

5. Mot en ny sentral, sivil helseforvaltning: perioden juli 1992 til juli 1994

Å komme i gang igjen

Arbeidet med å omordne helseforvaltningen hadde fra starten av vært stramt styrt fra departementets topp. Planen var at det skulle fortsette slik. Omstillingsarbeidet skulle nå føres videre, under departemental ledelse, med Kjell Knudsen som øverste omstillingsleder. Den nødvendige budsjettproposisjon skulle utarbeides, i departementet. Alt annet arbeid, som den departementale omordning og eventuelt nytt lovarbeid, skulle skje i departemental regi. Nå var disse planene brått blitt uaktuelle. I tillegg var departementet iferd med å miste sitt ”hode”. Statsråden hadde meddelt at hun ville gå av, og satt nå på oppsigelse. Med henne ville også, sannsynligvis, hennes politiske medarbeidere gå. Omordningsprosessenes general, og departementets øverste faste embedsmann, Jon Ola Norbom, var også på vei ut. Han hadde, som nevnt, meddelt statsråden året før at han, når omordningsbeslutningene var fattet, ville søke om avskjed i nåde. Han ville imidlertid vente med å søke avskjed til statsrådets stilling var avklart. Det burde ikke se ut som om han trakk seg på grunn av en stortingsbeslutning, mente han.⁶¹⁷ Den av ekspedisjonssjefene som hadde vært mest formelt involvert i omordningsarbeidet, Finn Høvik, satt nesten også på en slags oppsigelse. Han ville fylle 70 i 1994.

Det var ikke enkelt for denne ledelsen å lede det videre arbeid med særlig kraft. Hva som nå skulle skje, måtte i størst mulig grad overlates til den nye departementsledelsen. Men noe måtte allikevel straks gjøres. Helsedirektoratet skulle nå leve videre, men som helsetilsyn. Etter stortingsbeslutningen var det åpenbart at man, så raskt som mulig, måtte finne ut hva Helsetilsynet skulle gjøre og hvordan det skulle organiseres. Det var, etter det som var skjedd, ikke naturlig at dette arbeidet først og fremst skulle skje i eller fra departementet: Her manglet man både ”tilsynsautoritet” og tilsynskompetanse. Begge deler fantes i direktoratet. Det gjorde også selvtilliten. Her var også ”hodet” fortsatt intakt, skjønt hvor intakt det var, var usikkert: Torbjørn Mork hadde lenge vært synlig syk, lungesyk, og nå var han så syk at det var usikkert hvor lenge han hadde igjen å leve. Stortingets beslutning hadde imidlertid gitt ham autoritet, og under seg hadde han en lojal, engasjert og offensiv assisterende helsedirektør, Anne Alvik. Skulle han falle fra, fremstod det som overveiende sannsynlig at hun ville etterfølge ham.

Som vi har sett begynte straks Helsedirektoratet selv å stille seg de eksistensielle spørsmål stortingsbeslutningen hadde aktualisert. På møtet direktoratsledelsen hadde med ”aksjonistene” allerede den 1. juli, ble det følsomme spørsmål om hvor defensivt eller offensivt det ”nye” tilsynet skulle være, reist: Som vi har sett var noe av bakgrunnen for dragkampen mellom departement og direktorat at det første mente det annet var for tilsynsoffensivt. På dette møtet ble også en rekke organiseringsspørsmål tatt opp, endog spørsmålet om der skulle komme et legemiddelverk. De drøftet også spørsmål knyttet til videreførelsen av virksomhetsplanarbeidet, til ”personalpleien” i den omordningsperioden som ville komme og – til spørsmålet om å synliggjøre ledelsen bedre. Med andre ord: Selvsikre direktoratsfolk hadde en offensiv diskusjon.⁶¹⁸

⁶¹⁷ Jon Ola Norbom, 23.7. 2012.

⁶¹⁸ Møtet er punkterferert i *intern info*, nr. 21, 1992.

I juli var det stort sett ferie, i Grubbegaten som i Calmeyergaten. I august fortsatte arbeidet. Det initiativ Helsedirektoratet hadde tatt før ferien, ble nå ført aktivt videre. Men aksjonskomiteen ble ikke lenger med. Den hadde nå gått over i historien.⁶¹⁹ Den 13. august møtte statsråd og departementsråd, i Morks utenlandsfravær, nr. to i Direktoratet, Anne Alvik, for å drøfte det videre ordningsarbeid. Her fikk Helsedirektoratet i oppdrag å komme med et forslag til hvordan det nye Helsetilsynet kunne organiseres og drives. Statsråden sa til Klassekampens Finn Sjøe (19.8.) at direktoratets forslag også burde ”gi svar på om det statlige helsetilsynet skal omfatte enda flere oppgaver enn det Helsedirektoratet har i dag”. Det øvrige, post-norbomske, arbeid ble utsatt. Det ble det opp til departementets nye politiske og administrative ledelse å ta stilling til videreførelsen av.

En uke etter møtet sa Anne Alvik til Aftenpostens aftennummer (Hilde Harbo) (20.8) at direktoratet ville ha klart et forslag i løpet av kort tid. Hun la til at hun regnet det som ”naturlig at Sosialdepartementet også trekker oss med i den videre prosessen”. Hun sa også at atmosfæren på møtet hadde vært god. Det var imidlertid nå klart at det var blitt urealistisk å ha det nye Helsetilsynet klart fra 1993.

Helsedirektoratet hadde klart sitt forslag allerede den 1. september. Det bygger delvis på notater av den gamle ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard av 10. og 23.8., men først og fremst på et mer utførlig notat av 24.8., skrevet av Kari Sønderland og Anne Louise Valle i Helserettsavdelingen.⁶²⁰

Forslaget fra direktoratet har overskriften ”Oppgaver for Statens Helsetilsyn” og er på drøyt åtte sider. I første del (s. 1–6) redegjør direktoratet for hvordan det har forstått Stortingets vedtak, der hvor det har oppfattet nasjonalforsamlingen som utvetydig. I siste del (fra s. 6) går direktoratet inn på de uklare punkter, tar standpunkt og uttaler seg om hvordan det videre arbeid kan og bør skje.

Av første del går det tydelig frem at direktoratet ikke bare tar til etterretning at det nå skal bli et helsetilsyn, men går aktivt inn for at det skal bli det. Direktoratet er tilsynsomfavnende. Det er det endog i større grad enn Sosialkomiteens (og Odelstingets) flertall. Det vil si, direktoratet ser nå klarere hva tilsyn innebærer enn hva flertallet i Sosialkomiteen litt tidligere hadde gjort.

Når direktoratet omtaler Helsetilsynets oppgaver tar det utgangspunkt i innstillingens tre strekpunkter om faglig tilsyn, forvaltning i tilknytning til tilsynet og faglig rådgivning, men nevner ikke det innstillingsflertallet lenger ute i innstillingen skriver om andre forvaltningsoppgaver (iverksettelse av politikk). På s. 4–5 skriver direktoratet således at ”Helsetilsynet skal ha forvaltningsoppgaver”, men ”først og fremst slike .. som har tilknytning til utøvelsen av tilsynsfunksjonen”. Videre heter det: ”Forvaltningsoppgavene vil tildels være en del av tilsynet, men bør også omfatte forvaltningsoppgaver som kan belyse tilsynsvirksomheten og fremme og sikre kvalitet og rettssikkerhet”. Det siste henviser til det

⁶¹⁹ Dog fikk den et slags videre liv gjennom ”de ansattes interessegruppe”, en gruppe som skulle følge den forestående omordningsprosess. Gruppen var dominert av aksjonskomitemedlemmer; blant annet kom Martin Bjerke med i gruppen.

⁶²⁰ Notatene finnes i Helsedirektoratets fjernarkiv, 003.20, boks 10. Også et notat fra legemiddelavdelingen av 19.8. har gitt premisser for Helsedirektoratets forslag.

siste strekpunkt i flertallets innstilling: Rådgivning og veiledning må, for så vidt både oppover og nedover, sees på ”som en viktig del av tilsynsfunksjonen” (s. 4).

Direktoratet forstår tilsyn i det alt vesentlige som virksomhet som skal (forhånds)sikre at helsevesenet overalt i landet, og overfor alle som får dets hjelp, fungerer forsvarlig og på ulike vis gripe inn når det ikke skjer. Det siste innebærer at enkeltfagfolk eller institusjoner kan bli utsatt for sanksjoner. Nært knyttet til den siste oppgaven er oppgaven med å gi dem som blir skadet som følge av uforsvarlig behandling, eller feil og uhell av ulike slag, erstatning. Direktoratet ser således for seg at det får oppgaven med å innstille i billighetserstatnings- og erstatningsaker, etter delegasjon fra departementet (s. 5). Vi bør her også nevne, siden det spilte så stor rolle i ”Norbom-prosessene”, og siden direktoratet nå gjør det, at tilsynsvirksomheten er nært knyttet til verdien rettssikkerhet: Kravet om forsvarlighet innebærer at alle borgere har en garanti for at de får den hjelp de medisinsk har behov for, når behovet er der, og at den hjelpen de får er på et medisinsk akseptabelt nivå.

Vi ser altså at direktoratet tenker seg det nye helsetilsynsorganet som et langt mer oppgavespisset organ enn det gamle direktorat var. Det skal i all hovedsak føre tilsyn, altså passe på at tjenestenivået ikke faller under en bestemt grense. Det skal i langt mindre grad enn før, men særlig før 1983, være med på å utvikle og iverksette den ”offensive” helsepolitikken. Det er også, selv om ikke det sies slik i forslaget, nettopp denne forsvarlighetsorienteringen som gjør at kravet om ”faglig uavhengighet” betones så sterkt.

Denne forståelsen av hva den 16. juni innebar for det nye helsetilsynet, betydde at den juridiske faglighet måtte få en mer prominent plass i Helsetilsynet enn den hadde i Helsedirektoratet. Den fikk for så vidt økende betydning etter 1983, og spesielt fra våren 1984 (da tilsynsloven kom), noe som for alvor ble markert da det fra 1989 kom en egen helserettsavdeling, men nå ble et nytt viktig skritt tatt. Som vi skal se, så man imidlertid ikke helt innebyrden av dette nye skrittet i 1992. Den skulle gradvis gå opp for Helsetilsynets fagkvinner og –menn. Det er altså ikke tilfeldig at forslaget Helsedirektoratet sendte statsråden – det er stilet til henne – i hovedsak var konsipert av to unge (kvinnelige) jurister. At det var Helsedirektøren og assisterende helsedirektørs, altså to medisineres, initialer som ble stående på brevet, var mer et uttrykk for hvor det formelle ansvar for brevet og forslaget lå. Juristene var iferd med å gjøre sine to medisinske sjefer til enda mer jurister enn de hadde vært, og for så vidt til å ”dytte” det gamle helsedirektorat enda et skritt nærmere en bifaglig status: Helsetilsynet skulle bli et mediko-juridisk organ.

I sin omfavnelser av den nye tilsynsfagligheten kan man si at Helsedirektoratet førte videre den linje det lenge hadde fulgt i Norbom-prosessene, nemlig å presentere seg som ”vaktbikkje”, og samtidig å vise lojalitet overfor Stortinget og dets ferske vedtak. Men om direktoratet nå også var lydige, var det langt fra underdanig. Oppmuntret av ”seieren” den 16. juni, tolket det de ”uklare punkter” i vedtaket på sin, offensive, måte. Det skriver således om ordningen med to nivåer (s. 6):

For å kunne utøve tilsyns- og rådgivningsfunksjonen på en tilfredsstillende måte, bør Statens Helsetilsyn også tillegges en koordinerende funksjon i forhold til råd og informasjon fra de øvrige organer og også spisskompetansemiljøer ellers.

Med andre ord, når Helsetilsynet får rollen som det overordnede helsetilsyn, og tilsynsrådgivende organ, må den kompetanse som kommer fra andre organer integreres av Helsetilsynet. I noen henseender, mente altså det kommende helsetilsyn, måtte det spille en

gammeldags nivå to-rolle. Det fulgte, mente Helsetilsynet videre, at det også måtte ha ansvaret for å føre tilsyn med hele produksjons- og distribusjonsskjeden på legemiddelområdet. ”Legemiddelbruk er en integrert del av både den forebyggende og kurative helsetjenesten” (s. 7), mente direktoratet. Selv om Stortinget lot det være opp til departementet å bestemme om det skulle opprettes noe integrert legemiddelverk, mente altså direktoratet at det var opplagt at det ikke burde komme på tale.

Helsedirektoratet omtaler i sitt brev også forholdet til helseavdelingen i departementet. Det skriver at ”Det fremgår nokså klart av debatten i Odelstinget at man forutsetter en nedbygging av Helseavdelingen i departementet” (s. 8). Direktoratet vil også ha en revisjon av den instruks om arbeids- og funksjonsfordeling som ble vedtatt i 1983. Det vil endelig at det blir sett på hvilke oppgaver Helsedirektoratet bør si fra seg og hvilke det bør få fra andre organer. Direktoratet er altså aktivt opptatt av å bli et mest mulig rendyrket, men integrert, tilsynsorgan. Den forvaltningsreform som nå skal gjennomføres dreier seg derfor, skriver direktoratet (s. 8), ”om noe mer enn en navneendring”. Direktoratet ser ellers for seg at når Helsetilsynets oppgaver er nærmere avklart må dets organisering tilpasses disse oppgavene.

Den gamle medikrat Torbjørn Mork satte gjerne sitt navn under et brev som nok vel så meget var tenkt og formulert av hans unge jurister som av ham og hans nestkommanderende. Vi vet ikke om han like gjerne hadde gjort det hvis han hadde visst hva reformen skulle føre til, i 2002.

Lenger kom departementet og direktoratet ikke før det var tid for vaktskifte i Sosialdepartementet. Det var imidlertid et godt stykke. Premissene var nå, i noen viktige henseender, lagt for det som skulle skje frem mot 2002, altså frem til det tidspunkt da Helsetilsynet for alvor ble det rene tilsyn Helsedirektøren og hans nærmeste, skjønt noe uklart, hadde sett for seg i august 1992. Satt på spissen: Den offensive holdning Helsedirektoratet nå viste var, sett fra en medikratiske og direktoratlig synsvinkel, defensiv. I 1983 gikk mye av den politisk-strategiske rollen tapt. Nå la Direktoratet selv forholdene til rette for at alt annet enn den like meget juridiske som helsefaglige tilsynsrollen, rollen som klage- og disiplineringsorgan, medregnet, skulle gå tapt. Det var imidlertid, som vi legger slik vekt på, et uttrykk for den lange historiske linje, den rollespesialiserende og -profesjonaliserende. Det er derfor ikke overraskende at departementet etter hvert skulle ta kommandoen i det videre ordningsutviklende arbeid. Det *måtte* det, altså gjenopprette sin autoritet.

Departementet: en ny ledelse og delvis et nytt departement

Som vi har sett hadde det utover våren bygget seg opp en forventning om en fornyelse av regjeringen. Skulle den komme før valget i 1993, måtte det skje nå. Det skjedde nå, nemlig den 4. september. Fornyelsen kom til å gjelde en tredjedel av regjeringen. I tillegg ble det gjort noen organisatoriske endringer.⁶²¹ Sosialdepartementet ble delt på politisk nivå. Tove

⁶²¹ Seks statsråder gikk ut og seks kom inn. I tillegg ble det gjort fire organisatoriske endringer: Arbeids- og administrasjonsdepartementet ble gjort om til et rent administrasjonsdepartement. Arbeidsdelen ble flyttet til et bredere Kommunal- og arbeidsdepartement. Næringsdepartementet ble slått sammen med Olje- og energidepartementet til Nærings- og energidepartementet. Disse organisatoriske endringene trådte i kraft fra 1.

Veierød ble erstattet av to, av Grete Knudsen som sosialminister og Werner Christie som helseminister. Denne politiske delingen ble ytterligere markert et drøyt år senere, den 8. november 1993, da departementet ble omdøpt til Sosial- og helsedepartementet.

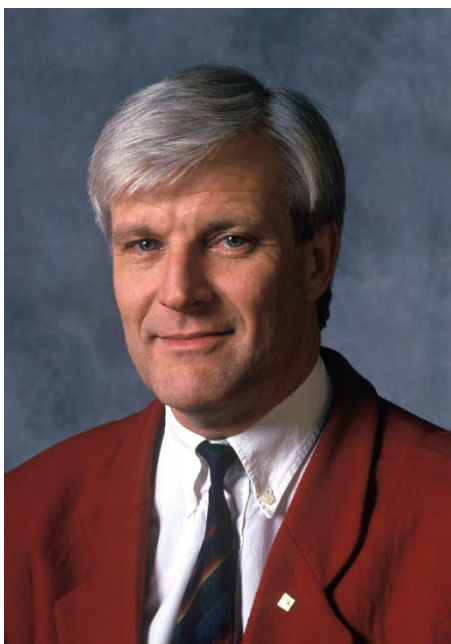
Både todelingen av departementet og utnevnelsen av Werner Christie til den første helseminister, kom som en overraskelse både på det almene politiske miljø, på helsesektoren og på pressen. Den kom også overraskende på Sosialministeren og hennes departement: Ministeren ble ikke tatt med på råd. Endringsarbeidet skjedde på Statsministerens kontor. Todelingen kan man imidlertid knapt si var overraskende, saklig sett. Der var det kvantitative: Sosialdepartementet var blitt et både økonomisk tungt og faglig krevende departement å bestyre for ett menneske. Der var imidlertid også det kvalitative hva gjaldt helsesektoren: Under Norbom-prosessene ble spørsmålet om å få flere helseavdelinger tatt opp. For så vidt som Stortinget godtok forslaget om to sentrale nivåer, var det all grunn til å tro at tanken om å dele helseavdelingen ville bli ført videre. Ja, så stort og komplisert som helsevesenet var blitt, kunne man godt tenke seg en ytterligere helseavdelingsoppdeling. Men med flere helseavdelinger, og et større departementalt styringsspen, var det nærliggende å foreslå en deling av Sosialdepartementet. Forslaget var jo også fremme i Norbom-prosessene. Sjefen for helseavdelingen, Harald Hauge, ville gjerne ut av "sosialfavnen" og bli departementsråd i et eget helsedepartement. Nå ble det altså i denne omgang bare en politisk deling av Sosialdepartementets arbeidsområde. Men valget av Werner Christie som den første helseminister var overraskende. Vi skal si litt om hvorfor han ble valgt.

Valget av Werner Christie som helseminister

Det startet sent på våren, antagelig i slutten av april eller begynnelsen av mai. Regjeringen hadde begynt arbeidet med langtidsprogrammet for den kommende valgperiode (1993–97). Planavdelingen hadde det administrative ansvaret for dette arbeidet hva gjaldt Sosialdepartementets portefølje. Under statssekretær Aasen arbeidet en gruppe med å bringe frem et grunnlagsmateriale om helsevesenet. I den sammenheng ønsket politikerne å ha et seminar, hvor representanter for det utøvende helsevesen kunne fortelle hvordan "det stod til". Blant annet skulle det inviteres en fylkeshelsesjef. Den ferske sjefen for Planleggingsavdelingen, Andreas Disen, hadde, fra sin tid i helseavdelingen, blitt litt kjent med alle fylkeshelsesjefer, og foreslo å spørre Hedmarks Werner Christie. Disen mente Christie både kjente godt til det praktiske i sykehusvesenet og hadde en "akademisk tilnærming til ting". Christie ble spurt og sa ja. Han holdt et frimodig innlegg, hvor han la vekt på behovet for samordning mellom tjenestenivåene og på behovet for å få større enheter i fylkeshelsevesenet. Han nevnte også, uten å legge vekt på det, at med en lokalpolitisk styrt klinikk trengtes en faglig sterk sentralforvaltning. Han var, syntes Disen, "virkelig god".⁶²²

januar 1993. Regjeringsendringen skapte en del uro og førte til kritikk mot Statsministeren for klønete saksbehandling og uheldig personalpolitikk. Spesielt ble diskusjon om delingen av Arbeids- og administrasjonsdepartementet, en deling som Tove Strand Gerhardsen, departementets statsråd var uenig i, og som førte til at hun ikke ville fortsette i regjeringen (på en annen post).

⁶²² Fra samtale med Andreas Disen den 26.8. 2009.



Werner Hosewinckel Christie (f. 1949): Han var en samfunnsengasjert lege, med både filosofisk og sosiologisk fagbakgrunn. Han hadde arvet en storgård på Hedmarken, men ble politisk radikal. Som fylkeshelsesjef i Hedmark (siden 1988) ble han etter Norbom-prosessene bedt av statsminister Gro Harlem Brundtland om å gå inn i det nye embedet som helseminister høsten 1992. Han satt som helseminister til slutten av 1995. På den tiden hadde ideen om «managed competition» vind i seilene. Christie lanserte motslagordet: «managed cooperation». Han kalte derfor sin stortingsmelding «Samarbeid og styring». Bildet er fra 18. november 1993. (Foto: Rune Petter Ness / NTB)

Det syntes åpenbart Statsministerens statssekretær, Bjørn Skogstad Aamo, også. Han var tilstede på seminaret og etterpå kom han bort til Christie. Han likte hedmarkingens innlegg og bemerket at han syntes det hadde vært svært ”sosialdemokratisk”. Christie svarte at innlegget ikke var ment politisk, men at det kanskje ikke var så underlig at det hadde gitt Aamo sosialdemokratiske assosiasjoner, for han hadde midt i 1980-årene meldt seg ut av SV og inn i Arbeiderpartiet. Werner Christie, sønn av generalmajor Johan Koren Christie (1909–1995), nevø av generalmajor Werner Hosewinckel Christie (1917–2004), og sønnesønn av professor (NLH) Werner Hosewinckel Christie (1877–1927) og baronesse Karen Wedel-Jarlsberg (1886–1952), hadde etter artium og et studieopphold i USA studert sosiologi, filosofi og statsvitenskap og tydelig plassert seg på venstresiden i politikken, dog slik at de den gang så aktive marxist-leninister omtalte ham først som ”radikalismens haleheng” og så som ”reaksjonens spydodd”. Fra samfunnsvitenskapen gikk han til medisinen og ble cand. med. ved Universitet i Oslo i 1979. Han var assisterende fylkeslege i Hedmark fra 1981 til 1988, avbrutt av noen år (1984–1987) som forsker ved Peter Hjorts Gruppe for helsetjenesteforskning. Fra 1988 var han helseavdelingssjef (fylkeshelsesjef, formelt kalt det fra 1992) i Hedmark.⁶²³

Etter møtet tenkte ikke Christie mer på samtalen med Bjørn Skogstad Aamo. Aamo hadde imidlertid nevnt for sin sjef, altså Statsministeren, hva han hadde hørt. Det var ikke tilfeldig, for etter odelstingsnatten var det klart at regjeringen trengte en ny minister i Sosialdepartementet. Det som skjedde på Stortinget gjorde jo også at spørsmålet om å ha en egen helseminister meldte seg. Statsminister Brundtland var selv lege, men hadde ingen person hun umiddelbart syntes passet. Peter Hjort, som også var arbeiderpartimann, hadde vært et naturlig valg, men han passet ikke henne. Han var ikke, mente hun, politisk fleksibel nok. Han ville ha tingene litt for mye på sin måte.⁶²⁴ Statsministeren kjente ikke Christie, en elev av Hjort, men det Aamo kunne fortelle gjorde at hun ville prøve ham. En fagmann med politiske interesser og administrativ erfaring fra tjenesteytende nivå. Ja, en mann som ikke minst hadde vært opptatt av samarbeidet mellom de to, på så mange måter ulike deler av

⁶²³ Hedmark var ”frifylkeskommune” da Christie var helseavdelingssjef.

⁶²⁴ Dette var en holdning Brundtland hadde hatt siden hun kom inn i politikken, altså midt i 1970-årene, og som hun gav uttrykk for i en (uformell) samtale med oss den 17. mai i 1977.

helsevesenet, primær- og spesialisthelsevesenet, hørtes tiltrekkende ut. I etterkant av odelstingsnatten fikk derfor Werner Christie telefon fra Statsministerens kontor. Det var politisk rådgiver Inger Elise Birkeland (f. 1954) som ringte og sa at Statsministeren gjerne ville møte ham. Litt senere, i begynnelsen av juli, møttes de. Det ble en samtale på ca. halvannen time, selvsagt om helsepolitikk, og litt om helseforvaltningen, men også om mye annet, endog landbrukspolitikk: Werner Christie var også storbonde på den tradisjonsrike gården Vidarshov på Vang i Hedmark.

Statsministeren ville altså ha en egen helseminister. Hun var, for så vidt som Norbom, opptatt av å styrke den nasjonale politiske styring av helsevesenet. Hun mente, som han, at fagetatene, særlig Helsedirektoratet, var for sterke i forhold til departementet, men også at departementet, selv med direktoratets bistand, ble for svakt overfor kommuner og fylkeskommuner. Men svaret for henne nå ble ikke å flytte flere oppgaver til departementet, og å svekke institusjonene på sentralnivå nr. to, men å beholde departementet på et moderat nivå, bruke nivå to-institusjonene mer aktivt som instrumenter i helsepolitikken og, ikke minst, styrke den helsepolitiske ledelse. Brundtland og Christie var alene under hele samtalen.

Da Christie gikk fra toppetasjen i Høyblokken ble intet avtalt, men han hadde, som han sier nå, "en god følelse". Han hadde funnet "tonen" med Statsministeren. Det ante ham også at han i noen grad ble vurdert for en mulig posisjon i hennes lag.⁶²⁵

Resten av sommeren hørte Werner Christie intet, men litt ute i august kom det en telefon fra hans fylkeshelsesjefkollega i Hordaland, Finn Henry Hansen (f. 1948). Statsviteren Hansen var en aktiv og dyktig nettverksbygger. Han kjente "alle". Han hadde spunnet sine tråder i mange retninger, også politiske. Ikke minst hadde han tråder inn i regjeringspartiet og dets nære omgivelser. Han var ikke fri for politiske ambisjoner selv heller. Herr Hansen kunne røpe for sin hedmarkskollega at han kanskje måtte forberede seg på å ta plass ved Kongens bord. –Å, det har ikke jeg hørt, bemerket Christie.⁶²⁶ Slik fikk han bekreftet en vag mistanke han hadde hatt etter møtet med Statsministeren. Han visste jo også at et slikt signal fra Finn Henry Hansen ikke var tilfeldig: Hansen var blitt utspurt om Christie. Signalet fortalte ham også at Statsministeren, eller hennes kontor, nå nokså seriøst arbeidet med ham som statsrådskandidat. Hansen husker i dag ikke hvordan han fikk høre om Christies kandidatur.⁶²⁷ Så mange kjente imidlertid ikke til "undersøkelsene", for intet lekket ut om utnevnelsen før den var et faktum.

Etter denne samtalen drøftet Christie statsrådsmuligheten med sin kone Idun (f. 1952) og sin aldrende far, Johan. Om et statsrådshverv var aldri så fristende, var det ikke gitt at Werner Christie kunne si ja. Han hadde kone og to yngre barn. Han hadde ansvar for sine aldrende foreldre og for en funksjonshemmet søster. Og så hadde han den store gården, med all den historie den representerte. Riktignok hadde han en bestyrer til å drive den, men bestyreren var nå nådd vanlig pensjonsalder og Christie var selv en nokså aktiv "gårdsgutt".⁶²⁸ De hadde allikevel kommet til at han skulle si ja hvis det ble aktuelt, dog bare for et par år eller så.

Det ble stille igjen, helt til onsdag aften den 2. september kl. 18. Bonden holdt på å ta inn hveten da Statsministeren ringte – i siste liten. Utnevnelsen skulle skje to dager senere.

⁶²⁵ Samtale med Werner Christie 6.4. 2011.

⁶²⁶ W. Christie, 6.4.11.

⁶²⁷ Opplyst av Finn Henry Hansen.

⁶²⁸ Opplysningene ovenfor og nedenfor er i stor grad basert på samtale med Werner Christie den 6.4. 2011.

Christie var nå godt forberedt og sa at han syntes det hørtes spennende ut å skulle bli statsråd. Han gjorde imidlertid regjeringssjefen oppmerksom på, noe det ikke hadde vært naturlig å gjøre i deres første samtale, at han hadde vært medlem av Sosialistisk Venstreparti. Fru Brundtland ble ikke skremt av det, men bemerket bare at det gjør ikke noe med folk som melder seg ut (av SV). Det er verre med dem som melder seg inn. Dermed var saken avklart og generalens sønn kunne møte Kongen for første gang fredag den 4. september. Nå stod ikke bare to år med hardt arbeid for døren, som "avtalen" med fru Idun var, men godt over tre.

Klokken halv ti denne dagen ringte Bjørn Skogstad Aamo til Bjørn Martin Aasen og fortalte at hans sjef, statsråd Veierød nå kom til å gå av, men at Statsministerens kontor ønsket at han skulle fortsette, under Werner Christie. Som Tove Veierød hadde fått seg "tildelt" Aasen, skulle nå Werner Christie få det. Men Aasen sa, etter en kort, og nokså formell, tenkepause nei. "Det er ikkje rett. Werner skal få lov til å arbeide uavhengig av meg. Han skal få bygge sitt team".⁶²⁹ En statssekretær går med sin statsråd.

Men da Werner Christie kom, tok han kontakt med Aasen og sa at han gjerne ville ha ham som statssekretær. Aasen svarte: "Nei, eg har allereie sagt frå at eg ikkje skal fortsette. Du skal ikkje ha med deg ein statsekretær som har vore her i tilsaman snart 3,5–4 år. Du skal få begynne på din måte, på "scratch". Det vil vere ein hemsko for deg å ha meg med".⁶³⁰ Slik fikk Christie velge sin egen statssekretær. Han valgte Ellen Strengenhagen (f. 1940), fylkeshelsesjefskollega fra Buskerud, og sykepleier og bedriftsøkonom av utdanning. Arvid Libak (f. 1957), som hadde vært Tove Veierøds personlige sekretær og fra 1. juli 1992 hennes politiske rådgiver, fortsatte som Christies rådgiver. Libak var politiker av profesjon, og hadde utdannet og utviklet seg gjennom hverv i partiet og AOF. Strengenhagen og Libak ble med Christie helt til "mål", altså til 22. desember 1995.

Den avgående statsråd, Tove Veierød, ble informert om statsrådsskiftet, og om at hun skulle erstattes av to statsråder, torsdag den 3. september, dagen før skiftet skulle finne sted.⁶³¹ Det førte til hektisk aktivitet i departementet, blant annet fordi det raskt måtte finnes et nytt statsrådskontor.⁶³²

Christie kjente mange i departementet, blant annet Andreas Disen, og i direktoratet, blant annet Helsedirektøren. Han ble tatt imot med spent forventning, men også litt usikkerhet. Så mye hadde skjedd. Til Helsedirektoratet kom han på besøk først etter tre uker. Han kom den 30. september. Her møtte han, og hans medarbeidere, ledelsen i direktoratet og ble orientert om direktoratets arbeid og planer. Han møtte også alle de ansatte i direktoratets viktige sosiale møteplass, kantinen. Anne Alvik skriver om dette.⁶³³

Jeg husker hvordan kantinen var fullsatt av medarbeidere med spente ansikter. Statsråden mintes sitt tidligere kjennskap til Helsedirektoratet, et kjennskap han blant annet hadde fått fordi han hadde vært assisterende fylkeslege i Hedmark. Han sa at han hadde satt pris på samarbeidet med Helsedirektoratet og var glad det sentrale tilsynsorganet skulle bestå, og at han så frem til samarbeidet med Mork og hans medarbeidere. Jeg så på Mork, som stod ved siden av statsråden, så hvordan

⁶²⁹ Bjørn Martin Aasen, 19.9. 2009.

⁶³⁰ Fra samtale med Bjørn Martin Aasen 10.9. 2009.

⁶³¹ Opplyst av Tove Veierød (13.8.12) og Jon Ola Norbom (15.8.12.)

⁶³² Det var den avgående statssekretærs kontor som ble tatt.

⁶³³ Anne Alvik, "Fra Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn – en titt bak kulissene", *op. cit.*, s. 31.

skuldrene senket seg og hvordan glede og lettelse tegnet seg i ansiktet hans, og jeg så det samme i medarbeidernes ansikter.

Men det ble ikke noe samarbeid mellom Mork og Christie. Vel to uker etter dette møtet, den 16. oktober, døde Torbjørn Mork. Christies samarbeidspartner skulle bli Anne Alvik.

Christies styringsfilosofi

Det var et element av tilfeldighet i valget av Werner Christie som den første helseminister. Han antydte det selv da han møtte sine nye medarbeidere i departementet. Henvendt til ekspedisjonssjef i planavdelingen, Andreas Disen, sa han: ”Det er din skyld Andreas, at jeg sitter her”.⁶³⁴ Men utnevnelsen var ikke bare mer enn vanlig tilfeldig, den var også basert på en nokså overfladisk kandidatvurdering. Selv i sin tredje regjering kunne altså Statsministeren velge ut statsråder på en så ”vilkårlig” måte. Hun var imidlertid ikke den eneste statsminister som gjorde det. De gjør det ”alle”. Det henger sammen med politikken logikk, altså med politokratiets natur. Statsministeren kan ikke avvertere statsrådsstillinger ledig og så ha en lang vurderingsprosess. Ei heller kan hun eller han bruke et lederrekrutteringsfirma. Statsministeren vil, og må, bestemme selv, og i samråd med sitt partis, og eventuelle koalisjonspartiers, ledelse. Statsrådsvalget er basert på en politisk elitevurdering, der både kvalifikasjoner av mange slag og ulike representativitetshensyn (kjønn, alder, geografi, etnisitet etc.) skal avveies mot hverandre. Men i dette tilfelle ble valget ekstra ”vilkårlig”. Det var bare basert på to personers vurderinger, etter at de begge hadde hatt ett møte med kandidaten. Christie ble, med ekspedisjonssjef Disens bistand, ”funnet” av statssekretær Aamo og ”approbert” av statssekretærens sjef, statsminister Brundtland.

Det er ikke så underlig at statssekretæren ble imponert over Christies foredrag. Det baserte seg på den boken han fullførte like før jul i 1987, hos Peter Hjort. Boken kom ut i 1988 med tittelen *Politikk og fag på samme lag? En bok om planlegging i kommunehelsetjenesten*.⁶³⁵ Den tok spesielt utgangspunkt i den nye kommunehelsetjenesteloven, som var trådt i kraft i 1984, men reflekterte også et gjennomtenkt syn på utviklingen av helsevesenet og helsepolitikken. Ingen helseminister, hverken før eller siden, har så utførlig presentert sin helsepolitiske filosofi før han eller hun tiltrådte som minister. Men de som plukket ham ut hadde ikke satt seg inn i denne filosofien.

Christie omtalte den ”politiseringen” av styringen av klinikken som skjedde med fylkeskommunenes (gradvise) overtagelse av styringen av sykehusene (fullt ut fra 1976) og, spesielt, kommunenes overtagelse av styringen av primærhelsevesenet med full tilslutning. Ja, han så også på delingen av direktoratet i 1983 i det samme perspektiv: Den nasjonale styring av hele helsevesenet ble ”politisert”. Han brukte imidlertid ikke ordet ”politisering”. Han talte om demokratisering (s. 18):

Denne boken bygger på en idealistisk tro på at folkestyre kan og bør virkeliggjøres også i helsesektoren, og på erkjennelsen av de mange vanskeligheter som fører til at dette ofte ikke lykkes. Et ufullkomment demokrati er likevel bedre enn alternativene.

⁶³⁴ Opplyst av Andreas Disen i samtale den 26.8. 2009.

⁶³⁵ Oslo: TANO, 1988.

Han vendte seg altså mot medikratiet, det generaliserte fagstyre. Han ville gi mer rom for politikken, for den kompliserte verdi- og interesseavveining og for det erfaringsbaserte valg av virkemidler. Han så for øvrig, det bør føyes til, på mange virkemiddelvalg som så ”verdiggjennomsyrede” at de ikke adskilte seg så meget fra verdi- eller målavklaringene. Men han ville selvsagt ikke skyve helsefagligheten helt ut. Helsevesenet måtte i stor grad være kunnskapsbasert, men slik at beslutningsprosessen fikk et økende demokratisk innslag ettersom man, medisinsk talt, beveget seg fra spesialmedisinen over almenmedisinen til samfunnsmedisinen (kfr. kap. 3). Den siste skulle da omfatte ikke bare det bredt hygieniske, men også det klinisk styrende og ledende.

Den nye statsråd ville altså integrere de medisinske og de politisk-demokratiske prosesser, men slik at blandingsforholdet endret seg ettersom man gikk i teknisk eller samfunnsmessig retning. Han så for seg at denne integrasjonen skulle skje gjennom en prosess som var genuint politisk, altså alment argumentasjonsbasert. Partene skulle ” snakke seg” frem til enighet og fellesskap. Politikk og fag skulle slik bli, som han markerte med boktittelen, en del av det samme lag.

Werner Christie var, som samfunnsviter, og studentaktivist, blitt påvirket av den tyske sosialfilosofen Jürgen Habermas (f. 1929). Habermas var en humanistisk modernist, som trodde det var mulig å komme frem til enighet ikke bare om empirisk-vitenskapelige forhold, men også om moralske og estetiske. Han trodde på den tvangsfrie dialog og på tyngden i de bedre argumenter, også på det normative område. Disse tanker lanserte han i boken *Theorie des kommunikativen Handelns* i 1981⁶³⁶; dog hadde han del-lansert dem i flere tidligere arbeider. Habermas, som Christie, var klar over at samtalen om beslutninger som skulle fattes lett kunne bli infisert av hard interessehevdelse og slik miste sitt enighetssøkende formål. De så imidlertid begge på dette som et ideal, et ideal de mente stod seg best for offentlighetens domstol. Christie ville levendegjøre dette idealet ved å ansvarliggjøre begge, eller alle, parter; altså ved å skape (en følelse) av at man er i samme båt, og på „samme lag“. Denne tenkningen skulle han i ikke liten grad følge opp som statsråd; han henviste stadig til Habermas. Det er ikke tilfeldig at Christies politiske testamente ble stortingsmelding nr. 50 (1993–94), *Samarbeid og styring*. Den kunne for såvidt også vært kalt Samarbeid om styring, eller Styring gjennom samarbeid. Han presenterte internasjonalt sin helsepolitiske filosofi gjennom slagordet „Managed cooperation“. Han lanserte det i bevisst kontrast til det britisk-liberale (etter Margaret Thatcher) „Managed competition“.

Samarbeidet var naturlig nok et samarbeid om det som skal skje, altså et plansamarbeid. En plan blir lett, spesielt når fagfolk begynner å interessere seg for den, til en slags teori, eller oppskrift. Planen for byggingen av et hus, men også for fremstillingen av ulike typer varer, er slik teorier. Det samme er planer, eller prosedyrer, for behandling av sykdommer. Det industrialiserte og industrialiserende samfunn er et samfunn gjennomsyret av planer og planlegging. Den industrielle tenkning begynte nå for alvor å gjøre seg gjeldende i helsevesenet. Den nyere samfunnsmedisin, basert på den både kliniske og prekliniske epidemiologi, var et uttrykk for det. Werner Christie, som den gruppen han representerte, var endel av denne samfunnsmedisinen. De fleste av gruppens medlemmer var venstre-liberalere, eller en eller annen form for planøkonomisk inspirerte sosialister. Også Werner Christie var preget av denne tenkningen. Han hadde sans for tall om helsetilstand og

⁶³⁶ Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1981 (to bind).

helsetjenestevirksomhet og ville gjerne koble dem. Han ønsket den nye datateknologi, som gjorde dette mulig, velkommen. Ja, han ble, og forble, på mange måter en teknologientusiast. Samtidig var han påvirket av sine åndsfrenders advarsler mot den „rasjonalistiske planlegging“ – som gjorde planlegging, eller planutviklende politikk, til fag. Han gjorde seg derfor også til talsmann for en mer fleksibel, rullerende planlegging, altså en planlegging der den løpende politikk, eller tilpasning fikk spille en betydelig rolle (kfr. kap. 4). Hans tenkning kom slik til å inneholde noen spenninger.

Ideologisk stod han nok ikke helt på linje med den som nå ble hans sjef. Hun var ingen „habermasianer“. For henne var politikk mer et spørsmål om forhandlinger og dragkamp, og i siste instans om „den sterkeste“ rett, det vil si flertallets rett, enn om uttrukne „kommunikative diskurser“. For henne var det i politikken ikke tid til den slags. Hun var også mer utvetydig nyttestatsorientert enn ham. Hun kunne nok tenke seg en betydelig grad av fagliggjøring også av styringen og ledelsen. Hun ledet slik den andre (etter Willoch) fristillingsbølge, altså avpolitiseringsbølge. Hun var en *New Labour*-dame, før begrepet egentlig var skapt. Hun visste altså ikke helt hva hun gjorde da hun valgte helseminister. Han stod nok fortsatt litt til venstre for henne hva gjaldt styringsfilosofi, kan man kanskje, men noe upresist, si.

Christie var altså også en slags politokrat (og demokrat), men på en litt annerledes måte enn Norbom. Norbom hadde nok, som Brundtland, et mer prosaisk syn på hvordan politikk ble til, og kunne bli til, enn Christie. Men de ville begge gi politikken betydelig plass. Fagmannen Norbom var ikke en så tydelig nyttestatsmann som mange av sine fagkolleger. Som Christie ville han imidlertid styrke politikken, og demokratiets, rolle i helsepolitikken. Slik sett stod den nye statsråden Norbom nærmere enn han stod Mork. Christies invitasjon til Mork om samarbeid, var ikke et signal om at det skulle bli mer fagstyre, men om at styringen skulle bli mer samspillspregget, mer dialogpreget. Den var et signal om at både Mork og Hauge nå måtte komme seg ut av „spillet“ og over i dialogen, eller „diskursen“. Den var endog et signal om at denne dialogen måtte bli enda bredere, altså mer legmannspreget og „politisk“, enn den hadde vært. Christie var nok like likhetsorientert som Mork, men styringsfilosofisk, og temperamentsmessig, stod de langt fra hverandre.

Etter Norbom: Omordningen langs den vertikale dimensjon, 1992–1994

Vi har sett at departementets avtroppende ledelse utover ettersommeren overlot arbeidet med å følge opp noe av Stortingets vedtak til Helsedirektoratet. Det betydde imidlertid ikke at et ”skadeskutt” departement halvveis abdiserte, som endel aviser nærmest gav inntrykk av.⁶³⁷ Det var bare det eneste naturlige på dette tidspunkt. Departementet var jo nå uten ledere ”med fremtid”. Offensiven kunne departementet først ta når en ny ledelse var utnevnt. Med utnevnelsen av Werner Christie til helseminister, viste Statsministeren at regjeringen ikke var

⁶³⁷ I Klassekampen (Finn Sjøe) het det i et stort førstesideoppslag den 19. august: ”Etter at regjeringa har forsøkt å nedlegge direktoratet i månedvis: Tove Veierød snur og ber Helsedirektoratet om hjelp”. Inne i avisen er overskriften ”Veierøds helomvending”. Aftenposten (Hilde Harbo) følger opp den 20. august: ”Først ville Sosialdepartementet nedlegge Helsedirektoratet. Nå blir direktoratet bedt om å komme med råd om hvordan det statlige helsetilsyn bør organiseres”.

helsepolitisk ”utslått”, men nå ville spisse den helsepolitiske styring. Skulle den lykkes med det, trengte den imidlertid også en kraftfull ny departementsråd, altså en som kunne gjøre Ministerens apparat mer handlekraftig. Det var imidlertid ikke naturlig, og politisk heller ikke tilrådelig, å gjøre det videre forvaltningsutviklingsarbeidet til en ”politisk” oppgave. Nå skulle og måtte ”gemyttene” roes. Utviklingen av forvaltningen skulle igjen få en mer ”teknisk” status. Den politikk som skulle få prege den måtte bli (indre)korporativ og ikke ”mediepolitisk”. De mest umiddelbart berørte parter måtte få komme konstruktivt, men for så vidt også egeninteresseivaretagende, til orde – fra første stund.

Det skulle ta litt tid før den nye departementsråden var på plass. Det skjedde formelt ikke før ved årsskiftet. Omordningsarbeidet kom derfor heller ikke ordentlig i gang før man kunne skrive 1993.

Men hvem skulle få rollen som departementsråd og omordningsgeneral? Utnevnelsen av en egen helseminister, viste at helsepolitikken, og helseforvaltningspolitikken, nå hadde fått mer oppmerksomhet fra Statsministeren. Allerede like etter at den nye helseminister var utnevnt, begynte derfor ryktene å gå – de kan til og med ha vært ”satt ut” – om at Eldrid Nordbø var tiltenkt rådsemetet. Hun hadde gått av som regjeringen Brundtlands handelsminister og EØS/EF-sjef i november året før og hadde nå utredningsoppgaver for Miljøverndepartementet. Hun var ”ledig” for større og mer delikate oppdrag. Hun passet også for så vidt som hun kjente helse- og sosialvesenet godt. Hun hadde i sin tid skrevet magisteravhandling i statsvitenskap om et sosialpolitisk emne (1968), hadde vært personlig sekretær i Sosialdepartementet (1971) og hadde vært kommunalråd for sosialsaker i Oslo kommune (1972–1979). Gro Harlem Brundtland kjente henne også svært godt, siden hun hadde vært ikke bare statsråd i Brundtlands tredje regjering, men også hennes stabssjef i regjeringen Brundtland II (1986–1989). Statsministeren kjente Eldrid Nordbø som en svært sindig, saklig og klok person, ja, som en person som av vesen nesten mer var den weberske embedskvinne enn den polemiske politiker. Nordbøs bilde var for øvrig også i andres, også opposisjonspolitikernes, øyne, slik. Hun fremstod altså som den ideelle person til å ”rydde opp” i helseforvaltningen.

Noen problemer var der dog. Nordbø hadde gått av som handelsminister av private grunner. Hun ville ha mer tid til sine to barn. Det behovet var ikke forsvunnet på et år. Potensielt var det jo også et problem at hun var så assosiert med den sittende regjering, en regjering som lenge var blitt beskyldt for dynastiske tendenser. På Statsministerens kontor satt stadig hennes mann, Bjørn Skogstad Aamo, som stabssjef. Han var Statsministerens nærmeste rådgiver i mye som angikk det kritikkutsatte Sosialdepartementet og var som nevnt den som hadde ”funnet” Christie. Ble Nordbø utnevnt til departementsråd i Sosialdepartementet, kunne det jo nesten virke som om hun var blitt utnevnt av sin mann.



Eldrid Nordbø (f. 1942): Hennes karriere var preget av veksling mellom politiske stillinger og forvaltningsstillinger. Hun ble magister i statsvitenskap i 1967. Hun hadde disse politiske stillinger: Personlig sekretær for Sosialministeren 1971, statssekretær og stabssjef ved Statsministerens kontor (Brundtland II-regjeringen) 1986–1989 og handelsminister 1990–1991. Etter å ha hatt ulike saksbehandler-stillinger i forvaltningen, var hun fra 1981 til 1986 ekspedisjonssjef i Kommunaldepartementet, fra 1989 til 1990 og 1991 til 1992 spesialrådgiver i Miljøverndepartementet, fra 1992 til 1996 departementsråd i Sosial- og helsedepartementet og fra 1996 til hun ble pensjonert, ekspedisjonssjef i Miljøverndepartementet. Hun hadde en rekke styreverv og andre tillitsverv gjennom mange år. Hun var både som politiker og forvaltningsleder utpreget saklig og pragmatisk-diplomatisk. Hun kom derfor godt overens med alle. Det var ikke uten grunn at hun, som departementsråd i Sosial- og helsedepartementet, ble satt til å lede organisasjonsutviklings-arbeidet i helseforvaltningen etter de friske dragkampene i 1991 og 1992. Bildet er fra 18. mars 1993. (Foto: Pål Hansen / NTB)

Da listen over ansøkere til toppembedet i Sosialdepartementet ble kjent, like etter at ansøkningsfristen var gått ut, midt i oktober, stod Eldrid Nordbø oppført som én av tre ansøkere. Den ene av de to andre var Oslos stadsfysikus, Arne Victor Larssen (f. 1938). Han var en av de mest prominente fylkesleger, men hadde ikke departementserfaring. Den annen var ekspedisjonssjef Knut Brofoss. Som meget erfaren departementsmann, var han en sterk ansøker. Kanskje kan det til og med ha spilt en rolle at han også, som sønn av Gerhardsen-statsråd Erik Brofoss, hadde prominent arbeiderpartibakgrunn. Men Brofoss forstod at saken var avgjort ”på forhånd”.⁶³⁸ Eldrid Nordbø hadde fått oppfordring om å søke⁶³⁹ og ble da også snart utnevnt, nemlig den 23. oktober, og tiltrådte fra årsskiftet, men overlappet litt med Norbom i desember, før han dro på juleferie. Utnevnelsen førte ikke til kritikk av noe slag. Det hadde nok sammenheng med den nye departementsråds personlige stil og kvalifikasjoner. Hun etterfulgte jo for øvrig en mann som selv hadde vært minister, og som selv hadde søkt rådsemetet etter statsrådlig oppfordring, og statsministeriell klarering.

Da Eldrid Nordbø kom lå forvaltningssaken og ventet på henne. Ingen hadde rørt saken siden den nye statsråden var tiltrådt. ”Alle” visste at hun var blitt utnevnt spesielt for å ta seg av denne saken, og like meget hadde et politisk som et administrativt mandat. Det var, for regjeringen, maktpåliggende å få gjenopprettet ro og orden i helseforvaltningen. ”Du er jo vant til å rydde opp i vanskelige saker”, fikk hun høre. Hun var forberedt på at denne saken ville bli hennes viktigste sak, i hvertfall i første omgang. Men hun var ikke forberedt på at den skulle bli så dominerende, og ble overrasket over at ingen hadde gjort noe med den utover høsten.

Departementsråd Nordbø følte umiddelbart at hun ble møtt med urealistiske forventninger, både fra den politiske ledelse, ja, endog fra to ledelser, og fra ekspedisjonssjefene. ”Det første jeg tenkte var derfor at disse må jeg få bygget ned, eller så blir det helt håpløst”, sier hun i ettertid. Hun fikk bistand fra Statskonsult til å intervjuje både sine overordnede og nærmeste

⁶³⁸ Knut Brofoss, samtale 15.8. 2012.

⁶³⁹ Opplyst av Eldrid Nordbø i samtale den 21.8. 2009.

underordnede om deres forventninger til henne. Resultatene fra Statskonsults intervjuer tok hun så med seg til et møte med sine politiske ledere og sine ekspedisjonssjefer og sa at møtet måtte resultere i en avtale om hvordan hun skulle prioritere de ulike saker. Hvis ikke det skjedde, kom ikke hun til å bli lenge i departementet.⁶⁴⁰

Men møtet gikk greit og ”avtalen” ble at den nye departementsråden i tillegg til å betjene den politiske ledelse, skulle konsentrere seg om arbeidet med organiseringen av departementet og forholdet til etatene. Hun gjorde det ellers klart at ingen kunne forvente at hun skulle gå inn i alle store og små saker. Noen ”andre” saker kunne hun gå inn i, men det skulle avtales med henne. Beskjeden til ekspedisjonssjefene var altså klar: de fikk selv ta et ”endelig” ansvar for de fleste ”andre” saker.

Eldrid Nordbø startet arbeidet med forvaltningen raskt. Den 13. januar ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å se på arbeids- og myndighetsfordelingen mellom Sosialdepartementet, Statens helsetilsyn og fylkeslegene, altså det som under Norbom-prosessene ble omtalt som den vertikale linje.

Nordbø-gruppen: premissene for den nye helseforvaltning legges; organiseringen av arbeidet

Eldrid Nordbø skjønnte at det var behov for å gjøre en del med helseforvaltningen, men så det nå som sin oppgave først og fremst å sette stortingsvedtaket ut i livet og å skape ro i helseforvaltningen. Spesielt var det viktig å gjenskape gode samarbeidsforhold mellom departementet og Helsedirektoratet: ”Vi kan ikke ha krig med Helsedirektoratet”.⁶⁴¹ En dypere organisasjonsutvikling fikk komme i neste omgang.

For Nordbø var det åpenbart at ”helingsarbeidet” måtte innledes ved at ”partene” møttes til samtale, og samtale mer enn tautrekning. Det var derfor hun valgte arbeidsgruppeformen. Hun gikk, selvsagt, selv inn som arbeidsgruppens leder. Med seg hadde hun fra departementet, ekspedisjonssjef Harald E. Hauge og avdelingsdirektør Thomas Mauritzen, fra Helsedirektoratet den konstituerte sjef, Anne Alvik, fra fylkeslegene Vestfolds fylkeslege Asbjørn Haugsbø og som representant for forvaltningsdepartementet, avdelingsdirektør Eva Hildrum (f. 1948). Som sekretær ble utnevnt den forvaltningspolitisk alltid anvendelige rådgiveren i helseavdelingen, Øyvind Sæbø. De to viktigste personer i gruppen var Nordbø og Alvik. Arbeidet skulle jo først og fremst dreie seg om forholdet mellom departement og direktorat. Hvis de to fant tonen, ville meget være gjort. Det gjorde de, fra første stund. Det ble, skulle det vise seg, viktig også for utviklingen av forholdet mellom departement og direktorat: Oppstod det gnisninger, tok straks de to damer den vanskelige saken opp med hverandre, og fant, alltid, en løsning de kunne si seg tilfreds med. ”Politisk” var det også viktig at Hauge satt i arbeidsgruppen. Han var preget av den gamle spenningen, ja, hadde jo, som vi har vist, i utgangspunktet vært den ene av de to kamphaner. Også Hauge og Alvik, ja, spesielt de to, måtte nå forlikes, så langt det lot seg gjøre. De andre i gruppen kunne nå spille en organisasjonsfaglig rolle, selv om de alle i forrige runde, bortsett fra Hildrum, men medregnet Sæbø, hadde spilt en mer eller mindre ”norbomsk” rolle.

⁶⁴⁰ Opplyst av Eldrid Nordbø i samtale 21.8. 2009.

⁶⁴¹ Eldrid Nordbø 21.8. 2009.

Arbeidet i gruppen gikk raskt. Gruppens enstemmige innstilling var klar etter to måneder, den 18. mars.⁶⁴² Innstillingen ble på 26 sider. Den ble, og skulle nok være, analytisk enkel. Den skulle først og fremst være konkluderende. Hadde gruppen gått mer i dybden kunne raskt behovet for en mer omfattende organisasjonsutvikling ha meldt seg, og med det spenningene. Nordbø ønsket å gjøre minst mulig endringer nå, utover dem som fulgte av stortingsvedtaket. Endringene måtte derfor konsentreres om det nye helsetilsyns oppgaver, men først og fremst om innføringen av de to nivåer i den sentrale forvaltning. Nordbø var opptatt av å komme Helsedirektoratet i møte så langt det lot seg gjøre innen de rammer Stortinget hadde trukket opp. Det skulle vise seg å være et godt stykke.

Man kan si at gruppens sammensetning viser at departementet, det vil si departementsråden, ville styre bestemt. I tillegg til at hun selv ledet gruppen hadde hun to til med seg fra departementet. Halve gruppen kom altså fra departementet. Med Eva Hildrum utgjorde departemenstfolkene 4 av 6, eller 2/3, departementssiden. Departementsdominansen ble understreket ved at departementets Øyvind Sæbø, var sekretær. Mauritzen og Sæbø sørget, kan man si, for kontinuiteten fra Norbom-prosessene. Vi merker oss ellers at fylkeslegene var representert med en av de fylkesleger som hadde vist mest forståelse for de norbomske planer, Asbjørn Haugsbø. Som en slags "vinner" i juni 1992 stod Anne Alvik nokså alene. Det understreker ytterligere gruppens departementsdominans at Anne Alvik fortsatt bare var konstituert helsedirektør. Hennes karriereskjebne lå i departementets, men i første rekke gruppelederen, Eldrid Nordbøs, hender. Men Nordbø var altså opptatt av å bruke den åpenbare makt hun hadde, ikke til å diktere, men til å få alle, og først og fremst Anne Alvik, med seg.

Samtidig med at denne arbeidsgruppen ble nedsatt ble det sendt et brev til alle ansatte i den statlige helseforvaltning.⁶⁴³ Her ble det redegjort for gruppens oppgaver og for hvordan dens arbeid skulle følges opp. Om det siste het det at man, når arbeidsgruppens innstilling var politisk behandlet, skulle se nærmere på den interne ordning av de to nivåene. Det skulle, som vi skal komme tilbake til, føre til at det ville bli oppnevnt én gruppe til å se på ordningen av departementet og én til å se på ordningen av det kommende helsetilsyn. Det ble også antydnet at en gruppe ville bli oppnevnt for å se nærmere på det horisontale bilde på nivå nr. to, og på forholdet mellom dette og nivå nr. én. Når det spesielt gjaldt legemiddelforvaltningen, het det i brevet at den ville bli behandlet allerede i første omgang, altså av Nordbøs arbeidsgruppe.

Det het ellers i departementsrådets brev at "Det vil bli lagt vekt på at de berørte enheter i helseforvaltningen deltar i det videre arbeid". Videre het det at "Det vil bli holdt nær kontakt med arbeidstakerorganisasjonene underveis". Nordbø ønsket imidlertid ikke slik bare å være korporativt korrekt, hun ville også bidra til å bygge et bredere forvaltningsfellesskap. Helsedirektoratets informasjonssjef, Helge Iversen, satte pris på begge deler. Til Aftenpostens

⁶⁴² *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosialdepartementet, Statens Helsetilsyn og fylkeslegene*, Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet, levert den 18. mars 1993.

⁶⁴³ Brevet har overskriften "Omorganiseringen av den statlige helseforvaltning. Videre oppfølging" og er datert den 13. januar 1993. Det er stilet "Til de ansatte i den statlige helseforvaltning" og er undertegnet av Eldrid Nordbø. Det er på to sider. (Forvaltningsdokumentene det henvises til i resten av dette kapittel har vi i hovedsak fått fra Anne Alvik og Helge Høifødt, men en del er også kopiert fra de aktuelle dokumenter som befinner seg i departementets arkiv (Dokumentasjonsenheten: Organisasjonsgjennomgåelsen 1990-92, 612.1., kas. 16). Vi henviser derfor i resten av dette kapitlet til dokumentene med overskrifter og ellers til vårt arkiv.

Hilde Harbo sa han at "Sosialdepartementets opplegg virker veldig konstruktiv".⁶⁴⁴ Nordbø holdt forøvrig, etter at YS-Stat hadde anmodet om det, et orienteringsmøte for hovedsammenslutningene den 27. januar.

Oppfølgingen av stortingsvedtaket fra sommeren 1992 fikk beskjeden offentlig oppmerksomhet. Bare mindre deler av pressen, men spesielt Aftenposten, omtalte oppfølgingen. I den grad pressen gjorde det, gjorde den det uten store oppslag. Dog hang noe av tonen fra Norbom-prosessene igjen: "Vinner" direktorat eller departement? Blant politikerne var imidlertid interessen for saken nå nesten borte. Det passet både Statsministeren, Helseministeren og departementsråden at de "avsluttende" runder i helseforvaltningssaken kunne foregå uten særlig offentlig "spetakkel". "Spetakkel" var det ellers stadig nok av for mindretallsregjeringen. Helt enkel skulle allikevel ikke saken bli. Den førte for så vidt heller ikke til mer stabile løsninger. Den videre, og mer overskridende, organisasjonsutviklingen skulle derfor snart ta til igjen.

Nordbø-gruppen: Innstillingen

Vi har sett at Helsedirektoratets første refleksjoner over stortingsvedtaket var preget av det vi nærmest må kalle tilsynsentusiasme. Direktoratet startet her prosessen med å videreprofesjonalisere tilsynsvirksomheten. Det var offensivt, men offensiven pekte i dybderetning. Nå, altså over nyttår i 1993, bremses denne utviklingen. Arbeidsgruppen, direktoratsjefen medregnet, vil nå at Direktoratet skal opprettholde mye av sin breddeoppmerksomhet og nesten forbli et direktorat. Den tolker Stortinget konservativt, ikke radikalt.

Gruppen sier lite av analytisk karakter om hvordan den forstår tilsyn. Dermed drøfter den ikke hvordan det kan oppstå spenninger mellom denne oppgaven og andre oppgaver. Det gjør det også enklere for den å la Helsedirektoratets oppgavemangfold få bestå. Sosialkomiteens innstilling kunne tolkes slik at kompetanseoppgavene, som de etter Norbom ble kalt, og også forvaltningsoppgavene Helsetilsynet skulle beholde, skulle være knyttet til den nye primærvirksomheten, tilsynsvirksomheten – vidt forstått. Helsetilsynet sluttet i august i stor grad opp om en slik tolkning. Nå blir imidlertid kompetanseoppgaven forstått videre, nesten som en generell helsefagbasert rådgivning overfor departementet, altså som en sentral oppstrømsoppgave.⁶⁴⁵ Arbeidsgruppen skriver således, og advarer nesten mot å tolke kompetanseoppgaven for spesialisert tilsynsrettet (s. 5):

Det er viktig å unngå at Helsetilsynet først og fremst blir et tradisjonelt kontrollorgan med hovedvekten på det juridiske tilsyn. Det er behov for et faglig sterkt kompetanseorgan i den sentrale helseforvaltning som kan bidra til å legge premissene for helsepolitikken og som har en sterk og uavhengig stilling i forhold til fagmiljøer og profesjoner i helsetjenesten.

⁶⁴⁴ Oppslaget har en talende overskrift: "Omorganiseringen av Helsedirektoratet: Prosessen mer åpen". (Aftenpostens aftenummer 18.1.93, s. 2.)

⁶⁴⁵ Det var selvsagt ikke til hinder for at Helsetilsynet kunne gi råd i andre retninger, men her er det altså oppstrømsrollen som trekkes frem.

Senere i innstillingen (s. 9) gjentaes det at Helsetilsynet ikke skal være et organ som "utelukkende har tilsynsfunksjoner". Det skal også ha ansvar for "kompetanseutvikling, samt faglig rådgivning og bistand til departementet i utforming av helsepolitikken". Enda senere i innstillingen (s. 13) sies det endog at den kompetanse Helsetilsynet skal bidra med oppstrøms går utover det helsefaglige. Det heter: "Helsetilsynet skal bistå departementet i utformingen av lover og forskrifter på helserettens område". Ja, gruppen ser for seg at helsetilsyn og departement nærmest utarbeider lover i et fellesskap som overskrider institusjonsgrensene: "Dette må smeltes sammen til et fruktbart samarbeid hvor det kreves gjensidig respekt for de litt ulike roller,..". Det heter også (s. 13) at "Etablering av felles arbeidsgrupper eller prosjektgrupper .. ofte (vil) være en god arbeidsmåte i større saker".

Arbeidsgruppen tenker seg også at Helsetilsynet bør spille en rolle på nedstrømssiden, utover det å være tilsyn, altså som et generelt iverksettende (forvaltende) organ. I innstillingen understrekes det at departementet først og fremst skal være et sekretariat for statsråden(e) (s. 10), og at det innebærer at departementet ikke "skal bli belastet med forvaltningsoppgaver som kan legges til Statens Helsetilsyn" (s. 22). Her henvises det spesielt til prekliniske (forebyggende) oppgaver. Men på sidene 11 og 12 går det frem at Helsetilsynet bør få ansvaret for en hel rekke både klinisk og preklinisk orienterte forvaltningsoppgaver "med et relativt omfattende helsefaglig innhold". Her nevnes spesielt oppfølging av handlingsplaner, for eksempel innen spedbarnsomsorgen, det psykiatriske helsevesen og rehabiliteringsarbeidet, og deler av arbeidet med legetariffen og takstsystemene for poliklinikker og offentlige laboratorier og røntgenavdelinger.

Arbeidsgruppen foreslår altså at Helsetilsynet ikke må overbetone tilsynsoppgaven, men at det skal være et kombinert oppstrøms- og nedstrømsorgan – altså langt på vei et direktorat. Siden arbeidsgruppen også anbefaler et nærmest organisk, eller "sammensmeltet", samarbeid, både oppstrøms- og nedstrøms, kan man nesten si at gruppen toner ned betydningen av den deling som skjedde i 1983. Gruppen ser at man slik kan få ansvarsuklarhet, men har altså som det generelle svar på det problemet – tillitsfullt samarbeid: Arbeidsgruppens innstilling er også en kulturinnstilling. De to på toppen i de to organer, Eldrid Nordbø og Anne Alvik, skulle representere, og slik spre, den nye kultur. Det kom de til å gjøre, fra første stund. De kom til å gjøre det slik at også Harald Hauge, nå den største utfordringen, tok signalet. Overgangen til en ny tid ble for øvrig, kan man si, også markert med at Hauge snart skulle få en periode som ministerråd i Brussel.

Også når det gjelder den vertikale linjen, altså inndelingen i to nivåer, tolker arbeidsgruppen Stortinget på en konservativ måte. Den gjør det både når det gjelder spørsmålet om hvilket organ fylkeslegene rapporterer til og når det gjelder de gamle tredjenivåinstitusjonenes hierarkiske plassering. Gruppen nevner innledningsvis at fylkeslegene er underordnet Helsetilsynet i tilsynssaker og i administrative saker. At de er det i det siste henseende betyr at Helsetilsynet er deres arbeidsgiver. Men for å redde tonivåordningen må gruppen da, som for så vidt også komiteen, definere forholdet mellom Helsetilsynet og fylkeslegene som et "indre" forhold. Uten direkte å si det, viser imidlertid gruppen at den redningen bare er en skinnredning. Den peker på (s. 4) at hvis de "to" organer virkelig er ett, vil klager på vedtak fattet av fylkesleger måtte gå til departementet. I tillegg vil korrespondanse mellom de "to" organer være å anse som interne dokumenter og således være unntatt fra offentlighet. Men slik hadde ikke Stortinget tenkt at det skulle være. Det opprettholdt jo, gjennom den reviderte tilsynsloven, og i noen andre lover, fylkeslegene som egne organer. Uten tydelig å si det, sier altså arbeidsgruppen at ordningen med tre nivåer i noen henseender er beholdt – og at den synes det er det mest naturlige. Der er elementer av tonivåordning, peker komiteen på, nemlig

på de områder hvor fylkeslegene er direkte underlagt departementet. Men slik hadde det jo lenge, nemlig siden 1983, vært.

Arbeidsgruppen er ellers, som ”alle” hadde vært siden 1983, opptatt av å delegere oppgaver – fra departementet til direktoratet og fra direktoratet (Helsetilsynet) til fylkeslegene. På dette punktet overlater imidlertid arbeidsgruppen mye av ansvaret til den ”fylkeslegegruppen” som skal komme. Arbeidsgruppen sier ellers også lite om fylkeslegenes oppgaver sett under ett, og under fortsatt todelt ledelse – under departementet og under Helsetilsynet.

Også hva gjaldt de gamle nivå tre-institusjoners direkte underordning under departementet modifiserte arbeidsgruppen i noen, skjønt bare i noen, grad, den nye to-nivå-ordningen. Det gjaldt på det område som var av betydning for (de fleste) av disse institusjoner, nemlig det prekliniske område. Stortinget hadde bestemt at Helsetilsynet skulle ha ansvar for tilsyn med det prekliniske arbeid, og for så vidt også bidra med faglig rådgivning oppstrøms når det gjaldt preklinisk politikk. Siden ”alle” institusjonene nå skulle være på nivå to kunne da denne rådgivningen lett bli nokså fragmentert og kanskje heller ikke konsistent. Arbeidsgruppen ser det og skriver, litt kryptisk (s. 21):

Arbeidsgruppen forutsetter at de sentrale funksjonene på nivå 2 blir organisert på en slik måte at virksomhetene samordnes, og at dobbeltarbeid og uklare ansvarsforhold unngås.

Gruppen så nok for seg, skjønt uten å si det, at Helsetilsynet kunne bli dette samordnende organ. Et uttrykk for det, kan være denne passasjen (s. 23):

For at den statlige kompetanse og forvaltning av forebyggende arbeid ikke skal bli oppstykket, uoversiktlig og lite samordnet slik tilfellet er i dag, vil det være naturlig å vurdere om visse funksjoner som i dag ligger i andre sentrale organer blir lagt til Statens helsetilsyn.

Gruppen ser altså for seg ikke bare at Helsetilsynet kan bli det samordnende organ oppover på forebyggelsesområdet, men også at en del av forebyggelseskompetansen blir flyttet fra ”de andre organer” til Helsetilsynet.

Men i den grad Helsetilsynet skulle få en slik samordnende oppgave oppover, ville de ”andre” miste den fag-politiske kontakt oppover. De ville bare administrativt bli direkte underlagt departementet. Siden arbeidsgruppen også antydte, som de to siste sitatene viser, at samordningen også burde gjelde nedstrøms, altså på forvaltningssiden, og selvsagt hva gjelder tilsyn, ville ”de andre” organene også kunne miste (noe av) den fagstyrende og faglige rollen nedover. Slik ville de ikke bare fortsette å være nivå-tre-organer; de ville bli mer eller mindre fjernet fra linjen. De ville bli en slags stabsorganer til Helsetilsynet. Som innstillingen fra arbeidsgruppen var, var den en betydelig trussel mot ”de andre”. ”De andre” hadde oppnådd mye gjennom Norbom-utredningen og ”nr. 43”, og gjennom stortingsvedtaket. Nå kunne de tape alt, og mer til.

”De andre” var ikke representert i arbeidsgruppen, men det antydes i innstillingen at man her står overfor noen utfordringer. Gruppen sier at rollefordelingen mellom tilsynet og ”de andre” ”vil bli tatt opp i neste fase av omorganiseringen” (s. 23). Det skjedde også, som vi skal se.

Stortinget overlot altså til departementet å bestemme om det skulle opprettes et legemiddelverk, som foreslått av Norbom-utvalget. Legemiddelkontrollen ville, som vi har sett, svært gjerne utvides til å bli et verk. I Helsedirektoratet var motstanden mot verket massiv, ledet av legemiddelavdelingens engasjerte nye sjef (siden 1991), Anne Marie Horn, og sekundært av en av legemiddelinspektørene, den like engasjerte Beate Morstad Manger. Legemiddeldelen av direktoratet hadde fra gammelt av vært det mest tilsynsprofesjonaliserte organ. Den hadde tidligere vært mest apotekorientert, men med industrialiseringen av legemiddelfremstillingen, hadde den utvidet sitt virkeområde. Den hadde riktignok i sin tid (1947, 1974) tapt noe av legemiddelkjeden, nemlig den første del av den, den som var knyttet til den industrielle fremstilling av legemidler og til import og grossistsalg av slike midler. Nå gjaldt det, mente Horn og Manger, å hindre at mer av legemiddelforvaltningen ble flyttet ”bort” fra det kliniske helsevesen – fra tjenesteytelsen – til det ”industrielle helsevesen”, til vareverdenen. De skrev derfor notat etter notat etter at arbeidsgruppen var oppnevnt – den 27. januar, den 8. februar (to), den 17. februar, den 10. mars og den 15. mars. Det var lenge meningen å foreslå at det skulle taes skritt i verksmessig retning – Stortinget hadde jo indirekte støttet Norbom og departementet her – men den direktoratlige mobilisering gjorde at Eldrid Nordbø til slutt gav det opp. Med et notat skrevet 16. mars, to dager før rapporten ble levert, fikk Anne Alvik stoppet denne planen. I notatet het det blant annet:

For at Helsetilsynet skal kunne legge til rette for en god legemiddelforsyning, må tilsynet ha ansvaret for hele distribusjonskjeden.... Det er .. viktig å se kravene til grossist og detaljist i sammenheng.⁶⁴⁶

I rapporten fra arbeidsgruppen har legemiddelforvaltningen fått 21 korte linjer. Det konstateres (s. 24) at

I dagens situasjon er det lite ønskelig å dele tilsynsoppgavene på legemiddelområdet. På dette området skjer det mye internasjonalt. Arbeidsgruppen antar at Sosialdepartementet bl.a. i lys av utviklingen på et senere tidspunkt vil vurdere hvorvidt nåværende organisasjonsform er hensiktsmessig.

De direktoratskonservative hadde altså vunnet frem i arbeidsgruppen, endog i større grad enn de kunne ha håpet. Partene ”rykket” nesten tilbake til 1983. Det vil si, de bekreftet på nytt den forsiktige avpolitisering, avmedikratisering, og nyttestatliggjøring som delingen av direktoratet den gang representerte. De ble, kan vi antagelig si, også langt på vei stående på den tidens ”preprofesjonelle”, men medikratipregede, tilsynsforståelse. Mork hadde gått imot 1983-reformen, men etter hvert både godtatt og omfavnet den. Slik sett kan man si Nordbø-gruppens innstilling i større grad ble en seier for ham enn det som skjedde i Odelstinget den 15. og 16. juni. Nå var det imidlertid Anne Alvik og ikke han som skulle få glede seg over det som var iferd med å skje.

Vi kan altså konstatere at det faglig potente ”tilsynsfrø” som var sådd i direktoratet et halvt år tidligere, i euphorien etter odelstingsnatten, nå så ut til å være glemt. Det hadde imidlertid festet seg i den direktoratlige jordbunn, og skulle etter hvert få konsekvenser: Det skulle komme til å sprengte det ”etter-morkske” direktorat. Det skulle, forsinket, gjøre direktoratet til et rent helsetilsyn.

⁶⁴⁶ ”Kommentarer fra AA til kap. 10”, 16.3.93, sendt til Ø. Sæbø og A. Haugsbø (pr. fax). (Vårt arkiv, levert av Anne Alvik.)



Klassekampen lekket litt fra rapporten den 12. mars, altså før den var ferdig skrevet, men fikk ikke særlig meget ut av saken. Nå var den mediemessig og politisk blitt ”kjedelig”. Aftenpostens ”direktoratsspesialist”, Hilde Harbo, kunne dagen før offentliggjørelsen av rapporten, altså den 17. mars (morgennummeret), også gi litt informasjon om dens innhold. Under overskriften ”Få endringer for Helsedirektoratet: Fortsetter som ”vaktbikkje””, kunne hun, nokså riktig, konstatere at ”Den lange striden om Helsedirektoratet ender med at det i store trekk består som før, men under nytt navn”.

Den 18. mars, på ferdigstillelsesdagen, ble rapporten presentert på en pressekonferanse, ledet av helseminister Christie. Han sa at rapporten gav et godt utgangspunkt for en ”ny start”. Han la ikke minst vekt på at den understreket kombinasjonen samarbeid og styring, de to stikkord han siden skulle plassere i tittelen på sin helsepolitiske stortingsmelding. Nordbø redegjorde for innholdet i rapporten og fikk noen, men ikke mange, spørsmål. Ingen spørsmål var utfordrende. De medier som hadde fulgt Norbom-prosessen sine siste runde mest oppmerksomt stilte ikke, med VG som en untagelse, et eneste spørsmål.⁶⁴⁷

Departementsledelsen redegjorde også for rapporten i Sosialkomiteen. Det vil si, Christie overlot til Nordbø å redegjøre. Det kom bare ett eller to ”uskyldige” spørsmål.⁶⁴⁸ De tidligere så engasjerte sosialpolitikere – bortsett fra Alf E. Jakobsen (A) satt de der fortsatt alle – hadde nå mistet interessen for saken. Til Aftenpostens Hilde Harbo (aftennummeret 19.3.) uttalte dog noen av de gamle kritikerne seg. Høyres Thea Knutzen var fornøyd med rapporten, men føyet til at hun ventet på de nærmere planer for å bedre pasientenes rettssikkerhet – og, ikke så overraskende, på hvilke rasjonaliseringsgevinster organisasjonsutviklingen skulle gi. Fremskrittspartiets John Alvheim var også fornøyd, ikke minst med at Arbeidsgruppen hadde forsøkt å smugle inn noen av de forslag Sosialkomiteen hadde gått imot. Den gamle direktoratskritiker Tove Kari Viken, var på vegne av Senterpartiet, også fornøyd, men understreket at hun ville bli mer fornøyd jo flere oppgaver som ble delegert til fylkeslegene. Kristelig Folkepartis samarbeidsdame Borghild Røyseland gledet seg over at samarbeidet mellom departement og direktorat nå var blitt så bra, men ventet med en viss spenning på hvordan organiseringen av det forebyggende arbeid ville bli. Hun var nok ikke alene om det: Murringen på den gamle nivå tre-siden var allerede hørbar. Fra SV fikk ikke Harbo noen kommentar og regjeringspartiets folk spurte hun ikke, men de måtte jo nå følge sin statsråd og hans departementsråd.

Nordbø-gruppen: Konkretiseringen av forslagene

Som vi har nevnt skulle Nordbø-gruppens forslag konkretiseres av fire nye grupper, én for departementet, én for arbeids- og myndighetsfordelingen i den ”gamle” vertikale linje, én for fylkeslegene og én for det forebyggende arbeid og de gamle nivå tre-institusjonene. Der kom

⁶⁴⁷ Avsnittet er basert på Anne Alviks håndskrevne referat fra pressekonferansen. (Referatet er nå i vårt arkiv.)

⁶⁴⁸ Opplyst av Eldrid Nordbø i samtale 21.8. 2009.

for så vidt noen (under)grupper til i den omfattende, svært korporativiserte, omordningsprosessen.

Omordningen av departementet

Når det gjaldt departementet var det særlig beslutningen om å ha to sentrale nivåer, og om å styrke det prekliniske arbeid, som gjorde det nødvendig å omordne departementet. Departementet hadde imidlertid endel spenninger som også gjorde en viss omordning av det aktuell. På toppen hadde man nå fått en todelt ledelse, men det var ikke tale om å fortsette todelingen ned ett nivå til: Det skulle bare være én departementsråd. Men med todelingen på toppen var for så vidt prosessen med å dele departementet startet. Den nye departementsråd merket jo straks hvor vanskelig det var å være det eneste personlige integrasjonspunkt i departementet. Hun hadde riktignok to avdelinger som i stor grad var departementsomfattende og slik sett kunne bistå henne med samordningen, nemlig administrasjonsavdelingen og planavdelingen. Den første virket imidlertid først og fremst budsjettmessig samordnende – den var det departementsinterne finansdepartement – altså ikke generelt samordnende. Hun trengte bistand til å samordne pengebruk og helsefaglighet, men fikk altså ikke det av denne avdelingen, eller for den saks skyld av andre enheter heller. Planavdelingen hadde i noen grad en slik rolle, men mer på lang sikt og på bestemte fagområder. De to avdelingene var dessuten sidestilt med de såkalte fagavdelinger og hadde derfor begrenset samordnende autoritet. Fagavdelingene ville for eksempel helst lage fagplanene, eller sette i gang utviklingsprosjekter for sine egne ansvarsområder, selv, eller gjøre det gjennom utredningsutvalg de selv i praksis var ansvarlig for. Skulle de to første avdelingene kunne fungert som virkelige samordningsavdelinger måtte de vært organisert som stabsenheter for departementsråden og eventuelt også hele departementsledelsen. At de ikke var det, er et uttrykk for den norsk-danske tradisjon med ministerielt, altså et nokså desentralisert, styre: Statsministeren (og hans kontor) var forholdsvis svak(t) overfor ministrene og deres departementer, og statsrådene (og departementsrådene) var forholdsvis svake overfor sine avdelinger, selv om det hadde vært en viss sentralisering, særlig siden 1970-årene.⁶⁴⁹

Styringsgruppen vedrørende omorganiseringen av Sosialdepartementet,⁶⁵⁰ som den ble kalt, tok i beskjeden grad opp de viktige samordningsspørsmålene som nå meldte seg. Også denne gruppen var så konservativ som den kunne være, og som den indirekte var bedt om å være av den første Nordbø-gruppen. Den ville, og skulle, bare foreslå ”nødvendige” endringer. Således kom det ikke på tale å gjøre større strukturelle endringer, som å opprette flere avdelinger. Men gruppen antydte noe. Den sa at mer av budsjettstyringen nå måtte skje fra administrasjonsavdelingen, siden, som vi skal se, planavdelingen skulle få en annen innretning. Den bad også i sin innstilling, som kom den 25. august 1993, om at administrasjonsavdelingen selv måtte lage en plan for hvordan den skulle organiseres og fungere fra 1994. Nokså umiddelbart ble der derfor nedsatt (nok) en styringsgruppe til å lage denne planen. Gruppen fikk, naturlig nok, den helt ferske avdelingssjef (1993), Steinar Stokke, som leder.⁶⁵¹ Den unge (38 år) og offensive statsviteren Stokke kom fra

⁶⁴⁹ Denne sentraliseringen har fortsatt siden, men fortsatt spilte den desentraliserte tradisjon en betydelig rolle.

⁶⁵⁰ Innstillingen den leverte fikk tittelen ”Omorganisering av Sosialdepartementet. Arbeidsfordeling mellom avdelingene”, og ble avgitt den 25. august 1993. Den er på 23 sider. (Vårt arkiv, mottatt fra Helge Høifødt.)

⁶⁵¹ Det fremgår ikke av innstillingen gruppen leverte allerede den 11. november når gruppen ble utnevnt, men den hadde sitt første møte den 25. august, altså samme dag som Nordbøs gruppe leverte sin innstilling. Foruten

finansavdelingen i Finansdepartementet, altså det mest samordningsopptatte departement i den norske statsforvaltning.⁶⁵² Gruppen, og ikke minst han, konstaterer tidlig i sin innstilling: ”Administrasjonsavdelingen er departementets samordningsavdeling” (s. 3). Med andre ord, den er en avdeling som egentlig betjener departementsledelsen på en stabsmessig måte. Man kan si gruppen understreket dette med å peke på den personalpolitiske lederrolle den hadde både innad i departementet som helhet og nå ville få overfor institusjonene på nivå nr. to – gjerne kalt etatsstyringsrollen.⁶⁵³

Den departementale gruppen var altså, naturlig nok, ledet av departementsråden. Den hadde ellers som ”politiske” medlemmer alle ekspedisjonssjefene og som ”korporative” medlemmer tre representanter for de ansattes yrkesorganisasjoner.⁶⁵⁴ Gruppen tok for gitt at den utvidede etatsstyringsoppgaven departementet nå fikk, måtte legges til den avdeling som allerede var en etatsstyringsavdeling, administrasjonsavdelingen.

Den brukte det meste av sin tid til å drøfte hvor det oppgraderte prekliniske helsearbeid nå skulle plasseres. Det kunne selvsagt plasseres i helseavdelingen, hvor den såkalte Forebyggingsenheten (FE), opprettet i 1988, befant seg.⁶⁵⁵ Det hadde imidlertid lenge vært et statsrådlig ønske om å styrke det forebyggende arbeidet, og da dette ønske ble konfirmert av Stortinget, hadde Nordbøs styringsgruppe ikke noe valg. Der måtte komme en egen avdeling for dette fagområdet, med unntagelse av den del av arbeidet som gjaldt tidlig-diagnostikk (”screening”). Hauge gikk med på det. Han hadde jo hele tiden ønsket seg et eget helsedepartement, og det å opprette en helseavdeling til, var å ta et skritt i den retningen. Siden der ikke skulle opprettes flere avdelinger, kunne den nye forebyggingsavdelingen imidlertid ikke bli en ren helseavdeling. Svaret gav da seg selv: Andreas Disens planavdeling måtte ta over FE og det forebyggende arbeid. Siden dette arbeidsområdet var så stort, og blant annet innebar styringsansvar for alle de forebyggende institusjoner på det utvidede nivå nr. to, ville det i praksis bety at planavdelingen primært ble en forebyggelsesavdeling. Det var liten begeistring for dette i den halvt avdelingsovergripende, tenkeloftspregede, planavdelingen. Med en egen fagportefølje ville jo også planavdelingen miste en del autoritet som en overordnet, det vil si, sektoruavhengig, avdeling. Men den gamle ”helsemann” Disen hadde intet valg og godtok løsningen. FE(sekretariatet) måtte bli en ordinær seksjon i planavdelingen.⁶⁵⁶

Stokke bestod gruppen av ni ledere og saksbehandlere og tre tillitsvalgte, alle fra avdelingen. Olafur Pétursson var sekretær.

⁶⁵² Som vi har sett kom han også inn i Norboms styringsgruppe våren 1991 (etter Nils Holm).

⁶⁵³ Fra 1994, foreslo gruppen, skulle avdelingen organiseres med et informasjonskontor og en analyseenhet i stabsposisjon og ellers med tre seksjoner, én for personal- og administrasjonssaker (intern ledelse), én for budsjett- og økonomisaker (departemental samordning) og én for etatsstyring. Kfr. innstillingen, s. 26.

⁶⁵⁴ Ekspedisjonssjefene var Knut Brofoss (Sos. I), Andreas Disen (Plan), Bjørn Halvorsen (Trygd), Harald E. Hauge (Helse), Fredrik Hoffmann (Sosial II) og Steinar Stokke (Adm.). Ansattrepresentantene var Marit Folkestad (AF), Eli Johanne Lundemo (NTL) og Laila Thorbjørnsen (SL). Sekretærer var Nordbøs konsulent, Hanne Nymoen, og Ellen Seip.

⁶⁵⁵ Enheten ble formelt opprettet som et sekretariat for den såkalte prosjektgruppen for forebyggende arbeid. Denne gruppen ble ledet av departementsråden. Gruppen skulle ha ansvar for å samordne det forebyggende arbeid mellom helseavdelingen, andre departementsavdelinger og Helsedirektoratet, men kom etter hvert mest til å fungere som en forebyggelsesseksjon i helseavdelingen.

⁶⁵⁶ Det innebar også at at den prosjektgruppe FE formelt var sekretariat for, måtte oppløses. Vi skal også nevne at overflyttingen av FE til planavdelingen reiste avgrensningsspørsmål overfor både helseavdelingen og sosial- og trygdeavdelingene. Tjenesteytelsen er i noen grad samtidig behandlende/hjelpende og forebyggende. Denne skulle de gamle fagavdelinger beholde ansvaret for. Den primært prekliniske helsestasjons- og

Planavdelingen fikk ikke bare FE. Den fikk også Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME). SME, ledet av legen Trine Normann, var, som vi har sett, en halvt uavhengig gruppe. Det hørte administrativt hjemme i helseavdelingen, men var faglig ledet av et programråd. SME kunne ha blitt en seksjon i helseavdelingen, men planleggingsorientert og politikkutviklende som det var, var det heller ikke unaturlig å legge det til det som fortsatt skulle bli også en planleggingsavdeling.

Selv om flyttingen av SME til planavdelingen i prinsippet var et planstyrkende bidrag, var det langt viktigere at FE ble flyttet dit. Det omgjorde langt på vei en ikke altfor sentral planavdeling til en mer sentral forebyggelsesavdeling. Nå fikk Disen og hans folk en mer håndfast portefølje. Men siden de fikk det, ble det også vanskeligere å ha, som de delvis hadde hatt, en integrert planleggende rolle: Nå ville de, som de andre fagavdelinger, bli mer "partiske". Som Nordbøs styringsgruppe skrev (s. 14): "Avdelingen kan ikke lenger ha den budsjettkritiske funksjonen når de får et større ansvar for egne budsjettposter". Planavdelingens omdannelse gjorde slik administrasjonsavdelingen i enda større grad til samordningsavdeling, altså til en stabspreget "overavdeling". Det passet herr Stokke godt, selv om Nordbøs gruppe ikke sa det så eksplisitt som Stokkes egen administrasjonsgruppe gjorde.

I og med at Stortinget fulgte regjeringens og Norbom-utvalgets forslag om to nivåer, og altså om en betydelig grad av "politisering" av helseforvaltningen, fikk departementet svært mange linjer nedover, nemlig til "vel 30 etater og bedrifter" (s. 15). Noen av statssykehusene kunne, og skulle, slås sammen (i det nye rikshospital), men linjemangfoldet ville forbli stort. Man kan nesten si at det ville bli "dobbel" så stort, for så vidt som styringsgruppen foreslo, eller tok for gitt, at den budsjettmessige og administrative styringen og ledelsen skulle utgå fra administrasjonsavdelingen og den "faglige" fra "fagavdelingene". Gruppen så selvsagt at departementet her ville få betydelige problemer med å samordne sin styring, altså sine mange linjer. Men den kunne jo ikke utfordre Stortinget. Ei heller fant den det mulig å foreslå at de to former for styring skulle samles i enkeltavdelinger. Den nøyde seg med å "oppfordre" administrasjonsavdelingen og fagavdelingene til å samarbeide "nært og godt" (s. 16), formodentlig både om styringen overfor den enkelte etat og virksomhet og om etatsstyringen som en helhet (altså "mellom linjene"). Det var ikke vanskelig å forutse at her ville det komme krav om forenkling, altså om sammenslåing av institusjoner og virksomheter på nivå nr. to og kanskje også om "enhetlige" styringslinjer overfor den enkelte institusjon. Noen oppgaver langs linjene og mellom dem måtte man imidlertid straks se på. Det gjaldt de oppgaver hvis plassering allerede fattede vedtak ikke gav klare svar på.

Omordningen av departementet trådte i kraft fra 1994. Det samme gjorde overgangen til to nivåer i den sentrale helseforvaltning.

skolehelsevirksomheten skulle imidlertid følge FE til planavdelingen (kfr. s. 7). En del av den virksomhet sosialavdelingene og trygdeavdelingen drev hadde forebyggende sider som også var av helsemessig betydning. Intet av denne virksomhet skulle flytte med FE. Dog het det (s. 9), en smule uklart: "Den nye Planavdelingen med forebyggingsansvar vil imidlertid måtte ha et overordnet ansvar for å dokumentere levekårsforhold av betydning innenfor sosial- og trygdesektoren, slik den vil ha det for faktorer som påvirker folks helse". Noe av "problemet" her var at den ferske forebyggelsesmeldingen, St.meld. nr. 37 (1992-93), *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*, så sterkt betonet sykdoms- og skadeforebyggelsens sosiale forutsetninger. Meldingen var i hovedsak skrevet av den utpreget sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk orienterte lege og alkoholforsker Olaf G. Aasland.

Omordningen videre nedover i helseforvaltningen

Vi har sett at departementsrådets arbeidsgruppe var så endringskonservativ som den kunne være når det gjaldt forholdet mellom departement, direktorat og fylkesleger, og for så vidt enda mer når det gjaldt forholdet mellom direktorat og legemiddelkontroll. Når det gjaldt den vertikale linjen måtte den jo ta til følge at den etatstyring direktoratet hadde hatt, nå skulle flyttes opp til departementet, mens den altså valgte ikke å samle legemiddeloppgavene i et nytt verk, selv om den altså hadde ”lov” til å gjøre det. En arbeidsgruppe, oppnevnt den 19. april, og ledet av fagsjef i Helsedirektoratet, tannlegen Kjell Røynesdal (f. 1949), skulle følge opp omfordelingene i linjen, mens en undergruppe ledet av underdirektør Kari Holst, Sosialdepartementet, skulle se på hvordan omfordelingene mellom departement, direktorat og legemiddelkontroll skulle være.⁶⁵⁷ En gruppe, utnevnt den 31. mars, og ledet av Buskeruds fylkeslege Anne Berit Gunbjørud, skulle se på konsekvensene av Nordbø-gruppens konklusjoner for fylkeslegeetaten. Ytterligere en arbeidsgruppe, ledet av tidligere fylkeslege, nå administrerende direktør ved SINTEF UNIMED, Paul Hellandsvik, skulle se på den fremtidige organisering av ”det helsefremmende og forebyggende arbeid i den sentrale helseforvaltningen”. Denne gruppen ble oppnevnt den 14. mai.

Omordningen i linjen departement – helsetilsyn – fylkesleger: Røynesdal-gruppen

Røynesdalgruppen kom med en delinnstilling den 16. august⁶⁵⁸; noen endelig innstilling kom ikke. I delinnstillingen vurderes spesielt hvilke ressursmessige konsekvenser omfordelingen av arbeidsoppgaver ville få. Gruppens beregninger tør være symptomatiske for hvor forsiktig hele omordningen nå var blitt.

Gruppen kom til at tre og et halvt årsverk burde flyttes opp fra direktoratet til departementet – på grunn av oppflyttingen av etatsstyringsansvaret. Den andre veien skulle det gå tre årsverk, knyttet til de mest helsefaglig pregede oppgavene. Selv om den overordnede holdningen var, etter nyttestatlige premisser, å flytte oppgaver nedover, ble altså nettoresultatet et halvt årsverk oppover. Gruppen kom til at seks og et halvt årsverk kunne flyttes fra direktoratet til fylkeslegene, i hovedsak til ett av dem (Akershus), for å ta seg av godkjenning og autorisasjon av helsefagfolk og fordeling av turnuskandidater (leger). Ellers mente gruppen ett årsverk kunne overføres til organer utenfor helseforvaltningen.⁶⁵⁹ Gruppen kom altså til at 11 årsverk kunne flyttes ut av Helsetilsynet. Nettoutflyttingen ville da bli på åtte årsverk. Samtidig mente gruppen at økningen av innsatsen innen tilsyn, vidt forstått, krevde nye ressurser, nemlig 13–14 årsverk. Helsetilsynet ville altså bli litt større enn det

⁶⁵⁷ Det fremgår ikke av rapporten fra undergruppen når den ble utnevnt, men det har trolig skjedd omtrent samtidig med at Røynesdals gruppe ble oppnevnt, altså i april (1993).

⁶⁵⁸ *Omorganisering av den statlige helseforvaltning – gjennomføring av arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosialdepartementet, Statens Helsetilsyn og fylkeslegene. Delinnstilling fra Røynesdal-gruppen pr. 16. august 1993 vedrørende ressursmessige konsekvenser for Statens Helsetilsyn.* (Vårt arkiv.)

⁶⁵⁹ Det gjaldt blant annet ansettelsessaker (til institusjonene) og godkjenning av enkelte typer helsefagfolk (til utdannelsesinstitusjonene).

Helsedirektoratet ennå var. I linjen ville det da altså bli små forflytninger. Både departement, tilsyn og fylkeslegeetat ville imidlertid vokse litt, men Helsetilsynet mest.

Legemiddelforvaltningens ordning: Holst-undergruppen

Legemiddelundergruppen kom med sin innstilling den 3. september 1993.⁶⁶⁰ Nordbø-gruppen hadde i praksis bestemt at det meste skulle være som før når det gjaldt fordelingen av oppgaver mellom Helsedirektoratet/Helsetilsynet og Legemiddelkontrollen. Undergruppens oppgave var derfor mer å konkretisere, og formalisere, fordelingen av oppgaver enn å foreta prinsipielle valg. Utgangspunktet for Nordbø-gruppen var at det kommende helsetilsyn skulle være også et legemiddeltilsyn og være det i helt generell forstand: Helsetilsynet skulle føre tilsyn med hele ”legemiddelkjeden”. Helsedirektoratet hadde hatt også mange forvaltningsoppgaver, til dels også politisk-strategiske oppgaver. Det gjaldt på forvaltningssiden (nedstrømssiden) oppgaver som å gi bedrifter tillatelser til legemiddeltilvirkning og grossist- og import/eksportvirksomhet; å gi tillatelse til drift av apotek, forvaltning av avgifts- og tilskuddsordninger for apotek, fastsettelse av apotekavanser og prisforhandlinger med legemiddelbransjen; og å planlegge, administrere og følge opp legemiddelberedskapen. Underutvalget ville at Helsetilsynet skulle fortsette med alle disse oppgaver, altså forbli et kombinert tilsyns- og forvaltningsorgan også på legemiddelsiden. Det ville dermed også at Legemiddelkontrollen skulle fortsette som det, altså som et organ for kontroll med legemidler.⁶⁶¹

På noen punkter oppstod det uenighet mellom Helsedirektoratets medlem, avd.direktør Anne Marie Horn og SLK-direktør Ola Westbye. I disse tilfeller fattet departementet avgjørelsen, og den avgjørelsen er tatt inn i undergruppens rapport – en rapport som slik også formelt blir en vedtaksrapport. Uenigheten gjaldt, naturlig nok, oppgaver i begynnelsen av legemiddelkjeden, altså oppgaver knyttet til produktene. Det gjaldt spørsmål om oppnevning av og medlemsskap i Spesialitetsnemnda, Bivirkningsnemnda og Farmakopékommisjonen, samt hvilket organ som skulle ha myndighet til å endre preparaters reseptstatus. Det var spesielt uenigheten om den første nevnden som var av betydning. Her satt jo Helsedirektøren som leder. Den nye legemiddellov, vedtatt 4. desember 1992, men som ennå ikke var trådt i kraft, hadde ingen bestemmelse om Helsedirektørens rolle. Den var, mer enn både den gamle og nye helsedirektør likte,⁶⁶² tilpasset den kommende EØS-avtale og innebar at nevnden bare skulle vurdere et preparats kvalitet, sikkerhet og virkninger. Den kunne ikke (lenger) ta helsepolitiske hensyn. Den skulle være rent faglig rådgivende overfor departementet. Departementets myndighet delegeres så til Legemiddelkontrollen. Loven innebar altså at legemiddelpolitikken skulle ”avpolitiseres”, det vil si, tilpasses det kommersielle marked.

⁶⁶⁰ *Omorganisering av den statlige helseforvaltning – oppgavefordeling mellom Statens Helsetilsyn og Statens legemiddelkontroll*, rapport fra en undergruppe, avgitt 3. september 1993. (Helsedirektoratet: 9302967-005/vårt arkiv.)

⁶⁶¹ Det innebar bl.a. å godkjenne og gi markedsføringstillatelse for medikamenter og andre medisinske produkter, å klassifisere produkter som legemidler eller handelsvarer, godkjenne pakning og merking av legemidler, godkjenne bruksansvisninger som medfølger legemidler, godkjenne priser og prisendringer for legemidler, kvalitetssikre kliniske utprøvinger, men også tilsynspregede oppgaver som overvåking av registrerte legemidler med tanke på bivirkninger og medisinske virkninger og godkjennelse av og tilsyn med legemiddelreklame.

⁶⁶² Opplyst av Anne Alvik i samtale 29.6. 2009.

Departementet mente derfor at nevnden ikke skulle ha medlemmer fra helsetilsyn og legemiddelkontroll, men lot Helsetilsynet få ha en observatør i nevnden.

Bivirkningsnemnda og Farmakopékommissjonen gav råd til Legemiddelkontrollen, og hadde ikke noe medlem fra Helsedirektoratet. Departementet ville ikke endre på dette forhold. Når det gjaldt spørsmålet om myndigheten til å endre et preparats reseptstatus, gav departementet Westbye medhold og gav Legemiddelkontrollen denne myndighet, men Helsetilsynet skulle kunne be Legemiddelkontrollen om å vurdere å endre et preparats reseptregler.

Undergruppen, og departementet, fulgte altså Nordbø-gruppens konservative linje i legemiddelpolitikken, med fortsatt samling av tilsyn og mye forvaltning i Helsetilsynet, men ”vedgikk” samtidig at den nye, EØS-tilpassede legemiddeloven, peker i den retning Norbom-utvalget (1991) og regjeringen (i 1992) hadde pekt, nemlig mot en samling av legemiddelforvaltningen på Legemiddelkontrollens ”varegrunn”. Denne samlingen skulle imidlertid komme senere (2001). Vi skal senere, under redegjørelsen for tilsynsutviklingen generelt, komme tilbake til legemiddelforvaltningen.

Ordningen av fylkeslegeetaten: Gunbjørud-gruppen

Arbeidsgruppen som så på gjennomføringen av omordningen i fylkeslegeetaten kom med sin første, mest tekniske, delrapport den 4. september 1993.⁶⁶³ Gruppens rapport er en parallell til rapporten fra Røynesdal-gruppen. I denne gjennomgår arbeidsgruppen, i detalj, de oppgavemessige implikasjoner av Nordbø-gruppens innstilling. Arbeidsgruppen, ledet (igjen) av fylkeslege i Buskerud, Anne Berit Gunbjørud, tar utgangspunkt i de konklusjoner Røynesdal-gruppen trekker når det gjelder oppgaveoverførsel til og fra fylkeslegeetaten, men går altså lenger i konkretiserende retning. Den peker også på en del muligheter for å gå enda lenger enn det Nordbø-gruppen og Røynesdal-gruppen har gjort når det gjelder å føre oppgaver ut av fylkeslegeetaten. Arbeidsgruppen er slik en både lojal og ivrig talsgruppe for den i hovedsak nyttestatlige delegerings- og desentraliseringslinjen.

I sin annen delrapport vurderer og fremmer gruppen, som det heter i mandatet, ”forslag til forbedring av styrings- og samarbeidsordninger med Statens helsetilsyn og Sosialdepartementet på basis av de retningslinjene som er skissert i innstillingen av 18. mars 1993”.⁶⁶⁴ Oppdraget er forvaltningspolitisk, og forholdsvis åpent. Det gir gruppen anledning til å opptre nokså ”politisk”. Det gjør den også. Indirekte setter den Helsedirektoratet, men spesielt departementet, ja, endog Stortinget, litt på plass fordi det ikke er det vi kunne kalle nok i tiden. Gruppen mener, selv om den formulerer seg på en upolemisk måte, at fylkeslegene ikke blir styrt så profesjonelt som den nyttestatlige styringsfilosofi tilsier. Den

⁶⁶³ *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Gjennomføring i fylkeslegeetaten. Delrapport I.* Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet. Avgitt 4. september 1993. Medlemmer av arbeidsgruppen var fylkeslege Anne Berit Gunbjørud, Buskerud (leder), fylkeslege Asbjørn Haugsbø, Vestfold, fylkeslege Hans Petter Schjønby, Hedmark, kontorsjef Øystein Ruud, Fylkeslegen i Hedmark, utredningsleder Anne Louise Valle, Helsedirektoratet og rådgiver Øyvind Sæbø, Sosialdepartementet. I tillegg kom tre tillitsvalgte: førstefullmektig Anja Marjatta Tande, Fylkeslegen i Oppland (ELF), sekretær Åse Heistein, Fylkeslegen i Aust-Agder (NTL) og fylkessykepleier Anne-Ragnhild Vestøl, Fylkeslegen i Aust-Agder (AF).

⁶⁶⁴ *Omorganisering av den statlige helseforvaltning. Gjennomføring i fylkeslegeetaten. Delrapport II. Styrings- og samarbeidsordninger mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og fylkeslegeetaten.* Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosialdepartementet. Avgitt 31. januar 1994. Sitatet er fra s. 12 og 16.

mener også, men sier det i dulgte vendinger, at Nordbø-gruppen representerer den samme mangel på nyttestatlig offensivitet. Annerledes sagt: Departementet, og den nye departementsråd med, henger for mye igjen i legmannspolitikken logikk. Gunbjørud-gruppen ønsker seg en tydeligere, og fremfor alt, en bedre samordnet mål- og resultatstyring fra toppen, men for så vidt også fra Helsetilsynet. Den antyder også hvordan styringen ovenfra kan bli mer slik, altså mer nyttestatlig profesjonell, nemlig ved å vitalisere den indre-demokratiske, eller institusjonskorporative, (oppover)linjen. Annerledes sagt: meget kan bli bedre hvis fylkeslegene i større grad får legge premissene for styringen. Det tør være et uttrykk for hvor diplomatisk Gunbjørud og hennes fylkeslegekolleger klarte å uttrykke seg, at de fikk de erfarne representantene for Helsedirektoratet (Valle) og endog departementet (Sæbø) med seg.

Styringen nedover skal, nyttestatlig sett, være integrert gjennom (de forholdsvis nye) virksomhetsplaner, og iallfall budsjetter. Også lovgivningens, og andre styringstiltaks, implikasjoner skal innarbeides i disse planer. Gruppen mener at både departement og direktorat preges av for mye løpende, diskresjonær styring. Denne styringen er ofte lite eller svakt tilpasset de gjeldende, samordnende planer. Gruppen formulerer noe av dette poenget slik (s. 17): "Fylkeslegen er på en rekke områder en "samlende" instans på fylkesnivå for diverse brev, henvendelser og innspill fra Helsedirektoratets 5 avdelinger, Sosial- og helsedepartementet (Helseavdelingen og Sosialavdeling 2) samt eventuelt fra andre institusjoner (Folkehelsa, SHUS etc.) og departementer". Med andre ord, mange slike linjepålegg kommer uten "at de er tatt hensyn til i virksomhetsplanen".

Gruppen er klar over at der må være plass for diskresjonær politikk i et demokrati, men gjør det samtidig klart at den kan styre sin begeistring for slik politikk (s. 17):

Arbeidsgruppen er selvsagt innforstått med at fylkeslegene i løpet av året må kunne pålegges oppgaver som ikke er planlagt eller tatt hensyn til i virksomhetsplanen. Det er en del av et politisk og forvaltningsmessig system. Situasjonen har imidlertid vært preget av at det ikke har vært etablert hensiktsmessige samarbeidsordninger. Det har i for stor grad ført til ad hoc-løsninger og til dels tilfeldige prioriteringer.

Gruppens diagnostikk peker altså over mot terapien. Problemet er den fragmenterte og til dels litt tilfeldige styring. Botemidlet er en tydeligere og mer konsistent mål- og resultatstyring, med virksomhetsplanen og virksomhetsplanleggingen, som det sentrale samordnings- og dermed profesjonaliseringstiltak. Annerledes sagt: virksomhetsplanleggingen må bli bedre⁶⁶⁵ og den må virke mer bindende også på overordnede organer. Gruppen nevner at større grad av samarbeid langs linjen i oppstrømsfasen (planfasen) kan bidra både til å forbedre planene og til å gjøre dem mer reelt bindende – spesielt for departement og direktorat.⁶⁶⁶ Fylkeslegene ser altså på seg selv som sine overordnede beste oppdragere. De anbefaler varmt at de brukes mere.⁶⁶⁷ De peker for øvrig også på at samhandlingen i linjen vil virke samordnende, og "samarbeidsoljende", ved at den gjør at aktørene på de ulike nivåer blir mer kjent med hverandre: "Det fører til en etatsfølelse – en forutsetning for at Statens Helsetilsyn og

⁶⁶⁵ Gruppen skriver blant annet at virksomhetsplanleggingen ikke har virket godt nok integrerende blant annet fordi den er blitt oppdelt i "målstruktur, felles satsingsområder, felles (årlige) resultatmål og særlige styringsområder" (s. 18).

⁶⁶⁶ Fylkeslegemøtene er her viktige, men ikke nok.

⁶⁶⁷ Gruppen nevner også at det her har vært en utvikling. Blant annet nevnes de "felles resultatmålgrupper som har vært i virksomhet" (s. 18).

fylkeslegeetaten skal fungere helhetlig i fremtiden” (s. 18).⁶⁶⁸ Men gruppen vil også ha en mer håndfast ordning på nedstrømssiden for å hindre at departement og direktorat glemmer seg og skeier ut i diskresjonær retning. Den foreslår at det i begge organer lages en ”koordineringsordning”, en ordning for å ”sile” iallfall alle styringstiltak som har ressursmessige konsekvenser (før de ekspederes) (s. 22).

Gruppen ser ellers for seg at oppgavefordelingen nivåene imellom løpende utvikles, og at det skjer gjennom aktiv deltagelse oppover. Gruppen venter åpenbart at oppgaver slik stadig skal sendes nedover og at fylkeslegene blant annet vil få både tilrettevisnings- og påleggsmyndighet (s. 29).

Gunbjørud-gruppen er altså svært opptatt av den mer eller mindre fragmenterte måte fylkeslegene blir styrt på. Den ønsker seg en mer profesjonell styring, eller et bedre ”etatstyringssystem”, både hva gjelder den indre styring av virksomhetene og styringen av måten fylkeslegene styrer eksternt på.⁶⁶⁹ For gruppen er virksomhetsplanen det viktigste svaret på dette ønsket. Den oppfant ikke selv denne plantypen, men fikk den som regjeringspålegg. De gamle, til dels nokså selvbevisste og selvstendighetsbevisste, medikrater tok pålegget alvorlig og ble forholdsvis snart tilhengere av det. Noen ble endog begeistrede tilhengere av det. Under den gamle ordning styrte de (innad og utad) i stor grad med utgangspunkt i lover og budsjetter, men også (utad) i et nærmest implisitt sett av (medisinsk definerte) verdier og en generell faglig kunnskap. De fungerte slik i praksis på mange områder nokså selvstendig og skjønnsutøvende. Med virksomhetsplanen ble deres virke, innad som utad, mye mer standardisert og formalisert. Målene for den ble mer presist definert: Kvalitativ vurdering ble erstattet med kvantitativ registrering. Dette skjedde omtrent samtidig som medisinen selv gikk inn i den presise evidensæra. Fylkeslegene fant den nye regime attraktivt. Det koblet styring og ledelse til medisin på en mer presis måte: Alt fikk et mer vitenskapelig og sikkert preg.

Fylkeslegene hadde gått ”om bord” i nyttestatligheten.

Der var imidlertid et problem: Departementet, og til dels Helsetilsynet, hang litt etter. I fylkeslegenes etat var det opprettet et virksomhetsplanutvalg – for å harmonisere planleggingen i etaten. Vinteren 1993, altså omtrent da Nordbø-prosessen kom i gang, sendte dette utvalget et forslag til departementet og Direktoratet om ”utvikling av et etatstyringssystem mellom Sosialdepartementet, Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn og fylkeslegene”. Etatsstyringssystemet skulle være en videreutvikling av ideen om virksomhetsplanlegging. Forslaget var utarbeidet av en Statskonsult-rådgiver, Roar Hind (f. 1959), men, heter det, basert på diskusjoner i utvalget. Det er filosofien i dette forslaget Gunbjørud-gruppen legger til grunn. Notatet fra Hind, med ledsagende brev fra virksomhetsplanutvalgets (daværende) leder, fylkeslege i Hordaland, Svein Hindal (f. 1941), ble lagt ved Gunbjørud-gruppens rapport.⁶⁷⁰ Vi skal si litt om det. Det sier mye om rapportens

⁶⁶⁸ Gruppen var så vidt opptatt av samhandlingen langs linjen at den også tok til orde for at det skulle opprettes en ”referansegruppe av tillitsvalgte”. Denne gruppen kunne bistå ledelsen i ”den videre omorganiseringsprosess og i det videre arbeid for øvrig” (s. 21). Anne Alvik syntes det ble vel mye nedenfrastyring. I sitt eksemplar av innstillingen hadde hun her satt spørsmålsteget i marginen.

⁶⁶⁹ Det vil si, måten de styrer kommune- og fylkeskommunehelsevesenet på.

⁶⁷⁰ Brevet fra virksomhetsplanutvalget og notatet fra Hind er vedlagt Gunbjørud-rapporten som vedlegg 1. Brevet, med overskriften ”Forslag til utvikling av et etatstyringssystem mellom Sosialdepartementet,

filosofi, og sier det tydeligere enn det er sagt i rapporten. Statskonsult hadde jo også, som vi har nevnt, en tid vært statsforvaltningens ivrigste spreder av det nyttestatlige budskap.

Det er påfallende, men også interessant, at et forslag til et styringssystem kommer nedenfra i dette systemet. Men når det først kommer, og er så styringsprofesjonaliserende motivert, er det ikke så overraskende at dets forfatter, altså herr Hind, belærer de øverste organer, fra storting, via departement til direktorat. Han skriver således (s. 4):

Et styringsorgan har to roller i en styringskjede, en rolle som overordnet og en rolle som underordnet. Som hovedprinsipp bør styringsorganet bare ha en overordnet instans, blant annet for å sikre at budsjett (ressurser) og oppdrag tildeles langs samme kanal. Men svært ofte settes dette hovedprinsipp til side. Innst. O. nr. 88 (1991–92) indikerer at fylkeslegene fortsatt vil bli underlagt både Sosialdepartementet og Helsedirektoratet/Helsetilsynet.

Roar Hind utdyper, som om det skulle være nødvendig:

Virksomhetsplanutvalget ønsker å påpeke at når ressurser og oppdrag tildeles fra flere hold, øker sannsynligheten for manglende koordinering og samordning i systemet. Etatstyringsforholdet mellom departementet og direktoratet/tilsynet og etatstyringen h.h.v. fra departementet og direktoratet/tilsynet overfor fylkeslegene vil bli mer komplisert å håndtere. Dette vil igjen komplisere den interne resultatstyringen ved fylkeslegekontorene.

Han konkluderer slik: ”Som ledd i arbeidet bør departementets og direktoratets/tilsynets instruksjonsmyndighet og budsjettansvar avklares i forhold til fylkeslegene”. Konsulent Hind, og hans oppdragsgivere, fylkeslegene, vil egentlig ha en enlinjet ledelse, men ber de to styringsorganer i det minste samordne seg så meget at de for fylkeslegene opptrer som ett organ. For dette formål redegjør han for hvordan ”styringskjeden” og ”styringsdialogen” kan organiseres. Selv om fylkeslegene tidligere ikke hadde noe imot også å forholde seg direkte til den egentlige makt, departementet, kan det nå virke som om de ønsker seg en treleddet linjeledelse. Indirekte kritiserer de ordningen med ”to og et halvt” nivå.

Den prinsipielle kritikken av etatsstyringen fra fylkeslegenes virksomhetsplanutvalg, som altså Gunbjørud-gruppen sluttet seg til, fikk ikke direkte konsekvenser: Den ble stående som en påminnelse til de to overordnede organer om å samordne (seg) bedre. Gunbjørud-rapporten fikk mest praktisk betydning gjennom de konkrete oppgave- og ressursfordelingsforslag den kom med i delrapport I. Den gikk ”for langt” når den uttalte seg om etatsstyringen. Den tok spesielt ikke nok hensyn til legmannspolitikken logikk: Denne logikk innebærer at ulike elementer i en ordning ikke alltid er harmonisk tilpasset hverandre. Ofte reflekterer jo elementene sprikende hensyn og interesser. Ordningene blir slik gjerne intellektuelt uelegante kompromisser. Det er imidlertid ikke minst slike spenninger som skaper forvaltningens dynamikk: Psykologen Leon Festinger (1919–1989) talte i femtiårene om hvordan ”kognitiv dissonans” skaper endringstrykk.⁶⁷¹

Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn og fylkeslegene”, er datert den 18. januar 1993 og er stilet til Sosialdepartementet og Helsedirektoratet. Hinds 6 siders notat er ferdigstilt den 12. januar 1993.

⁶⁷¹ Leon Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance*, Evanston. Ill.: Row, Peterson, 1957.

Men fylkeslege-rapportens klarhet representerte også noen problemer. Det ene stikkord er tilsyn, det annet fylkesmannen.

Hvis tilsynet skal profesjonaliseres i den forstand at medisin brutt ned til prosedyrer kombineres med, men "underordnes", jus, bør ikke tilsynsvirksomheten underlegges etatsstyring: Da kan den kompromitere sin habilitet.⁶⁷² Gunbjørud-gruppen har resonnet som om Helsetilsynet skulle fortsette å være et helsedirektorat, altså et vanlig forvaltningsorgan. Med andre ord, gruppen er ikke helt konsistent moderne, eller nyttestatlig.

Gunbjørud-gruppen henviser også til den diskusjonen som lenge har pågått om i hvilken grad fylkesmannen skal spille en "statsintegrerende" rolle i den statlige styring av kommuner og fylkeskommuner (s. 24–25). Gruppen nevner at samarbeidet mellom fylkesmannen og de store statlige, fagspesialiserte etater (helse- og skolevesen) i flere fylker er blitt mer omfattende, og ser at fylkesmannen etter hvert kan komme til å bli et lokalt statlig samordningsorgan. Den nevner at Kommunal- og arbeidsdepartementet, i samarbeid med Administrasjonsdepartementet, våren 1994 vil sette i gang et prosjekt for å "klargjøre" fylkesmannens rolle. Gruppen nevner allikevel ikke at en hierarkisk basert samordning på lokalt nivå, vil true den funksjonelle (helseinterne) samordning den selv tar så sterkt til orde for. Å samordne langs begge dimensjoner er svært vanskelig, og tid- og ressurskrevende. Ja, at spørsmålet om territoriell samordning nå kom opp, var delvis en følge av tendensen til strammere styring langs den funksjonelle linje. Stram styring langs denne linje gav de lokale helseledere mindre selvstendighet og dermed også mindre rom for selv å sørge for den lokale samordning: Gårdagens distriktsleger og administrerende overleger kunne lettere forene påleggene ovenfra med lokale behov enn det dagens helsesjefer og sykehusdirektører kunne. Fylkesmannens "vekst" var for helsefolkene desto mer skummel som den innebar at de lokale helseinstitusjoner i stigende grad ble satt under dobbel, og ikke alltid like godt samordnet, departemental styring, Kommunaldepartementets og Sosialdepartementets. Men fylkesmannsutfordringen ble mer nevnt enn diskutert. Det er forståelig, siden jo gruppens forslag innebar at denne utfordringen ville bli større.

Ordningen av det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid: Hellandsvik-gruppen

Arbeidsgruppen som skulle se på det vi har kalt det prekliniske felt omfattet, foruten lederen, Paul Hellandsvik, (sekretariats)lederne for forebyggelsesinstitusjonene på nivå nr. to,⁶⁷³ samt fylkeslege Asbjørn Haugsbø, rådgiver Hans Ånstad fra departementet og tre tillitsvalgte.

Gruppens arbeid, og innstilling, var preget av at dens leder, som nok de aller fleste av medlemmene, var utpreget mål- og resultatorientert. De representerte, for så vidt mer enn

⁶⁷² Medisinen, eller andre helsefag, skal gi kunnskap om fakta. Jusen, det vil si jurister, bruker disse fakta i de vurderinger den avgir, det vil si i de "dommer" den avsier. Jo mer presis medisinen blir, og den blir nå stadig mer presis, jo mer marginaliseres den medisinske skjønnsutøvelse og med det medisins "frie" rolle. Samtidig tar jusen mer og mer over. Det skal den gjøre med bind for øynene; det er slik den blir habil.

⁶⁷³ Fra Tobakkskaderådet møtte først rådslederen, professor Asbjørn Kjønstad, siden kontorsjef Anne Marie Müller. Statens institutt for strålehygiene (opprettet 1939, som Statens fysiske kontrollaboratorium) var nå (fra 1993) slått sammen med Statens Atomtilsyn (opprettet 1973) til Statens strålevern og var ikke med i gruppen. Rettstoksikologisk institutt og Giftinformasjonssentralen deltok, som ikke primært forebyggende institusjoner, ikke i gruppen.

departementsråden (og hennes gruppe(r)) og departementet, men som Gunbjørud-gruppen, nyttestaten. Denne felles forankring lettet arbeidet. Forankringen var imidlertid ikke helt den samme, som vi skal komme tilbake til. Og selv om forankringen i viktige henseender ikke var så ulik, var det en naturlig spenning i fordelings spørsmål: Ingen var særlig interessert i å gi fra seg ressurser. Det lettet situasjonen at det nye Helsetilsynet først og fremst skulle være en profesjonalisert tilsynsinstitusjon: Det gjorde at den gamle dragkampen mellom Helsedirektoratet og (særlig) SIFF om (forvaltnings)oppgavene ikke ble så relevant.

Ut fra et nyttestatlig synspunkt, var det avgjørende at forebyggelsespolitikken, som behandlingspolitikken, tok utgangspunkt i tydelige mål, ble fulgt opp gjennom en systematisk tilpasning og samordning av virkemidlene og kontroll med resultatene. Hele forvaltningssyklusen skulle altså være mest mulig integrert; integrasjonen skulle også være tydelig (gjennomsiktig). Ut fra slike premisser blir Hellandsvik-gruppen, som Gunbjørud-gruppen, mer ambisiøs og mer politisk utfordrende, enn dens mer pragmatiske formål skulle tilsi. Gruppen(e) lar det skinne igjennom når ”bestillingen” fra storting og departement ikke er helt (nyttestatlig) profesjonell.



Paul Hellandsvik (f. 1948): Etter endt medisinsk utdanning (1976) gikk han inn i almenmedisinen og virket som distriktslege i Hegra fra 1978 og fra 1980 i Stjørdal. Han ble helsesjef i Stjørdal fra 1984 og ble i 1986 assisterende fylkeslege i Sør-Trøndelag. Han ble fylkeslege i samme fylke i 1989 og spilte en viktig rolle både ved innføringen av virksomhetsplanlegging i fylkeslegeetaten (fra 1989–90) og i det omorganiseringarbeid som skjedde i den sentrale helseforvaltningen etter odelstingsvedtaket i juni 1992 og frem til den nyordningen som trådte i kraft i 1994. Også i årene som fulgte ble han en sentral og meget synlig helseforvaltningsleder. Den meget taleføre sunnmøring, som tidlig i karrieren slo seg ned i Stjørdal, var med

på å gi premisser for den helseforvaltningsreform som trådte i kraft i 2002, og ble selv en del av den, blant annet som styreleder og administrerende direktør for Helse Midt-Norge fra 2001 til 2007. Han var så seniorrådgiver i Helse Midt-Norge til 2016. I denne tiden var han styreleder i Kreftforeningen, styreleder og leder for de regionale helseforetaks topperlederprogram og nestleder i styret i Sykehuset Innlandet. Bildet er fra en pressekonferanse holdt like etter at 2002-reformen var trådt i kraft. (Foto: Jan Tomas Espedal / Aftenposten)

Den prekliniske politikk hadde, som vi har sett, fått økende politisk oppmerksomhet siden Heløes tid som sosialminister. Heløes etterfølger, Gerhardsen, hadde, blant annet gjennom sin nasjonale helseplan (St.meld. nr. 41 (1987–88)), spesielt tatt til orde for å gi det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid mer ressurser. Stortinget hadde gitt hennes tanker tilslutning (våren 1989). Men ennå manglet den samlende plan, med presise målformuleringer og handlingsstrategier, for det prekliniske arbeid. Dette planarbeidet ble satt igang under Gerhardsen og fulgt opp av hennes to etterfølgere. Høsten 1988 ble det nedsatt en egen prosjektgruppe for forebyggelse, en gruppe som også kom til å omfatte folk fra sosial- og trygdesiden. Også Helsedirektoratet var representert i gruppen. Gruppen, som knapt kom til å spille noen stor rolle, ble ledet av departementsråd Norbom. Han var selv blitt en ivrig ”forebyggelsesmann”. Han hadde også oppdaget at den spesialrådgiveren han i 1988 hadde fått fra Statens edruskapsdirektorat, Olaf Aasland, var den rette mann til å drive dette

prosjektarbeidet. Norbom ble langt viktigere enn gruppen for utreder Aasland. Aasland, som var en sosialt orientert lege, og gjerne ville se forebyggelsesarbeidet i et videst mulig perspektiv, gikk med stor iver løs på oppgaven.⁶⁷⁴ Arbeidet, i all hovedsak utført av ham, resulterte i NOU 1991: 10, *Flere gode leveår for alle – Forebyggingsstrategier*.⁶⁷⁵ Utredningen ble sendt til uttalelse til aktuelle institusjoner og organisasjoner og førte til at regjeringen den 2. april 1993 la frem St.meld. nr. 37 (1992–93), kalt *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Meldingen reflekterte den første utredningens filosofi nøye, men ble mer konkret hva gjaldt beskrivelsen av virkemidlene i politikken. Mange remissinstanser hadde bedt om en slik konkretisering. Aasland hadde i stor grad skrevet også meldingen.⁶⁷⁶ På knapt fire år skrev han altså ca. 300 offentlige sider.⁶⁷⁷

De aaslandske dokumenter er tilpasset tidens nyttestatlige tenkning. De er uttrykk for at nå skal ikke bare den prekliniske politikk moderniseres, den skal for første gang fremstå som en samlet og samlende preklinisk politikk. Ja, egentlig skal den nå gjøres så vid at den i prinsippet favner all politikk: Man skal nå fremme helse og sosial velferd, og forebygge helse- og annet velferdstap, ved å gi premisser for ”all” annen politikk. Aaslands utredning er, skriver departementsråd og oppdragsgiver Jon Ola Norbom i et forord, preget av at ”en stor del av den forebyggende innsatsen må skje *utenfor* helse- og sosialsektoren dersom vi skal kunne bekjempe og redusere disse problemer slik vi møter dem i behandlings- og omsorgsapparatet,…” Formålet med politikken nærmer seg altså det almenpolitiske. Derfor er det naturlig at Aasland allerede innledningsvis skriver at ”en overordnet målsetting, som både helse- og sosialsektoren og alle andre sektorer bør kunne slutte seg til, er: FLERE GODE LEVEÅR FOR ALLE”.⁶⁷⁸ Han konkretiserer så dette målet som to ”delmål”: Å fremme helse gjennom gode levekår, og å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Det første delmålet er målet for den offensive, levekårsbaserte helsefremmende innsatsen, for hovedformålet med det som fra slutten av 1970-årene internasjonalt ble kalt ”New Public Health” (nevnt ovenfor). Det annet delmålet er målet for den mer defensive sykdoms- og problemforebyggende innsatsen. Forsåvidt som det er etisk, og derfor politisk, vanskelig å avveie de to delmål mot hverandre på en presis måte, blir de stående som to, nesten sideordnede og litt adskilte, uttrykk for hovedmålet.⁶⁷⁹

Hellandsvik-gruppen ønsker, kan man si, Aaslands nyttestatlige og profesjonaliserende tanker velkommen, selv om den i praksis forstod det prekliniske arbeid på en mer tradisjonell, avgrenset måte.⁶⁸⁰ Gruppen skriver at det er ”viktig å samordne innsatsen ved å forplikte alt dette arbeidet til **en felles målstruktur på tvers av sektorgrenser**”; uthevelsen er gruppens. At gruppen mener det var på tide å få gitt den prekliniske politikk et samlende formål, fremgår av gruppens diagnostiske karakteristikkk av status quo. Det viktigste problemet den

⁶⁷⁴ I den nasjonale helseplan ble det nevnt at departementet, i samarbeid med Helsedirektoratet og Kommunenes Sentralforbund, ville sette i gang et femårig tiltaks- og utviklingsprosjekt rettet mot visse, høyt prioriterte, innsatsområder. Dette skjedde gjennom det som ble kalt Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid. Planen kom til å gjelde perioden 1989 til 1994, altså seks år.

⁶⁷⁵ Arbeidet startet våren 1989 og utredningen ble lagt frem i april 1991. Den er på 160 sider.

⁶⁷⁶ Bekreftet av Olaf Aasland i e-brev den 5.10. 2012.

⁶⁷⁷ Meldingen var på 153 sider samt noen vedlegg. Når vi skriver at Aasland stod for ca. 300 sider gjelder det endelige sider. Begge dokumentene ble selvsagt revidert mange ganger underveis.

⁶⁷⁸ NOU 1991: 10, s. 7.

⁶⁷⁹ Det ville det selvsagt også gjøre å veie slik innsats mot behandlingsinnsats. Utredningen inneholder for øvrig et vedlegg om etikk.

⁶⁸⁰ Den var altså mindre opptatt av drive sykdomsforebyggende politikk gjennom andre departementer. Å gjøre det, ble for øvrig mindre aktuelt i årene som fulgte. Denne del av den aaslandske filosofi ble snart, iallfall i betydelig grad, historie.

prekliniske politikk har er knyttet til ”den politiske styringen av feltet”. Gruppen konkretiserer slik: Der mangler ”en samlet strategi, inkludert felles mål og prioriteringer”. I første instans har altså departementet sviktet. Forvaltningen er departementets utøvende apparat. Når dette ikke får et klart oppdrag, og det i tillegg er nokså oppdelt, må nesten den utøvende politikk både bli uklar, fragmentert og gjerne spenningsfylt. Gruppen sa det ikke slik, men konstaterte at det var ”Uklare ansvarsforhold og funksjonsfordelinger mellom nivåene og mellom institusjoner på samme nivå”. Gruppen unntar ikke de institusjoner den representerte for kritisk vurdering, selv om disse institusjoner hadde et vanskelig mål-utgangspunkt: Den konstaterte at ”Manglende samordning og koordinering på spisskompetansenivået fører til vanskeligheter både for det politiske og operative nivå”.⁶⁸¹ Den kunne ”unnskyldt” seg litt ved å henvise til at når ”katten (departementet) er borte danser musene (enkeltinstitusjonene) på bordet”. Den gjorde ikke det, kanskje både av hensyn til seg selv og departementet.

Aasland-dokumentene hadde, med utgangspunkt i de to (hoved)delmål definert to ganger seks resultatmål, knyttet til diagnose (kartlegge helse- og velferdsbildet) (4), utvikling og formidling av preklinisk kunnskap (1) og direkte prekliniske tiltak (2). Gruppen setter pris på det, men minner i sin diagnostikk om at så langt har ”Mangel på overordnet styring og systematisk resultatvurdering ... medført vekslende kvalitetsutvikling ved tjenester og institusjoner” (s. 18). Det er altså først nå, etter Aasland, at ”de ansvarlige enkeltorganene på nivå 2 (kan) formulere sine egne konkrete innsatsområder og resultatmål” (s. 19). De har nok drevet med virksomhetsplanlegging noen år allerede, men denne planleggingen har ”hengt litt i luften” på det prekliniske område. Nå kan den få et mer styrt utgangspunkt.

Men mye gjenstår altså. Først må departementet vende seg til sin rolle som styrende organ på dette område. Gruppen konstaterer at det vil hjelpe at man nå får en egen forebyggelsesavdeling, men sier intet om at avdelingens andre oppgaver kan skape et problem i den sammenheng. Dog sier den indirekte at dette vil ikke den nye avdeling klare alene, spesielt ikke siden nivå nr. to er så oppdelt. Den skriver at institusjonene på dette nivå i betydelig grad må sørge for en samlende styring ved at de, formodentlig med utgangspunkt i de aaslandske mål, kompenserer for styringsunderskuddet ovenfra ved å samordne seg horisontalt. Gruppen bruker mange sider på å drøfte hvordan dette kan skje, men viser samtidig at den egentlig leter etter et substitutt for sammenslåing av institusjonene, altså etter å hierarkisere nivå to. Å miste direktoratet som styrende nivå var altså, i prinsippet, men ikke i praksis, uheldig – sett fra gruppens nyttestatlige perspektiv. Men gruppen, særlig lederen og sekretariatet, må bare konstatere at sammenslåing har Stortinget forbudt. Mange av institusjonslederne var imidlertid fortsatt tilfreds med det, uten at det kommer frem i den stort sett enstemmige rapporten gruppen laget.

Gruppen nevner et eksempel på hvilke problemer fragmenteringen på nivå nr. to skapte: I stortingsmeldingen, og utredningen som den bygger på, heter det at det nå må gjøres mer preklinisk med tre grupper av problemer: mentale lidelser og psykososiale problemer, belastningslidelser og ulykker og skader. Administrativt var det imidlertid ingen av de eksisterende institusjonene det var naturlig å gi ansvaret for å gjøre noe med disse problemene. Det gamle Helsedirektoratet kunne tatt seg av dem, men ikke det nye Helsetilsynet. Et samlet folkehelseinstitutt ville uten videre gjort det, men et slikt fantes ikke ennå. Gruppen er, kan man si, indirekte kritisk overfor et storting som ikke helt har ”skjønt” hva nyttestaten fordrer. Den leter imidlertid videre, og må forkaste alt som minner om

⁶⁸¹ Sitatene er fra s. 18 i Hellandsvik-gruppens rapport.

hierarki, altså ikke bare sammenslåing, men også et felles styre og en halvhierarkisk ”konserntenkning”, institusjonalisert gjennom et konsernmøte. Særlig formannen, Hellandsvik, og til dels også SIFFs Bodolf Hareide, var ikke fremmed for konsernideen, men alle de andre mislikte den. De ville ikke slippe til tanker som kunne true deres selvstendighet. Anne Alvik mislikte også av ideologiske grunner konsernideen. Den ender da med at gruppen foreslår å etablere et slags felles ledermøte, kalt et ”samordningsforum for forebygging” (s. 28–34). Gruppen tenker seg at ekspedisjonssjefen for forebyggelse skal lede møtet, men er nøye med å påpeke at møtet bare er rådgivende, ikke besluttende. At ekspedisjonssjefen leder møtet, kan gjøre at institusjonene på nivå nr. to blir halvveis integrert i departementet, altså nivå nr. én. Gruppen antyder at ekspedisjonssjefen kanskje bør kalles ”områdeleder” eller ”områdeansvarlig” når han leder samordningsforumet (s. 33–34). ”Samordningsmekanismen” som den ender med å foreslå, er altså en nokså anemisk institusjon.

Mot slutten av rapporten drøfter gruppen institusjonenes forskning, altså aktiviteten knyttet til de første delresultatmålene. Den viser sin målstyrende innstilling ved å understreke at forskningen skal være måltilknyttet: ”Forskning som ikke er klart forbundet med institusjonenes mål og andre funksjoner skal ... ideelt sett ikke foregå ved disse institusjonene” (s. 43). Den stiller derfor spørsmålsteget ved berettigelsen av den helsetjenesteforskning som foregår ved SIFF, hvis den ikke tydelig orienteres i preklinisk retning (s. 48–49).

Helsetilsynets rolle vies betydelig oppmerksomhet i gruppen. Gruppen utfordrer Helsedirektoratets representant, altså Anne Alvik, til å klargjøre hvordan det fremtidige helsetilsyn vil se på tilsyn. Alvik svarer, gjennom flere lengre notater, at Helsetilsynet nå i praksis vil bli et spesialisert og profesjonalisert helsetilsyn.⁶⁸² Hva forebyggelse angår, ser hun for seg at Helsetilsynet vil være et tilsynsorgan. Dets rådgivning skal gjelde tilsynsspørsmål, ikke innholdet i det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Det er, som vi har nevnt, derfor det ikke i gruppen oppstod spesielle revirstridigheter mellom Alvik og for eksempel Hareide (SIFF).

Alviks svar eksponerte imidlertid et annet problem: Helsetilsynets forlengede arm i fylkene, fylkeslegene, skulle fortsette å være også et forvaltningsorgan – men på vegne av departementet. De habilitetsproblemer Anne Alvik, gjennom sine notater til gruppen, sa meget om hvordan hun skulle unngå, de ble hennes lokale representanter sittende tungt med. Det gjør de for så vidt fortsatt: Departementet har ikke ansett det for ressursmessig forsvarlig å ha to statlige helseinstanser på fylkesnivå. Av og til koster det for meget å være konsekvent (nyttestatlig/modernistisk). Vi skal føye til at fylkeslegenes departementale oppgaver på det prekliniske område også ville bli spesielt krevende, ja, nesten politiske: De skulle omfatte det, både gruppen og andre ofte, både upresist og upoetisk, kalte å være ”pådriver” overfor andre (lokale) etater, men for så vidt også overfor helseetaten. Avstanden mellom å være ”uprofesjonell” pådriver og profesjonell tilsynsutøver er betydelig. Gruppen sa lite om dette (kfr. s. 25). Fylkeslege Haugsbø bad ikke om at mer måtte sies.⁶⁸³ Gruppen kunne

⁶⁸² Kfr. spesielt notat av 30.10.93 kalt ”Om tilsyn”. Notatet er vedlegg to til brev av 1.1.93, stilet til arbeidsgruppa for organisering av helsefremmende og forebyggende arbeid i den sentrale helseforvaltningen, ved sekretariatet, og har overskriften ”Kommentarer til sekretariatets notater/kapitler, samt spørsmål vedrørende tilsyn”. Brevet har saksnummer 93/00238 5. Tilsynsnotatet har signaturene BMI (Børge Minsaas, f. 1941), MK (Marit Kromberg) og HJ (Hilde Jordal). Kfr. også gruppens rapport, s. 23-25.

⁶⁸³ I Helsetilsynet påpekte dog AHA den 4.1. at fylkeslegene i praksis allerede opplevde forholdet mellom den departementale og den tilsynsmessige styringen som uklar. I det ene tilfelle, skriver hun, oppfatter fylkeslegene

”unnskylde” seg med at det var nivåene én og to den skulle se på, og fylkeslegene kunne behandles både som om de tilhørte Helsetilsynet og som om de befant seg på nivå nr. ”to og en halv”.

Ett spørsmål skapte spesielle vanskeligheter. Det var, som vi så vidt har nevnt, spørsmålet om ressursfordelingen. Departementet skulle bygge opp en forebyggelsesavdeling og måtte få noen ressurser fra nivå to. Fylkeslegene ville også få et større ansvar på forebyggessiden, og måtte, også de, få ressurser fra nivå to. Ingen på nivå to ville imidlertid gi fra seg noe. Helsetilsynet stod mest utsatt til. Det ble mange runder, helt til siste slutt, om fordelingsspørsmålet og på et tidspunkt ”truet” Hellandsvik med å gå til departementsråden og si at ”partene” ikke ville gi fra seg noe.⁶⁸⁴ Spesielt Hareide gav da etter og ”gav” tre stillingshemler, med lønnsmidler, til departementet. SHUS ”gav” én stilling og Krefregisteret lønnsmidler til én stilling, men ikke hjemmelen. De to første gav også fra seg noen ”tomme” hemler, blant annet til fylkeslegene. Flertallet mente at Helsetilsynet måtte gi fra seg noen hemler og lønnsmidler fra sin forebyggelsesavdeling til fylkeslegene. Mindretallet, Anne Alvik og Elin Sæther (tillitsvalgt), mente at Helsetilsynet ikke kunne gi fra seg noe og tok dissens. Alvik hadde først tenkt å levere en bredere anlagt ”generell særmerknad”. I utkastet til den het det blant annet: ”Hensikten med en så ”tungt” sammensatt gruppe har trolig vært å komme fram til, om ønskelig og nødvendig, mer omfattende endringsforslag enn departementet selv kunne identifisere og få gjennomført. Jeg kan ikke se at vi har fullført denne viktige del av vår oppgave”. Men hun sendte ikke denne ”særmerknaden” fra seg. Det skyldtes blant annet, som hun har påført sin usendte «særmerknad», ”fortrolig samtale med dep.råd Nordbø”.⁶⁸⁵

Hellandsvik-gruppen leverte sin rapport først litt inn i 1994, nemlig den 22. februar. Alt var ikke avklart til første januar 1994. Overgangen til den ”nye”, nordbø-pragmatiske orden, ble fullført i løpet av første halvår av 1994. Hellandsvik-gruppens forslag om et samordningsforum ble ikke satt ut i livet. Det behov for samordning på den prekliniske side som spesielt Hellandsvik og Hareide var så opptatt av ble først, som vi har nevnt, tatt alvorlig, og da svært alvorlig, da de prekliniske institusjoner, bortsett fra Krefregisteret og Statens strålevern, ble samlet i det nye Nasjonalt folkehelseinstitutt (2001).

Overgangen til den nordbøske orden

Som vi har sett var den nye departementsråd opptatt av så raskt og så konfliktfritt som mulig å følge opp de beslutninger Stortinget hadde fattet i juni 1992. Det førte til en ordning preget både av ”gammelt” og ”nytt”, formet gjennom en svært korporativ prosess. Ja, prosessen nærmest garanterte at utfallet ble teoretisk mangfoldig. Utgangspunktet var det politokratiske prinsipp: Stortingsflertallets ønsker skulle følges. Dette prinsipp kom også til uttrykk ved at

det slik at de har ”Hjul-tilsyn” eller ”styringstilsyn” og i det annet tilfelle faglig tilsyn etter tilsynsloven. Hun skriver: ”Ideelt sett er det overordnede tilsynsansvar lagt til Statens helsetilsyn og styringsfunksjonen til departementet. Virkeligheten kan bli noe mer komplisert fordi enkelte elementer som har betydning for de to funksjonene, kan gå over i hverandre”. Hennes innspill fikk imidlertid ingen konsekvenser for gruppens innstilling. (Notat med overskriften ”Tilsyn og styring. Problematisering omkring begrepene. Konsekvenser for Statens helsetilsyn og departementet”. (Vårt arkiv.))

⁶⁸⁴ Opplyst av Paul Hellandsvik i samtale den 4.10. 2012.

⁶⁸⁵ Notat av 7.1.94; befinner seg nå i vårt arkiv.

politikken, etter parlamentarikernes ønske, ble gitt et betydelig spillerom: Departementet fikk, i Norboms ånd, direkte styring med alle forvaltningsorganene – for så vidt som alle institusjoner ble plassert ved siden av hverandre på nivå nr. to. Selv fylkeslegene, som i hovedsak ble plassert under Helsetilsynet, skulle departementet fortsatt kunne forholde seg direkte til, for så vidt også uten alltid å varsle Helsetilsynet: For et politisk departement vil det stadig haste. Vi har pekt på at de norbomske forslag til ”politisering” nærmest impliserte en egen helseminister og for så vidt et eget helsedepartement. Norbom fulgte ikke den implikasjonen, Veierød og regjeringen ei heller. Etter odelstingsnatten gjorde imidlertid Statsministeren og regjeringen delvis det: Der kom en egen helseminister og en egen helsepolitisk stab, men ikke noe eget helsedepartement. Fra 1993 skiftet imidlertid Sosialdepartementet navn til Sosial- og helsedepartementet. Under den helsepolitiske ledelse kom der imidlertid ikke noe integrasjonsledd over de to helseavdelinger. Fortsatt fungerte jo dessuten, som vi har påpekt, administrasjonsavdelingen som en generell integrasjonsavdeling i hele departementet.

Stortinget, det vil si sosialkomiteens flertall, tenkte ikke helt tydelig når det gjaldt Helsetilsynets oppgave og lot det delvis forbli et direktorat, endog med medikratiske innslag. Nordbø og hennes ”overgruppe” utfordret ikke Stortingets kvinner og menn og lot, uten å kommentere det direkte, Helsetilsynet få forbli et blandingsorgan. At Helsetilsynet, eller ”etter-direktoratet”, fikk beholde den legemiddelforvaltningen den hadde, er et uttrykk for det samme. Mens Stortinget, og Eldrid Nordbø og hennes ”under-utredere” førte videre mye av Jon Ola Norboms politokratiske ordningsfilosofi, brøt de altså med hans tenkning og forslag når det spesielt gjaldt Helsetilsynet. De ville ikke bryte helt med den medikratiske tradisjon. Som vi skal se ble også, hvilket var symbolsk viktig, den medikratiske-institusjonelle tittel ”helsedirektør” beholdt. Men rettsstatligheten og nyttestatligheten fikk selvsagt også sin plass. Den første form for statlighet var jo blitt gitt stor oppmerksomhet av Stortinget. Nå ble den imidlertid koblet til den nyttestatlige tilsynsvirksomhet og gitt en særlig fremtredende rolle. Tilsynet ble basert på en kombinasjon av juridisk og medisinsk regelstyre. Det var imidlertid mer Helsetilsynet selv, og fylkeslege- og forebyggelsesgruppene, enn Nordbø, eller, for den saks skyld Stortinget, som sørget for det.

Hadde stortingsflertallet helt ut forstått hva som lå i ideen om et profesjonalisert, nyttestatlig tilsyn, og gått inn for den, hadde det kanskje foreslått å la direktoratet fortsette å leve og heller skapt et eget helsetilsyn. Men flertallet ”forstod” ikke ideen, eller likte den kanskje ikke helt. Det omdannet derfor direktoratet til helsetilsyn og la slik premissene for, siden, å gjenskape direktoratet ved å flytte ut de egentlige direktoratsoppgavene fra Helsetilsynet.

Vi skal avslutte beretningen om makrostrukturutviklingen fra 1983 til 1994 ved å redegjøre for omgjørelsen av Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn.

Den lange dragkampen (1983–1994) avsluttes: Helsedirektoratet blir til Statens helsetilsyn

Det begynte senhøstes 1983, med delingen av Helsedirektoratet: ”Dobbeltorganisasjonen” ble løst opp. Den politisk-strategiske del av den ble til helseavdelingen i Sosialdepartementet, det øvrige ble da til det nye Helsedirektoratet – eller til det medisinaldirektorat det hadde vært før krigen. Nå var det gamle og vanskelige spørsmålet om samling og deling av den sentrale

helseforvaltning ”endelig” besvart. Svaret var altså deling. Men det svaret som ble gitt, omtrent et tiår etter den endelige deling, var ikke noe endelig ordningsssvar. Vi har sett at det var ”teknisk” vanskelig å skille oppstrøms- og toppoppgavene klart fra hverandre og likeledes at det var vanskelig å skille topp- og nedstrømsoppgavene klart fra hverandre.

Grensesnittsproblemene ble ikke enklere å håndtere av at det, nærmest fra første stund, var lite tillit mellom ledelsen i helseavdelingen og i Helsedirektoratet. Ekstra vanskelig ble det å håndtere en litt spesiell nedstrømsoppgave, tilsynsoppgaven. Vi har sett at der oppstod et konfrontasjonsspill fra første stund av, og at dette etter hvert også fikk et avmaktspreg: Ingen våget å slutte å ”slåss”. Da departementsråden etter hvert tok ansvar for å få slutt på spillet, ble han og departementet, altså også i en viss forstand statsråden, en del av spillet, og ”slåssingen”. De overtok noe av ekspedisjonssjef Hauges rolle. Stortinget gjorde slutt på spillet. Det ble imidlertid enklere å gjøre det fordi de sentrale personer nå forlot scenen. Det gjaldt Helsedirektøren på direktoratsiden og det gjaldt statsråden, statssekretæren og departementsråden, ja, snart også ekspedisjonssjefen (Hauge), på departementssiden. Men måten Stortinget hugget over knuten på, aksentuerte en spenning i den etterdirektoratlige forvaltning som hadde ligget der siden 1984 – symbolisert ved den nye helsetilsynsloven – spenningen mellom ”vanlige” forvaltningsoppgaver og tilsyn. Stortinget hugget over knuten ved å gjøre Helsedirektoratet om til et tilsynsorgan. Tilsynsoppgavene hadde imidlertid nå fått et mer spesialisert og profesjonalisert innhold. Det var blitt mer preget av jusen og dens krav til objektivitet, altså habilitet. Omdøpingen skulle derfor snart komme til å reise spørsmålet om hvordan det omdøpte organet skulle kunne forene den distansekrevene tilsynsoppgaven med de ofte nokså nærhetspregede andre forvaltningsoppgavene: Helsetilsynet kunne lett komme i en situasjon hvor det førte tilsyn med et helsevesen som delvis var formet av det selv. Annerledes sagt: Det kunne bli et tilsyn som drev ”internkontroll” også i den juridisk problematiske forstand av ordet.

Vi har sett at ikke minst Helsedirektoratets folk så dilemmaene, men var usikre på hvordan de skulle håndtere dem. I sine innspill til Hellandsvik-gruppen gikk Anne Alvik og hennes medarbeidere langt i en tilsynsprofesjonaliserende retning. De hadde bred støtte for dette i den øvrige helseforvaltning på nivå nr. to. Denne støtten hang sammen med en nesten almen omfavnelser av den mål- og resultatstyrende nyttestatlighet. Samtidig følte direktoratets folk det som tungt å forlate den direktoratlige skute. Det kom nå frem.

Anne Alvik ble fra november 1992 konstituert som helsedirektør. Den 20. august 1993 ble hun formelt utnevnt som helsedirektør og sjef for (det kommende) Statens helsetilsyn. I et intervju med Lene Skogstrøm i Aftenposten (morgenummeret) den 29. desember 1993⁶⁸⁶ legger Alvik ”ikke skjul på at det nye navnet faller henne tungt for brystet; hun skulle gjerne ha fortsatt med å lede et Helsedirektorat”. Hun erkjenner samtidig at ”opprettelsen av Statens helsetilsyn er mer enn bare et navneskifte”. Tilsynsoppgavene vil få et større omfang og en større oppmerksomhet enn tidligere – og for så vidt også et delvis nytt, mer profesjonalisert, innhold.

Det er altså noe spenningsfylt over overgangen fra direktorat til tilsyn. Den er positivt spennende for så vidt som den gir den omorienterte institusjonen grunnlag for en ny faglig offensiv. Vi ser, som i Anne Alviks notater til Hellandsvik-gruppen, at dette engasjerer. Men

⁶⁸⁶ Intervjuet stod på s. 2, men ble annonsert med et oppslag på s. 1. Overskriftene var tilsynspregede. På s. 1 het det: ”Bedre sikkerhet for pasientene”, på s. 2. ”Vil behandle pasientklager raskere”.

overgangen er spenningsfylt i en mer negativ forstand for så vidt som omorienteringen gjør at institusjonen settes litt på sidelinjen helsepolitisk. Vi har imidlertid sett at den nye departementsråd var innstilt på at Helsetilsynet i mange henseender skulle få fortsette også som direktorat. Når nå arbeidet med å konkretisere Helsetilsynets oppgaver, og med å omordne organisasjonen, kom i gang viste det seg også at det nye helsetilsyn i stor grad skulle bli et kombinert tilsyn og direktorat. Anne Alvik og hennes medarbeidere kunne slik håpe at de skulle få det beste av begge verdener, de nye tilsynsutfordringer og den gamle strategiske rolle.



Anne Alvik (f. 1937): I tillegg til medisinsk embedseksamen har hun mastergrad i «community medicine» fra London School of Hygiene and Tropical Medicine. Hun arbeidet som almenlege og folkehelselege i årene 1967 til 1975. Etter to år som gruppesekretær på Stortinget for Det nye folkepartiet var hun fra 1977 til 1982 assisterende overlege i Helsedirektoratet. Etter tre år som assisterende fylkeslege i Akershus ble hun medisinalråd i 1985. Hennes tittel ble i 1990 endret til assisterende helsedirektør. Da Torbjørn Mork døde høsten 1992 ble hun konstituert som helsedirektør og utnevnt fra høsten 1993. Hun satt som helsedirektør til 2000. Frem til 2007 arbeidet hun som seniorrådgiver ved Senter for helsetjenesteforskning (Heltef) og Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Hun har sittet i en rekke styrer og råd. Hennes tid i Helsedirektoratet og Helsetilsynet fra 1985 til 2000 var preget av endringer, dragkamper og utfordringer. Først var det dragkamp om oppgavefordelingen mellom departement og direktorat, siden var det utfordringer knyttet til å definere og praktisere rollen som helsetilsyn. I dragkampen med departementet var hun en nær støttespiller for Helsedirektøren, ikke minst som hans «innenriksminister». I etableringen av Helsetilsynet hadde hun mange medarbeidere med seg, men de viktigste utfordringene håndterte hun i hovedsak selv. Hun var som helseforvaltningsleder både sosialt og etisk svært bevisst. Det første bildet er fra 2. april 1993, altså et halvt år før hun formelt ble utnevnt til helsedirektør. (Foto: Christian Fougner/ VG) Det andre bildet er fra 30. juni 1994, Hun sitter på sitt kontor, opptatt blant annet av en pågående sykepleierstreik. (Foto: Fredrik Naumann / NTB)



Den formelle etablering av Helsetilsynet

Ettersom 1994 nærmet seg gjenstod det ennå litt ordningsarbeid. Det meste var det imidlertid nå enighet om. Nordbø-prosessen nærmet seg slutten. Det gjenstod, som vi har sett, noen avklaringer på den prekliniske siden, men de var av mindre betydning. Der gjenstod også en

del andre avklaringer, blant annet hva gjaldt Helsetilsynets instruks. Det begynte imidlertid også å haste. Det var halvannet år siden odelstingsnatten. Nå måtte fremtiden snart komme, også til helseforvaltningen.

I departementet, men tillike i det gamle Helsedirektoratet, var det et ønske om å komme i gang med det nye. Slik ble det også. Statens helsetilsyn ble en realitet fra 1. januar 1994. I foredraget til den kongelige resolusjon av 3. desember 1993, skrevet av helseavdelingen, heter det at ”Brikkene for ny organisasjonsmodell for den sentrale helseforvaltning er nå lagt og ny organisasjonsform forutsettes gjennomført fra 1. januar 1994”.⁶⁸⁷ Sosial- og helsedepartementet anbefalte derfor Kongen å fatte slik beslutning:

Med hjemmel i Stortingets vedtak av 30. juli 1992 besluttet at lov om endringer i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover, trer i kraft 1. januar 1994.

Anbefalingen ble bifalt.

Den nye instruks; delegasjon av oppgaver

Det ble arbeidet med å lage en instruks for Helsetilsynet senhøstes 1993. Departementet laget forslag og Helsetilsynet kommenterte. Der ble noen frem-og-tilbake-runder om instruksens. Resultatet var at instruksens først ble vedtatt ved kongelig resolusjon den 18. februar 1994. Instruksens ble kort. Den fikk bare fire paragrafer.

I § 1 heter det: ”Statens helsetilsyn er underlagt Sosial- og helsedepartementet. Fylkeslegene er underlagt Statens helsetilsyn, men kan utføre oppgaver direkte for departementet etter nærmere retningslinjer”. Ordet ”Fylkeslegene”, erstattet departementets opprinnelige forslag, ”Fylkeslegeetaten”. Det var direktoratet som ønsket endringen: Den bidro til å understreke at fylkeslegene ikke var en eget etat, og et eget nivå, men en del av Helsetilsynet. En slik omformulering kunne kanskje også bidra til å dempe departementets direkte bruk av fylkeslegene. Dette skulle imidlertid nærmere avklares i de retningslinjer som ble bebudet. De kom den 2. juni 1994. Vi skal komme tilbake til dem.

I § 2 heter det:

Med hjemmel i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten skal Statens helsetilsyn ha det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten. Statens helsetilsyn har forvaltningsoppgaver og påleggsmyndighet i tilknytning til utøvelsen av tilsynsfunksjonen. Statens helsetilsyn skal på sitt område gi faglige råd og informasjon til departementet, fylkeslegene og den statlige helseforvaltning for øvrig, samt til helsetjenesten og befolkningen. Helsetilsynet skal bistå departementet med informasjon om helseforholdene i landet, og kan fremsette forslag om de tiltak som anses nødvendig.

⁶⁸⁷ Kongelig resolusjon, 3. desember 1993, Statsrådssak nr. 24.

Statens helsetilsyn kan gi råd til de øvrige departementer og andre sentraladministrative organer i saker som krever helsefaglig innsikt.

Statens helsetilsyn skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift, stortingsvedtak eller pålegg fra departementet.

Direktoratet var ikke helt fornøyd med departementets forslag. Det ønsket at ordene ”faglig tilsyn” skulle erstattes med ”tilsyn”, siden ”det ikke dreier seg om ulike former for tilsyn”.⁶⁸⁸ Vi har sett at Anne Alvik og hennes helserettsavdeling var på vakt mot å se på ”styringstilsyn”, altså generell kontroll med iverksettelsen av politikken, som en egen form for tilsyn. De ville reservere betegnelsen tilsyn for det (nye) profesjonelle tilsynet. Det er ikke så underlig: Det ”doble” tilsynsbegrepet kunne gjøre det enklere for departementet å ”overstyre” Helsetilsynet også i dets tilsynsfaglige virksomhet. Men her ble altså ikke Anne Alvik og avdelingsdirektør Kari Sønderland hørt. Departementet ville ha mer politokratiske formuleringer. Alvik og Sønderland ville også i stor grad bruke den lengre og mer forpliktende formuleringen fra den gamle instruks istedenfor den korte, litt mindre forpliktende formuleringen departementet valgte i siste setning av paragrafens første ledd. Antagelig ser man også her et departementalt ønske om å stå friest mulig, for eksempel i bruk av faglig basert rådgivning, og et direktoratlig ønske om en mer tradisjonell og institusjonalisert ”pådriverrolle”.

Det siste leddet i paragrafen mislikte direktoratet aller mest: ”Dette gir inntrykk av at departementet har full instruksjonsmyndighet over direktoratet i alle saker”. Direktoratet henviser til lovavdelingens to uttalelser om dets uavhengighet, en fra 1983 (16.6.) og den som kom i siste Norbom-prosess (24.3. 92). Direktoratet kommenterer: ”Uttalelsen fra 1983 er noe mer restriktiv enn uttalelsen fra 1992, som gir departementet nærmest full instruksjonsmyndighet. Helsedirektoratet er av den oppfatning at uttalelsen fra 1983 er mest i samsvar med forvaltningsrettslig teori”. Det ber ikke om en full omskrivning av leddet, men vil gjerne ha iallfall ordet ”pålegg” erstattet med ”retningslinjer” eller ”instruks”. Men heller ikke på dette punktet – dette svært viktige punktet – ble det gamle helsedirektorat hørt. Departementet opptrer bevisst politokratisk. Her opptrer imidlertid Alvik og Sønderland antagelig mer nyttestatlig tilsynsprofesjonelt enn tradisjonelt medikratiske.

Mer medikratiske opptrer de nok når de vil ha tilbake en formulering fra den gamle instruks. Den gjelder en bestemmelse det stod strid om også i 1983, nemlig bestemmelsen om Helsedirektørens adgang til statsråden. Alvik og Sønderland ville, som et nytt ledd i § 4, ha inn formuleringen ”Særlig betydningsfulle saker av helsefaglig karakter kan helsedirektøren anmode om å få drøftet med helseministeren direkte”. Departementet sa nei til det. De to siste paragrafer i instruksens fikk dette innhold:

§3. Hovedstrukturen i Statens helsetilsyns organisering og endringer i denne skal godkjennes av departementet.

§ 4. Statens helsetilsyn ledes av en direktør (helsedirektøren). Direktøren skal være lege eller ha en annen relevant helsefaglig utdanning.

⁶⁸⁸ Brev til Sosial- og helsedepartementet, 13.12. 1993. (H.dir. sak nr. 93/08290.)

§ 3 er en departemental påminnelse om at dets instruksjonsrett over Helsetilsynet, her formulert som kontrollrett, også gjelder Helsetilsynets organisering.⁶⁸⁹ Utformingen av § 4 kan sees på som et skritt bort fra den medikratiske-institusjonelle tittel ”helsedirektør”. Men her kan man nesten spørre hvorfor ikke denne tittelen nå ble fjernet helt.

”Retningslinjene for den direkte kommunikasjon mellom Sosial- og helsedepartementet og fylkeslegene (m. v.)” ble fastsatt av departementet først den 2. juni 1994.⁶⁹⁰ De består av hele ti punkter, og illustrerer for så vidt at det å plassere fylkeslegene under en slags dobbel ledelse skapte vanskeligheter. I en viss forstand var den dobbelte ledelsen nå blitt viktigere enn før, da direktoratet var et helt generelt sentralt forvaltningsorgan og det var naturlig for departementet å la dets styring av det lokale, utøvende helsevesen gå via direktoratet. Fylkeslegene skulle fortsette å ha det samme gamle brede virkefeltet og trengtes derfor av staten for å følge opp dens politikk. I den grad Helsetilsynet nå skulle bli et mer spesialisert tilsyn, var det langt mindre naturlig å la den departementale styring gå via Helsetilsynet. Den ”burde” gå direkte fra departementet. Men siden departementet hadde latt Helsetilsynet delvis forbli et direktorat, og på et vis latt fylkeslegene være ”en del” av Helsetilsynet, var der argumenter for å la den departementale bruk av fylkeslegene gå gjennom Helsetilsynet. Hvorom alt er, det er forståelig at det tok tid å lage retningslinjene, og for så vidt at de ble mange og nokså pragmatisk formulert.

Det heter i det første punkt at ”Når departementet vil pålegge fylkeslegene oppgaver direkte, bør det skje i forståelse med Statens helsetilsyn”. Under det annet punkt heter det: ”Når det gjelder forutsigelige oppgaver av betydning, skal behov for å disponere ressurser tas opp med Helsetilsynet slik at det kan tas med i virksomhetsplanleggingen for det aktuelle år. Departementet bør så langt som mulig angi ressursbehovet og forventet omfang av oppgaver”. Under punkt tre lyder første setning slik: ”Fylkeslegene må være forberedt på å påta seg uforutsette oppgaver for departementet i løpet av året”. Under punkt 5 står det at hvis departementet skal gi fylkeslegene ”pålegg eller direktiver”, må det ”først bringe på det rene om Helsetilsynet tidligere har gitt oppdrag eller direktiver som går i en annen retning slik at disse ev. kan avstemmes eller annulleres”. Under punkt 6 står det at siden flere departementsavdelinger kan ha behov for å henvende seg til fylkeslegene, ”er det viktig med koordinert opptreden”. Under punkt 8 fremgår det at ”Enten det er tale om planlagte eller uforutsette oppgaver, skal Helsetilsynet holdes orientert på hensiktsmessig måte”.

Utgangspunktet er altså at departementets behov, man kunne også si løpende behov, har forrang, ikke minst for Helsetilsynets behov eller de behov som reflekterer tidligere bestemt politikk. Retningslinjene er laget av departementet, og i stor grad overfor departementet, for å forsikre Helsetilsynet om at departementet og dets avdelinger vil ta hensyn til de behov for arbeidsmessig forutsigbarhet som Helsetilsynet har. Av retningslinjene fremgår det dog at denne forutsigbarhet undertiden kan bli satt til side, nemlig når departementets behov krever det. Retningslinjene er retningslinjer, ikke strenge regler. Ordningen er, kan man trygt si, politokratisk, altså politisk hensiktsmessig. Den er samtidig et uttrykk for den spenning som nå ble bygget inn i helseforvaltningen og som skulle være med på å skape det videre endringstrykk.



⁶⁸⁹ Paragrafen har også et tautologisk innslag, for så vidt som ”hovedstruktur” kan forstås som ”organisering”.

⁶⁹⁰ Retningslinjene har den nevnte overskrift. De har saksnummer 94/01995-008 i Helsetilsynet.

Da Helsedirektoratet ble delt i 1983 ble arbeidsdelingen mellom helseavdelingen og direktoratet gjenstand for mye oppmerksomhet (bind 1). Som vi har sett fortsatte fordelingen av oppgaver å skape både usikkerhet og strid og kiv, noe som resulterte i en ny formell avklaring i 1986 (8.1.) og 1988 (15.5.). Som nevnt ble ikke uklarhetene helt fjernet med disse avklaringene – ei heller det vanskelige forhold mellom departement og direktorat. For så vidt skulle det være grunn til å klargjøre arbeidsdelingen ytterligere nå. Det skjedde imidlertid knapt. I den nye delegasjonskrivelse som trådte i kraft fra den 1. januar 1994, ble det gjort små endringer.⁶⁹¹ De viktigste var dem som fulgte av beslutningen om å overføre mye av ansvaret for lovgivningen om de ulike yrkesgrupper til fylkeslegen i Oslo. Ellers måtte jo myndigheten knyttet til mye av den nye (1992) lov om legemidler bestemmes: Myndigheten skulle fordeles mellom departement, helsetilsyn og legemiddelkontroll, og gjelde fra det tidspunkt EØS-avtalen trådte i kraft. De fleste paragrafer ble et helsetilsynsansvar.

De beskjedne endringene er et uttrykk for at departementet mener, som det hadde gjort helt siden delingen i 1983, at uklarhetene og striden ikke først og fremst skyldtes formelle realiteter, men ”uvilje” og mangel på tillit mellom institusjonene. Dog nevner departementet at det kan ha vært en saklig sett forståelig uklarhet om noen sider ved hva det ville si å administrere en lov(bestemmelse). Departementet nevner spesielt punkt IV i Sosialdepartementets rundskriv om delegasjon av 11. november 1983, et punkt som omhandler lovfortolkning. Her heter det at ”Når det gjelder ansvaret for tolkning av lover, gjelder de alminnelige regler for forholdet mellom departement og direktorat”. Departementet nevner at dette punkt har ført ”til en del tvil” og derfor trenger en presisering. Det fortsetter: ”Lover og forskrifter der hovedtyngden av myndighetsbestemmelsene er delegert, som for eksempel helsepersonellovene, skal fortolkes i sin helhet av Statens Helsetilsyn”. Det heter videre: ”Statens Helsetilsyn skal fortolke de myndighetsbestemmelser som er delegert, også i lover der hovedtyngden av myndighetsbestemmelsene ikke er delegert”. Departementet skriver videre at Helsetilsynet kan gi veiledning om lovforståelsen når det vet at departementet ”har samme oppfatning”, kan ta opp spørsmål om lov- og forskriftsrevisjoner i relevante lover når det ser behov for det og kan henvende seg direkte til Justisdepartementets lovavdeling for å få råd, men da sende gjenpart av korrespondansen til departementet.

Når det gjelder omfanget av delegasjonen av myndigheten til å utforme forskrifter, skriver departementet at fullmakten til å utforme forskrifter normalt må omfatte en fullmakt til å endre og oppheve dem, dog skal i slike tilfeller departementet orienteres, og i viktigere spørsmål konsulteres.

Den nye delegasjonskrivelsen innebærer altså ikke så mye strengt formelt, men i kommentarene innledningsvis legger altså departementet vekt på å opptre tillitsskapende overfor Helsetilsynet. Også slik markerer det at en ny tid var begynt. Dog merker vi oss at departementet ikke har fått med seg Helsetilsynets påpekning av hvordan institusjonens navn skal skrives. Departementet skriver konsekvent det annet ord i navnet med stor H: Statens Helsetilsyn.

⁶⁹¹ Delegasjonsskriv av I.1. 1994: *Arbeids- og myndighetsfordeling mellom Sosial- og helsedepartementet, Statens Helsetilsyn, Statens legemiddelkontroll og fylkeslegene.* (Finnes bl.a. i vårt arkiv.)

Helsetilsynets oppgaver: strategisk plan 1994–97

Stortinget gav de viktigste premisser for hva det nye helsetilsyn skulle gjøre. Noen av disse premisser kom dog også fra regjeringssiden, i første rekke gjennom ”nr. 43”. Man kan slik si at Helsetilsynets oppdrag ble et kombinert departementalt og parlamentarisk oppdrag. Man kunne i noen grad også personifisere det ved å si at det var et oppdrag ”satt sammen” av de to siste statsråder før Christie, Wenche Frogn Sellæg og Tove Veierød. Skulle man ”byråkratisere” det, kunne man si at oppdraget ble en funksjon av ”sammenstøtet” mellom Jon Ola Norbom og Torbjørn Mork.

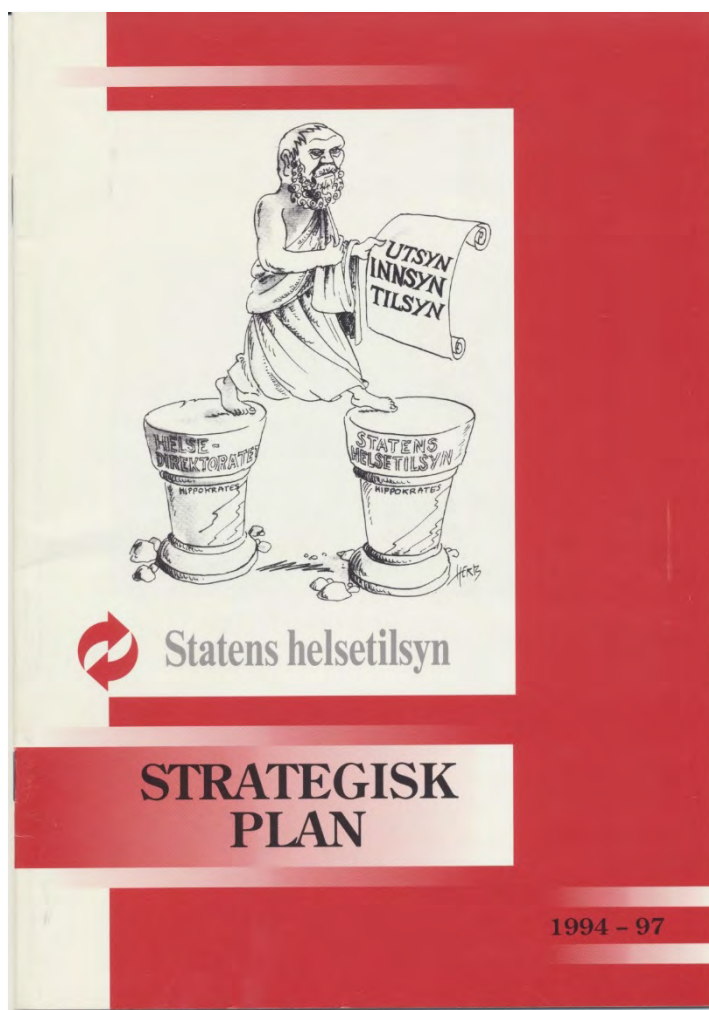
Den nye departementsledelse konkretiserte i noen grad oppdraget gjennom sin instruks, og gjennom de oppgaveavklaringer den, sammen med en del byråkrater, foretok i de arbeidsgruppene som virket i 1993 og, for én gruppes vedkommende, litt inn i 1994.

Men intet av dette var nok. Helsetilsynet måtte også selv tolke sitt oppdrag, og på den måten forme det og gjøre det til sitt. Det måtte inngyte en smule ”subjektligheit” i egen virksomhet. Det måtte vise at det hadde litt frihet, at det kunne spille også en skapende rolle. Det måtte lage sin egen strategiske plan.

Det gjorde det parallelt med den øvrige klargjøringsvirksomhet som foregikk i 1993. Planen forelå like før 1993 tonet ut. Arbeidet med planen ble organisert som prosjekt, med direksjonen som prosjektgruppe, rådgiver Per Wium (f. 1943) som prosjektkoordinator og utredningsleder Helge Høifødt som prosjektsekretær. Men helt klarte ikke det kommende helsetilsyn seg alene. Som da det omorganiserte virksomheten i 1988–89, og samtidig laget den første virksomhetsplan, søkte det ytre bistand, denne gang fra Norsk Institutt for Personalutvikling og –Administrasjon (NIPA). Fra NIPA deltok konsulentene Arne Anmarkrud og Tom Samuelson, med Eivor Brynstad som prosjektsekretær.

Arbeidet gikk fort utover høsten. Et utkast var klart den 23. november. Det ble forelagt fylkeslegene, men siden det ble sendt først den 30. november, med svarfrist 7. desember, var det ikke tid for fylkeslegene til å komme med annet enn korte kommentarer.⁶⁹² Bare Buskeruds fylkeslege Anne Berit Gunbjørud leverte en lengre uttalelse; hun hadde fått utkastet tidligere og sendte sine, litt kritiske, kommentarer den 26. november. Planen ble også sendt de ansattes organisasjoner og departementets ledelse til uttalelse. Den ble sluttbehandlet på et direksjonsseminar den 8. og 9. desember. Organisasjonene for de ansatte, i alt 17, ble invitert til drøftingsmøte om planen den 15. desember. Den forelå trykket like før jul og ble den 22. desember sendt alle de ansatte i det kommende Helsetilsynet. Den ble gjort offentlig kjent gjennom en pressemelding den 21. januar 1994. Planens omslag er gjengitt i faksimile 5.1.

⁶⁹² Fylkeslege Einar Vandvik i Nord-Trøndelag bemerket at siden hans kontor fikk utkastet fredag 3. desember hadde han bare to virkedager til å kommentere det. Skulle han og kontoret klart det, måtte alt annet arbeid legges til side. (Sak nr. 93/05255-011, Helsedirektoratets arkiv, 003.20.) Fylkeslege Gunbjørud gir uttrykk for at Helsedirektoratet ikke har «husket» fylkeslegene (er de på nivå 2 eller 3?, spør hun, retorisk) i den grad det burde. Hun bemerker også, lett ironiserende, at «fagforeningene er nevnt som samarbeidspartnere før arbeidstakere, universiteter og fagmiljøer. Det er liksom ikke helt samsvar mellom det og det som fremgår på side 3 om uavhengighet av interessegrupper». (Sak 93/05255-008, Helsedirektoratets arkiv, 003.20.)



Faksimile 5.1: Helsetilsynets strategiske plan

Planen går fra det luftige til det mer konkrete. Det luftigste er visjonen, som lyder slik: "Tilsyn for trygg helsetjeneste". Så følger det første konkretiseringsnivå, under vignetten "Virksomhetsidé". Her uttrykkes under første punkt visjonen på en litt annen måte: "Statens helsetilsyn har det overordnede tilsyn med helsetjenesten i Norge". Her ser vi også at det kommende helsetilsyn "forsøker" seg litt overfor departementet: Det benytter sin avgrensede frihet til å fjerne adverbiet "faglig" foran "tilsyn". Det proklamerer altså at tilsynet er ett og udelelig og skal utføres i regi av Helsetilsynet. Departementet så det, og overså det. Det ville neppe få så store konsekvenser. Departementet hadde jo, med lovavdelingens bistand, sikret seg den "fulle" instruksjonsrett over Helsetilsynet. Under punkt nr. to heter det at Helsetilsynet "er et uavhengig tilsynsorgan med tverrfaglig kompetanse og helhetlig innsikt i helsemessige forhold". Man kan si at

direktoratet her fortsetter den litt selvhevdende linjen fra det første punkt.

I de to siste punktene tar direktoratet, på det nye Helsetilsynets vegne, et skritt i konkretiserende retning når det gjelder oppgaver. Under punkt tre heter det: "Sammen med fylkeslegene skal vi fremme kvalitet og rettssikkerhet i helsetjenesten". Under punkt fire heter det: "Vår kunnskap og innsikt formidles aktivt til våre myndigheter, helsepersonellet og befolkningen for å fremme en etisk og faglig forsvarlig helsetjeneste". I det første tilfelle nevnes to oppgaver, den kvalitetspolitiske og den rettssikkerhetsmessige. I det annet tilfelle nevnes fagrådgivningsoppgaven, dog slik at den kan synes å begrense seg til det tilsynsmessige.

Virksomhetsideen er altså fire ideer, av litt ulik innholdsmessig karakter. Den gir uttrykk for tilsynsoffensivitet (de to første punkter), og i konkretiseringen også av en "plan" om en viss tilsynsmessig "spissing". Man vil beholde noen direktoratsinnslag, men de er tonet litt ned.

Virksomhetsideen gir ellers inntrykk av å ha to adressater. Under de første punkter henvender man seg utad og omtaler Helsetilsynet i tredje "person". Under de siste punkter henvender man seg til sine egne medarbeidere: "Vi" skal fremme, og "Vår kunnskap og innsikt" skal formidles til de andre. Personliggjørelsen er endog litt innsnevrende: "Sammen med fylkeslegene skal vi", altså de ansatte i Helsetilsynet i Calmeyers gate, fremme kvalitet og

rettssikkerhet i helsetjenesten. Indirekte plasserer man slik fylkeslegene ikke bare utenfor ”viet”, men også på et eget nivå, et nivå nr. tre. Dette ”taktskifte” i presentasjonen av virksomhetsideen er knapt nok svært gjennomtenkt. Samtidig er det neppe helt tilfeldig heller. Overgangen til vi-form kan også sees på som et ønske om å høres offensiv ut, og som et bidrag til å skape en offensiv holdning i Helsetilsynet: Vi skal klare det! Vi skal se at denne, til dels litt ”trasspregede”, selvbevissthet også preger resten av planen.

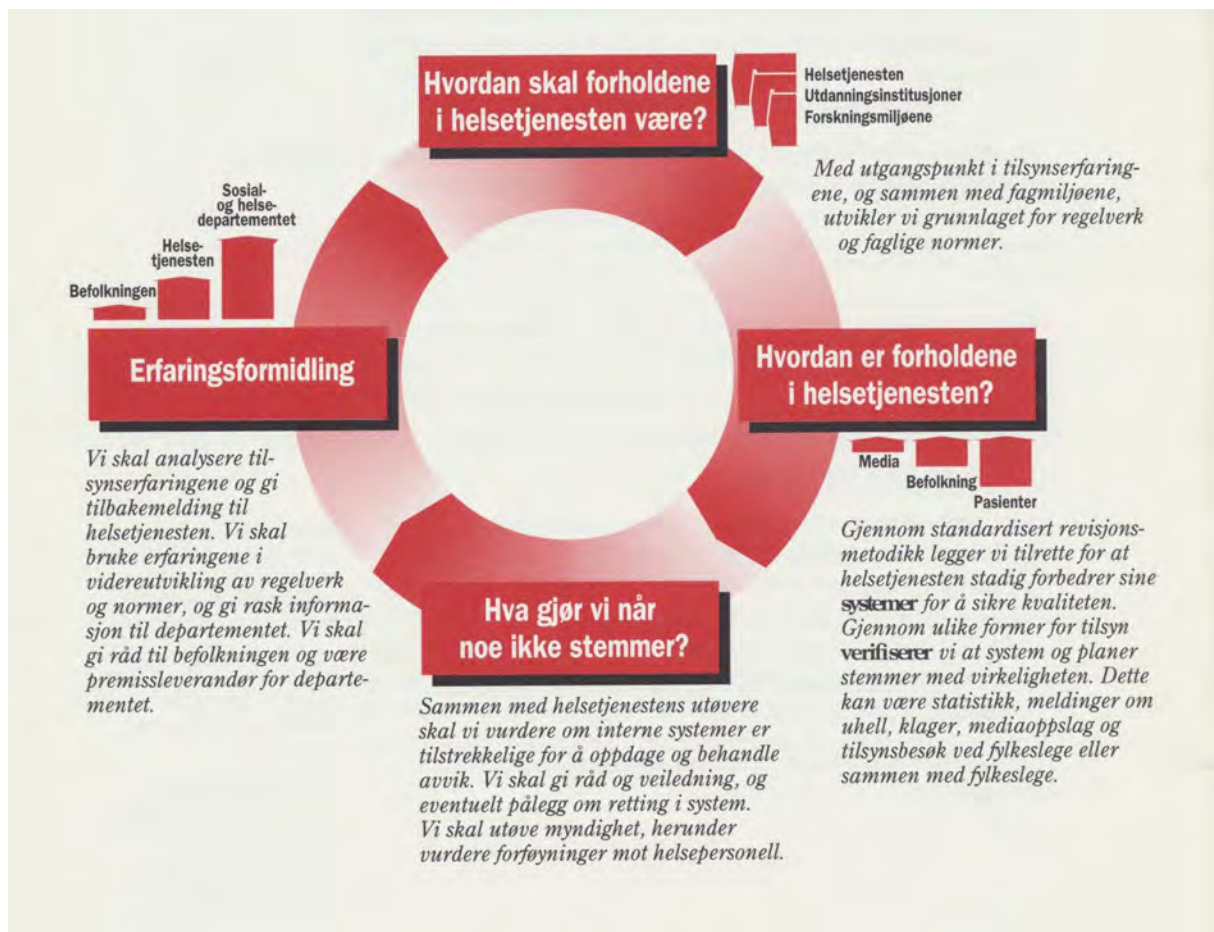
Virksomhetsideen gjøres så enda mer konkret gjennom de fire ”strategiske områder”. Disse har overskriftene: ”Kvalitetsutvikling, rettssikkerhet, innsamling og analyse av faktagrunnlag og erfaringsoverføring”.

Om det første heter det: ”Statens helsetilsyn skal føre overordnet tilsyn med at alle som yter helsetjenester arbeider systematisk for å sikre kvalitet og utvikle kvaliteten på tjenesten”. I den nærmere redegjørelse for dette punkt drøftes ikke forholdet mellom tilsyn og kvalitetskontroll. Det gies nesten, men indirekte, inntrykk av at det er to ord for det samme. Det er ikke så underlig. Tilsyn var helsevesenet kjent med fra gammelt av, men da som en virksomhet basert på medisinsk faglig-etisk skjønn, utført i kollegial regi. I løpet av særlig siste del av 1980-årene ble, som vi har nevnt, tilsynsvirksomheten gradvis spesialisert og profesjonalisert. Et viktig utgangspunkt for denne utviklingen var introduksjonen av begrepet *forsvarlighet*; det kom inn i lovgivningen med lege- og tannlegelovene av 1980. Før hadde man brukt ulike ord, men ofte med referanse til utøveren, for eksempel legen: Han eller hun kunne bli sett på som skikket eller uskikket. Det skulle meget til før en lege ble sett på som (generelt) uskikket. Med begrepet forsvarlig tok man utgangspunkt i den upersonlige kunnskapen og den like upersonlige (upersonliggjorte) etikken. Spørsmålet var nå om en fagutøver eller institusjon opptrådte klart i strid med den etablerte, stadig mer formaliserte, kunnskap eller etikk (formulert som jus) enten i konkrete tilfeller eller mer generelt. Utgangspunktet for dem som nå skulle utøve tilsyn ble altså om fagpersoner eller institusjoner falt under mer eller mindre presist definerte faglige og etiske standarder. Tilsynet ble slik en ”kontroll” med at de som skulle hjelpe ikke gikk gjennom ”gulvet”; ikke at de ikke hevet ”taket”. For så vidt som det kunne defineres presist hvor ”gulvet” gikk – gjennom faglige eller etiske normer – ble tilsynsgrunnlaget gjort stadig mer juridisk. Etter hvert som medisinen ble mer og mer vitenskapelig prosedyrebasert (EBM er et stikkord), kunne tilsynet også flyttes stadig mer over i den juridiske sfære. Tilsynsprofesjonaliseringen representerte på denne måten en tiltagende rettsliggjørelse av tilsynet.

Kvalitetskontrollen skyllet som en ”bølge” innover helsevesenet omtrent samtidig med at tilsynet ble profesjonalisert. Bølgen kom fra industrien. Her var man blitt mer og mer opptatt av hvordan de besparelser man oppnådde i varefremstillingen gjennom industrialisering i noen grad gikk tapt på grunn av kvalitetssvikt, til dels alvorlig sådan. Å gjøre noe forebyggende med denne svikten var blitt stadig viktigere i løpet av 1950- og 1960-årene. Men tradisjonell kontroll, altså overvåkning, var kostbar og man utviklet derfor etter hvert mer profesjonelle, statistisk baserte måter å kontrollere på. Disse ville man nå ta i bruk også i helsevesenet. De kom inn, typisk nok, via den industri som betjente helsevesenet, den farmasøytiske og den medisinsk-tekniske. Det skjedde fra 1985.

I industrien skal, iallfall i prinsippet, gulv og tak ”falle” sammen: Et produkt er enten godt (perfekt) eller ubrukelig. Forskjellene kommer her frem ved at noen utgaver av en gitt type varer er kvalitativt bedre enn andre (men kan også slik med større sikkerhet være brukelig). I den tjenesteytende del av helsevesenet er der ofte tale om et spenn mellom gulv og tak, mellom det som så vidt er godt nok (forsvarlig) og det som er fremragende. Det er derfor

talende at man i helsevesenet snart gikk over fra å tale om kvalitetskontroll til å tale om kvalitetsutvikling. Men da kommer også forskjellen mellom kvalitetspolitikk og tilsyn tydeligere frem. Det å drive kvalitetsutvikling er en faglig-dynamisk prosess, og krever andre virkemidler enn tilsynsvirksomheten: Den første er positiv og mobiliserende, den annen er alltid overvåkende, inspiserende, mer eller mindre åpent mistenksomhetsbasert og potensielt punitiv. Det er altså ikke åpenbart at kvalitetsutvikling, som også er ordet som brukes i den strategiske plan, skal være det første strategiske område for Helsetilsynet. Man kunne tenke seg at tilsyn og kvalitetskontroll etter hvert kunne falle mer sammen også i helsevesenet, nemlig etter hvert som formaliseringen av den medisinske kunnskap som prosedyrer skjøt fart, men dit var det ennå et godt stykke igjen. Det tør være symptomatisk at det ”bakgrunnsnotat” til en ”nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten”, som ble fremlagt i mai dette året (1993) av en arbeidsgruppe, oppnevnt av departementet, og ledet av Helsedirektoratets Haakon Melsom, også er vag når det gjelder forholdet tilsyn/kvalitetsutvikling, og for så vidt også om hvordan ansvaret i kvalitetspolitikken bør (for)deles, for eksempel mellom departementet og Helsetilsynet.⁶⁹³



Faksimile 5.2: Tilsynssyklusen, etter Statens helsetilsyns strategiske plan 1994-97

I den strategiske plan er ikke tilsyn trukket frem som et strategisk område i det hele tatt. Det er neppe fordi planens skapere har glemt det. Det er fordi de, iallfall her, så tilsyn og

⁶⁹³ Dokumentet har overskriften ”Bakgrunnsnotat til Sosialdepartementet: Forslag til nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten”. Det ble til *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling (1995 – 2000)*.

kvalitetsutvikling (eller kvalitetskontroll) som nesten to sider av samme sak. At planforfatterne ikke har glemt tilsyn går for øvrig frem av en figur som presenteres på s. 16 i planheftet; kfr. faksimile 5.1. Her er det vist hvordan det vi kunne kalle tilsynssyklusen kan organiseres. For så vidt kunne planskaperne ha startet her og utledet de strategiske områder av denne syklusen. Den tar utgangspunkt i disse spørsmålene: Hvordan skal forholdene i helsetjenesten være? (normering, definering av gulvet); hvordan er forholdene i helsetjenesten? (samle informasjon om tilstanden); Hva gjør vi når noe ikke stemmer? (intervensjoner); og erfaringsformidling (melde tilbake til berørte parter, myndigheter, skape premisser for normutviklingen). Område nr. 1 ligger altså delvis utenfor ”sirkelen”, område nr. to er dels knyttet til normeringsutviklingen (spørsmål 1 og 4) og delvis til informasjonsinnsamlingen og intervensjonene (spørsmål 2 og 3). Område tre er tydelig knyttet til tilbakemeldingen (spørsmål 4). Det siste strategiske område gjelder ikke sirkelen direkte, men en forutsetning for at den kan fungere, nemlig at Helsetilsynet er målorientert, er hensiktsmessig organisert og har velkvalifiserte medarbeidere. Men slik bryter også dette område med den ”logikk” som ellers preger de strategiske områder: *De* er knyttet til Helsetilsynets utadrettede oppgaver, *dette* er knyttet til de indre oppgaver. ”Bruddet” er ikke begrunnet, men kan nok, iallfall i noen grad, sees på som uttrykk for at Helsetilsynets medarbeidere skal løftes opp og frem: De var sammen med ledelsen i de norbomske strider; nå skal ledelsen vise at Helsetilsynet fortsatt er et samlet lag.

Også den strategiske plan er uttrykk for den overgangsfase det kommende helsetilsyn befant seg i. Den nye organisasjonen var delvis på vei ut av sin gamle ham, men var samtidig usikker på om den nye som skulle gro frem skulle være ”helt” ny, eller en slags blandingsham. Tilsyns- og kvalitetsarbeidet, som det ble utviklet gjennom perioden vi ser på, omtales nærmere i kapitlene 12–14.

Statens helsetilsyn markerer overgangen fra direktorat til tilsyn

Det ble hektisk ettersom 1994 nærmet seg. Alt ble heller ikke klart til årsskiftet. Som vi har sett kom Hellandsvik-gruppens innstilling først litt ut i det nye året. Røynesdal-gruppens andre innstilling kom ikke, mens Gunbjørud-gruppens og legemiddelundergruppens (Holst-gruppens) innstilling kom i tide. Instruksen for det nye Helsetilsynet ble en god del forsinket. Men det avgjørende var at endringene i tilsynsloven trådte i kraft fra 1. januar 1994. Gjennom den ble Helsedirektoratet til Statens helsetilsyn.

Det var aktuelt også å tilpasse organiseringen av det kommende helsetilsyn til institusjonens delvis nye status. Det arbeidet kom imidlertid først i gang i begynnelsen av desember. Vi skal komme tilbake til det.

Den nye organisasjonen skulle ha nytt navn og ny logo, ja, en ny grafisk profil. Navnet var jo bestemt, men hvordan det skulle brukes var ennå ikke avklart. I ”Omorganiserings-info” nr. 2 1993, sendt ut den 6. desember, het det at Statens helsetilsyn skulle ha Helsetilsynet som kortform, ”både skriftlig og muntlig”. Det heter videre: ”Det skal IKKE brukes noen form for bokstavforkortelse!!” I brev til fylkeslegene av 13. desember nevnes som eksempel på et akronym som ikke skal brukes, SHT. På engelsk foreslår Helsedirektøren, overfor UD, at navnet blir ”National Board of Health in Norway”, altså et navn som gir inntrykk av at Helsetilsynet stadig er et helsedirektorat.

I brevet til fylkeslegene⁶⁹⁴ heter det også at det sentrale organ og fylkeslegene som samlet tilsynsetat skal omtales som ”Statens helsetilsyn og fylkeslegene”. Navnet Helsetilsynet skal altså ikke brukes om hele tilsynsetaten. I Helsedirektoratet var man kommet til at det ”ikke vil skille tilstrekkelig klart for brukerne når det er snakk om bare det sentrale organet og når fylkeslegene er medregnet”. Det legges til at noen lover jo også tillegger myndighet direkte til fylkeslegene. Det var imidlertid også av interesse for fylkeslegene å synes på mer gammeldagse premisser, og ikke bare fremstå som Helsetilsynet i fylke det og det. Det kommende helsetilsyn hadde samtidig interesse av ikke å tirre fylkeslegene: Forholdet mellom (mange av) fylkeslegene og Helsedirektoratet ble, som vi har sett, litt anstrengt under Norbom-prosessene, og var det fortsatt.

Det tok litt tid å bli enig om Helsetilsynets grafiske profil. Den var imidlertid klar like før jul. Helsetilsynets logo fremgår av faksimilen av den strategiske plan; kfr. ovenfor. Logoen presenterer, om enn på en nokså abstrakt måte, Helsetilsynet som tilsyn: Pilene markerer at man (i helsevesenet), under Helsetilsynets årvåkne blikk, ser kritisk på seg selv.

Den 20. desember sendte Helsedirektoratet ut en pressmelding om overgangen fra direktorat til tilsyn. Vedlagt meldingen fulgte noen eksemplarer av en informasjonsbrosjyre om det nye Helsetilsynet.

Mandag den 3. januar 1994 begynte Helsetilsynet i praksis å fungere. Dagen startet på vanlig måte, i Calmeyersgate 1. Etter noen timer dro så hele staben opp til Soria Moria konferansesenter på Voksenkollen, for å markere tilblivelsen på en mer både høytidelig og festlig måte. Etter en bedre lunch ble det holdt et internseminar med orienteringer om ”den nye tid”. Uken deretter, mandag den 10. januar, markerte Helsetilsynet ”hamskiftet” med et presentasjonsseminar. Til dette seminar, hvor både helseminister og helsedirektør sa noe om ”hamskiftet”, og presenterte noen perspektiver for fremtiden, ble også pressen invitert.

Statens helsetilsyns ”nye” ham

Til slutt i den lange historien skal vi se på den smule omordning som skjedde i forbindelse med overgangen fra direktorat til tilsyn.

Det startet med et ”drøftings- og forhandlingsmøte” mellom direktoratsledelsen og de ansattes organisasjoner den 25. november. Det heter i det forslag til ny ordningsform som ble lagt frem den 18. februar 1994, at i dette møtet ”ble man enig om å nedsette en partssammensatt gruppe, jfr. Hovedavtalen § 2 nr. 5”. Gruppen skulle, heter det i mandatet, ”legge frem forslag til intern organisering av Statens helsetilsyn”. Det het videre at gruppen skulle ta hensyn til de politiske beslutninger som var fattet og de premisser som fulgte av de ulike rapporter som ble utarbeidet i 1993 og til dels i 1994. Det het også at gruppen skulle ha et nært samarbeid med Helsedirektøren og løpende orientere henne om arbeidets fremdrift.

⁶⁹⁴ Brevet har overskriften ”Statens helsetilsyn og fylkeslegene – bruk av betegnelser”, og er datert den 13. desember 1993. Det er undertegnet av Helsedirektøren og parafert av utredningsleder Helge Høifødt. Det har saksnummer 93/00238 5.

Gruppen fikk denne sammensetning: avd.dir. (Legemiddelavdelingen), Anne Marie Horn, kontorsjef Finn Aasheim, Helsetjenesteavdelingen, underdirektør Hilde Jordal (f. 1953), Helserettsavdelingen, (fung.) avdelingsdirektør Hilde Sundrehagen (f. 1954), Administrasjonsavdelingen – mot slutten etterfulgt av utredningsleder Helge Høifødt, Administrasjonsavdelingen, Leonora Martinussen, SL, Elin Sæther, NTL, Gunhild Røstadsand (f. 1964), AF og Jan Fredrik Andresen (f. 1960), AF. Kontorsjef Jo Kittelsen (f. 1948) og underdirektør Lena Hagberg (f. 1948) var sekretærer.

Gruppen hadde sitt første møte den 20. desember og sitt siste den 17. februar. I alt hadde gruppen 13 møter.

Vi legger merke til at gruppen ble nedsatt som en utpreget korporativ gruppe; den sprang ut av et møte mellom ledelsen og de ansattes organisasjoner. Gruppen fikk også betegnelsen ”partssammensatt”. Et viktig styringsmiddel, det å utforme organisasjonen, ble altså gjort til en forhandlingsgjenstand. At det forholdt seg slik understrekes av en passus i innstillingen. Her heter det at ”gruppen har tolket Hovedavtalens § 17 dithen at helsedirektøren ikke kan overprøve gruppen i forhandlingsspørsmål, og at dersom gruppen ikke ble enig i slike spørsmål måtte saken tas opp med departementet”. Videre heter det at ”Kapittel 4 Organisasjonsmodell er å anse som en forhandlingsprotokoll”. Gruppen skulle altså i praksis bestemme hvordan Helsetilsynet skulle være ordnet. Helsedirektøren var satt, og hadde indirekte selv satt seg, på sidelinjen når det gjaldt utformingen av den organisasjon hun ledet og skulle fortsette å lede. Hun deltok imidlertid på den partssammensatte gruppens første møte, ”under punkt 1” (referatets ord), og gav da ”noen føringer”. ”Føringene” var delvis formelle; de gjaldt for eksempel antallet avdelinger (minst 4, høyst 7), at avdelingene burde være forholdsvis like i størrelse og at de burde ha omtrent lik fordeling av løpende saker og utredningsoppgaver. Hun gav videre noen råd hva gjaldt fordelingen av noen mindre oppgaver, men sa dessuten, og det var det viktigste, at hun ønsket å beholde to av avdelingene som før, Helserettsavdelingen og Legemiddelavdelingen. Hun kom også med et mer generelt ønske hva gjaldt Helsetilsynets virkemåte: ”Den nye organisasjonsformen må legge til rette for samarbeid mellom enheter og utvikling av en felles bedriftskultur i hele Statens helsetilsyn”.⁶⁹⁵

Man kan se Helsedirektørens betingede ”abdikasjon” som organisator som nok et uttrykk for hvor sterkt de ansattes organisasjoner, og for så vidt de ansatte, nå stod i Helsedirektoratet. De hadde vært med på å nedkjempe Norbom-planen og slik i noen grad også med på å ”kollektivisere” ledelsen av direktoratet. I den ”partssammensatte gruppen” hadde for øvrig halvparten (Horn, Aasheim, Martinussen, Sæther) på ulike vis markert seg i motstanden mot ”Norbom”. Når alt kom til alt, tenkte nok gruppen og Helsedirektøren nokså likt, og konservativt, om ordningsspørsmålet.

Gruppen tok utgangspunkt i de mange premisser som allerede var lagt for hva Helsetilsynet skulle bli, blant annet den ferske strategiske plan, men kom til at (for)målene (”strategiske områder”) alene ikke gir noe godt grunnlag for å ordne Helsetilsynet. Gruppen så istedenfor på mer instrumentelt pregede, og nærmest formålsnøytrale, kriterier for ordning av organisasjoner, som geografi, fag(grupper), brukere (primære klienter) og tjenesteytere (sekundære klienter), og kom til at heller ikke disse kunne brukes konsekvent. Den konstaterte

⁶⁹⁵ *Omorganisering av Statens helsetilsyn*, Rapport fra en partssammensatt gruppe, 18. februar 1994. Helsedirektørens ”føringer” fremgår av vedlegg 2 til rapporten (s. 20).

så, naturlig nok, med at ”en kombinasjon av organisasjonsprinsipper best vil ivareta brukernes behov og de øvrige intensjonene i Strategisk plan”.

Gruppen endte således med å foreslå at organisasjonen skulle bli som den var da den var direktorat, med én unntagelse: Den store, og nesten dominerende, helsetjenesteavdelingen skulle deles i to – i én avdeling for primærhelsetjenesten og én for spesialisthelsetjenesten. Man kan si at dét var i tråd med Helsedirektørens ”føring” om å ha omtrent like store avdelinger. Ellers foreslo gruppen at legemiddelavdelingen skulle fortsette, men som avdeling for apotek og legemidler, og med litt utvidede oppgaver (utstyr, blodprodukter, beredskap), og at avdeling for helserett (før helserettsavdelingen) og avdeling for forebyggende helsetjenester – dog omdøpt til avdeling for samfunnsmedisin – og administrasjonsavdelingen, skulle gjøre det samme.

”Gruppen er” ellers, står det, ”enig om at man ikke skal ha stabsfunksjoner knyttet direkte til helsedirektøren”. Standpunktet begrunnes ikke. Helsedirektøren hadde ikke uttalt seg om dette spørsmålet i sine ”føringer”, men må altså finne seg i at slik vil det bli – det står nemlig i det ”dikterende” kapittel 4, ”forhandlingsprotokollkapitlet”. Uttalelsen er et uttrykk for at gruppen ikke ønsker en for sterk sentral ledelse, men for så vidt også for noe som var tradisjon: Karl Evang mente han ikke trengte noen sentral stab. I noen grad mente også Torbjørn Mork det, men begge, skjønt mest Mork, ble svært avhengig av sin juridiske rådgiver, den ekspedisjonssjef Evang fikk seg pådyttet av statsråd Gudmund Harlem i 1956.⁶⁹⁶ Nå skal altså denne stabsjuristen bort, og ikke erstattes av en annen, eller, enda verre, av andre.

Forslaget ble som vi ser av figur 5.1. Slik ble også fra 1. april 1994 virkeligheten.

⁶⁹⁶ Kaare Bjerkomp (1907-1966) var den første ekspedisjonssjef. Han ble etterfulgt av Knut Munch-Søegaard i 1966, som satt til han ble 70 år i 1993. Kari Sønnerland fungerte i stillingen, som spesialrådgiver, inntil hun fra 1994 ble avdelingsdirektør i helserettsavdelingen.



Figur 5.1: Statens helsetilsyn, organisasjonskart, 1. april 1994
Grønt: helsefagpreget; oransje: tilsynsprofesjonelt; mørkt rødt: styrende/admin

I sin uttalelse sier gruppen også noe om måten den ”nye” organisasjonen skal virke på. For å oppnå mer og bedre samarbeid på tvers av avdelinger skal bruken av ”tverrgående prosjekter” og ”etablering av team på tvers av avdelinger” økes (s. 12). Denne tanken kan man imidlertid også si lå i Helsedirektørens ”føringer”.

Gruppen foreslo altså langt på vei at Helsetilsynet også organisatorisk skulle bli en fortsettelse av Helsedirektoratet. Delingen av den store tjenesteavdelingen er mer å betrakte som en teknisk enn som en prinsipiell endring. At gruppen konkluderte så konservativt kan man delvis se på som en funksjon av Helsedirektørens ”føringer”, men kanskje like meget som en funksjon av gruppens korporativt pregede sammensetning. Når ”alle” er representert i en slik gruppe vil det man blir enige om gjerne være det som representerer minst endring. Endringsmotstanderne har som regel sterke meninger, mens endringsforkjemperne har mer avslappede meninger. Man får slik mye mer ”trykk” bak forsvaret for status quo enn bak ønskene om endringer. Det forsterker trykksituasjonen at mange kan enes om å bevare, mens endringstilhengerne gjerne sprer seg på ulike alternativer – og slik blir enda svakere. Helsedirektoratets ansatte hadde jo ellers nå i tre år vært i forsvarsposisjon – og var blitt vant til å se på det å være (organisasjons)konservativ som radikalt.

Forslaget til ”omordning” gir altså inntrykk av at Helsetilsynet skal være en videreførelse av Helsedirektoratet. Forslaget er direktoratpreget, ikke tilsynspreget. Bare én avdeling reflekterer ideen om tilsyn, nemlig avdeling for helserett, men den hadde jo allerede eksistert noen år – som et første svar på den voksende tilsynsbølge.

Gruppen aner for så vidt dette, for den drøfter kort hvordan tilsynsoppdraget kan følges opp i tiden som kommer. Den skriver (s. 10): ”For å sikre at utvikling av tilsynsmetodikk både får den nødvendige prioritet og tyngde, og skjer som en integrert del av virksomheten bør det etableres et **tverrgående prosjekt** forankret i Avdeling for samfunnsmedisin”. Den skriver videre at helseerettssområdet nå styrkes og at det kan gi grunnlag ”for å videreutvikle kvaliteten på klagesaksområdet” (s. 10). Gruppen fortsetter: ”Ett virkemiddel som også skal bidra til videreutvikling av kvaliteten på dette området er etablering av et klagesaksprosjekt på tvers av avdelingene, forankret i Avdeling for helserett”.

I to vedlegg (3 og 4) redegjør gruppen nærmere for hvordan prosjektene kan gjennomføres. Det heter at det første prosjektet, tilsynsmetodeprosjektet, bør ha en styringsgruppe, ledet av Helsedirektøren. Også det annet prosjekt skal ha en styringsgruppe, mener gruppen, men der skal ikke Helsedirektøren sitte, bare representanter for fagavdelingene, og eventuelt fylkeslegene.

Om gruppen var konservativt direktoratlig i hovedsaken, er den altså mer radikal og offensiv ”til slutt”. De to prosjekter den foreslår å opprette peker jo frem mot en mer gjennomgående tilsynsmyndighet av Helsetilsynet, selv om gruppen synes å forutsette at en slik omdannelse ikke trenger å få organisatoriske konsekvenser. Det skulle den imidlertid vise seg å få.

Gruppens uoppfordrede tilsynsoffensiv er imidlertid nok et uttrykk for hvordan innslagene av styring nedenfra-og-opp nå preget Helsetilsynet. Gruppen gikk utover sitt organisatoriske mandat og tok et tydelig strategisk initiativ, et initiativ som pekte frem mot 2002. Slik bidro den også til ikke bare å markere, men å bidra til, den avinstitusjonalisering av helsedirektørembedet som over lengre tid hadde skjedd, og som Norbom-prosessene hadde gitt ekstra fart til. Helsedirektør Anne Alvik bidro indirekte til utviklingen ved å godta at ordningsspørsmålet skulle avgjøres gjennom ”forhandlinger”, forhandlinger hun selv bare påvirket gjennom såkalte ”føringer”, men også, mer alment, ved bevisst å nedprofilere rollen som helsedirektør. Tiden var blitt en annen. Det var ikke, sier hun selv ”lenger rom for utøvelse av helsedirektørembetet slik Karl Evang og Torbjørn Mork hadde gjort det”.⁶⁹⁷ Hun var heller ingen Evang eller Mork.

⁶⁹⁷ ”Anne Alvik møter Anne Alvik 28 år etter”, referat fra intervju med Anne Alvik i Det norske medisinske Selskab, 24.1. 2007, *Michael*, bind 4, nr. 2, 2007, s. 180-186. Referatet er ved Øivind Larsen.