

1. Innledning

Den 21.11. 1983 ble det gamle helsedirektorat delt. En del av dets oppgaver ble lagt til den nyopprettede helseavdeling i Sosialdepartementet. Med det skjedde den første nye og viktige, institusjonelle spesialisering av den sivile statlige helseforvaltning i Norge.

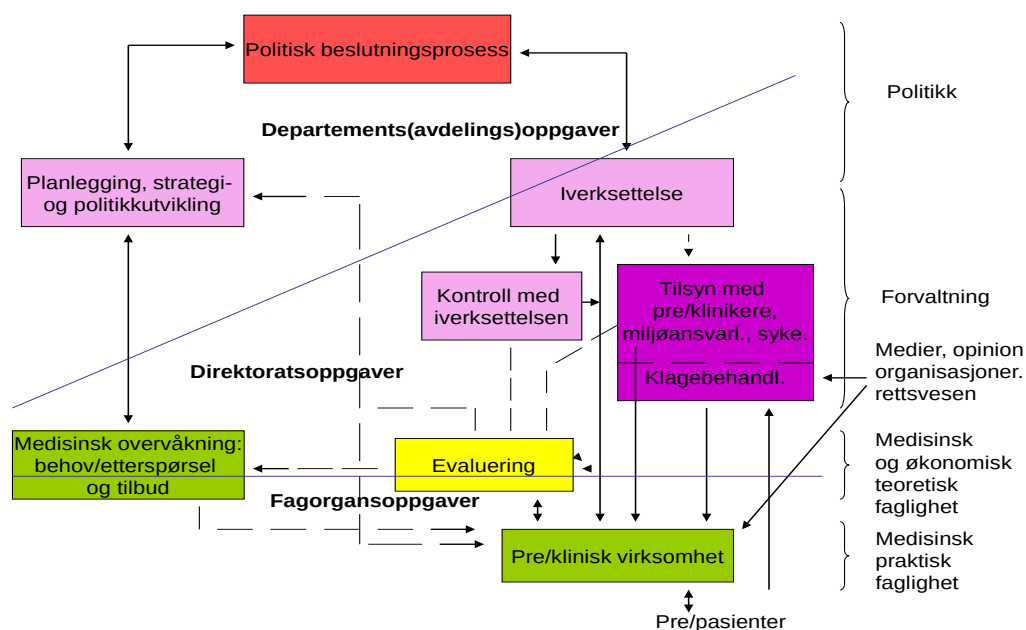
Planleggingsoppgaven og den politiske beslutningsoppgaven ble tatt helt ut av det delvis medikratiske Helsedirektoratet og lagt til Sosialdepartementet og dets nyopprettede helseavdeling. Helsedirektoratet ble sittende igjen med de tidlige ”oppstrømsoppgaver”, altså oppgavene knyttet til behovs- og etterspørselsovervåkingen og overvåkingen av tilbudsutviklingen, og de utpregede ”nedstrømsoppgaver”, altså forvaltnings-, kontroll- og tilsynsoppgavene. Vi kan altså si, med referanse til vår illustrasjon av forvaltningssyklusen i figur 1.1, at mens departementsavdelingen fikk oppgavene til venstre og oppe, fikk Direktoratet oppgavene til høyre og nede. Vi har i figuren markert skillet med en blå linje.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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