

15. En oppsummering

Vi har redegjort for den sentrale norske sivile helseforvaltningens utvikling, i hovedsak fra 1983 til 1994. For så vidt som denne perioden må forstås på bakgrunn av de foregående perioder, har vi ofte henvist til fortiden. Det som skjer i en bestemt periode legger premissene for det som skjer i den neste periode. Det betyr imidlertid også at en bestemt periode bedre kan forstås også ved henvisning til det som skal skje, eller kan skje, i den neste periode. Vi har derfor også i noen grad trukket linjene lenger fremover, det vil si særlig fremover mot de store endringene som skjer rundt 2002.

Vi skriver helseforvaltningens *historie*. Vårt perspektiv er derfor nødvendigvis *diakront*. Fremstillingen er imidlertid også systematisk, eller *synkron*. Det er den på to måter. Vi sonderer mellom det organisatoriske (strukturelle) og det funksjonelle. Hva gjelder det første omtaler vi først makrostrukturen, så mikrostrukturen. Vi skriver, i det første tilfelle, om forholdet mellom de to overordnede forvaltningsorganer, departementet og Helsedirektoratet, i det annet tilfelle om de to institusjonene separat. Hva gjelder det funksjonelle, har vi delt inn forvaltningens oppgaver etter deres plass i det vi har kalt *forvaltningssyklusen*. Vi sonderer her mellom oppstrømsprosesser – som behovs- og tilbudsovervåkning og planlegging; de endelige – ofte politisk pregede – beslutningsprosesser; og endelig nedstrømsprosessene – som iverksettelses- og kontrollprosesser.

Inndelingene er ikke skarpe. Av hensyn til sammenhengen i fremstillingen, har vi ofte kombinert strukturelle og funksjonelle redegjørelser.

Vår tilnæringsmåte er preget av såvel historiografien og samfunnsvitenskapene som medisinen. Det viktigste perspektivet er imidlertid statsvitenskapelig. Vi ser på utviklingen fra et regimebasert perspektiv. Ulike regimer og de som representerer dem, konkurrerer, både i tidligere perioder, i vår periode og i den perioden som følger etterpå, om «makten». Disse regimer, eller makter, er legmannsstyret – til dels kalt politokratiet, rettsstyret (med jurister som de sentrale aktører), nyttestyret (med økonomer, til dels også teknologer, som de sentrale aktører) og legestyret, som regel kalt medikratiet. Også andre regimer kan spille en rolle nå og da og innen ulike deler av helseforvaltningen; den er imidlertid av nokså underordnet karakter. Legestyret har således som mindre betydningsfulle fagstyrene, tannlegestyret, apotekerstyret, sykepleierstyret osv. De tre førstnevnte styrene har også i noen grad et slags formidlende styre. Vi kan kalle det politologisk (statsvitenskapelig): Statsvitere er noe preget av rettsstyret, noe av nyttestyret, men har også en tydelig sans for legmannsstyret (demokratiet). Flere statsvitere satt sentralt i de viktigste forvaltningspolitiske organer i vår periode, det vil si Forbruker- og administrasjonsdepartementet (med etterfølgere), Finansdepartementet, Statskonsult, og fra 1992 også ved Statsministerens kontor (dep.råden).

De organisatoriske endringer

Vi har omtalt den perioden vi ser på som en overgangsperiode. Som sådan kan man nok si den startet midt i 1970-årene, med St.meld. nr. 9 (1974–75), om regionaliseringen av helsevesenet, med fylkeskommunenes overtagelse av de fleste sykehus (1970) og etableringen av fylkeskommunen som selvstendig styringsenhet (1976), og med striden om (fra midt i 1970-årene) og gjennomføringen av kommunaliseringen av primærhelsevesenet (1982–84).

For den sentrale helseforvaltning økte presset på direktoratet som medikratiske organ gradvis fra midt i 1970-årene, blant annet gjennom flere utredninger, men det «endelige» angrep på den medikratiske pregede helseforvaltningen kom senhøstes 1983, med delingen av Helsedirektoratet i en helseavdeling i departementet og et utenomdepartementalt direktorat.

Det gamle helsedirektorat hadde vært en kombinasjon av et departement eller en departementsavdeling og et fagdirektorat. Det var det første i saker som hadde et politisk preg, det annet i saker som var mer medisinsk pregede. Helsedirektøren var slik både en slags helsedepartementetsråd og en helsedirektør, og kunne i noen grad selv avgjøre når han skulle være det ene og når det annet. Han ble imidlertid alltid omtalt som helsedirektør, aldri som departementsråd eller ekspedisjonssjef. Linjene nedover gikk i stor grad fra helsefagkontorer i direktoratet til medisinsk (eller helsefaglig) ledede virksomheter, som sykehus og deres administrerende overleger, distriktsleger, eventuelt via fylkesleger og til dels fylkestannleger og apotekere. Medisinen, og også dens etikk, var ennå i stor grad skjønnspreget, samtidig som finansieringsansvaret var sosialisert. Dette gjorde at legene i betydelig grad kunne styre uten særlig stort «fremmed» innslag. De kunne det nede i pre/klinikken, på individuelt og semikollektivt grunnlag, og oppe i det fagstyrte direktorat-departementet. Direktoratet var nokså medikratiske organisert, med direktør og medisinalråd, begge leger, som de øverste maktutøvere og, som nevnt, med fagkontorer, ofte legestyrte, under dem. Helsedirektør Karl Evang ble pådyttet en juridisk ekspedisjonssjef i 1956, men denne, og hans etterfølger, ble i praksis Helsedirektørens lojale *lovråd*.

Der var selvsagt tydelige innslag av rettsstatstyre i dette regime; der fantes lover og de ble stadig flere og, med forskrifter, stadig mer styrende. Ja, siden 1809 hadde der vært en viss, til tider frisk, dragkamp mellom leger og jurister, men siden 1940/41 hadde legene hatt overtaket. Det var nazistene som sørget for det og som serverte Evang den forvaltningsorganisasjon han vinteren 1938, noen måneder før han ble direktør, hadde anbefalt. Der hadde selvsagt også vært innslag av politisk legmannsstyre. Statsminister Einar Gerhardsen satte i 1955 inn Gudmund Harlem som sosialminister for å «å passe på» Evang. Gradvis ble så den politiske intervensjon i den nokså medikratiske helseforvaltning skjerpet. Under Torbjørn Morks første periode, årene fra 1972 til 1983, som helsedirektør kom, som nevnt, de nye planer og lover og angrepet på forvaltningsmedikratiet for alvor. Det ble fullført gjennom delingen av direktoratet i 1983. Med denne delingen mistet direktoratet, og Mork, den direkte tilknytningen til den politiske strategiutvikling og fikk en rolle som et mer teknisk-faglig organ. Dets oppgaver ble knyttet til første del av oppstrømsprosessen og den jusbaserte iverksettelsen av politikken på nedstrømsiden. Direktoratet og Helsedirektøren mistet slik den direkte linjen til klinikken og klinikerne, og for så vidt også preklinikken og preklinikerne, altså folkehelsevirksomheten. Direktoratet ble innad organisert i avdelinger, i stor grad knyttet til lokalt styrte tjenestegrener. De gamle fagkontorer forsvant inn i avdelingene, og fra 1989 kom der en egen rettsavdeling.

Mork mislikte nyordningen i 1983 og forholdt seg gjennom sin annen periode, årene 1983 til 1992, nærmest opposisjonelt til departementet. Konfliktene startet tidlig, så roet situasjonen seg noe og det departementsråd Jon Ola Norbom kalte «knirkeperioden», startet. Den varte ut 1980-årene. Sommeren 1989 bestemte departementsråden seg, med politisk støtte, for å bringe dragkampen til opphør. Våren 1990 satte han i gang en «hemmelig» utredning. Den ble fulgt opp av en ny utredning høsten 1990, i regi av en styringsgruppe, også den ledet av departementsråden. Gruppen leverte sin innstilling den 19. august 1991. I den foreslo gruppen å flytte mange av direktoratets oppgaver opp til departementet, andre ned til fylkeslegene eller over til andre institusjoner; direktoratet ble, etter forslaget, redusert til et kompetansesenter.

Helsedirektørembedet skulle, var forslaget, bort. Innstillingen utløste en hektisk offentlig debatt. Regjeringen fulgte i hovedsak styringsgruppens forslag. Den la frem sin proposisjon om endring av helsetilsynsloven, og med et meldingspreget vedlegg om omorganiseringen, den 6. mars 1992. Styringsgruppens innstilling utløste en heftig offentlig debatt. Utover høsten, vinteren og våren (1992) utviklet der seg en dragkamp om stemmene i Stortinget. Regjeringen var en mindretallsregjering og trengte støtte iallfall fra Senterpartiet og Kristelig Folkeparti. Høyre falt tidlig fra og til slutt gjorde også de to mellompartiene det. Sosialistisk Venstreparti og Fremskrittspartiet var fra starten av i opposisjon til Norbom-gruppens forslag. Natten mellom den 15. og 16. juni led sosialminister Tove Veierød, for så vidt også departementsråd Norbom, og formelt til og med regjeringen, et ydmykende nederlag i Odelstinget.

Utpå høsten gikk statsråd Veierød av og ble erstattet med Werner Christie. Senere på høsten gikk departementsråd Norbom av (69 år) og ble erstattet av Eldrid Nordbø. I oktober døde helsedirektør Mork og ble erstattet av Anne Alvik. Nordbø og Alvik ledet så omorganiseringen av direktoratet til helsetilsyn (fra 1994). Den første ledet omorganiseringen av departementet, og for så vidt resten av den sentrale helseforvaltning. Departementet vant ikke frem i juni 1992, men «marginaliseringen» av det gamle, medikratiske helsedirektorat fortsatte. Mer helsemakt ble samlet i departementet, som nå fikk to og snart tre helseavdelinger, én for forebyggelse (og planlegging) og én for sykehusforvaltning. Det begynte å bli et helsedepartement; noe det formelt ble i 2002, fra høsten 2004 under vignetten Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet fikk direkte styringsansvar for alle de sentrale forvaltningsinstitusjoner, et ansvar altså direktoratet tapte. Direktoratet endret navn og ble mer og mer et tilsynsorgan, Til slutt, nemlig i 2002, tapte det så det meste av forvaltningsoppgavene og ble et rent tilsyn, for så vidt også for sosialsaker (og siden også barnevernssaker). Man kan si at departementets «hevning» over Mork og hans direktorat ble fullendt da et nytt (sosial- og) helsedirektorat ble opprettet i 2002.

I forbindelse med omorganiseringen etter 1992 begynte også angrepet på direktoratets legemiddelavdeling. Den ble fra 2002 slått sammen med Legemiddelkontrollen, det samlede organ ble til Statens legemiddelverk. Etableringen av dette reflekterte det forhold at legemidler var blitt «rene», industrielt fremstilte varer og at den gamle apotekerforvaltning var blitt til kontroll med legemiddelkjeden. Det var en del av denne utviklingen at produksjonen, importen og omsetningen av legemidler i forlengelsen av 1992-begivenhetene, men også av iverksettelsen av EØS-avtalen fra 1994, var blitt privatisert, kommersialisert og i stor grad internasjonalsert. Styringsgruppen hadde også tatt noen forsiktede skritt i retning av å samle de prekliniske institusjoner, den epidemiologiske datainnsamlingen (registrene) medregnet, i Statens institutt for folkehelse. Den faktiske samlingen (av de fleste institusjonene) kom først etter 2000-årsskiftet (2002–2003). Instituttet ble da omdøpt til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Omorganiseringene av forvaltningen, og det utøvende helsevesen, var uttrykk for en bredere nyttestattlig «revolusjon». Den hadde så vidt startet under regjeringene Gerhardsen, særlig etter at Gerhardsen kom tilbake som statsminister i 1955, men fikk mer generell, og tverrpolitisk, tyngde fra midt i 1970-årene. Vi skulle, som regjeringen Brundtland II sa, skape «Den nye staten» (1987). Men denne oppgaven ble ikke unnfanget i Norge. Den hadde røtter i de engelsktalende land, og ble etter hvert omtalt som den nye offentlige ledelsen (*New Public Management*). Den hadde røtter i legmannspolitikken, i reaksjonene på veksten i staten og byråkratiet, og med det i skattetrykket. Yom Kippurkrigen høsten 1973 skapte økonomisk krise i Vesten (verden) og gav ytterligere trykk til kravet om en ny rolle for staten og en ny

måte å organisere den og forholdet til samfunnet for øvrig, på. Men det var fagfolkene, særlig økonomene, som gav det intellektuelle grunnlag for «den nye staten». Nå gjorde de det fra høyre, og tok til orde for at staten burde begrense seg til regulering av det øvrige samfunns samhandling, særlig i markedene, og ellers bare sørge for å skaffe til veie offentlige goder. Annen offentlig vareproduksjon og tjenesteytelse burde privatiseres. Den nye høyrepregede styringstenkningen slo ikke helt igjennom når det gjaldt helsevesenet, heller ikke i NPM-kjernelandet Storbritannia. Det gjorde den heller ikke i Norden, den region utenfor den engelsktalende verden som ble mest påvirket av NPM-filosofien. I Storbritannia innførte regjeringen Thatcher istedenfor en mer venstrepreget reform av styringen og forvaltningen av *The National Health Service*. Den innebar målrettet og, styrt, ikke minst resultatkontrollert omlegging av helsevesenet. Det var også den strategien de nordiske land fulgte, noe etter Storbritannia. Det var også denne strategien som ble valgt av mange private helseinstitusjoner i USA: Noen institusjoner (HMOer) ble til store, tett integrerte, konserner. Amerikanerne talte om «managed care». Også disse gikk altså mot venstre, mot ovenfra-bestemt koordinering, men i et marked der det var en viss konkurranse mellom de store. Denne måten å organisere virksomheten på kan man si både har venstre- (planstyring) og høyrekomponenter (konkurranse) i seg.

I Norge ble de første planene for et mer nyttestyrt helsevesen altså lansert midt i 1970-årene, men samtidig ble styringen av de nye planene lagt til legmannspolitikere, i stor grad lokale sådanne. Det hang sammen med den «politisering» av styringen som skjedde i løpet av 1970-årene: Både det politiske miljø og de mer offensive styringsentreprenørene i de mest forvaltningsstyrende departementene, samt R-direktoratet/Statskonsult gikk sammen om å redusere medikratiet (spesialfagstyrene). Men styringsentreprenørene var klar over problemene med «politisingen» og fikk i løpet av 1980-årene med seg sentrale politikere, spesielt i Høyre og Arbeiderpartiet, og i løpet av annen halvdel av 1990-årene kom det endelige gjennombrudd for nyttestyret: Helseinstitusjonene ble delvis fristilt og gjort til profesjonelt styrte bedrifter, eventuelt til kontraktører. For dette formål måtte de lokale styringsinstanser frataes mye av ansvaret for institusjonene og tjenesteyterne, departementet organiseres som kombinert reguleringsinstans og konsernledelse og medikratiet, ikke minst gjennom Helsedirektoratet, vingestekkes.

At medikratene i direktoratet, med Helsedirektøren i spissen, satte seg imot viktige sider ved dette styringsreformarbeidet, ble en trussel mot arbeidet med styringsreformen i helsevesenet, men var jo også i seg selv en trussel mot statsrådenes, og departementsbyråkratiet, evne til ikke bare å reformere, men endog å styre løpende – det vil si, være de egentlige styrere. Norbom var ingen «ideologisk» nyttestyrt, men han følte nærmest på kroppen at Helsedirektørens moderate samarbeidsvilje var en trussel mot statsrådets, og hans eller hennes, styringsevne. Torbjørn Mork klarte å hindre at de fjernet hans embede, og, i første omgang, løse opp direktoratet, men ikke at utviklingen mot et stadig mer dyptgående nyttestyre fortsatte. Ja, i flere henseender ble han jo med på «nytteferden», f.eks. når det gjaldt virksomhetsplanlegging. Men med sin motstand bidro han til at hans direktorat på et vis ble oppløst og gjort til et spesialisert helsetilsyn. En slik utvikling skulle ikke prege de gamle medikratiske forvaltningsinstitusjoner i de andre nordiske land. Her fikk vi en mer organisk, og litt mindre konfliktpreget, utvikling av helseforvaltningen; dog ble også utviklingen i Danmark en tid preget av spenninger.

«Den nye tid» startet i det små under Evang, men skjøt fart under Mork. Morks embedstid ble en styringsmessig omleggingstid. Hva gjaldt den sentrale helseforvaltningen kom endringen for alvor i hans andre periode, den vi ser på her, tiden fra 1983 og frem til et drøyt år etter

hans død, altså til 1994. Men de dypere implikasjoner av det som startet i denne perioden, ser vi først fra 2002 og fremover. Det er stadig nyttestatlighetens logikk som gir de viktigste premisser for de endringer som preger helseforvaltningen og den måten den forsøker å få helsevesenet til å fungere på.

To lederskjebner og hvordan de preget hverandre

Den overgangsperioden vi ser på, tiden fra 1983 til 1994, blir altså også en periode preget av dragkamp. Dragkampen fikk også mer og mer et personlig preg. På den ene siden stod, og i økende grad, departementsråd Jon Ola Norbom. På den annen stod, fra starten av, Torbjørn Mork. Den første var ingen stridens mann. Han gikk motvillig inn i konfrontasjonen med direktoratet, og Mork. Han følte han ikke hadde noe valg. Gitt hans personlighet, er det ikke så underlig at mye av det utredningsarbeid han, sammen med noen få andre, i så stor grad skulle drive, skulle skje i en slags løndom. Det er heller ikke underlig at hans nærmeste medarbeider gjennom de viktige utredningsfasene skulle bli en annen administrator, avdelingsdirektør Thomas Mauritzen. Ingen av de to statsråder han hadde under arbeidet med å forberede «avviklingen» av Helsedirektoratet, Wenche Frogn Sellæg og Tove Veierød, ble aktive deltagere under Norboms utredningsarbeid eller ivrige talspersoner for de forslag han fremmet. Ja, den første, Sellæg, ble etter hvert en kritiker av styringsgruppens forslag. Den annen, Veierød, spilte en tilbaketrukket rolle nesten helt til den dramatiske natten på Stortinget. Mork var en mann som nærmest trivdes i striden, og gjerne så at den ble så offentlig som mulig. Han brukte da også måten Norbom hadde utredet på, imot ham.

Da styringsgruppens forslag kom, var det vanskelig for Norbom offentlig å kjempe for den. Den var jo et forslag og skulle først behandles av regjeringen, det vil si departementets politiske ledelse. Han kunne vanskelig slåss offentlig for den, og knapt nok heller innad i departementet. Da proposisjonen kom, og langt på vei fulgte hans forslag, var det også vanskelig for ham å slåss offentlig for den. Den var jo nå statsrådets. Men hun var ingen barrikadens dame. Han, og dermed hun, måtte slik se at scenen var overlatt til Mork og forslagenes motstandere. I direktoratet hadde en gruppe av medarbeidere laget en aksjonsgruppe som skulle arbeide for å bevare det som var. Det meste av pressen rapporterte etter hvert på en måte som mer gavnet Mork enn Norbom. Den juninatten på Stortinget virket det som om Mork vant og Norbom tapte, men som vi har sett kan vi ikke si at det var tilfelle. Departementet kom gradvis på offensiven igjen og reduserte skritt for skritt direktoratet til et tilsyn. Der var fra 2002 lite igjen av det gamle medikratiske og politisk-strategiske direktorat. Men det tilsyn som nå eksisterte, var jo heller ikke det Norbom hadde foreslått. Mork kan ha ant at hans seier var en Pyrrhos-seier. Han døde før han fikk se hva som skjedde. Norbom fikk rikelig anledning til å se hva som videre skjedde, men det som skjedde i juni 1992 kunne han ikke glemme. Spesielt var han lei for den behandling hans statsråd fikk.

Norbom og Mork spilte en rolle. De skapte forvaltningspolitisk støy av et slag vi sjelden opplever i Norge. Den strid de ble hovedfigurene i fikk noen konsekvenser – konsekvenser ingen av dem hadde hatt i tankene – men den lange og tunge utviklingen, i nyttestatlig retning, den fortsatte. Ja, nå skjød den for alvor fart.

Helseforvaltningens funksjoner: nyttestatligheten setter seg

Det var de organisatoriske endringer som først og fremst skapte uro i den perioden vi ser på. De funksjonelle endringer skjedde med mindre støy. Det har å gjøre med at slike endringer gjerne er mer inkrementelle enn de organisatoriske, men også med at de ofte reflekterer en tidsånd mange av dem som kunne opponere, er fanget av. Hverken Norbom eller Mork var spesielt fascinert av den nye offentlige ledelsen, men var med på å innføre stadig mer av den. Mork kunne undertiden ha utfall mot sider ved den i direktoratets interne blad, men var positiv til innføringen av virksomhetsplanlegging da den kom, i forlengelsen av Den nye staten-programmet (1987). Rettsliggjøringen av tilsynet støttet han også opp om. Men han var, for så vidt som Norbom, ingen kreativ tilrettelegger for den nye styringen.

Det er imidlertid også slik at funksjonelle endringer, særlig mer radikale slike, krever organisatoriske endringer. For så vidt kan man også i noen grad se på de store organisatoriske prosesser, Norbom-prosessene, som uttrykk for ønske om funksjonelle reformer. Det er også typisk at de funksjonelle endringer vi nå skal omtale skapte strid spesielt når de krevde organisatoriske endringer.

Oppstrømsoppgavene: behovs- og tilbudsovervåkning; planlegging

På oppstrømssiden i forvaltningssyklusen kommer først behovs- og tilbudsovervåkning. Fra en nyttestatlig synsvinkel skal (nye) tiltak være direkte svar på behovs- og etterspørselssituasjonen og de muligheter tilbudene gir. Fra gammelt av fantes der statistikk, innsamlet først under medisinalmyndighetene, siden av Statistisk sentralbyrå, som gav en del informasjon om behovssituasjonen, til dels også tilbudssituasjonen (personellstatistikk bl.a.). Denne statistikken var gjerne nokså medisinsk preget, og vel så meget tilpasset klinisk-kausale som helsepolitiske formål. Den gav også bare en viss, ofte forsinket, oversikt over behovssituasjonen, og for så vidt tilbudssituasjonen. Politikken, og den kliniske praksis, ble mer et svar på den løpende etterspørsel, etter hvert også oppslag i massemediene, enn på en omfattende, løpende epidemiologisk overvåkning. Gradvis ble behovsovervåkingen utvidet, særlig gjennom de stadig flere sykdoms- og tilstandsregistre som kom – for psykosier (1935), åndssvakhet (kartotek) (1948), kreft (1951), arvelige lidelser (1953–54), tuberkulose (1962), fødsler (1967), skader (1985) og smittsomme sykdommer (meldingssystem) (1985). I løpet av etterkrigsårene, og særlig fra 1960-årene av, tok ikke minst samfunnsvitere til orde for at helsestatistikken burde knyttes til sosialstatistikken. Statistisk sentralbyrå var ikke umiddelbart interessert i det, men gav i løpet av 1960- og 1970-årene etter. I 1966 opprettet det således en egen intervjuorganisasjon. Slik kom et av de fremtidige målene fra nyttestaten så vidt på dagsordenen, nemlig helseulikhetsreduksjon.

Av registre eller oversikter over tilbudssituasjonen, fantes der, som nevnt, personelloversikter i statistikken. Fra 1976 ble registre over vaksinasjoner etablert og fra 1987 begynte faggrupper å opprette kvalitetsregistre.

De medisinske, og særlig de epidemiologiske miljøer, men også de samfunnsvitenskapelige (i byrået og innen sosialforskningen), tenkte på en måte som passet nyttestyringens behov. De var slik, gjennom registeretableringen og etter hvert gjennom klinisk-epidemiologisk forskning og helsetjenesteforskning med på å legge viktige forhold til rette for nyttestyringen

og nyttestyrerne. Men etableringen av mange separate overvåkningsmiljøer var ikke ideell sett fra en nyttestatlig synsvinkel. Etter hvert som antallet økte og nyttestyringen ble mer synlig, kom behovet for å samle dem – i praksis under Statens institutt for folkehelse – og for å koble dem nærmere til politikkplanleggingen. De første initiativ ble tatt i 1976–78, men førte ikke til så meget. Et nytt, mer ambisiøst, initiativ ble tatt i 1984. Selv om det ble fulgt opp på en diplomatisk måte, førte det ikke til så meget, utover å bidra til at integreringspresset ble styrket. De ulike registre var styrt av nokså selvbevisste personer og miljøer, blant annet preget av den medikratiske autonomikultur. Heller ikke Norboms styringsgruppe tok sjansen på å utfordre «fagsmåkongene», men antydte dog en forsiktig samlokalisering av institusjoner etter kriteriene individuell og miljømessig forebygging. Heller ikke i Nordbø-prosessen skjedde der noe særlig nytt i denne henseende. Nå var det for øvrig kommet et nytt skjær i sjøen, nemlig personvern hensyn. Men en ny utredning i 1997 bragte bestrebelsene på integrasjon noe fremover, mot en nokså omfattende samling av behovsovervåkingen hos det «nye» folkehelseinstituttet. En egen lov om helseregistre kom i 2001 og trådte i kraft i 2002.

At departementet, og for så vidt «fagsmåkongenes» overordnede institusjon, Helsedirektoratet, lot «småkongene» i stor grad styre seg og sin virksomhet selv, betydde også at de i liten grad ble brukt på oppstrømssiden. De ble, i den grad de ble brukt, i ikke liten grad brukt som faglige nedstrømsorganer.

Verdien, fra et styringssynspunkt, av behovsinformasjonen var avhengig av hvor enkelt det var å behandle informasjonen. Utviklingen av datamaskinteknologien etter krigen, men særlig fra 1960-årene av også fremveksten av Internettet i løpet av 1980-årene, men særlig fra begynnelsen av 1990-årene – altså i den perioden vi ser på, gjorde at informasjonsbehandlingen ble mye enklere og mye mer effektiv.

På tilbudssiden ble informasjonstilfanget økt både av Statistisk sentralbyrå, Sintef (Samdata) og SIFF, men ikke dramatisk. Det viktigste var det som skjedde på fagnivå, til dels i regi av kvalitetsregistrene, men særlig i regi av forskning. Medikratiet forutsatte at mye av den medisinske kunnskap var erfarings- og skjønnsbasert (intuitiv). I løpet av 1980- og 1990-årene blir kunnskapen vesentlig mer presis og regelbasert; den blir evidensbasert. Nå kommer der også teknologi som bidrar på avgjørende måte til denne utviklingen. Dette muliggjør en helt annen styring av klinisk praksis enn før. Nå kommer retningslinjene og de mer presise reglene for praksis. Det er helt avgjørende for å gjøre den nytteorienterte, «resultatbestillende», styringen virkelig gjennomgripende. Norbom og hans styringsgruppe hadde talt om en kompetansepolitikk. Lite kom ut av den nå, men gradvis kommer den, først i regi av fagmiljøene, og så, ved overgangen til det nye årtusen, i regi av fagforvaltningspregede institusjoner, som NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) i Storbritannia i 1999, og, mindre offensivt, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i Norge i 2004.

Vi har sett at behovs- og tilbudskartleggingen ble bygget ut i løpet av vår periode, men at den allikevel ikke ble koblet spesielt tett til, og underlagt de mål- og resultatorienterte planleggings- og beslutningsprosessene. Noe lignende skjer når vi kommer til de sistnevnte prosesser. De har ikke bare en litt løs tilkobling til de kartleggende oppstrømsaktivitetene: De leder ikke til tydelige målavklaringer og presise anvisninger på hvordan målene skal nås – og hvordan måloppnåelsen skal dokumenteres. De løse koblinger finner vi altså også på nedstrømssiden. Der blir slik litt rom for at iverksetterne og kontrollørene kan drive litt «nedstrømspolitikk». Men akkurat som der skjer en utvikling i nyttestatlig retning på

oppstrømssiden, skjer det det i de videre prosesser: Den norske (helse)stat går i nyttestatlig retning hele «veien», også hva det funksjonelle angår.

Men plandokumentene er mange og «konkurrerende». Fra gammelt av hadde man de mer eller mindre korporativt utviklede planene, som førte til det som etter hvert (1972) ble kalt NOUer. Bak disse står både fagfolk, interessenter og (andre) politikere. De reflekterer legmannsstyret (både på parlamentarisk og korporativ side), men også ulike former for fagstyre – dog lenge mer spesialfagstyre (medisinsk medregnet) enn nyttestatlige styre. De nyttestatlige premissene ble flere etter hvert, men sjelden dominerende. Stortingsmeldingene, som ofte bygger på NOUene, er heller ikke gjennom vår periode offensivt nytteorientert. Folkehelsemeldingen av 1993, som bygget på en (delvis) nyttestyrepreget NOU (1991), laget i departementet, dempet således NOUens nyttstatspreg. St.meld. nr. 9 (1974–75), om regionaliseringen av helsevesenet, var imidlertid det organisatoriske *utgangspunkt* for den nye, etter hvert mål- og resultatstyreffensiven innen helsesektoren. Den var skrevet i direktoratet, men uten statsrådets eller Helsedirektørens særlig aktive medvirkning.

Det var litt tilfeldig hvor nyttstatsfremmende NOUer, og for så vidt også stortingsmeldinger ble. Gradvis ble imidlertid nyttstatspreget tydeligere. Vi ser også at helsemeldingen som kom i 1994, under Werner Christie, legger mer vekt på mål- og resultatstyring enn den som kom i 1988, under Tove Strand Gerhardsen. Men da den siste kom, hadde også regjeringen to år før (1992) innskjerpet påleggene om at planer og politikk skulle være slik orientert. Vi ser den samme utviklingen for statsbudsjettene. Vekten på mål- og resultatstyring skjerpes fra 1990 og særlig 1991. Så følger i 1992 regjeringens understrekning av mål- og resultatstyringens betydning og, i 1997, det nye, integreringsorienterte økonomiske regelverket.

Statsbudsjettet hadde på den ene siden vært brukt for en målrettet makroøkonomisk styring og en «politisk» preget pengetildeling og skatte- og avgiftssammensetning. Mot slutten av 1980-årene, men særlig fra 1992 gjøres det mer aktive forsøk på å integrere stats- og nasjonalbudsjettpolitikken og den sektorielle målstyringen. Mål- og resultatstyringen impliserer at det hele starter med en fastsettelse av en slags nasjonal velferdsfunksjon og at denne så oversettes til sektorielle målfunksjoner. Det var heller ikke utover i 1990-årene mulig, analytisk eller politisk. Der ble imidlertid tatt skritt i denne, integrerende retningen, blant annet gjennom det som nå ble kalt «tildelingsbrev» (oppdragsbrev). Denne politikken ble fulgt opp nedover, men hvert nivå fikk halvveis selvstendige (for)mål. Helsedirektoratet fikk sin første virksomhetsplan fra 1989, men den var bare løst koblet til Sosialdepartementets «nyttefunksjon», og kom ikke til å fungere som kontrollgrunnlag for departementet i vår periode. Som vi har redegjort for i hovedteksten, hadde planen mest funksjon som forsøk på å definere direktoratets eksistensgrunnlag. Dog ble direktoratets planer gradvis fulgt opp videre nedover, nemlig i fylkeslegeetaten. Det var naturlig, siden etaten fra 1994 på et vis skulle ble en del av Helsetilsynet: Der skulle jo nå bare være to nivåer i helseforvaltningen.

Mål- og resultatstyringen ble, etter overgangen til 1990-årene, også drevet helt ned til forvaltningsledernivå. Det skjedde gjennom det såkalte lederlønnssystem. Det innebar at for 450 lederstillinger i statsforvaltningen skulle gasjeringen gjøres kontrakts- og resultatbasert. Men de mål den enkelte leder skulle forholde seg til, hadde ofte et nokså løst forhold til departementets, direktoratets og de andre institusjoners overordnede (for)mål. Ordningen førte til større lønnsøkning for ledere, men også til mer «manøvrering» og til en mer individualistisk kultur i forvaltningen. Etableringen av nye, mer fagpregede stillinger, blant annet som rådgivere – med vidt lønsspenn, bidro til det samme. Også denne endringen var knyttet til overgangen til den «nye», mer resultatorienterte, staten. Denne staten måtte

rekruttere og ta vare på mål-middel-eksperter. Det hører med til denne utviklingen at stillingshjemmelsystemet ble myket opp og i 1997 fjernet.

Den nye styringen gjorde at det juridisk-byråkratiske hierarki ble svekket, mens det resultatorienterte begynte å ta dets plass. Det tradisjonelle medikratiske byråkrati ble også tydelig svekket, men innad i medisinen vokste der frem en ny, mer resultatorientert kultur, knyttet til den stadig presisere medisin. Den begynte å gjøre seg gjeldende utover i 1990-årene. Det nye tilsynet er et uttrykk for det. Men for alvor ble den tydelig i forbindelse med reformene rundt 2002.

Ledelsesrevolusjonen var preget av ideen om mål- og resultatstyring. Den innebar at der skulle styres stadig mer kvantitativt; målene skulle helst være «harde». Medikratiet hadde representert det syn at målene til dels skulle forbli litt vage verdier, men for så vidt også at den faglighet det skulle bygge på delvis skulle beholde et vagt (intuitivt) preg. Der var innslag av slik «vag» normativitet også i teorien om rettsstatlighet og i den folkelige styringstradisjon. Men innen alle tradisjoner var den vage, humanistiske, verdistyring på defensiven. Den fikk imidlertid spille en mer eksplisitt (mot)rolle i Sekretariatet for modernisering og effektivisering fra senhøstes 1988 og til Nordbø-reformene. Den fikk det på grunn av sekretariatets leder, Trine Normann, som med utgangspunkt i sosial-egalitære og generelle humanistiske verdier skapte innslag av en nokså aktiv mobiliserende ledelse. På noen avgrensede områder drev hun en nesten egen form for politikktutvikling og politikktiverksettelse. For så vidt illustrerte hennes virksomhet det noe løst integrerte preg forvaltnings- og politikksyklusen stadig hadde.

Nedstrømsoppgavene: Iverksettelse, tilsyn og kontroll

Politikken fortsetter på nedstrømssiden. Beslutningene er ikke alltid presise nok til at de bare kan iverksettes mekanisk. De blir i noen grad mer presise i løpet av den perioden vi ser på, men de blir også flere; lovgivningsaktiviteten, og den tilknyttede forskriftsutstedelsen, øker f.eks. gjennom hele perioden. Staten griper mer og mer inn i stadig mer av det som skjer i samfunnet. Det skaper ikke minst to problemer: Staten (det offentlige) skaper forventninger det ikke er mulig for den fullt ut å følge opp og det skaper inkonsistens. Det første skaper uro om prioriteringer. Undertiden blir politikere presset til å gripe inn langt nede i nedstrømsprosessen, for å gi noen høyere prioritering enn de ellers ville ha fått og som de, etter de overordnede beslutninger, skulle ha hatt. Det annet skaper spenninger og gjerne konflikter. Den kasuistiske ingripenen i prioriteringssaker kan bidra til inkonsistensen og spenningene: Den «løser» ett problem, men skaper nye.

Slik enkeltsaksinngripen på nedstrømssiden bidrar til at politikernes oppmerksomhet forskyves fra politikktutvikling til politikktiverksettelse, men også ofte til at deres rolle blir mer kasuistisk. For de fleste politikere er slik politikk emosjonelt belastende. Alle de statsråder, og deres statssekretærer og politiske rådgivere vi hadde i den perioden vi nå ser på, merket dette presset og fant det, om enn i varierende grad, belastende. Alle statsrådene fikk mange saker som gjaldt pasienttilgjengelighet. For Heløe og Gerhardsen var sykehuskøene et betydelig problem, og et problem de ikke klarte å «løse» bare gjennom generell politikk (lover, retningslinjer, (større) budsjetter). Det bidro til presset på de to, men særlig den siste, at et hyppigere svar på den lange ventetiden (for noen) ble utenlandsreiser og privat tjenestekjøp. Gerhardsen og Christie fikk noen vanskelige enkeltskjebnesaker; det dreide seg om betaling

for kjøp av behandling i utlandet. Da Hernes startet overtok han en slik sak, en sak Christie hadde skjøvet foran seg. Alle tre gav etter hvert etter, og utfordret slik måten fagpersoner nede i klinikken forvaltet den generelle politikken på. Sellæg og Veierød fikk også slike saker på bordet; Sellæg blant annet det vanskelige eldreopprøret våren 1990.

Departementet fikk, etter kommunenes og fylkeskommunenes overtagelse av primær- og spesialisthelsevesenet, en oppgave ikke bare på planleggingssiden. Planstyringen måtte bli forholdsvis åpen, siden lokalenhetene skulle ha en viss frihet. Det betydde at der fra tid til annen måtte komme inn en del politikk på iverksettelsessiden, ofte imidlertid som en form for diplomati. Det er ikke tilfeldig at departementets helseavdeling i økende grad forholdt seg direkte til både fylkesleger og lokalmyndighetene, altså satte direktoratet på sidelinjen.

Den perioden vi ser på, er en periode preget av dyptgripende regimeendringer. Det skaper uro blant fagpersoner ute i helsevesenet, men også i forvaltningen. I klinikken ble hele perioden preget av uro både i sykehusene og i primærhelsevesenet. Den startet med store spenninger knyttet til overgangen fra distrikts- til kommunehelsevesen og fortsatte med strid om ledelsesorganiseringen i sykehus. Etter hvert som de nye regimer ble mer institusjonalisert avtok imidlertid denne organisasjonsstriden, dog uten å forsvinne: Man begynte å se en kontraktsløsning i primærhelsevesenet og «enhetlig ledelse» i sykehusene. Men i siste del av vår periode kom jo striden om omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning. Den krevde mye statsråd, selvsagt på det prinsipielle plan, men også på det løpende administrative plan.

Der skjedde altså en slags nedstrømspolitisering av departementet i den perioden vi ser på. Direktoratet, som tidligere hadde vært så aktivt både som planleggingsorgan og som, i noen grad politisert, iverksettelsesorgan, ble nå i større grad et mer teknisk iverksettelsesorgan. Helsedirektøren kunne nok komme med friske politiske utspill, både på planleggings- og iverksettelsessiden, men i all hovedsak ble direktoratet nå mer og mer et teknisk iverksettelsesorgan. Mork klaget således ofte over at han og hans folk måtte bruke så mye tid på «pliktløpet», altså på det å administrere lovverket og å ta seg av ulike teknisk-administrative oppgaver (som tilskuddsforvaltning og personellautorisering). Også departementet hadde, og fikk, flere mer tekniske iverksettelsesoppgaver, knyttet både til forvaltningen av et voksende antall lover og budsjettene, fra annen halvdel av vår periode også budsjettene for statssykehusene.

Helsedirektoratet var i en nesten eksistensiell krise etter delingen. Det hadde tapt den strategiske rollen, var blitt politisk «kastret» på nedstrømssiden og tapte i økende grad autoritet overfor dem de skulle styre og lede, fylkeslegene, SIFF og de andre nivå-tre-institusjonene. Utviklingen av en mer presis, spesialiseringsdominert medisin gjorde at direktoratet tapte helsefagautoritet. Det var som om det Norbom og hans medarbeidere ville gjøre, løse direktoratet opp, bare var en «naturlig» fortsettelse av det som var skjedd i 1983 og som ble fulgt opp i de påfølgende år. Å fortsette bare som et pliktløpsorgan var lite fristende for en person som Mork og for så vidt for mange av hans nærmeste medarbeidere. Direktoratet så seg om etter andre, mer meningsfulle oppgaver. En tid satte mange i direktoratet en viss lit til det samfunnsmedisinske arbeid, med Helse for alle-strategien som grunnlag. Direktoratets leger definerte jo i økende grad sitt arbeid som samfunnsmedisinsk. Men også den oppgaven snappet departementet, først gjennom Forebyggingsenheten (1988–89) og så til slutt gjennom en egen avdeling (1994) (kalt Forebyggings- og utviklingsavdelingen).

Men direktoratet fikk i praksis fra delingen av en egen oppgave, nemlig tilsyn. Loven kom våren 1984, men den var jo implisert av delingen. Når så mye av helsemakten skulle delegeres til lokale myndigheter trengte staten en instans som kunne passe på disse myndigheter, med utgangspunkt i lovgivningen. Ja, siden avstanden til dem som skulle passes på nå ble større, måtte lovgivningen være utgangspunktet. Men slik måtte også tilsynsoppgaven gradvis endre karakter, fra å ha vært kollegialt-pedagogisk til å bli mer og mer formalisert, altså jusbasert. Slik kan man si at delingen av det gamle direktoratet allerede fra starten av gjorde det til et slags tilsynsorgan, eller iallfall prototilsyn. Vår periode preges slik også, for Helsedirektoratets vedkommende, av at det gradvis finner seg selv som tilsynsorgan. Formelt måtte det imidlertid få «hjelp» til å se at det var det som skjedde. Hjelpen kom altså, i 1992, fra Stortinget. Men at det fant seg selv, og ble funnet av andre, som juridisk preget tilsynsorgan, måtte også etter hvert gjøre det utfordrende å fortsette som iverksettende organ (pliktløpet). «Funnet» av tilsynsoppgaven måtte derfor nesten føre til at forvaltningsoppgaven måtte skilles ut, hvilket altså skjedde fra 2002.

Men Helsedirektoratet ble heller ikke et «fullt» tilsynsorgan. Fra starten av var de økonomiske sider ved helsetjenesteytelsen og folkehelsearbeidet i stor grad holdt utenfor, selv om det i legeloven het at leger skulle ta økonomiske hensyn (overfor både pasienter og folketrygd) når de ytte tjenester. Men at Helsedirektoratet slik primært fikk ansvar for den ene side av helsevesenets verdiskapning, helsesiden, og ikke den annen, omkostningssiden, bidro til å gjøre det til litt mer av et «helseaktivistisk» organ, både på opp- og nedstrømssiden. At Helsedirektøren ble en slags «vaktbikkje» for pasienter og befolkning, er et uttrykk for dette. Men tilsynsrollen ble ytterligere avgrenset.

Fra tidligere av var Helsedirektoratets kontroll med utstyr og forbruksmaterieell begrenset, og spredt på flere (andre) kontrollinstanser, som Statens institutt for strålehygiene, Det særlige tilsyn med elektromedisinsk utstyr og Nemnda for medisinsk engangsutstyr (SIFF). At to av disse før 1994 lå under direktoratet var mer en formalitet enn realitet. Men leverandører og brukere, spesielt sykehus, spilte også en kontrollrolle direktorat og fylkesleger i begrenset grad kunne føre tilsyn med. Som en refleks av den økende opptatthet av kvalitetskontroll, fikk SINTEF NIS i oppdrag å fungere som en meldesentral for uønskede hendelser knyttet til bruk av medisinsk-teknisk utstyr. Denne oppgaven ble overtatt av Helsedirektoratet (meldetjenesten) i 1993. Samtidig fikk, som vi skal komme tilbake til, Det Norske Veritas i oppdrag å sette i gang opplæring i kvalitetssikring ved sykehus.

Et viktig uttrykk for utviklingen av kontrollen med utstyret er vedtagelsen i 1994 av en lov om medisinsk utstyr. Loven var en funksjon av EØS-avtalen. Utstyr og forbruksvarer er varer og varer skulle og skal innen EØS-området behandles på markedskonkurranspremisses inntil varene blir en del av tjenesteytelsen, altså brukes til å undersøke og behandle. Med loven fulgte der EF/EU-bestemte reguleringer for produksjon, markedsføring, omsetning og tildels bruk av varene (utstyret). Nasjonal regulering ble erstattet av overnasjonal sådan, men håndhevelsen av reguleringene forble nasjonal. Utstyr og andre varer hadde selvsagt også tidligere blitt laget av i hovedsak private bedrifter, og slik sett hadde varesektoren omgitt *helsetjenesten*, og utsatt den for ideologisk påvirkning. Nå ble denne betydelig styrket, både fordi helsetjenestens avhengighet av utstyr og andre varer – og dermed private, kommersielle bedrifter – lenge hadde økt og nå gjorde det i økende tempo og fordi reguleringene skapte mer konkurranse. Blant annet mistet norske myndigheter muligheten for å regulere markedsføringen. La oss også legge til at mye av den mer indirekte kontroll som gjaldt utstyr

skjedde i regi av andre institusjoner enn helseforvaltningens, som Arbeidstilsynet, Statens branninspeksjon og Statens sprengstoffinstitusjon.

En annen type vare, endog en meget sentral vare, spesielt klinikken trenger, er medikamenter – vidt forstått. Kontrollen med produksjonen, omsetningen, markedsføringen og bruken av slike skjedde lenge i hovedsak i regi av Helsedirektoratet, først mest som apotektilsyn, etter hvert også som tilsyn med de ulike aktører i det som ble til legemiddelkjeden(e). Ved siden av apotektilsynet vokste der frem en legemiddelkontroll (1974). Den var et svar på utviklingen av spesialpreparater, og medikamentfremstillingens industrialisering. Denne kontrollen ble stadig viktigere. EØS-avtalen, som trådte i kraft i 1994, gjorde at grossistleddet ble underlagt konkurranse. Det førte igjen til at det statlige monopolet (Medisinaldepotet) også ble privatisert. Endelig ble apotkevirksomheten helt underlagt konkurransemarkedet og alle aktørene, utenom sykehusene, ble private. Tilsynsvirksomheten ble samlet i det som hadde vært Legemiddelkontrollen (siden 1974), men nå ble til Statens legemiddelverk (2001). Dette verket overtok også, fra Helsetilsynet, resten av det tilsynsansvaret Helsetilsynet hadde hatt. Vi kan ellers konstatere at med disse endringene på medikamentsiden, og den økte tilgang på medikamenter (nyutviklede som eldre), ble helsevesenets vareavhengighet ikke bare ytterligere styrket, men fikk også et mer kommersielt preg.

Der er én viktig varesektor til som, iallfall delvis, omslutter helsevesenet, matsektoren: Mat har åpenbare konsekvenser for helse, gode og dårlige. Som gode er de både helsefremmende, patologiforebyggende og terapeutiske. Som dårlige er de helsenedbrytende, enten på grunn av innhold eller sammensetning eller mengde. Men mens utstyr og lignende og medikamenter i hovedsak er rettet inn mot helseformål, er maten ikke primært det, selv om dens hovedbegrunnelse ligger i et helsebehov: Mennesker må spise for å leve. Mat er, i praksis spesielt behandlet som næringsstilknyttet. Opprinnelig var mat særlig knyttet til landbruket og fiskeriene. Med det moderne samfunns industrialisering er disse næringene nesten blitt helt industrialisert, og mat har fått et standardisert varepreg. Forsyningskjedene er blitt lange og deltagerne i dem er blitt store og stadig mer internasjonale og er i hovedsak underlagt konkurransemarkedets logikk.

Etter mye tautrekning fikk Norge en næringsmiddellov i 1933, men der kom også andre matrelaterte lover. Mye av næringsmiddelkontrollen var lokal, og slik varierende. Fagutviklingen, industrialiseringen og internasjonaliseringen gjorde at presset for å integrere og fagliggjøre tilsynet med matvarekjeden økte etter krigen. I 1978 kom der en egen lov om (ikke helt) samordnet næringsmiddelkontroll. Den ble, etter lange utredninger og tautrekninger i 2003 til lov om matproduksjon og mattrygghet (matloven). De mange lokale tilsynsinstanser og noen nasjonale, blant annet Statens næringsmiddeltilsyn (1988), ble fra 2004 til Statens tilsyn for planter, fisk, dyr og næringsmidler (Mattilsynet). Det siste fikk tre departementer som oppdragsgivere, men ble og blir forvaltet av Landbruks- og matdepartementet. Også næringsmiddelsektoren er altså gradvis blitt til en sektor preget av den industrielle, internasjonale logikk, der kontrollen nok er streng, men konkurransen også påtagelig. I den sammenheng bør det nevnes at laboratoriekontrollen delvis er privatisert og internasjonalisert og spiller en sertifiserende og akkrediterende rolle. Også næringsmiddelsektoren bidrar altså til å gi *helsetjenesten* bedriftspregede og kommersielle omgivelser. Dog bør det nevnes at sektoren stadig er preget av verdi- og interessedryssninger.

Næringsmiddelpolitikken (og -kontrollen) er både næringspolitikk og ernæringspolitikk, og blant annet derfor, spenningsfylt. Spenningene gjelder gjerne kontrollens art og subsidier og avgifter. Men ernæringspolitikken har også en selvstendig side, en informerende-pedagogisk

sådan. Organisatorisk kom dette til uttrykk gjennom etableringen av Statens ernæringsråd i 1946 (forløper 1937). Ernæringsrådet, plassert på det som etter 1983 ble nivå nr. tre, ble etter hvert, for så vidt som flere av søsterinstitusjonene, blant annet Statens edruskapsdirektorat, et publikumsrettet enkeltformåls-aktivistorgan. Det fungerte mye på egne premisser og var i perioder nokså aktivt, spesielt som pedagogisk livsstilsorgan. Men, som de fleste andre institusjoner på dette nivå, ble det bragt inn i linjen da det nye Sosial- og helsedirektoratet ble (gjen)opprettet i 2002. Denne del av «varepolitikken» ble altså værende innenfor den egentlige helsetjeneste, ja, integrert enda mer i den. Vi ser her en parallell til utstyrskontrollen og legemiddelkontrollen: Bruken av varene forble en helsetjenesteoppgave og ble kontrollert som sådan, men for de to andre varetypene forble også mye av brukskontrollen i egne institusjoner, hvor de stod bedriftssektoren nærmere.

Helsedirektoratet startet altså marsjen mot tilsynstilværelsen da det ble delt høsten 1983. Utgangspunktet for utviklingen var selvsagt helsetilsynsloven, vedtatt våren 1984. Den var en fullmakts- og rammelov. Den gav direktoratet tilsynsoppgaven og (en del av) den myndighet det trengte (gjennom kompetansenormer) for å kunne ta seg av oppgaven; dog fantes der slike normer også i den lovgivning som ellers særlig preges av pliktnormer. De adferds- eller pliktnormer direktoratet skulle legge til grunn for tilsynsutøvelsen, fulgte av andre lover, en rekke institusjonslover – noen av hvilke vi allerede har omtalt, personellover og lover «for» borgere og pasienter. Også andre lover, foruten den ulovfestede culpanormen, inneholdt tilsynsrelevante pliktnormer, blant annet straffeloven (1902), skadeserstatningsloven (1969) og produktkontrollloven (1976). Disse lover inneholdt for øvrig også kompetansenormer.

Under det halvt medikratiske regime ble tilsyn forstått ikke bare i den nye, teknisk-juridiske forstand, men også som «omsorg» og ledelse. Som omsorg og ledelse fungerte overordnede organer, direktoratet og fylkeslegene særlig, på en pedagogisk-kollegial måte. Det het i proposisjonsforklaringen, og til dels i selve loven, at de som utøvet tilsyn også måtte gjøre dette på en pedagogisk måte. Departementet mente, med rette, at kritikk og annen negativ intervensjon kunne virke demotiverende. Men både disse pedagogiske «signalene» og andre sider ved den svært korte tilsynsloven vidnet om at medikratiet kulturelt sett fortsatt spilte en betydelig rolle. Gradvis kom allikevel den juridisk baserte, kritiske intervensjonen, eller trusselen om en sådan, til å prege det nye tilsynet. Et uttrykk for det er jo at forvaltningsoppgaven (pliktløpet) til slutt ble skilt ut fra Helsetilsynet (2002); å beholde den oppgaven kunne gjøre Helsetilsynet inhabilt.

Men Helsedirektoratet, og siden Helsetilsynet, skulle fortsette å forholde seg tvetydig til spørsmålet om pedagogikk. Under Diprivan-saken, en sak som gjaldt spørsmålet om noen anestesileger ved Sentralsykehuset i Fredrikstad hadde opptrådt uforsvarlig da de bedøvet to små barn med det relativt nye, hurtigvirkende anestesimidlet Diprivan, ble spørsmålet om Helsedirektoratets reaksjoner, nemlig tildelte advarsler og tilrettevisninger, var å anse som enkeltavgjørelser som kunne prøves for domstolene, sentralt. Helsedirektoratet/Helsetilsynet og dets advokat(er) argumenterte med at reaksjonstildelingene var å anse som (kritiske) meningsytringer og ikke formelle beslutninger (f.eks. i forvaltningslovens forstand) – som kunne prøves av domstolene. Direktoratet/tilsynet argumenterte altså «gammeldags», samtidig som dets praksis var blitt ganske streng og juspreget. Domstolene, til sist Høyesterett, gikk langt i å tilbakevise direktoratets/tilsynets argumentasjon og dyttet slik tilsynet enda mer i jusbasert retning. Samtidig kom de til at direktoratet/tilsynet i flere tilfeller hadde utøvet galt, altså for strengt, skjønn. Det skulle ta tid for Helsetilsynet å finne seg selv som tilsynsorgan.

I helsetilsynsloven het det at Helsetilsynet skulle utøve et overordnet faglig tilsyn, men at det praksis skulle skje gjennom fylkeslegene. Dog het det at eventuelle reaksjoner måtte tildeles av direktoratet. Mildere kritikk kunne fylkeslegene gi. At tilsynet ble kalt faglig, reflekterer den medikratiske kultur.

Tilsynet skulle, etter den nye loven, i første rekke være et forebyggende tilsyn. Det skulle bidra til at svikt og uheldige hendelser ikke forekom i helsevesenet. For dette formål skulle et såkalt egentilsyn være et sentralt virkemiddel. Fylkeslegene kunne ikke løpende overvåke det som skjedde, men arbeidsgiverne og helsepersonellet kunne i stor grad gjøre det, altså passe på seg selv. Det fremgikk ikke av loven hvordan egentilsynet skulle drives. Ei heller inneholdt loven noen bestemmelse om at det kunne utstedes forskrifter for hvordan dette tilsynet skulle drives. Bestemmelsen i loven ble stående som en blanding av et pålegg og en oppfordring. Igjen ser vi at loven kombinerer gammelt og nytt, altså pedagogisk ledelse og formelle, «truende» pålegg.

Den egentlige tilsynspraksis, den forebyggende, utviklet seg skritt for skritt gjennom vår periode. Det skjedde i første rekke i regi av fylkeslegene, som gradvis utvidet sin besøksaktivitet og i takt med det begynte å standardisere den. Mot slutten av 1980-årene begynte de å etterlyse bistand fra direktoratet, blant annet i form av en nasjonal standardisering. Helsedirektoratet ble også mer aktivt. Virksomhetsplanleggingen bidro til det og fra 1990 vedtok direktoratet, etter påskyndelse fra fylkesleger, også at der skulle foretaes nasjonale, «særlige tilsyn» på utvalgte områder. Det ble så som så med standardiseringen av disse tilsyn, og for så vidt også med engasjementet i gjennomføringen av dem. Rapportene fra disse tilsynene var også av varierende grundighet. Når det gjelder fylkeslegenes tilsynsbesøk ellers, var de i de første år mer pedagogiske enn «mistenksomt» inspiserende, men fra inngangen til 1990-årene fikk de et mer kritisk, juspåvirket preg. I de første årene rettet tilsynsvirksomheten seg i hovedsak mot primærhelsevesenet, det vesen fylkeslegene faglig forstod best. Fylkeslegene var nesten engstelige for sykehuslegene, særlig ved de store sykehus, og nærmet seg dem derfor varsomt, men fra slutten av 1980-årene var også tilsynsbesøk ved sykehusene blitt vanlige.

Fra 1990 begynte direktoratet å arbeide med et utkast til forskrifter for egenkontrollen. Det var et tydelig uttrykk for at bevisstheten om tilsyn som faglig utfordring var styrket. Striden med Norbom og departementet var imidlertid også noe av bakgrunnen for at forskriftsarbeidet ble startet: Striden hadde en tilsynsbevisstgjørende virkning på direktoratet. At påvirkningen fra industrien hadde gjort at der nå ble arbeidet aktivt i Kommunaldepartementet med å lage en forskrift om *internkontroll*, bidro også til at direktoratet satte seg i sving med «sine» forskrifter. Direktoratet var redd for at helsevesenet kunne bli trukket med i den mer generelle, industrielt inspirerte, reguleringen Kommunaldepartementet og Arbeidstilsynet stod bak. Men det viste seg snart å være vanskelig å utforme tydelige forskrifter: Forståelsen av det nye tilsynet var ennå ikke dyp i direktoratet, og de første utkastene ble møtt med mye motbør, blant annet fra mange av fylkeslegene. Direktoratet ble heller ikke oppmuntret av departementet. Arbeidet resulterte da også i intet. Senhøstes 1991 skjønnte direktoratet at departementet ikke ville ha dets forskrifter. Departementet arbeidet nå med proposisjonen/meldingen om endringene i helsetilsynsloven og omordningen av den sentrale helseforvaltning. Det var departementets mening at det overordnede tilsynsansvaret skulle flyttes opp til departementet, og at fylkeslegene skulle stå for det praktiske tilsyn. Departementet lyktes ikke, som vi har sett, i å sentralisere det overordnede tilsyn, og dermed ble direktoratet reddet fra full oppløsning og ble altså istedenfor, til syvende og sist, et rent tilsyn. Kommunaldepartementets forskrift trådte ikraft i 1992, og i en utvidet versjon i 1997.

Først i 2003 kom der en egen forskrift om *internkontroll*, ikke egenkontroll, for helse- og sosialtjenesten.

De pliktnormene som skulle ligge til grunn for tilsynet av klinikken, og til dels også av preklinikken (folkehelsevirksomheten) ble, spesielt fra overgangen til 1970-årene, stadig flere og til dels, blant annet gjennom forskriftene, mer presise. Spesielt gjaldt dette klinikken. Lovene var delvis, og i økende grad, institusjonslover, som lovene om psykiatri (1961), sykehus (1969) og primærhelsevesenet (klinisk og preklinisk) (1982), men også noen vi har omtalt, som de medisinske relevante «varelovene». I tillegg var der helsepersonellover, først mange (stadig flere). Så, men først i 1999, kom der én samlet helsepersonellov, og lov for pasienter (pasientrettigheter) (1999). Det som er mest påfallende er at institusjonslovene blir flere og mer styrende. Det henger sammen med styringsrevolusjonen og den stadig mer offentlig-hierarkiske styring av særlig det kliniske helsevesen. Denne utviklingen gjør at tilsynet i stigende grad blir rettet mot eierne og lederne. Gjennom tilsynet fører altså staten en stadig strengere kontroll med seg selv, og dens «forlengelser», fylkeskommunene og kommunene. Tilsynet blir slik «egentilsyn» i en mer radikal forstand enn det som fremgår av loven. Man kan imidlertid si at utflyttingen av forvaltningsoppgaven fra Helsetilsynet i 2002, innebar at den del av staten som førte kontroll med andre deler, ble mer uavhengig av resten av (helse)staten.

Men det direkte tilsynet med personellet forsvinner altså ikke helt. Staten velger å beholde deler av det (gjennom samleloven av 1999), slik at personell blir utsatt for dobbel styring, ledelse og kontroll, den som følger arbeidsgiverlinjen og den som følger den spesielle lovlinjen. Personell blir slik altså behandlet både som ansatte, eller kontraktører, og som (litt) frie profesjonsutøvere. Den første linjen blir altså gradvis viktigere, men dobbeltkontrollen av personellet gjør jo at det både beholder en viss faglig frihet og blir enda strammere – og undertiden konfliktfylt – styrt. Vi må føye til: Den eldre, men også den nyere klinikk-institusjons- og personellovgivningen inneholdt «indirekte» pasientrettigheter. Som et svar på forbrukerevolusjonen i 1980-årene, kom der i 1999, en del forsinket, en egen pasientrettighetslov. Med den blir pasienter og potensielle pasienter også viktigere som tilsynsaktører og kontrollører. Styringen og kontrollen ovenfra og nedenfra øker altså gjennom den perioden vi ser på, og bringer personellet under en krevende dobbeltkontroll: Det utsettes for en, delvis intendert og delvis uintentert, knipetangsmanøver.

Et sentralt, og essensielt sett juridisk, begrep i det ekspanderende tilsynet, er «forsvarlighet». Kliniske institusjoner og personell er forpliktet til å behandle pasienter på en forsvarlig måte. Da vår periode startet, ble forsvarlighet forstått nokså medikratisk: Forsvarlig behandling var den som skjedde etter den skikk og etikk som preget «god» medisin (og andre godkjente helsefag). I løpet av vår periode blir imidlertid medisinen stadig mer presis og retningslinjene – litt vage regler – begynner å komme fra begynnelsen av 1990-årene. Med det bidrar også medisinen (helsefagene) selv til å gi dem som skal føre tilsyn med dens utøvere et klarere grunnlag for å gjøre det. Medisinen bidrar til å gi jusen mer tyngde.

Tilsynet er, som nevnt, i prinsippet en forebyggende virksomhet. Men alle feil og uhell, og adferd som skaper misnøye hos pasienter og deres pårørende, lar seg ikke forebygge. Av og til går det galt, eller noen mener det har gått galt eller er på andre måter misfornøyd. Da kan det klages, eventuelt kreves at skaden «repareres», helt eller delvis, eller at erstatning gies og straff (for den som er årsak til skaden) idømmes. Også slik reaksjon er en form for forebygging, for så vidt som klager og det som følger av dem, kan virke almenpreventivt. Da

direktoratet ble til helsetilsyn, ble behandlingen av klager som havnet hos tilsynsmyndigheten omtalt som hendelsesbasert tilsyn. Klagene kan rettes til det personell det gjelder, til institusjoner eller til tilsynsmyndighetene, altså fylkesleger (første instans) og direktorat. Personell kan også anmeldes til politiet, etter straffeloven. Pasienter kan også (klage ved å) kreve erstatning etter erstatningsretten. Fra 1989 kom der en egen offentlig erstatningsordning, som innebærer at pasienter kan (klage og) be om erstatning på objektivt grunnlag. Fra gammelt av har der også vært en stortingsforvaltet billighetserstatningsordning. Etter den kan pasienter få en viss erstatning (en håndsrekning) ut fra rimelighetsbetraktninger. Pasienter har også siden 1980 kunnet klage hvis de ikke fikk innsyn i sin journal. I løpet av vår periode økte presset, også dét delvis som en følge av forbrukerrevolusjonen, for å styrke pasienters og borgeres helserelaterte personvernrettigheter.

Trykket fra borgerne, særlig som pasienter, økte altså gjennom vår periode, og myndighetene tilpasset seg: Mulighetene for å besvære seg og klage ble gradvis utvidet. Det var en del av denne tilpasningen til pasientene og borgerne at der nå kom pasientombud, at tilbyderne av tjenester begynte å gjennomføre pasienttilfredsundersøkelser og at også forskere begynte å gjennomføre slike. Slik fikk tilbyderne ikke bare informasjon om misnøye gjennom formelle klager og lignende, men også gjennom uformelle og tause sådanne.

Hverken tilsynslovgivningen eller den tjenesterettede og varerettede lovgivningen inneholdt bestemmelser om retten til å klage og bestemmelser om hvordan pasienter formelt kunne klage (til fylkesleger og direktorat). Klageretten var altså ikke lovfestet; den var sedvanebasert. Når det gjaldt fremgangsmåten ved klaging og behandling av klager, ble også den utviklet gjennom praksis, men slik at både forvaltningsloven (hvis det dreide seg om enkeltbeslutninger), personellovene og prinsippene for god forvaltningspraksis spilte en avgjørende rolle.

Klagene ble i praksis først behandlet av fylkeslegene, så eventuelt av direktoratet. I direktoratet ble sakene i første del av vår periode behandlet av de helsefaglig og juridisk integrerte avdelingene. Med opprettelsen av helserettsavdelingen i 1989, ble denne avdelingen sakseier; helsefagavdelingene ytte helsefaglig bistand. Også på denne måten ser vi altså hvordan en mer medikratiske klagesaksbehandling erstattes av en mer juridisk preget sådan. En undersøkelse gjennomført ved overgangen til tiden etter vår periode viste at juristene gjennomgående hadde en tendens til å være strengere i sine vurderinger (av personellet) enn leger og helsefagpersonell. Vi har ikke sikre tall for klagesaksomfanget, men de tall vi har, viser at antallet saker øket jevnt gjennom hele perioden, men noe saktere i siste del av perioden. En undersøkelse gjennomført mot slutten av 1980-årene viser at antallet klagesaker mottatt av 13 av 19 fylkesleger økte med 48 prosent i årene 1987–1989. Klager Helsedirektoratet fikk til behandling økte med 15 prosent fra 1984 til 1988. Frem til 1995 skjedde der en videre økning i klageutgangen til Helsedirektoratet med 18 prosent. Klageomfanget var altså svært lite i forhold til alle de kliniske konsultasjoner som skjedde. Pasienttilfredshetsmålingene viste også at pasientene i hovedsak var tilfredse med sine leger, både på sykehus og i praksiser. Når spørsmålene gjaldt mer konkrete forhold, som om legene hadde informert godt, var svarene mindre positive enn når de gjaldt legenes almene måte å behandle dem på. Klagene gjaldt i stor grad psykiatriske tjenester, altså tvangsbruk; i 1989 stod disse klagene for 47 prosent av alle klager. Den andre store gruppen av klager, den omfattet i 1989 29 prosent, gjaldt påstander om feil i diagnostikk eller behandling.

Helsedirektoratet ble altså etter delingen i økende grad et tilsynsorgan, men det tok tid for det å ta helt inn over seg hva det nye tilsynet skulle innebære. Det var imidlertid et moderat trykk

på direktoratet for å bli et slikt tilsyn; trykket kom delvis fra fylkeslegene, men ble etter hvert, av eksistensielle grunner, et trykk direktoratet la på seg selv. Klagesakene ble, både for fylkeslegene og direktoratet noe som «veltet inn» – utenfra og nedenfra – og som tvang klagemottagerne til å snu på oppgaveprioriteringene. Direktoratet, og fra 1989 dets helserettsavdeling, kom snart på defensiven og ble der vår periode ut. Det var først ved etableringen av Helsetilsynet i 1994 at eks-direktoratet begynte å komme mer à jour.

Kvalitetsforvaltning – den nye nedstrømsoppgave

Kvalitet betydde opprinnelig egenskap. Lenge har det for de fleste betydd *god score* på de egenskaper som er nærmest knyttet til f.eks. den vare eller tjeneste man er opptatt av. Vi taler således om behandlingens kvalitet som hvor godt arbeid legen gjør og røntgenutstyrets kvalitet som hvor godt det kan gjengi legemlige strukturer. Opptattheten av kvalitet, altså «god score», som noe «nytt», slo innover klinikken som en bølge i løpet av 1980-årene og ble for alvor institusjonalisert i løpet av 1990-årene. Bølgen reflekterte delvis en tilsvarende og eldre bølge i industrien; den gjaldt varenes kvalitet. Den reflekterte også forbrukerrevolusjonen. Men da den slo innover helsevesenet hadde den fått et videre siktemål. Den kom til å gjelde stadig mer. Det passet helsevesenet, og dem som der ble kvalitetsapologeter og kvalitetsstyringsinnførere. Kvalitet ble snart et stikkord for høy score på alle egenskaper ved og «rundt» tjenester, fra tilgjengelighet til langsiktige konsekvenser, endog omkostninger. Uttrykket «total kvalitetsledelse», som ble lansert i 1985, er et uttrykk for den maksimalt vide forståelsen av kvalitet og kvalitetsarbeid. Men ved å definere kvalitet så vidt, mistet denne kvalitetsledelsen sitt særpreg. Da det nye helsedirektoratet ble opprettet i 2002, overtok det kvalitetsarbeidet, men avgrenset det til å bety kvalitet i mer snever forstand. Det ble slik en del av den bredere mål- og resultatstyring.

Kvalitetsarbeidet var, som den internasjonale standardorganisasjonen (ISO), og i stor grad konsulent- og akkrediteringsselskapene, så det, prosessorientert.¹²⁸⁹ Det ble slik også standardorientert. Det kom altså til å ligne på det nye tilsynet: Mens tilsynet satte standarden på et slags minimumsnivå (forsvarlighet ble stikkordet), satte ISO og andre standarden på et høyere nivå. Strategien var imidlertid den samme, kontroll med at tjenesteyterne og deres institusjoner holdt mål. Men noen tenkte mer offensivt enn dette, og hadde gjort det en tid, spesielt de to Japan-aktive kvalitetsutviklerne W. Edwards Demming og Joseph M. Juran. De var opptatt av at kvalitetsarbeid også måtte være kvalitetsutviklingsarbeid. Det standardorienterte tilsyns- og ISO-kvalitetsarbeidet var styrt og kontrollpreget; det reflekterte industrisamfunnet, «fordistisk» forstått. De to herrenes, og spesielt Juran's, kvalitetsarbeid innebar at mye frihet ble delegert til utøverne. Det var mobiliserende og (delvis) humanistisk. I Norge var det standardstrategien som ble dominerende, om enn ikke helt enerådende.

Kvalitetsarbeidet ble utviklet langs to linjer, en departemental og direktoratlig og en «klinisk». Der var også en slags tredje linje, med yrkesgruppeforeningene, særlig Lægeforeningen, som utgangspunkt. De var knyttet til hverandre, men ikke intimt. I noen grad ble de også konkurrerende offensiver. Departementet spilte lenge en beskjeden rolle når det gjaldt kvalitet. I helsemeldingen fra 1989 var kvalitet bare nevnt. Det fikk en større plass i den

¹²⁸⁹ Prosesser ble definert som kvalitetsprosesser i den grad dokumentasjon har vist at de bidrar til den aktuelle kvalitet.

meldingen som kom i 1994. Direktoratet hadde ført opp kvalitet som formål allerede i sin første virksomhetsplan (1989); siden ble dette formålet stadig mer betonet. Det ble dog forstått nokså kontrollorientert. I regi av direktoratet ble der laget en utredning om kvalitetsarbeid som kom i 1991. Den var nokså kontrollorientert. Den ble fulgt opp av en intern arbeidsgruppe, som kom med sin rapport i mai 1993. Også denne rapporten var preget av kvalitetssikringsarbeidet, og så på det som nært knyttet til det som nå ble kalt internkontroll. Gruppen la imidlertid vekt på at man nå også burde være opptatt av kvalitetsutvikling. Arbeidsgruppens rapport skulle gi premissene for utarbeidelsen av en strategi for kvalitetsarbeid. Den ble presentert i februar 1995 og kalt *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. Den var primært et helsetilsynsarbeid, men ble utgitt i samarbeid mellom Helsetilsynet og Sosial- og helsedepartementet. Den hadde et forord skrevet av Helseministeren.

Strategien taler om utvikling, og inneholder eksplisitte utviklingsresonnementer. Den er allikevel mer preget av kvalitetssikring og med det av tilsyn og standardkontroll. Den har derfor også et relativt hierarkisk preg; der skal styres ovenfra. Det betones at personellet også må føle en forpliktelse til å følge opp kvalitetsplanen, altså la seg styre og korrigere, basert på 360 graders-vurdering. Da Helsetilsynet summerte opp erfaringene med planen – den var en femårsplan – kunne det konstatere at det hadde vært vanskelig å engasjere departementet i planen, og at den heller ikke hadde engasjert Helsetilsynet spesielt intenst. Departementet var også på vakt overfor Helsetilsynet. Det betonte at Helsetilsynets arbeid måtte begrense seg til det nokså medisinsk-tekniske. Hvis det hadde økonomiske implikasjoner eller påvirket helsevesenet i mer systemisk forstand, måtte departementet konsulteres.

Den andre linjen sprang ut av arbeidet med kvalitet ved sykehusene. De større sykehus hadde hatt skadeutvalg. Med endringen i helsetilsynsloven fra 1994 fikk de kvalitetsutvalg. Med utgangspunkt i Det Norske Veritas' kvalitetsarbeid i helseregion IV (Midt-Norge), ble selskapet engasjert (av Helsetilsynet) til å gjennomføre et opplæringsprogram for kvalitetsrådgiverne i sykehus i perioden 1994–1996. Programmet hadde direktørene ved regionsykehusene, direktøren ved Vest-Agder sentralsykehus, noen kvalitetssjefer og Helsetilsynet som styringsgruppe. Tanken var at de rådgiverne som ble lært opp igjen skulle lære opp nye rådgivere og slik bidra til rask utvikling av en kvalitetskultur i sykehusene. Der ble dannet nettverk mellom dem som arbeidet med kvalitet; også direktørene spilte her en rolle. Helsetilsynet deltok i dette arbeidet, men gradvis fikk det sin egen tyngde. Kvalitetsutvikling kom til å spille en større rolle i disse nettverkene enn i det arbeid Helsetilsynet drev, men etter hvert tapte også denne virksomheten noe av det trykk det en tid hadde. Helsepersonellet, men særlig legene, følte mye av det «ovenfra» drevne kvalitetsarbeidet – de fleste kvalitetsrådgivere var sykepleiere – som lite nyttig. Fra 1998 ble det også engasjert kvalitetsrådgivere for å arbeide i kommunehelsevesenet, men med fylkeslegekontorene som base. Dette arbeidet ble mer kvalitetskontrollorientert enn det i sykehusene, og fikk beskjeden virkning de fleste steder.

Kvalitetspolitikk og –forvaltning kunne ha blitt et ekstra ben å stå på for Helsetilsynet. Det passet for så vidt som denne politikken og forvaltningen var blitt kvalitetssikrings- og standardkontrollorientert. Men hadde Helsetilsynet gått denne veien ville det fått habilitetsproblemer. Da forvaltningsoppgaven gikk tapt var i grunnen også kvalitetspolitikken og –forvaltningen tapt. Etter 1992 var dessuten det som skulle bli Helsetilsynet så opptatt av tilsyn og klagebehandling (enkeltsaker, som Diprivan-saken, krevde også mye oppmerksomhet) at det ikke hadde overskudd til å gå tungt nok inn i kvalitetspolitikken.

Istedenfor ble Helsetilsynet ikke bare mer tilsynsorientert, men så generelt og «abstrakt» tilsynsorientert at det også ble sosialtilsyn, og siden tillike barnevernstilsyn.