren 1975, to og et halvt år etter at Evang var gått av.

Siden den nye loven lot vente på seg måtte departementet i 1951 igjen endre sundhedsloven. I § 4 kom der til et fjerde ledd, som gav Kongen rett til å «gi forskrifter om anlegg, oppføring, endring, innredning og drift av samt om tilsyn med med anstalter som tar imot syke, herunder fødehem, helsehus, rekonvalesent hjem, kurhjem, pleiehjem m. v.» Her ble altså offentlige institusjoner tatt med. Men det tok ytterligere ti år før, de hovedsakelig inngangskontrollrettede, forskriftene kom. De kom den 16. juni 1961, mer enn 29 år etter de forskrifter de avløste. Forskriftene gav, som før, meldingsplikt for endringer vedrørende alt det fysiske ved sykehusbygg, men også omlegginger av driften, reglene om legetjenesten, det hygieniske tilsyn, kontroll og «oppteignelser».

⁹⁹³ Sigurd Bu, *Sykehusene i Norge*, Oslo: Medisinaldirektoratet, 1941.

⁹⁹⁴ Komiteen ble ledet av stortingsmann Harald Selås (1908–1986), Arbeiderpartiet.

Gjennom den nye, altså den første, lov for alminnelige sykehus, ble ansvaret for ikke bare sykehusdriften, men spesialisthelsetjenester generelt,⁹⁹⁵ lagt til de «forsterkede» fylkeskommunene; fylkeskommunene «overtok» byene fra 1964 (unntagen Oslo og Bergen). Da disse ble «selvstendige» kommuner fra 1976, med direkte folkevalgte fylkesting og en egen fylkesadministrasjon, altså en administrasjon uavhengig av fylkesmannen, kom sykehusene under direkte fylkeskommunal administrasjon, med en fylkeshelsesjef (eller lignende) som den sykehusene måtte rapportere til. At de administrerende overleger nå også ble erstattet av direktører forsterket nyordningen. Denne endringen gjorde at faglinjen fra Helsedirektoratet og dets sykehuskontors overlege, ble brutt. Fra statlig hold gikk nå linjen(e) ned til fylkeskommunen, og herfra altså videre ned til den «sivile» sykehusdirektøren. Den nye loven gav staten en viktig styringsmulighet ved at fylkeskommunenes sykehusplaner måtte godkjennes av Helsedirektoratet. Sykehusplanen som kom i 1975 gav direktoratet et offensivt utgangspunkt for denne godkjennelsesvirksomheten, men, som det snart skulle vise seg, ikke offensivt nok.

Loven gav, eller forsterket, statens rolle som tilsynsinstans. I forarbeidene til loven heter det blant annet at «Det skal føres fornødent *tilsyn* med institusjonenes hygieniske standard, arbeidsvilkårene for de ansatte, kvaliteten av den medisinske service som ytes m.v.»⁹⁹⁶ I lovens § 3 het det blant annet:

For at befolkningen til enhver tid skal kunne få tilfredsstillende medisinsk undersøkelse og behandling innen rammen av landets totale helsetjeneste, skal planleggingen og utbyggingen av den medisinske virksomhet ved helseinstitusjoner etter Kongens nærmere bestemmelse være undergitt helsedirektørens overordnede tilsyn.

Kongen kan gi forskrifter om planlegging, oppføring, endring og innredning og drift av helseinstitusjoner og om tilsynet med dem. I forskrifter kan det også gis bestemmelser om godkjenning av den ansvarlige leder av helseinstitusjon, om ansettelsesmyndighet for overordnede stillinger, om normer for bemanning av helseinstitusjoner, om krav til kvalifikasjoner for de enkelte stillinger, om godkjenning av regnskaps- og revisjonsordning og om privat forpleining.

Man kan si at sykehusloven, som den senere kommunehelsetjenesteloven, pekte frem mot helsetilsynsloven. Med den omfattende desentralisering av ansvaret for driften av klinikken ble tilsynet, som vi har påpekt tidligere, langt viktigere for staten. Men hvor viktig tilsynet ble, ble jo avhengig av hvor omfattende regelstyringen, gjennom lover eller forskrifter, ble, og hvor juridisk rettet tilsynet ble gjort. Vi ser at det i loven henvises ikke bare til det egentlige helsetilsyn (som tilsynsloven gjør), men også til arbeidstilsynet (som hører under annen tilsynslovgivning).

Tilsynsmyndigheten overfor de alminnelige sykehusene ble altså (i hovedsak) Helsedirektoratet, i «overordnet» forstand. Det skulle, som på almenhelsevesenets område,

⁹⁹⁵ Fylkeskommunene overtok ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten fra 1984. Vi kommer tilbake til denne loven.

⁹⁹⁶ Ot.prp. nr. 36 (1967–68), Om lov om sykehus m. v., s. 75.

lede fylkeslegenes praktiske tilsyn, og selv fungere som rådgivnings-, vurderings- og eventuelt straffeinstans.

Sykehusloven reflekterte både fortid og fremtid. Den gav premisser som pekte utover medikratiet og det legelige (egen)tilsyn, men også bestemmelser som tok hensyn til fortiden. Men for så vidt som loven gav så mye makt til fylkeskommunene svekket den statens mulighet for aktivt å styre utviklingen i nyttestatlig retning, der det statlige tilsyn er en viktig komponent. Et uttrykk for statens «problemer» i disse henseender er det forhold at LEON-planen fra St.meld. nr. 9, bare sakte lot seg realisere, og at Helsedirektoratets, og fylkeslegenes tilsyn med sykehusene i resten av den perioden vi omtaler skulle bli nokså forsiktig. Men det som skjedde maktmessig innad i sykehusene, i noen grad også i de psykiatriske sykehus, bidro til å gi medikratiet, og det legelige egentilsyn, et grunnskudd. Det ene som skjedde var at legene, presset av pågående arbeidsgivere, fra midt i 1970- til midt i 1980-årene gav opp monopolet på toppstillingen i sykehusene og gikk med på å gjøre legestillingene om fra «frie» profesjonsstillinger til arbeidstagerstillinger. Det annet som skjedde var at der gradvis kom flere maktlinjer inn på sykehusene: Den medisinske ble tydeligere utfylt med en administrativ og flere andre helsefaglige linjer. Det sistnevnte innebar at sykepleiere og andre grupper fikk sine egne, litt autonome ledelseslinjer. Vi må imidlertid føye til at for så vidt som der ble igjen litt autonomi hos legene, og de andre grupper formelt fikk mer autonomi, ble der værende igjen mindre rester av helsefagstyre og dermed også egentilsyn. Helt borte er for øvrig stadig ikke dette egenstyre og dette egentilsyn (2019), men egentilsyn blir altså fra 1984 noe annet, nemlig jusbasert egenkontroll.

Tannpleielovgivningen: Lov om folketannrøkt av 1949 og Lov om tannhelsetjenesten av 1983

Siden vi ikke har omtalt tannhelsevesenets utvikling i særlig grad tidligere (heller ikke i bind 1) har vi gjort den følgende redegjørelse litt mer historisk og saklig omfattende.

Tannhelsevesenet var, som vi har nevnt, fra gammelt av under streng medisinsk kontroll. Tannlegenes virksomhet ble lenge styrt med utgangspunkt i kvaksalverlovgivningen (1794, 1871). Først ved tannlægeloven av 1927 kom tannlegene for alvor ut av legenes «klør» og ble et relativt selvstendig fagstyrt vesen, det vi kunne kalle et *odontokrati*. Dette odontokrati ble imidlertid delt allerede fra 1910. Da vokste der frem et offentlig tannhelsevesen, knyttet til barn og skoler, etter hvert også andre institusjoner (som fengsler og helseinstitusjoner), mens tannhelsevesenet ellers forble privat, også i all hovedsak privat finansiert. Det offentlige tannhelsevesen vokste altså frem lokalt, med byene som utgangspunkt, men ble gjennom lov om tannhelserøkt av 1949 gjort mere nasjonalt. Det hadde altså en utvikling som ligner litt på den det somatiske (offentlige) helsevesen hadde. Men mens det siste gradvis ble gjort mer nasjonalt på grunn av den spesialisierende fagutviklingen, ble det første gjort nasjonalt først og fremst på grunn av behovssituasjonen og samfunnets voksende økonomiske evne. Utviklingen av folketannpleien for barn og ungdom reflekterte utviklingen fra et fattig til et relativt velstående Norge. Det er imidlertid interessant at den lov om folketannpleie, og den landsplan for slik pleie som ledsaget loven, som ble vedtatt i 1949 og ble iverksatt fra 1950, kom lenge før sykehusloven (1969) og enda lenger før den nasjonale sykehusplanen (1975). Hva tannhelsepolitikken angikk kom loven, og planen, raskt og relativt tidlig.

Komiteen som la grunnlaget for både lov og plan ble oppnevnt i mai 1946 – ett år etter at Evang var kommet hjem fra England og «hans» helsedirektorat for alvor kunne begynne å skape fremtidens norske helsevesen, og kom med sin innstilling i juni 1947. Komiteen var ledet av bestyreren for Oslo kommunale folketannpleie, tannlege og idrettsadministrator (fotball, ishockey, bandy), Jacob Nicolay Ramm (1890–1982). Ramm hadde lenge vært en av de fremste tannlegepersonlighetene i landet, blant annet som (general)sekretær i Den Norske Tannlægeforening fra 1929 til 1939. Han kunne, som få, om noen, tannhelsevesenet, spesielt det offentlige. Han hadde med seg i komiteen blant annet (deltidsarbeidende) lege Gerda Evang (1905–1985), Helsedirektørens hustru, og fylkeslege i Østfold Harald Bjelke (1900–1997), den mange – han selv inkludert, mente var blitt forbigått da medisinaldirektørembedet ble besatt i 1938. Som viktig sekretær for komiteen fungerte tannlege Sivert («Pelle») Bryhn-Ingebrigtsen (1897–1979), byråsjef fra 1946 og overtannlege fra 1965 (til ut 1967), i Helsedirektoratets tannlegekontor.

Den første (folke)skoletannklinikk kom i Kristiania i 1910. I 1914 var det 24 klinikker i landet, 15 i byer, ni i herreder. Det var den dårlige tannstatussituasjonen for barn som ledet til disse etableringene. I utlandet ble det i slutten av det 19. århundre gjort undersøkelser som viste at spesielt kariesforekomsten var meget høy blant barn. Undersøkelser i Norge rundt århundreskiftet tegnet det samme bilde av situasjonen. Snart kom der også forslag om å utvide skoletannpleien til mer av en folketannpleie – etter hvert kalt folketannrøkt – i praksis dog begrenset til førskolebarn og ungdom (14–18 år). Gjennom kjøpstadsfolkeskoleloven av 1936 ble barn sikret fri tannpleie, med staten som økonomisk bidragsyter. Loven for herredene gav de herreder som innførte skoletannpleie rett til statsstøtte (1/4). Lov om framhaldsskular av 1946 fulgte opp folkeskolelovene. I 1946–47, da Ramm-komiteen arbeidet, hadde 72,4 prosent av barna på landet fri tannpleie, i byene 97,1 prosent. Kanskje har dekningen vært tilsvarende for framhaldsskolene. I Oslo ble den frie tannpleien i 1939 utvidet til å gjelde også barn fra 3 til 7 og fra 14 til 18 år. Også noen andre byer utvidet tilbudet. Loven om sykeforsikring av 1909 gav medlemmer av forsikringsordningen støtte til tannuttrekning, en ordning som enkelte kretssykekasser utvidet til å gjelde flere kirurgiske tjenester. Sosialkomiteen ville i 1914 at også konserverende behandling (plomberinger) skulle dekkes av forsikringen, men det sa Stortinget nei til, blant annet etter påtrykk fra Tannlægeforeningen og Riksforsikringsanstalten (fra 1930 Rikstrygdeverket). Trygden, sentralt og lokalt, kom siden til å bidra til en litt utvidet støtte til skoletannpleien.

Loven av 1949

Med loven av 1949 ble altså fri folketannpleie – det vil si, barne- og ungdomstannpleie – innført nasjonalt, om enn ikke umiddelbart. Pleien skulle omfatte alle barn fra 6 til 18 år. Men etter loven skulle også den privatbetalte pleien reguleres i den forstand at den skulle skje etter takster fastsatt av departementet. Men loven og ordningen kostet i et ennå langt fra rikt samfunn og det het derfor (§ 20) at «Folketannrøkt etter denne lov skal være satt i verk i hele landet senest 15 år etter at loven er trådt i kraft» (nemlig 1. juli 1950). Loven gav mer trykk og mer «konsistens» til en utvikling som hadde foregått siden 1910: Trykket kom fra loven selv og den lovede statlige medfinansiering; den siste ble ekstra sterk for herredene. Konsistensen henviser til planen for å skape en mer nasjonalt lik folketannpleie. Et viktig middel til å få til begge deler, men særlig det siste, var å legge mye av ansvaret for tannpleien til fylkene. Det viser imidlertid kontinuiteten i det som nå skjedde at fylkene ikke alene skulle få ansvaret for den offentlige tannpleien. Bykommunene, som forøvrig ennå ikke var integrert

i fylkene, kunne fortsette å drive folketannpleien, og kom også i stor grad til å gjøre det. Oslo og Bergen fortsatte selvsagt, som kombinerte kommuner og fylker, å drive folketannpleien.

Folketannpleien i fylkene ble ledet av en ny embedsmann, fylkestannlegen. Fylkene ble inndelt i tannlegedistrikter; disse kom i stor grad til å være identiske med legedistriktene. I byene var der gjerne også en overordnet tannlege, for eksempel en bytannlegesjef. Distriktene hadde én eller flere distriktstannleger (kl. A, B, C, etter timeomfang og arten av klientell). Tannlegene ble, selv om de hadde kommunal eller fylkesbasert tilknytning, ansatt som statlige tjenestemenn. Deres stilling lignet altså meget på distriktslegenes, og fylkestannlegenes og sjeftannlegenes på fylkeslegenes, skjønt de siste hadde ikke tilsyn med bytannlegene som ikke var en del av fylkestannpleien.

De ledende offentlige tannleger, fylkestannlegene, sjeftannlegene (i Oslo og Bergen) og distriktstannlegene av klasse A var altså formelt statlige embeds- eller tjenestemenn, selv om de også var knyttet til fylket – som politisk var en sekundærkommune, og kommunene. Alle disse ble utnevnt av Kongen, men bare de to første hadde status som embedsmenn. Distriktstannlegene var statlige tjenestemenn, som distriktslegene, som departementet påpeker i odeltingsproposisjonen.⁹⁹⁷ For å understreke legemodellen omtaler Ramm-komiteen sjeftannlegen som «statsfysikus».⁹⁹⁸ Som statlige embeds- og tjenestemenn var de ledende offentlige tannleger i praksis koblet til Sosialdepartementet ved Helsedirektoratet og i direktoratet først og fremst til tannlegekontoret og deres øverste offentlige standskollega, byråsjefen, fra 1965 overtannlege. Det heter da også i Ramm-komiteens utredning at «Sosialdepartementet er forutsatt å skulle ha overoppsynet med driften av folketannrøkta, men selve ansvaret for gjennomføringen – den desentraliserte ledelse – skal ligge hos fylkene eller bykommunene.»⁹⁹⁹

De offentlige tannlegene hadde og fikk altså en posisjon som lignet på den de offentlige leger hadde. Langt på vei var den offentlige tannpleie slik en fagstyrt sektor, et offentlig fundert *odontokrati*. Det er ikke tilfeldig at Ramm-komiteen understreket at tannlegelederne lokalt burde «gjøres så selvstendige som mulig, og i sitt daglige arbeid mest mulig uavhengig av den sentrale administrasjon».¹⁰⁰⁰ Det tradisjonelle fagstyre innebar betydelig autonomi lokalt, for så vidt også for den enkelte tannlege. Der hang imidlertid, i tannhelsevesenet liksom vel som i apotekervesenet, igjen litt av det gamle medikratiske overstyre, for så vidt som tannlegebyråsjefen (som apotekkontorlederen) var underordnet Helsedirektøren og medisinalråden, og til 1965 altså måtte ta til takke med «bare» å ha den byråkratiske tittelen byråsjef.

Det offentlige odontokrati hadde en parallell i det private. Dette omfattet de privatpraktiserende tannleger. De hadde sine inntekter i all hovedsak fra betalende pasienter, men trygden dekket utgiftene til visse typer tjenester, spesielt kirurgiske. I noen grad gikk de to tannlegevesenene over i hverandre, for så vidt som offentlige tannleger også kunne ha betalende pasienter – for distriktstannleger i klasse C kunne de betalende pasienter dominere (disse tannleger var undertiden ansatt i bistillinger som «C-tannleger») – og de private behandle noen i det «frie klientell» etter avtale. Det hadde fra tid til annen vært fremmet

⁹⁹⁷ Ot. pr. nr. 75 (1949), *Om lov om folketannrøkt*, s. 18. Distriktstannlege B og C var lokale tjenestemenn, ansatt av fylkesutvalget eller bystyret, men denne utnevnelsesretten kunne også delegeres til de overordnede tannleger.

⁹⁹⁸ Kfr. *Innstilling fra komité til å utrede spørsmålet om en landsplan for offentlig tannrøkt*, s. 52 (til § 5).

⁹⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰⁰ *Ibid.*, s. 31.

forslag om at det offentlige, f.eks. gjennom trygden, skulle dekke tannhelsetjenester for hele befolkningen, men det var blitt avvist, også av Ramm-komiteen (og Gerda Evang). Både for komiteen og for politikerne nokså generelt, ble noe slikt ansett for å være for dyrt. Det ble imidlertid også, interessant nok, indirekte henvist til at for voksne, ansvarlige mennesker (til forskjell fra for barn), stilte behovet for tannhelsetjenester seg litt annerledes enn behovet for mange, om ikke alle, andre helsetjenester: Tannhelsetjenester var, i motsetning til mange andre helsetjenester, nokså forutsigbare. Forsikring skal jo først og fremst gjelde det uventede, og gjerne potensielt økonomisk katastrofale. Forslagene om en videre folketannpleie bidro imidlertid til en viss spenning mellom de to deler av tannhelsevesenet, en spenning som har bestått siden. Vi skal komme tilbake til det.

Loven av 1949 gav de nye fylkesleger, men også sjefbyttannlegene, ansvar for å gi råd oppover, både i fylke og by og til direktorat og departement, for å lede folketannrøkten i fylker og byer og for å føre tilsyn med den. Hva gjelder lederoppgavene fremgår det av instruksene for fylkestannlegen at han har ansvar for å utarbeide planen for fylkets folketannrøkt, utarbeide de årlige budsjettforslag, ordne med regnskapsførselen (etter fylkets bestemmelse), stå for innkjøp etc. Årlig utarbeider han, etter fylkets bestemmelser, beretning og regnskapsoversikt, heter det også i instruksene.

Hva tilsyn og kontroll angår, heter det i instruksene at fylkestannlegen har plikt til å foreta de inspeksjonsreiser fylkesmannen finner nødvendig og ellers utføre inspeksjon hos distriktstannlegene minst en gang hvert halvår. «Ved inspeksjonene kontrolleres både klientel, materiale, regnskapsføring og – etter eventuell særskilt bestemmelse av fylket – kasse», heter det i instruksene (§ 5). Det heter også at han innhenter de månedlige rapporter fra distriktstannlegen(e).

I instruksene for distriktstannlegene (A) heter det (§ 1) at de «fører tilsyn med distriktets folketannrøkt etter de planer og retningslinjer som er fastsatt av fylket». Det heter ellers at distriktstannlegene er «overordnet for det i distriktets folketannrøkt ansatte personale» (§ 5).

Vi ser altså at de offentlige tannpleieledere mere er institusjonsledere enn egentlig tilsynspersonell, iallfall i den moderne, juridisk-nyttestatlige forstand. Deres tilsynsrolle er mer en forlengelse av lederrollen enn den er en uavhengig tilsynsrolle. Bruken av ordet tilsyn viser imidlertid at rollen også har et tradisjonelt (mer enn et moderne) innhold. Det henger sammen med at innen egne institusjoner eller etater hadde tannlegene en så faglig fri rolle at de halvveis fungerte som privatpraktiserende. Men noen egentlig tilsynsrolle overfor de privatpraktiserende tannleger hadde de ikke. I instruksene for fylkestannlegene het det (§ 2) at «Forsømmelser og forseelser ved annen tannlegevirksomhet (altså den private) som han måtte få kjennskap til, plikter han å gi melding om til departementet gjennom vedkommende fylkeslege». Denne tilsynsrollen er altså nokså perifer. Noen tilsvarende bestemmelse finnes ikke i instruksene for distriktstannlegen (A). Men bestemmelsen for fylkestannlegen viser at den egentlige tilsynsmann overfor den private tannhelsepleie er fylkeslegen. For så vidt som han er rådgiver også overfor fylkeslegen fremstår denne som fylkestannlegens tilsynsoverordnede også hva angår den offentlige tannpleie. Dette er nok en markering av odontokratiets underordning under medikratiet.

Frem mot loven av 1983

Loven av 1949 førte til en tredeling av den offentlige tannhelsepleie. I (de større) byene var det skoletannpleie og på landet kom det folketannrøkt. I tillegg var det tannpleie ved institusjoner av ulike slag. Da Sosialdepartementet gjennom St.meld. nr. 111 (1973–74) gjorde opp status for utviklingen, og lanserte noen premisser for den videre utvikling, konstaterte det at det var de to sistnevnte sektorer som hang etter. Skoletannpleien var bygget nokså fullstendig ut for barn fra 6 til 18 år. I folketannrøkta hadde bare 33 prosent av de mellom 6 og 18 år fått fullstendig og fri behandling. Folketannrøkta omfattet for øvrig på dette tidspunkt (1974) både byer og herreder i de fire «bysvake» nordligste fylkene samt i Sogn og Fjordane og Aust-Agder. Tannpleien var svakt utviklet ved institusjonene, uten at meldingen konkretiserer hvor svak den var. Det nevnes i meldingen at borgerne selv stod for ca. 66 prosent av finansieringen av tannhelsetjenestene. Av den øvrige finansiering stod staten for 11 prosent, trygden for 6 prosent, fylker for 4 prosent og kommuner for 13 prosent.¹⁰⁰¹ Disse tallene er imidlertid usikre. Kronebeløpene for privat sektor er i stor grad skjønnsbasert. Departementet konstaterer altså at utbyggingen av det offentlige tannhelsetjenestetilbud hadde gått langt saktere enn planlagt i 1949–50, spesielt på landet og i institusjonene og at tannhelsesituasjonen generelt var dårlig, men slik at bedre stilte sosiale lag hadde langt bedre tannhelsestatus enn dårligere stilte sosiale lag. Departementet trakk den konklusjon at de tre delene av det offentlige tannhelsevesen burde samles, og at det i praksis burde det skje under fylket (fylkeskommunen). Allerede i Borten-regjeringens – og sterkt Evang-påvirkede, St.meld. nr. 85 (1970–71), Om helsetjenesten utenfor sykehus, ble det foreslått at fylkestannlegen (som fortsatt bare fantes i 14 fylker) burde ha det faglige og administrative tilsyn med all tannhelsetjeneste i fylket, altså også den private og institusjonsbaserte. Det heter også at distriktstannlegene bør ha tilsynsansvar (under fylkestannlegene), for offentlig så vel som for privat tannpleie. Det het ellers i meldingen at tannpleien burde sees tydeligere i sammenheng med den øvrige helse- og sosialtjeneste. Meldingen reflekterte samordningsideologien som preget særlig Arbeiderpartiet i første halvdel av 1970-årene.

Meldingen ble ikke straks fulgt opp av en proposisjon. Omorganiseringsarbeidet i helse- og sosialvesenet i annen halvdel av 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene tok mye tid og skapte dragkamp. Det meste hang sammen og den ene reformen forsinket den annen. I «bakgrunnen» virket så Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, en komite som tok for seg alle relevante saksområder, og som i praksis, med støtte fra Kommunal- og administrasjonsdepartementet, «krevde» at all reformvirksomhet som berørte lokalforvaltningen måtte avvente komiteens (mange) innstillinger.¹⁰⁰² Den litt «unorske» komiteen var myndig ledet av Dagfinn Juel (1909–1985), en sosialøkonom med bred forvaltningsbakgrunn, og tilknytning til Arbeiderpartiet. Komiteen ble oppnevnt høsten 1971, altså av den ferske regjeringen Bratteli. Komiteen kom etter hvert med en rekke delutredninger og uttalelser ellers, men la de første årene særlig vekt på arbeidet med å «skape» den nye fylkeskommunen. Den kom i funksjon fra 1976, etter at de første direkte fylkestingsvalg var holdt høsten 1975. Juel selv var særlig opptatt av fylkeskommunen og å gi den en sentral rolle. Hovedkomiteen gav tydelig uttrykk for at «undervisning, helsepleie og veier», burde bli fylkeskommunenens viktigste oppgaver, iallfall i første omgang.¹⁰⁰³ Den mente, som Stortingets sosialkomite hadde gjort i 1974, at der trengtes et enhetlig offentlig

¹⁰⁰¹ St.meld. nr. 111 (1973-74), *Om den offentlige tannhelsetjenesten*, s. 18.

¹⁰⁰² I NOU 1974: 53, *Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*, er blant annet denne uttalelse fra oppdragsdepartementet gjengitt (s. 5-6): «Det er av vesentlig betydning at det ikke gjennomføres tiltak som strider mot de alminnelige retningslinjer som Hovedkomiteen arbeider og som har Kommunaldepartementets tilslutning». Det heter videre at departementene ikke må fremme forslag om nye tiltak «dersom tiltaket vedrører Hovedkomiteens mandag uten på forhånd å ha innhentet Hovedkomiteens uttalelse».

¹⁰⁰³ *Ibid.*, s. 26.

tannhelsevesen, men kom i 1979 til at «tiden ennå ikke er inne til å ta et slikt skritt».¹⁰⁰⁴ Samtidig som Hovedkomiteen arbeidet med sin innstilling om helsepolitikk, arbeidet et utvalg ledet av statssekretær i Sosialdepartementet (til okt. 1979) (og overlege) Per Nyhus med å vurdere den fremtidige finansiering og organisering av helse- og sosialvesenet utenfor institusjon. Også Nyhus-utvalget skulle mene noe om tannhelsevesenets organisering. I dets første utredning uttalte det at det «mener at mesteparten av tannhelsetjenesten funksjonelt sett hører hjemme i distriktshelsetjenesten». Det uttalte også at en «i størst mulig grad» bør «unngå organisatoriske og finansielle løsninger som bidrar til særomsorg for tannhelsetjenesten».¹⁰⁰⁵ Utvalgsleder Nyhus var spesielt opptatt av det siste. I den andre utredningen, som spesielt tok for seg spesialisttjenestene utenfor institusjon, og som kom knapt tre år etter den første innstillingen (altså i 1982), snudde utvalget (og tok ikke endelig standpunkt til ansvarsspørsmålet (kommune eller fylkeskommune). Det kom, «Etter nærmere avveining av fordeler og ulemper ved de ulike modeller», til at «fylkeskommunene (Oslo kommune) bør ha ansvaret for planlegging av tannhelsetjenesten og ivaretaking av befolkningens tannhelsebehov».

Nå var det avgjort. Tannlægeforeningen hadde lenge argumentert for fylkeskommunal drift; det gav en større og tydeligere faglig ledet (ved fylkestannlegen) virksomhet. I departementet satt nå den som sjef som skulle ha vært valgt til foreningens neste president, og som naturlig nok også ønsket fylkeskommunal drift. Men hverken foreningen, han eller andre fra tannlegesiden hadde lagt særlig vekt på at tannhelsevesenet nå mistet den faglige forankringen oppover. Spesielt folketannrøkta (fylkene) hadde langt på vei vært en statlig virksomhet, og slik også en virksomhet forankret i det faglig pregede Helsedirektoratet. Med etableringen av fylkeskommunen fra 1976 var det vanskelig å tenke seg at ikke virksomheten ble en del av den fylkeskommunale forvaltning. Nyhus-utvalget skrev således i sin andre innstilling at det mente at «fylkestannlegen ... bør være fylkeskommunal etatsleder og tilsatt av fylkeskommunen. Tannhelsepersonellet bør være fylkeskommunale tjenestemenn».¹⁰⁰⁶

Loven av 1983

Ot.prp. nr. 49 (1982–83), Om lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesten i fylkeskommunene) ble lagt frem den 25. mars 1983. Et bredt flertall vedtok den og den trådte i kraft fra 1. januar 1984. Samtidig ble skoletannpleiens siste tilknytninger til grunnskoleloven (av 1969) fjernet, bortsett fra en (ny) henvisning til tannhelsetjenesteloven. Lovens innhold var på mange måter gitt av utviklingen. Lovens bestemmelser er et uttrykk for den enighet som hadde utviklet seg mellom de borgerlige partier, bortsett fra Fremskrittspartiet, og Arbeiderpartiet. Tonen i loven er planpreget og egalitær. Det siste er den både hva gjelder det geografiske og det sosiale. I begge henseender kan man si at tonen er mer lyserød enn lyseblå. Imidlertid lar den i stor grad privat sektor, som nå omfattet omtrent halvparten av tannlegene (48,6 prosent almenpraktiserende, 4,6 prosent spesialister i kjeveortopedi – de fleste private – i 1981¹⁰⁰⁷), være «i fred». Privat sektor skal samordnes bedre med offentlig, men den får

¹⁰⁰⁴ NOU 1979: 10, *Helsepolitikken*, s. 59.

¹⁰⁰⁵ NOU 1979: 28, *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*, s. 71.

¹⁰⁰⁶ NOU 1982: 10, *Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v.*, s. 107.

¹⁰⁰⁷ Ot.prp. nr. 49 (1982–83), *Om lov om tannhelsetjenesten*, s. 5. For de offentlige tannleger er det i proposisjonen oppgitt stillinger, ikke personer og det er derfor ikke mulig å si presist hvor store andelene skoletannleger og distriktstannleger er, men forholdstallet mellom de to grupper av stillinger er ca. 40-60 prosent. Alle stillingene er ikke hele årsverk. Også det gjør bildet litt upresist.

forbli privat, med fri prisdannelse. Bare Sosialistisk Venstreparti gir nå, som partiet også hadde gjort da St.meld. nr. 111 ble diskutert, og ved noen andre anledninger, uttrykk for at alle tannhelsetjenester burde bli offentlig finansiert, som legetjenester (i hovedsak) er.

Den nye loven innebar altså at også det offentlige tannhelsevesenet kom under lokalt styre, og i dette tilfelle fylkeskommunalt sådant. Tilknytningen til den overordnede fagforvaltning i Helsedirektoratet ble dermed i stor grad brutt. Styrings- og ledelseslinjen gikk nå fra departement til fylkeskommune. Fagmyndigheten i Helsedirektoratet ble sittende igjen med en del planleggingsoppgaver (første del av beslutningsprosessen), «teknisk» pregede iverksettelsesoppgaver og, spesielt, tilsynsoppgaver. Fylkestannlegen, og forsåvidt sjeftannlegen, som hadde vært embedsmenn, og distriktstannlegene, som hadde vært statstjenestemenn, og som sådanne en del av et delvis statlig faghierarki, ble nå fylkeskommunale tjenestemenn. Fylkestannlegene rapporterte oppover til fylkesrådmannen og fylkeskommunens helse- og sosialstyre. Der skjedde nå altså en tydelig begrensning av fagstyret på tannhelsesiden som det skjedde i helsevesenet for øvrig. Det offentlige tannhelsevesen mistet mye av sitt odontokratiske preg. Det skjedde under kommando av en statsråd, Leif Arne Heløe, som selv var tannlege og professor i odontologi og, da han ble statsråd, var visepresident i Tannlægeforeningen og der klar for opprykk. Men Heløes forening var på parti med ham. Den ønsket en fylkeskommunal løsning, med brudd i fagstyrelinjen. Ja, foreningen så knapt at der skjedde et slikt brudd. Den ante det imidlertid, for så vidt som den gikk inn for at bevilgningene til det offentlige tannhelsevesen måtte være øremerket, altså skjermet for budsjettkonkurranse på fylkeskommunalt plan. Han som ikke ble foreningspresident gikk imidlertid inn for at bevilgningen skulle bli en del av den rammebevilgning til fylkeskommunene som snart skulle komme. Han hadde for så vidt ikke noe valg. Det var tverrpolitisk enighet om overgangen til (mer) rammebevilgning.

Men både Heløe og hans forening var også fornøyd med at privat sektor ble skjermet, og kunne få fortsette på nokså privat-odontokratiske premisser. Der ble ikke tatt med egentlig nye grupper i det nye offentlige tannhelsevesenet: Det skulle primært omfatte alle fra 0 til 18 år (a). Deretter skulle den omfatte psykisk utviklingshemmede (b) og andre i institusjoner av ulike slag, samt i hjemmesykepleien (c). Videre kunne den omfatte, mot en viss egenandel, personer på 19 og 20 år (d). Eventuelt kunne de ulike fylkeskommuner vedta at også bestemte andre grupper kunne komme med i den offentlige tannpleien (e). Personer i disse gruppene fikk krav på «nødvendige» tannhelsetjenester, gratis, men slik at fylkeskommunenes økonomi kunne gjøre at fylkeskommunene måtte foreta noen prioriteringer og ev. også ta egenandeler. Det siste kunne dog ikke skje, mente Stortinget, for gruppene a) til c).

Det hører med til bildet at den som loset loven gjennom Stortinget, og sakens ordfører, Johan Buttedahl (Sp) (1935–), var tannlege og hadde fungert som distriktstannlege siden 1964. Han var, som sin kollega, statsråden, opptatt av å få størst mulig enighet om loven. Han lyktes, uten at det var spesielt vanskelig. Nå var det borgerlig flertall, men lovens innhold reflekterte jo nærmest ned til minst detalj det arbeiderpartiregjeringen hadde gitt uttrykk for i sin melding nr. 111 fra 1974. Buttedahl og Sosialkomiteen gjorde noen mindre endringer og tilføyelser; for eksempel som at de offentlig ansatte tannleger «kan» istedenfor «skal» behandle voksne. Endringene som ble gjort ble gjort i forståelse med departementet – det vil si mellom de to

tannlegene, og – og det er ikke minst viktig – deres forening.¹⁰⁰⁸ Men Buttedahl fikk ikke med seg alle, bare alle som var «viktige» for ham. Fremskrittspartiets «uavhengige representant», Fridtjof Frank Gundersen dissenterte på mange punkter, alltid med elegant formulerte, interessante, men helt avvikende, synspunkter. En av hans dissenser bør trekkes frem her. Først må vi imidlertid ta med litt fra Buttedahl. Tannlegepolitikeren fra Buskerud hadde fått komiteen med på å understreke, tydeligere enn det departementet hadde gjort, at tannhelsetjenesten må være uavhengig og ledes av tannleger:

Flertallet vil understreke at erfaringene har vist at tannhelsetjenesten fungerer best når den er en egen tjenestegren under ledelse av tannleger som er ansvarlige for å legge planer og forslag fram for besluttede politiske myndigheter. Flertallet er derfor enig i at fylkestannlegen skal være etatsjef med direkte adgang til fylkets politiske organer.¹⁰⁰⁹

Flertallet ville også at forslaget om at det «bør» være en tannklinikk i hvert distrikt burde erstattes med «skal» og «med distriktstannlege(r) som klinikkstyrer(e)». Det siste kan man si lå implisitt i departementets forslag. Buttedahl og komiteflertallet ville ha det eksplisitt.

Buttedahl klarte slik å gi loven et litt mer odontokratisk preg. Understrekningen av tjenestens «uavhengighet» er et tydelig uttrykk for det, kanskje et litt for tydelig uttrykk. Det forutsettes jo ellers i proposisjonen at fylkestannlegen er vanlig fylkeskommunal etatsjef (§ 3-4), og som sådan (implisitt) underordnet fylkesrådmannen. På den annen side ble fylkeskommunen, som kommunen, organisert med to linjer nedover, én fra de generelle politiske organer gjennom administrasjonen og en annen fra de politiske organer via saksavgrensede mer eller mindre politiske styre og utvalg (som helse- og sosialstyre) ned til fagforvaltningen.

Buttedahls intervensjon fremstår som desto mer odontokratisk når vi ser hva Gundersen sa, nemlig:

Dette medlem vil advare mot at vi etablerer en tannlegestyrt tannlegeetat. Dette medlem vil anta at for eksempel en siviløkonom eller en annen person med administrativ utdanning stort sett vil være istand til å organisere etaten på en måte som er billigere for staten og gunstigere for pasientene. Dette medlem advarer mot å gi fylkestannlegen også den maktposisjon som direkte adgang til fylkespolitiske organer innebærer.¹⁰¹⁰

Gundersen målbar tanker knyttet til den nye, nytteorienterte, offentlige ledelse, i høyre-liberal tapning, slik den ikke minst nå kom til uttrykk i USA og ble oppmuntret av Reagan-administrasjonen. Dette var tanker som reflekterte dyp skepsis til fagstyre, med én unntagelse, nemlig ledelsesfaglig (fag)styre. Fagstyre av odontokratisk eller medikratisk art innebar, mente Gundersen og liberalister generelt, at bukkene ble satt til å passe på havresekken. Det var altså en ordning som åpnet for korrupsjon. I USA begynte nå liberalistene å bruke anti-trust-lovgivningen for å bryte opp profesjonenes egenregulering, en

¹⁰⁰⁸ Kfr. Reidun Stenvik, Intervjuet – «Lov om tannhelsetjenesten: Slitesterk 25-åring», *Den norske tannlegeforenings tidende*, årg. 119, nr. 4, 2009, s. 242 (hele: s. 240-243). Det er Buttedahl som gir disse opplysningene.

¹⁰⁰⁹ Innst. O. nr. 86 – 1982-83, s. 7.

¹⁰¹⁰ *Ibid.*

egenregulering som stilltiende hadde vært godtatt i USA, og for så vidt også i Norge, siden 1920-årene. Heløe og departementet var oppmerksom på problemstillingen og forsøkte å dempe en eventuell kritikk mot videreføringen av fagstyret innen tannhelsevesenet ved å si at fylkestannlegen, for så vidt også distriktstannlegen, burde ha samfunnsodontologisk eller annen administrativ utdanning og helst også ledelseserfaring. Men Buttedahl, og et litt selvtilfreds flertall, lot bare Gundersens kommentarer stå ukommentert.

Det var også viktig for tannlegene at deres fagstyre stadig var mest mulig uavhengig av medisinen og medikratiet. Det offentlige tannhelsevesenet måtte derfor organiseres adskilt fra helsevesenet ellers. Det var antagelig da tryggest å knytte det til fylkeskommunen: Sykehusene var en mindre «trussel» mot tannhelsevesenets autonomi enn almenhelsevesenet. Nyhus hadde jo i første omgang antydnet at nettopp behovet for samordning av tannhelsevesenet og det øvrige (almen)helsevesenet var et argument for å legge tannhelsevesenet til kommunene. Nyhus var eksplisitt bekymret for vesenets «særomsorgsstatus». For Heløe, Buttedahl og Tannlægeforeningen var den statusen viktig. «Vi skal samarbeide med den øvrige helsetjenesten på fritt grunnlag, men det er viktig å beholde autonomien. Derfor må vi være på vakt overfor organisatoriske endringer og sørge for at «den medisinske imperialismen» ikke får hånd om hele greia», bemerket Heløe når han uttaler seg om de endringer han og tannlegene så for seg kunne komme i 2009 og senere.¹⁰¹¹ Han så det nok på samme måten i 1983.

På tampen av fagstyreæraen klarte altså tannlege Buttedahl å redde litt av det offentlige odontokrati. Han fikk med seg sin kollega, Heløe, men stortingsmannen var mer pågående enn det statsråden hadde vært.

Om tilsyn mer konkret het det i den nye loven (§ 6-2):

Helsedirektoratet skal føre tilsyn med at fylkeskommunene fremmer tannhelsetjenestens formål på forsvarlig og hensiktsmessig måte, og se til at lover og forskrifter for tannhelsetjenesten blir kjent og overholdt.

Uten hinder av taushetsplikt kan Helsedirektoratet kreve opplysninger om tannhelsetjenesten i fylkeskommunen og dens pasienter som er påkrevet for oversikt, kontroll og tilsyn. Det kan foretaes inspeksjon og undersøkelse også av journal og opptegetninger m.v.

Helsedirektoratet kan pålegge fylkestannlegen å utføre disse tilsynsoppgavene på Helsedirektoratets vegne.

Helsedirektoratet kan forelegge innhentede opplysninger for sakkyndige til uttalelse.

Denne bestemmelsen følger opp det tannlegene oppnådde hva gjelder makt gjennom den nye loven i 1983. Her fremgår det at tilsynet, som en del av den generelle styring og ledelse ovenfra skjer i regi av Helsedirektoratet, og underforstått dets tannlegekontor. Det utøves formelt overfor den tjenesteansvarlige, altså fylkeskommunen, men det er åpenbart at departementet mener at fylkeskommunen her i stor grad betyr dens tannhelseetat. Det kommer til uttrykk i at direktoratet kan «pålegge» fylkestannlegen å utføre tilsynsoppgavene på dets vegne. Her er altså fylkeslegene holdt utenfor; dog uten at det sies i den generelle helsetilsynsloven som kom året etterpå. Men at fylkestannlegen slik både ble etatsleder og tilsynsutøver viser også at den nye, mer juridisk pregede tilsynsforståelse, ikke hadde fått

¹⁰¹¹ Stenvik, *op.cit.*, s. 243.

ordentlig fotfeste i tannhelsepolitikken ennå. Den generelle tilsynsloven er i større grad preget av den tid som var iferd med å komme. Fylkeslegen blir tilsynsmann og gir helt slipp på sin gamle rolle, som også hadde et tydelig ledelsesinnhold. Igjen ser vi altså at Heløe, og for den saks skyld Buttedahl – og Tannlægeforeningen – ville skjerme tannhelseetaten litt mot det nye, både politokratiske og nyttestatlige, styre og mot «den medisinske imperialismen». Det hører med til dette bildet at ingen skulle føre tilsyn med de private tannlegene, med mindre de hadde avtaler med det offentlige tannhelsevesen og for så vidt bare hva angikk avtaleforholdet. Tilsynsansvarlig var da fylkestannlegen. Noe annet var at tannhelsemyndighetene kunne komme inn i bildet hvis pasienter hadde klaget på en privat tannlege og denne ble funnet å ha opptrådt uforsvarlig; men her er tannlegeloven grunnlaget for en eventuell intervensjon. Klager på tjenester utført av en offentlig tannlege skulle behandles av et fylkeskommunalt organ, med Helsedirektoratet som ankeinstans (§ 2-3). Her ble altså det politokratiske og det odontokratiske prinsipp kombinert.

Vi ser at tilsynsfunksjonen i hovedsak er nokså tradisjonelt faglig (odontokratisk) basert. Men siden den i praksis ofte viktigste tilsynsmann er fylkestannlegen, og denne også er fylkeskommunal etatsjef, reduserer det sannsynligheten for at tannhelsetilsynet får samme «aktivistiske» rolle som på den øvrige helsesiden. Fylkestannlegen vil i praksis være mer tilbøyelig til å ta økonomiske hensyn enn den rent statlige fylkeslegen. Loven legger altså opp til at tannhelsepolitikkenes iverksettelse og kontroll skal få et mer diplomatisk preg enn den øvrige helsepolitikk. For så vidt gikk det også slik. Mork brukte aldri, etter det vi kan se, tannhelsepolitikken i sin dragkamp med departementet.

Innføringen av loven av 1983 gikk relativt smertefritt. Helsedirektoratet vurderte i 1990, på oppdrag fra departementet, tannhelsevesenet. Direktoratet konsentrerte seg om det offentlige vesenet og konstaterte at innføringen av fylkeskommunal tannpleie hadde fungert godt, og gitt pleien en slik størrelse at den lettere kunne håndtere ressursproblemer. Men direktoratet pekte også på at rekrutteringen av tannleger mange steder, særlig i nord, var et problem. Et problem var det også at mange tannleger, igjen særlig i grisgrendte strøk, sluttet raskt. Rekrutteringsproblemene tiltok utover i 1990-årene og presset på den offentlige tannpleien økte. Det ble blant annet satt i verk tiltak for å rekruttere flere tannleger fra utlandet.

Lovgivningen om apotekvesenet og legemiddelsektoren

Apotekene var og er en viktig del av (særlig) det kliniske helsevesenet. Apotekene preget fra gammelt av legemiddelforsyningskjeden – en varekjede. Fra overgangen til det 20. århundre, og særlig i løpet av tiårene etter den annen verdenskrig, ble legemiddelfremstillingen industrialisert og kjeden ble lengre og lengre. Det som var apotekforvaltning og apotektilsyn blir slik også i økende grad, og til dels først og fremst, legemiddeltilsyn eller -kontroll. Som vi har sett var tilsynet med medisinalvesenet fra gammelt av langt på vei et «internt» tilsyn. Legene passet på hverandre og seg selv. Det gjorde også apotekerne og, mer generelt, farmasøytene. Men denne påpassing skjedd innen rammene av det overordnede legelige tilsyn med helsevesenet. De første forordninger (for Danmark-Norge), av 1619 (primært for

Kiøbenhavn)¹⁰¹² og særlig 1672, inneholdt, som vi har nevnt, en rekke bestemmelser om hvordan legene skulle føre tilsyn med apoteke(r)ne (og (barber)kirurgene).

De gamle forordningene var først og fremst forordninger *for* legene. De skulle sikre disses kontroll med de akseptable andre, og det betydde særlig apotekerne. Kontrollen gjaldt de farmasøytiske og merkantile sider ved deres virksomhet, men også omfanget av de første. Legene var opptatt av at farmasøytene – «disse Pængeravne», som en lege fra Nykøbing på denne tiden omtalte dem, ikke brukte sin medisinalrolle til også å opptre medisinsk, altså ved å gi pasienter råd, og slik gå legene i næringen.¹⁰¹³ I 1619-forordningen het det om apotekerne at ”De skal være medicis approbatis lydige”.¹⁰¹⁴ Denne farmasiens underordning under medisinen ble ført tydelig videre i medisinalforordningen av 1672. I noen grad ble den formelt beholdt i den første nyere norske legemiddeloven, loven av 1909 (ikraft fra 1910), for så vidt som det i § 17 het at den offentlige lege kunne «etterse» apotekene og måten de ble drevet på. Dette fulgte, som vi har sett, også av instruksbestemmelsen om at denne legen skulle ha tilsyn med alt medisinalvesen i sitt distrikt. Den apoteklovkomiteen som ble oppnevnt i 1954, og kom med sin innstilling nr. 1 (om apoteker) i 1957, pekte på at legekontrollen med apotekene for lengst nærmest hadde opphørt å eksistere. Legene hadde ikke tid, og ofte ei heller kompetanse, til å føre slik kontroll. Komiteen ville imidlertid ikke helt fjerne den symboltunge legekontrollen: «Det kan være hensiktsmessig i mange tilfelle hvis ettersyn bør skje på kort varsel o. l.» Komiteen legger til: «De offentlige leger har jo dertil ansvar for helsevesenet i sitt distrikt, og apotekene hører inn under dette».¹⁰¹⁵

Apotekeren og sogningen Helge Thomassen Offerdahl (1855–1938) hadde som motto for farmasien: «Pharmacia soror medicinae, non ancilla» – «Farmasien skal være medisinenes søster, ikke tjenestepike». Hans bekjente, men noe yngre, kollega, professor (fra 1948) Arnold Nordal (1909–2002), konstaterte i 1950 at slik burde det være, men slik var det ikke. Det som skjedde i 1619 ble skjebnesvangert:

*Den 10. jan. 1619 vart såleis ein merkedag i tilhøvet mellom lækjar og apotekar som vi farmasøytar ser attende på med alt anna enn glede: Den dagen fekk apotekaryrket eit mindremannsstempel på seg. Farmasien vart ”ancilla medicinae” (dvs. tenestegjenta til medisinen) og kom under formyndarskap av lækjarstanden.*¹⁰¹⁶

Noe var nok igjen av «tenestegjenterolla» til farmasøyten, men, som også apoteklovkomiteen påpekte: Den legelige kontroll med apotekertjenesten var i de viktigste henseender borte.

¹⁰¹² Da apotekertaksten ble endret og utvidet i 1645 fikk visitasjonsmyndigheten gyldighet for hele riket. Kfr. Kristian Carøe (1851-1921), *Medicinalnordningens historie indtil Sundhedskollegiets oprettelse 1803*. København: Nyt Nordisk Forlag, 1917, s. 9.

¹⁰¹³ Sitert etter Finn Erhard Johannessen (f. 1955) og Jon Skeie (f. 1959), *Bitre piller og sterke dråper*. Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995, s. 18.

¹⁰¹⁴ Carøe, *op. cit.*, s. 7. 1619-forordningen er bare kjent gjennom patologiprofessor Thomas Bartholins (1616-1680) latinske oversettelse. Carøe har «tilbakeoversatt» forordningen til dansk.

¹⁰¹⁵ Innstilling nr. 1 fra Komiteen til revisjon av apoteklovgivningen m.v., s. 38. (Innstillingen ble levert 28. november 1957.) Som Sykehusordningskomiteen var også denne komiteen ledet av en arbeiderpartimann, nemlig Statens arbeidsdirektør (som den institusjonelle tittel var) Sverre Iversen (1879-1967). Iversen hadde vært murer, men leste og lærte på egen hånd, bl.a. sosialøkonomi og ordla seg etter hvert som en akademiker. Han tilhørte i 1920-årene sosialdemokratene.

¹⁰¹⁶ Arnold Nordal, ”Farmasøyttoplæringa i Norge”, *Veneficus*, nr. 5, 1950, s. 153. Her sitert etter Nic. Aagaard Sverre, *Et studium av farmasiens historie*, 2. utgave, ved Yngve Torud. Oslo: Norges Apotekerforening, 1982, s. 102.

Apotekertjenesten var fortsatt i hovedsak en del av helsevesenet og som sådan underlagt Helsedirektørens overordnede tilsyn, og dermed også fylkeslegens og den offentlige leges praktiske ditto. Men den løpende kontroll skjedde i stor grad i regi av farmasøyter. Slik hadde det også vært så lenge Norge hadde hatt en medisinalforvaltning (siden 1809).¹⁰¹⁷ Etter 1945 kom der et eget apotekerkontor i Helsedirektoratet, ledet av en farmasøyt. Han fikk tittelen byråsjef, fra 1965 overapoteker. Det var dette kontor som utøvet tilsynet, og i stor grad uten at Helsedirektøren blandet seg særlig inn. Tilsynet ble i stor grad utøvet av farmasiutdannede apotekvisitatorer. Da komiteen kom med sin innstilling (1957) var der to slike visitatorer i direktoratet. Komiteen mente det var altfor lite; den ene av de to var dessuten mest opptatt med analysearbeid utført ved Statens farmakopélaboratorium eller Spesialitetskontrollens laboratorium. Komiteen ville ha tre nye visitatorer. Den fikk ikke sitt ønske oppfylt. Antallet var stadig to i 1960; i 1965 var det tre – nå kalt apotekinspektører – og i 1970 fire. Inspektørene ble litt før vår periodes start omdøpt til legemiddelinspektører; der var fortsatt fire av dem i 1994. Men selv om antallet kontrollører var lite i forhold til oppgavens størrelse var kontrollørene, og selvsagt overapotekeren, et uttrykk for at farmasien i betydelig grad var blitt en egen fagstyrt sektor. Den utgjorde et slags apotekstyre, eller etter hvert, et farmasøystyre. Det hadde bidratt til denne utviklingen at farmasien fra 1931 (lov om apotekereksamen var vedtatt i 1923) ble et akademisk yrke.¹⁰¹⁸

Lov om drift av apotek m. v., 1962

Vi har sett på en del sider ved apotek- og legemiddelforvaltningen i forbindelse med Norbomprosessene. Noen data og noen synspunkter fra denne presentasjonen vil komme igjen i det følgende; det er av betydning for helheten i fremstillingen. For så vidt som tilsynet med apotekene må forstås i en videre maktsammenheng, og vi ikke tidligere i særlig grad har redegjort for apotekutviklingen og apotekkontrollen, skal vi her også gå litt utover hva loven sier.

Apotekene var fra gammelt av privat eid og drevet. Eierskapet var basert på et personlig bevillingssystem. Opprinnelig var apotekerprivilegiene omsettelige, men i 1936 inngikk staten en avtale med innehaverne av de ennå eksisterende privilegier om å løse dem inn i løpet av en periode på 18 år (1954). Apotekerne måtte altså etter dette avhende sine apotek ved oppnådd pensjonsalder (70 år). Denne ordningen gjorde i noen grad apotekervesenet enda mer fagstyrepreget. Et kommersielt element ble fjernet. Mye av den regulering som 1909-loven representerte, var også en regulering for å styrke apotekenes faglig-etiske forankring. Både i opptakten til 1909, og ved flere senere anledninger, var det betydelige mindretall som ønsket å ta bort alle private «fristelser» og «sosialisere» apotekdriften, som Sverige gjorde i 1970, men det skjedde ikke. Frykten for at det ville bli kostbart, holdt også Arbeiderpartiet og dets regjeringer tilbake. I 1953, valgte imidlertid regjeringen Torp (Ap) å innføre et offentlig monopol for import, eksport og en gros-salg av legemidler, Norsk Medisinaldepot, med

¹⁰¹⁷ Sundheds-Collegiets sekretær (1809-1815), og den første leder for det departementale Medicinalcontoire, Jacob Schandorff (1775-1842), var farmasøyt.

¹⁰¹⁸ Artium skulle være hovedkravet for opptagelse, men søkere kunne også taes opp etter en «lignende» opptagelsesprøve i visse fag. Studiet ble lagt til et eget institutt ved Universitetet i Oslo og omfattet tre avdelinger, hver på halvannet år. Første og tredje avdeling ble lagt til universitetet, annen avdeling til et apotek.

virkning fra 1957.¹⁰¹⁹ Sosialkomiteens flertall, Arbeiderpartiets medlemmer, uttalte i den anledning at det hadde større ambisjoner: «Komiteen ser det foreliggende forslag om oppretting av Norsk Medisinaldepot som et første skritt i retning av å legge hele legemiddelforsyningen under samfunnet».¹⁰²⁰ Noe neste slikt skritt kom imidlertid ikke. Der kom i stedet noen dramatiske «tilbakeskritt».

La oss ellers her nevne at opprinnelig var det bare adgang for private (farmasøyter) til å eie og drive apotek, men i 1856 fikk Rigshospitalet tillatelse til å opprette et eget apotek. I 1950 ble det gitt generell adgang for staten og kommuner til å opprette apotek.

Den nyttestatlige utviklingen fikk altså etter hvert dramatiske konsekvenser for apotekdriften og legemiddelomsetningen. Mens den, som vi har sett, førte til en kombinasjon av fristillelse og stram målstyring for de helsetjenesteytende virksomheter, førte den til privatisering og tradisjonell regulering for apotekdrift og legemiddelomsetning. I 1994 lot regjeringen Brundtland III grossistmonopolet falle¹⁰²¹ – EØS-avtalen krevde det – og i 2001 ble det vedtatt, etter forslag fra Stoltenberg I-regjeringen, å liberalisere apotekmarkedet «helt». Kontrollen skulle nå i større grad skje i regi av etterspørerne, det vil si forskriverne og pasientene/kundene. På den måten fikk for øvrig også den offentlig dominerte helsetjeneste (enda) mer kommersielle omgivelser og samarbeidspartnere. Det må dog legges til at de statliggjorte sykehus (2002) fikk sine egne (relativt fristilte) apotekforetagender.

Apotekdriften var altså stadig i hovedsak privat. Den gjaldt omsetning av varer av ulike slag, medikamenter, men også alle mulige sykepleie- og hygieneartikler. I tillegg kom en rekke andre varer, særlig slike som hadde med den personlige pleie og skjønnhet å gjøre. Tidligere hadde også andre varer, inkludert spirituosa, spilt en rolle, som det stadig gjorde i de fleste andre land. Apotek var altså også i betydelig grad «vanlige» butikker. Kommersielle hensyn spilte en ikke uvesentlig rolle i driften av dem. Mye av den stadig strengere offentlige regulering av og kontroll med apotekene hadde som formål å begrense slike hensyns betydning. Også den indre kollegiale kontroll – en vesentlig del av apotekselvstyret – hadde dette som formål. Apotekerne var også, ja, ble i økende grad, opptatt av at apotekene skulle være preget av en profesjonell fagstyrekultur. Apotekerne ville heller tilhøre medisinalvesenet enn handelsvesenet. Viktig for å sikre det, var det at legemidlene i stor grad ble fremstilt i apotekene. Apotekene var således organisert med spesialrom av ulike slag: lagerrom for spesialpreparater – for kjemikalier, droger, apotekfremstilte preparater, emballasje og forbindingsaker, ildfaste rom (for ildsfarlige væsker), syrerom, utpakkingsrom, aseptiske rom (for fremstilling av sterile oppløsninger), laboratorier med tablettrom og analyserom, defekturer (for avveining og oppfylling av håndkjøpspreparater og lignende) og resepturer (for ekspedisjon av resepter). I tillegg kom selvsagt publikumsrommet, offisinet, og andre rom

¹⁰¹⁹ NMD erstattet fem private aktører. Det fikk avdelinger i Oslo, Bergen, Trondheim og Harstad. Det ble i 1971 statselskap etter loven om sådanne av 1965. Det ble heleid statsaksjeselskap fra 1993. I mars 1999, under regjeringen Bondevik I, kjøpte en nederlandsk legemiddelgrossist (Apothekers Cooperatie U. A. (OPG)) en mindre del av aksjene i NMD. I desember samme år kjøpte en del norske apotekere også aksjer i NMD. Statens andel kom da ned i 81 prosent. Fra 1. juni 1999 skiftet NMD overordnet organ fra Sosial- til Nærings- og handelsdepartementet. For å åpne for videre privatisering ble NMD fra 31.8. dette år gjort om til et almenaksjeselskap.

¹⁰²⁰ Innst. O.t., 1953, s. 3.

¹⁰²¹ NMD ble overtatt av den tyske apotekergrossisten Gehe AG fra 7. september 2001. Salget ble forhandlet frem og godkjent av Stortinget våren 1999, under regjeringen Stoltenberg I.

som kontor, spiserom og vaskerom. Apoteklovkomiteen av 1957 kom til at et middelstort apotek hadde behov for et areal på 170–180 m² i første etasje og 120 m² i kjeller.¹⁰²²

Med fremveksten av den kjemiske industri mot slutten av det 19. århundre begynte såkalte spesialpreparater, medikamenter basert på rendyrkede virkestoffer, og som ble solgt i produsentenes originale pakninger, å komme. I tillegg kom der en flom av andre produkter, såkalte *arkana*, midler som hadde en hemmelig sammensetning og som ble markedsført på en pågående og ikke alltid etterrettelig måte. Utover i det 20. århundre kom produsentene av spesialpreparater, men for så vidt også arkana, til å utfordre apotekene som produksjonssteder. Snart ble arkanafloppen begrenset av restriktiv lovgivning – en lovgivning som i stor grad var et svar på en del svindelsaker. Strømmen av spesialpreparater økte imidlertid. Det førte til at der kom en lov i 1914 om tilvirkning av gifter og apotekerverer. Loven kunne tolkes litt ulikt, og medicinaldirektør Michael Holmboe (1852–1918) tolket den i et internt notat dithen at legemidler som var oppført i farmakopéen bare kunne fremstilles i apotek. Det store flertall av medikamenter ble da også fremstilt ved apotek helt til 1950-årene, undertiden etter legenes detaljerte oppskrifter. Produksjonen var imidlertid allerede nokså regulert. Der fantes midt i 1950-årene fremstillingsforskrifter for henimot 1 000 preparater. Forskriftene fantes i Den norske farmakopé av 1939, i Disp-Veterinarium Norv. av 1951 og i NAF-boken 1952 (Apotekerforeningens formelsamling). Men samtidig som medikamentutviklingen i stigende grad ble overtatt av farmasøytiske firmaer, og medikamentproduksjonen ble industrialisert, kjøpte apotek inn produksjonsutstyr og begynte å opptre halvindustrielt. Gradvis skjedde det også en spesialisering av produksjonen. Noen større apotek kunne slik også produsere for andre, mindre apotek. Apoteklovkomiteen ville imidlertid beskytte det tradisjonelle produksjonsapoteket og uttalte at den «prinsipielt» er «av den oppfatning at produksjonsapotekene ikke bør utvikle seg til småfabrikker som spesialiserer seg på enkelte utvalgte preparater».¹⁰²³ Samtidig syntes komiteen at det var i orden at Apotekerforeningen hadde begynt et arbeid med å standardisere emballasje, signaturer etc. for en del legemidler. Som nevnt bidro foreningen også, gjennom formelsamlingene, til å standardisere produksjonen. Det ble slik mer og mer tydelig at fremstillingen av medikamenter, og for såvidt også sykepleieartikler, var på vei til å bli underkastet den industrielle logikk. Vi kan konstatere at apotekernes egen organisasjon, og «beskytter» av apotekselvstyret, sammen med mange apotekeiere, bidro til det samme. Men dermed bidro de også til at premisene for å kommersialisere medikamentomsetningen, og apotekene, ble lagt bedre og bedre til rette. Man kunne altså allerede midt i 1950-årene se konturene av det som skulle komme, og som dermed også skulle endre grunnlaget for tilsyn fundamentalt.

Så lenge apotekene var produksjonsapotek var det, spesielt av kvalitetshensyn – og kvalitetssvikthensyn, viktig med et apotektilsyn. Muligheten for at publikum kunne bli utnyttet økonomisk spilte dog også en rolle. Den håndverksmessige fremstilling av medikamenter gav grunnlag for et omfattende tilsyn, med alt fra lagerhold, håndtering av ingredienser av ulike slag til fremstilling av de endelige produkter. Etter hvert som produksjonen ble flyttet ut – som regel langt ut, og det skjedde for alvor fra 1960–70-årene av, kunne kontrollen med apotekene begrenses og avgrenses. Det meste av det som hadde med produksjon å gjøre ble av mindre betydning. Der var fortsatt behov for en viss grad av faglig preget tilsyn, men relativt sett var det andre former for bedriftspreget kontroll det nå ble

¹⁰²² Kfr. Ot.prp. nr. 59, *op. cit.*, s. 6.

¹⁰²³ Apoteklovkomiteens innstilling I, *op. cit.*, s. 32.

mest behov for å drive. Mye av den sistnevnte kontrollen drev og driver andre med, som skattemyndighetene og Arbeidstilsynet. Hva produksjonskontrollen angikk, ble den i økende grad en kontroll som måtte flyttes ut av apotekene og knyttes til legemidlene og deres produsenter, importører og grossister. Det er derfor ikke tilfeldig at apotekvisitatorene i annen halvdel av 1960-årene ble *apotekinspektører* og fra overgangen til 1980-årene og vår periode, *legemiddelinspektører*.

Apoteklovkomiteen kom altså til at der var behov for en egen legemiddelov. Man kan si den antesiperte utviklingen mot medisintutviklingens industrialisering og kommersialisering. Dens forslag, som ble levert 3. mars 1959, førte til lov om legemidler og gifter m. v. av 20. juni 1964. Loven ble en lov angående tilvirkning og omsetning av legemidler, gifter, helsefarlige stoffer og spesielle varetyper, som farmasøytiske spesialpreparater, opium og andre bedøvende midler, plantevernmidler m. v. Den gjaldt også reklame for slike produkter: Forbrukere og pasienter hadde nødvendigvis liten mulighet for å drive kontroll, og kunne derfor lett forvirres og forføres av reklamerende produsenter. Loven hadde først og fremst til hensikt å legitimere kvalitetskontroll av legemidler (m.m.) og sikkerhetsregler angående slike. Hva gifter m.m. angikk gav loven sikkerhetsregler som ble ansett nødvendige av helsemessige grunner. Det er symptomatisk for den nye (kommende) tid at der i loven tales om legemidler der det før ble talt om apotekvarer. Medikamentene er iferd med å bli mer «abstrakte», det vil si institusjonelt uavhengige. De er «bare» drasjerte, kunstig fremstilte kjemiske substanser. Et uttrykk for det er det for øvrig også at bestemmelsen i den gamle loven (1914) som gav apotek monopol på å tilvirke legemidler som var opptatt i den fagstyrepregede farmakopé, ble noe modifisert, og at vanlige kjøpmenn nå kunne selge ikke reseptbelagte legemidler, blant annet plaster. Noe som før hadde vært praksis, nemlig at noen produsenter, som leverandører av gasser og isotoper, kunne selge direkte til for eksempel sykehus, ble nå tydelig lovhjemlet. Man kan si dette var med på å relativisere apotekenes monopol på omsetning av alt som kunne kalles legemidler.

Lov om legemidler og gifter m. v., 1964

Den nye legemiddeloven gjaldt spesialpreparater, altså industrielt fremstilte legemidler. Apotekfremstilte, eller «håndverksfremstilte», legemidler ble omfattet av apotekerloven. Den relative betydning av legemiddelovgivning var altså økende, av apoteklovgivningen synkende. Det het også i den nye legemiddeloven (§ 27) at spesialpreparater skulle godkjennes og registreres, eventuelt avregistreres, av Helsedirektøren (som «medikratiske» institusjon, altså ikke av det «tekniske» Helsedirektoratet). Helsedirektøren skulle i slike sammenhenger biståes av en spesialitetsnevnd på fem (§ 19). I § 14 het det at et preparat bare skulle godkjennes hvis det ble ansett som «medisinsk berettiget og som det antas å være behov for». Denne «behovsparagrafen», en slags utvidet «inngangskontroll», var ikke ny, men var og forble kontroversiell. Da frislippet kom i 1994 måtte den bort. Den begrenset den såkalte frie flyt av varer, og fra nå av var legemidler litt mindre spesielle varer enn de hadde vært. De fortsatte imidlertid å være «litt spesielle». Et element av farmakokrati og medikrati ble, som nevnt, beholdt for så vidt som kunder, eller pasienter, ble ansett for ikke å være så kompetente at legemiddelmarkedet kunne styres av den reklamepregede konkurransen mellom tilbyderne (om kundenes gunst).

Apotekvirksomheten var tradisjonelt fagstyrepreget. Det apoteklige fagstyret var, som vi har sett, forankret i apotekeren og apotekerstanden (Norges Apotekerforening), og apotekkontoret – etter delingen i 1983, legemiddelavdelingen – i Helsedirektoratet. Men som det gamle apotekervesen var underordnet medisinen, både ved at apotekerne i stor grad betjente kundene etter medisinsk anvisning, og ved at de offentlige leger førte kontroll med deres virksomhet, var det nye apotekervesen i mer eller mindre de samme henseender underordnet medisinen: Legene «bestilte» for pasientene og direktoratet, i siste instans Helsedirektøren, passet på. Apotekerne, eller farmasøytene, var altså i noen grad stadig legenes «tenestegjenter». Men noe var nå iferd med å endre seg, som den nye legemiddellovgivningen var et varsel om. Ved at fremstillingen av ikke bare ikke reseptbelagte legemidler og sykepleieartikler ble overtatt av industrien, men også reseptbelagte sådanne ble det, mistet apotekene hovedgrunnlaget for det fagstyre de stod for. De ble nå enda mer forretninger. Og for så vidt som de nye medikamenter – vi fikk i etterkrigsårene og frem til begynnelsen av 1980-årene en ren medikamentrevolusjon – ofte var nokså potente, ble behovet for kontroll med det som i økende grad ble kalt medikamentforsyningskjeden stadig større. Siden apotekerne nå i raskt synkende grad selv fremstilte medikamenter, ble mye av kontrollen forskjøvet «bakover» i denne kjeden. Apotekerforvaltningen og apotektilsynet ble, som vi har påpekt, i økende grad en legemiddelforvaltning og et legemiddeltilsyn.

Tilsynet overfor apotekene kom nå i stigende grad til å dreie seg om oppbevaring av legemidler, inkludert plikten til å ha alle godkjente legemidler tilgjengelige, og de økonomiske sider ved apotekdriften. Når der nå kom så mange, og så mange nye, medikamenter økte publikums behov for veiledning. Ja, egentlig økte også behovet for tilsyn med pasientenes «pillepraksis». Legene beholdt en form for kontroll med pasientene ved både å fortelle pasientene hvordan og når medikamentene skulle taes og ved å skrive det slik at det stod på medikamentforpakningen eller pilleglasset. Slik skulle de også overflødiggjøre farmasøytens forklaringer og råd. Det er ikke tilfeldig at legene da de industrielt fremstilte medikamenter begynte å komme i tiden fremover mot Den første verdenskrig, applauderte det, mens apotekerne var skeptiske. Men legenes veiledning, både muntlig og skriftlig, var som regel knapp og nokså ensidig rasjonalistisk: Den forutsatte at pasientene lyttet, forstod og var «lydige» («compliant»). Den forutsetningen gjaldt ofte ikke. Der var slik et visst rom for farmasøytene til å gi råd, altså opptre litt legelig. Ja, der var et visst rom for farmasøytene til å opptre legekritisk, for eksempel ved å kontakte legen (telefonisk) når de var i tvil om klokskapen i bestemte forskrivninger, blant annet av medikamentinteraksjonshensyn. Farmasøytene kunne slik få både en viss pasient- og legetilsynsfunksjon. Men siden dette var en form for farmasøytisk ekspansjonisme legene alltid hadde vært, og stadig var, på vakt overfor, skjedde det i liten grad. Farmasøytens yrkesetiske regler tilsa også at de var tilbakeholdne.

Slik bidro industrialiseringen til at det farmasøytisk/apoteklige fagstyre nå begynte å forvitre. Snart skulle imidlertid industrialiseringen av legemiddelfremstillingen, kombinert med den økende offentlige kontrollen med nytten av midlene, også underminere noe av legeautonomien, og legemakten: Jo mer de nye medikamentene gikk inn i standardiserte behandlingsprosedyrer jo mindre ble rommet for medisinsk skjønnsutøvelse og jo større ble rommet både for overvåkning og kontroll ovenfra og, til dels, nedenfra, fra farmasøyer og pasienter. Det var dette som muliggjorde den ovenfor nevnte kommersialisering, dog under streng offentlig kontroll, fra 1994. Men denne utviklingen skulle også få en annen, interessant konsekvens. Apotekene ble mer aktivt markedsførende butikker, eller snarere butikkfilialer (under internasjonalt eide kjeder), hvor selvbetjeningen fikk en økende rolle. At legemidlene nå nærmest i sin helhet ble industrivarer, gjorde at resepturen kunne forenkles og flyttes ut

mot publikum, som kunne få nesten umiddelbar ekspedering. Denne ekspedering kunne, og blir, i økende grad knyttet til en fornyet kunderådgivning, som en del av den oppgaveglidning den standardiserte medisin gir grunnlag for. Slik skjer det i noen grad en ny profesjonalisering av farmasien, mer enn av apotekdriften. Det reiser nye tilsynsutfordringer for de formelle tilsynsmyndighetene. Hvordan skal rådgivningen reguleres og overvåkes? Dog bør det nevnes at kravet om, og kontrollen med, de nye, standardiserte pakningsvedleggene, skulle spille en økende (pasientmyndiggjørende) rolle.

Man kan si at farmakopéen, den offisielle fortegnelsen over legemidler som brukes i et land, lenge var grunnlaget for kontrollen med omsetningen og fremstillingen (kvaliteten) av legemidler. Den første norske farmakopé, *Pharmacopoea Norvegica*, utkom i 1854.¹⁰²⁴ Fortegnelseens rolle ble styrket da en egen farmakopékommissjon i 1898 ble oppnevnt. For å få et bedre grunnlag for kontrollen med de nye industrielt fremstilte legemidler, men for så vidt også med den flommen av nokså useriøse legemidler som ble ivrig markedsført fra slutten av det 19. århundre, ble Spesialitetskontrollen opprettet i 1930. Til støtte for Farmakopékommissjonen og Helsedirektoratet, men også for å være med på å utvikle kvalitetsnormer for legemidler (nordisk samarbeid) og for å drive selvstendig forskning, ble der i 1948 opprettet et Statens farmakopélaboratorium. Dette laboratorium, og Spesialitetskontrollen ble så slått sammen fra 1974 og en Statens legemiddelkontroll opprettet.¹⁰²⁵ Dette var en markering av den gradvise skjerpelsen av statens kontroll med hele legemiddelforsyningskjeden. Som vi har sett var der under Norbom-prosessene dragkamp om legemiddeltilsynet. Legemiddelavdelingen i Helsedirektoratet, og direktoratet selv, ville beholde viktige deler av legemiddeltilsynet i direktoratet. De argumenterte for at legemidlene var en viktig, integrert del av klinikkens virksomhet og ikke burde gjøres til gjenstand for en helt spesialisert kontroll av legemiddelforsyningskjeden. Direktoratet brukte også tradisjonelle fagstyreargumenter, men kombinert medikratiske og farmasøytisk-faglige sådanne. Med den nye lovgivningen måtte direktoratet, fra 1994 Helsetilsynet, tape, og i 2001 ble direktoratets legemiddelavdeling flyttet til Legemiddelkontrollen. Samtidig ble ansvaret for beslutninger om hvilke legemidler som skulle forskrives på blå resept overtatt fra Rikstrykdeverket. Det samlede organ ble kalt Statens legemiddelverk.

Apotek- og legemiddellovgivningen, en oppsummering

Reglene for kontrollen med legemiddelforsyningskjeden hadde fra gammelt av et kombinert medikratiske og apotekfaglig preg. Slik sett hadde det et betydelig innslag av selvkontroll. Det var, kan man si, relativt vennlig og mer pedagogisk enn stramt dikterende. Reglene var imidlertid også et uttrykk for et ønske om å skape tillit utad. Ved å få vedtatt regler for sin virksomhet forpliktet apotekerne og farmasøytene seg også formelt overfor publikum. Siden der alltid ville kunne oppstå svikt blant fagfolkene var lovbestemmelsene slik også viktig for

¹⁰²⁴ Legemidler som fyller de krav farmakopéen setter, kalles offisinelle. De skal finnes i alle apotek. Ordet farmakopé stammer fra gresk *phármakon*, "legemiddel" og *poiia*, "tilberedning" og betyr slik egentlig "forskrift for legemidlenes tilberedning".

¹⁰²⁵ Om farmakopékommissjonens utvikling, se Kjell Backe-Hansen, «Farmakopékommissjonen 100 år», *Cygnus, en norsk farmasihistorisk skriftserie*, hefte 2, oktober 1998, ss. 9-30. (http://nfs.no/images/Marketing/cygnus/dokumenter/cygnus-hefte_2-oktober1998-2.pdf)

den indre justis; uformell kollegial kontroll alene var ikke nok. Som vi har sett, var der visse spenninger mellom den medikratiske kontroll og den apotekfaglige autonomi og selvkontroll. Den fortok seg imidlertid over tid. Apotekkontoret, og siden legemiddelavdelingen, i Helsedirektoratet kunne drive sin kontroll under stor tillit fra Helsedirektøren. Også det tiltok over tid, altså fra Evang til Mork. Evang la ikke skjul på medisinsens primat og hadde ikke hastverk med å gjøre apotekkontorsjefen til overapoteker. Spesielt interessert i farmasien var han knapt heller. Mork var svært opptatt av alt som hadde med legemidler å gjøre og han og Jøldal samarbeidet godt og «horisontalt». Men som utviklingen var, var allerede deres fag, medisinen og farmasien, på defensiven som selvstyrte fag. Fortsatt spilte imidlertid «familieforholdene» en tydelig rolle i apoteker- og farmasiverdenen, om enn med noen skjærmysler mellom apotekerne og deres ansatte farmasøyter. Apotek(bedrifter) ble således sendt videre innad i «fagfamilien». Helsedirektoratet stod for overførselen (Apotekloven § 7), men ble rådgitt av et utvalg bestående av representanter for Norges Apotekerforening og Norges Farmaceutiske Forening. Både Jøldal og hans etterfølger som avdelingsdirektør, Anne Marie Horn, gikk av «før tiden» og hadde sine siste yrkesaktive år som apotekere (Sandvika og Tåsen).

Det gamle kontrollregimet, eller mer generelt, styringsregimet, baserte seg på en nokså komprimert legemiddelforsyningskjede, altså en kjede knyttet til apoteket, og med leger som sentrale bestillere. Den var slik også i stor grad knyttet til et nasjonalt marked. Selv om råstoff til medisiner i stor grad kom fra utlandet, skjedde tilvirkningen i Norge og alene for det norske marked, ja, til dels for lokale markeder. Fagutviklingen kom etter hvert til å gjøre kjeden lengre. Fremstillingen av legemidler ble i økende grad industrialisert og dermed også internasjonalisert. Fabrikkene begynte for alvor å komme fra overgangen til det 20. århundre. Med dem kom også importører og grossister. Som vi har sett hadde ikke legene så mye imot det, mens apotekerne og farmasøytene var svært kritiske: Det truet deres kontroll over legemiddelmarkedet. Spesialpreparatene kom imidlertid og de måtte godtaes; de var jo uttrykk for den medisinske revolusjon. De var fremskritt. Apotekerne, med helsemyndighetenes, og dermed legenes, støtte sørget imidlertid for at de fikk enerett til å forhandle slike preparater. Det bidro til denne fagstyrekontroll at staten, ved helsemyndighetene, i 1957, som nevnt, skaffet seg kontroll over all import og alt en gros-salg av legemidler, gjennom opprettelsen av Norsk Medisinaldepot. For ytterligere å befeste sin «pillekontroll» – den ble nå også en tablettkontroll – etablerte apotekerne sine egne produksjonsinstitusjoner, noen apotek og Apothekernes Laboratorium. Som en del av dette nasjonale fagstyret ble det også lagt hindringer i veien for dem som ville etablere norske farmasøytiske fabrikker.

Vi kan imidlertid konstatere at kontrollen med apotekvirksomheten, den virksomhet som tradisjonelt var mest utbygget og mest nærgående, forble en egen, nokså sektorisert form for kontroll. Den skulle også fortsette å bli mer sektorisert og annerledes, nemlig da legemiddelavdelingen i direktoratet i 2001 som nevnt ble slått sammen med Legemiddelkontrollen til Legemiddelverket. Som vi har sett, var apotektenesten og legemiddelforsyningen fra gammelt av plassert litt på siden av det nokså nasjonalt institusjonaliserte helsevesen. De to, nært forbundne virksomhetene, var imidlertid både knyttet til klinikken og i hovedsak nasjonale. De ble ført tilsyn med, og kontrollert, fra direktoratet, gjennom et farmasøytisk kontrollregime knyttet til og underordnet det medisinske kontrollregime. Ettersom medikamentfremstillingen ble mer og mer løst fra apotekene, og medikamentene fikk et stadig mer standardisert og «abstrakt» preg, ble altså kontrollen gradvis adskilt fra det øvrige helsetilsyn. Den ble, mer og mer, en kontroll med en forretningsmessig virksomhet, dog en kontroll som fortsatte å være strengere enn det meste av

den kontroll som skjer med private, kommersielt pregede markeder. Det er ikke tilfeldig at helsetilsynsloven fremstår som nokså apotekblind og «pilleløst».

Da apotekene stod for det meste av legemiddelfremstillingen var det enklere å ha en indre, fagstyrebaseret institusjonell kontroll. Apoteksektoren var helt norsk. Om den var privat, var den det på en statlig-medikratisk og institusjonalisert måte. Da legemiddelfremstillingen ble industrialisert, ble den i all hovedsak internasjonalsert og dermed også privat. Det var denne utviklingen som drev frem det farmasøytiske regimeskiftet. Som vi har sett syntes i stor grad legene denne utviklingen var i orden. Myndighetene hadde en mer uklar profil. I de første årene etter krigen var sosialminister, og lege, Sven Oftedal (1905–1948) positiv til utbyggingen av en norsk farmasøytisk industri. Han ville i 1946 at det skulle bygges en penicillinfabrikk i Norge. Den ble aldri bygget, delvis fordi Nyegaard & Co., den ene av tre større norske farmasøytiske bedrifter, til slutt sa nei, og gjorde det delvis fordi selskapet var i tvil om statens, det vil si Arbeiderpartiets, holdninger: Mange i partiet ville sosialisere så mye som mulig av legemiddelforsyningen. Helsedirektør Evang var tvetydig; han kunne uttale seg rosende om Nyegaard & Co., men ville også gjerne ha offentlig kontroll over legemiddelforsyningen og skapte, med sin holdning blant annet til godkjennelsen og prisingen av legemidler (gjennom Spesialitetsnevnden) usikkerhet blant industribedriftene.¹⁰²⁶ Med sin strenge holdning overfor industrien hjalp han apotekene. Etter hvert oppstod der imidlertid en form for enighet mellom industri, apotek og helsemyndigheter om at den første skulle få forbli privat og den annen fagstyrt privat. Slik fortsatte legemiddelforsyningen i Norge lenge å være en relativt integrert del av det norske helsevesen. Slik var også partene i «legemiddelspillet», men kanskje særlig Evang, med på å hindre at Norge i de første tre tiår etter krigen fikk en farmasøytisk industri som kunne satse internasjonalt.¹⁰²⁷ På andre områder satset regjeringen, og Arbeiderpartiet, på internasjonalt orientert industriutvikling. Oftedal hadde altså gjerne sett at der ble satset slik også hva legemidler angikk. Holdningen var i noen grad den samme i Industridepartementet og Handelsdepartementet. Evang ville i større grad beholde legemiddelforsyningen som en intakt del av det *norske* helsevesen og for så vidt den norske velferdsstat. Utover i 1980-årene snudde altså holdningen. Et uttrykk for det er hva som skjedde med Nyegaard & Co. Det ble i 1981 kjøpt av industriselskapet Norgas og så, i 1986, av nok et industriselskap, Hafslund. Hafslund ble til Hafslund Nycomed, med Nycomed AS som datterselskap. Nycomed ble i 1990 delt i en legemiddelprodusent, Nycomed Pharma og et billeddiagnostikkselskap, Nycomed Imaging. Det første selskap fikk skiftende eiere og ble i 2011 kjøpt av det japanske firmaet Takeda og kalt Takeda Nycomed. Røntgenkontrastfirmaet gikk via britiske Amersham (1997) til GEs helsedivisjon GE Healthcare i 2003.

Med industrialiseringen spises altså også deler av helsevesenet som konkret, norsk institusjon opp. Gjennombruddet for denne utviklingen kommer altså i den perioden vi nå ser på. Helsedirektør Mork var skeptisk til sider ved utviklingen, som vi har sett gjennom hans aktivitet i Norbom-prosessene, men ikke slik på vakt som Evang var. Han så knapt de fulle implikasjonene av utviklingen. En av de implikasjonene var at både regulering av og tilsyn med legemiddelforsyningskjeden ville komme til å ligne stadig mer på regulering av og tilsyn med private, konkurranseutsatte virksomheter. I økende grad kunne (mye av) kontrollen i praksis flyttes ut, altså internasjonalseres.

¹⁰²⁶ De tre viktigste var Nyegaard & Co. (stiftet 1874), Apotekernes Laboratorium (AL) (stiftet 1903) og Apothekernes Fællesindkjøb (AFI) (stiftet 1911 som en gros-firmaet Schwartz & Peterson).

¹⁰²⁷ Om legemiddelindustrien og myndighetene i tiden frem til 1985, se Rolf Petter Amdam (f. 1953) og Knut Sogner (f. 1962), *Rik på kontraster. Nyegaard & Co – en norsk farmasøytisk industribedrift 1874-1985*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.

Lov om legemidler, 1992

Sosialdepartementet skriver i proposisjonen til legemiddeloven av 1992 at «EØS-avtalen inneholder regler for fri bevegelse av varer, personer, tjenester og kapital» og at det får konsekvenser for ikke minst legemiddel- og apotekforvaltning.¹⁰²⁸ Departementet konstaterer slik, uten spesiell entusiasme, at det regime som hadde preget apoteker- og legemiddelforvaltningen i etterkrigstiden, nemlig et nasjonalt planstyre, nå måtte skiftes ut med et styre basert på internasjonal konkurranse. For så vidt som publikum står overfor et stort kompetanseproblem i legemiddelmarkedet, skulle der fortsatt bli omfattende kontroll. Kontrollen skulle imidlertid bidra til, ikke hindre, den velferdsfremmende konkurransen mellom produsenter og en gros-selgere av legemidler, og potensielt også mellom detaljister. Det var derfor Arbeiderpartiet måtte slippe det grossistmonopol det med så offensive ord i 1957 hadde innført, og nå også måtte fjerne «behovsparagrafen». Departementets nøling viser seg i omtalen av monopolfallet. Det skriver at Medisinaldepotets nylige kjøp (1992) av Apotekernes Fællesindkjøp var viktig for å sikre «en best mulig gjennomføring av dagens helsepolitiske oppgaver». Kjøpet innebærer, heter det videre, at man skaper «en større enhet under norsk styring», og at det vil gi NMD konkurransefortrinn. Gjennom NMD vil «staten fortsatt .. ha» «styringsmuligheter». Som vi har sett, også denne «styringsmuligheten» måtte gies opp. NMD var, som andre statsbedrifter, styrt etter lov om visse statsbedrifter av 1965. Nå ble det, etter regjeringsforslag, vedtatt en ny lov om statsforetak (1992), en lov blant annet NMD måtte rette seg etter, og som gjorde at det måtte omorganiseres (innen 1993) til å bli en mer «vanlig» bedrift. Det ble et statsaksjeselskap. Denne omorganiseringen ble et skritt på veien mot salg og privatisering. Da apotekvirksomheten ble deregulert i 2001 ble, som nevnt, NMD helt privatisert. Det meste av denne utviklingen skjedde under arbeiderpartistyre, men også regjeringen Bondevik I spilte en rolle (i siste fase). I løpet av noen få år kom altså tonen til å endre seg. Henvisningene i 1991-proposisjonen til at de politiske styringsmulighetene fortsatt var store, måtte snart glemmes.

En utvikling som lenge hadde vært i gang, og som har legemiddelfremstillingens industrialisering som utgangspunkt, ble altså i viktige henseender forsterket av loven. Legemiddelsektoren, og etter hvert også det tradisjonelt viktigste leddet i den, apotekene, ble for alvor løsnet fra de nasjonale, fagstyrte og til dels statlig-planstyrte rammer og plassert i overnasjonale, konkurransebaserte markeder, der konkurrentene i raskt økende grad var kapitalistisk baserte, og geografisk stadig mer abstrakte (stedløse), storfirmaer. Utviklingen førte ikke til at kontrollen forsvant. Noe av den forsvant, som muligheten for å vurdere om det var «behov» for bestemte nye legemidler og for å legge pris til grunn for å bestemme registreringsvilkårene for legemidler. Forbudet mot reklame til almenheten for ikke reseptbelagte legemidler måtte bort. Kravet om forhåndsgodkjennelse av reklame måtte også bort. Etter en rekke EF-direktiver var det nå bare tre kriterier som kunne legges til grunn for registreringsgodkjennelse av legemidler, nemlig kvalitet, sikkerhet og effekt(ivitet). De tre kriteriene er i prinsippet nokså like; de har alle med legemidlenes medisinske «nytte» å gjøre. Disse kriteriene spilte selvsagt en hovedrolle også i den gamle norske legemiddelkontrollen. Nå ble de enerådende. Samtidig ble de i noen henseender strengere, noe som hang sammen med at medisinen ble stadig mer presis og dokumentasjonspreget.

¹⁰²⁸ Ot.prp. nr. 70 (1991-92), *Om lov om legemidler m.v.*, s. 6.

Den norske legemiddelkontrollen kunne slik på mange måter fortsette som før. Poenget var imidlertid at den ble en kontroll utøvet på premisser som mer og mer ble fastsatt i EF/EU-regi, og til dels enda mer internasjonalt regi. Etter hvert som EF/EU sentraliserte kriteriene for kontrollen, ble de nasjonale kontroller, også den norske, stadig mer «underkontroller», eller lokale iverksettelseskontroller. Skritt for skritt, direktiv for direktiv, har dette også skjedd. I dette perspektiv er det ikke så underlig at Helsedirektoratet, fra 1994 Statens helsetilsyn, måtte miste også de siste rester av kontroll og tilsyn med legemiddelforsyningen og apotekene. Det skjedde, som vi har sett, i 2001, men de første dragkampene kom, som vi også har sett, under Norbom-prosessene. Slik sett var det like greit at helsetilsynsloven var taus om legemiddeltilsynet.

Ordning for tilsyn og kontroll med medisinsk utstyr m.v.

Det gamle kliniske helsevesen var preget av tjenester. Varer ble også brukt, som medikamenter og håndverkspreget utstyr. Vi har nettopp sett at medikamentene i økende grad ble underlag industrialiseringens, og dermed internasjonaliseringens kommersielle logikk og at tilsynet med fremstillingen og bruken av dem ble tilpasset det. Utstyret, og ikkemedikamentelle varer, som brukes i klinikken ble preget av lignende utvikling. Det ble mer avansert, og preget av industrialiseringens logikk. Vi skal legge til at klinikken på denne måten ble stadig mer preget av bruken av alle slags varer, altså både medikamenter og andre varer, og nå for alvor begynte å få et mer industrielt preg. Den ble slik også i økende grad avhengig av og omhyllt i sektorer som blir stadig mer internasjonale og kommersielle. Tilsynet med fremstillingen og bruken av det ble gradvis tilpasset disse logikkene, men tilsynsformene fikk, som vi nå skal se, et litt annet, og mer variert og skiftende preg for ikkemedikamentelle enn for medikamentelle varer.

Kliniske tjenester ytes altså, i tillegg til med medikamenter, i stigende grad med bruk av varer som utstyr og forbruksartikler. De ytes også med bruk av stråler, det vil si stråleutstyr. Tilsynet gjelder da måten «fysikken» (og «kjemien») er eller blir *brukt* på. Det gjelder ikke fysikken i seg selv. Tilsynet, eller kontrollen med slik fysikk (kjemi) har i praksis i hovedsak ligget andre steder enn i Helsedirektoratet og hos fylkeslegene, og for så vidt ikke vært særlig koordinert med tjenestetilsynet. Det overordnede ansvar ligger dog, etter både helsetilsynsloven og institusjonslovene, hos Helsedirektoratet. Det praktiske tilsyn skjedde imidlertid da vår periode startet i regi av noen organer med teknisk kyndighet. Etter hvert kom imidlertid direktoratet, og for så vidt departementet, til å trekke det tekniske tilsynet mer inn i det generelle tilsynet. Vi skal se at det henger sammen med fremveksten av en tydeligere kvalitetspolitikk, som igjen er en del av den nye, mer integrerende og mer penetrerende mål- og resultatstyringen.

Kontrollen og tilsynet med utstyr, inkludert engangsutstyr, kan omfatte mange sider ved utstyret og dets funksjoner. Den kan omfatte alt fra anskaffelsen, via anvendelsen til avskrivningen og avhendelsen. På hvert av disse punkter er det mange ting som kan kontrolleres. Anskaffelsesvurderingen kan gjelde de tekniske nyttesider ved utstyret, men også de funksjonelle og dermed delvis organisatoriske, og de økonomiske. Vurderingene, eller forhåndskontrollen (inngangskontrollen), gjaldt primært det første. I anvendelsesfasen kan man også sondre mellom disse typene vurderinger og kontroll, og konstatere at også her dominerte de førstnevnte. Nå kom imidlertid måten personalet brukte utstyret på i noen grad inn i bildet. Kontrollen fikk derfor også et innslag av persontilsyn og endog

organiseringstilsyn (prosesskontroll). Kontrollen kunne her også gå over i intervensjoner, altså pålegg; de kunne gjelde både sykehus og leverandører. Tre av kontrollorganene, Statens institutt for strålehygiene (SIS), Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr (STEM) og Statens institutt for folkehelse (engangsutstyr), var også forvaltningsorganer og kunne utøve myndighet. Kontrollen med ressursbruken, og generelt med effektiviteten, spilte stort sett en mindre rolle.

Vi skal legge til at denne kontrollen med bruken av utstyret fikk et relativt feilorientert preg; den var «negativ». Uønskede hendelser skulle oppdages og rapporteres og tiltak iverksettes for å forebygge at slike hendelser gjentok seg. Kontrollen med avhendelsen var av noen, men ikke stor betydning. Også den var nokså teknisk preget. Generelt kan vi altså si at utstyrskontrollen lignet på medikament- og tjenestekontrollen. Den var spesialisert og lite både organisatorisk og økonomisk orientert. Den var en del av en litt fragmentert, og altså ofte negativt preget, kontrollpolitikk. Men den ble altså etter hvert litt mer integrert i den nye helsepolitikken, og fikk slik også et mer positivt preg.

For spesielt to av de tre kontrollorganene, SIS og STEM, var mye av oppmerksomheten rettet mot anvendelsen. For disse ble uønskede hendelser særlig viktige. Oppdagelse av slike og melding om dem blir derfor sentrale stikkord for deres kontrollvirksomhet. Oppdagelsen av hendelser ble i stor grad basert på stedlige inspeksjoner, enten rutinemessige sådanne eller varslingsbaserte. Meldingen om hendelser var opprinnelig knyttet til tilsynsorganenes virksomhet, men fra 1987 ble meldingsvirksomheten forsøkt samlet i en oppdragsbasert institusjon, SINTEF NIS.

Statens institutt for strålehygiene

Ved inngangen til vår periode var det altså tre organer som stod for den teknisk baserte kontrollen. Slik var det også ved periodens slutt. Det første og eldste, som førte tilsyn med (bruken av) strålingsutstyr, strålingskilder og stråler, begynte som Statens fysiske kontrolllaboratorium i 1939, ble fra 1954 kalt Statens radiologisk-fysiske laboratorium og fra 1964 Statens institutt for strålehygiene (SIS). I kjølvannet av den siste Norbom-prosessen ble SIS fra 1993, og etter fusjon med Statens atomtilsyn og Aksjonsutvalg ved atomulykker, til Statens strålevern. SIS fungerte med utgangspunkt i lov om bruk av røntgenstråler og radium m.v. av 18. juni 1938 og forskrifter om tilsyn med og bruk av anlegg, apparater, materiell og stoffer som avgir ioniserende eller annen helsefarlig stråling av 23. januar 1976. Instituttet arbeidet altså med utstyr og virksomhet av røntgendiagnostisk, stråleterapeutisk og nukleærmedisinsk karakter. Det arbeidet på anskaffelsessiden med å vurdere planer for alle nye anlegg og for planer om endringer i eksisterende anlegg. På anvendelsessiden arbeidet det, forebyggende, med å utvikle normer for strålehygiene og førte på denne siden ellers i hovedsak rutinemessig tilsyn. Siden stråleskader sjelden skjer på en akutt måte, var tilsynet i liten grad hendelses- og utrykningsorientert. Det utførte ellers, over hele aktivitetsforløpet, en del rådgivning. I sykehusene ble det imidlertid sett på litt mer som et kontrollorgan enn et rådgivningsorgan.¹⁰²⁹ Instituttet hadde to fysiske og en medisinsk seksjon; de to første hadde

¹⁰²⁹ Senter for Industriforskning evaluerte de ulike tilsynsordninger i 1991, og spurte i den forbindelse utstyrssentrale folk i sykehusene om de så på de ulike organer mest som kontrollører eller rådgivere. Disse alternativene passer ikke helt vårt formål, men de gir en grov indikasjon både på hvordan SIS ble oppfattet av dem som ble «truffet» av dets virksomhet, og antagelig også hvordan det faktisk fungerte. SI fant at 54 prosent

til sammen 28 ansatte, den siste tre. SIS var ingeniør- og fysikerdominert. Det lå under Sosialdepartementet.

Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr (STEM)

STEM, som altså drev tilsyn med elektromedisinsk utstyr, hørte under Elektrisitetsilsynet, Norges vassdrags- og elektrisitetsvesen, som igjen hørte under Olje- og energidepartementet. STEM ble opprettet 15. juni 1980. Lovgrunnlaget var lov om tilsyn med elektriske anlegg av 24. mai 1929, § 3. En ny forskrift om meldeplikten for uhell med og feil ved elektromedisinsk utstyr kom den 20. desember 1989 (§ 8). Loven ble endret på noen punkter fra 1991. Endringene ble gjort for å gi en klarere hjemmel for å kunne gi forskrifter for hvordan elektrisk utstyr skal fremstilles, merkes, monteres, brukes og vedlikeholdes og for å gi hjemmel for å gi forskrifter for markedskontroll av elektrisk utstyr. Endringene skjedde blant annet som følge av tilpasning til EFs lavspenningsdirektiv (73/23/EØF), men også for å kunne ta hensyn til nye EF-direktiver. Der ble etter hvert utferdiget en rekke forskrifter for ulike sider ved tilsynet med elektrisk og elektromedisinsk utstyr; dog kom STEM først og fremst til å fungere som et tilsyn med anvendelsen av utstyret.

Av den evalueringen som ble gjort av den tekniske tilsynsvirksomheten i 1991 fremgikk det at 83 prosent av de sykehusansatte som svarte i en spørreskjemaundersøkelse så på STEM som kontrollør.¹⁰³⁰ STEM ble altså sett på, og var nok også, langt mer av et anvendelsesorientert tilsyns- og kontrollorgan enn SIS. I evalueringen SI foretok av de tekniske tilsynsorganene i 1991 opplyses det at 12 av 16 årsverk i STEM ble brukt til revisjons- og internkontroll, vaktordninger og utredning av uhell, samt saksbehandling og oppfølging av uhell. Av de resterende fire faglige årsverk gikk to med til internasjonalt standardiseringsarbeid og ett til undervisning.¹⁰³¹ STEM brukte fra starten av TELOX A/S, et firma med den fornødne tekniske kompetanse, til å utføre mye av det praktiske tilsynsarbeidet.¹⁰³² STEM ble i 1992, som en del av Elektrisitetsilsynet, flyttet fra Olje- og energidepartementet til Kommunaldepartementet. Fra april 1992 opphørte STEMs avtale med TELOX A/S. Elektrisitetsilsynet overtok selv TELOXs oppgaver. Vi nevner ellers at typegodkjennelse av elektromedisinsk utstyr ble utført av Norges Elektriske Materiellkontroll (NEMKO), etter avtale med NVE.

Nemnda for medisinsk engangsutstyr (SIFF)

Nemnda for medisinsk engangsutstyr, som hadde ansvar for registreringen av og kontrollen med medisinsk engangsutstyr (særlig med hensyn til sterilitet), bestod av fire personer, to

så på SIS som kontrollør, 46 prosent som rådgiver. Kfr. Eivind Falkum, Claus T. Larsen og Karl-Gerhard Hem, *Evaluering av tilsynsordninger, melderutiner og kvalitetssikringssystemer for medisinsk-teknisk utstyr*, Oslo: Senter for industriforskning, 1991, s. 59.

¹⁰³⁰ Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 59.

¹⁰³¹ Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 22.

¹⁰³² Firmaet TELOX visste at sykehusene ikke hadde kompetanse til å føre (egen)kontroll med bruken av medisinsk-teknisk utstyr og tilbød midt i 1970-årene sin bistand. Da NVE opprettet STEM i 1980 inngikk etaten kontrakt med TELOX om kontrollbistand. STEM beholdt styringen med tilsynet, og TELOX forpliktet seg til ikke å drive produksjon og salg av elektromedisinsk utstyr.

leger, en farmasøyt og en sykepleier, oppnevnt av Helsedirektøren. Nemnda fungerte på grunnlag av utredninger foretatt av en egen kontrollenhet ved Statens institutt for folkehelse.¹⁰³³ Nemndas tilsyn var, da vår periode startet, forankret i lov om legemidler og gifter m.v., av 20. juni 1965 (som vi allerede har omtalt) og forskrift om registrering og kontroll av medisinsk engangsutstyr av 23. juni 1981. Fra 1993 var tilsynet forankret i den allerede omtalte lov om legemidler m.v. av 4. desember 1992. I 1985 ble tilsynet utvidet til også å gjelde implantater. Nemnda og kontrollenheten sorterte, som en del av SIFF, under Helsedirektoratet (til 1994) og via dette under Sosialdepartementet. Den hadde ansvar for registrering og avregistrering av engangsprodukter, men skulle også ta imot og behandle meldinger om feil, mangler og uhell ved eller forårsaket av slikt utstyr. De førstnevnte oppgavene dominerte volummessig; nemnda var altså i større grad enn de andre kontrollorganene anskaffelsesorientert, til dels også avskaffelsesorientert.¹⁰³⁴ I perioden 1986 til 1990 mottok nemnda årlig (bare) ca. 60 meldinger om feil og uønskede hendelser.¹⁰³⁵ Nemnda og kontrollenheten i SIFF baserte sin kontroll på dokumentasjon den fikk av produsenter og brukere; de hadde i liten grad selv muligheter for å foreta fysiske prøver. Som inngriper ved uønskede hendelser, var kontrollenheten hemmet av at emballasjen til de produkter meldingene gjaldt, og som inneholdt produksjonsnummer, som regel var kastet. Det gjorde det ofte ikke mulig å knytte produktene til bestemte produksjonsserier («batches»), og dermed også vanskelig å følge hendelsene ordentlig opp. Sykehusene oppfattet, ikke overraskende, SIFFs kontrollvirksomhet som langt mer «rådgivende» enn kontrollerende for dem. Det er produsenter som kontrolleres; sykehusene biståes.¹⁰³⁶

Andre kontrollorganer

Der fantes andre relevante tekniske kontrollorganer, men vi skal bare kort nevne noen av dem. Der var et Råd for tekniske tiltak for funksjonshemmede, med sekretariat i Gruppe for Biomedisinsk Teknikk ved Sentralinstituttet for industriell forskning. Kontrollen her gjaldt altså hjelpemidler for brukere, ikke fagfolk, brukte. Helsedirektoratet utarbeidet i 1969–70 retningslinjer for opplegg, bruk og kontroll av medisinsk sentralgassanlegg i sykehus; ansvaret her var delt mellom leverandøren og et sykehus' almentekniske avdeling. Der fantes også en viss grad av kontroll med utstyr ved tannklinikker og av materialer brukt i tannklinikker, av linser og briller, av utstyr for in-vitro diagnostikk og av for eksempel sterilisatorer; men på disse områder var omfanget av regulering lavt. Andre relevante organer for kontroll (også) av teknisk utstyr var Arbeidstilsynet, Statens branninspeksjon og Statens Sprengstoffinspeksjon. Etter hvert ble det også behov for kontroll med den nye informasjons- og kommunikasjonsteknologien, ettersom det medisinske utstyr ble gjort mer og mer «intelligent». Denne kontrollen kommer imidlertid i hovedsak etter vår periode, når vi ser bort fra den generelle personvernkontrollen (Datatilsynet, 1980).

¹⁰³³ I 1991 bestod den av tre farmasøyer, tre kjemiingeniører og en kontorfullmektig.

¹⁰³⁴ Nemnda førte tilsyn med et bredt utvalg av engangsutstyr, brukt ved blant annet infusjoner og injeksjoner, medregnet dialyse og kateterisering, blod- og urinprøvetagning, kateterising utenom blod- og urinveier, implantering og sårbehandling. Tilsynet/kontrollen gjaldt også samlepakninger, enkeltpakkede instrumenter og diverse annet engangsutstyr.

¹⁰³⁵ Eivind Falkum et al, 1991, *op.cit.*, s. 49.

¹⁰³⁶ SIFF sees på som kontrollør av 29 prosent, og som rådgiver av 71 prosent av de sykehusrepresentanter SI intervjuet; kfr. Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 59.

Sykehusene, og for så vidt andre klinikker, var i praksis, og er stadig, de viktigste (egen)tilsynsinstitusjoner. Spesielt er de det forebyggende. Institusjoner og personell er seg hele tiden både bevisst og «subbevisst» at de skal opptre riktig og unngå uhell. Slik har det vært til alle tider. Men i økende grad lages der formelle, ovenfrapålagte, prosedyrer som skal øke graden både av nøyaktighet, forsiktighet og kvalitetsbevissthet. Det var det som i denne perioden for alvor begynte å skje, spesielt ved sykehusene. Egenkontrollen er det ene, særlig «nedsideorienterte» tiltak for dette formål. Kvalitetskontrollen, og etter hvert kvalitetsutviklingen, er det andre, gradvis mer «oppsideorienterte» tiltak. Denne styringen kom nå for alvor også hva gjaldt utstyret og bruken av det. Utskillelsen fra de (almen)tekniske avdelinger av egne medisinsktekniske avdelinger skjøt fart og gjorde det enklere å innføre formell egenkontroll og kvalitetsutvikling. I løpet av vår periode fikk alle regionsykehus, altså de største sykehus, egne medisinsktekniske avdelinger. 50 prosent av sentralsykehusene (fylkessykehus type I), de nest største, 33 prosent av spesialsykehusene og 23 prosent av lokalsykehusene (fylkessykehus type II), de minste, gjorde det samme. Mange av de sykehus som ikke fikk egne medisinsktekniske avdelinger opprettet imidlertid medisinske seksjoner i sine tekniske avdelinger. Det gjaldt 40 prosent av de relativt store sentralsykehusene, 33 prosent av spesialsykehusene og 23 prosent av de nokså små lokalsykehusene.¹⁰³⁷ Med andre ord, jo større sykehuset var jo mer funksjonelt spesialisert ble det også i dette henseende, og jo bedre rustet ble det til å drive eksplisitt, regelbasert tilsyn og kontroll. Noen av de funn SIs evalueringsgruppe gjorde, indikerte at slik forholdt det seg. Jo større sykehusene var, jo større sannsynlighet hadde de for å ha (de nye) skadeutvalgene, uten at sammenhengen var svært sterk: Alle regionsykehusene hadde slike utvalg, 60 prosent av lokalsykehusene hadde det.¹⁰³⁸ Det var også en moderat tendens til at de sykehusene som hadde medisinsktekniske avdelinger i større grad enn andre hadde slike utvalg: 80 prosent av «avdelingssykehusene», 76 prosent av «seksjonssykehusene» og 53 prosent av de teknisk ikkespesialiserte sykehusene hadde slike utvalg.

Hvis sykehusene hadde skadeutvalg, hadde de i større grad også rutiner eller prosedyrer for skadehåndtering enn sykehus som ikke hadde slike utvalg. De førstnevnte sykehusene hadde også større tilbøyelighet til å følge rutiner enn de sistnevnte. SIs undersøkelse gir altså, men datapresentasjonen er ikke slik at bildet blir helt klart, at jo større sykehusene er, jo større sannsynlighet er det for at de har spesialiserte medisinsktekniske avdelinger, skadeutvalg og formelle rutiner og rutineetterlevelse ved uønskede hendelser.¹⁰³⁹ Det nye, mer formaliserte og «tellende» tilsyns- og kvalitetsregimet er altså et regime som særlig får gjennomslagskraft i de store sykehusene. Vi skal føye til at det ikke nødvendigvis betyr at sikkerheten og måloppnåelsen også ble bedre her. Innslaget av formell kontroll, og «byråkrati», i forhold til tradisjonell «uformell» kontroll, økte imidlertid.

¹⁰³⁷ Tallene er hentet fra Evind Falkum et al., *op.cit.*, s. 53. SI fikk i sin undersøkelse svar fra 56 av 88 sykehus, nemlig alle regionsykehus, 10 av 13 sentralsykehus, seks av 15 spesialsykehus og 35 av 55 lokalsykehus. Det kan være at andelene spesialavdelinger eller -seksjoner er noe for store for lokalsykehus, kanskje også for mindre spesialsykehus.

¹⁰³⁸ Med endringer i sykehusloven ble sykehus, også psykiatriske, samt laboratorier og røntgeninstitutt, som ble omfattet av sykehusloven fra 1994 pålagt å ha *kvalitetsutvalg* (§ 18 b). Det ble utarbeidet retningslinjer for slike kvalitetsutvalg; kfr. Rundskriv, IK-07/94. Kvalitetsutvalgene kom etter hvert til å erstatte skadeutvalgene, men en stund hadde noen sykehus begge typer utvalg. I en undersøkelse i regi av Helsetilsynet i februar 1995 hadde 58,5 prosent av sykehusene opprettet kvalitetsutvalg. Fortsatt hadde imidlertid en del sykehus (23,2 prosent) også skadeutvalg. (*Evaluering av Meldesentralen og meldeordningen for skader, uhell og nestenuhell*, Statens helsetilsyn, 1999, s. 20.) Vi omtaler utvalgene og kvalitetspolitikken generelt mer utførlig senere.

¹⁰³⁹ Opplysningene vi baserer våre betraktninger på her er hentet fra Eivind Falkum et al., *op.cit.*, kap. 11.

SI-gruppen har også spurt sykehusene om hvor mange feil og problemer de hadde hatt i 1990 og hvilke instanser de hadde kontaktet om disse feilene og problemene. Svarene, som dog bare er minnebasert, gir et tydelig uttrykk for at tilsyns- og meldingsorganene var av mindre betydning for sykehusene. For sykehusene som hadde egen medisinskteknisk avdeling, gikk 92,3 prosent av henvendelsene til tilbydersiden, altså produsenter, leverandører og underleverandører, 3,5 prosent til de tre tilsynsorganene og 4,2 prosent til NIS og andre sykehus.¹⁰⁴⁰ SI-gruppen fant for øvrig at sykehus med spesialiserte medisinsk-tekniske avdelinger og seksjoner rapporterte om langt flere uønskede hendelser enn andre sykehus. Det reflekterer nok i stor grad at disse sykehus i større grad enn de små tilpasset seg det nye, mer formelle regime. I hvilken grad det også reflekterte forskjeller i hendelsesomfang, vet vi ikke.

SIS, STEM og SIFF er altså spesialiserte, myndighetsbaserte tilsynsorganer. De driver tilsynsvirksomhet parallelt med, og for SIS' og SIFFs vedkommende formelt på Helsedirektoratets premisser. Men SIS og SIFFs nemnd og kontrollenhet fungerer i praksis ikke som «forlengelser» av direktoratets tilsyn, eller spesielt godt integrert med det tilsyn direktoratet driver og leder. Vi har jo også sett at disse organene under Norbom-prosessene gjerne ville ut av direktoratets sfære. Etter hvert som direktoratet ble et mer bevisst, juridisk profesjonalisert tilsyn, og også som det ble stadig mer «tatt» av kvalitetsbølgen, fikk det behov for å knytte de tekniske tilsynsorganene nærmere til den virksomhet det drev og ledet. I så henseende var direktoratet stort sett på linje med departementet. Det var for dette, styringsintegrerende, formål Sosialdepartementet engasjerte SINTEF NIS til å stå for innsamlingen og integreringen av informasjonen om uønskede hendelser i de somatiske sykehus og Det norske Veritas til å stå for arbeidet med å innføre systemer for kvalitetssikring av bruken av teknisk utstyr i de somatiske sykehus. NIS skulle gi tilsynsmyndigheten, og for så vidt også klinikkene, bedre grunnlag for å lære av feil og uhell, DnV skulle lære klinikkene å forebygge at feil og uhell oppstod. Begge engasjementene var imidlertid delikate. De utfordret de tre gamle kontrollørers autonomi og de utfordret sykehuseierne og sykehusenes autonomi. Engasjementene var ekstra delikate for såvidt som departement og indirekte direktorat brukte private virksomheter, virksomheter som (som avtalene ble) ikke kunne utøve myndighet. Vi skal se at departementet også gjorde det til et poeng at de baserte de nye tilsyns- og kontrolltilknyttede, og for DnVs vedkommende, også ledelsesorienterte, tiltak på en slags «frivillighet». Men litt press la myndighetene både på de tre gamle kontrollører og på sykehusene; i det siste tilfelle gjennom avtaler med sykehusenes eiere (om at de skulle legge til rette for NIS' og DnVs arbeid). Engasjementene var endelig delikate fordi de bragte inn annen faglighet i tilsynsvirksomheten og klinikken enn den som preget disse virksomheter. Den nye faglighet hadde en tydelig forankring i ingeniørfag, anvendt på en kombinert teknologisk og samfunnsvitenskapelig måte.

Departementet inngikk avtalene med NIS og DnV i 1986. NIS startet sin virksomhet året etter; DnV startet sin i 1986. Vi skal se på den første og «pedagogisk-reaktive» først.

Norsk institutt for sykehusforskning – meldeordning

¹⁰⁴⁰ Eivind Falkum et al., *op.cit.*, s. 58. Forfatterne har beregnet feilrapporteringene pr. 1000 senger ved sykehusene.

Oppdraget til Norsk institutt for sykehusforskning hadde som en viktig forutsetning en avtale mellom departementet og KS om rapportering fra sykehusene til NIS.¹⁰⁴¹ Det var en mer taus forutsetning at også de tre gamle tilsynsorganer skulle bidra med informasjon til NIS, og at NIS, når det var aktuelt, skulle sende informasjon til de tre. Ordningen var basert på frivillighet. Departementet begrunnet dette forhold slik i februar 1989 i et brev til Norsk Pasientforening:¹⁰⁴²

Meldesystemet ved NIS er et «fornuftsbasert» informasjonssystem og ikke et etterforskningspreget kontrollsystem. Intensjonen med systemet er å fange opp flest mulig kritiske hendelser... Kjennskap til slike hendelser er avgjørende for om man kan drive effektiv forebygging, og slik kunnskap skaffes best gjennom tillitsfullt samarbeid og ikke gjennom trussel om sanksjoner.

NIS publiserte (anonymiserte) opplysninger om meldingene i en egen publikasjon, *Nyhetsrevyen*, som etter hvert kom månedlig. NIS' virksomhet var, i tråd med oppdraget, i hovedsak teknisk orientert, men omfattet også den umiddelbare praksis. Et par eksemplar kan illustrere praksisen. I ett tilfelle, meldte NIS; hadde en defibrillator sviktet («støt» ble ikke utløst) fordi nivået på EKG-signalet kanskje var satt for lavt. I et annet tilfelle stoppet en infusjonspumpe og viste feil («ERR 5»). Her virket det som om pumpen var blitt påvirket av stråling fra radiokommunikasjonsutstyr (en mobiltelefon) som befant seg i nærheten.¹⁰⁴³

Meldetjenesten ved NIS kom altså i gang i 1987, men var frem til sommeren 1988 betraktet som et prøveprosjekt. Det fortsatte så som ordinært prosjekt under Helsedirektoratet til høsten 1993, da det ble avsluttet. Det omfattet alle kategorier av medisinsk utstyr, og dekket slik mer enn de tre etablerte tilsynsorganer, SIS, STEM og SIFF, gjorde. Som nevnt var rapporteringen til NIS, også fra SIS, STEM og SIFF, basert på frivillighet. Sykehusene hadde imidlertid plikt til å rapportere til de tre gamle kontrollorganer. De hadde også plikt til å melde om dødsfall til politiet. Skader hos ansatte måtte de rapportere om til sykehusets arbeidsmiljøutvalg eller verneleder, som så igjen skulle kontakte Arbeidstilsynet. Meldetjenesten var slik svakere formelt fundert enn de tre etablerte organer; den var en tjeneste, ikke en forvaltningsvirksomhet. Det skulle bidra til de problemer tjenesten snart fikk. NIS' meldingstjeneste var kvantitativt beskjedne; den omfattet tre personer (2,5 stillinger), men NIS brukte også andre ressurser ved SINTEF, blant annet datatjenesten. Meldingstjenesten var fullt finansiert av Sosialdepartementet.

Utgangspunktet for NIS' meldetjeneste var altså rapportering fra sykehusene. Tjenesten fulgte opp en rapportering med å kontakte melder for å be om tilleggsopplysninger. Så skrev NIS til leverandører, tilsynsmyndigheter og andre som kunne tenkes å ha kunnskaper som kunne kaste lys over hva som hadde skjedd ved den aktuelle hendelsen. NIS sendte deretter en melding til melder og publiserte saken i *Nyhetsrevyen*. NIS foretok (nesten) ikke egne

¹⁰⁴¹ «Avtale mellom staten ved Sosialdepartementet og fylkeskommunene om kontroll av medisinsk teknisk utstyr» (22.8. 1988, altså noe forsinket). Avtalen ble inngått for hver av fylkeskommunene. Avtalen gjaldt også sykehusenes samarbeid med DnV. Sykehusenes rapporteringsplikt var også basert på Sykehuslovens § 17, etter endringer 3. juni 1983.

¹⁰⁴² Brev fra Sosialdepartementet til Norsk Pasientforening, 17.2. 1989, s. 2. Departementets brevreferanse er 1271/89 II Ilp Adi/LHP. Str.nr. 182/89.

¹⁰⁴³ Eksemplene er hentet fra John-Arne Skolbekken (f. 1957), Åse Jystad (f. 1952) og Elin Elvemo, *Meldetjenesten 1987-1992*, SINTEF/NIS Rapport 2/94, s. 71 og s. 152.

stedlige undersøkelser, men baserte seg på rapporter fra andre som gjorde det, som de tre tilsynsorganene. NIS var, og skulle bare være, et informerende (og slik tjenesteytende) organ.

Meldingstjenesten fikk aldri det «fotfeste» den skulle hatt. Det skyldtes først og fremst at samarbeidet med de tre gamle kontrollorganer aldri ble godt, men også at sykehusene var alt annet enn ivrige i sin egenanmeldelsesvirksomhet. De første mislikte at de i noen grad skulle «tittes i kortene» av, ja, miste noe av sin rolle til, et «ukyndig» organ. De mislikte også – det kunne ha med deres status i ulike retninger, men også med «revir», å gjøre – at NIS' virksomhet kunne gå utover diskresjonære hensyn (de tok og mente andre burde ta) til leverandører og til dels også sykehus, helsepersonell og pasienter. NIS selv, skriver i en rapport om Meldetjenestens historie (1987–1992) at

Et gjennomgående trekk ved hele Meldetjenestens funksjonsperiode har vært en vedvarende kontrovers med hensyn til organisering og samordning av de norske ordningene for rapportering av ulykker og nesten-ulykker med ulike typer medisinsk-teknisk utstyr.

NIS bemerker at kontroversen i perioder «overskygget» arbeidet med prosjektet; kfr. sitatrammen. Korrespondansen om samordningsproblemer mellom partene kom etter hvert til å omfatte mer enn 60 brev, notater og evalueringsrapporter.¹⁰⁴⁴ Kontroversene førte også til at «gjennomtrekken» i prosjektet ble stor.

Sykehusene rapporterte heller ikke med entusiasme. Noen rapporterte flittig; to sykehus stod således for 35 prosent av alle rapportene om uønskede hendelser. Men generelt var sykehusene litt nølende til å melde om hendelser som kunne føre til kritikk, og eventuelt mer alvorlige sanksjoner, mot dem og enkeltansatte. Det var neppe bare mangel på kjennskap til prosedyrene for oppklaring av uønskede hendelser som gjorde at det så ofte ble ryddet og vasket etter uhell og «tabber» før kontrollpersonell av ulike slag ble tilkalt, eller kom.

¹⁰⁴⁴ John-Arne Skolbekken, Åsa Jystad og Elin Elvemo, *Meldetjenesten 1987-1992*, SINTEF NIS Rapport 2/94, s. 53.

Meldetjenesten klarte på denne måten ikke å få virkelig god oversikt over omfanget og arten av uønskede hendelser i sykehusene. Det såkalte Ofstad-utvalget forsøkte å kartlegge situasjonen i siste halvdel av 1970-årene, mens de tre organene hver for seg skaffet til veie en viss oversikt over situasjonen på de områdene de arbeidet. Ofstad-utvalget kom, på grunnlag av en spørreskjemabasert undersøkelse av forekomsten av uhell og ulykker med bruk av medisinskteknisk utstyr ved somatiske sykehus til at der hadde skjedd 6 dødsfall, 23 alvorlige skader, 102 mindre alvorlige skader og 121 lettere skader med pasienter i siste halvdel av 1970-årene. Utvalget fant også at personell var blitt utsatt for alvorlige, mindre alvorlige og lettere skader i henholdsvis 2, 4 og 39 tilfeller. Samtaler med fagfolk i sykehus gjorde at utvalget mente «situasjonen er langt mer alvorlig enn tallene i tabellen skulle tilsi».¹⁰⁴⁵ STEM, som altså så på uønskede hendelser ved elektromedisinsk utstyr, meldte om totalt 15 slike i 1980, 18 i 1981, 26 i 1982, 47 i 1983, 51 i 1984, 50 i 1985 og 35 i 1986. Til tross for en sterk økning i utstyrsparken i løpet av disse årene registrerte altså STEM ingen tydelig vekst i hendelser. Fra 1987 til 1990 registrerte imidlertid STEM en tydelig økning, nemlig til 65 i 1987, til 88 i 1988, til 114 i 1989 og til 133 i 1990. I 1991 og 1992 er det en nedgang til 119 og 110 hendelser. NIS kommenterer at «det skjer noe positivt med rapporteringsfrekvensen fra og med det året Meldingstjenesten ved SINTEF NIS etableres. Denne positive trenden vedvarer paradoksalt nok så lenge det er konflikt om rapporteringsordningene,...»¹⁰⁴⁶

Instituttet ble altså hemmet av at samarbeidet fungerte dårlig. Det erfarte imidlertid også at de stedlige undersøkelser ikke fungerte spesielt godt, ikke minst fordi, som vi har nevnt, personalet ved sykehus ofte ryddet

“Norsk Pasientforening ønsker ... å gjøre Sosialministeren oppmerksom på at situasjonen når det gjelder kvalitetssikring og skaderapportering ved sykehusene etter vårt syn er meget foruroligende og innebærer en betydelig risiko for pasientenes sikkerhet». -Brev fra Norsk Pasientforening til sosialminister Tove Strand Gerhardsen, 20.1. 1989

«Det er .. helt uforståelig for oss at det etableres et system som er helt parallelt til eksisterende institusjoners lovhjemlete aktivitet i fagfeltet, når de eksisterende institusjoner [SIS, STEM, SIFF] med selv begrensede ekstra ressurstildelinger helt klart kunne taklet også det resterende utstyr». -Brev fra Norsk forening for biomedisinsk teknikk til Sosialministeren, 7.2. 1989

«Den mistenkeliggjøring av de forskjellige instansers motiver som foregår nokså systematisk i visse deler av vårt miljø tjener ikke saken, nemlig det å gi en bedre og sikrere behandling». -Brev fra Helsedirektoratet til Sosialministeren, 27.6. 1989

¹⁰⁴⁵ Kfr. NOU 1982: 8 *Kontroll av medisinsk teknisk utstyr*, s. 11–13; sitatet er fra s. 13.

¹⁰⁴⁶ Kfr. Skolbekken et al., *op.cit.*, s. 15; tallene er også hentet herfra.

og vasket rett etter at en hendelse hadde skjedd, og slik vanskeliggjorde «etterforskningen». NIS erfarte også at internkontrollen og kvalitetssikringssystemene på mange sykehus, altså det DnV skulle gjøre noe med, var lite utviklet og at det svekket den læringseffekt NIS' rapportering hadde.¹⁰⁴⁷

Meldetjenesten opplyser at 42 av 119 meldinger i 1991 kom fra to sykehus. Tar man hensyn til disse sykehusenes andel av pasientbehandlingen skulle det tilsi at antallet uønskede hendelser ved alle sykehus var vel 400, med en stor overvekt for mindre alvorlige hendelser. Siden disse sykehusene er ekstra teknologitunge er antagelig et riktigere tall noe under 400. En slik beregning tyder imidlertid på at der var en ikke ubetydelig underrapportering. Ofstad-utvalget, som mange siden mente overdrev omfanget av uønskede hendelser, bommet kanskje ikke så meget?¹⁰⁴⁸

SI-gruppen, som, på oppdrag fra Sosialdepartementet og Kommunaldepartementet (STEM) vurderte tilsyns-, melde- og kvalitetssikringsordningene for medisinsk-teknisk utstyr foreslo at ordningene i noen grad ble sentralisert under Helsedirektoratet (1991).¹⁰⁴⁹ Gruppen foreslo ikke å legge meldetjenesten til direktoratet, men gav premisser for en slik utvikling. Disse premissene ble markert forsterket da et interdepartementalt utvalg, ledet av økonomen, underdirektør Andreas Bjelde i Sosialdepartementets helseavdeling, fremla sin innstilling, *Rapport om medisinsk utstyr, kvalitetssikring, tilsyn og meldetjeneste*, i 1992. Utvalget foreslo å samle alle såkalte avvikhendelser i ett meldesystem. Forslaget ble støttet i en direktoratbasert analyse som skulle konkretisere Bjelde-utvalgets forslag.¹⁰⁵⁰ Gjennom statsbudsjettforslaget for 1993 fulgte regjeringen delvis opp disse utredningene og foreslo at det ble etablert en felles meldesentral for alle utstyrsavvik i helsetjenesten. Sentralen skulle legges til Helsedirektoratet (Helsetilsynet); sentralen skulle også få ansvar for Nyhetsrevyen. Sentralen skulle benytte seg av spesialekspertise, ikke minst fra de tre gamle utstyrskontrollorganene (som alle fortsatte), når behovet tilsa det. To stillinger og driftsmidler mente regjeringen burde avsettes til den nye sentralens drift.¹⁰⁵¹ Stortinget sa ja, men ville at meldesystemet skulle gjelde alle virksomheter i helsevesenet. Direktoratet overtok i løpet av 1993 NIS' meldetjeneste.

Det norske Veritas – kvalitetssikring

NIS' oppgave startet altså med det reaktive, selv om formålet var å bruke hendelser proaktivt, det vil si forebyggende. Formålet med å engasjere Det norske Veritas var, som vi har påpekt, å sette i verk rent forebyggende tiltak, nå i økende grad kalt kvalitetssikring. Slike tiltak skulle

¹⁰⁴⁷ Kfr. Skolbekken et al., *op.cit.*, s. 25.

¹⁰⁴⁸ Kfr. Skolbekken et al., *op.cit.*, s. 17-18.

¹⁰⁴⁹ SI-gruppen ble oppnevnt etter at Stortinget under budsjettbehandlingen høsten 1989 bad om å bli orientert om erfaringene med tilsyn med medisinsk utstyr. Uroen rundt NIS' meldesentral og DnV, en uro som også hadde mobilisert Norsk Pasientforening til handling, hadde utløst spørsmål i Stortinget. Høyres Jan Helge Jansen (f. 1937) rykket ut til forsvar for de gamle tilsynsorganer og konkluderte med at «vi må utnytte de eksisterende ressurser best mulig, og ikke spre oss utover alle sidelinjer». (Forhandlinger i Stortinget nr. 101, 5. desember 1988, s. 1515, annen spalte.)

¹⁰⁵⁰ Kvalitetssikring basert på meldinger om skader, uhell og klager i helsetjenesten ((Hroar) Piene-rapporten), Helsedirektoratets utredningsserie 4-92, IK-2377.

¹⁰⁵¹ St.prp. nr. 1, 1992-93, *Tillegg* 8.

settes i gang gjennom innføring av kvalitetssikringssystemer, sett av regler for sikkerhetsrettet adferd. I praksis var slike systemer også internkontrollsystemer. DnV hadde allerede en del erfaring med kvalitetssikring. Det var også derfor DnV Industritjenester, basert i teknologihovedstaden Trondheim, ble valgt.

Initiativet til å engasjere DnV ble tatt av et departementsutvalg, nedsatt i 1984 og ledet av overarkitekt i Helsedirektoratet Jacob W. Nordan (f. 1937).¹⁰⁵² Utvalget kom med sin innstilling i februar 1985.¹⁰⁵³ Det foreslo at det skulle utarbeides kvalitetssikringsmanualer og innføres kvalitetssikringsmetoder for utstyr på de somatiske sykehus. For dette formål skulle Det norske Veritas engasjeres. Departementet fulgte utvalgets råd og en avtale ble som nevnt inngått med DnV i 1986. Avtalen forutsatte at DnV skulle «lære opp» sykehusene i moderne kvalitetskontroll. DnV skulle gjøre det gjennom kvalitetssikringsmanualer det utviklet og ved å bistå sykehusene med innføring av kvalitetssikringsmetoder bygget på disse manualene. DnV samarbeidet med Regionsykehuset i Trondheim og utviklet etter hvert et «Mønster for Kvalitetshåndbok for medisinsk teknisk utstyr som et hjelpemiddel for innføring av kvalitetssikring av medisinsk teknisk utstyr». Denne kvalitetshåndboken hadde et kvalitativt utfordrende navn, selv om den til daglig ble omtalt som Mønsterhåndboken. Den var klar i 1988. Håndboken var, naturlig nok, hierarkisk bygget opp. Øverst kom «Prinsipper», som omfattet det primære sett av verdier, mål og overordnede regler. Så fulgte «Aktivitetshåndbøker», bestående av hovedregler for anskaffelser, bruk, vedlikehold og omdisponering (avhendelse) av utstyr. Til slutt fulgte «Prosedyrer», de mest konkrete regler for hvordan hovedreglene skulle følges opp i praksis. DnVs kvalitetssikringsarbeid, med Mønsterhåndboken som symbol, var basert på omfattende internasjonalt samarbeid, blant annet i Norden og Europa (EF/EFTA), og fulgte ellers de internasjonale ISO-standardene.¹⁰⁵⁴

Den første Mønsterhåndboken ble, i all sin kompleksitet, et lite sjokk for mange i sykehusene. Boken var preget av DnVs erfaringer fra industri og oljeutvinning og var omfattende og detaljert. Mange av reglene reflekterte i noen grad rutiner sykehusene allerede fulgte og andre så for så vidt fornuftige ut. For klinikerne, men til dels også teknikerne og administratorene i sykehusene, ble reglene for mange og for detaljerte. De ble stressende. De ble et typisk uttrykk for det «byråkrati» funksjonelt er, eksplisitt regelstyring. Etter hvert som aktørene blir kjent med regler blir de til vaner, til en slags organisatoriske algoritmer, og taper sitt preg av stressende byråkratistyring. DnV modifiserte og tilpasset snart sine regler, men selskapet lyktes ikke i å få gjort systemets regler til naturlige rutiner i den tiden det fikk virke, nemlig til ut i 1993. Avtalen med DnV ble sagt opp samtidig som avtalen med bykollega SINTEF NIS gikk ut. Oppgaven med den videre kvalitetssikringen av utstyret og utstysbruken (og nå i hele helsevesenet) ble overført til regionsykehusene. Det komplekse, og for mange

¹⁰⁵² Forslaget om å bruke DnV kom under en borgerlig regjering. Utvalget spilte kanskje litt opp til hva regjeringen ønsket. Kfr. Jacob W. Nordan, «*Nordan-rapporten*». *Ved et tiårsjubileum*», *HMT* nr. 3, 1995, s. 28-29.

¹⁰⁵³ Jacob W. Nordan, *Medisinsk teknologi*, arbeidsnotat til Sosialdepartementet, 13. februar 1985. Utvalget hadde foruten Nordan representanter fra Sosialdepartementet, Olje- og energidepartementet og NVEs EL-sikkerhetsavdeling. Nordan, som ble ansatt i direktoratet i 1973, var direktoratets sentrale mann når det gjaldt den fysiske godkjennelsen av fylkeskommunenes sykehusplaner og for så vidt også den sentrale person når det gjaldt det vi kunne kalle utstysledelse. Foruten ham, var det bare en liten håndfull med personer med teknisk kompetanse i direktoratet (til sammen tre arkitekter og én sivilingeniør).

¹⁰⁵⁴ Den ISO-standard som ble lagt til grunn i Norge fra slutten av 1980-årene var den internasjonale standard ISO 8402-1986. Den ble fastsatt som Norsk Standard NS-ISO 8402. Den var utarbeidet (oversatt) av Norsk Verkstedsindustri Standardiseringsentral og utgitt i februar 1989. Den ble utgitt med den norske versjonen i venstre, den engelske, i høyre spalte og var på til sammen syv A-4-sider.

fremmedgjørende sikkerhetsregelkomplekset, skulle tilpasses nærmere til tradisjonell sykehuspraksis. Vi nevner igjen at sykehusene nå (1994) også ble pålagt å ha kvalitetsutvalg; organer som skulle bidra til å tilpasse sykehusene litt raskere til den nye sikkerhetskultur. Hvert regionsykehus, samt Sentralsykehuset i Vest-Agder, ble tildelt to årsverk for å ivareta kvalitetssikringsoppgaven.

Vi har nevnt at DnV samarbeidet med det «lokale» regionsykehus. Dette samarbeidet ble gradvis utviklet. Slik «oppdaget» aktørene både i dette sykehuset og sentralt (som Bjeldeutvalget) at denne modellen hadde generaliseringspotensial: Med utgangspunkt i de trønderske erfaringer kunne de andre regionsykehusene (og sykehuset i Kristiansand) mobiliseres og slik gradvis overta kvalitetssikringsoppgaven. DnV bistod med dette overføringsarbeidet. Etter vår periode ble dette regionsykehusbaserte arbeidet utvidet og utdypet, og fikk etter hvert en utpreget nettverkskarakter. Det kom endog i noen grad til å utfordre Helsetilsynets rolle som kvalitetsutviklingsstyrende organ.¹⁰⁵⁵ Slik gav det premisser både for den fremtidige plassering av kvalitetsutviklingsarbeidet – og dermed av Helsetilsynets rolle generelt – og for organiseringen av sykehusvirksomheten.

Avviklingen av DnVs rolle i kvalitetssikringen på utstyrsområdet kan sees på som uttrykk for en slags «sosialisering». DnV hadde imidlertid bidratt til å styrke de sentrale myndigheters styring med klinikken. Overføringen av kvalitetssikringen til flere offentlige organer, som Helsetilsynet og regionsykehusene og deres nettverk av kvalitetsfolk, representerte imidlertid ikke umiddelbart noen tilstramning av styringen. Den innebar at fagfolk, sentralt, men særlig lokal-regionalt, fikk en større rolle. Det bidro, særlig i første omgang, til at fagkulturens normer ute i klinikkene igjen ble viktigere. Det bidro slik også til å lette styringstrykket. Det er i denne sammenheng interessant at de nye kvalitetsrådgivere som ble ansatt ved sykehusene i hovedsak var sykepleiere. De fleste legene fattet moderat interesse for det nye kvalitetsregime. Deres tilpasning til det nye regelregime ble en tid deretter. Men legene var nå også blitt langt mer utstyrsbevisste enn før; utviklingen av mer «intelligent» teknologi bidro til det. Det spilte også en rolle for kulturen i sykehusene at fysikerne, ingeniørene og etter hvert også informatikerne ble flere, bedre organisert og mer selvbevisste. Den lange tendensen var således ikke egentlig stanset: Styringen strammes gradvis til, også hva gjelder den regelbaserte kontrollen med utstyrssikkerheten.

Lov om medisinsk utstyr, 1994

EØS-tilknytningen gjorde at det 20. mai 1994 ble fremmet forslag om lov om medisinsk utstyr.¹⁰⁵⁶ Utstyr og forbruksartikler er varer, og skal slik, innen EF, omsettes i markedet etter konkurranse. Konkurransen er imidlertid nokså sterkt regulert, gjennom direktiver. Den er delvis regulert for at den skal fungere (som konkurranse): Der er en viss grad av kunnskapsasymmetri mellom produsent og tilbyder på den ene siden og etterspørre og (for)brukere på den annen side. Reguleringen skal tvinge de første til å gjøre det mulig for de siste å være «rasjonelle» etterspørre og brukere. Siden omkostningene ved feil og annen svikt i utstyr og forbruksartikler kan være også medisinsk store – de kan ramme pasienter –

¹⁰⁵⁵ Kfr. Jan-Erik Hallandvik (1950-2014), *Forbedring, endring eller kontinuitet? Den nye kvalitetspolitikken i helsetjenesten*, Oslo: Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2005 (doktoravhandling), s. 91.

¹⁰⁵⁶ Ot.prp. nr. 76 (1993-94).

trenges en regulering som går utover det bare å gjøre etterspørrene til bedre etterspørre. Den nye loven var, som foreslått, slik i stor grad en markedsreguleringslov, og en lov som i så henseende var mer «fullstendig» enn de spesiallovene Norge hadde hatt. De fleste av paragrafene i lovforslaget som var markedsregulerende bygget slik på et stort antall EF-direktiver.

Lovforslaget gikk imidlertid utover det markedsregulerende. Det omfattet også bestemmelser om bruken av utstyret og artiklene. Det heter således i § 1 om «Lovens virkeområde»: «Denne lov regulerer produksjon, markedsføring, omsetning og bruk av medisinsk utstyr». De tre første referansene gjelder altså markedsregulering, bare det siste, som er skrevet i kursiv, omfatter måten klinikere og de institusjoner de arbeider ved bruker utstyret og artiklene på. De første referansene kan vi si er industrielle og markedsrettede, den siste helsetjenesterettet. De første følges opp i fem paragrafer, én om «krav til medisinsk utstyr» (§ 4), én om «Merking og markedsføring» (5), én om «Lagring og veiledning ved salg» (6), én om «Informasjon» (7) og endelig én om «Registrering» (av produsent og forhandler) (10). Om reguleringen av bruken er det bare én paragraf, § 8. Den lyder slik: «Kongen kan gi forskrifter om bruk av medisinsk utstyr, herunder kvalifikasjoner hos bruker». Bruksforskrifter gjelder det vi kunne kalle de medisinske prosedyrer; de reflekterer både almene sikkerhetsforhold og faglighet, eventuelt også etiske bestemmelser. Kvalifikasjoner henviser til den tradisjonelle form for kontroll, «inngangskontroll» – en kontroll som langt på vei ble sett på som den eneste naturlige og nødvendige. Med den nye styringen er altså prosessstyring kommet i tillegg; kvalifikasjoner sees ikke lenger på som tilstrekkelig garanti. Resultatkontroll nevnes altså ikke direkte.

Lovforslaget inneholder selvsagt også en paragraf om utøvelse av kontroll med at lover og forskrifter etterleves, nemlig § 9, «Tilsyn». Paragrafen gjelder både markedsreguleringen og bruksreguleringen. Den sier først og fremst at tilsynsmyndigheten kan «innhente de opplysninger som er nødvendige for dens gjøremål etter denne loven». Hva det er, spesifiseres så; «inspeksjon» kan være et passende stikkord. Men det er interessant at inspeksjonen bare gjelder utstyret, ikke brukerne og bruken, og heller ikke egenkontrollen. § 11 gjelder «Meldeplikt ved hendelsesavvik, feil eller svikt». Også her, om enn ikke så klart, gjelder «avvikene» utstyret, ikke bruken av det. Man kan si den delen av inspeksjonen som gjelder bruken har fått sitt lovgrunnlag i helsetilsynsloven og andre helsetjenestelover. Det bidrar imidlertid til å gi lovforslaget et markedsregulerende og EØS-preget tilsnitt. Loven heter jo for så vidt også bare Lov om medisinsk utstyr. Vi skal legge til at loven var en utpreget rammelov: Den overlot svært mye til direktiver og forskrifter. Lovforslaget ble vedtatt uten opposisjon. Loven trådte i kraft den 12. januar 1995. Den erstattet ikke de gamle lover, for eksempel om elektrisitetstilsyn og om bruk av røntgenstråler og radium.

Institusjonslovgivningen – en tilleggskommentar

Som vi delvis har sett blir de helsetjenende virksomheter gjenstand ikke bare for offentlig tilsyn og ulike former for kontroll og tilsyn fra sine pasienter, brukere og kunder; de utsettes også for kontroll og tilsyn fra andre offentlige organer og virksomheter, eller private bedrifter slike har engasjert (for eksempel revisjonsselskaper), for formål som i større eller mindre grad har andre formål enn de helserettede. Utviklingen av det nye helsetilsynet er slik en del av en bredere tilsyns- og revisjonsutvikling, ja, vi kunne også si, nesten altomfattende evalueringsutvikling; kfr. Michael Powers betegnelse «*The Audit Society*» (nevnt tidligere).

Helsepersonellovgivningen

Etter en streng definisjon av en profesjon er det en yrkesgruppe som er autonom (selvstendig) både faglig (teknisk) og etisk (normativt). Autonomien er delvis kollektiv og delvis individuell: Bare profesjonen som sådan kan begrense medlemmenes individuelle autonomi. Tradisjonelt var helsevesenet, eller medisinalvesenet, som vi har sett, helt dominert av medisinen. Den trengte ingen regulering utenfra; en slik var jo nødvendigvis autonomibegrensende. Vi har derfor sett at der nesten ikke var noen offentlig regulering av legene før Norge fikk sin første legelov, i 1927. Den innebar at legene ble offentlig autorisert og i noen grad fikk sider ved utøvelsen av rollen som lege regulert, av staten. Før denne loven kom, var det standen selv, ved Det medisinske fakultet ved Det kongelige Frederiks universitet (fra 1939 Universitetet i Oslo), som autoriserte legene, gjennom godkjenning av studentenes studieprestasjoner. Men som vi har sett, legene var interessert i statens hjelp til å passe på andre, til dels «illegitime» andre (gjerne kalt «kvaksalvere») og til dels legitime andre (tidlig særlig apotekere, (barber)kirurger og jordmødre, siden et voksende antall andre grupper). Gjennom lovgivning ønsket de å forby de første og sørge for at de andre forble under medisinsk kontroll. De lyktes lenge med begge deler, selv om de aldri syntes at kvaksalverforbudet gikk langt nok.

Legene var selvsagt oppmerksomme på at det hadde sine sider å kreve autonomi. Det hadde de hatt siden Hippokrates tid på 400- og 300-tallet før Kristus. Autonomi kan gjøre at faglig-teknisk og moralsk svikt forekommer, uten at det får konsekvenser for de legene det gjelder. Hvordan begrunnet legene – overfor samfunnet for øvrig – at de selv kunne forebygge svikt og misbruk, overvåke praksis for å se om svikt og misbruk forekom og, hvis svikt og misbruk forekom, gripe inn? Ja, hvordan kunne de på en troverdig måte begrunne at de kunne passe bedre på seg selv og hverandre enn det utenforstående, uavhengige, kontrollører, men også den «annen» part selv, pasientene (befolkningen), kunne? Dette er det medikratiske kjernespmål.

Medisinenes første svar var defensivt: Ingen andre, hverken ledere over legene eller pasienter «under» dem, er *kompetente* til å bedømme fagligheten. Det var spesielt tilfelle tidligere, hvor kunnskapen var lite dokumentert og anvendelsen av den krevde stor grad av skjønnsutøvelse. Annerledes sagt, så lenge medisinen i hovedsak var kunst var «utenforstående» uegnet som kontrollører. Det andre litt defensive, men normative, svar var at det *unødvendig* å kontrollere legene, for de verdier de tok utgangspunkt i, i første rekke de helseinteresser den enkelte leges pasienter hadde, var de samme som pasientene, og i stor grad også samfunnet, ønsket at legene skulle ta utgangspunkt i. Samfunnet kunne nok ha normative synspunkter som i en del tilfeller innebar at helsemaksimering (helseidealisme) skulle ha forrang for enkeltpasienters helseinteresser (helsealtruisme), men spesielt for den kliniske medisin – som i praksis var den dominerende – spilte denne spenningen mindre rolle. Medisinen aksepterte imidlertid at samfunnet her spilte en prioriterende rolle. Dens interesser gjaldt først og fremst legenes (kollektive og individuelle) kliniske autonomi.

Men medisinen måtte også, mer offensivt, godtgjøre hvordan den aktivt bidro til å sikre både at legene holdt et høyt faglig nivå og opptrådte anstendig. Deres hovedbegrunnelse var utdannelsen: Gjennom en relativt lik, langvarig og meget grundig utdanning – en utdanning det gjerne også var vanskelig å komme inn på, bidro medisinen til begge formål. Systematisk opplæring, gjennomsyret av prøver, og drevet av en gren av profesjonen, fakultetslegene, var

altså den viktigste garanti for god og moralsk uklanderlig praksis. Men profesjonen fulgte også opp sine medlemmer senere, fra ed – eller legeløfte, til mange former for videreutdanning, spesialisering og kunnskapsvedlikehold. Pedagogikken, inngangskontrollen, gikk slik gradvis over i den uformelle sosialt pregede prosesskontroll: Gjennom faglig-sosial inklusjon og eksklusjon, i siste instans også formell eksklusjon, fortsatte standens medlemmer å holde hverandre i ørene etter at utdannelsen var ferdig og gjennom hele karrieren. Etter at legeföreningene ble dannet – den første, den britiske, i 1832, den norske i 1886 – kom de til å spille en økende rolle både som kunnskapsformidlere, med ansvar blant annet for spesialistutdannelsen, og som kontrollører. Kontrolloppgavene utførte de blant annet med utgangspunkt i kollegiale og etiske regler.

Ettersom medisinen ble spesialisert og institusjonalisert, og finansieringen av tjenestene i økende grad kom «ovenfra» eller fra forsikringsordninger, var legene opptatt av at den styring som måtte ledsage disse endringene i størst mulig grad hadde dem selv som utgangspunkt; ellers ville jo autonomien bli begrenset. De forlangte derfor, og fikk også i stor grad, kontroll over de større kliniske organisasjonene, som sykehusene, og i noen grad også medisinalforvaltningen og forsikringsordningene (trygden); det siste skjedde ved at legene, gjennom sin forening, bestemte takstene.

Dette autonomiregime har alltid i større eller mindre grad vært utfordret. Mange i det omgivende samfunn godtok ikke helt ut medisinenes forsikringer om at ikke enkeltleger, men også standen som sådan, undertiden misbrukte den tillit de i praksis ble vist. Det ble hevdet at de autoriserte, og fortsatte å anerkjenne, også lite kvalifiserte personer, at de nølte med å gripe inn overfor leger som (stadig) gjorde feil, at de dekket over uhell og feil som ble begått og at de ikke gjorde noe når kolleger opptrådte etisk uheldig, for eksempel ved at de utnyttet pasienter, eller forsikringen/trygden/samfunnet økonomisk eller at de utnyttet pasienter seksuelt. Det ble også reist motforestillinger mot legenes kontroll over klinikk, medisinalforvaltning og trygd; her var muligheten for økonomisk «selvbetjening» for stor og for fristende.¹⁰⁵⁷ Når alt kom til alt, kunne det ikke ha noe med selvstyret å gjøre at legestanden var en økonomisk og sosialt privilegert stand?

Selvkontrollregimet var utvilsomt «fortungt». Hovedvekten ble lagt på utdannelsen, både hva faglighet og etikk angår. Når standen så hadde sertifisert de nye leger kunne de stor sett forbli leger resten av karrieren og ikke risikere for mye kollegial, eller for den saks skyld, annen inngripen. I en del, men gjerne ekstreme, tilfeller ble det grepet inn fra de kollegiale tilsynsmyndighetene. Der skjedde en del løpende uformell kontroll. Pasientene kontrollerte også på sitt vis, særlig ved å forlate en lege, men i noen tilfeller, som vi skal komme tilbake til, ved å gå til erstatningssøksmål mot en lege – spesielt for påstått feilbehandling.

Det som gjorde at legene krevde autonomi, nemlig fagets kunstneriske preg og etikken «selvsaghet», var en viktig grunn til at kontrollen først og fremst skjedde gjennom utdannelsens sertifisering. Dette preg ved medisinen gjorde det vanskelig ikke bare for

¹⁰⁵⁷ Amerikanske økonomer, som Milton Friedman (1912-2006), talte om «regulatory capture»: Produsenter av ulike slag, her leger og deres foreninger, skaffet seg en viss rad av kontroll over de regulerende myndigheter. Friedman ville således at endog lisensieringen (autorisasjonen) av nye leger skulle opphøre; ble der konkurranse ville de beste behandlere klare seg, enten de var tradisjonelle leger eller hadde en annen utdanning og bakgrunn. Kfr. hans *Capitalism and Freedom*, Chicago: University of Chicago Press, 1962. Clayton Christensen, og til dels Michael Porter, som vi har henvist til tidligere, bruker ikke uttrykket «cognitive capture» om det som skjer i behandlingsmarkedet, men henviser i virkeligheten, kritisk, til den praksis betegnelsen gjelder. Denne praksis hindrer i mange tilfeller endring som bør skje, sier Christensen.

«utenforstående», men også for andre leger å intervensere. I tillegg kom tidens kultur; den var preget av sosiale hierarkier. Legestanden var øvrighet, og overfor den og dens representanter var pasienten respektfull. Det var en selvfølge at også leger slik viste hverandre respekt.

Etter hvert endret disse forutsetninger seg. Medisinen utviklet seg fra å være intuitiv kunst til å bli mer kausalt presist basert og ble mer og mer regelpreget og til dels resultatgaranterende. Delvis som et svar på denne utviklingen, men også på den generelle samfunnsutvikling, tapte den medisinske etikk sitt intuitive dydsetiske preg og ble mer preget av juridisk inspirert regeletikk og økonomisk inspirert konsekvens- eller nytteetikk. Samtidig ble den sosiale kultur mindre preget av tradisjonsbasert dyrkelse av eliter; ja, den avmystifisering av medisinen som fagutviklingen skapte, bidro til denne utviklingen. Dette begynte for alvor å vise seg i 1970-årene, men ble forsterket utover i 1980- og 1990-årene. Premissene var lagt både for nærstyring, nærledelse og nærkontroll. Men vi må føye til: At slik ledelse og slik kontroll nå for alvor begynte å bli mulig skyldes også den generelle utviklingen av informasjonsteknologien, som endret det kliniske rom fra å være et lønnskammer til å bli en teaterscene og som etter hvert gjorde pasientjournalene tilgjengelige også for styringsformål.

Vi skal nå se på hvordan denne utviklingen manifesterte seg gjennom lovutviklingen, i første omgang ved vedtagelsen av den nye legeloven i 1980, men også hvordan de endringer som kom med den ble fulgt opp gjennom 1980- og 1990-årene og førte frem mot helsepersonelloven i 1999. Den siste skal vi her bare kort omtale, siden den ligger utenfor «vår» periode.

Legelovene, 1927 og 1980

Loven av 1927

1927-loven gav medisinalmyndigheten svært begrenset myndighet til å gripe inn overfor leger og deres virksomhet. Loven var først og fremst en autoriserings- og lisensieringslov, altså en lov for inngangskontroll. Etter loven skulle fra nå av departementet autorisere medisinske kandidater og gi mer eller mindre avgrenset lisens til ulike utenlandske leger – medregnet (fra 1960) svenske og finske «grenseleger», til turnuskandidater (fra 1955) og til medisinske studenter (for feriearbeid). Det var imidlertid i liten grad departementet som skulle foreta de egentlige vurderinger av de ulike gruppene. Det medisinske fakultet stod i praksis fortsatt for hele vurderingen av kandidatene og i de viktigste henseender også av dem som skulle ha en (hovedsakelig) midlertidig lisens. Etter loven (§ 2) var således grunnlaget for autoriseringen av en kandidat at vedkommende hadde bestått embedseksamen i medisin, utført den praktiske tjeneste Kongen til enhver tid satte for å kunne utøve legevirksomhet og utvist (god) moralsk vandel. I tillegg måtte han eller hun ha avgitt legeløftet om å ville utøve legevirksomheten overensstemmende med hva ære og samvittighet krever. Fakultetet sertifiserte utdannelsen, utformet vandelsattesten og forvaltet løfteavleggelsen. Andre (foresatte) leger godkjente den praktiske tjeneste. Det het også i loven (§ 2) at når betingelsene for autorisasjon var oppfylt, kunne ikke departementet nekte å gi en lege autorisasjon. Lægeforeningen og fakultetsrådets flertall hadde derfor et poeng når de så på overførselen av autorisasjonsordningen (lisensordningen) fra fakultetet til departementet som overflødig. Fakultetsflertallet (11 av 16) kunne således henvisne til hva det i 1905 hadde uttalt til den kongelige lægekommission (som

også hadde utredet legelovspørsmålet), nemlig «at der for tiden ikke vilde være noget reelt vunnet ved at meddelelsen av jus practicandi foregikk ved en annen autoritet, når denne skjedde på basis av de av fakultetet utstedte testimonier».¹⁰⁵⁸

Loven fikk noen bestemmelser som gav grunnlag for kontroll med virksomheten legene drev. Således het det i § 3 at Kongen kunne kreve at bestemte undersøkelses- og behandlingsmåter som kan medføre fare for den sykes liv eller helbred kan forbeholdes leger med en spesiell utdanning. Andre leger fikk altså forbud mot å bruke bestemte metoder. I § 5 het det at Kongen gir alminnelige bestemmelser om resepters avfattelse og at resepter for bestemte legemidler skal oppbevares på apotek for tilsynsformål. I § 7 het det at leger har plikt til å gi (øyeblikkelig) hjelp når slik er påtrengende nødvendig. I § 10 kom det inn bestemmelser om hvordan legen skal oppføre seg når han antar pasienter han har, har epidemiske eller smittsomme sykdommer. Av § 12 fremgikk det at legen har plikt til å «gjøre ordnede optegnelser over sin lægevirksomhet» og i § 14 at han har taushetsplikt. Ellers var det bestemmelser i loven av mer medisinaladministrativ art, som at legen skulle skrive en årlig medisinalberetning og gi diverse opplysninger til medisinalstyrelsen, for eksempel om pasienter med smittsomme sykdommer.

Disse bestemmelser representerer ingen omfattende inngripen i legenes praksis. De er uttrykk for litt av den justis legene mente de allerede selv drev og lenge hadde drevet, for eksempel hva angår taushetsplikt og journalføring. Medisinalmyndighetene støttet seg endog til fakultetet i flere av sakene, som i tilfellet med «spesialbehandling» (§ 3). Slik sett reflekterer loven, også hva angår legenes praksis, mer det medikratiske regime enn den utfordrer det. Men det er allikevel viktig at noe av den legelige egenjustis ble flyttet over til myndighetsorganer, selv om denne i stor grad er legelig. Loven bidro til å «forberede» legene på å komme under (fremmed) «administrasjon». Man kan også si at kravet om å utvise sparsommelighet var et varsel om en mer nærgående økonomisk ledelse.

Det bidro til å innvarsle et regimeskifte at overtredelser av bestemmelsene i loven kunne føre til straff (§ 20), nemlig bøter eller fengsel inntil tre måneder. Leger kunne imidlertid ikke (også) tape autorisasjonen som følge av brudd på pliktnormene i loven. Tape autorisasjonen (for kortere eller lengre tid) kunne de bare i et helt spesielt tilfelle (§ 16), nemlig når de hadde vist seg *uskikket* til å utøve sin virksomhet, men bare hvis uskikketheten skyldtes «sinnssygdhet eller sjelelig svekkelse». Siden ble nok en grunn til uskikkethet føyet til, nemlig «misbruk av sterke drikker og misbruk av bedøvende midler». Det skulle altså svært meget til for at en lege skulle tape sin praksisrett; åpenbar inkompetanse eller moralsk svikt som ikke ble rammet av straffeloven, gav ikke grunnlag for autorisasjonstap. Praktisk talt ingen mistet da heller autorisasjonen på grunn av uskikkethet betinget av sinnssygdhet eller rusproblemer. Men leger kunne også tape retten til å praktisere (for en tid) hvis de ble dømt for brudd på straffeloven (1902), og noen (flere enn på grunn av uskikkethet) tapte denne retten av denne grunn.

¹⁰⁵⁸ Sitert etter Ot.prp. nr. 28 (1924), s. 4. Det bør føyes til at en ny departemental komité, med mange legerepresentanter, i 1921 anbefalte at departementet overtok autorisasjonsretten. Mange ledende leger, blant annet Karl Wilhelm Wefring (1867-1938) (bl.a. overlage for statens sindssykevæsen 1919-1927 og medisinaldirektør 1927-1930, samt stortingsmann (Fr. V) og statsråd), gikk nå aktivt inn for «sosialisering» av denne retten. For mange leger hadde det også en symbolsk betydning at staten autoriserte leger – altså gikk god for dem. Det gav legene en spesiell autoritet. Fra gammelt av hadde det å være statlig embedsmann ellers vært forbundet med ære blant leger. Det som skjedde da autorisasjonen ble «sosialisert» er nærmere omtalt av Per Haave (f. 1958) i artikkelen «Da legen skulle autoriseres», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, bd. 127, nr. 24, 2007, ss. 3267-3271.

Loven av 1927 bekreftet altså mer enn den utfordret den medikratiske forståelsen av legerollen. Men prosessen med å utfordre denne forståelsen, og dermed medikratiet som ledelsesregime i klinikken (særlig), var startet. Loven ble etter hvert endret på noen punkter, men den loven som mer alvorlig skulle utfordre medikratiet kom først i 1980, etter en utredning som startet i 1971 og var fullført i 1975.¹⁰⁵⁹ Den endringen som skjedde i 1957 bør dog nevnes. Da kom det til bestemmelser om legers forskrivning av bedøvende midler.¹⁰⁶⁰ I en ny § 5 a. kom det i første ledd til å hete:

Dersom det er skjellig grunn til å anta at en leges forskrivning av bedøvende midler må anses som uforsvarlig legevirkosomhet, kan departementet etter forgjeves å ha advart ham, bringe saken inn for Kontrollrådet for legers forskrivning av bedøvende midler.

En ny § 5 b. kom i første ledd til å få dette innhold:

Finner rådet at legens forskrivning må anses som uforsvarlig legevirkosomhet, kan det for en bestemt tid av inntil 5 år frata legen rett til å forskrive alle eller enkelte grupper av bedøvende midler.

Det rådet det henvises til kom også til ved lovendringen (§ 5 c.) Rådet skulle bestå av fire medlemmer, to jurister (formannen måtte fylle vilkårene for å være h.r.dommer) og to leger. Beslutninger om å frata eller gi tilbake en lege forskrivningsretten krevde et fulltallig råd og at tre stemte for beslutningen (om fratagelse eller tilbakegivelse).

I § 5, ble det føyet til som nytt annet punktum en bestemmelse om at en lege ved erklæring til departementet for en bestemt tid kan gi avkall på retten til å forskrive alle eller enkelte grupper av bedøvende midler.

Endringen markerer en innstramning i kontrollen. Den gjør det på to måter, nemlig ved at et *forvaltningsorgan* (Kontrollrådet) kan frata en lege en rettighet (for en tid) og ved at et mer faglig-moderne kriterium enn uskikkethet, *faglig uforsvarlighet*, blir lagt til grunn for vurderingen av legers praksis (i et bestemt henseende). I 1960 kom det en tilføyelse til § 2 nr. 1 om at den som har fått legeautorisasjon i ett nordisk land, kan få det også i de øvrige, hvis de nødvendige tilleggsprøver er bestått.¹⁰⁶¹ Man kan se på denne endringen i loven som en tilpasning til et stadig mer internasjonalt legemarked, der legekompentansen får et mer og mer standardisert og abstrakt preg.

¹⁰⁵⁹ Innstillingen fra utvalget ble publisert som NOU 1976: 1, *Legers og tannlegers rettigheter og plikter*. Utvalget var ledet av h.r.advokat Signe Marie Stray Ryssdal (1924-2019) og bestod ellers av to jurister (regj.advokat Hans Michelsen (1920-2014), eksp.sjef Knut Munch-Søegaard), to leger (professorene Axel Strøm (1901-1985) og Martin Seip (1921-2001)) og to tannleger (professor Einar Hals (1907-2002) og gen.sekr. (DNT) Arne Sollund (f. 1926)). Utvalgets unge, driftige og viktige sekretær var konsulent i Rikstrygdeverket (senere univ.stip.), Asbjørn Kjønstad.

¹⁰⁶⁰ Lovendringsforslaget ble fremmet som Ot.prp. nr. 52 (1957) og hadde tittelen *Om lov om endringer i lov av 29. april 1927 om legers rettigheter og plikter*.

¹⁰⁶¹ I 1965 kom det til en parallell endring i § 16, som innebar at tap av autorisasjon i ett land gav grunnlag for tap også i et annet.

Legeloven av 1980

Innstillingen fra utredningsutvalget av 1971 (Ryssdal-utvalget) ble i all hovedsak fulgt opp av regjeringen. Lovforslaget ble lagt frem, behandlet og vedtatt våren 1979¹⁰⁶². Den nye loven trådte altså i kraft fra 1980. Den var i stor grad en videreutvikling av den gamle loven, men fikk også noen bestemmelser som peker utover den gamle, nokså medikratiske, loven. Den nye loven var en videreutvikling av den gamle, for så vidt som den i stor grad var basert på to hovedsakelig medikratiske prinsipper. For det første var den basert på prinsippet om at legene selv i all hovedsak skulle definere innholdet i de kliniske legerollene, normativt og faglig, og til dels også bestemme det vi kunne kalle deres organisatoriske innramming. Det siste var viktig fordi organisasjons- og finansieringsforhold kunne påvirke det kliniske innhold i legerollene. For det annet var den basert på prinsippet om legelig egenkontroll. Egenkontrollen skulle dels bestå i at legelige organer sertifiserte leger ved utdanningsløpets slutt og dels i at legene overvåket hverandre, og, hvis det krevdes, grep inn overfor dem som hadde sviktet. Men den pekte også utover den gamle loven og egenstyret. Den gav flere premisser for å «sosialisere» mer av organisasjonsfunksjonene, sider ved legerolleutformingen som særlig hadde med legenes forhold til det omgivende samfunn å gjøre, og endog sider ved den kliniske rolleutformingen. Disse «sosialiseringspremissene» var ikke ensidig nytteorientert, men gav nyttetenkningen og nyttestatligheten større plass.

At legene skulle beholde kontrollen med utformingen av legerollene viste seg først ved at fakultetenes sertifisering av legene uten spørsmål ble lagt til grunn for den første autorisering og lisensiering (§§ 2, 3 og 4).¹⁰⁶³ Et mindre poeng i denne sammenheng er at legene fikk beholde det gamle legeløfte; dog nå i skriftlig form. Legene skulle love å praktisere som «ære og samvittighet» tilsa. Utredningsutvalget hadde foreslått et mer nytteinspirert løfte, nemlig at legen skulle avgi «skriftlig forsikring om at han samvittighetsfullt vil oppfylle sine plikter som lege» (forslaget § 1-3). Det gamle løfte tar i større grad enn utvalgets nye utgangspunkt i at legens kompetanse og etikk kommer innenfra, og er en del av hans eller hennes personlighet og karakter. Utvalgets forslag er i større grad uttrykk for at både kunnskapen og etikken betraktes som noe som kan formaliseres og slik sertifiseres utenfra og ovenfra. Departementet ble imidlertid «overveldet» av mange av de legelige remissinstansenes engasjement for å få beholde det gamle løftet og valgte å bønnhøre dem, og slik også å gi en liten konsesjon til medikratiet.

Utviklingen av medisinen hadde nå for alvor aktualisert spørsmålet om en «sekundærautorisering», nemlig av spesialister. Etter at spesialistene ble godkjent av Lægeforeningen i 1918 hadde foreningen hatt ansvaret for sertifiseringen av spesialistene. Nå ble dette ansvaret «sosialisert», uten at noen i legekretser reagerte negativt på det.¹⁰⁶⁴ Det het i

¹⁰⁶² Ot.prp. nr. 1, 1979-80, *Om lov om leger og om lov om tannleger*.

¹⁰⁶³ Det kom også med en bestemmelse om ansvarsforsikring/sikkerhetsstillelse som betingelse for å bli autorisert (§ 5). Utvalget hadde ikke foreslått en slik bestemmelse, ut fra frykten for «amerikanske tilstander» (med mange erstatningssøksmål).

¹⁰⁶⁴ Helsepersonellkomiteen hadde i 1967 foreslått at staten skulle overta ansvaret for utdannelsen og godkjenningen av spesialister. Også sykehusmeldingen («nr. 9»), som Stortinget godtok våren 1975, pekte på denne løsningen. Lægeforeningen reagerte negativt i det første tilfelle, men godtok i prinsippet tanken i det annet tilfelle, mot at foreningen kunne få beholde den praktiske organiseringen av spesialistutdannelsen og spesialistgodkjenningen. Foreningen pekte ved siste korsvei på at Spesialitetsrådet, det fagkyndige organ for spesialistutdannelsen, hadde to medlemmer fra Helsedirektoratet og tre fra fakultetene (i et råd på ti). Beslutningsprosessen omkring dette spørsmålet er nærmere omtalt i Per Haave, *I medisinsens sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*, Oslo: Unipub, 2011, kap. 11.

den nye loven, § 13, at «Kongen gir alminnelige forskrifter om godkjenning av leger som spesialister innen en avgrenset del av medisinske fagområder».¹⁰⁶⁵ Det het videre at Kongen kunne «gi forskrifter om vilkår for å beholde godkjenning som spesialist, og om tilbakekall av slik godkjenning». Det het dessuten at Kongen kunne gi forskrifter for tildeling av spesialistgodkjennelse og treffe enkeltbeslutninger om godkjennelse og tilbakekalling av godkjennelse.

Når hverken forening eller andre medisinske instanser reagerte, skyldes det at paragrafen også inneholdt en bestemmelse om at «Departementet kan delegere myndighet til å treffe enkeltvedtak om godkjenning av spesialister og å gi nærmere forskrifter om dette til Den norske lægeforening». Også hva gjaldt spesialistregler og godkjennelse av spesialister forble altså i virkeligheten alt som før. Det forble medikratiske. Sosialiseringen av det formelle ansvar for spesialistutdannelsen var dog et tegn i tiden. Interessant var det også at fagstyret nå for alvor ble mer fragmentert. Lægeforeningen var langt på vei standen hva angikk spesialistutdanning og spesialistgodkjennelse. Den praktiske utdannelsen stod imidlertid de erfarne legene ved sykehusene for. Denne utdannelsen var mester/svenn-basert og reflekterte det forhold at medisinen først og fremst var en intuitivt preget disiplin. Etter hvert ble kravene til hvem som skulle drive utdannelsen skjerpet; det skjedde fra 1930-årene av. På den måten ble fakultetenes, og teoriens, rolle styrket. Der kom etter krigen, og særlig fra 1950-årene av, inn krav om basale teoretiske kurs og kanskje eksamener. Den mer presise regelmedisinen meldte sin ankomst.¹⁰⁶⁶

Parallelt med at fakultetenes rolle økte, økte også medisinalforvaltningens: Den presise medisin gav den et bedre grunnlag for styring. Da Lægeforeningen i 1960 opprettet Rådet for lægers videre- og etterutdanning, et råd som i første omgang (1960–1964) bare delvis fungerte, kom både fakultet og direktorat med i rådet, og i dets etterfølgende organer. Medisinen ble, som medikrati, mer og mer tredelt mot slutten av fagstyreperioden, i et forenings-, fakultets- og statsmedikrati. Disse var dessuten, både som en følge av fagutviklingen og som følge av et økende verdimangfold, internt spenningsfylte.

Når det gjaldt den løpende praksis het det i § 15 at «Legers virksomhet skal organiseres i slike former at den er medisinsk forsvarlig, og slik at legen er selvstendig og uavhengig overfor andre i medisinsk faglige spørsmål». Punktet om forsvarlighet skal vi komme tilbake til. Her er det henvisningen til uavhengigheten som er viktig: Legene kan, også i sin løpende praksis klinisk praktisere på en måte de selv finner å være forsvarlig, åpenbart både faglig og etisk, og kan ikke få sitt fagskjønn (og etikkskjønn) overprøvet av andre. Bestemmelsen er en tydelig markering av at legeautonomien, særlig individuelt, men i siste instans også kollektivt, fortsatt

¹⁰⁶⁵ Dette betydde imidlertid ikke at det å praktisere innen de ulike spesialiteter innebar at de som ikke var spesialister (på de aktuelle områder) ikke kunne bruke (noen av) de samme undersøkelses- og behandlingsmetoder som spesialistene. Medisinen ble ikke slik presist revirinndelt. Etter § 14 kunne imidlertid Kongen bestemme at bestemte måter å praktisere på bare kunne benyttes av leger departementet hadde gitt spesiell tillatelse til å benytte.

¹⁰⁶⁶ Haave henviser i sin bok om spesialistutdannelsens historie til anatomiprofessor Alf Brodals (1910-1988) uttalelse fra 1951 om at «Det var i laboratoriene og ikke ved sykesengen legene fikk innsikt i «de biologiske lover og prosesser»». Brodal tok kraftfullt til orde for å knytte spesialistutdannelsen nærmere til basalfagene. Kfr. Haave, *op.cit.*, s. 153 (sidetallshensvisningen gjelder det stensilerte manuskriptet til boken). Senere tok anatomen Wilhelm Harkmark, siden professor ved Universitetet i Bergen, mer offensivt til orde for å akademisere spesialistutdannelsen. Det fikk Lægeforeningens sentrale mann i 1950-årene hva angikk spesialistutdannelsen, professor (og tidligere president og «sosialist»), Axel Strøm, til å advare mot å «gå for langt i retning av å innføre planøkonomi spesialistutdannelsen også». (Sitert etter Haave, s. 162).

gjelder. Det er henvisningen til forsvarlighet som markerer den kollektive autonomi: Standen som sådan, blant annet gjennom Lægeforeningens etikkråd, kan vurdere om en lege har opptrådt (u)forsvarlig.

I neste paragraf (16) heter det at en lege i sin virksomhet kan «nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, ..» Man kan si at denne bestemmelsen igjen markerer legeautoritetens selvstendige, men nå også potensielt overordnede karakter. I bestemmelsen brukes bevisst ikke (det gamle) uttrykket «medhjelper» – det kan oppfattes som nedverdiggende – men autoritetsforskjellen forsvinner jo ikke dermed. Det er legen som bruker andre, ikke andre som bruker legen. I paragrafens overskrift står det «Samarbeid med helsepersonell», et uttrykk som gir forholdsvis egalitære assosiasjoner, men det står «med», ikke «mellom» og et hierarkisk element sniker seg slik inn. Også bruken av ordet forsvarlighet røper den hierarkiske tenkning. Allikevel er paragrafen formulert slik at den peker i mer horisontal retning. Den «varsler» at samarbeidsforholdene etter hvert vil bli mer egalitære, nemlig ettersom de andre gruppene trekkes mer og mer inn i arbeid som teoretisk kan kalles enten submedisinsk eller subteknologisk, men som i praksis utføres uten særlig medisinsk ledelse. Her spiller også den økende profesjonsbevissthet blant (spesial)sykepleiere, bioingeniører, radiografer og andre en stor rolle: «Sykepleieropprøret» skjedde høsten 1973. Det heter også i paragrafens siste ledd at «Departementet kan gi nærmere forskrifter om legers samarbeid med helsepersonell».

Loven gir altså legen et omfattende ansvar for å praktisere forsvarlig. Han eller hun får i stor grad et ansvar som om vedkommende var en fri profesjonell og ikke en arbeidstager eller kontraktør. Slik «avlastes» i viktige henseender eventuelle ikkelegelige arbeidsgivere for mye «fagansvar». Det samme er delvis tilfelle for «medhjelpernes» virksomhet; legen blir ansvarlig hvis han har utøvet et uheldig skjønns når han har brukt medhjelpere. Men ansvaret er begrenset til det. Hvis medhjelpere går utover den rolle de har fått av legen, og de begge er ansatt hos samme arbeidsgiver, er det arbeidsgiveren som er ansvarlig, ikke den aktuelle legen. Det fremgår, understreker utvalget, av lov om skadeserstatning av 1969.¹⁰⁶⁷

I klinisk henseende er altså legene i utgangspunktet relativt autonome, og også andres overordnede. Det betyr at legene klinisk i stor grad skal passe på seg selv og hverandre. Slik ligner den nye loven på den gamle. Den nye loven legger imidlertid premisset for en mer omfattende offentlig kontroll med legenes praksis. Under den gamle loven var denne kontrollen svak. En lege som gjennom sinnsyke eller kjemisk avhengighet hadde vist seg uskikket, kunne, for en kortere eller lengre tid, av domstolene frataes autorisasjon eller lisens. I tillegg kunne en lege på ulike vis, også med bøter eller fengsel, straffes etter straffeloven eller av pasienter bli utsatt for erstatningssøksmål. Etter straffelovens § 157 nr. 2, kunne den som «under Lægevirksomhed anvender nogen Behandlingsmaade, som ikke er egnet til at helbrede eller motvirke Sygdommen, straffes med Fængsel indtil 6 Aar». Den som slik finnes skyldig kunne, etter § 29 nr. 2, tillike fradømmes retten til å utøve legevirkosomhet. Straffeloven inneholdt slik en bestemmelse som gav grunnlag for mer løpende kontroll med om legers praksis faglig holdt mål, altså ble det som fra 1957 ble omtalt som forsvarlig. Straffeloven ble imidlertid ikke brukt slik¹⁰⁶⁸; kanskje fordi den medikratiske kultur gjorde det uaktuelt. Bestemmelsen om uskikkethet var jo også en bestemmelse som gjaldt legens karakter, ikke hans handlinger. Ettersom kunnskapen ble mer presis og etikken ble mer

¹⁰⁶⁷ NOU 1976: 1, *op.cit.* s. 45.

¹⁰⁶⁸ Se *ibid.*, s. 35.

deontologisk og (særlig) utilitaristisk, ble det mer og mer aktuelt å tale om kunnskapen, og etikken som noe uavhengig av legen, men som legen i større eller mindre grad behersket og la til grunn for sin virksomhet. Å følge «ytre» kunnskap og etikk var å opptre forsvarlig, og ikke gjøre det, å opptre uforsvarlig. Det siste var uttrykk for *mala praxis*. Det var derfor naturlig å ta i bruk u/forsvarlighetsbegrepet i 1957 (ved bruk av bedøvende midler). Nå (1979) var det aktuelt å innføre en generell bestemmelse om forsvarlighet, eller rettere – uforsvarlighet: Ryssdal-utvalget foreslo derfor i sitt forslag til ny legelov i § 7 å utvide listen over uskikkethetsgrunner, og dermed også grunner til å trekke tilbake autorisasjonen, til også å gjelde uforsvarlig legevirkosomhet og virksomhet som var uverdigg for en lege.

Ryssdal-utvalget nøyde seg imidlertid ikke bare med disse tilleggsgrunnene. Det ville også ha med disse kriteriene og departementet fulgte det opp: «psykisk eller fysisk svekkelse, høy alder, langt fravær fra yrket, bruk av alkohol, narkotika eller midler med liknende virkning, grov mangel på faglig innsikt,..». § 7 ble slik en paragraf som kombinerte gammelt og nytt. Utvalget og departementet klarte ikke her å legge det gamle skikkethetskriteriet bak seg. Ja, det forble overordnet, men når kriterier som uforsvarlighet taes med, og refererer til noe utenfor legene – nemlig formalisert kunnskap og etikk – er de andre kriteriene, også de andre nye, unødvendige. I en viss forstand tok også departementet, og Stortinget, konsekvensen av det når de under kapitlet om legers plikter tok med en «positiv» bestemmelse om forsvarlighet (§ 24): «En lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig». Det ble føyd utdypende til: «Han skal gjøre sitt beste for å gi sine pasienter kyndig og omsorgsfull hjelp». Enda mer offensivt kom det til å hete at pasienten skal få de opplysninger om sin helsetilstand og behandling «han bør ha», og at legen «Så vidt mulig» skal «la pasienten selv medvirke ved behandlingen». Her ble altså forsvarlighet lagt generelt til grunn, ikke bare som grunnlag for sanksjoner (uforsvarlighet), men også for mildere og mer pedagogiske reaksjoner, altså for kvalitetsrettet tilsyn. I tillegg ble det gitt premisser for at pasienter i større grad kan gjøres til sine egne leger og kontrollører av legene. Vi skal komme tilbake til dette når vi ser nærmere på pasienrettighetsspørsmål.

Forsvarlighet eller mangel på sådan er et spørsmål om legens handlinger, altså i prinsippet noe som er uavhengig av legen som person, selv om det i praksis ikke lar seg gjøre å skille handlingene helt fra personen. Det er jo eventuelt også personen, altså legen, som må frataes autorisasjonen. Selv om moderne strafferett innebærer at det er handlingen, ikke personen, som skal vurderes, er det stadig personen som straffes. Overgangen til å vurdere forsvarligheten reflekterer imidlertid overgangen til et mer presist medisinsk regime og åpner opp for en langt videre overvåkning og kontroll, ja, ettersom den digitale overvåkningsteknologi taes i bruk, i prinsippet for en total(itær) overvåkning og kontroll – altså ledelse – av leger, og for så vidt alt helsepersonell.

Den nye legeloven representerer altså en blanding av det gamle fagstyre og det nye, profesjonelle, nytte(stats)styret. Skikkethet viser tilbake i tid, forsvarlighet frem i tid. Når forsvarligheten knyttes til skikketheten (som i § 7) markeres også den tradisjonelle negativitet i tilsynsinngripenen: Myndighetene griper bare inn overfor leger som åpenbart svikter, altså opptre grovt uforsvarlig, ikke generelt for å bidra til at legene ikke bare opptre så vidt forsvarlig, men bortimot fremragende. Forsvarlighetstenkningen isolert sett, som § 24 er et uttrykk for, peker utover den tradisjonelle og spesialiserte tilsynsvirkosomhet og mot den generelle ledelsestenkning. Det er ikke så underlig at man begynte å bli oppmerksom på dette mot slutten av 1990-årene, og dermed også begynte å stille nye spørsmål om tilsynsvirkosomhetenes plassering.

Hvis forsvarligheten i en leges praksis skal kunne vurderes på en mer presis måte, kreves det (§ 42) både at legen nøye skriver ned det hun eller han gjør, altså fører journal («oppteget») – og gjør seg overvåkbar, og at de som skal føre tilsyn kan få innsyn i journalen. Det åpnes i journalbestemmelsen for at departementet kan gi «nærmere forskrifter om hvordan oppteget og journal skal føres,..» Det gies slik premisser for en gradvis spesifisering av hvordan legen skal gjøre seg mer og mer overvåkbar. Noe av den gamle hensynsfullhet og ærefrykt overfor legen (1927-loven) er altså fjernet. Det viser seg for øvrig også i de neste paragrafene (43–45), hvor det gies hjemler for at domstoler og departement, når det kan være mistanke om at en lege har opptrådt uforsvarlig, kan få adgang til vedkommendes journalnotater i den aktuelle sak. Hvis det er en institusjon, for eksempel et sykehus, praksis man er usikker på, kan også institusjonen måtte fremlegge relevant journalmateriale, eventuelle røntgenbilder medregnet, for domstol eller departement.

I § 45 åpnes det også for at pasienter kan få innsyn i sin journal, «med mindre legen av hensyn til hans helse eller hans forhold til person som står ham nær, finner det utilrådelig at han får kjennskap til den (journalen) eller deler av den». Den nye loven styrker altså ikke bare kontrollen ovenfra, men også, om enn litt betinget, nedenfra. Den gjør at medikratiet, forsiktig, angripes fra to kanter.

Etter loven av 1927 kunne overtredelser av lovbestemmelser først og fremst resultere i yrkeseksklusjon, altså et dramatisk sosialt identitetstap, eller domstolsstraff (bøter, fengsel), også en drastisk straff. Dette reflekterte i det første tilfelle hippokratisk etikk: standen ekskluderte dem som sviktet faglig og etisk. Men det reflekterte også en nesten ubegrenset tillit til legestanden og legen: Gjennom opplæring og videreopplæring, etisk oppdragelse og kollegial kontroll, sørget standen og legene selv for hva som ellers krevdes. Lovendringen fra 1957, om (midlertidig) tap av deler av praksisadgangen, representerte et lite skritt i reaksjonsdifferensierende retning. Med den nye medisinalstyringen, basert på u/forsvarlighet, ble det åpnet for en langt mer nærgående og gradspregede, og mindre «binær», form for kontroll og tilsyn. Da trengtes imidlertid også mer gradspregede offentlige virkemidler. Der fantes slike før, de som standen selv brukte: gjensidig overvåking, rådgivning og eventuelt tilsnakk og kritikk. Da Ryssdal-utvalget arbeidet, var det blitt en utbredt oppfatning på styringshold at den indre justis i legestanden ikke fungerte effektivt. Der trengtes en offentlig sådan. Gjennom forsvarlighetstenkningen, hjulpet av en ekspanderende regelmedisin, foreslo derfor utvalget, og det fulgte departementet opp, at tilsynsreaksjonene overfor leger som hadde trådt feil også kunne være tilrettevisninger og advarsler. I § 51 ble det hetende:

Den som overtrer denne lov eller bestemmelse gitt i medhold av den, eller på annen måte handler ukorrekt eller i strid med god legeskikk, kan av departementet gis skriftlig tilrettevisning eller advarsel.

Det føyes til, at før skriftlig advarsel gies skal legen det gjelder ha fått adgang til å forklare seg.

Departementet bemerker at denne bestemmelsen reelt sett «neppe» er så ny, siden det ligger i departementets og Helsedirektørens «stilling som administrativ ledelse og tilsynsinnsinstans for helsetjenesten» uten spesiell lovhjemmel kan uttrykke «kritikk og påpeke feil og forgåelser». Departementet «antar» imidlertid «at det kan være en fordel å ha en positiv lovbestemmelse om dette».¹⁰⁶⁹ Det som skjer er nok noe mer prinsipielt enn lovkonsipistene her antyder.

¹⁰⁶⁹ Ot.prp. nr. 1 (1979-80), s. 247-248.

Under den gamle, medikratiske, ordningen var tilsynet pedagogisk-kollegialt og individualisert. Nå standardiseres reaksjonene. Det vil si at de avpedagogiseres og avkollegialiseres. De gjøres mer rettslige. Men skal de virkelig bli rettslige kreves det at medisinen også blir mindre intuitiv og mer presis og regelorientert. Det var det den nå begynte å bli. Når vi omtaler den såkalte Diprivan-saken skal vi se at rettsliggjøringen av de moderate reaksjonene blir et poeng.

Vi ser ellers at det i § 51 til dels brukes gammel terminologi – «handler ukorrekt eller i strid med god legeskikk». Her brukes dog den gamle terminologi for et nytt formål.

Den andre, ikke medisinsk-profesjonelle reaksjonsformen, bot eller fengsel, fikk nå dette lovgrunnlaget (§ 52):

Den som forsettlig eller uaktsomt overtrer denne lov eller bestemmelse gitt i medhold av den, straffes med bot eller med fengsel inntil 3 måneder.

Bestemmelsen gjaldt for så vidt loven generelt, men var spesielt aktuell i de tilfeller der det var tydelige bestemmelser i loven, for eksempel om journalføringsplikt, om taushetsplikt, om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp og om diverse former for meldingsplikt.

Det er også uttrykk for forsiktighet og konsesjoner til fortiden at det, etter forslag fra utvalget, og oppfølging av departementet, bestemmes at det opprettes et Statens legeråd (§§ 48–50). Rådet, med tre faste medlemmer (en jurist som formann og dertil to leger) og, etter behov, medisinske eksperter og to legpersoner, skal gi departement og direktorat råd, spesielt i prinsipielle spørsmål knyttet til lovanvendelsen. Det åpnes for at departementet kan delegerer beslutningsmyndighet til rådet. Rådet ble oppnevnt for første gang 18. desember 1981 (etter den nye loven) og begynte å fungere i 1982. Det ble nedlagt da legeloven ble erstattet av en generell helsepersonellov, en lov som ble vedtatt i 1999 og som trådte i kraft fra 2001.

Rådet var et kombinert juridisk og medisinsk organ. Det var altså ledet av en jurist (lagdommer til og med 1991, siden to byrettsdommere), og hadde juridiske sekretærer, men var som nevnt kvantitativt preget av leger. Det juridiske formannsskap reflekterer den nye tid og det nye regime; legene reflekterer i stor grad den tradisjonelle skjønnsmedisinen. Etter hvert som jusen blir mer talende og medisinen mer presis og regelorientert taper rådet gradvis sin rolle og forsvinner altså i det mer formelle regimeskifte som kommer rundt årtusenskiftet, og som gjør at legeloven erstattes med den mer generelle helsepersonelloven. Rådets aktivitet var ellers litt svingende. Det hadde 4 møter i 1982, men hele 11 i 1983. Så dalte møteaktiviteten til 1986 og nådde en ny topp i 1988, med 9 møter. Fra 1990 til og med 1997 hadde rådet i seks av årene ingen møter, men 7 i 1994 og 9 i 1996.¹⁰⁷⁰

Bestemmelsene om skikkethet, og spesielt om forsvarlighet, hadde først og fremst med kontrollen med legens klinisk-faglige rolle å gjøre, men i noen grad også med sider ved den klinisk-etiske rolle. Hva gjaldt dette, var loven relativt generell og dermed forsiktig. Den gikk lenger enn 1927-loven, men også et begrep som (u)forsvarlighet måtte i de fleste tilfeller ennå en tid først og fremst brukes gammeldags skjønnsmessig. En unntagelse er bestemmelsen (fra 1957) om uforsvarlig narkotikaforskriving. Bestemmelsene om journalføring, som (som nevnt) nå ble mer detaljerte (§§ 42–45), skal gi myndighetene, men også pasienter, bedre

¹⁰⁷⁰ NSD Forvaltningsdatabasen: <http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/utvalg/6203000>.

grunnlag for å vurdere om en lege har praktisert u/forsvarlig: Journaler kan kreves fremlagt. Bestemmelsene omfatter for øvrig nå også røntgenbilder og laboratorieresultater. Det heter også (§ 18) at resepter kan kreves lagt frem som bevis under departementets behandling av en sak om tilbakekallelse av autorisasjon eller lisens (og dermed om en lege har opptrådt uforsvarlig).

Legens opptegetninger var fra gammelt av ofte lite systematiske, og ble lenge sett på som legens private eiendom. Med fremveksten av en mer presis og institusjonell medisin fra begynnelsen av det 20. århundre ble opptegetningene mer systematiske; på sykehus ble de sykehuseiendom. Med den nye loven taes det viktige skritt i retning av å gjøre journalen uavhengig av de enkelte leger og mer standardisert og «objektiv». De første skritt taes også slik mot å gjøre journalen – etter hvert som den blir elektronisk – til det sentrale middel for å koordinere og styre behandlingen av pasienter (gjennom lengre og kortere forløp), men også for å overføre (stadig mer av) «eiendomsretten» til journalen til pasientene, og, kan man nesten si, til samfunnet. Det siste skjer, som vi i noen grad har sett, gjennom overføring av journaldata til registre. Pasientopplysningene blir, ettersom de standardiseres og digitaliseres, et verdifullt middel både for styrings- og forskningsformål. Journalutviklingen blir slik også et typisk uttrykk for avmedikratiseringen av klinikken: Kontrollen over pasientopplysningene og opplysningene om hva legene gjør, overføres fra leger til dem som skal passe på dem, ovenfra og nedenfra.

Bestemmelsen i den gamle loven om legers plikt til å yte hjelp som er «påtrengende nødvendig» – altså øyeblikkelig hjelp, ble ført videre i den nye loven (§ 26), men uten at nødvendighetsomstendighetene lenger blir spesifisert. Departementet bemerker i forarbeidene at denne rent etiske plikten fra gammelt av har vært en del av legeetikken, men nå altså er gjort til en juridisk plikt. Man kan si at dette innebærer at det som var, eller skulle være, en både individuell og kollektiv *indre motivasjon* for leger, nå er gjort til en *utenfra- og ovenfra-pålagt plikt*. Denne, allerede litt etablerte, plikt er uttrykk for noe generelt viktig, nemlig at stadig flere av premissene for legenes faglig- og etisk-kliniske beslutninger kommer utenfra. Legene gjøres mer og mer faglig-etisk heterocephaliske («fremmedhodede»). Når slik de spesielt etiske premissene blir offentlig pålagte plikter, blir samtidig legenes, altså Lægeforeningens, egne etiske regler av mindre betydning. Det er imidlertid interessant at noen år før, nemlig i 1961, hadde Lægeforeningen laget nye, mer tidsmessige, etiske regler og samtidig innført et eget Råd for legeetikk. Foreningen økte altså innsatsen for kollegial etikkontroll samtidig som staten var iferd med å innføre en strammere offentlig kontroll. Det vil si, foreningen kom, av åpenbare grunner, staten litt i forkjøpet. Vi skal snart komme tilbake til den rolle Lægeforeningens tiltagende indrekustus spilte.

I en slags forlengelse av bestemmelsene om øyeblikkelig hjelp kom der nå også til en bestemmelse om at legene hadde plikt til å delta i legevaktordninger (§ 27). Legene så, gjennom sin forening, på det å organisere legevaktordninger som en forlengelse av det å yte øyeblikkelig hjelp, altså som en legeetisk plikt. Foreningen gjorde derfor meget for å organisere legevaktordninger. Den lyktes ikke alltid like godt, blant annet fordi en del leger ikke ville delta i slike: Den indre justis i standen var ikke alltid fullstendig – noe som var et generelt problem for legene og deres forening i denne tiden med økende offentlig intervensjon i legeyrkets praktisering. Foreningen støttet derfor, mer eller mindre eksplisitt, myndighetenes lovregulering både av plikten til å yte øyeblikkelig hjelp og plikten til å delta i legevaktordninger. Foreningen og standen trengte statens bistand for å holde kustus i egne rekker og dermed for å redde mest mulig av den viktigste del av den legelige selvstendighet, den kliniske. Men at legene slik måtte ty til staten for å redde kjernefriheten var jo også

uttrykk for at svakhetene i det medikratiske regime begynte å bli tydeligere. Staten var på offensiven, legene på defensiven. Begge deler hadde altså i noen grad sviktende kollegialitet på legesiden som forutsetning. Den svikten var nok i noen grad til stede før også, men den var da mindre synlig. Det øvrige samfunns respekt for legestanden bidro til det. Nå var den respekten synkende og den legelige kollegialitetssvikt kom derfor klarere til syne.

Mennesker er et samfunns viktigste ressurs. Da statsbyggingen for alvor tok til i Vest-Europa i tiden etter Renessansen, men særlig fra det 17. århundre, ble sunnhetspolitiet en av de nye statsvitenskapene. Sunnhetspolitimessig var medisinen, naturlig nok, ikke på langt nær så uavhengig som den var klinisk. Standen trengte staten for å kunne fungere som sunnhetspoliti og staten trengte standen for å kunne maksimere samfunnets sunnhetskapital. Medisinen satt dessuten på en kompetanse som det offentlige eller arbeidsgivere, skoler og andre institusjoner trengte for mer avgrensede, mer eller mindre offentlige, formål, særlig slike som gjaldt sikkerhet. Endelig brukte medisinen representanter stadig mer penger, eller de utløste bruk av slike. Med innføringen av offentlig sykeforsikring fra 1909 (1911), en forsikring som ble gjort universell fra 1956, kombinert med en rask vekst på den medisinske tilbudssiden, ble legenes økonomiske rolle etter hvert betydelig.

Både legeloven og andre helsevesenslover fikk derfor bestemmelser som økte reguleringen, overvåkingen av og kontrollen med måten legene praktiserte på. Mye av denne reguleringen gjaldt offentlig ansatte leger, men den gjaldt også privatpraktiserende. Den gjaldt for eksempel, og det angikk også privatlegene, de nevnte bestemmelsene om journalførselsplikt og om plikt til å delta i legevaktordninger. Den gjaldt også bestemmelser om behandlingen av og opplysninger om pasienter med epidemiske og smittsomme sykdommer (§ 38), melding om fødsler og dødsfall (§ 39) – medregnet unaturlige dødsfall (som skulle meldes til politiet) (§ 40), andre meldinger departementet kunne treffe bestemmelser om (§ 41), plikten til å foreta undersøkelser og blodprøver av personer som er mistenkt for straffbare forhold under påvirkning av ulike kjemiske substanser (§ 46) og plikten til å advare personer med fly- eller bilsertifikat hvis legen finner at deres helsetilstand ikke gjør det forsvarlig at de flyr eller kjører (§ 49). I det siste tilfelle skulle legen også gi melding etter departementets forskrifter, hvis legen antok at helsesvikten kunne være varig. Vi skal også nevne § 29, som forpliktet leger til å være varsomme, nøyaktige og objektive ved utstedelse av attester og legeerklæringer. Bestemmelsen var ikke minst av økonomisk betydning og kan i noen grad sees på som en spesifisering av det som stod i den forutgående paragraf. Alle disse bestemmelsen gjaldt alle leger.

I denne forutgående paragrafen, altså nr. 28, het det at en lege både gjennom sin kliniske praksis og sin reisevirksomhet skal «påse at pasienter, folketrygden og andre ikke påføres unødig utgift eller tidsspille». Det gies dog en konsesjon til den kliniske autonomi, en konsesjon som begrenser «snerten» i bestemmelsen: «Hensynet til sparsomhet må ikke gå ut over det faglig forsvarlige». Der var en slik bestemmelse også i den gamle loven. Den offentlige sykeforsikringen hadde nokså raskt skapt reaksjoner fra offentlig hold. Selv statsminister Gunnar Knudsen (V) (1848–1928) hadde reagert og omtalte en gang leger som «kasseplyndrere».¹⁰⁷¹ I 1922 ble det innført en offentlig refusjonstakst, som lå under normaltariffen, for å begrense utgiftsveksten. Det skapte spenninger i forholdet mellom staten og Lægeforeningen. Foreningen så problemet, og var bekymret for enkelte medlemmers

¹⁰⁷¹ Kfr. Aina Schiøtz (f. 1947), *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 185.

regningskrivning. Den forsøkte å begrense problemet ved å samarbeide med Syketrygdens landsforening. I 1930 fikk syketrygdloven en bestemmelse om at sykekasser kunne pålegges å ansette kontrolleger. Lægeforeningen og Syketrygdens landsforening inngikk samtidig avtale om å oppnevne kontrollnevnder i hvert fylke. Nevndene skulle ha tre leger som medlemmer.¹⁰⁷² Foreningen vedtok da også endringer i foreningens formålsparagraf som innebar at den skulle «virke for lægestandens autoritet og anseelse». Å gjøre det ble også en plikt for de enkelte medlemmer. Det å opptre etisk uverdigg, også hva det økonomiske angikk, var å bidra til å svekke standens autoritet og anseelse.¹⁰⁷³ Leger som oppførte seg uverdigg risikerte eksklusjon. Nevndene og kontrollen fortsatte og ble bygget videre ut etter krigen. Da foreningen reviderte sine etiske regler i 1961, og i den forbindelse opprettet et Råd for legeetikk, ble de gamle kontrollnevndene (fra 1963) første instans i overtredelsessaker. I vanskelige og alvorlige tilfeller var nevndene innstillende organer overfor etikkrådet.

Foreningens generalsekretær Odd Bjercke (1909–2005) var opptatt av etikken, også fordi den var så viktig for standens anseelse og mulighet for å styre seg selv. Under hans tid som generalsekretær (1948–1976) fikk legenes adferd, ikke minst økonomisk, betydelig oppmerksomhet fra foreningen. I intervju med Maren Skaset (f. 1968) i 2000 sa Bjercke¹⁰⁷⁴:

Vi hadde jo kontroll med hva de (dvs. legene) gjorde, vi hadde jo organer for å ta oss av det etiske. Alltid holdt øye på standen, og det har ikke vært mulig å forvente en mild behandling av Legeforeningen hvis de hadde gjort noe galt.

Dagfinn Gedde-Dahl (1937–2016), president i Lægeforeningen da Bjercke sluttet og tidligere leder av Yngre lægers forening, sa i 2001 til Maren Skaset: «Jeg var med. Vi hadde noen møter med uskikkelige kolleger, for å si det sånn. Han var ikke mye billig. De fikk så ørene flagret».¹⁰⁷⁵ Ordningen med foreningskontroll fortsatte Bjerckes periode ut. Hovedansvaret for kontrollen hadde imidlertid etter hvert visegeneralsekretær (fra 1962) Johan Greve Brun (1916–1999). Til Maren Skaset sa i 2001 forhandlingssjef i foreningen fra 1977, Sverre Strand (f. 1939), at da han begynte var det et samarbeid mellom foreningen og Rikstrykdeverket om at alle mistanker om mislighet skulle bringes inn for foreningen, som «da tok hånd om misdederne på en særdeles brutal og effektiv måte.»¹⁰⁷⁶ Strand fortsatte:

Noen havnet selvfølgelig i etikkrådet hvis det var ille, men ellers ble det bare håndtert altså, enten pr. telefon eller brev, fra Johan Greve Brun, og han truet dem med død og fordervelse og utmelding og eksklusjon og hva det nå var, og vanære.

Strand fortalte videre at Brun hadde sitt kontor fullt av regningskort han kontrollerte. Brun sluttet i 1982 og med det opphørte også denne spesielle form for indre kontroll. Nå var tidene blitt andre, blant annet som følge av den nye legeloven og det generelle «hamskifte» norsk helsevesen, og til dels også Lægeforeningen, gikk igjennom fra midt i 1970-årene.¹⁰⁷⁷ Vi ser

¹⁰⁷² Kfr. Maren Skaset, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, 2006 (doktoravhandling), s. 96.

¹⁰⁷³ Kfr. *ibid.* Foreningens sentraltstyre kunne ekskludere medlemmer. En eksklusjon krevde fire femtedels flertall.

¹⁰⁷⁴ Skaset, *op. cit.*, s. 96.

¹⁰⁷⁵ Skaset, *op. cit.*, s. 97.

¹⁰⁷⁶ Skaset, *op. cit.*, s. 186.

¹⁰⁷⁷ Bjercke satt som generalsekretær til 1976 og ble, etter et kort mellomspill med Jon Skåtun (1923-1996), etterfulgt av YLF-mannen og kirurgen Harry Martin Svabø (f. 1937). Omtrent samtidig tiltrådte de to andre som

altså at ettersom myndighetene øker sin kontroll med legene på stadig flere områder, trapper også foreningen opp sin kontroll – som nevnt, for å begrense frihetstapet. Utover i 1980-årene glipper det i økende grad og kontrollen utenfra, spesielt fra myndighetene, men nå også stadig mer fra pasientene og deres organisasjoner, og fra massemediene, overtar.

Legeloven henvendte seg på mange måter til legene som frie profesjonelle. Den anerkjente i viktige henseender leger som sådanne, men kom altså samtidig til å gi premisser for inngjerdingen av legenes frie status. «Utenfor» legeloven skjedde der imidlertid nå en hel del som mer radikalt beskar den legelige frihet. Vi har sett at det spesielt skjedde gjennom institusjonslovgivningen, som førte til en slags «sosialisering» av styringsrollene og gav premisser for å gjøre legene om fra frie profesjonelle til arbeidstagere og kontraktører. Denne utviklingen ble forsterket gjennom det som skjedde i legearbeidsmarkedet: Legenes diktatstatus når det gjaldt normaltariff, normalansettelsesvilkår og andre sider ved legerolleutformingen ble etter krigen gradvis gjort om til forhandlingsgjenstander. Gjennombruddene for nyordnerne her kom fra midten av 1970-årene. Normaltariffen, den finansieringsordning som gav legene størst økonomisk frihet, ble således formelt forhandlingsgjenstand i 1974¹⁰⁷⁸ og i 1976 (med virkning fra 1977) «solgte» YLF den «private» poliklinikken mot overtidsbetaling¹⁰⁷⁹. De yngre legene ble slik mer ekte arbeidstagere. I løpet av årene 1978 til 1981 fulgte de overordnede legene etter inn i arbeidstagerskapet; også de solgte den private poliklinikken og inngikk i tillegg vanlige tariffavtaler med de stadig mer selvbevisste arbeidsgiverne i Norske Kommuners Sentralforbund (samlet i 1961), Oslo kommune og staten (Forbruker- og administrasjonsdepartementet). Fra 1984 ble de tidligere halvt frie distriktsleger til enten kommunale arbeidstagere eller kontraktører. Da retten til å praktisere for trygden (etter normaltariffen) fra høsten 1992 ble betinget av avtaler, forsvant også en viktig del av resten av den liberale legerollen.

Denne utviklingen, som altså startet midt i 1970-årene og skjøt fart gjennom 1980-årene, innebærer slik at kontrollen i stigende grad skjer gjennom styrings- og avtalelinjen. En personellov, som legeloven, blir på denne måten av stadig mindre betydning. Strengt tatt kunne man nå klart seg uten den, og overhodet med offentlig tilsyn. Tilsynet kunne begrenses til den virksomhet som skjedde utenfor avtalene (med delvis privatpraktiserende leger) og helt privat (for leger som ikke hadde avtale). Det eneste offentlige tilsyn man trengte for alle leger, men også annet helsepersonell, kunne man da forankre i straffeloven (som ordningen for så vidt var før 1927). Men så skjedde altså det motsatte, tilsynet og kontrollen ovenfra – også med offentlig ansatte og med offentlige institusjoner – økte, og ble profesjonalisert, spesielt fra 1984 (helsetilsynsloven). Det nye tilsynet ble, som vi har nevnt, en parallell styringsform til den styringen som skjedde gjennom ledelseshierarkiene. Man kan si den gav mening, annet enn den ironiske (og komiske), hvis man forutsatte at legene (og annet helsepersonell) fortsatt hadde igjen noe av den gamle frie profesjonsrollen, altså at de ikke helt var blitt virkelig ansatte og nærstyrte kontraktører.

skapte den nye tid i foreningen, president Dagfinn Gedde-Dahl og den nye forhandlingsjefen (1977) Sverre Strand.

¹⁰⁷⁸ Forut for denne formelle endringen hadde den en tid vært «konsultasjonsgjenstand».

¹⁰⁷⁹ Avtalen innebar at legene måtte telle og holde orden på timer av ulike slag og dermed også diskutere med arbeidsgiverne hva som skulle telles med. Avtalen ble derfor i legekretser gjerne omtalt som «portøravtalen».

Slik ble det sett på i 1984. Slik ble det faktisk også, om enn nå i litt mindre grad i 1999, da legeloven og de øvrige helsepersonellover ble erstattet av en felles helsepersonellov. Vi skal komme kort tilbake til den.

Legeloven inneholdt ytterligere noen bestemmelser, for eksempel om å melde fra om åpning og opphør av praksis (§ 37) og om å stille sikkerhet (for det ansvar legen påtar seg) (§ 5), som vi ikke skal gå inn på her.

Samtidig med at legeloven ble revidert i 1979 ble tannlegeloven det. Den siste loven ble i all hovedsak utformet i tråd med den første, og vi skal derfor ikke gå nærmere inn på den her.

Annen helsepersonellovgivning

Foruten lege- og tannlegeloven, kom der frem til utløpet av vår periode syv spesialiserte helsepersonellover:

Lov om fysioterapeuter og mensendieksykegymnaster av 1956

Lov om godkjenning av sykepleiere av 1960

Lov om ortopediingeniører og om omsetning av ortopediske hjelpemidler av 1971

Lov om godkjenning av pleiarar i psykiatriske sjukehus av 1972

Lov om godkjenning av psykologer av 1973

Lov om godkjenning m. v. av helsepersonell av 1974

Lov om jordmødre av 1985

I henhold til den halvt generelle helsepersonelloven av 1974, var det gitt forskrifter for godkjenning av «resten» av de «godtagbare» helsepersonellgruppene: ergoterapeuter, radiografer, vernepleiere, hjelpepleiere, fotterapeuter, tannpleiere, bioingeniører, optikere og (den lenge litt kontroversielle gruppen av) kiropraktorer.

Apotekpersonell, altså provisorer, farmasøyter, reseptarer og for så vidt apotekere, hadde i den perioden vi omtaler ingen egen personellov og godkjennelsesordning. Apotekloven av 1963 inneholdt imidlertid bestemmelser som regulerte disse gruppenes virksomhet. Vi har ovenfor omtalt apotekinstusjonslovgivningen og går ikke her nærmere inn på personellsiden av den.¹⁰⁸⁰ En del andre helsefaggrupper, blant annet ambulansesjåfører, tannteknikere, ortoptister, audiografer og kliniske ernæringsfysiologer, manglet helt offentlig anerkjennelse i form av egne autorisasjonslover eller -forskrifter.

Disse lovene, som i en del tilfeller var revisjoner av tidligere lover, er i all hovedsak lover som innebærer offentlig godkjenning av en rekke helsetjenesteyrker. I noen tilfeller inneholder de spesifikasjoner av gruppenes oppgaver og i den forbindelse også bestemmelser om deres autonomi eller heteronomi. De er alle underordnet departementets, Helsedirektoratets og fylkeslegenes tilsyn, og i tillegg eventuelle arbeidsgiveres styring og kontroll. Av spesiell betydning her er om de også er under faglig styring og kontroll av den

¹⁰⁸⁰ Vi nevner dog her at farmasøyter som ønsker å drive (et bestemt) apotek må søke om bevilling av departementet (apotekloven § 7) og at lov om Statens reseptarskole av 1972 også inneholder bestemmelser som regulerer reseptaryrket.

gamle «kongeprofesjonens» representanter, legene, og i noen tilfeller den fra 1927 «frigjorte» profesjonen, tannlegene. Det korte, foreløpige svaret er ja, men etter hvert blir det tja.

Teoretisk kan man si at i den grad en virksomhet er diagnostisk eller terapeutisk, medregnet re/habiliterende, er den tann/medisinsk. Den virksomhet de ulike gruppene som reguleres av den aktuelle lovgivning driver er i stor grad, men ikke bare, medisinsk, eller, rettere sagt, submedisinsk. Det er medisinen som står for den grunnleggende forskning på disse områder. De nevnte gruppene har altså ikke noe rom for å drive selvstendig kunnskapsutvikling, utover den praktiske. Slik sett kan man tale om naturlige kunnskapshierarkier, med medisinen, eller den medisinske forskning, på toppen, og de andre plassert på nivåer under denne.

Her må imidlertid bildet differensieres noe. For det første er det slik at flere av disse gruppene har oppgaver som går utover det diagnostisk-terapeutiske. Det gjelder i stor grad pleieyrkene, særlig sykepleien, vernepleien og hjelpepleien, men i noen grad også andre, som jordmoryrket og ergoterapien. Pleiere utfører omsorgsoppgaver for mennesker som på grunn av helsesvikt midlertidig eller permanent har tapt noe av sin evne til å ta vare på seg selv. I det første tilfelle skal de bidra til å «reautonomisere» mennesker, i det annet tilfelle til å begrense heteronomiseringen. Disse oppgavene går, spesielt for vernepleiere, også over i det resosialiserende. For så vidt kan man omtale disse yrkene like meget som omsorgs- som som rene helseyrker. Som omsorgsyttere står de i stor grad utenfor den medisinske autoritet, selv om medisinske premisser er viktige også for utførelsen av mange omsorgsoppgaver. For pleiernes vedkommende er det imidlertid av betydning at omsorgsfaglighet knapt har noe selvstendig sykepleiefaglig teorigrunnlag. Teorigrunnlaget er psykologisk, sosiologisk og, normativt, filosofisk-etisk.

For det annet er det slik at noen faggrupper representerer «medisinsk» kunnskap på en delvis egenutviklet og selvstendig måte. Det gjelder særlig den kliniske psykologien, som har en kompetanse som både overlapper med og representerer et alternativ til den medisinsk-psykiatriske. Men det gjelder også i noen grad ernæringsfysiologien og fysioterapien, som i viktige henseender fungerer medisinsk og som delvis baserer sin praksis på egen forskning: Medisinen har delvis «gitt fra seg» maten – maten som medisin – til de første og delvis overlatt deler av den kliniske fysikalske medisin til de siste. I den grad kiropraktikken godtaes, representerer den også en medisinsk kompetanse medisinerne ikke behersker (men ofte ikke «tror» på heller).

For det tredje er noe, eller endog mye, av det faglige grunnlaget for flere av de nevnte yrkesgruppenes virksomhet ikke-medisinsk, ja, i disse henseender er også medisinen delvis heteronom. De aktuelle grupper, og altså medisinen og odontologien med, baserer en del av sin virksomhet på kunnskap som har et fysisk-kjemisk og teknologisk (ingeniørmessig) grunnlag. Det gjelder ortopediingeniører, radiografer, bioingeniører, tannpleiere og optikere. Men det gjelder altså også leger, og i særlig grad, radiologer og laboratorieleger, og i økende grad også kirurger av alle slag, anestesileger, oftalmologer, ja, i noen grad alle leger: De blir stadig mer kombinerte leger og ingeniører, mens deres omsorgsrolle skrumper inn.

For det fjerde er det slik at selv om mye av den medisinske virksomhet de «andre» gruppene driver er medisinsk fundert, krever i noen grad utførelsen av denne virksomheten praktisk trening og erfaring. Kunnskapen blir slik litt personlig og preges av et større eller mindre element av skjønnsutøvelse. Skal spesialsykepleiere, radiografer, tannpleiere, audiografer og andre lykkes godt, må de derfor også ha et autonomt rom. Det er dessuten slik at de leger som eventuelt har faglig ansvar for det de gjør ofte ikke ville være istand til å utføre oppgavene

like godt som de aktuelle sykepleiere, for eksempel dialysesykepleiere, og andre «submedisinske» yrkesutøvere, blant annet i mange henseender bioingeniører, radiografer og fysioterapeuter. Legene mangler den fornødne praktiske erfaring.

Disse «andre» gruppene hadde i stor grad sin bakgrunn i håndverkspregede opplæringer. Det gjelder pleiefagene, fysioterapien, radiografien (røntgensykepleien) og bioingeniørfaget (laboratoriesykepleien, fysiokjemien), ortopediingeniørfaget og i stor grad ernæringsfysiologien (dietetikken). Psykologien stod fra starten av (overgangen til det 20. århundre) i en litt annen stilling, men befant seg nokså meget på siden av helsevesenet til etter Den annen verdenskrig, om vi ser bort fra det som skjedde i det psykoanalytiske miljø.

De fagene vi her omtaler krevde nesten inntil de store samfunnsendringer i 1960- og 1970-årene ikke teoretisk forutdannelse, som gymnasium, men i noen grad realskole eller tilsvarende. Utdannelsene var i hovedsak praktiske, som i tradisjonelle håndverksfag. Sykepleieelever lærte gjennom arbeidspraksis, særlig på sykehusene, og var der også nyttig og rimelig arbeidskraft. I sykehusene fungerte de også i mange henseender som en slags husmødre, men altså i en husholdning preget av syke mennesker. Det var ikke tilfeldig at husmorskolen lenge gav noe av grunnlaget for sykepleierutdannelsen.

Men i løpet av de to nevnte tiårene vokste yrkesbevisstheten i nesten alle de håndverkspregede fagene. Spesielt var det tilfelle i det største av dem, sykepleien. Sykepleierne og representantene for en del av de andre, litt store, fagene begynte å tale om profesjonalisering. Mange av sykepleierne, blant andre Helga Dagsland (1910–2003) (forbundsleder 1967–1973), som hadde vært i USA og der fått innblikk i den «nye» sykepleien. Hun og hennes likesinnede ville gi sykepleien et faglig-akademisk grunnlag. De ville gjøre sitt yrke postgymnasialt og høyskolebasert. Myndigheter og arbeidsgivere hadde begynt å gi etter, men da den offentlig oppnevnte Bjørnsson-komiteen (oppnevnt i 1968) i 1972 foreslo å legge det første år av utdannelsen på videregående skolenivå (for sykepleierne sammen med hjelpepleierne) og de to siste på distriktshøyskolenivå, blåste sykepleierne og deres søsteryrkesgrupper i krigsluren. Sykepleierne og de andre oppnådde en god del med Bjørnsson-komiteens innstilling – blant annet forslag om en eksplisitt akademisering, og en flytting av forvaltningsansvaret fra Sosialdepartementet til Kirke- og undervisningsdepartementet, men i innstillingen ble det påpekt at utdannelsen (fortsatt) også kunne organiseres som yrkesskoleutdanning – hvilken den jo nå (1972) i hovedsak var.¹⁰⁸¹ Den «krigen» sykepleierne startet, med støtte fra søstergruppene, vant de; de fikk støtte på Stortinget ikke bare av de borgerlige partier, bortsett fra Fremskrittspartiet, men også, til sist, av Sosialistisk Venstreparti.¹⁰⁸² Det samme flertall utvirket at utdannelsen til de nå høyskolebaserte helsefagene fra 1981 ble flyttet til departementet som hadde ansvar for utdanningspolitikken. Nå fikk også disse utdannelsene formell høyskolestatus. Etterhvert ble (noen av) utdannelsene av lærere til det som nå ble høyskoleyrker, lagt til universitetene.

¹⁰⁸¹ NOU 1972: 23, *Utdanning av sosial- og helsepersonell; om nivåplassering*, se spesielt s. 63. Komiteens leder, Jon Bjørnsson var på dette tidspunkt stadig medisinalråd og altså en viktig person i den sentrale helseforvaltning.

¹⁰⁸² Arbeiderpartiets mindretallsregjering hadde, gjennom St.meld. nr. 13 (1976-77) foreslått en såkalt «trinnsvis utdannelsesmodell. Regjeringen led altså nederlag da SVs Hanna Kvanmo (1926-2005), etter litt tvil, valgte å gå inn for en samlet høyskolebasert sykepleierutdanning. Norsk Sykepleierforbunds leder, Eli Kristiansen (f. 1933), spilte en sentral rolle i korridorpolitikken og mediedebatten fra hun var statssekretær for sosialminister Bergfrid Fjose (1915-2004) i Korvald-regjeringen (1972-73) og til stortingsvedtaket i saken ble fattet den 23. mai 1977. Om politikken knyttet til saken, kfr. Ellen Cathrine Lund, *Virke og profesjon Norsk Sykepleierforbund gjennom 100 år*, Oslo: Akribe, 2012, s. 185-197.

Parallelt med akademiseringen av disse fagene gikk der også bestrebelser, spesielt innen sykepleien, bioingeniørfaget og radiografien, for administrativt å bli mer uavhengige av medisinen. Representanter for disse fag og yrker ville styre seg selv, og administrativt fikk de i økende grad lov til det. Ved sykehusene utviklet der seg i løpet av 1980-årene en slags todelt ledelse i klinikken: Avdelingene fikk både en avdelingsoverlege og en (avdelings)oversykepleier (-bioingeniør, -radiograf). I primærhelsevesenet førte i praksis kommunehelsetjenesteloven av 1982 til at pleie- og omsorgsvesenet ble fristilt fra det medisinske primærhelsevesen (som nå fortsatte som delvis todelt, samfunnsmedisinsk og almenmedisinsk) og fikk sin egen ledelse. Slik sett tok sykepleierne og de andre fagene skritt i retning av å få profesjonsstatus (standsstatus). Der skjedde imidlertid samtidig noe som gjorde at de ikke egentlig kunne få slik status. Som vi har sett gjorde ledelsesrevolusjonen at legene tapte mye av den profesjonsstatus de hadde hatt; de kom under «profesjonell ledelse», av stadig mer pågående arbeidsgivere og deres «håndgangne» ledelsesrepresentanter. De ble arbeidstagere eller (stadig tettere styrte) kontraktører. Denne ledelsesrevolusjonen rammet sykepleierne og de andre høyskolegruppene enda «hardere», blant annet fordi de var langt bedre «trent» i underdanighet enn legene.

Men mer kom til, og som svekket de fleste av høyskolegruppene mulighet for å få den frihet og selvkontrollstatus som forbindes med profesjonsutøvere. De fikk, som nevnt, noen ytre tegn på statusavancement, som akademisering og lønns- og statusøkning og til dels egne (dog tydelig underordnede) lederstillinger. Noe av grunnlaget for at disse gruppene ble akademisert, var at den kunnskapsutvikling som hadde medisin (odontologi, psykologi) og teknologifag som utgangspunkt, skapte et høyere kunnskapshierarki. Disse fagene ble både suget og fristet inn i dette hierarkiet, som kunnskapsmessig underordnede fag. De ble suget inn fordi legene (tannlegene) trengte dem som assistenter eller mer frittfungerende «submedisinere». De ble fristet inn fordi de teknisk-medisinske oppgavene fremstod som avanserte og statusgivende: Oppgavene gav dem større frimodighet til å kreve selvstendighet. Og, som nevnt, fordi de snart fikk god erfaring med å utføre oppgavene behersket de dem snart vel så godt som de leger som teoretisk stod over dem og ofte hadde ansvaret for måten de utførte dem (oppgavene) på. Det gav disse yrkesutøverne større reell frihet og større grad av (følt) egenansvar. Samtidig gjorde det dem til en slags underleger.

Helga Dagsland, den mest artikulerte profesjonaliseringsentreprenøren i sykepleien i 1960- og begynnelsen av 1970-årene, var opptatt av å få frem sykepleiens særpreg og faglige uavhengighet, samtidig som hun tok til orde for at sykepleierne måtte lære mer om de «tekniske» oppgavene. Særpreget var knyttet til pleien, til dels husholdningsarbeidet, men det var heterogent og fremstod som vanskelig å akademisere grunnlaget for. Sykepleierne så i noen grad litt ned på sitt eget hovedarbeid, og måtte derfor konstatere at et nytt assistentyrke ble etablert for å ta over mye av det typiske pleiarbeidet, nemlig hjelpepleierne (formelt anerkjent i 1963). Sykepleierne så i praksis opp til legene og medisinen, og ble altså fristet inn i submedisinen. Sykepleierforbundets «egen» foreningshistoriker, *Ellen Cathrine Lund* (f. 1966), bemerker at den farverige «sykepleiefrigjøreren» *Helga Dagsland* aldri gav noe godt svar på sykepleiernes dilemma: «Sykepleien skulle altså frigjøres fra legeassistentrollen og samtidig styrke sin kunnskap i det faget den skulle frigjøres fra».¹⁰⁸³

Ettersom medisinen og dens teknologiske «innpakning» ble raskt utviklet etter krigen og i løpet av 1980-årene beveget seg inn i en kunnskapsmessig formaliseringsfase – fra 1990

¹⁰⁸³ Lund, *op.cit.*, s. 66.

under vignetten evidensbasert medisin – ble det teknisk-medisinske kunnskapshierarki mer distinkt. Det reiste spørsmålet om å lage en felles lov for alle de gruppene man kunne si i større eller mindre grad faglig tilhørte dette hierarki, fra medisinen, psykologien og odontologien (men nå altså ikke farmasien) til spesialsykepleien(e), bioingeniørfaget, radiografien og i noen grad resten av høyskolefagene med helsetilknytning. I prinsippet kunne man gått enda lenger og tatt med grupper på det vi kunne kalle nivå nr. 3, som hjelpepleierne og andre tilsvarende grupper. Dette hierarkiets underordning under nye, mer profesjonaliserte ledere – og til sist eiere – talte også for å få en samlende, og for så vidt forenklende, lovgivning: En slik vil gi lederne noe vi kanskje kunne se på som et mindre (faggruppe)kontrollspenn. Men i forlengelsen av en utvikling mot en stadig mer presis medisin, nesten en teknomedisin, forvitret jo, som vi har vært inne på, grunnlaget for å ha en egen personellov overhodet.¹⁰⁸⁴ Ansvar, og kontrollen, kan da, som i for eksempel industribedrifter, helt samles i linjen. Ved å fortsette å ha egne helsepersonellover eller en egen, samlet, helsepersonellov, beholder man i noen grad en todelt styring og til dels ledelse: Der vil gå én styringslinje fra Stortinget (loven) rett ned til de enkelte helsetjenesteytere og en annen fra ulike politiske og andre eierrinstanser ned til klinikkledere og videre til de enkelte ansatte. Klinikkllederne vil da forbli «administrative» ledere. De kan «overledes» (overprøves) i alle spørsmål som innebærer klinikkens primære, kliniske oppgaver. En del av kontrollen lederne kunne hatt, blir da overført til enda en linje som går fra (tilsyns)loven og har tilsynsorganene som eksekutører. Det er en linje som mer retter seg mot svikt enn mot det å skape enda bedre prestasjoner. Tilsynet blir, som nevnt, først og fremst et negativitetstilsyn.

Linjen som går fra loven til personellet går formelt også innom lederne. De har plikt til å legge forholdene slik til rette, også økonomisk, at klinikerne kan opptre på en måte de oppfatter som forsvarlig. Men sammenhengen mellom forholdene og muligheten for å praktisere klinisk forsvarlig, er ofte uklar og omtvistet. Begge parter vil også, i sin vurdering av hva som kreves av «forhold», lett bli påvirket av egne interesser. To- eller trelinje problemet forsvinner altså ikke ved å henvise til «forholdene».

Det skulle etter hvert komme en egen, (nesten) samlet helsepersonellov. Den skulle komme i 1999. Grunnlaget for den ble utarbeidet i årene 1990 til 1993, av en av Helsedirektoratets sentrale helserettsekspert siden 1982 – og nå (fra 1990) medarbeider i Sosialdepartementet, Bente Ohnstad.¹⁰⁸⁵ Ohnstads utredning kom som NOU 1993: 33 og hadde tittelen *Helsepersonellens rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver*. Hun foreslo altså å føre videre den (tre)dobbelte ledelseslinje som vokste frem da det gamle medikratiske regime begynte å forvitte midt i 1970-årene. Det var også det Sosialdepartementet i sitt oppdrag hadde bedt henne å gjøre. Ohnstad hadde frihet til å gi utredningen det innhold hun fant riktig, men forholdt seg selvsagt til oppdragets art. Hun hadde ingen vurderingsgruppe å drøfte utredningen med, men sendte viktige deler av utredningen til uttalelse til de berørte yrkesgruppers organisasjoner. Hun søkte også andre fagfolks, særlig juristers, råd. Vi skal i det følgende trekke frem de sider ved utredningen som spesielt berører ansvars- og ledelseforhold og dermed også kontrollforhold, og i noen grad nevne hvordan utredningen gav premisser for den loven som skulle komme i 1999. Ohnstad spilte for øvrig også en rolle i proposisjonsarbeidet. Arbeidet med proposisjonen kom imidlertid ikke i gang før i 1996;

¹⁰⁸⁴ Behovet for en lov for å forebygge «kriminell» eller annen «uansvarlig» adferd, vil dog bestå, men dette behovet blir jo i alle tilfeller beholdt gjennom straffe- og erstatningslovgivningen (produktkontrolllovgivningen).

¹⁰⁸⁵ Hun fikk ikke lederstillingen for den nye helserettsavdelingen og gikk over til departementet.

Ohnstads forslag hadde medført motstand fra yrkesgrupper som gjerne ville beholde «sine egne» lover.

Forslaget til felles helsepersonellov: Bente Ohnstad-forslaget (1993) og dets skjebne

Spenningene mellom flere av yrkesgruppene, særlig mellom legene og de gruppene som hadde utpreget «submedisinske» oppgaver, som spesialsykepleiere, bioingeniører og radiografer, men også mellom sykepleierne og hjelpepleierne, ble til tider betydelige. Spenningene gjaldt særlig om det gamle hierarkiet skulle bestå. De viktige «submedisinske» gruppene ville lede seg selv; de ville ikke godta at de var «submedisinere». Den «ledelsesstrid» spenningene skapte, gikk utover sykehusenes drift og irriterte oppover. Det såkalte Samordningsutvalget uttalte i sin innstilling i 1986 at de ulike yrkesgrupper i sin utdanning ikke hadde «*lært å samarbeide*».¹⁰⁸⁶ Det legges til at istedenfor å «framheve behovet for tverrfaglig samarbeid ... dyrkes i dag profesjonsinteressene gjennom utdanningene». Regjeringen følger i sin nasjonale helseplan fra 1988 opp dette og erklærer at «Det kreves holdningsendringer hos personellet for å komme videre».¹⁰⁸⁷ På mange måter var både helsepolitikere, overordnede administratorer og ledere i klinikken på denne tiden fortvilet over stridighetene mellom gruppene. De visste egentlig ikke hva de skulle gjøre. I departementet håpet man imidlertid at noe kunne skje gjennom en ny helsepersonellov. Som vi skal se, noen premisser for å komme videre i gruppestriden ble også lagt gjennom Ohnstads forslag.

Under medikratiet var det i prinsippet, om ikke alltid i praksis, en form for enhetlig ledelse ved at leger var ledere for «alt og alle». Dog utøvet de ledelsen medisinsk med forsiktighet overfor kolleger, spesielt kolleger som hadde en litt annen medisinsk profil enn dem. Men de kunne nok medisin til at de kunne gripe «korrigerende» inn, gjerne diplomatisk og ved antydninger, når de fant det nødvendig. Når de stort sett ikke gjorde det, var det også fordi skjønnet var så viktig; det var som regel best ledelse ikke å gripe korrigerende inn. Ettersom lederne ble «sivile», eller, hvis de var leger, for fjerne fra et aktuelt fagfelt, begynte enhetligheten i deres ledelse å glippe. De kunne fortsatt lede i normativ forstand, altså fag-etisk, men i mindre grad teknisk-klinisk. Men ettersom medisinen på stadig flere områder ble mer regelpreget og etter hvert også resultatgaranterende, endret situasjonen seg. Det ble, som vi nettopp har påpekt, mulig for ledere å lede stadig mer enhetlig og stadig mer inngripende. Bente Ohnstad skriver i sin utredning (s. 79) at «Arbeidsgivers adgang til å instruere og gi direktiver slutter der rene pasientrettede tiltak i form av behandling og pleie begynner. Dette gjelder tilsvarende for leder på avdelingsnivå». Hun foreslår ikke å endre denne rettssituasjonen. Hun gir § 26 i sitt lovforslag blant annet denne formuleringen:

*Helsepersonell som utøver privat virksomhet skal organisere sin virksomhet i slike former at vedkommende sikres uavhengighet og selvstendighet i faglige spørsmål.
Helsepersonell som er ansatt i andres tjeneste kan ikke pålegges å utføre oppgaver på en slik måte at faglig forsvarlig virksomhet ikke er mulig.*

Av kommentarene fremgår det at det å vurdere om lederpålegg fører til faglig uforsvarlig praksis er det fagpersonen som skal gjøre. Ohnstad sonderer ikke mellom faglig i mer teknisk

¹⁰⁸⁶ NOU 1986: 4, *Samordning i helse- og sosialtjenesten*, s. 200.

¹⁰⁸⁷ St.meld. nr. 41, *Helsepolitikken mot år 2000*, s. 106.

forstand og fagetisk og man får dermed inntrykk av at den autonomi hun lar helsepersonell beholde, eller få, gjelder både det tekniske og det etiske. Slik reflekterer hun den tradisjonelle måte leger har brukt ordet faglig på.

Hun drøfter ikke innholdet i de ulike yrkesgruppers faglighet og dermed heller ikke omfanget av autonomien. Det er for de fleste ikke opplagt at de etiske sidene ved fagligheten – og vi ser da bort fra slike sider som kan rammes av annen lovgivning, blant annet straffeloven – er noe ledere ikke kan eller bør uttale seg om. Fagutviklingen var jo nå iferd med å gjøre medisinen mer etisk kontroversiell, direkte, men også indirekte, ved at den skapte et etterspørselspress som nødvendiggjorde en delvis etisk basert prioritering av pasienter (for eksempel gjennom køplassering). Også forbrukerrevolusjonen fra 1980-årene aktualiserte etiske spørsmål, spørsmål det ikke ville være unaturlig at ledere kunne mene noe om. Men på dette punkt foreslår Ohnstad en styring som utfordrer personellens autonomi: behandling skal være basert på pasientens «informerte samtykke» (§ 28). Dette standpunktet fremstår nå som tidsmessig (og «politisk») korrekt. Men med utviklingen av medisinen i regelbasert og presis retning blir det jo langt lettere for ledere å utfordre klinikerne: De kan lett se hvilke leger og andre som følger retningslinjene, og gjennom resultatrapportering hvem det er som lykkes godt og mindre godt. Hva mere er, det er gjerne medisinske beslutninger som bestemmer en virksomhets utgiftsnivå. Så lenge medisinen er skjønnspreget, og nå var den jo på mange områder ennå det, betyr det at summen av mange «aktivistiske» skjønn (ekstra undersøkelser, ekstra behandling, bruk av medisiner som er litt bedre, men mye dyrere) kan bli svært mye høyere enn summen av mange «forsiktige» skjønn.

Det er vanskelig for ledere å gripe inn i «esoterisk» medisinsk skjønnsutøvelse, men altså enklere jo mer skjønnet erstattes av presis, formalisert kunnskap. Ohnstads forslag tar ikke tydelig hensyn til denne utviklingen. Slik sett reflekterer, og befester, det viktige medikratiske strukturer. Samtidig bidrar det til å gjøre den generelle ledelse kraftløs. Det bidrar dermed også til å gjøre mye av den reelle ledelse til en spredt fagledelse: Helsefagfolkene blir de viktigste ledere, men ikke som ledere, men som mange enkeltbehandlere. Dermed lar knapt bestemmelsen som står i § 26 om ledelsen, nemlig at «lederskapet på hvert nivå er klart og entydig plassert», seg realisere. Denne tvetydigheten om lederskap blir ført videre i den loven som kommer i 1999. Hva sykehusene angår, blir den noe redusert, men ikke fjernet, i den loven om spesialisthelsetjenesten som også kommer i 1999, og som altså sier at det skal være «enhetlig ledelse». Det siste betyr imidlertid mer «énpersonlig» enn enhetlig.

Lovforslaget preges altså av at helsevesenet og dets styring og ledelse befinner seg i en overgangsfase – mellom medikrati og et integrert, «bedriftslig» regime. Det er spenningsfylt.

Det hører med til dette bilde at det «overordnede faglige tilsyn», lagt til Helsedirektoratet, mer er et lovlydighetstilsyn enn et faglig tilsyn i medikratiske forstand. Skulle det vært det siste måtte det, for den intuitive medisin, ha innebåret at det var basert på overprøving av mål-middel-vurderinger, for den probabilistiske medisin på overvåkning av retningslinjeoppfølging og for presisjonsmedisinen på registrering av resultater. Det er interessant at parallelt med denne rettsliggjøringen av tilsynet skjer det en «resultatliggjøring» av styringen på det generelle plan (målstyring og såkalt ny offentlig (profesjonalisert) ledelse). Igjen vidner det om at situasjonen var overgangspreget. Bente Ohnstads lovforslag, og den lov som siden kommer, har mer av sine «føtter» i det som var og den rettsliggjorte del av det som skal komme, enn i det nye, bedriftspregede.

Men hennes utredning og lovforslag har en annen side som viser «overgangstenkning» og som bør nevnes her. Under kap. III, der legers og tannlegers rettigheter skal reguleres, foreslår hun at de to faggruppene skal gies et ganske bredt fagmonopol, og dermed også en bred autonomi (overfor overordnede ledere). Her gies i § 18 leger enerett på å behandle «almenfarlige sykdommer» og tannleger enerett på å behandle (nesten alle) sykdommer i tennene, tannkjøttet, munnslimhinnene etc. De to gruppene gies også enerett til å forskrive reseptpliktige medikamenter (§ 20) og til å bruke «undersøkelses- eller behandlingsmåter som krever spesiell medisinsk eller tannmedisinsk kyndighet» (§ 21). I dette kapitlet nærmest bekreftes tann/medisinens faglige supremati. Når det i § 18 sies at «bestemmelsen ikke er til hinder for at helsepersonell som kommer inn under denne lov kan utøve virksomhet innen de rammer forsvarlighetskravet i lovens § 25 setter», sies det indirekte at de primære fagautoriteter er leger, men at noen, for eksempel nokså standardiserte (regelmedisinske) legeoppgaver kan overlates til andre, som da fungerer som en slags submedisinere. Der er en bestemmelse i § 19 om tannpleiere som ligner på denne om «submedisinere». Faghierarkiet forutsettes altså.

Samtidig sies det, om enn ikke så tydelig i selve lovforslaget (som i utredningen), at alle yrkesgrupper loven omfatter har kompetanse – både i rettslig og helsefaglig forstand – til å utøve sitt yrke autonomt. De ulike gruppene sidestilles altså i viktige henseender. Det heter da også i utredningen at det er en hovedmålsetning med en ny, *samlet*, helsepersonellov å «danne grunnlaget for mer like forhold og å åpne for fleksible og rasjonelle løsninger helsepersonellgrupper imellom» (s. 19). Lovutkastet støtter slik de «andre» gruppenes kamp mot lege- og tannlegedominansen, altså mot medikratiet og odontokratiet. På den måten er lovforslaget politisk tidstypisk. Men utrederen har hatt problemer med å si hva «likeverdigheten» består i. Hun har det samme problem som de ulike andre gruppene, med psykologene og i noen henseender et par andre grupper (ernæringsfysiologer, kanskje fysioterapeutene) som unntagelser. De blir upresise når de skal definere sin egen, uavhengige kompetanse (faglig, ikke rettslig forstått). I den grad de andre gruppene har diagnostiske eller terapeutiske oppgaver har de, som vi har påpekt, et tann/medisinsk, men nå også i økende grad et teknologisk, faggrunnlag. Lovforslaget preges da for så vidt også av det, som vi nettopp har sett (kap. III i innstillingen). Men som vi også har påpekt, med utviklingen av en probabilistisk og presis medisin(sk teknologi) kan stadig flere oppgaver overføres til andre, og for så vidt uten at disse ledes eller kontrolleres av tann/leger. Som vi har sett legger Ohnstad vekt på muligheten for slik oppgaveoverføring, men påpeker ikke at den fristillelse fra medisinsk kontroll som utviklingen innebærer samtidig betyr enn innordning under annen, profesjonalisert ledelse.

Bente Ohnstad nevner at sykepleierne også har en annen oppgave enn å være submedisinere, nemlig å være pleiere. Hun argumenterer imidlertid ikke, som profesjonsbyggerne innen sykepleien heller ikke gjorde, tydelig for hvorfor pleie er, eller kan bli, et selvstendig, vitenskapsbasert fag. Hvorom alt er, da hun skrev var *sykepleien* i hovedsak et praktisk fag, sterkt preget av erfaringsbasert kunnskap og av en sterkt bevisstgjort, for mange «sakral», etikk. Sykepleien hadde slik et viktig intuitivt grunnlag. Men i motsetning til medisinsens intuitive grunnlag var ikke sykepleiens esoterisk, altså vanskelig å forstå, og bedømme, for utenforstående. Argumentasjonen for pleieautonomi overfor generelle ledere, men for så vidt også overfor pasienter, fremstår derfor som en tilpasning til tidsånd og hva som var politisk oppørtunt.

Forsvarlighet hadde etter hvert fremstått som det sentrale begrep i vurderingen av og kontrollen med det helsefagfolk og helseinstitusjoner gjorde. Vi har sett at det tidligere ble talt

om skikkethet og så om en blanding av skikkethet og forsvarlighet. Nå står forsvarlighet, nesten, alene igjen. Begrepet er sentralt i Ohnstads lovutkast. Hva forsvarlighet medisinsk eller helsefaglig ellers er, blir imidlertid ikke drøftet, eller definert. I stedet for sies det hva en fagperson skal gjøre for at han eller hun skal kunne praktisere forsvarlig, nemlig holde seg faglig à jour, vurdere egne faglige begrensninger, drive selvkontroll, følge alment aksepterte faglige normer og lovkrav og, når det er riktig, henviser til andre fagfolk (§ 25). De gamle skikkethetsfaktorene er altså fortsatt med, om de enn er andre enn tidligere og formulert mer positivt. Lovuttrederen unngår altså langt på vei å si noe mer konkret om innholdet i forsvarligheten, eller uforsvarligheten. Som vi har pekt på, med medisinen og teknologiens utvikling endrer dette seg hele tiden, men ikke bare skrittvis. Der skjer, som vi har nevnt, noe som ligner på mer markerte endringer og som gjør at faginnholdet krever ulik type praksis og ulike former for kontroll: Under intuitiv medisin vil kontrollen i hovedsak måtte være en slags forhåndskontroll (kfr. autorisasjon) og siden en skjønnspreget kontroll utført av relevante eksperter. Under probabilistisk medisin kan kontrollen i stor grad knyttes til prosessen – ved å se om retningslinjer følges. Under presisjonsmedisin kan kontrollen rettes mot resultatet. Etter hvert som fagligheten blir mer presis krever altså kontrollen stadig mindre klinisk erfaring og ekspertise og kan til slutt utføres av pasienter, altså ikkefagfolk.

Vi har sagt at loven preges av begrepet forsvarlighet. Egentlig er det like meget begrepet uforsvarlighet – det å drive *mala praxis* – den preges av. Intervensjonen skjer, etter loven, når en fagperson går fra å praktisere forsvarlig til å praktisere uforsvarlig. Loven gir ingen premisser for å *belønne* praksis som befinner seg godt over forsvarlighetsnivået. Den er, som «styrende» lover flest, punitivt orientert. Den legger grunnlaget for å se om noen har sviktet, enten direkte (klinisk) eller indirekte, ved ikke å ha organisert den kliniske virksomhet på en måte som øker sannsynligheten for forsvarlig klinisk praksis. Den foreslåtte helsepersonellov, som helsetilsynsloven, er slik i noen grad (et forslag til) en «negativitetslov» – en straffelov. Brudd på loven, kan etter forslaget lede både til bøter og fengsel. Overfor enkeltfagpersoner foreslås det, i tråd med praksis fra lege- og tannlegelovene, og som vi har sett, «disiplinærforføyninger» – tilrettevisning, advarsel (§ 61), tap eller suspensjon av visse former for forskrivningsrett (§§ 62, 63) og tilbakekalling eller suspensjon av autorisasjon eller lisens (§§ 66, 68).¹⁰⁸⁸

Denne «negative» lovgivning hadde så, som nevnt ovenfor, sin parallell i den «positive» målstyring, som i helsevesenet ved overgangen fra 1980- til 1990-årene vokste frem som kvalitetsutviklingspolitikk (som vi kommer tilbake til). De to former for politikk utfylte for så vidt i noen henseender hverandre, som en slags pavlovianske betingingsregimer – det ene basert på trusler (disincentiver), det annet på lokkemidler (incentiver). Men i ikke liten grad var de også konkurrerende regimer, representert ved henholdsvis juristene og økonomene. Lovutkastets mor uttalte i et intervju med Tidsskrift for Den norske legeförening i 2001 at da hun startet i Helsedirektoratet satt hun og skrev tilrettevisninger. Hun fortsetter: «Roller som helsepoliti mislikte jeg fra første stund». Hun legger til: «Dessverre har den negative sanksjonskulturen fått lov til å utvikle seg altfor langt».¹⁰⁸⁹ Hun ønsker at de pedagogiske

¹⁰⁸⁸ Vi skal nevne at Ohnstad i sitt lovutkast foreslår at det oppnevnes en Statens ansvarsnemnd (vedtaksorgan i disiplinærsaker) og et helsefaglig utvalg (råd i saker om etikk og faglige kvalifikasjonskrav) (kfr. §§ 55-60). Hun følger slik delvis opp departementets forslag i forbindelse med revisjonen av Helsetilsynsloven våren 1992.

¹⁰⁸⁹ Tom Sundar, «Fra helsepoliti til helsepedagog», intervju med Bente Ohnstad, *Tidsskrift for Den norske legeförening*, bind 121, nr. 4, 2001, s. 518-519. Reaksjonsformen «tilrettevisning» ble for øvrig fjernet i 2001, med virkning fra 2002, ikke minst for å gjøre den ferske helsepersonelloven (den trådte ikraft fra 2001) mindre «negativ». Tilrettevisningen hadde imidlertid noe pedagogisk over seg; den var en mild, ofte forklarende, kritikk

sidene ved tilsynsrollen skal komme tydeligere frem. Hvis det skal innebære mer enn å skolere helsepersonellet i helsetilsynsloven, helsepersonelloven og andre lover, og altså å vise helsefagutøvere hvordan de kan unngå å «komme i heisen», vil det innebære at tilsynsutøverne må bli kvalitetsutviklingsrådgivere. Selv om medisinenes presisjonsutvikling gjør det enklere å se hva det går ut på, må det da både lages en helt annen type lovgivning enn den man hadde og har og det må ansettes tilsynspersonell som har den helsefaglige kompetanse som kreves. Jusen blir da mindre relevant.

Bente Ohnstad bruker ordet «profesjon» om alle helseyrkene. Også det gjorde hun i tråd med det som var blitt vanlig på den tiden hun skrev. Ved å gjøre det, markerer hun at hun mener yrkene står på et likt nivå hva angår faglighet, eventuelt også etikk. Som vi har påpekt var, og er, imidlertid dette ikke tilfellet når det gjelder fagligheten. Her er det, hva angår det sentrale, diagnostikk og terapi, tale om et tydelig hierarki, noe som for så vidt, og som nevnt, også reflekteres i hennes lovforslag. Hennes språkbruk får slik en yrkespolitisk funksjon.

Bente Ohnstad leverte sitt grundig forberedte lovforslag ved utløpet av 1993. Det ble sendt til uttalelse, men ikke straks fulgt opp av departementet. Lovproposisjonen ble lagt frem først den 13. november 1998, etter at et proposisjonsforslag først var sendt til uttalelse. Proposisjonen ble behandlet i Odelstinget den 22. april og i Lagtinget den 27. april 1999.¹⁰⁹⁰ Loven ble sanksjonert den 2. juli 1999 (lov 64). Legene, tannlegene og jordmødrene likte ikke å miste «sine» lover, men motstanden mot å få en «samlelov» var ikke sterk. Politisk var det bare Fremskrittspartiet som hadde motforestillinger av betydning: Partiet ville beholde litt mer av medikratiet enn de andre partiene.

I proposisjonen heter det (i kap. 3.3.):

Loven er en personansvarslov med utgangspunkt i plikten til forsvarlig yrkesutøvelse. Den enkelte yrkesutøver har et personlig og selvstendig ansvar for sitt arbeid. Samtidig åpnes det i loven for at helsepersonell – innen rammene for forsvarlig virksomhet – kan utføre en rekke arbeidsoppgaver, på selvstendig grunnlag eller som medhjelper. Om vedkommende er kompetent til å utføre oppgaven må vurderes ut fra vedkommendes reelle kvalifikasjoner, ikke bare ut fra hvilken profesjon vedkommende tilhører.

Som Bente Ohnstad, lar altså departementet alle yrkesgruppene både få (og for noen få beholde) autonomi og makt, men altså uten å avklare forholdet mellom fagledelseslinjen og den generelle ledelseslinjen (eller andre lov- og avtalebaserte linjer). I praksis blir denne dobbeltlinjen etter hvert stadig mer utfordret, men lenger inn i tiden etter 1994 skal vi ikke nå gå.

Helsepersonell er der for aktuelle og potensielle pasienter. Slik sett har de en instrumentell rolle – som utstyr har. Samtidig har helsepersonell sine egne interesser. Skal helsetjenesteytere fungere godt for de aktuelle og potensielle pasienter, må de som styrer og leder ta hensyn til det. De første må motiveres. De fleste av dem er gjerne «naturlig» motivert:

– som ikke ble en plett på rullebladet. Nå stod man igjen med advarselen, en formell sanksjon, som havnet på rullebladet. Tilsynsmyndighetene kunne imidlertid stadig, som lederne, gi ulike former for kritikk (eller ros).¹⁰⁹⁰ Ot.prp. nr. 13 (1998-99), *Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*; Beslutn. O. nr. 64 (1998-99).

Deres hovedoppgave, å gjøre godt for andre, gir mening i seg selv. Å ha autonomi, og makt, gjør det mulig å sette mer eller mindre individuelle spor etter seg. Spesielt leger, men i noen grad også de fleste av de andre teoribaserte yrkesgruppene i helsevesenet, har tradisjonelt hatt mye eller iallfall noe autonomi, både individuelt og kollektivt. Med utviklingen av en mer presis og standardisert kunnskap begrenses autonomien og dermed muligheten til å gjøre en personlig forskjell. Den begrenses også fordi myndighetene og lederne skjerper kontrollen (tilsynet) med helsetjenesteytere. Denne skjerpelsen startet, som vi har sett, i den perioden vi her omtaler, men blir tydeligere etter vår periode. Selv helsepersonnelloven av 1999 lot der bli igjen et visst innslag av autonomi, spesielt for leger og tannleger, men også for de øvrige yrkesgrupper.

Den eksterne kontrollen med helsepersonellet – en kort kommentar

Ettersom den personlige, og delvis også den kollektive, autonomien begrenses blir det den amerikanske ledelsesteoretiker, Frederick Herzberg (1923–2000), kalte «hygienefaktorer» viktigere.¹⁰⁹¹ Slike faktorer er arbeidsplassens utforming (kvalitet), velferdstiltak av ulike slag (barnehageordning for eksempel), arbeidstidens lengde og plassering i døgn og uke og, spesielt, lønn (pr. tidsenhet arbeidet). Motivasjonstiltakene blir altså mer knyttet til strengt «private» interesser (egeninteresser). Hensynet til disse interesser blir i økende grad formalisert gjennom avtaler mellom arbeidsgivere og arbeidstager og kontraktører. For de fleste er (tariff)avtalene generelle, og forhandlet frem gjennom arbeidsgiver- og arbeidstagerorganisasjoner, men individuelle avtaler begynte å spille en viss rolle i den perioden vi nå omtaler. I «bakgrunnen» virker også hovedavtalene (overordnede tariffavtaler) og arbeidsmiljøloven (lov om arbeidervern og arbeidsmiljø, 1977); den siste også med den viktige internkontrollforskriften. Disse avtaler, og denne og andre lover, representerer slik både ekstra styrings- og kontrollinjer overfor arbeidstagerne og arbeidskontraktørene, men virker også som begrensninger på arbeidsgivernes styringsrett og tilsyns- og kontrollvirksomhet overfor helsepersonell. Disse, delvis eksternt baserte, kontrollinjene, skal vi ikke omtale nærmere her.

Lovgivning knyttet til pasienters og befolkningens interesser

Klinikken er først og fremst til for pasientene, preklinikken både for dem og for samfunnet som kollektiv. I det kliniske marked spiller pasientene, som (potensielle) kunder, en atomisert «tilsynsrolle». De vurderer, både på forhånd og etterpå, tjenestenes og tjenesteyternes tilgjengelighet, kvalitet (i ulike henseender) og pris. Dette «tilsyn» virker ved at tjenesteyterne som enkeltpraktiserende eller som institusjoner taper eller vinner pasienter (kunder), eventuelt ved at de (også) får direkte eller indirekte ros og ris. Risen kan i det siste tilfelle også innebære rettslige reaksjoner, som saksøking med krav om erstatning. Økonomen Albert Hirschman har, som vi har nevnt, omtalt disse reaksjoner som henholdsvis *exit-* (og *entry-*) og *voice-*reaksjoner. Siden kunnskapsasymmetrien var betydelig under den skjønnbaserte, intuitive medisin, fikk pasienter «tilsynsbistand» når det gjaldt ivaretagelsen av sine interesser. Det skjedde, som vi har sett, spesielt i regi av fagpersonene selv, særlig legene, som i stor grad drev et uformelt egentilsyn. Det skjedde også i regi av myndighetene, men her

¹⁰⁹¹ Frederick Herzberg, *Work and the Nature of Man*, New York: World Publishing, 1966.

var tilsynspersonene gjerne fagfolk: De primære offentlige tilsynsførere var, som vi har sett, embedsleger. Det offentlige tilsyn, særlig hjemlet gjennom legeforsretningsloven av 1912, var slik i stor grad en forlengelse av det kollegiale (egen)tilsyn.

Med styrings- og ledelsesrevolusjonen (1970-årene), og spesielt med vedtagelsen av helsetilsynsloven i 1984, begynte for alvor avkollegialiseringen av tilsynet med at pasientenes interesser ble tatt tilbørlig hensyn til. Det skjedde på to måter. Det skjedde, som vi har sett, ved at myndighetene laget regler hvis etterlevelse de selv direkte kontrollerte. Dette ble fra 1984 det viktigste tilsyn med kliniske tjenester. Vi har sett at dette tilsyn både gjaldt regler for regler (internkontroll) og (fag)regler og skjønnspreget praksis. Man kan si at myndighetene slik «sosialiserte» den kollegiale egenkontroll, og i den forbindelse i økende grad gjorde tilsynspremissene juridiske. Premissene for kontrollen ble samtidig gradvis utvidet; kontrollen ble altså både mer «fremmedbasert» og mer omfattende og nærgående. Men myndighetene ble ikke slik bare mer «paternalistiske» i sitt tilsyn, de innførte også tiltak for å styrke pasientenes evne til å opptre som effektive etterspørrere (og kontrollører). Det som for alvor begynner å skje i den perioden vi ser på, er at både det «utvendige» tilsynet ovenfra og det delvis «utvendige» tilsynet «nedenfra» styrkes, på bekostning av det kollegiale tilsyn. Det er et uttrykk for det generelle forhold at klinikken og klinikerne både utsettes for mer hierarkisk og mer markedsbasert styring.

Den lovgivning som nå kommer, og som altså har direkte pasientinteresser som utgangspunkt, er av begge slag, hierarkisk påleggspreget og konkurransefremmende. Vi finner den, som enkeltbestemmelser, i mye av den lovgivningen vi allerede har omtalt, men også i annen lovgivning, endog lovgivning som ikke spesielt gjelder helsevesenet. Noen egen lov om hvordan hensynet til pasienters interesser skal og kan ivaretaes kommer ikke i «vår» periode. Den kommer først i 1999. Der kom, som vi har sett, et forslag til pasientrettighetslov i 1990, utarbeidet av jusprofessor Ståle Eskeland. Men som Ohnstads forslag ikke direkte ble tatt til følge ble heller ikke Eskelands det.

Borgere har også interesser knyttet til prekliniske tiltak og tjenester. Vi finner dem særlig i folkehelselovgivningen. De knyttes da normalt ikke til personlige rettigheter. Slike tiltak og (til dels) tjenester har ofte et nokså offentlig preg og må derfor settes i verk og ytes enten av et offentlig organ eller et offentlig organ må betale private (konkurrerende) aktører for å skaffe dem til veie. Vi skal i det følgende spesielt omtale lovgivningen knyttet til kliniske tjenester, altså pasientrettighetsbestemmelser, men også si litt om den som er knyttet til prekliniske tiltak, altså folkehelselovgivningen.

Pasientrettighets- og personvernlovgivningen

Borgerne har interesser overfor helsevesenet spesielt som aktuelle og potensielle pasienter. De har imidlertid også interesser som personer i mer generell forstand. De siste omtales gjerne som personverninteresser. Vi skal legge vekt på, og starte, med de første.

Pasientinteresser omtales i vår period i økende grad som pasientrettigheter. Det er i seg selv av betydning: Interesser gies slik et *autotelisk* (selvbegrunnende) normativt preg. Vi får en utvikling som, i etterkant av vår periode også fører til at det vedtaes en lov om pasientrettigheter. Den vedtaes i 1999 og trer i kraft i 2001. Det er den første norske lov av dette slaget. Det betyr imidlertid ikke at ikke pasientrettigheter hadde spilt en rolle før. Vi skal se at både institusjons- og personellovene i økende grad fikk bestemmelser som gir pasienter

rettigheter. Tilbyderne fikk flere og flere plikter som reflekterer pasientinteresser og ble i økende grad også forstått som pasientrettigheter. Vi har ikke sett på disse bestemmelser i de viktigste institusjonslovene, de som gjelder primær- og spesialitshelsevesenet. Vi skal derfor si litt om dem i det følgende. Det bør imidlertid straks understrekes at det ikke er tilfeldig at den (dir)ekte pasientrettighetslovgivningen, og for så vidt personvernlovgivningen, kommer så sent. Det reflekterer den både medikratiske-paternalistiske og den velferdsstatlig-paternalistiske kultur som lenge dominerte. Det er i takt med at disse kulturer svekkes, at pasientenes rettigheter kommer tydeligere og oftere frem i institusjons- og personellovgivningen og at der til sist (1999) kommer en egen lov der pasientenes interesser er utgangspunktet. At personopplysningsloven kom i 1978 (ny lov i 2000), altså noe tidligere, er uttrykk for den beslektede svekkelse av all øvrighetspaternalisme og fremveksten av den liberale rettighetsbølge.

Før vi ser på lovgivningen og de premisser den gir for tilsynsvirksomheten, skal vi si litt om hvordan vi kan forstå rettigheter for pasienter.

Rettighetsbegrepet er særlig knyttet til liberale og individualistiske interesser. De er legalt beskyttede friheter: friheter fra overgrep fra andre, spesielt staten, men også andre overgripere, eller forbrytere. Fra annen halvdel av det 19. århundre begynte sosialliberale tenkere, som John Stuart Mill (1806–1873) og siden Leonard Hobhouse (1864–1929), å tale om friheter *til*, eller *positive* rettigheter; altså rettigheter som gir andre, for eksempel fellesskapet (staten) plikter. Sosialister førte etter hvert denne tenkningen videre. Den kom til å skape mye av grunnlaget for den omfordelende staten, velferdsstaten. Men mye lenger tilbake i tid ble det talt om at for eksempel representanter for stender av ulike slag, inkludert yrkesstender, som medisinen, hadde forpliktelser overfor andre, sine underordnede og sine klienter, pasienter etc. Den medisinske kultur definerte en rekke plikter for leger, plikter som altså gav pasienter en form for rettigheter. Vi kan i noen grad si at staten, som velferdsstat, er en institusjon som legger den type plikter stendene, også fagstendene, la på seg selv, på seg selv. Vi kan også si det slik: Staten tok (delvis) over de plikter fagstendene hadde lagt på seg selv, og utvidet dem. Positive rettigheter representerer altså en form for paternalisme og maternalisme, først i regi av for eksempel en stand og så i regi av staten.

Med velferdsstaten kom der stadig flere, og mer solide, (positive) pasientrettigheter. De kom imidlertid, i tråd med paternalismen, gjennom lover som gir staten (offentlige organer) og helsepersonell plikter. Også den første egentlige pasientrettighetsloven, som altså kom først i 1999, kom på paternalistisk vis. Staten vedtok den og gav seg selv plikter, plikter den sa den skulle følge opp etterlevelsen av gjennom et formalisert tilsyn (spesielt fra 1984). Det er allikevel slik at denne loven, og noen bestemmelser som foregrep den, også reflekterer et liberal-individualistisk syn på rettigheter. Det viser seg ved at pasienter i større grad får en rolle som i et «vanlig» marked, nemlig en større grad av selvbestemmelse.

Som vi har nevnt blir altså tilsynet med pasientrettighetspraksisen, siden det i stor grad er offentlige institusjoner og offentlig ansatte tjenesteytere som tilbyr dem, en spesiell form for egenkontroll. Den blir primært en forebyggende sådan, symbolisert ved den «egentlige» egenkontroll, og en reaktiv (og sekundært forebyggende) sådan, representert ved klage- og til dels erstatningsordninger. Kontrollen med private tjenesteytere er i de fleste tilfeller også halvt intern, for så vidt som de fleste av disse i hovedsak er offentlig finansiert.

Vi har sett at de rettigheter pasienter har fått gjennom institusjons- og personellovgivningen i hovedsak er knyttet til tilgjengelighet (til helsens hus, og så til dens mange rom) og kvalitet (i

snever forstand). Tilgjengeligheten er særlig knyttet til terskler, som prisen på tjenestene, men også til tids- og romavstanden til tjenestene. Når det gjelder kvalitet er rettighetene spesielt knyttet til «nedsiden» av kvalitet. Her ble etter hvert forsvarlighet/uforsvarlighet det sentrale vurderingskriterium. Tilgjengelighet er, i de fleste henseender, et mer naturlig kvantitativt kriterium enn kvalitet. Allikevel, men delvis også derfor, var det, som vi har sett, først og fremst tilgjengeligheten som skulle skape vanskeligheter for helsevesenet og dem som skulle drive helsetilsyn. Siden tilgjengelighet hadde med spesielt fylkeskommunenes økonomiske evne å gjøre, ble politikken og retningslinjene uklare. Tilsynet ble slik nokså politisk sensitivt, som vi har sett. Vi har også sett at det ble så sensitivt at departementet ville legge det overordnede tilsynsansvaret til departementet. Vi har videre sett at Stortinget ikke gikk med på det, og i stedet, paradoksalt nok, gjorde Helsedirektoratet om til et mer faglig tilsynsorgan. Helsetilsynet ble også det. Det vil si, den prosessen hadde startet i 1984, men fikk tyngde først ved overgangen til 1990-årene, og utviklet seg slik parallelt med Norbom-prosessene. Som tilsynsorgan ble slik Helsedirektoratet, fra 1994 Helsetilsynet, først og fremst et kvalitetstilsyn. Den gradvise konkretisering av forsvarlighetsbegrepet ble slik kjernen i det pasientrettighetstilsynet som nå vokste frem. Den oppsidebaserte kvalitetspolitikken som vokste frem fra om lag 1990, ble i liten grad en pasientrettighetspolitikk, og ble slik også i mer beskjeden grad en gjenstand for kontroll og tilsynsvirksomhet.

Man kan si at en del av kvaliteten ved den kliniske prosess er hvor godt informert pasienter blir og hvor diskret behandlerne er i sin omgang med de opplysninger de får om pasienter. Det første vil, juridisk, særlig være et spørsmål om pasientens adgang til (hele) sin journal. Det annet vil være et spørsmål om hvor diskret klinikerne og klinikken behandler journalen og de opplysninger som inngår i den, men også et spørsmål om pasienters adgang til å «redigere» sin journal, f.eks. ved å få noe fjernet fra den, ev. ved selv å skrive noe inn i den. Også slik informasjonsbehandlingskvalitet blir av økende betydning som følge av forbrukerrevolusjonen. Her blir imidlertid skillet mellom pasientrettigheter og personrettigheter uklart. I begge tilfeller blir imidlertid det individualistisk-liberale begrepet pasientenes selvbestemmelsesrett, viktig. Vi skal omtale disse bestemmelsene nedenfor, under presentasjonen av personvernlovgivningen.

Pasientrettighetslovgivningen: tilgjengelighet

Ved jordmorloven av 1898 (§ 4) fikk jordmødre plikt til å yte øyeblikkelig jordmorhjelp. De fødende fikk slik i praksis en rettighet (dog mer som fødende enn som pasienter). Plikten er her altså en omsorgsytterplikt, ikke en institusjonell plikt. Ved legeloven av 1927 fikk legene en tilsvarende personlig plikt til å yte øyeblikkelig hjelp når slik var medisinsk påkrevet om liv skulle reddes eller alvorlig helbredstap skulle unngås (§ 7). Pasientene fikk med det en rett til slik hjelp (og uten betalingsplikt); dog uten at det her ble spesifisert hvem som skulle betale for hjelpen, for eksempel for dem som ikke var dekket av forsikringen. Tannlegeloven og de senere yrkesgruppelover (utenom loven for leger) fikk ingen bestemmelse om plikt til å yte øyeblikkelig hjelp, og pasientene dermed heller ingen rett til akutthjelp fra slike gruppers representanter. Ved sykehusloven av 1969 fikk sykehus og fødselshjem «plikt til uoppholdelig å motta en pasient når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen kan gi er påtrengende nødvendig» (§ 6). En lignende bestemmelse ble tatt inn i lov om psykisk helsevern av 1961 (§ 2, sjette ledd). Slik fikk i praksis pasienter en rett til øyeblikkelig hjelp ved institusjoner, betalt av trygden og sykehuseieren. Dette er rettigheter som primært er paternalistisk motivert. Jordmødre, leger og tannleger så også på seg som forpliktet til å ytre slike tjenester før lovene kom. Nå ble paternalismen altså formalisert og

omdannet fra en litt usikker privat profesjonsplikt til en statlig diktert (rettslig) plikt. Prosessen med å gjøre helsetjenesteytere etisk heteronome ble slik startet.

Når det gjelder behandling generelt, fikk om lag 40 prosent av befolkningen, lavt lønnete arbeidstagere og deres pårørende (barn bare under 15 år), rett til fri behandling etter sygeforsikringsloven av 1909 (ikraft fra 1911). Der ble åpnet adgang for at personer som falt utenfor den gruppen som måtte forsikre seg, kunne slutte seg til forsikringen frivillig. Få gjorde det i begynnelsen (0,9 pst. av medlemmene var i 1912 frivillige), men flere kom til etter hvert (17,6 pst i 1934). Det ble ikke i loven spesifisert at retten også gjaldt sykehusbehandling, men den ble i praksis tolket slik; fra 1930 ble det gjort klart.¹⁰⁹² Slik ble altså den økonomiske terskelen fjernet for dem loven gjaldt. Den ble dog hevet noe igjen høsten 1922, da en egen refusjonstariff kom til å avvike fra legenes normaltariff; pasienter måtte fra da av betale en egenandel.¹⁰⁹³ Sykeforsikringen, fra 1930 sykestrygden, ble etter krigen utvidet og gjort almen fra 1956. Fra starten av måtte de forsikrede betale 60 prosent av premien selv; de ble «tvunget» til å oppføre seg mer medisinsk ansvarlig. Siden er den andelen redusert; forsikringsprinsippet har måttet vike for skatteprinsippet. Ordningen var altså delvis liberal i starten, men den hadde et paternalistisk innslag: For de fleste som ordningen omfattet, var medlemskap tvungent. De forsikrede skulle tvinges til langsiktig (individuell) fornuft.

Gjennom kommunehelsetjenesteloven av 1982 ble kommunene forpliktet til å yte dem som oppholder seg i en kommune «rett til nødvendig helsehjelp» (§ 2-1). Bestemmelsen ble dog modifisert ved at det i lovforarbeidene het at hjelpen skulle være «begrenset til det som økonomi, tilgang på personell og utstyr gjør mulig».¹⁰⁹⁴ Denne bestemmelsen kan man si i noen grad *svekket* det sykeforsikringsloven av 1909 hadde sagt. Samtidig ser man at denne loven, som de to sykehuslovene, gjorde at ansvaret for å gi pasientene tilgjengelighetsrettigheter delvis ble flyttet fra personell til (offentlige) arbeidsgivere, og gjort til rettigheter til *naturalytelse*. Disse endringene i ansvar reflekterer slik også endringer fra et mer individuelt-paternalistisk til et mer offentlig-paternalistisk, nyttestatlig regime.

Distriktslegeordningen, som har røtter tilbake til tidlig i det 18. århundre (og til dels enda lenger), hadde som formål både å sikre leger inntekter i bygde-Norge og å redusere den fysiske avstand til legehjelp for pasienter. Ordningen ble vesentlig utvidet etter vedtagelsen av legeforretningsloven av 1912. Allikevel var det gjennom 1950- og 1960-årene problemer med å skaffe nok leger til mindre kommuner. Disse problemene avtok noe utover i 1970- og 1980-årene. Samtidig vokste bekymringen for tilgjengeligheten til sykehustjenester og spesialisthelsetjenester generelt. Bekymringen hadde delvis å gjøre med avstand; med spesialiseringen og den økte bruk av komplisert og kostbar teknologi ble det ofte større avstand for folk i grisgrendte strøk til de mest spesialiserte tjenester. Avstanden ble imidlertid,

¹⁰⁹² Om bakgrunnen for innføringen og den tidlige utviklingen av sykeforsikringen i Norge, se Marius Ormestad (1874-1964), *Sykestrygden i 25 år. Forberedelse og virksomhet 1885-1911-1921-1936*, Halden: E. Sems trykkeri, 1936. (Elektronisk tilgjengelig:

<https://www.nb.no/nbsok/nb/edd52e41b3fcf3d93de7f58a9c90f55f?index=4#1>.) Tallene for frivillig medlemskap er fra Ormestad, s. 76.

¹⁰⁹³ Fra 1932 ble det i de fleste kasser inngått kontrakter om takstene mellom kassene og legene, men ellers ble refusjonssystemet bibeholdt frem til krigen. Under krigen ble takstene fastsatt av departementet. Etter krigen var det dragkamp om takstene helt frem til 1970-årene, da takstene (normaltariffen) ble forhandlingsgjenstand. Elementer av totakstsystemet ble dog beholdt, for så vidt som der ble krevet egenandeler av pasientene; et element av økonomiske terskler ble slik beholdt.

¹⁰⁹⁴ Ot.prp. nr. 36 (1980-81), s. 160 og Ot.prp. nr. 66 (1981-82), s. 31.

på grunn av bedre kommunikasjoner, ikke alltid reelt sett større. De fleste lokalsykehus ble beholdt gjennom den perioden vi her omtaler, men deres tilbudsspekter ble snevrere. Frykten for sykehusnedleggelse økte også.

Men bekymringen ble størst hva angikk sykehusenes og spesialistenes *kapasitet*. Denne bekymringen tiltok utover i 1980-årene og førte til at det i 1990 kom en forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter.¹⁰⁹⁵ Forskriften var en erkjennelse av at myndighetene ikke helt klarte å oppfylle det «løfte» som lå i det som nå var blitt folketrygdloven. Erkjennelsen var imidlertid betinget: «Alle» skulle få de spesialisthelsetjenester de hadde medisinsk behov for, men noen kunne måtte vente litt, nemlig dem det hastet minst for. Men erkjennelsen kom jo før forskriften. Da regjeringen Willoch nedsatte prioriteringsutvalget (Lønning-I) erkjente den med det at ikke alle kunne vente å slippe til straks et behandlingsbehov var registrert. Utvalgets innstilling, som kom i 1987 (NOU: 23), gikk ut på at når behovet for undersøkelse eller behandling var akutt, skulle pasientene slippe til straks. I annen rekke skulle så de komme som kunne få alvorlig mén av ikke å få rask hjelp, hvis slik eksisterte. I tredje rekke skulle så resten komme. Ventetidsordningen skulle gjelde gruppen som fikk annen prioritet. Pasienter som fikk slik prioritet skulle behandles i løpet av seks måneder, eller skaffes hjelp ved et annet sykehus. Den gruppen som fikk «ventetidsgaranti» ble ikke ubetydelig, selv om det var vanskelig å lage «konsistente» lister. Hvor mange i den tredje prioritetsgruppen som måtte vente, og hvor lenge de måtte vente, ble der ikke laget oversikter over; sykehusenes kapasitet bestemte ventetidens lengde. Man fikk altså en ikke ubetydelig tidsbarriere hva gjaldt adgangen til spesialisthelsetjenester for (potensielt) alle andre pasienter enn dem som hadde behov for øyeblikkelig hjelp. Dette var en barriere som for så vidt kan oversettes til en pengebarriere. Denne siste barrieren kan beregnes både ved å gi ventetiden en pris, en pris som også kan omfatte omkostningen ved ubehag og eventuelt fremtidig helbredstap, og ved å se hva det kostet å kjøpe seg ut av køene ved å bruke selgende tjenesteytere hjemme eller ute. Vi kan legge til at denne tidsterskelen har myndighetene ikke fått bort siden heller, noe to nye prioriteringsutvalg (1997 og 2014) er et uttrykk for.¹⁰⁹⁶

Kriteriene lansert av Lønning-utvalget, og ført videre gjennom den departementale forskriften, var ikke klare og åpnet derfor for «politikk» både fra pasienters, behandleres og sykehus' side. Der kom derfor, i samarbeid med spesialforeninger i Lægeforeningen, i 1992 en veileder over de pasientgrupper som skulle ha seks måneders ventetid.¹⁰⁹⁷ Forskriften skulle være bindende for sykehuseierne, men det var usikkert om den representerte en rettighet for en bestemt gruppe pasienter. Forskriften inneholdt ikke sanksjonsmidler overfor sykehuseierne. Da erfaringene med ordningen ble oppsummert i en stortingsmelding i 1996 kom det frem at nesten alle pasienter som fikk tidsgarantien fikk behandling innen fristen. Dog viste det seg at andelen pasienter med somatiske lidelser, og med antatt behov for innleggelse, som ikke gjorde det økte noe i løpet av første halvdel av 1990-årene. Andelen var 6,5 prosent i 1993, 8 prosent i 1994 og 10 prosent i 1995.¹⁰⁹⁸ Andelene som ventet «for lenge»

¹⁰⁹⁵ Forskrift om ventelisteregistrering og prioritering av pasienter, Rundskriv I-43/90, vedtatt av Sosialdepartementet den 25. juli 1990, med hjemmel i sykehusloven og lov om psykisk helsevern. Sykehusloven, og lov om psykisk helsevern hadde dette år fått bestemmelser som gav hjemmel for å gi forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter (sykehusloven, § 12, nytt 11. ledd og lov om psykisk helsevern, § 16, nytt 7. ledd).

¹⁰⁹⁶ Det siste utvalgets innstilling ble fulgt opp av en arbeidsgruppe ledet av professor Jon Magnussen. I 2018 kom der en innstilling om prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

¹⁰⁹⁷ Rundskriv I-25/92.

¹⁰⁹⁸ Kfr. St.meld. nr. 44 (1995-96), *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*, kap. 3.1.3.

på poliklinisk somatisk konsultasjon økte også tydelig. Andelene som ventet på dagbehandling økte mindre raskt. Der var, ikke overraskende betydelige variasjoner fylkene imellom hva gjaldt ventetid, og uten at det reflekterte forskjeller i ressursituasjonen.

Da departementet oppsummerte ventetidssituasjonen i 1995 konstaterte den at der hadde vært en stor økning i antallet ventetidsgarantipasienter, men også i antallet pasienter som ble definert som øyeblikkelig hjelp-pasienter. Departementet bemerket forsiktig at økningen i begge henseender nok ikke bare reflekterte økt behov for første- eller annenprioritets behandling. Det pekte også på at der var påfallende variasjoner i prioriteringen. I 1995 fikk for eksempel 90 prosent av de nyhenviste pasientene i Rogaland «garantitildeling», i Telemark 30 prosent.¹⁰⁹⁹ En undersøkelse Helsetilsynet gjorde i 1995 viste at blant garantipasienter (somatiske lidelser) som hadde ventet minst fem måneder ønsket 12 prosent ikke behandling, mens 15 prosent allerede hadde fått behandling og 25 prosent ikke hadde en lidelse som kvalifiserte for behandling. Helsetilsynet fant også andre «underlige» forhold, som at bare 12 prosent av de ventende pasienter ikke var sykemeldt (kap. 3.2.3.). I det psykiatriske helsevesen fungerte ventelisteordningen svært dårlig, viste det seg. Således førte under halvparten av de aktuelle institusjoner ventelister (kap. 3.3); de ventelister som ble ført var svært mangelfulle. Det er derfor ikke så overraskende at departementet i et rundskriv i 1993 bad fylkeskommunene om å opprette ventelisteråd og innføre fritt sykehusvalg for ventetidsgarantipasienter innen pasientenes helseregion.¹¹⁰⁰ Vi skal legge til at der i 1997 kom en ny ventelisteforskrift. Gjennom den ble det innført en vurderingsgaranti for spesialisttjenester: Pasienter skulle vurderes innen 30 dager. Det ble også bestemt at det skulle taes hensyn til den forventede virkningen av en eventuell behandling; som i Lønning II-innstillingen (NOU 1997: 18) ble det nå lagt mer vekt på nyttehensyn.

Det er interessant at der ikke er gjort juridiske forsøk på å utfordre «køplasseringen», selv etter at den viste seg å være så preget av tilfeldigheter. Gjennom rettssaker kunne pasientenes rettigheter blitt bestemt. Ja, rettssaker kunne ha drevet helsetjenestefinansieringen «tilbake», eller frem, mot igjen å bli en mer individuelt basert forsikringsordning. Vi kan legge til, det er ikke usannsynlig at det vil skje; veksten i private tjenestekjøp, i privat forsikring og i europeisering av helsetjenestemarkedene bidrar i økende grad til det. Vi må anta at mange etter hvert vil vite mer presist hvilke rettigheter de har. Etter hvert som myndighetene begynner å presisere rettighetene, vil trygden (igjen) mer og mer få preg av å være en forsikringsavtale. Individualistisk bevisste borgere, kan med domstolene som midler og kontrollorganer, drive utviklingen i individualistisk-liberal retning.

Sykeforsikringen gav fra 1956 alle en rett til medisinsk behandling, betalt via trygden. Denne retten ble imidlertid svekket ettersom finansieringen ble mer bevilgningsbasert (istedenfor forsikringsbasert) og dermed knyttet til naturalytelser, altså ble mer paternalistisk. Svekkelsen kunne skyldes både personalmangel og institusjonskapasitetsmangel, men slik mangel kunne også i noen grad skyldes, eller forsterkes av bevilgningsinnstramminger. Siden noe av formålet med overgangen til paternalistisk bevilgningsfinansiering var å begrense utgiftsveksten, var det nærmest umulig å hindre at ordningen skapte ventetid og til dels nesten stengte dører for en del borgere som ville bli pasienter.

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*, kap. 3.2.2, figur 3.7. De fleste fylkeskommuner lå i nærheten av Rogaland. Telemark var en tydelig avviker i «lav» retning, fulgt av Vestfold, Finnmark og Troms.

¹¹⁰⁰ Rundskriv I-40/93. Oppfordringene om ventelisteråd etc. gjaldt forslag et utvalg ledet av daværende statssekretær Ellen Strengenhagen hadde fremmet i 1993. Utvalget var nedsatt på grunn av vanskelighetene med å forvalte forskriften om ventetidsgaranti.

Denne utviklingen, fra forsikring til bevilgning (og skattefinansiering), gjorde altså at rettighetene for borgerne ble mer uklare. Landets første egentlige helseerettsjurist, professor Asbjørn Kjønstad, gjorde i et viktig, men siden noe oversett arbeid, dette klart allerede i 1981. Han påpekte at under det gamle system var det et «klart toparts kontraktsmessig forhold mellom den enkelte lege og den enkelte pasient». Under det nye system (spesielt for sykehusene) ble forholdet mellom den enkelte pasient og sykehuset eller helsesenteret et «forvaltningsrettslig forhold».¹¹⁰¹

Denne utviklingen gjorde, som nevnt, at Helsedirektoratets grunnlag for å drive pågående tilsyn, og dermed politikktutforming, ble begrenset, samtidig som direktoratet altså formelt fikk styrket sin tilsynsfunksjon. Vi har sett at når Helsedirektoratet forsøkte å være mer tilsynspågående på pasientenes vegne overfor institusjonene og deres eiere, blant annet i sykehjemssaker (1986), reagerte ikke bare kommunene, men også deres interesseorganisasjon (NKS, fra 1988, KS) og Sosialdepartementet (Sosialministeren). Som vi har sett, Mork oppfattet det som om han ble pålagt å «ligge lavt» i sykehjemssaker, i praksis kanskje til og med i saker rettet mot institusjoner og deres eiere, kommuner og fylkeskommuner. Men her kom, iallfall i noen grad, domstolene Helsedirektoratet, og de berørte borgere, til unnsetning. Domstolene, delvis «dyttet» av «aktivistiske» advokater og tidens forbrukeraktivisme, avsa fra slutten av 1970-årene dommer som styrket pasientenes rettigheter overfor de betalende myndigheter.¹¹⁰² Annerledes sagt, domstolene grep, som kontrollorganer, mer inn i de politiske organers prioriteringer (enn de hadde gjort før). De spilte altså en mer «politisk» rolle. Man kan imidlertid også si at overgangen til mer bevilgningsbasert finansiering av tjenester gjorde at jusen ble mer uklar og at domstolene *måtte* opptre mer «politisk» (rettsavklarende). At de gjorde det på en måte som reflekterte den mer pågående forbrukerkultur som nå utviklet seg, er ikke tilfeldig. Man kan si det reflekterer det som tidligere hadde vært jusens rolle, å bestemme hva den ukodifiserte rettsfølelsen i befolkningen tilsa. Domstolene spilte imidlertid denne rollen mer i andre saker (som vi skal komme tilbake til) enn i tilgjengelighetssaker.

Domstolene, til slutt ved Høyesterett, behandlet én tilgjengelighetssak, Fusa-saken, en sak som startet i 1984 og fikk sin endelige avgjørelse i 1990. Saken var imidlertid ikke bare en tilgjengelighetssak; den var også en kvalitets(svikt)sak. Saken ble reist av en muskelsyk og nokså ufør dame som gjennom mange år hadde fått betalt hjelp av sin mor og etter hvert også av hjemmehjelp og husmorvikar. I forbindelse med morens pensjonering (desember 1984) reduserte kommunen hjelpen til knapt en tredjedel av den hun hadde fått før. Kvinnen reiste da sak mot kommunen, og henviste både til kommunehelsetjenestelovens bestemmelse (§ 2-1) om rett til «nødvendig helsehjelp» og til lov om sosial omsorg (§ 3) som gav dem som ikke kunne ta vare på seg selv rett til hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Saken endte i Høyesterett, som både fant at den kunne behandles på dette rettsnivå og kjente kommunens vedtak

¹¹⁰¹ Asbjørn Kjønstad, «Pasienters rettigheter», *Förhandlingarna vid Det tjugonde juristmötet*, Stockholm, 1981, del 1, s. 142-153, og «Kontraktsrett eller forvaltningsrett», i Anders Bratholm, Nils Christie og Torkel Opsahl, red., *Lov og frihet*, festskrift til Johs. Andenæs, Oslo: Universitetsforlaget, 1982, s. 587-602. Referansen for opplysningene om Helsetilsynets undersøkelse er: Statens helsetilsyn, *Kriteriene for tre og seks måneders ventelistegaranti – vurdering, forslag og konsekvenser*, notat 06.11.95.

¹¹⁰² Asbjørn Kjønstad diskuterer spørsmålet om domstolsskapt rett i kapitlet «Pasientrettighetenes fremvekst», i Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992, s. 189-276; kfr. spesielt s. 216-234. Kjønstad skrev kapitlet i 1992 og avslutter altså sin diskusjon med den perioden vi ser på. Kjønstad viser tydelig at domstolene har spilt en pasientrettighetsutvidende rolle i den perioden vi drøfter.

ugyldig. Retten kom til, om enn mer ut fra mål-middel-vurderinger enn juridisk subsumpsjon, at det tilbud om hjelp hun etter kommunens vedtak skulle få «ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie».¹¹⁰³ Domstolens kjennelse er altså et uttrykk for hvordan kontroll (tilsyn) blir ikke bare politisk presiserende, men skapende.

Domstolene fikk ikke, etter det vi kan se, saker om tilgjengelighet til sykehus til behandling i den perioden vi ser på. Fusa-saken gjaldt mer vagt avgrensede omsorgstjenester i primærhelsevesenet. Noe senere, nemlig i 1997, nådde imidlertid en pasient, med brutt ventetidsgaranti, ikke frem da han krevde at han skulle få behandlingsplass ved et sykehus i et annet fylke enn hjemfylket Troms.¹¹⁰⁴

I september 1988 tok Sosialdepartementet sjansen på å oppnevne professor i rettsvitenskap, Ståle Eskeland, til å lage en énmannsutredning om pasientrettigheter (til helsetjenester). Departementet visste at Eskeland var en venstreorientert jurist og å be ham se på pasientrettighetsspørsmålet og utarbeide forslag til en lov pasientrettigheter, var å be om å få en lov som radikalt ville sette tilside tjenesteytende organers rett til å prioritere tilgjengelighet til helsetjenester mot andre kommunale og fylkeskommunale hensyn. Det var en venstreorientert regjering og statsråd (Tove Strand Gerhardsen) som oppnevnte Eskeland, men det var jo også den samme regjeringen og den samme statsråden som hadde forsøkt å stagge Helsedirektoratets tilsynsaktivisme. Departementet (og bak det, Finansdepartementet) tok imidlertid sine forholdsregler. Det het i oppdraget (p. 5) blant annet at «Prosjektet skal utrede et alternativ som ikke innebærer økt ressursbruk» og at prosjektet skulle ha en referansegruppe prosjektlederen «plikter å ta hensyn til vektige uttalelser fra...»

Eskeland utarbeidet et lovforslag som i begrenset grad tok hensyn til den juridiske litteratur på området, og til dels også pålegget om økonomisk forsiktighet. Eskeland tok utgangspunkt i det viktigste Lønning I-kriteriet, alvorlighet, men bare det. Han foreslo at hvis en lege fant at en pasient «har en alvorlig sykdom, skade eller funksjonshemming, [skal] .. pasienten [ha] rett til behandling» (§ 2-3). Av § 2-4 fulgte det at den retten også gjaldt den aktuelle pleie og omsorg. Selv om det er vanskelig å definere «alvorlig» presist, ønsket Eskeland å gjøre retten til behandling til en virkelig rettighet. Han ville derfor (§ 3-1) at det skulle være en *plikt* for «den enkelte enhet i helsevesenet» til å gi hjelp i samsvar med noen minstekrav (definert gjennom §§ 4-1 til 4-3). «Slik hjelp kan ikke nektes med den begrunnelse at det ikke er dekning for utgiftene på vedtatte budsjetter» (§ 3-1). Eskelands forslag gav altså de alvorligst syke pasienter en slags rettighet, men lot andre pasienter stå igjen uten spesielle rettslige garantier.

Eskelands forslag ble ikke fulgt opp av regjeringen (Brundtland III); det ble av den og av mange remissinstanser sett på som både for kostbart og for ensidig i sitt kriteriegrunnlag. Regjeringen gav imidlertid uttrykk for at den ville fortsette arbeidet med å utarbeide en pasientrettighetslov. En slik ble vedtatt i 1999 og trådte i kraft i 2001. Her ble det, etter stortingsinitiativ, tatt et paternalistisk skritt i retning av rettighet for behandling («rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten» (§ 2-1, 2. ledd), dog avhengig av kapasitet), et skritt som ble forsterket (med frist for når nødvendig helsehjelp skulle gies) fra 2004, men

¹¹⁰³ Rettstidende 1990, s. 888. Her sitert etter Kjøenstad, *op.cit.*, s. 232.

¹¹⁰⁴ Nord-Troms namsrett 7. april 1997. Saken er nevnt i NOU 1997: 18, s. 122. Fylkeskommunen anket ikke vedtaket da pasienten umiddelbart etterpå ble tilbudt behandling.

som ikke gjorde at behovet for prioritering forsvant. Regjeringen ville egentlig forsøke, gjennom den nye loven, å ta seg sammen – eller om man vil, å skjerpe egendisiplinen.

Tilgjengelighetspolitikk, og med det pasienters rettigheter til behandling, ble en av de mest krevende former for helsepolitikk etter regimeskiftet i 1970-årene. Regimeskiftet er også mye av bakgrunnen for at tilgjengelighetspolitikken fikk en så fremtredende plass i debatten. Regimeskiftet ble jo ikke minst preget av omkostningsbekymringer og leting etter måter å begrense utgiftsveksten på. Et viktig svar på bekymringene ble, som vi har sett, en gradvis overgang til bevilgningsfinansiering. Med denne kom altså rasjoneringen og køene – og for så vidt rettighetsbegrensningene. Politikerne lette med lys og lykte for å finne måter å kombinere omkostningskontroll og paternalistisk gitte pasientrettigheter på. Som vi har sett, det var politisk umulig i særlig grad å bruke økonomiske terskler til å begrense omkostningsveksten. Resultatet ble en lang rekke av tilgjengelighetsfloker for den sittende regjering. Regjeringen Willoch ble beskyldt for «hjerteråhet» (valgkampen 1985); regjeringen Brundtland II arvet sykehuskøene og fikk privatiseringstrusler og pasientflukt til utlandet (1986–1989), men også «Lasse-liten-saken»¹¹⁰⁵ (1987), i fanget; regjeringen Syse ble våren 1990 tatt på sengen av «eldreopprøret» – en sak som i noen grad gjaldt tilgjengeligheten til, men også kvaliteten av, aldersomsorgen; regjeringen Brundtland III måtte hanskens med flere ressurssterke og mediemobiliserende pasienter (og deres pårørende og støttespillere) med alvorlige lidelser, blant annet myelamotose, som, mot faglige råd i Norge, ville ha finansiert behandling i utlandet. Tilgjengelighetssaker har forøvrig fortsatt å havne på helseministerens bord også siden. De er kinkige i et land hvor de fleste ser på behov som det eneste legitime kriterium for tilgjengelighet til helsens hus. Massemediene kjenner disse holdningene og bidrar villig, ofte svært ivrig, til å bringe helsemyndighetene, og for den saks skyld, helselederne, på defensiven. Pasientforeninger, pasientombud og mange klinikere bidro og bidrar til å forsterke trykket på dem som forsøkte, og forsøker, å holde igjen (på ressursbruken). Det hører med til bildet at når statsråden blir siste ankeinstans i tilgjengelighetssaker, kombineres tilsyn og kontroll med politikktutvikling på en særlig tydelig måte. Man kan også si: I slike situasjoner politiseres tilsynsvirksomheten helt. Det er ikke tilfeldig at Norbom og hans medutredere, med vanskelige tilgjengelighetssaker friskt i minne, ville legge det overordnede tilsyn til departementet.

Vi skal til slutt her minne om at tannhelsetjenester for storparten av den voksne befolkning er et privat og individuelt ansvar og at markedets takster (terskler) gjelder for dem som søker tannlegetjenester. Etter tannhelsetjenesteloven av 1983 har imidlertid bestemte grupper rett til

¹¹⁰⁵ Lasse Fagereng led av medfødt hypoplastisk venstre hjertesyndrom, en lidelse som krever kirurgisk intervensjon. Denne intervensjonen var på den tiden under utvikling, og ble særlig utført (vellykket) ved et amerikansk sykehus. I Norge var operasjonen utført åtte ganger til da, alle med mislykket utfall. Da gutten ble født ble det raskt oppdaget at han hadde den nevnte hjertelidelsen, men foreldrene fikk også høre at Rikshospitalet intet kunne gjøre for å hjelpe ham. Foreldrene undersøkte da mulighetene i utlandet og fikk høre om dr. William I. Norwood jr. (f. 1941) i USA, som var en pioner med operasjoner for guttens lidelse. De bestemte seg raskt for å dra til USA. Operasjonen ble vellykket, men gutten trengte en oppfølgingsoperasjon. Til sammen kostet operasjonene familien 1,2 millioner kroner. Familien søkte om å få dekket disse utgiftene av det offentlige, men fikk i første omgang nei. Med god hjelp av Verdens Gang, som over lengre tid hadde mange oppslag, ofte over hele førstesiden, om «Lasse-liten», nådde foreldrene til slutt frem. VG rapporterte om Lasse-litens (gunstige) utvikling i flere år. 17. juli 2016 kunne Se og Hør meddele at «Lasse-liten» snart skulle bli far. Etter at myndighetene gikk med på å betale for behandlingen av Lasse-liten, ble det etablert en ordning som sørget for at andre barn også kunne sendes til behandling i utlandet. Operasjonen ble tatt opp igjen i Norge (Rikshospitalet) i 1999.

fri tannbehandling. Det gjelder barn og ungdom, psykisk utviklingshemmede, innsatte i fengsler, i tillegg til eldre, langtidssyke og invalide som bor i institusjon eller har hjemmesykepleie (§ 1-3). Disse har «ekte», men altså paternalistisk funderte, tilgjengelighetsrettigheter. Ja, de har mer enn det, for det heter i loven at det offentlige tannhelsevesen skal sørge for å gi personer i disse gruppene «et regelmessig og oppsøkende tilbud» (§ 1-3). Det er en uvanlig bestemmelse i helselovgivningen, men også en relevant bestemmelse: Mennesker med helseproblemer kan også ha fått redusert evne til å oppsøke hjelp. De har tilgjengelighetsbarrieren i seg. Det gjelder for øvrig også mange psykiatriske pasienter og pasienter med (flere) kroniske somatiske lidelser. Tilsynsvirkomheten er på disse områder i stor grad lik den man har for de tjenestene vi har sett på ovenfor; men her kommer også inn instanser som fylkestannlegene i de første tilfeller og kontrollkommisjonene i noen av de siste tilfeller.

Pasientrettighetslovgivningen: kvalitet

Forsvarlighet er altså utgangspunktet for den kvalitetsorienterte pasientrettighetslovgivningen. Plikten for personell og institusjoner til å behandle forsvarlig er formulert i den institusjons- og personellovgivningen som kom litt før eller etter at den perioden vi ser på startet. Den kom da som et uttrykk for at det som hadde vært standsbaserte plikter ble statsbaserte sådanne. Den litt diffuse plikten som hadde eksistert ble gjort tydeligere.

Der var imidlertid en eldre statsbasert plikt til å opptre «forsvarlig». Den ble heller ikke nå fjernet. Vi finner den delvis i straffeloven av 1902. Her ble begrepet uaktsomhet, ikke uforsvarlighet, brukt. I loven het det at den behandler som anvender en behandlingsmåte som ikke er egnet til å helbrede eller motvirke sykdom, og som slik utsetter andres liv eller helbred for fare, kan straffes med fengsel i inntil seks år (§ 157 nr. 2). Også legeloven inneholdt, som vi har sett, trusler om frihetsstraff, i tillegg til autorisasjonstap for brudd på ulike skikkethetsrelaterte normer. Det var først og fremst de offentlige leger som skulle føre tilsyn med at helsepersonell, og spesielt (tann)leger, opptrådte forsvarlig, men som vi har sett var overvåkingen tidligere løs og vennlig og intervensjonene sjeldne og ofte mer pedagogiske enn straffende. Overvåkingen, først og fremst i regi av fylkeslegene, ble styrket og reaksjonene økte i antall etter 1984. Men de gamle normene gjorde jo også at domstolene ble, om ikke hyppige, så iallfall leilighetsvis «tilsynsorganer». Fikk de saker om uaktsomhet til behandling, behandlet de dem gjerne også med større grad av teknisk presisjon, men langt mindre pedagogikk, enn de egentlige tilsynsmyndigheter.

Domstolenes rolle som kontrollorganer virket gjennom rettsprosesser, prosesser som ble avsluttet med dommer og oppfølging av disse. Dommene kunne påføre tilbydere av ulike slag straff, enten, for personer, i form av midlertidig frihetsstap – med medfølgende anseelsestap eller, for alle, en økonomisk straff (bøter og erstatningsbetaling). Straff av alle slag skulle, og kunne, ha en avskrekkende virkning på (alle aktuelle) tilbydere. Ja, hovedhensikten med slike straffer var den almenpreventive. Fengselsstraffer for helsepersonell kom til å få et svært lite omfang. Økonomiske straffer, spesielt i form av erstatning til pasienter som er blitt skadet av behandling, var av større betydning og blir det ikke minst i løpet av den perioden vi ser på. Men samtidig som erstatningskravene blir flere og -utbetalingene større, blir også det straffende ved erstatningstilkjennelsene dempet.

Tidligere rett inneholdt normer som gav pasienter som var blitt skadet i forbindelse med behandling rett til *erstatning* av behandleren. «Uforsvarlig» praksis kunne rammes av den

ikke lovfestede *culpanormen*¹¹⁰⁶ (skyldsnormen) i erstatningsretten. Den som, for eksempel av en lege, er påført økonomisk tap og alvorlig, varig mén (eller begge deler), kan kreve erstatning av legen.¹¹⁰⁷ Erstatningsplikten (for alle produsenter og tjenesteytere) ble på ett vis styrket da loven om skadeserstatning kom i 1969. Etter denne loven er det imidlertid, med noen unntagelser (for eksempel mén(er)statning), bare økonomisk tap (som følge av den uaktsomme behandlingen eller ikkebehandlingen) det gies erstatning for. Med denne loven ble imidlertid også straffeelementet noe redusert, for så vidt som loven i noen tilfeller kan gi grunnlag for erstatning på såkalt objektivt grunnlag. I slike tilfeller behøver ikke individuell skyld dokumenteres.

Erstatning ved uaktsom legepåført skade er først og fremst en liberal og individualistisk rett for borgere som pasienter. Denne erstatningsordningen har imidlertid et paternalistisk element for så vidt som staten her opptrer som kompenserende instans. Siden det også, liberalt sett, fremstår som urimelig å forlange at skadede pasienter får straffe legen selv ved å gå til en annen lege neste gang – altså bruke *exitus*-opsjonen, er denne statsbaserte ordningen ikke egentlig deliberaliserende. Det er imidlertid den skadede pasient som selv må ta initiativ til å gå til erstatningssøksmål, eller velge *vox*-opsjonen, og skaffe seg og betale for advokat.

Selv om pasienter også i gamle dager kunne få erstatning for behandlingsskader, nølte de vanligvis med å gå til erstatningssak mot sin lege. Domstolene nølte også med å dømme leger. Den medikratiske-paternalistiske kultur gjennomsyret samfunnet, og gjorde domstolskontrollen nokså svak. Den ble imidlertid i vår periode styrket, men, som nevnt, også formelt litt svekket. I en offentlig utredning fra 1992 ble det konstatert at mens domstolene tidligere var preget av «relativt sterk tilbakeholdenhet med å anse helsepersonell for å ha opptrådt uaktsomt», stiller de nå «strengere krav til aktsomheten».¹¹⁰⁸ Den medikratiske-paternalistiske kultur var begynt å forvitte utover i samfunnet. Asbjørn Kjønstad har gått igjennom domstolspraksis fra århundreskiftet og frem til 1992 og har funnet at domstoler har avsagt dommer i 23 erstatningssaker, 17 i legenes og sykehusenes favør, 6 i pasientenes favør. Også han finner at domstolene oftere enn før dømmer i pasientenes favør i den senere tid, altså den perioden vi er opptatt av her.¹¹⁰⁹ Det betyr at pasientenes rettigheter ved visse former for kvalitetssvikt er styrket av domstolene (som lovendrere) i løpet av vår periode. Erstatningsretten begynner altså å fungere mer liberal-individualistisk. Men domstolene har hele tiden lagt vekt på at pasienter (nesten) bare kan få erstatning når en lege, eller annen behandler eller en institusjon, har opptrådt etisk eller faglig uforsvarlig (uaktsomt). Med medisins økende avhengighet av stadig mer komplisert utstyr og stadig flere medikamenter, ble denne praksisen utsatt for press. Der kom krav om rett til erstatning også når tilbyderen ikke like åpenbart hadde opptrådt uforsvarlig. Disse krav ble selvsagt forsterket av den nye forbrukerkulturen som slo igjennom i vår periode. Slik blir erstatningsinstituttet som straff, og dermed kontrolltiltak, svekket.

¹¹⁰⁶ Av latin *culpa*, skyld. I rettslig sammenheng brukes normen mest om uaktsomhet.

¹¹⁰⁷ Asbjørn Kjønstad gir en grundig oversikt over *culpanormen* i en artikkel fra 2004: «En modell for culpavurderingen», *Tidsskrift for erstatningsrett*, nr. 2-3, 2004, s. 99 flg. (Revidert versjon, 2013, til bruk i masterstudiet i rettsvitenskap, se: <http://docplayer.me/63975707-Fagbeskrivelse-erstatningsrett.html>.) Kfr. også, for medisins vedkommende, Jørgen Brunsvig, «Culpanormen for leger», *Jussens venner*, hefte 8/9, 1983, s. 243-328.

¹¹⁰⁸ NOU 1992: 6, *Erstatning ved pasientskader*, s. 177.

¹¹⁰⁹ Asbjørn Kjønstad, «Pasientrettighetenes framvekst», i Kjønstad og Syse, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, *op.cit.*, spesielt s. 216-223.

Sverige hadde vedtatt en lov om pasientskadeserstatning allerede i 1975. I Norge førte det svenske initiativet til at NKS og enkelte forsikringsselskaper i 1977 la frem et forslag til norske regler. Det førte ikke til noe. NKS tok et nytt forjeves initiativ i 1980. I 1985 tok Sosialministeren, gjennom et regjeringsnotat, nok et initiativ. Heller ikke det ble fulgt opp. I en regjeringsskonferanse i januar 1987, ble det så, etter forslag fra Sosialministeren, vedtatt å innføre en prøveordning med erstatning for behandlingsskader i offentlige somatiske sykehus og private sykehus fylkeskommunene samarbeidet med (som de diakonale). Vi skal snart komme tilbake til denne ordningen. Først skal vi kort se på en eldre erstatningsordning, den såkalte *billighetserstatningsordningen*.

Denne ordningen, som har eksistert siden 1917, men har røtter tilbake til 1814,¹¹¹⁰ innebærer at enkeltborgere kan søke om erstatning etter (blant annet) behandlingsskade, selv om det ikke foreligger noe rettslig erstatningsansvar. De kan søke om erstatning ut fra *rimelighetsbetraktninger*. Vanligvis er det staten som tilstår slik erstatning, men en fylkeskommune eller et sykehus kan også gjøre det; erstatningen gjelder primært for skader påført borgere av det offentlige. Erstatningen gir ikke full kompensasjon; den har karakter av å være en «håndrekning». Den som har fått erstatning på annet grunnlag vil normalt ikke få billighetserstatning. Opprinnelig var det Stortinget som tok stilling til ansøknings om billighetserstatning; vurderingen av om en søknad skulle godtaes ble sett på som noe som alene krevde sunt legpersonsskjønn; kfr. ordet «rimelighet», dvs. «billighet». I den perioden vi nå omtaler er også slik erstatning i noen grad fagliggjort, altså bragt inn under et visst juridisk overoppsyn. Krav om billighetserstatning blir således først behandlet og vurdert i Helsedirektoratet og deretter sendt til Justisdepartementet. Justisdepartementet, som har sekretariatsfunksjon for ordningen, sender sin innstilling til Billighetserstatningsutvalget (opprettet i 1953), et utvalg bestående av en høyesterettsdommer og to stortingsrepresentanter. Dette utvalget avgjør de fleste saker, men saker som gjelder større summer (150 000 kroner eller mer) sendes til Stortinget. Stortinget er også ankeinstans. Antallet saker økte i løpet av vår periode. I perioden 1983–1987 kom der årlig inn ca. 100 ansøknings om billighetserstatning; 30 til 25 prosent av disse sakene gjaldt behandlingsskader. Antallet saker var i 1988 207, altså mer enn dobbelt så mange som i årene før. Av 1988-sakene gjaldt ca. 60 prosent helsevesenet. Antallet fortsatte å stige i de påfølgende år og var kommet opp i 238 i 1990, i 682 i 1995 og i ca. 1400 i 1998. For disse siste år har vi ikke opplysninger om helsevesensandelen, men den ble neppe vesentlig endret. For perioden 4. juni 1990 til 8. april 1991 ble 39 av 92, altså vel 42 prosent av ansøkingene innvilget.¹¹¹¹ Det tør gi et inntrykk av hvor mange som nådde frem med sine krav om slik erstatning. Elementet av straff, og dermed avskrekning, er i liten grad til stede ved denne erstatningsordningen. Den er derfor av mindre betydning som en del av tilsynsvirkomheten.

Den midlertidige ordningen for pasientskadeerstatning trådte i kraft fra 1988, altså meget raskt. Den skulle gjelde for tre år, men ble siden forlenget med et år ad gangen. Gjennom denne ordningen kunne pasienter få erstatning på såkalt objektivt grunnlag. Ordningen ble fra 1992 utvidet til også å gjelde kommunelegetjenesten og den kommunale legevakten, samt psykiatriske sykehus og poliklinikker. En egen lov om pasientskade kom imidlertid først i 2001; denne loven trådte i kraft i 2003. Ordningen ble organisert som Norsk

¹¹¹⁰ Borgere kunne fra 1814 sende andragender, ansøknings og bønneskriv til Stortinget.

¹¹¹¹ NOU 1992: 6, s. 33; Wikipedia: <https://no.wikipedia.org/wiki/Billighetserstatning> (28.03.18); St.prp. nr. 72 (1998-99), Billighetserstatninger av statskassen, kap. 2.1.

pasientskaderstatning, NPE, som teknisk ble betjent av Kommunal Landspensjonskasse. NPE ble ledet av et styre på tre, én fra staten, én fra NKS og én fra KLP, med vararepresentanter. Styret vedtok budsjett og regnskap, bestemte utligningen på staten og fylkeskommunene og vedtok hvordan overskudd og underskudd skulle fordeles eller dekkes. NPEs avgjørelser fattes i prinsippet av en nevnd bestående av to jurister, to medlemmer foreslått av Forbrukerrådet, Funksjonshemmedes landsforbund og Norsk Pasientforening og ett medlem foreslått av (N)KS. I praksis er det bare større saker som behandles av nevnden; de fleste behandles av sekretariatet i NPE, dog slik at avgjørelser det fatter kan ankes til nevnden. NPE er formelt et forvaltningsorgan, men fungerer i praksis også som et forsikringselskap. Også denne ordningen er av mindre betydning som kontroll- og tilsynsvirksomhet. Asbjørn Kjønstad hadde i 1992 noen motforestillinger mot ordningen. Han skrev at ordningen hadde den «ulempen at culpanormen settes ut av funksjon». Dermed får man ikke «fastsatt hva som er forsvarlig og hva som er uforsvarlig behandling i helsevesenet».¹¹¹²

Også produktansvarsloven, som ble vedtatt i 1988, gav pasienter rett til erstatning på «objektivt» grunnlag hvis skader som oppstår skyldes at utstyr ikke «byr på den sikkerhet som en bruker eller allmennheten med rimelighet kunne vente» (§ 2-1). Loven inneholdt også regler om erstatning for skader som følge av bruk av legemidler (kap. 3).

Personvernlovgivningen– pasienters selvbestemmelsesrett og journalinnsyn, personells taushetsplikt

Stikkordet for personvernlovgivningen er de aktuelle personers *selvbestemmelsesrett*. Denne selvbestemmelsesretten har to sider, en informasjonsside og en medvirkningsside. Informasjonssiden har igjen to sider. Den betyr for det første at pasienten har eierskap til all informasjon som er kommet frem gjennom og i møter mellom behandlere og pasienter og som angår ham eller henne. At pasienten har slikt eierskap betyr at pasienten skal ha tilgang på all informasjon om seg selv, ikke minst den som befinner seg i vedkommendes journal. En slik pasientrettighet har som motstykke legens plikt til å informere, eventuelt ved å la pasienten få se sin sykejournal. For det annet betyr pasientens informasjonseierskap, og det er en implikasjon av eierskapet, at behandleren eller behandlerne ikke har rett til å røpe informasjon om pasienten som han eller de har fått under kliniske møter (taushetsplikt), med mindre pasienten uttrykkelig gir tillatelse til det (i bestemte situasjoner og overfor bestemte andre). Medvirkningssiden har også to sider. For det første innebærer den at pasienten har rett til å diskutere, og i siste instans godkjenne, de undersøkelser og den behandling han eller hun skal utsettes for. For det annet innebærer det at pasienten har rett til, så langt det er praktisk mulig, å delta i de undersøkelser og den behandling og behandlingsoppfølging pasienten skal utsettes for. I begge disse henseender gjelder det at pasienten kan velge å overlate beslutninger og undersøkelser og behandling helt til behandleren. Pasientens selvbestemmelsesrett omfatter imidlertid ikke retten til å «beordre» behandleren (legen) til å utføre bestemte undersøkelser eller en bestemt behandling. Det er urimelig å la *pasientens* selvbestemmelsesrett omfatte retten til å begrense *legens* profesjonelle selvbestemmelsesrett.

Som vi her har forstått personvern hensyn, nemlig som pasienters selvbestemmelsesrett, ser vi at bestemmelser om personvern også blir bestemmelser om pasientrettigheter. Vi ser på dem i

¹¹¹² Asbjørn Kjønstad, 1992, *op.cit.*, s. 238.

et eget avsnitt her fordi de går noe utover pasientrettigheter strengt forstått og fordi de delvis er regulert gjennom den mer almene personvernlovgivning.

Under det gamle regime var det legen som preget konsultasjonen. Pasienten kom nok til legen av en grunn, men konsultasjonen ble normalt preget av legen. Han stilte spørsmålene, bestemte hvilke undersøkelser som skulle gjøres og hvilken behandling som skulle settes i gang. Hans råd var autoritative og pasientene var i stor grad underdanige. Men forholdet hadde et element av dialog, dog en nokså paternalistisk dialog. Noen leger var også upersonlig autoritære. *Sykejournalen* bestod opprinnelig av litt spredte notater; mye av den var virtuell – og befant seg i legens mer eller mindre gode hukommelse. Legen «eide» fra gammelt av journalen; de var, som vi har nevnt, hans private opptegnelser. Knappt noen pasient tenkte på å skulle be om å få se «sin» journal. Siden legene alltid, i prinsippet, hadde pasientens beste i tankene, var imidlertid legenes faktiske kontroll over journalen ikke noe pasientene behøvde å være bekymret for. Det forhold at en del medisinsk litteratur, og slikt som Felleskatalogen, ikke var alment tilgjengelig, reflekterer det samme paternalistisk-medikratiske syn på medisinsk kunnskap, men lenge også ønsket om å bevare noe av den mystikk som var knyttet til legens praksis. Journalen ble gradvis standardisert, først og fremst som en del av den medisinske stands egenregulering. Både kollektiviseringen og standardiseringen av praksis bidro til det. Med legeloven av 1927 bidro imidlertid også staten til å regulere journalinnholdet – og slik til å skape en informasjonskilde som kunne være til nytte for pasientene. Der kom inn en paragraf (12) som påla legene «å gjøre ordnede opptegnelser over sin lægevirksomhet...». Myndighetene tenkte imidlertid nå mer på journalen som kilde til offentlig relevant innrapportering enn til pasientopplysning.

Bestemmelsene om journalutformingen var et forsiktig forsøk på å gi pasienter kontroll over informasjonen om dem. Den kunne gjøre den lettere tilgjengelig for så vidt som noe av den nå (kanskje) ble flyttet fra legens hukommelse til papiret. Men skulle pasientene virkelig ha kontrollen over informasjonen som legene hadde samlet om dem, måtte de ha tilgang på den. Gjennom legeloven av 1980 fikk de det. I § 46 kom der inn en bestemmelse om at «En pasient har rett til å gjøre seg kjent med sin journal med bilag», med mindre legen mente spesielle forhold gjorde det «utilrådelig». Hvis legen avslo å gi pasienten journalinnsyn, kunne pasienten be om at journalopplysningene kunne vises til en person han eller hun utpekte; dog kunne legen avvise denne personen og en ny måtte da utpekes. Pasienten kunne anke en leges avvisning av journalinnsyn, og av den representant pasienten ville ha til å få innsyn i hans journal, til departementet. Departementet kunne gi en lege eller et sykehus pålegg om at en pasient, helt eller delvis, kunne få utlevert sin journal når det var nødvendig for at han skulle kunne ivareta sine interesser.

I den nye loven kom der ellers gjennom § 25 inn en bestemmelse om at legen skal «gi hver pasient de opplysninger han bør ha om sin helsetilstand og behandling».

Disse bestemmelsene er, som vi ser, vel så meget formulert som rettigheter for pasienter som som plikter for leger (og sykehus), selv om de er ført inn i en personellov og under kapitlet om legens plikter. De markerer slik en moderat overgang fra medikratiske paternalisme til statlig sådan. Samtidig brukes statspaternalismen til å styrke pasientenes rolle som «herrer og damer i eget hus». Pasientene gjøres i større grad til eiere av informasjon om egen kropp og sjel. Men, som teksten viser, endringen er moderat. Pasientene skal få vite mer om sin medisinske situasjon både muntlig og skriftlig, men i det første tilfelle er det legen som bestemmer hva de skal få vite og i det annet tilfelle kan legen i noen grad vurdere om det er klokt å la pasienten få se sin journal.

Asbjørn Kjønstad peker på at i flere tilfeller har domstolene dyttet på i liberal retning når det gjelder pasienters journalinnsyn. Han nevner blant annet sykejournaldommen fra 1977, der Høyesterett mener pasientens rett til journalinnsyn må vurderes ut fra «alminnelige rettsgrunnsetninger», altså en sammenligning av hensyn som talte for og imot innsyn. Førstevoterende i den aktuelle sykehussak, dommer, og tidligere Høyre-justisminister, Elisabeth Schweigaard Selmer (1923–2009), uttalte at hensynet til «den enkeltes muligheter for å ordne tilværelsen for seg og sine og det alminnelige behov for rettssikkerhet tilsier at den som ønsker ytterligere informasjon utover hva legen meddeler ham, må gis medhold i dette», og altså få rett til journalinnsyn. Kjønstad bemerker at Høyesterett her gikk «meget langt i rettsskapende virksomhet», og det på et tidspunkt da legelovutvalgets mer forsiktige forslag var ute til uttalelse.¹¹¹³

Retten for pasientene til å bli informert og til å få innsyn i egen pasientjournal omfatter i siste instans det fulle eierskap til opplysninger pasienten gir behandleren og behandleren selv skaffer seg om pasienten gjennom undersøkelser og behandling. Retten impliserer slik at behandleren og andre som får opplysninger om pasienten, for eksempel via pasientens journal eller registre, har en absolutt taushetsplikt, men en taushetsplikt som kan oppheves av pasienten (hva gjelder bestemte opplysninger og overfor bestemte andre). Taushetsplikten skal i prinsippet også gjelde etter pasientens død, hvis denne ikke har bestemt noe annet før døden inntrådte. Retten omfatter videre pasientens rett til å få svar, i den grad slike kan gies, på de spørsmål han eller hun måtte ha angående sin tilstand og hvordan den kan behandles.

Hvis pasienten eier informasjonen om seg og den behandling han eller hun får, betyr det, som nevnt, også at den som spesielt kjenner denne informasjonen, legen (tannlegen) ikke kan røpe noe av denne informasjonen til andre, uten pasientens tillatelse. Pasientens eierskap impliserer altså at legen har *taushetsplikt*. Dette var, interessant nok, en plikt legene hadde lagt på seg selv siden medisinen fremvekst i Vesten i antikkens Hellas. Legene gav altså pasientene en rettighet, og sa samtidig at de ville overvåke etterlevelsen av den plikt rettighetene hadde sin opprinnelse i og, om nødvendig, gripe korrigerende inn. Denne selvpålagte legeplikten fulgte av den medisinske etikk som sa at pasientens interesser hadde forrang for legens. Det var viktig for legene å pålegge seg en slik plikt, for det var med den som grunnlag de kunne kreve autonomi i yrkesutøvelsen. Det var autonomien de satte på spill hvis de ikke etterlevet plikten. Men ettersom staten begynner å gi lover for leger, gjør den denne plikten til en offentlig bestemt, og håndhevet, plikt. Den truer samtidig legenes autonomi, det vil si, deres løpende styre av hverandre – deres selvstyre. Den offentlige taushetspliktsregulering fikk dette forløp:

I 1866 fikk leger fritagelse for å uttale seg i straffesaker om det pasienter i fortrolighet hadde fortalt dem. Det var en medikratibeskyttende bestemmelse. Gjennom straffeloven av 1902 ble legene *pålagt* taushetsplikt av staten. Etter 1902 kunne de straffes av staten om de brøt taushetsplikten. Med det startet «sosialiseringen» av taushetspliktsreguleringen. Den fortsatte da den første lov for regulering av legers og tannlegers virksomhet kom, i 1927. Gjennom § 14 ble leger (og tannleger) pålagt taushetsplikt. Denne plikten ble videreført i lovene av 1980 (§ 31). Den prinsipielt viktige bestemmelsen om at en pasient kunne, og kan, frita tann/legen for taushetsplikt om bestemte forhold kom i § 32: Det er dét at pasienten kan frita legen for plikt til å tie, som formelt viser at taushetsplikten for leger primært er en diskresjonsrettighet for pasienter; den betyr at pasienten eier informasjonen om seg selv.

¹¹¹³ Kjønstad, 1992, *op.cit.*, s. 229-230.

Loven av 1980 fikk imidlertid også noen bestemmelser som modifiserte (tann)legens taushetsplikt; blant annet kunne den begrenses av (annen) lovgivning (§ 31). Det het også at en lege kunne gi taushetsbelagt informasjon til sakkyndige (ved undersøkelser) (§ 33), til annet relevant helsepersonell (§ 34) og til pårørende (§ 26) og at tilsynsbehov kunne legitimere begrensninger i taushetsplikten (§ 24). Disse bestemmelsene reflekterer en ny tid, og det forhold at pasientinformasjon har en verdi i andre sammenhenger, en verdi som i økende grad skal relativisere taushetsplikten. Kollektiviseringen av behandlingen gjør altså at flere trenger tilgang på privat informasjon. Pasientens relasjon til andre, og ikke bare som umyndige unge eller gamle, skaper behov for en viss informasjonsdeling. Styring, som tilsyn, gjør også at det oppstår behov for informasjonsdeling. Annen styring og forskning gjør at der bygges sykdoms- og pasientregistre. Også slik oppstår der i noen, og økende grad et behov for informasjonsdeling; denne er imidlertid, så langt det teknisk lar seg gjøre, anonymisert. I tiden etter vår periode fører så fremveksten av de såkalte sosiale medier til at personlig medisinsk informasjon samles, deles og endog selges på måter som for alvor truer pasientenes eierskap til og kontroll over medisinsk informasjon om dem selv. Vi får altså en situasjon i løpet av vår periode hvor pasientenes eierskap til informasjon om dem selv både formelt styrkes og utfordres. Om den formelle styrkelsen, via staten, virkelig er en reell styrkelse eller ei, er en annen sak. Den legelige kultur var streng og gjennomgripende hva gjaldt taushetsplikten.

Den andre siden ved pasientens selvbestemmelsesrett er altså retten til å *bestemme* over og eventuelt *medvirke* i undersøkelser og behandling han eller hun utsettes for og får. Der stod intet om denne retten i loven av 1927. Den gamle medisinske etikk var også taus om slik pasientmakt. Det var naturlig. For den var pasientens selvbestemmelsesrett delvis overflødig, fordi legen jo hadde det samme formål med behandlingen som pasienten hadde med å gå til lege. Men for den var tillike pasientens beslutningsrett, og legens medvirkningsrett – i annet enn «lydighetshenseender» – potensielt uheldig: Den var det fordi jo pasienten var medisinsk ukyndig. I loven av 1980 får medvirkningsretten en liten plass. Det heter nå, i § 25: «Så vidt mulig skal legen la pasienten selv medvirke ved behandlingen». Bestemmelsen er medikratiske-paternalistisk formulert. Det er legen som skal *la* pasienten få medvirke, hvis han eller hun finner det forsvarlig. Bestemmelsen markerer allikevel at lovgiveren tar nok et skritt i retning av pasientlig selvbestemmelse. Det er imidlertid uklart om bestemmelsen bare betyr at pasienten kan ta stilling til legens forslag om hva som bør gjøres eller om den innebærer at legen skal engasjere pasienten også som sin egen behandler, og altså gjøre lege- og pasientrollene litt overlappende. Gitt lovens filosofi generelt, er det grunn til å tro at den først og fremst skal forstås restriktivt: Legen «bør» slippe pasienten mer til, særlig i beslutningsprosessen, som om pasienten som før var «barn» nå er iferd med å bli «ungdom». Helt voksen får pasienten ennå ikke anledning til å være.

I noen tilfeller gir lovgivningen og andre ordninger personer en tydelig beslutnings- og medvirkningsrett. Transplantasjonsloven av 1973 (§ 1) krever at giveren av organ eller annet biologisk materiale må gi skriftlig samtykke til avgivelsen. Loven om svangerskapsavbrudd av 1975 (§ 2) gir den svangre kvinnen rett til å kreve abortinngrep (innen en bestemt tid i svangerskapet). Etter steriliseringsloven av 1977 (§ 2) kan en person som er over 25 år, men også oppfyller noen andre vilkår, få utført et steriliseringsinngrep. I 1985 oppnevnte Kultur- og vitenskapsdepartementet fem regionale forskningsetiske komiteer for å forhåndsvurdere forskningsprosjekter «hvor det inngår forsøk med mennesker». Komiteene fikk intet lovgrunnlag for sin virksomhet, men kom til å fungere omtrent som om de hadde det.

Komiteene skulle legge til grunn Helsingforsdeklarasjonen,¹¹¹⁴ som blant annet krever informert samtykke fra deltagerne i forskningsprosjekter der mennesker inngår. Kravet om informert samtykke, som nå begynner å bli et av de sentrale begreper innen både pasientrettighets- og personvernlovgivningen (på helseområdet) får en fremtredende plass i pasientrettighetsloven av 1999.

Personvernlovgivningen og begrensninger i pasienters selvbestemmelsesrett, spesielt i psykiatrien

Pasienter får altså i forkant av, og i løpet av, vår periode gradvis en større rett til å bestemme over hva de skal utsettes for av undersøkelser og behandling, og til dels til å kreve bestemte former for behandling. Som vi har antydnet fortsetter den retten å bli styrket etter vår periode. Denne retten forutsetter imidlertid i viktige tilfeller at pasienter har kompetanse til å bestemme. Under medikratiet mente leger til dels at pasienter ofte manglet slik kompetanse og derfor at de burde legge sin skjebne i velmenende legers hender. Men som vi har sett, pasientene oppfattes i løpet av vår periode i økende grad som så kompetente at de kan spille en viktigere og viktigere beslutningsrolle. Noen unntagelser gjenstår imidlertid. De gjelder barn, alderssvakkede, og personer med en tilstand som gjør at de i viktige henseender ansees som ikkekompetente, nemlig psykisk utviklingshemmede og visse grupper av psykisk syke.

Barn skaper minst utfordringer, for så vidt som de har personer som identifiserer seg med dem og deres interesser og kan fatte beslutninger for dem, nemlig foreldre eller andre pårørende. I noen grad har også alderssvakkede personer noen som kan fatte beslutninger for dem, nemlig dem de tidligere selv fattet beslutninger for, sine barn. I noen, men som regel mindre, grad, har psykisk utviklingshemmede og psykisk syke pårørende som kan ivareta hensynet til deres selvbestemmelsesrett. Spesielt for noen grupper av psykisk syke kommer imidlertid hensynet til andre, inkludert pårørende, inn som en faktor som reduserer betydningen av pasientenes rett til å bestemme over hva de skal bli utsatt for. Noen psykisk syke kan være en fare, eller iallfall en belastning, for andre – pårørende, samfunnet omkring og behandlere – og for seg selv. I psykiatrien tillater derfor lovgivningen bruk av tvang: tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og ikke-terapeutisk motivert tvang. Vi har tidligere omtalt tvangsbehandlingen i psykiatrien og skal her bare kort føye til noe om den, før vi sier litt om en siste kategori av ikke-terapeutisk motivert tvang.

Som vi har sett tillot sinnssygeloven av 1848 en omfattende bruk av tvang, administrert av overlegen. Dog skulle, har vi sett, tvangsbruken kontrolleres av en kontrollkommisjon. Dette regime ble i hovedsak beholdt da lov om psykisk helsevern kom i 1961. Tvangen gjaldt for pasienten delvis frihetsberøvelsen generelt og delvis det å bli behandlet mot sin vilje. Det første omfattet det å bli tvangsinnlagt, det å bli holdt tilbake (ved asyl eller sykehuset) og det å bli utsatt for ekstra frihetstap (innenfor institusjonen) – for eksempel bli låst inne på en «celle», bli lagt i remmer eller tvangstrøye eller på andre måter holdt under fysisk kontroll. Det annet omfattet det å bli behandlet med, ofte drastiske, metoder, mot pasientens ønske. Fra 1800-tallet av kunne behandlingen omfatte forskjellige former for «sjokkbehandling» (temperatursjokk, lydsjokk etc.), fra mellomkrigstiden og den første tiden etter Den annen verdenskrig kom mer medisinsk-lignende behandlinger, som insulinsjokk, elektroshokk og psykokirurgi (lobotomi). Noen kunne gå med på slike former for behandling, men mange ønsket dem ikke og forsøkte undertiden å hindre at de ble utsatt for dem. Pasientene hadde

¹¹¹⁴ Den ble vedtatt av The World Medical Association Assembly i Helsingfors i 1964.

imidlertid normalt ikke noe valg. Da de nye psykotrope medikamenter kom fra begynnelsen av 1950-årene, ble de i stor grad godtatt av pasientene, men er siden blitt noe mer kontroversielle. Også ikke-fysiske former for behandling i psykiatrien har vært og er i noen grad kontroversielle. Det gjelder den freudiansk inspirerte psykoterapien, men også etterkrigstidens sosiale terapi (terapeutisk fellesskap) – som noen kan finne nokså «invaderende».

I psykiatrien er altså pasientenes selvbestemmelsesrett i en del tilfeller nokså redusert. De gamle asylter fungerte for mange pasienter nesten som fengsler; for en del gjorde de psykiatriske sykehus og avdelinger også det i vår periode og gjør det stadig. Det har gjort psykiatrien svært utsatt for kritikk. Fra tid til annen har det vært talt om «skandaler». Det betydelige omfang av hjerneinngrep i de første par tiårene etter krigen ble siden av mange sett på som en skamplott på psykiatriens rulleblad. Også siden har, som nevnt, noen saker, som Gro-saken (1974, adferdsterapi og en psykisk utviklingshemmet) og Reitgjerdet-saken (1978–1980, tvangsbruk ved psykiatrisk sykehus), skapt kriseoverskrifter i pressen og «sjelegranskning» i de berørte fagmiljøer. Bestemmelsene i loven om psykisk helsevern om tvangsbruk ble imidlertid ikke endret i løpet av vår periode. Heller ikke domstolspraksis bidro i særlig grad til å modifisere bestemmelsene. Beslutninger om tvangsinnleggelse og tilbakeholdelse av pasienter (mot deres vilje) kunne bringes inn for kontrollkommissjonen og deretter inn for herreds- eller byretten og til sist Høyesterett. Disse domstolene hadde kompetanse til å overprøve kommissjonen (og overlegen). Men svært få saker havnet i retten. I 1979 gjaldt det for eksempel bare 10 av 3 340 vedtak om tvangsinnleggelse. Ørnulf Rasmussen publiserte i 1980 tall som viste at for perioden 1970 til 1976 ble 52 saker om tvangsinnleggelse ferdigbehandlet i herreds- og byrett. 25 av sakene ble pådømt, alle med tap for pasientene. 12 av dem som tapte anket til Høyesterett; én av sakene ble pådømt, med tap for klageren.¹¹¹⁵ Asbjørn Kjørstad sier at «Dette kan tyde på at domstolene på den tid overhodet ikke spilte noen rolle for å trygge psykiatriske pasienters rettigheter og rettssikkerhet».¹¹¹⁶ Kjørstad har sett på de 11 saker angående psykiatriloven som ble behandlet i perioden 1971 til 1991. Han finner at Høyesterett blir mer liberal fra 1980-årene av, altså i kjølvannet av Gro-saken, men spesielt den ferske Reitgjerdet-saken. I en utskrivelsessak fra 1981, der ikke bare fagpersonene, men også kontrollkommissjonen og herredsretten hadde ment at en 44-årig mann burde forbli innlagt, kom Høyesterett til at han burde slippes ut. Kjørstad kommenterer: «Her møter vi altså et langt mer pasientvennlig syn enn hos Høyesteretts flertall 10 år tidligere».¹¹¹⁷ Allikevel, både lovgivere og domstoler forble, som fagfolkene og kontrollkommissjonene, nokså restriktive overfor psykiatriske pasienter gjennom hele den perioden vi ser på og til dels også i årene som fulgte. Med den nye loven om psykisk helsevern av 1999 taes noen, men forsiktige, skritt i liberaliserende retning.

Problemet for psykiatrien var, og er, både etisk og faglig, men grunnproblemet var faglig. Psykiatrien måtte bestemme når et menneske hadde tapt så mye av evnen til kognitiv kontroll at det var blitt en fare både for andre og for seg selv, altså ikke kunne få være fritt. Men når faget hadde en så overfladisk forståelse av menneskets nevrologi og forholdet mellom den og menneskets psykologi, måtte innslaget av skjønn bli stort. Det samme måtte innslaget av forskjellsbehandling. Psykiatrien klassifiserte sinnstilstander i all hovedsak basert på mentale

¹¹¹⁵ Ørnulf Rasmussen, «Domstolskontroll med tvangsinnleggelse», *Lov og Rett*, 1980, s. 469 (hele: s. 465-470); *Tvistemålsloven kapittel 33 som rettssikkerhetsgaranti i det psykiske helsevern*, Bergen: Institutt for offentlig retts skriftserie, nr. 4, 1978, s. 10-11. Begge arbeidene er her sitert etter Kjørstad, 1992, *op.cit.*, 1992, s. 224.

¹¹¹⁶ Kjørstad, 1992, *op.cit.*, s. 225.

¹¹¹⁷ Kjørstad, *ibid.*, s. 226.

og adferdsmessige karakteristika, men siden faget ikke kjente den underliggende kausalitet og «mentalitet» og hvordan disse forholdt seg til hverandre, var det vanskelig for den å karakterisere og avgrense tilstandene på en særlig presis måte. Det var også vanskelig overhode å si hva det var som gjorde at tilstandene kunne omtales som sykdommer. Uten annet enn overfladisk kjennskap til de underliggende årsaks- og mentalitetsforhold måtte behandlingen bli svært forsøkspreget. Mye av den ble, som nevnt, drastisk; «alt» ble forsøkt. Behandlingssuksessen var lenge meget begrenset; først med den medikamentelle behandling fra 1950-årene av ble den i noen henseender, for noen pasienter, tydeligere. Mangelen på dypere forståelse av de mentale *avvik* – sosiologer talte etter krigen om sådanne snarere enn om sykdommer – gjorde det også meget vanskelig for psykiatrien å forutsi hvordan mennesker med ukonvensjonell adferd i fremtiden ville oppføre seg, for eksempel om de igjen kunne komme til å oppføre seg voldelig.

Psykiatriens mangel på grunnleggende kompetanse og «kontrollerte» behandlingsformer, den «alltid» eksisterende ressursmangel og samfunnets og dermed også psykiatriens frykt for at «løsslupne» pasienter (igjen) kunne opptre voldelig eller på andre måter sosialt utfordrende, bidro til at psykiatrien ble presset inn i tvangspregede rutiner. Blom-kommisjonen, som undersøkte forholdene på Reitgjerdet sykehus (tidligere kalt kriminalasylet) i 1980 kom til at sykehuset og dets fagpersonell hadde bedrevet ulovlig («total») brevsensur og brukt ulovlige tvangsmidler (belter, remmer, som rutine ved alle innleggelser), at de i en del tilfeller hadde holdt tilbake pasienter som burde vært utskrevet og gitt mangelfull behandling og misbrukt pasientenes økonomiske midler.¹¹¹⁸ Med andre ord: det som skulle være behandling ble til makt(mis)bruk og slik til krenkelse av noen pasienters menneskerettigheter (personvern). Kommisjonen kom for øvrig også til at både kontrollkommisjonen og Helsedirektoratet hadde sviktet som forvaltnings- og tilsynsorganer. Kommisjonen relaterer i noen grad det den ser på som ulovligheter til mangelen på ressurser, både penger og personell. Den nevner i den forbindelse også at andre psykiatriske sykehus nektet å ta imot pasienter Reitgjerdet mente (ikke lenger) var farlige.

At psykiatrien i så stor grad manglet virkningsfulle behandlingsformer, spesielt for pasienter som kunne oppføre seg truende, samtidig som den skulle beskytte personell og samfunnet ellers, bidro også til at personellet (ofte) ikke så noen annen utvei enn tvangens. Ettersom det omgivende samfunns holdninger til tvangsbruken i den perioden vi ser på ble mer liberale, ble psykiatriens dilemma sterkere. Det hjalp ikke hoveddelen av psykiatrien at den ble utsatt for intern kritikk. Psykiatere som Thomas Szasz (1920–2012) i USA¹¹¹⁹ og Ronald Laing (1927–1989) i Skottland,¹¹²⁰ hadde siden 1960-årene talt om mental sykdom som «myte» og menneskers «sykelig» avvikende adferd som forståelige svar på samfunnets undertrykkende ordninger. Den mangfoldige amerikanske psykoanalytiker (m.m.), Jeffrey Masson (f. 1941), publiserte i 1988 en bok kalt *Against Therapy*,¹¹²¹ der han hevder at psykiatrien i hovedsak utøver makt på det konvensjonelle samfunns vegne. Påvirket av sosiologien vokste der også i

¹¹¹⁸ *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus*, Oslo: 1980. Granskningskommisjonens formann var h.r.dommer Knut Blom. Kommisjonen bestod ellers, som nevnt før, at de to prominente jurister, professor dr. juris. Anders Bratholm og h.r.advokat Johan Hjort. Kommisjonen ble oppnevnt ved kongelig resolusjon 29. februar 1980.

¹¹¹⁹ Thomas S. Szasz, *The Myth of Mental Illness*, New York: Harper & Row, 1961. Ungarskfødte Szasz så på bruken av sykdom om mentale avvik som metaphor. Han var libertarianer og mente at ethvert menneske hadde rett til kroppslig og mentalt egeneierskap og dermed rett til frihet fra vold fra andre. Han advarte mot «the nanny state», men enda mer mot den «velvillige», og derfor enda farligere, terapeutiske staten.

¹¹²⁰ Ronald Laing, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Harmondsworth: Penguin, 1960.

¹¹²¹ New York: Atheneum, 1988.

1960-årene frem en miljøterapeutisk bølge i psykiatrien, en bølge som førte til krav om avvikling av den institusjonbaserte psykiatri; enkelte steder, blant annet i Italia, fikk disse kravene en viss gjennomslagskraft.

Man kan si at psykiatriens utfordring var at de fenomener den tok som utgangspunkt når den klassifiserte tilstander i stor grad var meninger. Men meninger forholder man seg, menneskelig talt, argumenterende, ikke symptombasert til. Når psykiatrien ser på utsagn, og meningsbærende adferd, som data og ikke som intellektuelle eller adferdsbaserte argumenter, reduserer den mennesket til (restløst) kausalt drevet natur. Argumentasjonens innhold blir ikke tatt alvorlig som argumenter. Den blir besvart med behandling, og i mange tilfeller er den behandlingen tvangspregnet eller ledsaget av tvang. Anleggsarbeideren Arnold Juklerød (1925–1996) ble i sin tid, etter at at han hadde deltatt i en protestaksjon mot en skolenedleggelse, klassifisert som paranoid og kverulantisk og tvangsmedisinert.¹¹²² Han ble innlagt på Gaustad sykehus høsten 1971, utskrevet året etter, men gjeninnlagt i 1974. Da han i 1985 ble «tvangsutskrevet» fra Gaustad sykehus nektet han å la seg utskrive før diagnosen «uheldbredelig og alvorlig sinnslidende» var fjernet. Han slo seg ned i en brakke utenfor sykehusets inngang, og ble der resten av sitt liv. Sykehusets psykiatere, som behandlet hans argumentasjon som data, kom etter hvert på defensiven i den offentlige diskusjon om Juklerøds argumenter, og tydde til ulike former for maktbruk. Juklerød, fikk til sist medhold fra departementet i at hans aktivisme i den gamle skolenedleggelsessaken hadde vært legitim, men den psykiatriske diagnosen han fikk, ble stående.

I psykiatrien møtes forholdet mellom «natur» og argumentasjon på en måte psykiatrien bare har et høyst upresist bilde av. Det er krevende når psykiatrien er «dømt» til å mene og handle. Det betyr også at det er vanskelig å avgjøre om psykiatrisk tvangsbruk er en del av behandlingen og har med pasientrettigheter å gjøre eller et uttrykk for frihetsberøvelse og slik har med menneskerettigheter (personverninteresser) å gjøre. Psykiatrien har, i hovedsak ulikt somatikken, én fot i behandlingsvesenet og én i ordensvesenet. Den forskyver av og til vekten i behandlingsretning og av og til i ordensretning. Den blir også «dyttet» og «betinget» snart i den ene og snart i den annen retning. Da begrepet «mangelfullt utviklede eller varig svekkede sjelsevner» kom inn i straffeloven i 1929 ble tyngden klart forskjøvet i ordensretning. Da dyttet nok både rettsmyndigheter og en reduksjonistisk psykiatri på i samme retning.¹¹²³ En slik (utilregnelighets)diagnose kunne, og kan, føre til sikring, i tillegg til eller istedenfor den formelle straffen.

Frihetsutfordringene gjelder, som vi har antydnet, ikke bare psykiatrien, og omsorgen for de psykisk utviklingshemmede, den gjelder også deler av aldersomsorgen og omsorgen for mennesker med noen smittsomme sykdommer, tidligere først radesyke og lepra, så tuberkulose og i vår periode spesielt HIV/AIDS. De første mistet frihet på grunn av (antatt) kognitiv svikt, de siste fordi de uten frihetsbegrensninger raskt kunne smitte svært mange andre. Vi skal ikke gå nærmere inn på de spørsmål om personvern som meldte og melder seg i disse henseender; de har noe til felles med de spørsmål som melder seg i psykiatrien, men også en del som er spesielle.

¹¹²² Saken er utførlig omtalt i Torbjørn Vatnaland (f. 1943), *Juklerød-saken*, Vollen: Tell forlag, 2010. Vatnaland er psykiater.

¹¹²³ Kfr. Olaf G. Aasland, «Legen som juridisk nøtteknekker», i Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, red., *Helseprioriteringer og Pasientrettigheter*, op.cit., s. 78.

Vi har flere ganger bemerket at grunnlaget for et juridisk-moderne basert tilsyn ble formelt tydelig klarere i løpet av den perioden vi ser på. Det skjedde delvis fordi normeringen ble overført fra leger til myndigheter, og ble gjort stadig mer presis, og delvis fordi fagligheten ble mer presis og dermed lettere regulerbar. På den psykiatriske siden skjer ingen tilsvarende presisering. Hverken psykiatrien selv eller «samfunnet» klarer å avveie de normative hensyn på noen presis måte; de etiske regler forblir vage og mye overlates, som før, til psykiaternes skjønn. Der kommer, som vi har sett, reaksjoner når «skandaler» oppdages, men uten at det resulterer i vesentlig mer presise regler. Der skjer, som nevnt, en viss utvikling i liberaliserende og presiserende retning, men den er beskjeden. Og når fagligheten forblir usikker, får ikke tilsynet hjelp fra den siden heller. Det er neppe tilfeldig at «Reitgjerdet-skandalen» også i noen grad ble en direktoratskandale. Helsedirektør Mork fikk skarp kritikk av Blom-kommisjonen, faktisk sterkere enn hans psykiatrioverlege, Otto W. Steinfeldt-Foss, fikk.

Mork ble etter 1983 ofte omtalt, eller lot seg karakterisere, som en «vaktbikkje» for pasienthensyn. Han var knapt noen vaktbikkje for de psykiatriske pasientene. Reitgjerdet-saken hadde gjort ham psykiatrisk fryktsom. Han fikk kanskje aldri helt lagt saken bak seg. Etter omorganiseringen høsten 1983 hadde han heller ikke lenger en psykiatrioverlege til å være psykiatrisk «vaktbikkje» for seg; det medikratiske (eller psykokratiske) embede, Statens overlege i psykiatri, var borte. Slik sett kan man si grunnlaget for psykiatrisk tilsyn var blitt svekket som følge av omorganiseringen. Tidligere var det mulig å utøve et visst skjønnsmessig tilsyn, fordi der i direktoratet satt en faglig kompetent person. Nå var ikke bare denne fagpersonen borte, borte var også den direkte linjen fra direktoratet (ved overlegen) til de psykiatriske overleger ute i klinikken. Nå gikk linjen fra direktoratet, eventuelt ved avdelingsdirektøren for fylkeshelsetjenesten (fra 1989 for helsetjenesten) via fylkeskommunen og derfra ned i klinikken. Dog bør det skytes inn at fra 1985 til 1987 var psykiateren Christian Erlandsen leder for fylkeshelsetjenesteavdelingen. La oss legge til at om Mork var varsom som psykiatrisk tilsynsfører var han virkelig «vaktbikkje» på vegne av dem som var rammet av HIV/AIDS; han fikk også med seg en gruppe medarbeidere i direktoratet som ivrig fulgte opp hans holdninger.

Det bør igjen minnes om at ikke bare fylkeskommunen nå kom imellom direktoratet og klinikken, også kontrollkommisjonene fortsatte å gjøre det. Siden disse både var psykiatrisk og juridisk sakkyndige – og slik kunne ta både pasientlige og samfunnsmessige hensyn – bidro også det til at andre instanser nølte med å bli for tilsynsnærgående. Ja, kommisjonene var i grunnen en behagelig grunn for andre til å slippe å gå inn i det aller vanskeligste hva verdivurdering, fagskjønn og tilsyn angikk. Men alle, fra overlegene, til kontrollkommisjonene til Helsedirektøren visste jo at de levde farlig og fra tid til annen ville bli gjenstand for besk kritikk.

Personvernlovgivningen og Datatilsynet

I 1978 kom, som nevnt, personregisterloven. I 1980 ble Datatilsynet opprettet. Loven er av mindre betydning for personvernet generelt, slik vi her ser på det. De utfordringer registrene representerte, og her spilte Datatilsynet en rolle, har vi diskutert tidligere. I noen få tilfeller har Datatilsynet spilt en rolle når pasienter har bedt om å få endret opplysninger i journaler. I vår rettighetssammenheng er imidlertid Datatilsynet mindre viktig som tilsynsorgan. Dette skal imidlertid endre seg med den loven som kommer i 2000, personvernloven. Denne loven tar for seg elektronisk lagring av opplysninger, også om pasienter, mer generelt. Både loven av 1978 og etableringen av Datatilsynet er imidlertid viktig, for så vidt som begge er uttrykk

for at liberale personverhensyn, og dermed hensynet til både pasienters og andre forbukeres selvbestemmelsesrett, får en sterkere stilling.

Pasientlig og personlig selvbestemmelsesrett: noen avsluttende vurderinger

Der skjer, som vi har sett, en gradvis utvikling av selvbestemmelsesretten både for pasienter som pasienter og som personer i møtet med helsevesenet. Den individualistisk-liberale personrollen styrkes. Ja, vi har flere ganger brukt ordet forbrukerrevolusjon om det som skjedde i 1980-årene. Den paternalisme som er forbundet med medikratiet begynner for alvor å forvitte. Staten blir en offensiv aktør i denne utviklingen. Den blir det imidlertid på en dobbelt måte. På den ene siden pådytter den fylkeskommuner og kommuner i stor grad det som etter 2002 er blitt kalt et «sørge-for-ansvar». På den annen side gir den pasientene mer valgfrihet. Denne dobbeltheten føres videre i årene etter vår periode. Vi får da både en styrkelse av den statlige styring og et økende innslag av pasientvalgfrihet, men mer det første enn det annet. Vi aner konturene av et planstyrt, tjenesteorientert Helse-Nor, med et lite rom for pasientvalgfrihet. Men vi ser også hvordan dette Helse-Nor utfordres av tiltagende finansieringsprivatisering, EU-liberalisering og generelt, fremveksten av transnasjonale helsetjenestemarkeder. Det utfordres for så vidt også av de private varemarkeder og almene tjenestemarkeder som vokser rundt den offentlige tjenestesektoren.

I vår periode ser vi flere uttrykk for hvordan pasientenes rolle blir preget både av klassisk valgliberalisme og «politisk» aktivisme (Hirschman's «voice»). Innsynet i pasienters journal blir utvidet, retten til muntlig informasjon blir styrket, tilgjengeligheten til relevant «valginformasjon» øker og forberedelser gjøres til å gi pasienter større frihet til å velge hvilket sykehus de skal behandles ved. Samtidig får pasientene i større grad medvirkningsrett; de blir behandlingspartnere. Den «politiske» aktivisme pasientene viser, både stimuleres av og bidrar til institusjonell aktivisme. Fra midten av 1980-årene opprettet flere fylkeskommuner pasientombud, til å passe på sine egne sykehus; det gjaldt Nordland (1983), Akershus, Østfold, Buskerud, Vest-Agder, Hordaland og Oslo (helse- og sosialombud, 1987). Også andre fylkeskommuner opprettet ombudslignende ordninger; det statlige Rikshospitalet ansatte et eget pasientombud.¹¹²⁴ I 1983 ble Norsk Pasientforening stiftet.¹¹²⁵

Og som vi har sett, aktivistiske aktører kom endog på styringsnivå: Helsedirektoratet lanserte etter delingen i 1983 seg selv som aktivistisk organ på (mange) pasienters vegne. Den rollen ble styrket i 1989 da direktoratet fikk en egen helserettsavdeling; dets eget informasjonsblad, «Helserettsinfo» fremstod, som vi har sett, undertiden under Norbom-prosessene som åpent kritisk til departementet og som pasientrettighetsfremmende. Offentlige instanser, nesten helt til topps, kom altså i et rettighetsaktivistisk, polemisk forhold til den formelle offentlige (helse)politikk. Vi har tidligere pekt på hvordan det at Helsedirektoratet ikke skulle føre «vanlig» økonomisk tilsyn, altså veie økonomiske og «faglige» hensyn og slik sett opptre

¹¹²⁴ Pasientombudsordningen ble lovfestet for spesialisthelsetjenesten i 1999. Fra 2009 omfatter ordningen også primærhelsetjenesten. Ombud heter fra da av pasient- og brukerombud. Siden 2003 har Helsedirektoratet det administrative ansvaret for ombudene, med unntagelse av Oslo, hvor ordningen fortsatt er kommunal og omfatter både helse- og sosialomsorg.

¹¹²⁵ Det skjedde på initiativ fra en advokat og ble de to første årene drevet fra denne advokatens kontor. Fra 1985 fikk foreningen eget sekretariat og det ble ansatt en generalsekretær (Anne Ording Haug). I 1986 ble Kontoret for pasienthjelp, som en uavhengig klage- og remissinstans, etablert i sekretariatet. Foreningen ble omorganisert i 1987 og fikk da et mer rent ideelt formål. Den fikk etter hvert støtte fra departement/direktorat og KS, siden fra Stortinget (statsbudsjettet).

«politisk», i noen grad gjorde det til «politisk» organ. Men utviklingen er tidstypisk: individualistisk-liberale hensyn vinner politisk-kulturelt frem og får indre offentlig fotfeste. At det skjer, lettes av det forhold at forbrukerrevolusjonen får et mer generelt feste innad i staten. Ja, regjeringen Willoch gjorde det til en viktig del av sitt reformprogram å etablere og gi plass for forbrukerorganer og forbrukerfrihetsordninger. Det forbrukerrådgivende Forbrukerrådet, etablert i 1953, ble i løpet av vår periode mer «politisk» aktivt. Da rådet i 1983 arrangerte sitt første seminar om pasientrettigheter uttalte således dets leder, Gro Hillestad Thune, at rådet i større grad enn tidligere ville «rette søkelyset mot folks problemer som brukere av ulike offentlige tjenester». ¹¹²⁶ Da Forbrukerrådet avholdt et nytt seminar i 1985, i samarbeid med Aksjon Publikum i helsesektoren, sa sosialminister Heløe at han trodde der var «bred enighet om at pasienters rettigheter bør styrkes». ¹¹²⁷

I løpet av 1980-årene ble også pasientforeningene mer politisk aktive. Spesielt viktig er Norsk Pasientforening, som ble etablert, med offentlig støtte, i 1985. Under sin leder, Anne Ording Haug, og sin styreleder Gro Hillestad Thune, var foreningen meget synlig i slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-årene. ¹¹²⁸ Foreningen var svært rettighetsorientert. Også mediene bidro, som vi har sett, til å skape en mer rettighetsbevisst politisk kultur. Kanskje bidro også i denne perioden noen publisitetsorienterte advokater til det samme.

De ulike instansers mer eller mindre politiserende virksomhet reflekterte «tidsånden» og kunne ha ulike formål, men man kan også se på denne virksomheten som en del av det «usystematiske» tilsynet, eller kontrollen, med klinikken og klinikerne.

Folkehelsearbeidet og folkehelselovgivningen

Vi har sett at ordet tilsyn fra gammelt av omfattet nesten alt medisinalforvaltningen gjorde. Den hadde tilsyn med medisinalvesenet, men den hadde også tilsyn med bestemte pasientgrupper og til sist også i noen grad med hele befolkningen hva gjaldt sunnhets- og sykdomsforhold. Med den nye, snevrere og mer profesjonaliserte, forståelsen av tilsyn (etter 1984) forsvant, om ikke umiddelbart, den siste måten å forstå tilsyn på. Dermed ble tilsyn med folkehelsearbeidet først og fremst et tilsyn med at de som hadde det utøvende ansvar med folkehelsearbeidet, i første rekke kommunene, fulgte folkehelselovgivningen både i sitt eget folkehelsearbeid og i sitt tilsyn med at virksomheter av ulike slag, og privatpersoner (for eksempel som boligeiere), fulgte folkehelselovgivningen (og forskriftene). Dette tilsyn, og for så vidt metatilsyn (tilsyn med at kommunene utførte tilsyn) var det fylkeslegene som hadde ansvar for. At det praktiske folkehelsearbeidet fortsatt i hovedsak ble utført i kommunene, reflekterte forholdene som de hadde vært, spesielt hva angikk det miljørettede helsevern: Miljøet ble sett på som i hovedsak lokalt. En del folkehelsearbeid hadde alltid hatt en regional eller nasjonal side, som tiltakene mot visse smittsomme sykdommer. En del av

¹¹²⁶ Gro Hillestad Thune, «Innledning», i *Pasientrettigheter*, Oslo, 1983, s. 6.

¹¹²⁷ Leif Arne Heløe, «Sikring av pasienters rettigheter – departementets syn», i Forbrukerrådet, *Pasientrettigheter – hva nå?*, Oslo: Universitetsforlaget, 1985, s. 167.

¹¹²⁸ A. O. Haug hadde selv hatt ubehagelige opplevelser etter en rekke sykehusopphold for ryggproblemer. Hun fikk betydelige lammelser, lammelser leger mente skyldtes «nerver». A. O. Haug ble etter hvert bra, men krevde og fikk slettet «nervediagnosen» i sin journal. Hun fortalte om sine opplevelser, og hvorfor hun mente pasientenes rettssikkerhet var svak i det norske helsevesen i to programmer i NRK-fjernsynet, Sosialkanalen (6.2. 1985 og 26.11. 1986).

opplysningsvirksomheten hadde også hatt nasjonale sider. Men det hang sammen med at miljøene generelt ble mindre lokalt avgrensede og krevde en mer nasjonal og til dels internasjonal forvaltning, med fagutviklingen, som krevde sentralisering, og med styrings- og ledelsesrevolusjonen, som var styringssentraliserende. Den lokaldemokratisering som nå skjedde, krevde at kommunene skulle spille en betydelig rolle profylaktisk, men desentraliseringen av styringen representerte egentlig bare en modifisering av den generelle utvikling, og den var sentraliserende. Men som for klinikken, kom det for alvor først til uttrykk fra annen halvdel av 1990-årene – da styringsrevolusjonen begynte å «spise opp» lokaldemokratiet.

Styringsrevolusjonen reflekterte, som vi har sett, voksende statlige styringsambisjoner. Slike ambisjoner begynner i den perioden vi nå ser på også å gjøre seg gjeldende på det prekliniske område. På dette område reflekterte disse ambisjonene også en stor internasjonal folkehelsebevegelse, i stor grad preget av WHO og denne organisasjonens Helse for alle innen år 2000-program. Som vi har sett, var det en ambisjon som også fikk et klinikkritisk innhold. Det er bedre, som mange i folkehelsemiljøet sa, å forebygge enn å behandle. Vi skal se at selv om også folkehelsepolitikken blir mer ambisiøs, får den ikke helt det samme trykket som klinikkpolitikken: De to har ulik politisk logikk. Vi skal nå, før vi ser på historien, si litt prinsipielt om den prekliniske virksomhet og i den forbindelse vise hvorfor preklinikkpolitikken så lett taper i konkurranse med klinikkpolitikken. Vi skal også peke på hvorfor det får konsekvenser for tilsynet med det prekliniske arbeidet; det blir ekstra defensivt.

Folkehelsevirksomhet: en teoretisk karakteristik

Folkehelsepolitikk og lovgivning gjelder på den ene siden det å påvirke ulike miljøer og har slik karakter av å skape goder (eller fjerne onder) som i stor grad har offentlig preg og på den annen side å påvirke måten folk lever på. Ofte vil de første tiltak ha konsekvenser for de andre, som tilfelle er med tiltak for å gjøre tobakk og (andre) rusmidler mindre tilgjengelige eller vanskeligere å nyte og usunne matvaner mer kostbare. Slik sett kan man for så vidt tale om tre typer folkehelseiltak, de rent miljørettede, de rent livsstilsrettede og de blandede. Alle former for folkehelsepolitikk og folkehelseregulering kan skape motstand. Miljøreguleringen kan gjøre det fordi den rammer interesser, ofte private, av ulike slag på en økonomisk ugunstig måte. Livsstilsreguleringen og livsstilspåvirkningen, i stor grad også den blandede reguleringen, kan gjøre det fordi den både kan ramme mennesker økonomisk og adferdsmessig. Slik regulering og påvirkning kan anta karakter av å være «livsledelse», eller «medikalisering», som Ivan Illich kalte det, og får for mange en for inngripende og en for moraliserende karakter. For så vidt som behovet for patologiforebyggende og helsefremmende tiltak normalt ikke føles sterkt, er det både mye «naturlig» motstand mot folkehelseiltak og lite «naturlig» støtte for slike tiltak. Det er de viktige grunner til at det er vanskelig å vinne aktiv støtte for mange folkehelseiltak. Situasjonen er en annen når det gjelder «konkurrenten», klinikken. Behovet for dcns tjenester merkes ofte tydelig og resulterer i rask etterspørsel og også krav om reduksjon, eller fjernelse, av tersklene for adgang til slike tjenester. Dette får konsekvenser også for tilsynet: det retter seg naturlig mest mot den «populære» klinikken. Det er ikke tilfeldig at det forebyggende hensyn som mest preger helsetilsynsloven er forebyggelse av svikt i *klinikken*: Det er dette det viktigste tiltaket i loven, bestemmelsen om egenkontroll, først og fremst er rettet mot.

Forebyggelse av patologi innebærer å gripe inn i de kjeder av årsaker (og grunner) som skaper nedsatt førhet og død. Vi taler da om to sett av kjeder, men to kjedesett som i stor grad griper inn i hverandre. Det ene er miljøkjedesettet, det annet individkjedesettet. Det er derfor vanlig å skille mellom miljørettet og individrettet folkehelsearbeid, men det understrekes også at de to formene for arbeid ofte går over i hverandre, som i ernæringsarbeidet og i forebyggelsen av bruk av avhengighetskapende stoffer. Arbeidet går i begge tilfellene ut på å gripe «stansende» inn i prosessene, eller kjedene, som kan skape helsesvikt.

Det miljørettede arbeidet er preget av en reduksjonistisk måte å forstå på. Den innebærer at sykdom sees på som en funksjon av mikrobiologi (infeksjonssykdommer), men også at den aktuelle mikrobiologiske funksjon «redukeres» til molekylærbiologiske mekanismer. Den innebærer også at andre typer sykdom reduseres til måten fysiske og kjemiske stoffer griper inn i kroppslige prosesser på. «Makrofysikk» spiller imidlertid også en rolle reduksjonistisk sett: Skader påført av maskiner, biler etc. er her viktige. Når det gjelder skader kommer der imidlertid inn et systemisk forståelselement: Skadene skyldes i mange tilfeller ikke naturen selv, men måten mennesker har organisert samfunnet på og måten de bruker de maskiner og annet de har laget på. Slik peker årsakskjedene (og komplekset av grunner) også oppover og utover, til (potensielt bevisst) psykologi og sosiologi.

Den individrettede forebyggelsen tar i stor grad utgangspunkt i systemiske premisser: individet sees på som iallfall potensielt *autopoietisk*, selvstyrende. Selv om livsstil etter hvert forankres som nevrofysiologiske kretser, er oppfatningen den at individet i noen grad kan «omprogrammere» seg selv. For dette formål brukes selvsagt informasjon og pedagogikk, men også et miljøinngripende tiltak, som sosial betinging. Det siste brukes i form av organisatoriske tiltak, som innføring av røykeforbud i mange miljøer, og prispolitikk (avgiftsbelegging av skadelige og subsidiering av sunne (mat)varer). I utgangspunktet er dette en systemisk strategi for så vidt som den forutsetter bevisst politikk, men et systemisk element kommer nødvendigvis inn i all forebyggelse, også den som tar utgangspunkt i en reduksjonistisk forståelse av patologiskapende kjeder: Den har utgangspunkt i en bevisst vilje. La oss også nevne at immunisering er en spesiell individrettet forebyggelsesform for så vidt som den innebærer å påvirke individet uten (utover tillatelsen) å gå via bevissthet: Påvirkningen skjer direkte på molekylærbiologisk nivå. Forebyggelse gjennom påvirkning av folks matvaner, en strategi som både har individuelle og miljørettede sider, virker også direkte på molekylærbiologisk nivå.

Vi har her karakterisert folkehelsearbeidet teoretisk som forebyggende arbeid. I den perioden vi taler om ble det stadig vanligere å tale også om helsefremmende arbeid. I en viss forstand er det tilstrekkelig å tale om patologiforebyggende arbeid. Hvis man ser systemisk på kroppen kommer man ikke lenger enn til «full helse», altså en tilstand hvor alle kroppens systemer, inkludert det mentale, fungerer i full harmoni med hverandre. En som kan løpe fortere enn andre er ikke i bedre helse enn andre, fullt harmoniske, men ikke- eller liteløpende mennesker. Spesiell utvikling av noen egenskaper kan endog skape kroppslig ubalanse. Man kan imidlertid se på helsefremmende arbeid som det å forsøke å skape den gode balanse, hvor den ikke er helt optimal. Det er også interessant at helsefremme nå for alvor blir et viktig stikkord for folkehelsearbeidet: Det innebærer å legge vekt på å oppnå noe positivt, ikke (bare) å hindre at mennesker skal bli utsatt for noe negativt (harmoniredukerende). Teologer gjorde noe lignende: de lokket mer med himmelen og truet mindre med helvetet. Ledere gjorde også det; de satset mer på incentiver enn disincentiver. Man kan imidlertid si at det egentlig var WHO som med sin «utopiske», og mye kritiserte, helsedefinisjon i 1946 startet helsefremmingsbølgen. Men gitt det menneske vi stadig tar utgangspunkt i, er helsefremme

bare et annet ord for patologiforebyggelse. Å fremme helse kunne imidlertid bety å skape en slags supermennesker, altså fullt harmoniske mennesker, men mennesker som i et eller annet henseende kan yte mer enn dem vi svært lenge har tatt utgangspunkt i. Det kan skje både gjennom predesigning og redesigning av mennesker. Hva det første angår kunne det også innebære å stanse aldringsprosessen, eller om man vil, å forebygge aldring.

Kunnskapsutviklingen var kommet så langt at slike tanker begynte å gjøre seg gjeldende blant både «scientists» og «science fictionalists». Men om man da kunne tale om de «nye» mennesker som «ekte» mennesker eller som «transhumane» vesener, er et spørsmål.

Folkehelsearbeidshistorien

Utgangspunktet for den nyere folkehelselovgivning i Norge er sundhedsloven av 1860. Den forsvant ikke helt før vi forlater vår periode. Siste rest av den, den som angikk vern mot smittsomme sykdommer, forsvant ikke før fra 1995. Den ble imidlertid gradvis overflødiggjort gjennom vår periode. Det skjedde gjennom kommunehelsetjenesteloven, som trådte i kraft i 1984 og i viktige henseender fikk et nytt kapittel i 1987 (i kraft fra 1988). Det skjedde for så vidt også ved at Helserådet, som fra 1984 spilte en synkende rolle, fra 1988 i alle kommuner ble erstattet av et kommunalt helse- og sosialstyre.

Sundhedsloven var halvt lokalt orientert. Den la ansvaret for lovens forvaltning til kommunene, men i disse til Sundhedscommissioenerne. De siste ble etter århundreskiftet gradvis omdøpt til Helseraad (og så Helseråd). Det var kommisjonene som skulle utarbeide lokale sunnhetsforskrifter, forskrifter som dog skulle godkjennes av staten. Kommisjonene ble sammensatt litt ulikt i byer og landkommuner, men begge steder slik at de fikk som formann den lokale offentlige lege (eventuelt en privat engasjert lege). Distriktslegen var imidlertid statlig embedsmann (inntil 1912). Han rapporterte som sådan først og fremst til (fra 1875) Medicinaldirektøren. Ordningen innebar et element av statlig forankret medikrati også på folkehelseområdet. Det var formelt noe begrenset ettersom Medicinaldirektøren fra 1893 og helt frem til krigen var underordnet departementet. Fullt medikratiske var altså ordningen bare fra 1940 (formelt 1941) til 1983. Men selv om distriktslegen var kommisjonsformann (helserrådsordfører), var den lokale legmannsinnflytelsen over folkehelsepolitikken gjennomgripende, spesielt på landet. Loven gjaldt i prinsippet alt forebyggende arbeid, men omfattet først og fremst det miljørettede arbeidet og smittevernarbeidet. Legen skulle, eller kunne, imidlertid også «forkynne» det gode helsebudskap, selv om det ikke direkte fremgikk av loven. Det het imidlertid i forarbeidene til Sundhedsloven at den på landet skulle fordrive «barbari og vankundighed». Veterinærdirektør (og lege) Ole Malm (1854–1917) skrev i 1887 at distriktslegene var tiltenkt rollen som «civilisationens pionerer».¹¹²⁹ Men distriktslegene var i så henseende gjennomgående nokså forsiktige.

På landet fungerte sundhetskommisjonene mange steder knapt nok før vi er kommet et stykke inn i det 20. århundre. Men ettersom kunnskapsnivået steg, økonomien ble bedre, medisinsens kunnskapsgrunnlag økte (og laboratoriene kom) og distriktslegevesenet ble bygget ut (etter lægeforretningsloven av 1912), ble gradvis betingelsene bedre for å drive forebyggende arbeid. Man fikk en ny faglig basert hygieneoffensiv fra tiden før og etter Den første verdenskrig. Den hentet også inspirasjon fra den nye, industriinspirerte og nesten «kliniske» funksjonalistiske arkitektur og generelt fra en voksende tiltro til vitenskapene og

¹¹²⁹ Sitert etter Aina Schiøtz, «Hvordan gikk det med Sunnhetsloven av 1860?», *Michael*, bind 7, 2010, s. 332-333.

muligheten for å vitenskapsbasere livet. Men livs- og miljøentusiastene støtte snart på utfordringer fra klinikken: Også den ble løftet av den nye vitenskap og bød snart den nye preklinikken på stor konkurranse. Folk etterspurte på en helt annen måte enn før kliniske tjenester, og distriktslegene, som andre kliniske leger, ville heller behandle enn forebygge (utover den forebyggelse som var klinisk preget). Denne situasjonen endret seg ikke etter krigen: Kunnskapsutviklingen fra slutten av krigsårene og frem til omtrent vår periode starter ble nærmest preget av en diagnostisk-terapeutisk revolusjon. Forebyggerne og forebyggingen kom, når vi ser bort fra det klinisk pregede vaksinasjonsarbeidet, helt på defensiven. Da så den kliniske utviklingen begynte å flate ut utover i 1980-årene, og forebyggerne kunne ta igjen gjennom selvkritisk helsetjenesteforskning, snudde for en tid «stemningen». Vi fikk, som nevnt, først Lalonde-rapporten i Canada (1974) og så, mer avgjørende, WHO-offensiven, med generalsekretær Halfdan T. Mahlers (1923–2016) program for Helse for alle innen år 2000 (lansert av ham i en tale til WHO-forsamlingen i 1976 og akseptert som WHO-program i 1979). Men, som vi skal se, preklinikken måtte fortsette å streve med å kunne utfordre klinikken. Den gjør forsåvidt stadig det.

Innføringen av offentlig sykeforsikring i 1909 (ikraft 1911) for henimot 40 prosent av befolkningen – siden (1956) for alle – bidro til det. Forsikringen gav klinikken en konkurransefordel fremfor preklinikken. Legene, som først og fremst ble og blir utdannet som klinikere, ble ekstra stimulert til å gå i klinisk retning da kunnskapen tillot dem å gjøre mer og pasientene ble enda mer aktivt etterspørrende. Som kombinerte folkehelsebestyrere og pasientleger ble dermed de fleste offentlige leger bare i begrenset grad folkehelseaktivister. Dette endret seg noe i 1984 med etableringen av posten som «medisinsk ansvarlig lege», men samtidig ble jo etter hvert de fleste av dem som tidligere hadde vært distriktsleger nå i all hovedsak klinikere. Det er et uttrykk for det som nå skjedde at spesialiteten samfunnsmedisin ble etablert samme år som kommunehelsetjenesteloven trådte i kraft. Men gjennom vår periode skulle de ikke komme til å spille noen spesielt aktivistisk rolle. Det tok tid for de (færre) offentlige legene å vende seg til den nye situasjonen som oppstod da distriktslegevesenet ble lagt ned.

Det hører med til bildet at også ellers stod folkehelsehensynene forholdsvis svakt faglig. Helsesøstrene var riktignok en folkehelsespesialisert gruppe sykepleiere, spesielt konsentrert om det individrettede (og blandede) arbeidet, men der var mangel på dem og de arbeidet under legelig ledelse. Hva gjaldt miljøsidene, manglet der helt en egen, politisk aktiv, yrkesgruppe. De som hadde teknisk-hygieniske oppgaver var i første rekke helseråds- og hygieneinspektører, uten en bestemt faglig bakgrunn, og i de større byene ingeniører av litt ulike slag. Innen den teknisk pregede næringsmiddelkontrollen var der en egen gruppe av næringsmiddelinspektører; her spilte også veterinærene en rolle. Hva gjaldt det sosiale miljø, var sosionomene en mer distinkt gruppe, men de fleste arbeidet mer sosial- og trygderettslig enn miljøforebyggende. Folkehelsefagmiljøene var altså lite samlet og uten en kraftfull ledelse, også etter 1984. At de nå hadde fått lokale legfolk, politikere, helt inn på livet, mer svekket enn styrket dem.

Sundhedsloven var preget av folkehelsearbeidets potensielt kontroversielle status. Dens konsipister la derfor vekt på naturmiljøtiltak, men først og fremst i byene: Her var livet tettere og mer preget av at kunnskap allerede spilte en rolle i hverdagen. Flere hadde her også en viss utdanning. Loven påla derfor sunnhetskommisjonene i byene å lage forskrifter om sanitære forhold generelt, herunder renovasjon, vannforsyning, næringsmiddelomsetning, byggepraksis, ventilasjon, kirkegårdsdrift, og forholdene i arbeiderboliger og på arbeidsplasser. Bestemmelsene om sunnhetsforskrifter på landet var vage. Loven inneholdt

imidlertid felles bestemmelser om isolasjon av smittefarlige mennesker og om smittevern generelt: Frykten for epidemiske sykdommer var nokså almen. Etter de bakteriologiske gjennombrudd fikk denne frykten et mer konkret innhold og åpenheten for endog nokså restriktive tiltak vokste; kfr. tuberkuloseloven av 1900, som gav grunnlag for isolasjon av syke.

Folkehelsepolitikken generelt ble frem mot og inn i vår periode først og fremst fulgt opp gjennom **kommunehelsetjenesteloven** av 1982, først gjennom den opprinnelige vedtagelsen av den og så gjennom utbyggingen av den i 1987. At sundhedsloven i stor grad ble erstattet av kommunehelsetjenesteloven er uttrykk for at folkehelsepolitikken i prinsippet fortsatt ble ansett for å være lokal. Kommunen skulle stadig ha ansvaret for å drive folkehelsearbeidet, men gradvis, og fullt ut fra 1988, i regi av kommunens helt demokratiske helse- og sosialstyre, ikke det gamle, halvt medikratiske helserådet. Som vi snart skal se, skjedde der imidlertid samtidig, som i klinikken, en kontinuerlig både sentralisering og desektorisering av folkehelsearbeidet.

Gjennom kommunehelsetjenesteloven ble kommunenes hovedansvar for det utøvende folkehelsearbeid fastslått. Folkehelsearbeidets formål ble nå også definert. Det skjedde gjennom lovens formålsparagraf (1-2). Paragrafen fikk denne ordlyden:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen.

Dette er en nokså åpen formålsformulering. Den følges imidlertid opp gjennom § 1-3 hvor fire folkehelse tiltak nevnes, helserådstjenesten, helsestasjonsvirksomheten, helsetjenesten i skoler og opplysningsvirksomhet. De tre sistnevnte av disse tiltak gjaldt i stor grad individrettet forebyggelse. Hvordan miljøtiltakene (helserådstjenesten) skulle realiseres var altså fortsatt regulert gjennom sundhedsloven. Før vi ser nærmere på miljøarbeidet skal vi si litt om det individrettede og kombinert individ- og miljørettede, slik det var omtalt gjennom § 1-3.

Litt satt på spissen, kan vi si at det individrettede og kombinerte arbeidet – men vi ser da nå bort fra smittvernarbeidet – var organisert etter alder: Helsestasjonsvirksomheten var rettet mot fostre og små barn, i praksis via foreldrene (moren), skolehelsetjenesten mot større barn og ungdom og den generelle opplysningsvirksomhet mot «voksne», eller «alle». Den første tjenesten var mest ambisiøs og den siste minst ambisiøs, og også i stor grad nasjonal.

Helsestasjonsvirksomheten ble startet av Norske Kvinners Sanitetsforening i 1914, men ble gradvis overtatt av det offentlige i løpet av 1960-årene. Stasjonsvirksomheten ble gjort til et helt offentlig tilbud gjennom lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v., vedtatt i 1972. Loven trådte i kraft fra 1974. Helsestasjonsvirksomheten ble i hovedsak drevet av helsesøstre, først ansatt av fylkeskommunen, fra 1984 av kommunen, og nå på grunnlag av den nye kommunehelsetjenesteloven og en forskrift om helsestasjonsvirksomhet av 23.11. 1983. Virksomheten ble frem til 1984 ledet av distriktslegen. Siden hadde kommunens medisinsk-ansvarlige lege det faglige ansvaret, under helserådet/helse- og sosialstyret og for så vidt dets helsesjef (eller lignende).

Helsestasjonen skulle, etter lov og forskrift, drive svangerskapskontroll og gi hjelp til familieplanlegging. Den skulle videre ha kontakt med alle barn gjennom personlig rådgivning

(til foreldre) og oppsøkende virksomhet, drive foreldregrupper og opplysningsvirksomhet og stå for vaksinasjoner. Den skulle også bistå familier med barn som hadde spesielle behov for hjelp. Den skulle dessuten yte forebyggende tannhelsetjenester. Etter forskriftens første paragraf skulle helsestasjonen utvikles til å bli et «kraftsentrum» for forebyggende helsearbeid.

Skolehelsetjenesten hadde røtter tilbake til 1880, og gjaldt nå alle skoler under lov om grunnskole (1969) og lov om videregående opplæring (1974). Etter de nye forskrifter om helsetjenesten i skoler av 23.11. 1983, som konkretiserte den aktuelle bestemmelsen i den nye kommunehelsetjenesteloven, skulle tjenesten omfatte systematiske medisinske undersøkelser, kombinert med veiledning; samarbeid med skolen, den psykologisk-pedagogiske tjenesten, sosialtjenesten og den offentlige tannhelsetjenesten; rådgivning overfor skolens personale om hygieniske forhold, ulykkesforebyggelse, arbeidsmiljøforhold ellers og tilrettelegging for funksjonshemmede barn; og endelig bistand med helseundervisning, i den utstrekning skolen ønsket det. Også når det gjaldt skolehelsetjenesten, forestod en helsesøster det meste av arbeidet.

Helsestasjonsvirksomheten var basert på frivillighet. En del, men ikke så mange, unnlot å bruke én eller flere av helsestasjonenes tjenester, og det hadde en tendens til å være de som medisinsk sett i størst grad burde ha brukt dem. Virksomheten hadde ambisjoner, uttrykt også i forskriftene, som det manglet både kunnskap og penger til å følge helt opp. Helsestasjonsvirksomheten var ellers i hovedsak forebyggende, men i en del henseender nokså klinisk nær. I skolehelsetjenesten, spesielt for den videregående skole, var gapet mellom idealer og realiteter større enn i helsestasjonsvirksomheten. I fylkeslegenes medisinalmeldinger for 1987 og 1988 ble det meldt om en «bekymringsfull utvikling» i flere fylker. Helseinspektoratet gjorde i 1987 en undersøkelse av skolehelsetjenesten på landsbasis og melder om «en meget svekket skolehelsetjeneste på landsbasis», men spesielt i byene.¹¹³⁰ I enkelte kommuner ble tjenesten lagt ned, spesielt for de videregående skoler. Enda mer enn helsestasjonsvirksomheten var viktige sider ved skolehelsearbeidet semiklinisk. Det lignet slik i noen grad på bedriftshelsetjenesten, og illustrerer slik den kliniske etterspørsels dominerende rolle.

Helseopplysningsvirksomheten ble drevet uten en samlet plan, men i 1987 ble «Helseinspektorens rådgivende utvalg for helseopplysning» oppnevnt. Utvalget fikk blant annet som mandat å utarbeide en plan for det nasjonale opplysningsarbeidet. Noen slik plan kom ikke. Ti år tidligere ble Samarbeidsorganet for helseopplysning (SOHO), et samarbeid mellom offentlige og frivillige organisasjoner, opprettet. SOHO var særlig et forum for kontakt, ideutveksling og prosjektsamarbeid mellom organisasjonene og mellom disse og offentlige institusjoner. I tilknytning til fylkeslegekontorene kom der fylkeskomiteer for helseopplysning. De skulle støtte fylkeslegene i deres forebyggende opplysningsarbeid overfor kommunene. I en del kommuner kom der nå også egne helseopplysningskomiteer; antallet var ca. 60 i 1989.¹¹³¹ Også innen helseopplysning spilte helsesøsteren en viktig rolle.

Flere nasjonale forebyggelsestiltak med betydelige innslag av helseopplysning fantes og flere kom til i løpet av den perioden vi ser på. Statens skjermbildeundersøkelser hadde vært i virksomhet siden 1943, og ble fra 1985 gjort om til Statens helseundersøkelser, altså et mer

¹¹³⁰ St.meld. nr. 36, 1989-90, s. 59.

¹¹³¹ St.meld. nr. 36, 1989-90, s. 60.

generelt undersøkelses-, handlings- og opplysningstiltak. Andre av de sentrale statlige helseinstitusjoner på nivå nr. tre, som Tobakksskaderådet (1971), Edruskapsdirektoratet (1968) – fra 1988 Rusmiddeldirektoratet, Krefregisteret (1951), Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (1946) og i en del henseender (særlig knyttet til infeksjonssykdommer) SIFF (1929) drev også en systematisk helseopplysningsvirksomhet på spesielle områder. Vi skal snart si litt også om nasjonale kampanjer.

Med revisjonen av **kommunehelsetjenesteloven** i 1987, ble gamle bestemmelser erstattet med moderniserte, og langt mer offensive nye. Det skjedde på to måter. Det skjedde gjennom det nye kapitlet, 4.a, om **miljørettet helsevern**. Men det skjedde også gjennom en ny paragraf, 1-4, som omhandlet helsevesenets påvirkning av instanser som hadde (hoved)ansvar for kontrollen med andre miljøer enn dem helsevesenet hadde kontrollansvar for. Vi skal se på denne paragrafen først. Den fikk denne ordlyden:

Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne. Helsetjenesten skal foreslå helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunen. Helsetjenesten skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre offentlige organer hvis virksomhet har betydning for helsetjenestens arbeid. Slik medvirkning skal skje blant annet gjennom råd og uttalelser og ved deltakelse i plan- og samarbeidsorganer som blir opprettet. Helsetjenesten skal av eget tiltak gi informasjon om de forhold som er nevnt i annet ledd, første punktum til de offentlige organer som har ansvaret for iverksetting av tiltak som kan virke inn på helsen. Dersom helsetjenesten blir kjent med forhold som vedrører arbeidsmiljøloven, produktkontrollloven og forurensningsloven, skal helsetjenesten underrette de berørte fagmyndigheter slik at disse kan fatte vedtak. Departementet gir nærmere regler om samarbeidet med andre fagmyndigheter på områder der også helsetjenesten har kompetanse og om koordinering av tiltak.

Her henvises det altså til annen, men (relativt) ny, miljørettet lovgivning. Produktansvarsloven kom i 1976, arbeidsmiljøloven i 1987 og forurensningsloven i 1981. Også annen lovgivning, som plan- og bygningsloven av 1985 og de noe eldre vegloven (1963) og vegtrafikkloven (1965), er her relevant. Fremveksten av denne lovgivningen er både uttrykk for at andre hensyn enn befolkningens helse, spesielt (det helhetlige) hensynet til naturen, får større oppmerksomhet og at andre etater begynner å ta større helseansvar. Kontrollen med de ulike miljøene var tidligere i hovedsak helsevesenets ansvar (etter sundhedsloven). Nå blir den i større grad andre virksomheters og etaters ansvar. Samtidig blir helsehensynene sterkere betonet. Helsevesenet får slik i større grad rollen som eksportør av helsepremisser og som kontrollør av at disse premisser blir gitt tilstrekkelig oppmerksomhet. Forebyggingsenheten, som i 1991 la frem utredningen «Flere gode leveår for alle» (NOU 1991: 10), foreslo å styrke denne strategien, en strategi som siden (2006) skal bli kalt *Health in All Policy* (HiAP). Utviklingen i så henseende er uttrykk for at en mer offensiv folkehelsepolitikk får et bredere formelt grunnlag. Samtidig bidrar denne nye politikken til at samfunnets kontrollregulering blir mer omfattende, og mer kostbar. Den skaper mer «byråkrati» og, for borgere og bedrifter, flere hensyn å passe på. Bestemmelsen i loven er imidlertid generell og programmatisk. Skal den få «tenner» må den følges opp av forskrifter, og forskrifter hvis overholdelse kontrolleres. Helseforvaltningen fikk gjennom loven anledning til å bidra til å utforme slike, som den fikk anledning til å utforme «egne», forskrifter, og for så vidt til å delta i kontrollen med etterlevelsen av dem. Nå ble forskriftene, som vi har nevnt, (nesten) bare nasjonale. Det gjaldt også spesielt de forskrifter som kom til å

gjelde andre sektorer og «miljøeiere». Utviklingen av tverrsektoriell folkehelsepolitikk hadde altså i seg selv en sentraliseringsforsterkende virkning, samtidig som den var uttrykk for at folkehelsepolitikken ble mer ambisiøs. Vi skal komme tilbake til FEs utredning og departementets oppfølging av den; den siste ble ikke bare entusiastisk.

Men det at antallet lover og forskrifter økte, ble knyttet til flere mål samtidig og hadde ulike overordnede ansvarsdepartementer, skapte også betydelige samordningsproblemer og finansierungsproblemer i iverksettelsesfasen (særlig lokalt). Ambisjonene bak lovene var, for iverksetterne, for komplekse og for store. Det gav i praksis mer rom for å utøve (lokalt) skjønn. At makt nå var flyttet ut til kommunene gjorde at viljen til å utøve skjønn iallfall ikke var svekket. Man fikk slik på forebyggelsessiden problemer som lignet på dem man hadde på klinikkensiden: Når påleggene ovenfra blir for mange og for store får iverksetterne en viss frihet, men ofte en frihet de misliker: De kritiseres for den «neglisjeringen» og «nedprioriteringen» de foretar. Ja, de to deler av helsevesenet blir en del av denne prioriteringsdragkampen. Den kampen går, som vi har sett, folkehelsehensynene tapende ut av.

Vi skal legge til at det for så vidt gjorde det «lettere» for lokale iverksettere å utøve skjønn at «grenseverdiene» for potensielt uheldige miljøfaktorer ofte var upresise og at der på ett miljøområde som nå fikk mer oppmerksomhet – det sosiale, ikke fantes mulige «grenseverdier». Ja, på det sosiale område, hvor tiltak mer enn grenseverdier ble definert, var tiltakene ofte mer sosial-pedagogiske enn direkte miljørettede. Slike tiltak krevde en stor grad av sensitiv skreddersyng. Mer individrettede, eller blandede, tiltak som opplysningsvirksomhet og rådgivning, krevde også stor grad av helsefaglig og økonomisk skjønnutøvelse. Ja, ofte krevdes mer enn det. Tidligere fylkeslege Anders Smith (f. 1945) skriver således at ikke bare må iverksetteren, og for ham er det den medisinskansvarlige lege i kommunen, anvende et krevende skjønn, han eller hun må, før skjønn utøves, være diplomat og kanskje megler. Under «flokete», særlig personlige, saker kan der ligge flere «hunder» begravet enn legen umiddelbart kan fornemme: «Bak et krav om tiltak mot støy eller lukt i et nabolag kan det ligge forhold som en gammel nabotvist, en arvekrangel, en kulturkollisjon, et unormalt selvhevdelsesbehov eller noe så vanlig som misunnelse».¹¹³²

FE-utredningene, som laget rapporten «Flere gode levekår for alle», bemerket at helseutfordringene i økende grad var og ville bli «belastningslidelser, ulykkesskader, rusproblemer, atferdsproblemer, selvmord eller omsorgssvikt».¹¹³³ Å forebygge slike problemer krevde ofte en blandet strategi, men kunnskapen strategiene skulle baseres på, var og er usikker og (derfor) sterkt preget av ideologi og moralisme. Endringene i sykdoms- og problempanoramaet gav slik i viktige henseender mer rom for utøvelse av (politisk) legpersonsskjønn, og vanskeligere vilkår for tilsynsførerne.

I det nye kapittel 4a, heter det i første punktum at miljørettet helsevern «omfatter de faktorer som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen». Disse faktorer er «blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer».¹¹³⁴ I § 4a-2 heter det at «Helse- og sosialstyret skal ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i § 4a-1, første ledd».

¹¹³² Anders Smith, «Miljørettet helsevern», kap. 25 i Øivind Larsen et al., *Samfunnsmedisin*, Oslo: Gyldendal, 2008, s. 374.

¹¹³³ NOU 1991: 10, forordets første side.

¹¹³⁴ Hva «blant annet» her henviser til er uklart. Listen over faktorer fremstår jo som fullstendig, iallfall hva «dennesidige» faktorer angår.

Det nye kapitlet starter altså med patologiens etiologi. Pussig nok utelates slik diagnosen, altså dét løpende å kartlegge patologimønsteret (sykelighets- og dødelighetssituasjonen). Det å lage en slik oversikt over problempanoramaet, er det naturlige utgangspunkt for en kommunes overordnede helseansvar. Men når det i § 4a-2 heter at «Helse- og sosialstyret skal ha tilsyn med de faktorer som er nevnt i § 4a-1, første ledd», bruker departementet ordet tilsyn i gammel, vid forstand. Tilsyn betyr da her å skaffe oversikt både over helsetilstanden (diagnostikken) og dens grunnlag. Det er ellers interessant at Helserrådsutvalget gav diagnostikken prominent plass i analysedelen.¹¹³⁵ Også her startes det i hovedsak med etiologien, men som neste punkt kommer så «systematisering» og «kommuned diagnose». Deretter følger, nokså naturlig, å lage en plan for tiltak for å forebygge patologi og endelig dét (kontinuerlig) å iverksette planen og de tiltak den omfatter, miljø- og individrettet. Planen og iverksettelsen av den skal da reflektere en styrings- og ledelseslære. Vi får tak i hva denne læren går ut på gjennom de neste punkter i § 4a, nemlig punktene 4a-2 til og med 4a-10.

I § 4a-2, heter det videre at helse- og sosialstyret skal «utøve den virksomhet og treffe de avgjørelser som det er tillagt i lov eller i medhold av lov». Her er det den juridiske måten å styre, lede og kontrollere på som trekkes frem. I neste setning står det imidlertid: «Virksomheten og avgjørelsene, herunder enkeltvedtak, skal være i samsvar med helsetjenestens formål, jfr. § 1-2». Vi har sett at formålserklæringen er vid og omfatter både ekte mål (verdier) og virkemidler. Setningen innebærer derfor at helse- og sosialstyret nok skal ta utgangspunkt i lover og forskrifter, men også kan utøve en betydelig grad av mål-middel-basert skjønn. Setningen gir altså kommunenes folkehelseorgan en betydelig grad av autonomi. Dermed begrenser den også de statlige fylkeslegers (tilsynsmyndighetenes) muligheter for å gripe korrigerende inn.

Gjennom § 4a-3 gies kommunestyret adgang til å delegerer helse- og sosialstyrets myndighet på det miljømedisinske område til den medisinsk-faglig ansvarlige lege, med unntagelse for de mest inngripende virkemidler (stansning og påtalebegjæring). Bestemmelsen er et uttrykk for at medikratiske ideer fortsatt spilte en rolle.¹¹³⁶ Samtidig er den et uttrykk for at folkehelsearbeidet gies større armslag: Fagfolkene er mindre påvirkelige for ulike miljøinteressenters påvirkning enn lepersonspolitikere. Ettersom forskriftene blir flere og mer detaljerte – delvis som en refleksjon av kunnskapsutviklingen – gies fagfolkene mer å spille på. Denne senmedikratiske bestemmelsens betydning må dog ikke overdrives. Som vi har sett, lokalpolitikernes posisjon styrkes nå og tilsynslinjen fra direktorat til fylkesleger er under stort press fra KS. Som vi har påpekt, styringsambisjonene vokser også på det forebyggende område, men forebyggelsespolitikken har større problemer i prioriteringsstriden enn den kliniske politikk.

I § 4a-6 gies helse- og sosialstyret myndighet til å pålegge en eiendom eller virksomhet i kommunen å *rette* forhold som direkte eller indirekte negativt kan påvirke folks helsetilstand. I § 4a-7 gies det samme styret rett til å følge opp pålegg om retting med tvangsmulkt, når frister for å rette oversittes. I § 4a-8 gies styret fullmakt til å *stanse* virksomhet når det oppstår forhold ved virksomheten som «medfører overhengende fare for helseskade». I § 4-9 heter det: «Med bøter eller fengsel inntil 3 måneder eller begge deler straffes den som forsettlig eller uaktsomt overtrer pålegg eller forskrifter gitt i medhold av dette kapittel». Helse- og

¹¹³⁵ Kfr. NOU 1984: 28, *Helserrådstjenesten*, s. 163.

¹¹³⁶ I § 4a-4 gies også den medisinsk-faglig ansvarlige legen rett, og plikt, til å delta i helse- og sosialstyrets møter, med tale- og forslagsrett (i aktuelle helsevernsaker).

sosialstyret begjærer påtale. Bestemmelsen i § 4a-9 blir stående ved siden av Straffelovens § 357.

Helse- og sosialstyrets fullmakter til å gi pålegg om retting eller stansning er kraftfulle fullmakter. De er uttrykk for det som ofte preger juridisk *styring*, styring gjennom avskrekking. Det er ikke så underlig at miljørettet forebyggingspolitikk realiseres slik; den skal jo stanse patologiskapende prosesser så tidlig som mulig. Påleggene, kombinert med straffetrusselen, gir inntrykk av at den negative folkehelsestyringen tydelig skjerpes, men hvor skjerpet den i praksis ble, varierer, som vi har sett. Jusen er mer drastisk enn det styringspraksis var og også blir. Det spiller her en rolle at de virksomheter det skulle gripes inn overfor i noen tilfeller var eid av kommunen, eller iallfall kunne være av stor økonomisk betydning for kommunen, eller de var private borgere og velgere, borgere en del politikere gjerne kjente. Den gamle, miljørettede folkehelsepolitikken var hygienepreget. Nå skulle det taes (mer) hensyn også til det sosiale miljø. Kunnskapen om hvordan det virket på helsetilstanden var, som nevnt, langt dårligere enn kunnskapen om hvordan naturmiljøet virket. Det hører ellers med til dette bildet at den «kombinerte» strategien, for eksempel knyttet til ernæring og bruk av nytelsesmidler, krevde bruk av livsstilspedagogikk, en virksomhet som også hadde et svakt kunnskapsgrunnlag. Som vi skal se, bidrar også smittevernarbeidet – nok et arbeid som både er miljø- og individrettet – til å gi skjønnet stor plass.

Før vi ser på oppfølgingen av folkehelsepolitikken i annen halvdel av vår periode, skal vi kort se på en annen lov som hadde et tydelig forebyggende perspektiv, tobakkskadeloven. Gjennom spesielt Ian Bradford Hill og Richard Dolls studie av britiske legers røykevaner i første halvdel av 1950-årene, fulgt opp med undersøkelser av dødsårsaksopplysninger, ble det klart at røyking var en viktig årsak til lungekreft og lungekreftdødelighet. Siden kom der ny forskning til som bekreftet Hill og Dolls funn og også sa mer om hvordan røyking skadet lungevevet. Torbjørn Mork bidro, som vi har nevnt (doktoravhandlingen), til forskningen om røykingens skadelige virkninger på lungevevet. Den nye kunnskapen om tobakkens skadevirkninger gjorde at det i 1973 ble vedtatt en lov om vern mot tobakksskader. Dens formål var «å begrense de helseskader som bruk av tobakk medfører» (§ 1). Spesielt viktig var det at loven satte forbud mot tobakksreklame (§ 2). Med dette forbudet ble altså en skadelig livsstilspåvirkning forbudt, nemlig den fabrikantene stod for. Indirekte representerte slik loven også både forebyggende individuell livsstilspåvirkning og sosialt og kulturelt rettet forebyggende påvirkning (gjøre røyking kulturelt mindre attraktiv).¹¹³⁷ Loven ble skjerpet under den aktive folkehelsestatsråden Tove Strand Gerhardsen i 1988: Loven fikk en § 6 som innførte vern mot passiv røyking i fellesmiljøer. Som vi har sett, lungepidemiologen Torbjørn Mork lot seg dagen etter at statsråden hadde lansert sitt lovforslag friste til å distansere seg fra forslaget: Røyking egner seg ikke for lovgivning. Også Gerhardsens paragraf kan sees på som en kombinert miljø- og holdningspåvirkende lov. «Korstoget» mot røykingen skulle, som kombinert strategi, fortsette siden, nemlig under den neste tydelige «folkehelsestatsråd», Dagfinn Høybråten (2004). Ettersom holdningene til røyking, og enda mer til røyking i sosiale arealer, faktisk gradvis endret seg, ble kontrollen med etterlevelsen av den nye paragrafen forholdsvis enkel; stadig flere vanlige borgere ble i praksis kontrollører.

Endringene i Kommunehelsetjenesteloven i 1987 ble fulgt opp relativt bredt, blant annet gjennom den norske versjonen av Helse for alle innen år 2000-programmet (1987) og Samlet

¹¹³⁷ I 1980 ble den økonomiske terskel for adgang til tobakk hevet (prisøkning). Også det var et bidrag til å påvirke holdningene til tobakksbruk i negativ retning.

plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid 1989–1994. Aller tydeligst kom folkehelseambisjonene frem gjennom Tove Strand Gerhardsens nasjonale helseplan, fremlagt 25. mars 1988. Her får det helsefremmende og forebyggende arbeid et helt kapittel, til sammen 31 sider. Kapitlet er preget av WHO-filosofien, men ikke minst av den måten denne filosofien ble formulert og konkretisert på av professor dr. med. Peter F. Hjort og hans Gruppe for helsetjenesteforskning (etablert under NAVF i 1975). Gjennom meldingen viser statsråden og departementet at de har en ekte vilje til å gi forebyggelse høyere prioritet. De ansvarlige for meldingen viser at de mener at oppmerksomheten må flyttes fra «kriseløsningsnivå», det vil si det nivå folk når når sykdom eller skade oppstår, til et «førkrisenivå». Men de erkjenner at det er politisk vanskelig: «Det er et problem for det forebyggende arbeid at det ikke synes». Ja: «Dess mer arbeid man gjør dess mer usynlig blir det».¹¹³⁸ Departementet peker på planer for å organisere folkehelsearbeidet så det kan få mer kraft, men har ikke eksplisitte planer for hvordan folkehelsearbeidet kan gjøres mere «politisk mulig», både på oppstrøms- og nedstrømssiden. Det er imidlertid ikke overraskende: Departementet må være forsiktig med å belære de aktuelle lempersonspolitikerne.

Helseplanens ambisjoner ble, hva folkehelsearbeidet angikk, fulgt opp av Forebyggingsenheten gjennom utarbeidelse av en folkehelsestrategi, nemlig utredningen *Flere gode levekår for alle*. Vi har nevnt, da vi omtalte Hellandsvik-rapportens plan for den post-norbomske omorganisering av den sentrale helseforvaltning på folkehelsesiden at den i hovedsak var skrevet av rådgiver Olaf G. Aasland. Her skal vi begrense oss til å trekke frem de viktigste prinsipielle sider ved utredningens filosofi. Den var, som vi har sett, målstyringsorientert. Dens forfatter(e) satte «flere gode leveår for alle», som overordnet mål. Det var et mål som både hadde normativ tyngde og var mulig å konkretisere. Det pekte mot «venstre», i og med ordet «alle». Det innebar altså mer enn at et helseprodukt skulle maksimeres. Det passet i prinsippet også arbeiderpartiregjeringen. Men hvor langt i egalitær retning målet skulle forstås, forsøkte ikke Aasland & Co. å bestemme.

Målet om større grad av likhet i helse – selv om det gav et mindre samlet helseprodukt – ble først for alvor aktuelt ca. ti år senere, selv om WHO's mål, Helse for alle i år 2000, hørtes svært egalitært ut (og bidro til å aktualisere fordelingsopptattheten). Men utredningens mål var ikke bare et helsemål. Det var i noen grad et mål for det gode liv generelt, kfr. uttrykket «gode leveår». Gode leveår skulle først og fremst være en følge av gode levekår. Mest fundamentalt var strategien slik miljørettet. Ved at miljøene, de fysiske-kjemiske, biologiske og, ikke minst sosiale, ble gode, ville sannsynligheten for mange gode leveår bli høy. Den primære folkehelseinnsats burde altså rettes inn mot miljøene. Det er imidlertid slik, het det i utredningen, at miljøene ikke er optimale for alle, og neppe vil bli det. Noen vil derfor havne i ulike risikogrupper, definert først miljømessig (for eksempel bli utsatt for fysisk eller sosialt farlige miljøer) og så livstilmessig (for eksempel spise eller på andre vis leve usunt). Overfor disse må det settes inn mer individuelt rettede, sekundærforebyggende tiltak (for eksempel bruk av verneutstyr, opplæring i forsiktighetsregler, annen holdningspåvirkning og i noen tilfeller tvang).

I siste instans må klinikken komme inn med behandlings- og rehabiliteringstilbud, for å forebygge ytterligere tap av livskvalitet. I dette siste tilfelle kan man da tale om tertiærforebyggelse. Utredningens forfatter(e) ville altså primært skape så gode levekår at

¹¹³⁸ St.meld. nr. 41, 1987-88, s. 128.

livskvalitetssvikt ikke oppstod, eller, som de helst ville si, at livskvalitet ble fremmet. Vi har nevnt at selv om det ikke er åpenbart hva det er å fremme helse utover friskhetsnivået, så er det åpenbart at livskvaliteten kan utvikles utover et eller annet «godt» nivå. Å gjøre det, er imidlertid i seg selv helsebevarende. Aasland og hans medarbeidere ville gjøre noe så langt mot venstre i årsakskjedene som mulig. Jo lenger man kom mot høyre, jo mer stod man overfor pasienter, klienter og understøttelsesmottagere (sykemeldte og invalidepensjonerte). I utredningen ble, som nevnt, bevegelsen mot høyre omtalt som medikalisering.

I tråd med levekårsperspektivet la utredningens forfattere, meget interessant, vekt på at medisinsk sett var sykkelighet nå, i mange, men ikke alle, henseender blitt viktigere enn død. Det var lidelser folk levde med over lang tid som først og fremst reduserte livskvaliteten, og det var lidelser i muskler, skjelett og bindevev, og psykososiale lidelser, medregnet ulike former for kjemisk avhengighet. Hjerte- og karsykdommer og kreftsykdommer var fortsatt viktige, men de var iferd med å bli mindre viktige, siden de rammet stadig lenger ut i livet. I utredningen ble det imidlertid lagt vekt på en annen type helseproblem, som ikke så sjelden førte til død, nemlig ulykker. De påpekte, naturlig nok, at mange typer ulykker er nært knyttet til psykososiale problemer.

Denne utredningen foreslår at helsepolitikken gjøres til en del av «samfunnspolitikken» – et uttrykk utrederne bruker (bl.a. s. 92) – og, like viktig, at samfunnspolitikken, altså all offentlig politikk, blir mer helsepolitisk. Det er derfor ikke overraskende at utredningen er mer anvendt samfunnsvitenskapelig enn (anvendt) samfunnsmedisinsk. Aasland og hans kolleger forlater den samfunnsmedisinske kultur som ble skapt i løpet av 1980-årene, og som Helsedirektoratets ledere sluttet seg til, og risset opp konturene av en bredt anlagt, venstrepreget samfunnspolitik. De gjorde det på en mer raffinert, og mer elegant, måte enn noen andre folkehelsepolitikktutredere hadde gjort før dem og noen andre, til denne dag, har gjort.

Men om utredningen er elegant, og mer gjennomført nyttestatlig (målstyringsorientert) enn for eksempel de virksomhetsplaner Helsedirektoratet utarbeidet, mangler den noe på å være en *virkelig* plan. Den peker, i stor detalj på hva som kan og bør gjøres for å realisere de mange oppstilte mål, men prioriterer ikke tiltakene og foreslår (derfor) ikke (i særlig grad) bestemte lovendringer, konkrete endringer i avgifts- og subsidienivåer og budsjettfordelinger og spesifikke organisasjonsendringer, med tidsangivelser. Den peker ut tiltak og anviser retninger, men overlater så til de politiske aktører – til demokratiet – å bestemme hvilke av forslagene som skal følges opp og i hvilken grad de skal følges opp. Ja, utredningens forfattere ser egentlig for seg at byråkratene og fagfolkene med folkehelseinteresser skal ta del i den politiske prosess. De skal være det som i utredningen kalles «pådrivere» (kfr. for eksempel s. 87, 110, 128). I stedet for at utrederne eksplisitt tar opp spørsmålet om hva som er «politisk mulig», anbefaler de at slike som dem, og andre forvaltere og fagpersoner skal dytte på grensene for hva som er politisk mulig, dog uten å spesifisere hvordan «pådriverrollen» skal fylles. Fordi de ikke gjør det, slører de i noen grad til den *politiske* del av sin rapport. Men det ville jo knapt tatt seg ut om de hadde vært mer eksplisitt politiske. De kan også ha fornemmet at en større grad av normativ konkretisering kunne ha svekket deres sannsynlighet for å lykkes: I den grad folkehelsehensyn prioriteres opp i forhold til kliniske hensyn, altså at ressurser flyttes fra klinikk til preklinikk, vil det bli lengre køer for adgang til klinikken, og dermed også vekst i tilbudet av privatfinansierte tilbud. Det ville igjen skape ulikhet i tilgjengelighet til klinikken, noe som var, og er, politisk vanskelig å bidra til, spesielt for venstreorienterte utredere og ditto politikere. Også for slik orienterte fagpersoner og politikere har klinikken, hvis prioriteringen gjøres eksplisitt, en tendens til å vinne over preklinikken.

En utredning som i prinsippet var rasjonalistisk planpreget og målstyringsorientert, ender slik med å gi etter for den legpolitiske inkrementalisme og «the science of muddling through», dog slik at fagforvalterne deltar som «muddlers» – pådrivere – på planens vegne.

Under arbeidet med utredningen ble et utkast til den drøftet i det såkalte «Forum for ledere i den statlige helseforvaltning».¹¹³⁹ Det skjedde den 28. februar 1991. Utredningen møtte her en del motbør. Mork mente utredningen «ga grunnlag for sterk diskusjon». Ikke minst syntes han det var ille at dens forfattere, uten dokumentasjon, ville nedprioritere klinikken. SIFF-direktør Bodolf Hareide sa at mange av hans medarbeidere var «provosert»; klassisk teknisk-hygienisk arbeid ble jo i utredningen viet liten omtale. Fylkeslegenes representant i forumet, Øyvind Rolstad, sa det var «skuffende å lese det svakt utviklede ideologiske grunnlaget for denne vektingen» (av forebyggelse fremfor kurativt arbeid).¹¹⁴⁰ Folkehelsemannen Mork var fortsatt litt medikrat, og Hareide og de andre folkehelselederne hadde sine interesser å pleie. Mork var kanskje også påvirket av striden med departementsråd Norbom om helseforvaltningens omorganisering. Bak Aasland og FE sto jo Norbom.

FE-utredningen ble fulgt opp med en stortingsmelding, St.meld. nr. 37 (1992–93), kalt *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Det var her tatt hensyn til den nettopp nevnte kritikken. Meldingen er på det konkrete plan mer tilpasset både den fagpolitiske og almenpolitiske stemning enn utredningen var, samtidig som mye av filosofien i utredningen er beholdt. Kompromissene har imidlertid gjort den mindre elegant. I et kort kapittel om «Etiske problemstillinger» siteres Sosialkomiteens typisk «politiske» uttalelse (til den nasjonale helseplan) «Forebyggende arbeid må etter komiteens mening ikke skje på bekostning av medisinsk behandling» (s. 38). Departementet nevner også at den britiske helseminister i en hvitbok om folkehelsepolitikk (*The Health of the Nation*, 1992) gir uttrykk for at selv om det er riktig å fordoble innsatsen for å redusere sykdom og prematur død, må det ikke skje «på bekostning av å ta vare på syke mennesker». Departementet «forstår», skriver det så, «disse utsagnene dithen at det er viktig å drive et tverrsektorielt forebyggende og helsefremmende arbeid uten å sette dette opp mot innsatsen i den kurative helsetjenesten». Det sies imidlertid intet om hvor ellers ressursene til en øket forebyggende innsats skal taes fra. Dette er en vanlig legpolitisk holdning – å la prioriteringens reelle innhold forbli mer eller mindre skjult.

Det er interessant at da meldingen ble behandlet på Stortinget gav flere uttrykk for skepsis til helt å erstatte sunt skjønn med faglighet. Også helseminister Werner Christie gjorde det. Han gjorde det gjennom et sitat fra den svenske forfatterlegen P.C. Jersild (f. 1935): «Ingen, hverken fattig eller rik, er tjent med et helsebegrep som legitimerer et helsevesen som sveller ut og legger under seg alle livets aktiviteter – og krever å få gjøre oss lykkelige i all evighet – amen».¹¹⁴¹

Christie ble mer en klinikk- enn preklinikkminister. Det fremgår også av hans generelle helsepolitiske stortingsmelding, Samarbeid og styring (St.meld. nr. 50 (1993–94)).

¹¹³⁹ Forumet, også kalt konsernlederforumet, var blitt opprettet i 1990 av departementsråd Norbom (første møte 18.2.90) i et – ikke helt vellykket – forsøk på å få en splittet statlig helseforvaltning til å gå mer i takt.

¹¹⁴⁰ Referat fra møtet i forum for ledere i den statlige helseforvaltning 28.2.91, datert 3.4.91. Møtereferatet finnes i dokumentasjonsenheten, Helse- og omsorgsdepartementet, Organisasjonsgjennomgåelsen 1990–92, 612.1, kas. 4.

¹¹⁴¹ Stortingsforhandlingene, 1994, s. 3535.

Gerhardsens helseplan hadde en omfattende og offensiv omtale av folkehelsepolitikken. I Christies melding spiller folkehelsepolitikken en beskjeden rolle. Forebyggelse og miljørettet helsevern omtales, om enn positivt, bare på en halv side og helsestasjons- og skolehelsetjenesten på én side. Ellers er der avsnitt som også har et visst forebyggelsesinnhold, bl.a. hva gjelder bedriftshelsevesenet og det forebyggende psykiatriske helsevern. Det er også interessant at selv om departementet, fra 1994 som Sosial- og helsedepartement, fikk en egen forebyggelsesavdeling ble den politiske interesse for forebyggelse mindre. Avdelingen, som omfattet FE, men også SME, ble, som vi har sett, mer skapt av departementsråd Nordbø enn av statsråden. Avdelingens første ekspedisjonssjef, Andreas Disen, uttalte da vi i 2009 intervjuet ham:¹¹⁴²

Han [Christie] hadde tidligere vært en del opptatt av forebygging, mens han var mer en fagmann, men han ga jo ikke noe kraft i det arbeidet i det hele tatt. ... Jeg husker jeg var litt frustrert over at han, som de fleste ministre, ble oppslukt av sykehus. Jeg føler nok at det ble litt sånn bakevje. Han ville så gjerne når vi prata, men det ble ikke noen vilje til politisk kraft på forebyggingsfeltet.

Også Christies etterfølger, Gudmund Hernes, kom til å bli mer en klinikk- enn preklinikkminister. Disen forteller:

Gudmund tilrødte akkurat før jul og så skulle loven trå i kraft fra nyttår, og da er det jo naturlig at statsråden fronter de sakene som er kontroversielle. Men Gudmund, han skulle ha sine 100 dager han, og ville tydeligvis ikke assosieres med denne upopulære saken, innskjerpingen av røykeloven. –Han kunne ikke saken (sa han), så den måtte embedsverket kjøre.

Så var det jeg som ekspedisjonssjef, det hadde aldri skjedd i dag altså, som sjef for Forebyggingsavdelingen, som måtte fronte saken i fjernsyn og radio og det som var av media og kommentere og forsvare denne saken. For han og hans statssekretær, de ville ikke ha noe med dette å gjøre. De kunne ikke saken, så dette måtte embedsverket kjøre. Det var jo en merkelig greie. Det var for så vidt ganske morsomt, da, men..

Folkehelsepolitikk og folkehelsetilsyn

Gjennom mye av perioden stod folkehelsehensyn forholdsvis sterkt i departementets politiske ledelse, til dels også i helseavdelingen (FE og SME) og, enda mer, i direktoratet. Helsefaglig hadde folkehelsehensyn vind i seglene, gjennom WHO-initiativene og en bred engelsk-amerikansk-canadisk faglig opprustning. Helsetjenesteforskningen, som fikk en synlig plass i Norge, var en viktig del av denne opprustningen. Forebyggelsesinstitusjonene, som SIFF og SHUS, ble mer offensive og ved vår periodes utløp mer selvstendige, og registrene fikk mer oppmerksomhet. Folkehelselovgivningen ble også styrket og modernisert. Den mistet allikevel sin egen lov. Sunhedsloven forsvant i løpet av perioden og mye av forebyggelsesreguleringen ble tatt inn i den generelle lovgivning, i første rekke kommunehelsetjenesteloven. Samtidig ble imidlertid helsehensynene styrket i annen lovgivning. Det gjaldt også næringsmiddelovgivning, en halvt helserettet og halvt

¹¹⁴² Intervju med Andreas Disen 26.8. 2009. Også sitatet nedenfor er fra dette intervjuet.

næringsrettet lovgivning. Denne skal vi for øvrig, etter at vi har sett på smittevernlovgivningen, se mer spesielt på.

Det meste av lovgivningen var imidlertid nokså fullmakts- og rammepreget. Der kom en rekke forskrifter og retningslinjer, men også disse var forholdsvis rammepregede og gav rom for en del både faglig og politisk skjønnsutøvelse. At folkehelsehensyn også i denne, relativt offensive, perioden kom nokså mye i skyggen av klinikkhensyn, øket beslutningstagernes rom for å utøve skjønn. Det gjorde det vanskelig for dem som skulle utøve tilsyn, i første rekke fylkeslegene, men i noen grad også direktoratet, å gjøre det på en streng måte, ja, for overhode å gi folkehelsestilsyn høy prioritet. Tilsynsutøverne kunne derfor i liten grad også spille den rolle flere gode levekår for alle-utredene gjerne så at de skulle spille. Det er neppe tilfeldig at de NOUer, stortingsmeldinger og odelstingsproposisjoner knyttet til folkehelsepolitikken som vi har sett på, er så kortfattede når det gjelder tilsyn, ja, blir etter hvert stadig mer tause. NOU 1991: 10, som vil ha fagfolk til å bli «pådrivere», nevner ikke at fylkeslegene som tilsynsutøvere kunne bli viktige pådrivere for folkehelsehensyn.

Smittevernlovgivningen

Sundhedsloven var den første generelle norske lov mot mikrobielle sykdommer. Landet fikk en sykdomsrettet lov i 1857, en lepralov; den ble endret i 1877 – som en funksjon av G.H. Armauer Hansens (1841–1912) oppdagelse i 1873 av leprabasillen, og altså at sykdommen (også) var smittsom. I 1900 kom der så en egen tuberkuloselov; også den en lov preget av det nye bakteriologiske syn på mange sykdommer (basillen påvist av Robert Koch (1843–1910) i 1882). I 1947 kom den siste sykdomsspesifikke lov, lov om åtgjerder mot kjønnsykdommer. Ved den endelige opphevelse av sundhedsloven skulle også disse sykdomsspesifikke lovene oppheves. Det samme gjaldt for øvrig en del andre, mer teknisk-metodisk pregede lover, blant annet om vaksinasjon (tuberkulose, 1947, generelt, 1954). Forslaget til ny smittevernlov ble lagt frem 14. mai 1993, som Ot.prp. nr. 91 (1992–93). Lovforslaget ble ikke behandlet i denne sesjonen og ble lagt frem igjen uendret året etter, som Ot.prp. nr. 28 (1993–94). Den ble sanksjonert den 8. mai 1994 og trådte i kraft fra 1995.

Den gamle loven var i stor grad preget av den gamle forståelsen av mikrobielle sykdommer, nemlig at medisinen ikke kjente til mikrober (som sykdomsagens) – selv om ideen om slike hadde røtter langt tilbake i tid. Gamle oppfatninger om omgivelsenes, inkludert værslaget, og arvelige forhold, betydning spilte en stor rolle, men en del yngre leger, *kontagionistene*, talte stadig høyere om smitte. I kjølvannet av oppdagelsen av stadig flere mikrober – altså av den bakteriologiske revolusjon – ble sundhedsloven og dens forskrifter tilpasset den nye kunnskap.

Bakteriologien vokste frem på nokså lineært-reduksjonistiske premisser. Den innebar at sykdom ble sett på som enhet, forårsaket av et konkret ytre, angripende agens, som en mikrobe. Snart ble denne forståelsesmåten styrket gjennom påvisningen av hvordan også ulike kjemiske substanser og bestemte, ioniserende stråler, kunne forårsake sykdommer av ulike slag. Den ble også befestet gjennom deler av ernæringsforskningen, som viste at mangel på tilførsel av bestemte matemner kunne føre til bestemte sykdommer. Den (marxistiske) britiske vitenskapshistorikeren J. D. Bernal (1901–1971), som likte denne reduksjonistiske måten å forstå på, sa at der slik er to, og bare to, typer sykdommer, forgiftningssykdommer og

mangelsykdommer: «The body, or any part of it, is said to be diseased if it lacks some chemical it needs or acquires some that interfere with its working». Han fortsatte: «Apart from mental afflictions, all diseases are in the last resort due to starvation or poisoning».¹¹⁴³

Denne måten å forstå på hadde suksess, og fortrenget snart det meste av det som var igjen av gammel og nokså upresis og dårlig dokumentert systemtenkning. Elementer av en mer dynamisk og mer presis systemtenkning dukket imidlertid opp, omtrent samtidig med de reduksjonistiske gjennombrudd. Et eksempel på det er den franske fysiologen Claude Bernards (1813–1878) begrep om *le milieu intérieur*, men i prinsippet også sider ved den nye evolusjonsteorien. Bernards tanker om det indre miljøets konstans – i praksis om homeostaseprinsippet, ble siden utviklet videre, blant annet av den amerikanske fysiologen Walter B. Cannon (1871–1945) i *The Wisdom of the Body* (1932).¹¹⁴⁴ Bernards og Cannons tanker er spesielt interessante i vår sammenheng fordi de understreket betydningen av «det aktive» legemet. Som Hans Selye sa like før Den annen verdenskrig, sykdom er ikke bare ettergivelse overfor angrep utenfra, men også kamp mot dem.¹¹⁴⁵ I 1950- og 1960-årene understreket den fransk-amerikanske mikrobiologen René Dubos (1901–1982) spesielt sterkt dette: Infeksjoner kommer ikke bare utenfra; de kommer også innenfra, ved at ytre fysiologisk stress gjør at mikrober som allerede er i kroppen, og som for så vidt finnes i overflod i et menneskes omgivelser, blir mobilisert og skaper sykdom. Sykdom må altså, hevder Dubos og andre, mer systemisk orienterte bioteoretikere, forstås på en mye mer gjensidighetspreget måte. Sykdom er ikke, hevdet han, spesifikke enheter, som reduksjonistene (hadde) hevdet, men relasjonelle (systemiske) fenomener. Dubos skrev i 1965:

*The sciences concerned with microbial diseases have developed almost exclusively from the study of acute or semi-acute infectious processes caused by virulent microorganisms acquired through exposure to an exogenous source of infection. In contrast, the microbial diseases most common in our communities today arise from the activities of microorganisms that are ubiquitous in the environment, persist in the body without causing any obvious harm under ordinary circumstances, and exert pathological effects only when the infected person is under conditions of physiological stress. In such a type of microbial disease, the event of infection is of less importance than the hidden manifestations of the smouldering infectious process and than the physiological disturbances that convert latent infection into overt symptoms and pathology. This is the reason why the orthodox methods based on the classical doctrines of epidemiology, immunology, and chemotherapy are not sufficient to deal with the problems of endogenous diseases. The need is to develop procedures for reestablishing the state of equilibrium between host and parasite.*¹¹⁴⁶

For de lineært-reduksjonistisk tenkende leger, og de ble snart helt dominerende, ble svarene på truslene fra de potensielt patologiske mikrobenes da å utrydde mikrobenes, bryte de patologiskapende årsakskjeder de kunne gi opphav til og endelig beskytte mennesker mot å bli «truffet» av mikrobenes. Den første strategien var lite aktuell til å begynne med, men ble aktualisert etter Den annen verdenskrig – gjennom kjemisk «krigføring» mot mikrobenes (DDT-sprøyting av mikrobenes eller vertenes oppholdssteder); bekjempelse av en viktig vert

¹¹⁴³ J. D. Bernal, *Science in History, Volume 3 The Natural Sciences in Our time*, Harmondsworth, England: Pelican Books, 1969 (1965), s. 923 og 924.

¹¹⁴⁴ Det var Cannon som lanserte betegnelsen “homeostase”.

¹¹⁴⁵ Kfr. vår tidligere omtale av Selye og hans lansering av begrepet om “the General Adaptation Syndrome”.

¹¹⁴⁶ René Dubos, *Man Adapting*, New Haven, CT: Yale University Press, 1965, s. 164-165.

som rotter, spilte dog en viss rolle (både for sunnhetsmyndighetene og folk flest). Den annen strategi ble den vanlige. Den ble rettet mot den menneskelige mikrobevert, det vil si, mot mennesker som var smittet og kanskje blitt syke. Fra gammelt av forsøkte man å stanse syke mennesker fra å komme inn i landet; de ble plassert i karantene. Den strategien var og er fortsatt aktuell, men spesielt viktig ble det å hindre at allerede syke mennesker fikk smitte ikkesyke. Ulike former for isolasjon ble da det naturlige svaret, et svar som i Norge ble særlig aktuelt for tuberkulosesyke mennesker (lov 1900), og en tid hadde vært det for mennesker med lepra (ny lov 1873). Legene fikk meldeplikt for tuberkulosesyke mennesker. Med fremveksten av nye, virusbaserte sykdommer, nå (fra 1983) i første rekke HIV/AIDS, ble det å finne (gjennom mer eller mindre omfattende prøvetagning) smittede (og smittsomme) personer og dernest følge opp påvist smittede med ulike tiltak, også tvangsbaserte, aktuelle strategier. I denne forbindelse ble også testing av blod som skulle brukes til blodoverføringer viktig.

Da smitteverndelen av sundhedsloven skulle endres, ble Helsedirektoratet gitt i oppdrag å lage et forslag til ny lov. Til å lede arbeidet ble satt nylig avgått avdelingsdirektør for avdeling for miljørettet helsevern (1984–1987), den erfarne tidligere SIFF-direktøren (1957–1984), Christian Lerche. Han ble bistått av juristen Børge Krogsrud. Forslaget, med forarbeider, ble levert senhøstes 1989, og publisert som NOU 1990: 2, *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Forfatterne konstaterte innledningvis at deres forslag ikke representerte noe «drastisk brudd med hovedprinsippene bak de smitteverntiltak som er regulert i dagens lovgivning om smittsomme sykdommer» (s. 9–10). Forslaget innebar selvsagt at reguleringen ble tilpasset den virkelighet som eksisterte da det ble lagt frem. Det innebar også at lovgivningen om smittsomme sykdommer ble samlet. Det viktigste nye hadde ikke med en ny forståelse av infeksjonssykdommenes logikk å gjøre, men med potensielle smittebæreres – i praksis særlig HIV-smittedes – rettssikkerhet å gjøre. Før NOUen ble utarbeidet ble det vurdert å lage en særlov for HIV/AIDS-sykdommen. Et forslag til odelstingsproposisjon ble utarbeidet, i departementet, i 1986, og sendt til uttalelse til interesserte grupper. Forslaget møtte mye motbør. Spesielt tydelig var motbøren fra Helsedirektoratet, og det betydde i praksis ikke minst Helsedirektøren, Landsforeningen mot AIDS og de såkalte risikogruppernes organisasjoner. Kritikerne mente en egen lov, med de bestemmelser om identifisering av og kontroll med HIV-smittede lovforslaget inneholdt, både ville være stigmatiserende for høyrisikogrupperne (spesielt homofile menn) og dessuten mer egnet til å la risikoutsatte gjemme seg enn la seg teste. Departementet lot da ideen om å foreslå en egen HIV/AIDS-lov falle og valgte istedenfor å innarbeide bestemmelser av spesiell betydning for denne sykdommen i den kommende generelle smittevernloven.

Lerche og hans medarbeider omtaler i sin utredning også sykehusinfeksjoner og nevner i den forbindelse at en del av disse er endogent basert (s. 175). Forholdet eksogene/endogene faktorer drøftes imidlertid ikke på de premisser Dubos lanserte mer enn to tiår før, og utrederne lar, som sundhedsloven, i stor grad sykdommer som har et viktig endogent grunnlag (for Dubos har de jo ikke bare det) falle utenfor lovens virkeområde. «Definisjonsmessig», heter det i utredningen (s. 176) «vil sykehusinfeksjoner fremkalt av smittestoff som stammer fra pasienten selv og som normalt ikke overføres til andre, falle utenfor lovutkastet». Helt bastante er imidlertid ikke utrederne. Det er dog åpenbart at de er nokså preget av den tradisjonelle lineær-reduksjonistiske måten å forstå mikrobielle sykdommer på. Heller ikke siden (til 2018) er for øvrig loven endret i så henseende.

At oppdraget med å utarbeide et forslag til lov ble lagt til direktoratet, var et uttrykk for at departementet godtok det meste av direktoratets «samarbeids- og tillitsfilosofi», men kanskje

også at det var lite fristende for departementet å la også HIV-saken bidra til spenningene mellom det og direktoratet. Direktoratet og Helsedirektøren hadde fra et tidlig tidspunkt lagt mye arbeid og engasjement i arbeidet med å stanse HIV-epidemien. Blant annet var det opprettet en egen, meget aktiv, AIDS-enhet i direktoratet, bemannet av fagpersoner som aktivt delte Helsedirektørens tillitsbyggende linje. Som vi har sett deltok også Helsedirektøren med skarp polemisk brodd i den offentlige meningsutveksling med fagpersoner som inntok et mer kontrollorientert syn på HIV-utviklingen. Regjeringen (departementet) hadde også laget en egen handlingsplan for tiltak mot HIV-epidemien.¹¹⁴⁷

Forslaget fra de to utrederne i direktoratet ble lagt til grunn for lovproposisjonen departementet utarbeidet. Der skjedde imidlertid noen mindre endringer. I utredningen ble i stor grad Helsedirektoratet gitt ansvar for å utstede forskrifter; i proposisjonen ble den myndigheten som regel lagt til departementet, ev. Kongen. I kap. 2 om «Informasjon til smittede personer og om unntak fra taushetsplikten, meldinger og varsler» ble teksten utdypet i proposisjonen. I kap. 3 om «Undersøkelser og vaksiner» ble § 3-4 om legens plikt til å foreta undersøkelse og drive smitteoppsporing, ble teksten utvidet og gjort «strengere». Også kapitlene om «Andre smitteverntiltak» (4) og «Plikter for smittede personer – tvangstiltak» (5) ble skrevet noe om og gjort «strengere». Kap. 6, «Administrative organer og deres myndighet», ble på et par punkter gjort litt mindre medikratiske. I NOUen hadde § 6-1 overskriften «Smittvernlegens oppgaver». I proposisjonen fikk § 7-1 (litt endret kapitteinndeling) overskriften «Kommunens oppgaver». I § 7-2 kom så «Kommunelegens oppgaver». Stortingsbehandlingen førte ikke til annet enn mindre endringer (i proposisjonsutkastet). Et mindretall, bestående av Senterpartiets og Sosialistisk venstrepartis sosialkomitemedlemmer, samt Arbeiderpartiets *Anders Hornslien* (f. 1970) foreslo at § 1-2-andre ledd skulle ha denne ordlyd: «Lovens bestemmelser om unntak fra taushetsplikt, tvungen smitteoppsporing og tvangstiltak gjelder ikke sykdommer som bare smitter ved seksuell kontakt og/eller blodsmitte, herunder HIV/AIDS». Forslaget ble nedstemt i tingene.

I § 7-10, om «Statens helsetilsyns oppgaver», ble Helsetilsynet (som direktoratet altså skulle hete fra 1994) gitt ansvaret for «det overordnede tilsynet med at den kommunale, fylkeskommunale og statlige virksomheten er i samsvar med loven og med forskrift eller enkeltvedtak med hjemmel i loven». Det het videre, og her gir (igjen) lovgiveren Helsetilsynet en tilsynsmyndighet som antagelig går litt utover det rent juridiske (og tilsynsmoderne): «Når det er nødvendig for en forsvarlig og effektiv gjennomføring av lovens tiltak, eller når den virksomheten helsetjenesten etter loven er ansvarlig for er utilstrekkelig, uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn bestemme at kommuner, fylkeskommuner eller statlige institusjoner skal organisere eller utføre nærmere bestemte tjenester eller tiltak, samarbeide, eller følge nærmere bestemte retningslinjer». Det het videre i paragrafen at Helsetilsynet, når lovens hensyn tilsa det, kunne pålegge helsepersonell «å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer». Fylkeslegenes rolle som tilsynsutøvere nevnes ikke i loven, men etter Helsetilsynsloven hadde fylkeslegene ansvar for å føre tilsyn med alle helsetjenesteinstitusjoner.

Den nye smittevernloven ble altså til i kjølvannet av (den første) HIV-epidemien. Den ble dermed til samtidig med at personvern hensyn ble viktigere. Disse hensyn fikk en ekstra følsom side nå, siden epidemien i så stor grad ble forbundet med homofili og med en raskt voksende interesse for ikkeheterofiles sosiale rettigheter og status. Departementet hadde, som vi har sett, først vurdert å lage en egen HIV-lov, men ble altså stanset, ikke minst av

¹¹⁴⁷ Kfr. St.prp. nr. 1, Tillegg nr. 3 (1986-87).

Helsedirektøren. Smittevernloven som så kom, en del forsinket, ble diskutert først og fremst i lys av HIV-epidemien. De kritiske bestemmelser gjaldt helsevesenets politiaktige oppgaver og aktuelle og potensielle smittebæreres rettigheter og, særlig, plikter. I det siste henseende var altså loven først og fremst individrettet; i det første tilfelle kan man si den indirekte var individrettet. Det arbeid helsemyndighetene, og først og fremst Helsedirektoratet drev – og drev langs flere linjer, var opplysningsbasert. Som sådant hadde det et kombinert sosialt og individuelt preg. HIV-epidemien bidro til å styrke det lineært-reduksjonistiske syn på mikrobielle sykdommer, og indirekte til å svekke det systemisk-interaktive perspektiv.

Tilsynet med smittevernet ble, som vi har sett, ikke gitt stor omtale i loven og dens forarbeider. For så vidt er loven uttrykk for at (den nye) tilsynsbevisstheten, 1992-begivenhetene til tross, ikke ennå var sterk. Loven gav imidlertid flere juridiske premisser for å drive tilsyn, og i praksis et tilsyn som i all hovedsak var rettet mot offentlig eide og offentlig kontraherte helsevesensvirksomheter. Den gjaldt imidlertid også andre virksomheter enn helsevesenets egne, fra tollmyndigheter over samferdselsvirksomheter til skoler. Også Smittevernloven var altså i noen grad uttrykk for helsemyndighetenes rolle som premisseksporterende instans. Den hadde imidlertid også en mer gammeldags side, for så vidt som den, i likhet med psykiatrilovgivningen, gav helsevesenets organisasjoner myndighet til å drive tilsyn med privatpersoner. Det betydde, i neste omgang, at tilsynsmyndighetene hadde plikt til å drive tilsyn med dette tilsynet. Her kom imidlertid ingen egen tilsynskommisjon, som samfunnet hadde i psykiatrien.

Næringsmiddelovgivningen

Da der kom ny legemiddelov (1933) ble også næringsmiddelov(e) og noen andre lover (tobakk og alkohol) endret, dog særlig på forskriftsnivå. Vi skal nå se på de første lovene. Tobakksskadeloven har vi nevnt ovenfor; alkohollovene skal vi ikke gå inn på.

Næringsmidler og næringsmiddelforsyningskjeden: ulike formål og interesser. Den første lovgivning om kontroll med kjeden

Næringsmidler er varer, som medisiner og helseartikler. Gradvis er de også blitt mer og mer typiske varer, altså standardiserte og nesten «kunstige». Før var dette varepreget mindre. Maten var lokalt fanget, innhøstet og laget og den ble til dels solgt direkte fra bonde eller fisker til forbruker. For mange var maten også egeninnhentet og egentilberedt. Den var en del av de gamle, mer stedlig integrerte (lokal)samfunn. Med fremveksten av en mer teoribasert, spesialisert og etter hvert industrialisert matfremstilling, ble maten en del av den almene samfunnsabstrahering, og utvikling fra *Gemeinschaft* til *Gesellschaft*. Etter det store «hamskifte» som kom fra 1970-årene av, skaffer selv bønder og fiskere seg nokså lite av den mat de trenger selv, direkte. De har, som *Alvin Toffler* sier, i stor grad sluttet å være «prosumenter», altså produsenter av den mat de selv spiser.¹¹⁴⁸ Som stadig mer effektive bønder og fiskere selger de omtrent alt de «produserer», og bruker litt av den inntekten de får til å kjøpe den mat de trenger. De blir imidlertid stadig færre. Bøndene, gartnerne og fiskerne,

¹¹⁴⁸ Alvin Toffler, *The Third Wave*, New York: Bantam Books, 1980, s. 11 og 37-45.

blir til semiindustriarbeidere, sammen med andre som gikk rett inn i den stadig mer industrialiserte matproduksjon. Det går i noen grad med dem som det i sin tid gjorde med håndverkerne da de i stor grad ble industriarbeidere. Apotekerne var, som vi har nevnt, tidligere også både produsenter og selgere. Med industrialiseringen av mye av legemiddelproduksjonen ble de mest selgere, dog fagkyndige og til dels rådgivende sådanne. Den fysiske produksjonsrollen ble overtatt av en ny gruppe arbeidere. Bøndernes liv, som alles liv, ble mer mer splittet opp i ulike produksjons- og konsumpsjonsroller, og andre «mellomroller» (for eksempel knyttet til transport).

For produsentene av mat som varer, var ikke produksjonen knyttet til bestemte *autoteliske* verdier. Den er det heller ikke nå. For disse produsentene, selgerne etc., altså alle langs matforsyningskjeden, er virksomheten nokså instrumentell. De gjør det de gjør i stor grad ut fra egennyttehensyn. Om noe, har industrialiseringen av produksjonen og til dels resten av kjeden forsterket disse hensyn, nemlig ettersom aktørene er blitt mindre «gammeldags» private og har mistet mer og mer av den lokale (verdi)forankringen. Forlengelsen av forsyningskjeden har også skapt flere (typer) aktører, og en større grad av (egen)interesse mangfold: Småbønder og «småfiskere», storbønder og «storfiskere», industriprodusenter av ulike slag og størrelser, forhandlere og forhandlingskjeder, serveringssteder av ulike slag og størrelser – alle er de interesseorientert og alle står de i en interessekonkurranse med hverandre. For så vidt som de markeder de opererer i, ikke minst i et land som Norge, er svært regulert og til dels preget av konkurranseskjerming (særlig overfor utenlandske aktører) og subsidier, gir denne interessekonkurranse og interessedragkamp seg utslag i livlig politisk-korporativ aktivitet. Dette har resultert i et omfattende sett av lover, forskrifter og avtaler som har hatt et næringspolitisk og næringsøkonomisk grunnlag.

Men mat er, som medisiner, helserettede *varer*, og det preger også næringsmiddelpolitikken, som lov om næringsmiddelkontroll av 1933 er et uttrykk for. Men mat er medisiner på en annen måte enn medisiner er det. Mens medisiner i hovedsak brukes for å gjenopprette (truende) helsetap – den er et svar på inntrefft eller truende sykdom – brukes mat, som «medisiner», i hovedsak for å sikre og fremme helse: Maten er, eller skal være, *salutogen*.¹¹⁴⁹ Det er ikke alltid den er det. Den kan være «usunn» i seg selv, eller den kan være blitt usunn, for eksempel ved at den er blitt bedervet eller er blitt tilsatt usunne, endog giftige, stoffer (kjemikalier). Den kan også «misbrukes»: Matvanene, som medisin«vanene», kan bli usunne, endog svært usunne. Ettersom det ofte er vanskelig for kunder å skjønne hvilken mat som har god kvalitet, og enda mer hva virkelig sunn mat er, og ettersom noen også kan spise usunt, med eller uten eget vitende, vil matvaremarkedene, som medisinmarkedene, ikke fungere godt (nok) uten en eller annen form for «paternalistisk» kontroll, tilsyn og informasjon. Denne *salutogene* virksomheten kan ha leger og andre fagfolk som kilder, men trenger også et mer systematisk og overordnet, altså offentlig, grunnlag. Landet fikk derfor fra starten av en dobbel, ja, til dels multippel, regulering av matvaremarkedet; én som hadde menneskers helse som utgangspunkt og én som hadde næringsinteresser av ulike slag som utgangspunkt. Den siste ble svært spesialisert, altså knyttet til en rekke spesiallover. Gradvis, men særlig fra den tiden vi her omtaler, kom også et annet *autotelisk* utgangspunkt inn i bildet, nemlig dyrs helse. Veterinærene kunne bruke dette hensyn som utgangspunkt for egen profesjonsbyggende politikk, og gjorde etter hvert det, samtidig som de også knyttet seg til menneskehelse. Det

¹¹⁴⁹ Vitaminer, som taes som piller, kan man si er en slags forebyggende medisiner; det samme kan man si såkalte kosttilskudd er, eller skal være.

siste hadde de for så vidt gjort fra starten av. Men der var grenser for hvor langt de kunne gå i noen av disse retninger, siden deres viktigste klienter som regel var bønder og andre eiere av dyr.

Når det gjelder hva som spises og matvaner er myndighetenes rolle både knyttet til reguleringer, økonomiske tiltak (avgifter, subsidier) og informasjon og pedagogikk av ulike slag. Det er mest aktuelt å bruke reguleringer, det vil si restriksjoner, for tillatte varer som «taes inn», men som er medisinsk uheldige, som alkohol og tobakk. Økonomiske virkemidler brukes for å oppmuntre til mindre bruk av en vare, som (igjen) alkohol, tobakk, (svært) sukkerholdige varer og (kanskje) svært saltholdige og fete (mettet fett) varer. De kan også benyttes til øket forbruk av en vare, som subsidier eller avgiftslettelse til sunne varer, som frukt og grønnsaker. Informasjon og pedagogikk av mange slag brukes også for å påvirke folks kosthold og matvaner. Det kan skje ved at ernæringsmyndighetene sender ut kostholdsråd, starter kampanjer og aksjoner for sunt kosthold, eller får organisasjoner og undervisningsinstitusjoner til å gi råd om og opplæring i sunt kosthold. Organisasjoner og fagmiljøer kan også, mer eller mindre på egen hånd, drive en slags «privat» ernæringspolitikk. Et interessant eksempel er Ingrid Espelid Hovigs (1924–2018) *Fjernsynskjøkkenet*. Programmet gikk fra 1964 til 1996, i mange år med ernæringsprofessor Kaare R. Norum som medarbeider. Den «private» ernæringsformidlingen var og er i noen grad preget av faglig og annen uenighet.

Næringsmiddelkontrollen, som helsemotivert kontroll, var fra 1860 forvaltet med utgangspunkt i sundhedsloven. Den var lokalt preget, i tråd med det forhold at maten stort sett var lokalt laget. Ettersom matvarefremstillingen, særlig etter overgangen til det 20. århundre, gradvis ble industrialisert økte presset for å få en egen, mer nasjonal næringsmiddelkontroll. En lov om en slik kontroll kom først i 1933, men den loven som kom stadfestet i all hovedsak kontrollen som lokalt forankret. Det første utkast til lov var fremmet i 1917. Den lange saksbehandlingen skyldtes særlig Landbruksdepartementets opptatthet av landbrukets næringsinteresser. Disse hadde begynt å komme til uttrykk allerede i 1886, da en lov om kunstig smør (margarin) kom. I 1892 kom der en lov om «kommunale slagtehus, kjøttkontroll m.v.» Den siste loven kunne vært tatt inn som bestemmelser i sundhedsloven. Istedenfor ble forvaltningen av loven overført til Veterinærdirektoratet (og veterinærvesenet, opprettet 1890), et direktorat som siden ble lagt under Landbruksdepartementet. Disse to lovene ble utgangspunktet for utbyggingen av den næringsinteressebaserte næringsmiddelkontroll. De ble siden revidert flere ganger; den siste gang (i løpet av vår periode) i 1957. Etterhånden kom der også til lover knyttet til omsetningen av fisk.¹¹⁵⁰ Denne næringslovgivningen ble imidlertid også internt spenningsfylt, for såvidt som den ble knyttet til dyrehelse. I 1962 kom der en (ny) husdyrsykdomslov, i 1988 en lov om smittsomme sykdommer på bier og i 1990 en lov om fiskesykdommer.

Det var behov for å avveie de ulike hensyn mot hverandre og altså for å få både en integrert lov og en integrert lovadministrator. Det lyktes imidlertid ikke å få det til. Da Sosialdepartementet arbeidet med utkastet til næringsmiddeloven spurte det Landbruksdepartementet om ikke bestemmelsene i landbrukskvalitetsloven av 1924 (og 1932) kunne inngå i den kommende næringsmiddelkontrollloven. Landbruksdepartementet svarte nei. Det pekte på at det ikke bare var behov for å beskytte mot «sundhetsskadelige»

¹¹⁵⁰ Lover om fiskeriene kom fra ca. 1900, først med sild (lov om vraking af sild og lov om sildetønder). (Vraking betyr her kvalitetsbestemmelse og kvalitetssortering.) Så fulgte lover for andre fiskeslag etter. Lovene ble samlet i én lov i 1959.

næringsmidler, men også for å stille krav om «velbehandlet, god handelsvare».¹¹⁵¹ Å gjøre det siste egnet Landbruksdepartementet seg best til, mente Landbruksdepartementet. Men departementet var også bekymret for at strenge helsekrav ville true landbrukets konkurransesituasjon ettersom matvarefremstillingen ble stadig mer industrialisert og handelen mer internasjonalsert.¹¹⁵² Landbruksdepartementet fikk det altså som det ville. Men Sosialdepartementet måtte allikevel tilpasse «sin» lov til de interesser landbruket hadde og i noen grad til dyrehelsehensyn. Det ble krevende. Ett av de andre hensynene, det handelsbaserte konkurransehensynet, fikk da også en plass i loven. Lovens formål, het det i proposisjonen, var også av «økonomisk og moralsk» art; den var rettet mot «uredelig og uærlig handel».¹¹⁵³ Hvor spenningsfylt denne lovreguleringen var, fremgår blant annet av det forhold at Stortinget påla regjeringen å håndheve den, en utpreget fullmaktslov («blankettlov»), med varsomhet og å forelegge alle forskriftsutkast for Stortinget. Til å utarbeide forskriftsutkast nedsatte departementet et næringsmiddelutvalg. Det fungerte til 1972.

Sprikende lovgivning og forsøk på integrasjon

Næringsmiddeloven kom altså først i 1933, over tyve år etter at de første initiativ til en slik lov var kommet, blant annet fra Medicinaldirektøren, og 18 år etter at det første lovutkast forelå. Lovkonsipistene la vekt på at denne loven, til forskjell fra sunhedsloven, og selvsagt straffeloven, også var *positivt* orientert. Den sa hvordan mat burde lages, omsettes etc., for å skape helse, ikke bare for å unngå sykdom og død. Disse påpekninger var imidlertid i praksis mer påbud enn råd; i «bakgrunnen» «lurte» sanksjonene. Slik er den rettslige styrings natur, avskrekkende. Etter krigen fikk for øvrig næringsmiddelkontrollpolitikken en mer ekte pedagogisk og positiv pendant: I 1946 ble Statens ernæringsråd opprettet.¹¹⁵⁴

¹¹⁵¹ Sitert etter NOU 1996: 10 *Effektiv matsikkerhet*, s. 32.

¹¹⁵² To uttrykk for denne utviklingen var lov om varemerker og om utilbørlige varekjendtegn og forretningsnavn av 1910 og lov om opprinnelsesmerker av 1929. Den siste loven krevde at varer måtte merkes med om de var norske eller utenlandske, men også med angivelse av varenes «frembringelses- eller opprinnelsessted» (§ 1). I 1961 kom en oppdatert lov om varemerker og en om fellesmerker. I 1968 kom det en lov om merking av forbruksvarer, en lov som i 1972 ble erstattet av markedsføringsloven. I 1981 kom der en ny lov om merking av forbruksvarer. I 1954 ble Varefaktakomiteen opprettet; fra 1969 ble den statlig. Den skulle bidra til å bedre informasjonen om varers, også næringsmidlers, innhold og egenskaper. Komiteen ble nedlagt i 1982 og dens oppgaver overført til Forbrukerrådet. I 1976 ble det vedtatt en lov om kontroll med produkter og forbrukertjenester (produktkontrollloven). Dens formål var både å forebygge helseskader og miljøforstyrrelser.

¹¹⁵³ Sitert etter *ibid.*, s. 34, Kfr. ellers Ot.prp. nr. 51 (1932).

¹¹⁵⁴ Ernæringsrådet hadde en forløper i Statens ernæringsråd, som ble opprettet i 1937, med Oslo-frokostens far, professor Carl Schiøtz (1877-1938), som formann. Da Schiøtz døde året etter, sluttet Ernæringsrådet å fungere. Det samme året tiltrådte Karl Evang som helsedirektør. Evang hadde allerede (1937), sammen med kollegaen fra Socialistiske Lægers Forening, Otto Galtung Hansen (1904-1981), gjennomført en kostholdsundersøkelse blant arbeidere og fattigunderstøttede, og viste en tid stor interesse for kostholdsarbeid. Han forsøkte, uten hell, å gjenopprette Ernæringsrådet i 1939, men fikk i stedet etablert en Statens Kostholdsnemnd. Nevnden laget en bok som var ferdig ved krigsutbruddet, kalt *Aktuelle kostholdsspørsmål*. Et sammendrag, kalt *Mor Norges Matbok*, ble gitt ut og sendt alle husstander i landet. Ernæringsrådet som altså ble opprettet i 1946, ble preget av fagfolk. Rådet hadde sin storhetstid fra 1970-årene og ut århundret, eller frem til innlemmelsen av sekretariatet for rådet i det nydannede Sosial- og helsedirektoratet (2002). I storhetstiden var det ikke minst preget av professor i ernæringsforskning, Kaare R. Norum. Han satt i rådet fra 1971 til 1998, seks år som nestleder og 10 år som leder. For rådet, som for ernæringsforskningstiljøet generelt, kom inntagelsen av mettet fett til å spille en viktig rolle. Den påfallende økningen i forekomsten av hjertesykdom i de første par-tre tiår etter krigen var en viktig grunn til at det ble slik. Ernæringsrådet ble, gjennom begge Morks perioder, og for så vidt etterpå også, en innflytelsesrik påvirker både av folks kostholdspraksis og myndighetenes mat- og ernæringspolitikk. Når det

Overordnet ble den nye loven administrert av Sosialdepartementet, praktisk av helserådene, siden (i kjølvannet av kommunehelsetjenesteloven) av helse- og sosialstyrer eller andre kommunale organer. Det lokale forvaltningsorganet skulle, sa 1933-loven, om nødvendig, få iverksettende bistand fra politi og tollvesen.

Omsetningen av landbruksvarer ble, som vi har sett, regulert av flere, nokså spesialiserte lover, men også den helsepolitisk utfordrende landbrukskvalitetsloven av 1924, en lov som for øvrig ble revidert allerede i 1932. Men denne loven, eller disse lovene, var også en litt defensiv tilpasning til den nye tid for landbruket, overgangen til industrialisert produksjon og med den, internasjonal handel. Denne utviklingen krevde en tiltagende standardisering av innhold og vekt. Det skjedde gjennom lov til å fremja umsetnaden av jordbruksvarer av 1936. I henhold til denne, fikk landbrukets samvirkeorganisasjoner, som Gartnerhallen og Norsk kjøtt, rollen som markedsregulatorer, altså som en slags statsorganer. Dette var kanskje det sterkeste uttrykk for hvordan tilbydersiden fikk svært stor kontroll over matmarkedene. Det gjør det også forståelig hvorfor det var vanskelig for helsemyndighetene å nå så langt i næringsmiddelkontrollen som de ønsket.

Kontrollen med fisk og fiskeomsetningen kom (i nyere tid) fra århundreskiftet, og ble stadig gjort strengere og utvidet til nye fiskeslag. Det var særlig hensynet til eksporten, og altså næringsinteressene, som førte til denne lovreguleringen. En mer generell lov, lov om behandling, tilvirkning og transport av fisk og fiskeprodukter, kom i 1933. I 1937 kom lov om kvalitetskontroll med fisk og fiskeprodukter m.v., en parallellov til landbruksloven. En ny lov kom i 1955 og nok en lov (fiskekvalitetsloven) i 1959; ni gamle lover ble opphevet da den siste loven kom. Både egne statlige og kommunale organer stod fra gammelt av for fiskeritilsynet. Den handelsrettede kontrollen er gradvis samlet i Fiskeridirektoratet, etablert i 1900 som Fiskeristyrelsen (FD fra 1906). Da Statens næringsmiddelkontroll ble opprettet i 1988 fikk dette organet et begrenset kontrollansvar overfor fiskeriene og fiskeomsetningen.

Den sprikende lovgivningen skapte mange slags utfordringer, som ansvarsuklarhet oppover, tautrekning mellom forvaltnings- og kontrollorganer, lokalt ulik forvaltning og, ikke minst, betydelige problemer for næringsmiddelprodusenter. De siste måtte bruke ressurser på å finne ut hva som ble krevet av dem. Når lovgivningen ofte var både inkonsistent og nesten urealiserbar, forskriftene tallrike og ofte både dobbelthjemlede, sprikende og vanskelig tilgjengelige, var det vanskelig å finne ut hvordan de skulle oppføre seg. Produsentene var generelt misfornøyd med at ulike tilsyn opptrådte ulikt og at kvaliteten på tilsynene varierte. I 1978 ble det derfor vedtatt en egen lov om samordnet næringsmiddelkontroll. Loven skulle samordne, nasjonalt som lokalt, forvaltningen av sundhedsloven (1860), loven om kvalitetskontroll med landbruksvarer (1932), loven om tilsyn med næringsmidler (1933), kjøttkontrollloven (1957), loven om kontroll med fisk og fiskevarer (1959) og loven om merking av forbruksvarer (1968). Men denne «metaloven» var jo mer et uttrykk for styringsuformuenhet enn for styringskraft. Statens næringsmiddelkontroll, som ble opprettet i 1988, tok initiativ til en lovmessig integrering, men fikk ikke støtte fra de berørte departementer. Presset for integrasjon økte imidlertid. Viktig i denne sammenheng er lovstrukturutvalget, som i sin annen delinnstilling i 1992 tok til orde for «at det vedtas en næringsmiddellov til erstatning for alle nåværende lover/bestemmelser som fastsetter krav til

gjaldt den folkelige påvirkning spilte, som vi har nevnt, Ingrid Espelid Hovigs Fjernsynskjøkkenet en betydelig rolle; Norum var lenge den sentrale gjesten hennes.

mattilsyn (i 2004). Det kunne slik i prinsippet delvis privatiseres: Laboratoriene kunne fristilles helt, altså privatiseres og bli sertifiserings- og akkrediteringsorganisasjoner. De som ikke ble privatisert måtte fungere som om de var private, for å sikre like konkurransebetingelser. Matvarefremstillingens og matvarehandelens internasjonalisering forsterket et press i en slik retning.

Næringsmiddeltilsynet tilpasses i denne perioden altså stadig tydeligere en mer og mer internasjonalisert konkurranse mellom hovedsakelig private, og stadig større, bedrifter langs hele matvarekjeden. Det sentraliseres og fagliggjøres, altså avpolitiseres, i stigende grad. Men for så vidt som tilsynet fortsetter å være preget av verdi- og interessedragkamp, vil en slags legmannspolitikke følge med på lasset. I denne vil imidlertid aktørene i praksis ofte mer være fagfolk enn politikere. Politikerne vil bli gjenstand for påvirkning fra fagmiljøene, og ofte mer argumentere på (noen) fagfolks premisser enn på tradisjonelle legpersonspremisser. Skulle de gjøre det siste vil fagfolk forsøke å illegitimere det ved å kalle det populisme.

Ser vi fremover, kan vi for øvrig konstatere at det mattilsyn som kom i 2004 skal betjene alle de tre mest aktuelle departementer, men administrativt sortere under Landbruks- og matdepartementet, som forløperen Statens næringsmiddeltilsyn gjorde. Det som skjedde i 1988 hadde satt spor.

Vi kan altså konstatere at næringsmiddeltilsynet i den perioden vi her omtaler for alvor begynner å bli tilpasset et mer «post-lokalt» og også «post-nasjonalt» samfunn. Tilsynet fagliggjøres, sentraliseres, internasjonaliseres og integreres og tilpasses et matvaremarked preget av stadig mer internasjonalisert konkurranse. Som en del av fagliggjøringen blir deler av det, nemlig laboratoriekontrollen, og den påfølgende akkreditering, privatisert. Det gjenværende offentlige tilsyn blir samtidig mer hierarkisk inngripende. Markedskonkurranse og konkurransefremmende hierarkisk regulering og kontroll passer nemlig godt sammen. Det var denne kombinasjonen som skapte den nye styringsrevolusjonen i 1980- og 1990-årene, den som startet i Storbritannia og USA og raskt spredte seg til land som New Zealand (med arbeiderpartiregjering), det østligste Øst-Asia og så kommunist-China og til dels India og i variende grad til flere europeiske land og land i Syd-Amerika, som Chile og til dels Bolivia og Argentina. Som vi har sett ble i noen grad også helsetilsynet tilpasset dette nye regime, men siden helsevesenet som klinikk forble relativt lokalt og iallfall nasjonalt forankret – det er en del av den genuint *nasjonale* velferdsstaten – ble og blir virkningene av det nye regime mindre for helsevesenet og helsetilsynet enn for næringsmiddelsektoren og næringsmiddeltilsynet. Den siste øver imidlertid innflytelse på den første, langt mer enn motsatt.