

II Organisasjonsutviklingen: de små linjer

I det følgende skal vi se nærmere på den organisatoriske utvikling av de dominerende enheter i hovedlinjen i helseforvaltningen, altså departementet og dets helseforvaltningsenheter, Helsedirektoratet og fylkeslegeetaten. Vi vil altså ikke, av plasshensyn, omtale de andre, mer fagspesialiserte institusjoner – de som typisk nok ofte ble omtalt som spisskompetanseorganer under Norbom-prosessene. Vi vil heller ikke, igjen av plasshensyn, omtale den mer forvaltningspregede institusjonen Legemiddelkontrollen, utover å si litt om den når vi drøfter legemiddelovgivningen og tilsynsutviklingen.

Sider ved utviklingen i de nevnte helseforvaltningsinstitusjoner er berørt i den foregående del. Vi skal nå se nærmere på utviklingen av disse, og andre, sider – sider som vi ikke, eller knapt, har omtalt. Vi skal forsøke å vise hvordan også disse kan forstås innen rammen av den regimeutviklingshistorie vi allerede har fortalt.

6. Sosialdepartementets helseforvaltning: den indre organisasjonsutvikling

Vi skal starte med å se på helseforvaltningens rolle innen en av Sosialdepartementets sektorer. Så skal vi se på utviklingen av helseforvaltningen mer spesielt og internt, og da spesielt konsentrere oss om kjernen i denne, helseavdelingen.

Departementets sektorisering

Vi påpekte i første bind at legene, eller mange av dem, var opptatt både av å skjerme og selv styre helsesektoren. Aldri lyktes de mer med det enn under den evangske orden, særlig under årene frem til 1955. Delingen av direktoratet i 1983 var et uttrykk for at legene for alvor hadde mistet taket på styringen. Skjermingen av sektoren forsvant imidlertid ikke med denne delingen. Helsepolitikkenes økende politiske betydning, og den begynnende overgang til en mer mål- og resultatorientert styringsform (den nyttestatlige styringsform), gjorde snarere at det ble mer nødvendig å beholde skjermingen. Utnevnelsen av en egen helseminister i 1992 er, som vi har nevnt, uttrykk for at skjermingen, eller sektoreringen, ble enda tydeligere. Den skulle nå, iallfall i stor grad, gå helt til topps. Kanskje kan man også si at denne tiltagende sektorisering av helseforvaltningen ble styrket av at også resten av Sosialdepartementet ble sektorisert. Trygdesektoren hadde lenge vært sektorisert, naturlig nok – under departementet fungerte den jo som et slags offentlig monopolforsikringsselskap – men ble konsolidert som nasjonal sektor i 1966, da inndelingen i geografisk baserte kontorer ble opphevet. Sosialsaker hadde lenge (siden departementets etablering i 1913) sortert under den almindelige avdeling. I 1966 ble sosialsaker skilt ut fra den almindelige avdeling og lagt til en egen sosialavdeling. I 1988 ble denne avdelingen delt og der kom en avdeling (I) for barneverns- og rusomsorgsoppgaver – begge virksomheter hadde nå fått et mer sektorielt preg – og en avdeling (II) for sosiale oppgaver. I 1991 ble de siste saker samlet i en enda mer tydelig sektorpreget sosialavdeling (I), mens den andre avdelingen ble gjort om til en avdeling for ”eldreomsorg, funksjonshemmede og omsorgstjenester”. Omsorg var iferd med å bli en

egen sektor, og en sektor mer orientert mot helse- enn mot (resten av) sosialsektoren. Syv år senere ble, ikke så overraskende, avdelingen gitt navnet pleie- og omsorgsavdelingen. Grunnlaget ble slik lagt for å plassere denne avdelingen sammen med helsesektoravdelingene i et Helse- og omsorgsdepartement (2004).

Men den sektorielle tendens var ikke entydig. I 1966 ble de administrative oppgaver skilt ut fra den alminnelige avdeling, som nå ble løst opp, og lagt til en egen avdeling. På den måten ble de ”finansdepartementale”, og sektorintegrerende, oppgaver gitt styrket status, også overfor Helsedirektoratet. For så vidt ble også de indreadministrative oppgaver på denne måten gitt styrket status, men først etter 1983 overfor helsesiden, og nå altså helseavdelingen. I 1971 ble integrasjonshensynene ytterligere styrket ved at det ble opprettet en plan- og utredningsavdeling. Den kom imidlertid ikke, hverken da eller senere, til å bli en generell integrasjonsavdeling. Blant annet skulle den ikke, som vi skal komme tilbake til, få noe bredt ansvar for helseplanleggingen. Helseavdelingen fikk således en egen planseksjon da den ble opprettet i 1983. Planleggingsavdelingen bidro allikevel til å styrke de integrerende krefter i departementet. Da den, etter Norbom, ble gjort om til en avdeling som først og fremst skulle være en forebyggelsesavdeling, tapte den dog noe av sin integrerende rolle. I 1988 overtok et statssykehuskontor i administrasjonsavdelingen ansvaret for forvaltningen av de store og viktige statssykehus, spesielt Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Også det bidro til å styrke administrasjonsavdelingens posisjon som en integrerende avdeling, spesielt overfor helseavdelingen, men symbolsk også overfor de andre avdelinger. Som vi har sett, bidro prosessene etter Norbom til at administrasjonsavdelingen, og dermed integrasjonshensynene, ble ytterligere styrket. Denne endringen ble også markert ved at juristen Finn Høvik nå gikk av (1993) og ble etterfulgt av den unge og svært ”fremoverlente” statsviter, Steinar Stokke, en mann som hadde fått sin forvaltningsoppdragelse i Finansdepartementets finansavdeling og som hadde spilt en rolle i Norboms styringsgruppe. Det var for øvrig symptomatisk for utviklingen at avdelingen ble omdøpt til Administrasjons- og budsjettavdelingen.

Det er først og fremst som klinikk helsevesenet er sektorielt. Deler av preklinikken, altså den sykdomsforebyggende og helsefremmende virksomheten, har riktignok klinikkliknende oppgaver og befinner seg derfor innenfor den kliniske sektor. Mye befinner seg imidlertid utenfor klinikken, som det tradisjonelle folkehelsearbeidet og enda mer det arbeid som består i å legge premisser for andre sektors politikk – det som (etter finsk EU-initiativ) fra 2006 ble omtalt som «Health in All Policy» (HiAP), og som folkehelse-NOUen (1991: 10) fra helseavdelingen la slik vekt på. Man kan imidlertid slik si at det representerer en styrkelse av det sektorielle prinsipp at det etter hvert skjer en adskillelse av klinikken og preklinikken, *også* på forvaltningsnivå. På det utøvende nivå spilte den tiltagende adskillelse av almenklinikken og preklinikken – en adskillelse som for alvor startet med distriktslegestillingens avvikling i 1984 – den utløsende rolle. Denne adskillelse ble fulgt opp forvaltningsmessig da forebyggingsenheten ble opprettet i 1988. Da den ble opprettet var den delvis en del av helseavdelingen og delvis en egen enhet under departementsråden. Selv om dét skyldtes at statsråden ikke ville legge en politikk hun var spesielt opptatt av å styrke under helseavdelingens sjef, representerte organiseringen et ”sektorielt trekk” som passet med den sektorielt orienterte nyttestatstenkning. ”Sektoriseringen” av folkehelsearbeidet ble jo også ytterligere markert da Forebyggingsenheten etter Norbom ble knyttet til den nye forebyggings- og utviklingsavdelingen. Det mer spesielt tilblivne Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) (1988), ble, som vi har sett, lagt inn i den nye forebyggings- og utviklingsavdelingen, og ble der til en mer konvensjonell seksjon.

Statsrådene var altså generelle sosialstatsråder frem til høsten 1992. En viss sektorisering var det imidlertid også innad i den politiske ledelse før 1992. Noen av statsrådets politiske medarbeidere kom fra helsesiden, andre fra sosial- eller trygdesiden, men noen kom også primært fra ”politikken”. De som kom fra en fagside hadde som regel også politisk erfaring. Sektoriseringen er dermed alltid betinget på politisk nivå. På dette nivå skal det politokratiske prinsipp stå sterk(es)t. I praksis er det imidlertid alltid noe modifisert av det faglig-sektorielle prinsipp. Vi ser således at tre av denne periodens fem statsråder – vi regner da ikke med den rene sosialminister fra høsten 1992 – var medisinere, den første tannmedisinere, den tredje indremedisiner og den femte samfunnsmedisinere. Nr. to var økonom, men kom fra stillingen som underdirektør ved Rikshospitalet. Den fjerde, Veierød, hadde ingen relevant sektoriell bakgrunn. Hun var, som vi har nevnt, filolog og kom fra skolen. Av de ni statssekretærer som fungerte i årene 1983 til 1994 (én to ganger), var to leger – Astrid Nøklebye Heiberg, under Heløe, og Bjørn Martin Aasen under Gerhardsen og så igjen under Veierød – to sykepleiere og én diakon. De to leger – de satt til sammen syv av de 10–11 år – var også de statssekretærer som ble de mest innflytelsesrike. De andre statssekretærer hadde juridisk eller (annen) samfunnsvitenskapelig bakgrunn og bare en viss sektorielt relevant erfaring. Blant rådgiverne, men spesielt blant sekretærene, var andelen som primært var politikere, og som hadde mindre sektorielt relevant bakgrunn, større. I den grad de hadde sektorielt relevant bakgrunn hadde de i større grad bakgrunn fra sosial- og delvis trygdesektoren enn tilfellet var blant statssekretærene. Også det viser helsesektorens statusforrang.

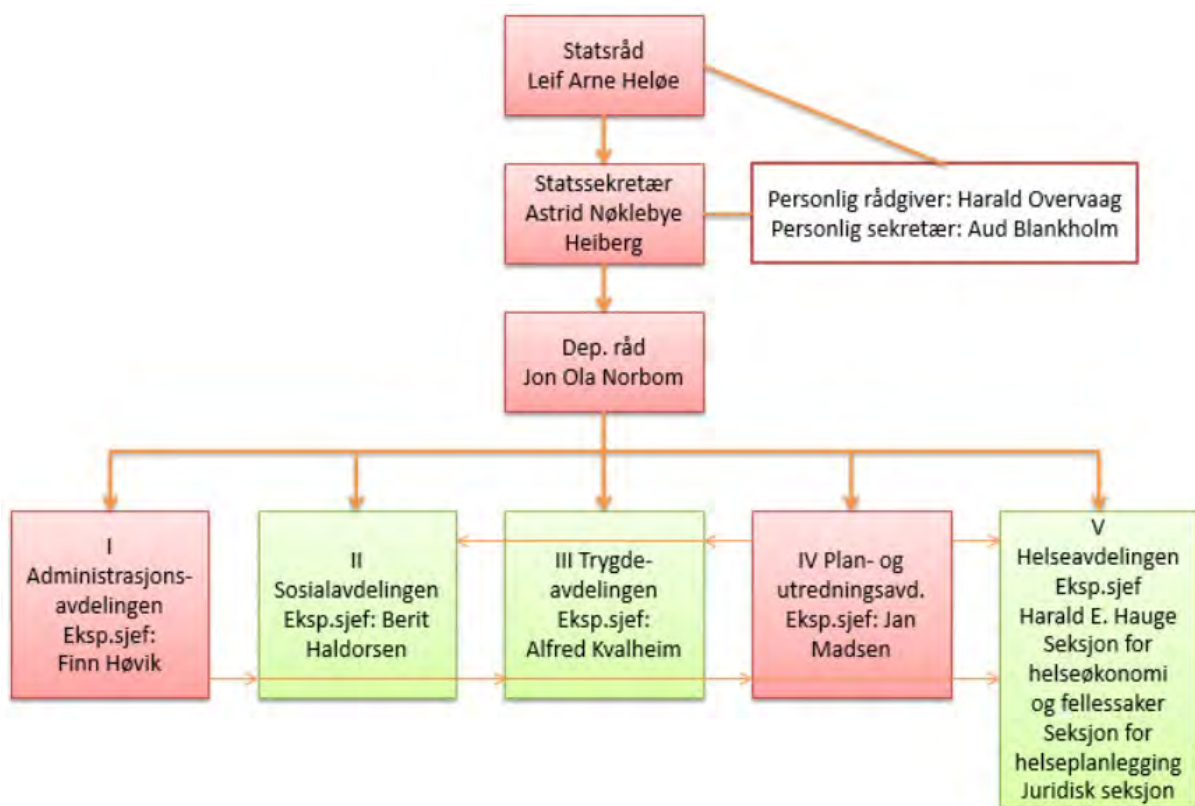
Sosialdepartementet var et flersektorielt departement, men altså et departement hvor helsesektoren nå dominerte. Trygdeavdelingen satt med ansvar for en større andel av statsbudsjettet, men var ennå ikke blitt så politisk viktig som den skulle bli. Som vi har nevnt trodde Norbom da han tiltrådte at han skulle komme til å bruke mest tid på trygdesakene. Slik gikk det altså ikke. Han, som hans statsråder, ble først og fremst helsepolitikere og helseforvaltere. Slik sett er det ikke så underlig at statsrådene og deres politiske medarbeidere i langt større grad hadde en forankring i helsesektoren enn i en av de andre sektorer.

Den nye helseavdelingen ble også straks den sosialt dominerende avdeling i departementet. Dens sjef, Harald Hauge, holdt, som vi har sett, fra første stund en høy profil. Han fikk også umiddelbart skapt en selvbevisst gründerånd i avdelingen, en ånd som bidro til avdelingens dominans innad i departementet. Hauges, og avdelingens, offensive stil skapte reaksjoner blant de andre ekspedisjonssjefene og for så vidt også i deres avdelinger. Hauges kolleger kunne irritere seg over hans selvsikkerhet, og betoning av helsesektorens (medisinske) særpreg. Hauge tok stor plass på ekspedisjonssjefsmøtene, men også på sjefsmøtene (ledet av statsråden). Han minnet dem litt om både Mork og Evang. Han eksponerte, mente de, en medikratiske suffisane, men en suffisane som kanskje var forsterket av mangelen på fortrolighet med forvaltningskulturen. Som vi har nevnt ble etter hvert Hauges posisjon noe svekket, både innad i helseavdelingen og utad i departementet for øvrig. Svekkelsen gikk til topps. Den som i starten hadde presentert seg som ”profesjonelt lojal”, ble i grunnen bare vist full tillit av den første av sine statsråder, den som hadde innstilt ham til ekspedisjonssjefsembetet, Leif Arne Heløe. Den siste i denne perioden, Werner Christie, fikk ham sendt til en ministerrådspost i Brussel.

I takt med at Hauges stilling ble svekket, forvitret også noe av gründerånden i helseavdelingen. Avdelingen ble også preget av økende dragkamp om posisjoner. Vi skal komme tilbake til det. Men denne utviklingen til tross, helseavdelingen og helsesektorens oppgaver og problemer, dragkampen med Helsedirektoratet medregnet, beholdt helsesektoren sin forrang i det sosiale departement.

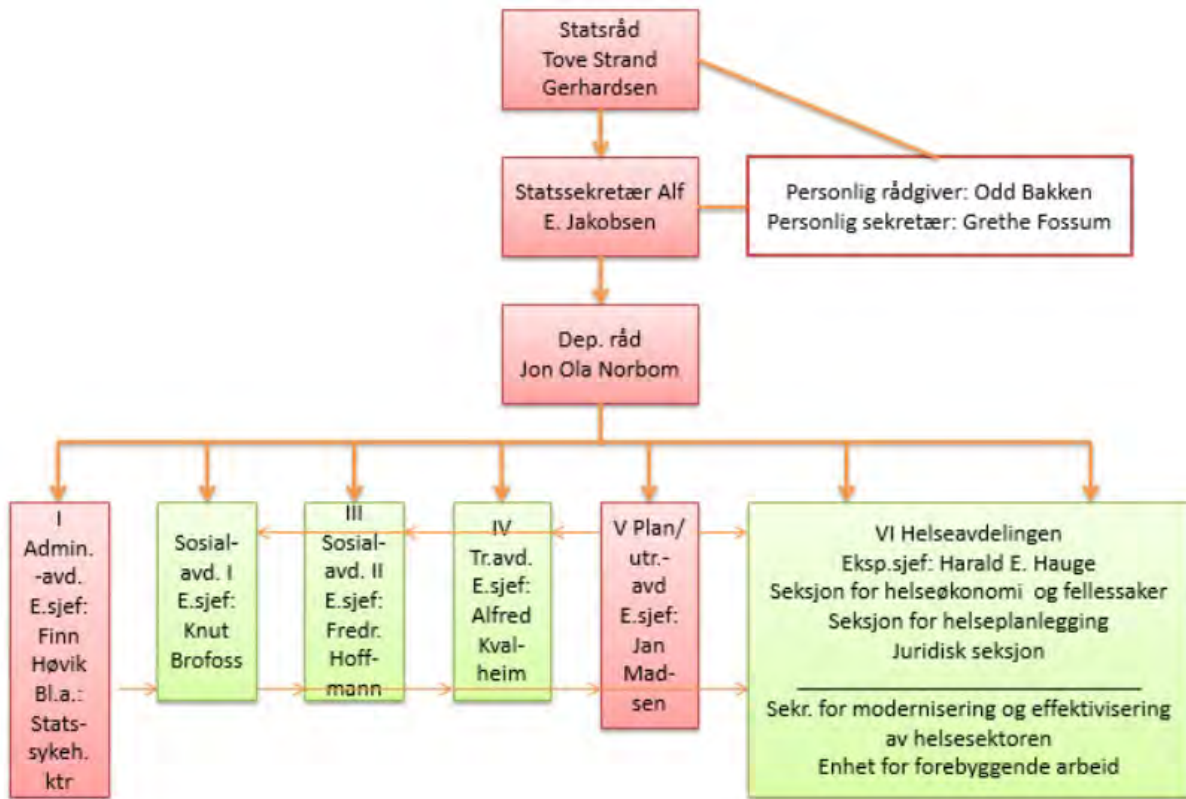
I figur 6.1. A, B og C har vi illustrert hvordan departementet, spesielt som helsedepartement, utviklet seg i denne perioden. Under A har vi presentert det opprinnelige heløeske departement, under B det gerhardsenske, etter endringene høsten 1988, og under C det christieske departement, som det fremstod etter Nordbø-prosessen, altså i 1994. Detaljer omkring organisasjonsendringene, spesielt i helseavdelingen, skal vi komme tilbake til.

Det svekket det nyttestatlig og sektorielle prinsipp at det utøvende, hovedsakelig kliniske, helsevesen hverken var organisert som et slags konsern under den departementale helseforvaltning, eller som konkurrerende organisasjoner i et ”vanlig” marked. Det hadde noe



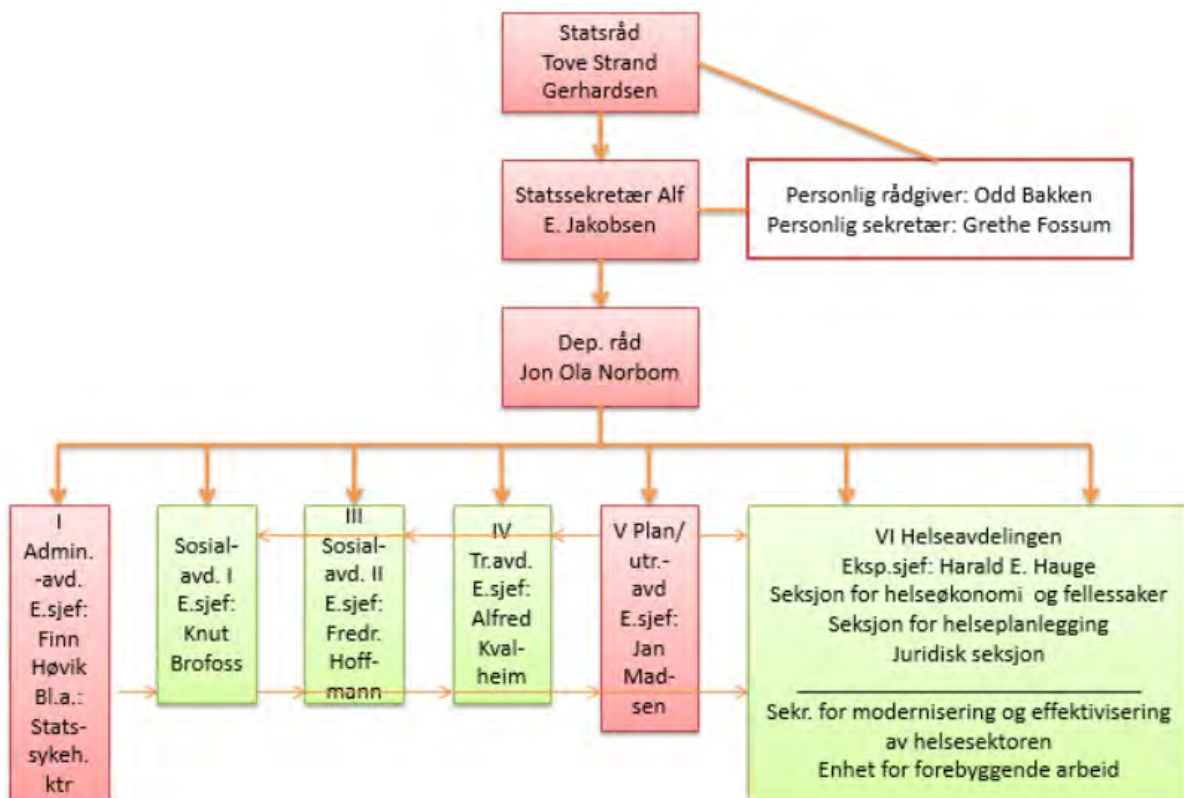
Figur 6.1. A Sosialdepartementets oppbygning senhøsten 1981. (De styrende enheter er farvet rødt, fagenhetene grønt).

halvkonsernaktig over seg ettersom mesteparten av helsevesenet var offentlig eiet, men konsernprinsippet ble vesentlig svekket ved at eierne var organisert i tre demokratiske nivåer, det statlige (endel sykehus), det fylkeskommunale (sykehusene) og det kommunale (det utenominstusjonelle helsevesen). Også på den prekliniske siden var sektoren i noen grad splittet opp på denne måten (stat og kommune). Det kompliserte bildet på den kliniske side at en del av tilbyderne var private, dog i de fleste tilfeller ikke-kommersielle og i betydelig grad offentlig styrt. Ja, det kompliserte bildet ytterligere at samarbeidet mellom departementet og direktoratet om styringen av sektoren ikke var helt tillitsfullt. Som vi har nevnt ønsket Helsedirektøren å nasjonalisere helsevesenet og slik virkelig konsernorganisere, og



Figur 6.1. B Sosialdepartementets oppbygning senhøstes 1988. (De styrende enheter er farvet rødt, fagenhetene grønt).

konsernstyre, sektoren. I så henseende var han meget mer av en nyttestatsmann enn departementets ledere. Der gjorde seg nok gjeldende ønsker også på departementalt plan om å nasjonalisere og konsernorganisere klinikken, men disse ønsker kom aldri skikkelig frem. I Gerhardsens nasjonale helseplan, lagt frem i mars 1988, kunne man finne slike tanker her og der, for eksempel i omtalen av effektiviseringsarbeidet (kap. 8). I planen tales det også om at utviklingen *peker* i det vi har kalt konsernretning. Det heter (s. 71): "Offentlige styringsmidler som lover, plansystemer og finansiering har styrket kontrollen med utviklingen av helsevesenet i etterkrigstiden". Her kunne det godt stått "den statlige" foran "kontrollen".



Figur 6.1. C. Sosialdepartementets oppbygning 1994.
(De styrende enheter er farvet rødt, de rene fagenhetene grønt og den komb. fag- og styr.enhet lilla).

I det utvalg som i 1985 (av regjeringen Willoch) ble oppnevnt for å se på finansieringen og organiseringen av norske sykehus, og som kom med sin innstilling i 1987, var det et mindretall som argumenterte for å nasjonalisere sykehusene.⁶⁹⁸ Mindretallet som blant annet bestod av direktøren for Statens rasjonaliseringsdirektorat, nyttestatlighetens viktigste forankringspunkt i Norge på den tiden, arbeiderpartipolitikerens Inger Louise Valle (1921–2006), påpekte at den sterke nasjonale styring som var lagt inn i Asvalls plan var ”blitt utvannet”. Dens ”gode intensjoner” er dermed ikke blitt fulgt opp, konstaterer mindretallet og foreslår å opprette et Statens sykehusverk.⁶⁹⁹ Mindretallets skarpt formulerte syn var et nyttestatlig tegn i tiden. Men nyttestatligheten, som nå fikk ny oppmerksomhet etter syttiårenes betoning av lokalt politokrati, slo ikke i den grad igjennom i helsepolitikken.

Helsepolitisk ble ”dobbeltpolitikken” fra Jo Asvalls ”nr. 9” (1974–1975) fulgt opp: En konsernaktig og sektoriell politikk skulle realiseres gjennom nasjonal rammepolitikk og lokal tilpasning. Den siste fikk stor plass, og den konsernaktige nyttestatligheten ble svekket, som Valle og hennes meningsfeller i sykehusutvalget påpekte. Det var tilfellet under Heløe. Det var også tilfellet under Gerhardsen og Veierød.

⁶⁹⁸ NOU 1987: 25 *Sykehustjenesten i Norge. Organisering og finansiering*. Utvalget var ledet av overlege Eilert Eilertsen (1918-2014), tidligere Høyre-ordfører i Bergen (1973-1983).

⁶⁹⁹ Kfr. utredningen, s. 81. Mindretallet bestod, foruten Valle, av BI-rector Jørgen Randers (f. 1945), tidligere sykepleiesjef i Helsedirektoratet Idunn Heldal Haugen og avdelingsdirektør hos Mork, og Høyre-politiker, Christian Erlandsen.

Med den nyttestatlighetsbølge som nå slo inn i nesten all politikk, fulgte der også en ”nytteintern” strid, en strid mellom dem som ville sektoriserer på nasjonalt konsernaktig måte og dem som, iallfall i noen grad, ville pluralisere helsevesenet, altså skape mange, mindre kliniske konserner (bedrifter), og ”styre” mer nedenfra, altså gjennom regulert konkurranse. Heløe og de to arbeiderpartidamene var, som nevnt, nølende konserntenkere, men (ytterst) skeptiske til (kommersiell) privatisering. Gerhardsens etterfølger, Sellæg, åpnet for en viss grad av privatisering og nedenfra-styring (utvidet bruk av stykkprisfinansiering). Hun hadde også en viss sans for at helseinstitusjoner kunne styres mer konsernaktig, eller bedriftslig, men ikke at helsevesenet som helhet skulle styres slik – altså som et monopol. Hun markerte det, som vi har sett, gjennom den innstilling om sykehusledelse som hennes statssekretær Geir Kjell Andersland, og det utvalg han ledet, la frem høsten 1990. Periodens siste statsråd, Christie, var ytterst kritisk til sin forgjengers privatiseringslinje, ja, også til alt som smakte av konkurranse mellom tilbydere. Han ville, som vi har sett, ha *styrt samarbeid* – ”managed cooperation”. Han ville følge opp den *nasjonale* del av den asvallske plan, altså kjernen i den, men helst beholde den lokal-demokratiske styringen. Han viste samtidig at han hadde et ris bak speilet: Ville ikke de lokale myndigheter samarbeide ville han styre; hans helsemelding fikk jo den tvetydige overskriften *Samarbeid og styring*. Etter hvert skulle hans etterfølgere ta frem riset, og velge den styrte konsernveien, den venstrepregede variant av nyttestatligheten. Sektoriseringen, og den nyttestatlige styring av helsevesenet, skulle altså fortsette å bli utdypet i tiden etter den periode vi her omtaler.

Sosialdepartementets politiske ledelse

Før krigen bestod den politiske ledelse i et departement bare av statsråden. Etter krigen ble den politiske ledelse gradvis utvidet. Først kom (1945) en statsministersekretær og personlige sekretærer. Den siste var imidlertid helt til inn i sekstiårene i stor grad en sekretær i tradisjonell forstand. Fra 1947 kom det, som vi har sett, statssekretærer. I 1974 kom den tredje av de ekstra-statsrådlige politiske stillinger til, den personlige rådgiver. Den første rådgiver kom også i Sosialdepartementet. I 1977 ble statssekretærens plass som statsrådets nestkommanderende, som vi også har nevnt, formelt fastslått. De andre politiske stillinger var, og forble, stabsstillinger. De var koblet til statsråden, men for så vidt også til statssekretæren. Hvordan de for øvrig ble brukt avhang en del av statsråden, men også av de aktuelle stabspolitikere. Dog ble det ikke, spesielt ikke av den ordinære forvaltning, godtatt at de forsøkte å utøve myndighet. Som vi har sett ble de personlige sekretærstillinger og de personlige rådgiverstillinger i 1992 omgjort til politiske rådgiverstillinger.

Den politiske stab ble omtrent fordoblet fra 1945 til 1971 (fra 9 under Gerhardsen II til 17 under Borten). Fra da av og til 1981, altså på ti år, skjedde det ytterligere en drøy fordobling, nemlig til 38 (Brundtland I). Denne staben vokste moderat gjennom åttiårene, nemlig fra 38 under Willoch-regjeringen til 41 under Brundtland II. Utover i nittiårene kom det en ny økning, slik at staben talte 56 i 1996.

Da Willoch-regjeringen tiltrådte i 1981, med Leif Arne Heløe som sosialminister, var ordningen med en politisk stab bestående av statsråden, en statssekretær, en personlig rådgiver og en personlig sekretær etablert. Denne ordningen ble beholdt frem til 1992, da altså sekretær- og rådgiverstillingene ble slått sammen. Der skjedde ingen stabsmessig ekspansjon i Sosialdepartementet i perioden 1983 til 1994. Faktisk ble staben en tid noe redusert. Heløe

hadde startet med en stab på tre, én i hver type stilling, men fikk etter hvert to i hver type stilling. Gerhardsen beholdt én i de to øverste stillinger, men fikk etter hvert en sekretær nr. to. Sellæg og Veierød hadde hele tiden tre i sin politiske stab, mens Christie nøyde seg med to – en statssekretær og en rådgiver. Nå (under Christie) var det imidlertid også kommet en egen sosialminister og hun hadde med seg en statssekretær og en politisk rådgiver, slik at den politiske stab i hele departementet var på fire foruten statsrådene.

På ett vis var det overraskende at den politiske stab ikke vokste spesielt i ”vaktene” fra Heløe til Christie. Dette var nemlig en periode hvor det politokratiske innslag ble styrket, og ble styrket som et selvstendig, legbasert, innslag. Under Gerhardsens regjeringer, til dels helt til 1965, spilte det politokratiske en viktig rolle, men det gjorde det i sterk samklang med den nyttestatlige filosofi for styring – i en venstre-liberal tapning. Det er ikke tilfeldig at Gerhardsens viktigste styringsfagfolk, økonomene – særlig i Finansdepartementet – i hovedsak var arbeiderpartifolk, oppdratt av planøkonomer ved Universitetet i Oslo. Etter at Arbeiderpartiet hadde tapt ”monopolmakten” ble politikken ”politisert” og legmannsinnslaget forsterket, forsterket som styringseksperterkritisk innslag. I 1970-årene gav det seg utslag i en nyttestatsopposisjonell holdning: Legmannsstyret ble gjort mer lokalt og slik enda mer legmannspreget. Leif Arne Heløe kom til makten etter at denne prosessen var kommet godt i gang hva gjaldt helsepolitikken, men han førte den videre – og fullførte den. Han fikk avmedikratisert, og delvis ”lokalsosialisert”, almenhelsevesenet (fullt ut i 1984). Han førte videre ”lokalsosialiseringen” av sykehuspolitikken (fylkeskommunene) (fra 1970 og 1976). Han fullførte avodontokratiseringen av ”folketannrøkta” (innført i 1950) (1983). Endelig skilte han ut, som vi har sett i detalj, den strategiske oppgave fra det medikratiske Helsedirektoratet og ”sentralsosialiserte” den (til departementet). Selv om de nyttestatlige ideer snart fikk økende tyngde, og etter hvert også manifesterte seg i helsepolitiske utredninger og en nasjonal helseplan (1988), slo de ikke for alvor igjennom i helsepolitikken. Heløe forble slik en politisk balansekunstner. Det samme gjorde, om enn på en annen måte, Gerhardsen, og for så vidt også, men igjen på litt ulike måter, Sellæg, Veierød og Christie. Arbeidet med å tilpasse helsepolitikken og helsevesenet mer til det politikkskeptiske, og særlig det lokalpolitikkskeptiske, nyttestatsregimet, kom først for alvor i gang med Gudmund Hernes (f. 1941) (desember 1995). Heløe og hans etterfølgere forsøkte å realisere den nyttestatlige LEON-planen til Asvall (av 1975) gjennom legmannspolitik, særlig lokal sådan. Det var ingenlunde lett, og de (statsrådene) fikk det alle travelt. Heløe og Gerhardsen hadde godt tak på politikken, og kom seg unna med mindre alvorlig kritikk. De siste tre fikk det vanskeligere – det ble jo også objektivt sett vanskeligere etter hvert. Den nest siste, Veierød, fikk til sist også stortingsflertallet imot seg.

Perioden 1983 (1981) til 1994 ble altså en ”heløesk” periode: Det var den politiske linje han tok over og ”fullførte”, eller konsoliderte, som satte tonen for tiden frem til Hernes.



Gitt den politokratiske offensiv fra 1970-årene av, er det ikke så underlig at statsrådene holdt seg til den politokratiske oppfatning av departementsledelsens instruksjonsrett overfor Helsedirektøren. Gitt denne offensiv er det heller ikke så overraskende at de fem statsråder alle ble ”plaget” også av indre politikk, altså av dragkamp med en ”ettermedikratisert” helsedirektør, men for så vidt også av en parallell politikk som utspant seg i klinikken (mellom leger og de nye ledere (og mellom leger og sykepleiere m.m.)). Med Christies avgang og prestesønnen Hernes’ komme, skulle arbeidet med igjen å forene legmannspolitik

og styringsfaglighet – ved å ”temme” legmannspolitikken – ta til. Gerhardsen-linjen (spesielt fra 1955) skulle taes opp igjen, skjønt i fornyet utgave.

At den politiske stab, til tross for legpolitiseringsen, holdt seg stabil i denne perioden, kan skyldes tilfeldigheter, som at staben hadde nådd en slags ”modning”, på tvers av departementer: Standarden var nå blitt én statsråd, én statssekretær og én eller noen få rådgivere og personlige sekretærer. Den perioden vi her omtaler er også nokså kort.

Helseavdelingen

Som vi har sett, da Helsedirektoratet ble delt og nyetablert utenfor departementet i 1983 ble der tilbake i Sosialdepartementet, ikke en gammeldags, juridisk preget helseavdeling, men en nyttestatlig orientert avdeling, med så vel leger som nyttestatlighetens fremste bærere, økonomer, i sentrale stillinger. Avdelingens sjef ble, som vi har sett, legen Harald Hauge. Det tør være styringsmessig symptomatisk at da han i 1988 skulle få en nestkommanderende valgte han økonomiseksjonens sjef, Andreas Disen, ikke rettsseksjonens sjef, Ingeborg Webster, eller for den saks skyld planseksjonens sjef, Gerd Vandeskog. Utnevnelsen skapte litt uro, og bidro til at Ingeborg Webster etter hvert sluttet.⁷⁰⁰ Men da Disen ble utnevnt var han allerede de facto en slags nummer to. Hauge behandlet ham som sådan, og nærmest insisterte på at han måtte få Disen som sin nestkommanderende. Når Hauge var borte var det også blitt vanlig for departementsråden å henvende seg til Disen. Disens økonomiseksjon var dessuten den seksjon i avdelingen de andre departementsavdelinger hadde mest behov for å samarbeide med.

Som det fremgår av figurene 6.1. A og 6.1. B ble avdelingen organisert med utgangspunkt først og fremst i tre styringsfunksjoner, styring gjennom (generelle) planer, gjennom budsjetter og regnskaper og gjennom rettsregler. Slik styring skaper avstand mellom styrende og styrte, og i dette tilfelle mellom departementet og så vel fylkeskommuner og kommuner som styrings- og delvis eierinstanser og de (pre)kliniske, verdiskapende institusjoner. Ordningen representerer også et tydelig brudd med den medikratiske tenkning, hvor ledelsen skal reflektere den underliggende medisinske spesialisering. Det er den i noen grad oppdelte, men nyttestatlige, styringsspesialisering som legger premissene for organiseringen.

Hvorfor valgte Harald Hauge å organisere sin avdeling slik? Han spilte først og fremst opp til styringsfagfolkene, og, skulle det vise seg, aller mest økonomene. To av seksjonene fikk økonomer som ledere og den tredje, nødvendigvis, en jurist. Nå sluttet riktignok økonomen Jan Grund som planseksjonssjef omtrent samtidig som han begynte, og ble erstattet av legen

⁷⁰⁰ De tre store fagforeningene i departementet anmeldte statsråden til Likestillingsombudet for kvinnediskriminering. De pekte på at fire hadde meldt sin interesse for embedet, tre kvinner og Disen, og at det i utlysningen av embedet hadde stått at kvinner var spesielt oppfordret til å søke. De pekte også på at Webster hadde lengre ledererfaring enn Disen. VG hadde den 16. april 1988 (s. 8) et femspaltet oppslag om utnevnelsen. Overskriften lød: ”ANMELDT for kvinnediskriminering”. VG skriver blant annet i teksten: ”At Disen også er en gammel studiekamerat av statsråden har ikke gjort de ansattes opphisselse mindre. Begge er utdannede sosialøkonomer fra Blindern.» Statsråden fulgte imidlertid ekspedisjonssjefens tydelige ønske. Disen spilte forøvrig, under Gerhardsens ministertid, ofte rollen som en mellommann mellom Hauge og henne (statsråden hadde et anstrengt forhold til Hauge). (Samtaler med Tove Strand 10.7.09, Andreas Disen 26.8.09 og Jon Ola Norbom 24.9. 2013.)

Gerd Vandeskog. Andreas Disen, sjef for økonomiseksjonen, ble, som nevnt, snart uformelt, og så i 1988 formelt, avdelingens nr. to. Senhøstes 1986 overtok han ansvaret for den viktigste planleggingsoppgaven, fra Gerd Vandeskog, arbeidet med den nasjonale helseplan. Økonomene stod også sterkt fordi de hadde støtte hos sjefen for planleggingsavdelingen, Jan Madsen, og dennes gamle studiekamerat, departementsråd Norbom. Den indre organisering, og bemanning, av helseavdelingen passet også Finansdepartementet godt. Nå hadde det en avdeling som forstod finansforvalternes måte å tenke på og fikk slik en velkommen buffer mellom seg og det utgiftsorienterte Helsedirektoratet. Bufferen ble, som nevnt, også styrket da statssykehuskontoret, et kontor i administrasjonsavdelingen, kom i 1988.

Den nylig avgåtte legeforeningspresidenten gav altså ikke «sine egne» noen prominent plass. Gerd Vandeskog fikk planseksjonen, men ikke i lengden noen sterk stilling i avdelingen. Hennes posisjon ble, nokså symbolsk, svekket da seksjonens viktigste oppgave, helseplanarbeidet ble overlatt til økonomiseksjonen. Hauge hadde også Hans Ånstad, som en i mange saker nær medarbeider. Ånstad var imidlertid ingen tradisjonell byråkrat og fungerte primært som prosjektmann (spesiallege), men også som leder for Forebyggingsenheten da den ble opprettet i 1988. Andre legekolleger hadde ikke Hauge, inntil Trine Normann og Olaf Aasland kom i 1988. Men også disse var, som vi har sett, prosjektmedarbeidere (rådgivere). Helsedirektøren kritiserte ansettelsen av leger i departementet – han så dem som «overprøvelsesleger» – men egentlig var legebemanningen i departementet beskjeden. Den faglig godt orienterte Hauge var på mange måter først og fremst sin egen medikrat. For ham var det viktigere å ha autoritet innad i avdelingen og departementet og oppover mot Makten, mot statsråden og mot Finansdepartementet, enn nedad. Ja, for ham var støtten ovenfra en betingelse for å få autoritet nedover. Han kunne derfor også, med en viss fryd, konstatere at for eksempel fylkeslegene heller ville ha kontakt med avdelingen enn med direktoratet; de resonnererte som ham, maktorientert. Han hadde sett hvordan Torbjørn Mork, med sin utfordrende stil, hadde henvist seg selv til avmakten, og altså blant annet svekket sin posisjon i fylkeslegekollegiet.

Helseavdelingen var, nødvendigvis, en forlengelse av deler av det gamle Helsedirektoratet. Da avdelingen ble opprettet kom der, som vi har nevnt, bare tre nye til, nemlig sjefen, Harald Hauge, han som altså siden skulle bli avdelingens nestleder, Andreas Disen og byråsjef Jan Tvedt. Statsviteren Tvedt ble knyttet til seksjon for helseplanlegging. Avdelingen ble, som vi har sett, raskt en meget departementalt selvbevisst avdeling. Det hang sammen med Harald Hauges engasjerte og engasjerende lederstil, men nok også litt med dragkampen med Helsedirektoratet. Hauge fikk med seg hele avdelingen og nær sagt hver eneste medarbeider. Han «tente» de fleste. Avdelingsånden ble slik sterk og offensiv. Men slik «tenning», slik offensivitet, lar seg vanskelig opprettholde over lang tid. Hverdagen kommer gradvis, rutinene setter seg og dragkampen om gunst og posisjoner skaper en mer prosaisk stemning. Slik gikk det også med helseavdelingen. Stemningen var forholdsvis høy de første to år, så begynte den å dale. Hauge hadde imidlertid godt tak på avdelingen ut 1980-årene og til dels enda litt lenger.

En forutsetning for at Hauge kunne lede så offensivt som han gjorde var at han hadde støtte oppover. Det hadde han hos den som hadde utnevnt ham, Leif Arne Heløe. Mot slutten av Heløes tid ble imidlertid det politiske press på statsråden stadig større. Den stramme finanspolitikken overfor særlig sykehusene (etter innføringen av rammefinansiering fra 1980) hadde skapt sykehuskøer. Statsråden ble stadig mer utfordret av opposisjonen. Frem mot valget i 1985 ble statsråden i stigende grad en brannslukker; han ble mer reagerende og stadig mindre agerende. Presset fortok seg ikke da valget førte til at regjeringen mistet sitt

stortingsflertall, og ble avhengig av Fremskrittspartiets støtte. Stresset forplantet seg nedover. Da så regjeringen Willoch falt våren 1986 og Tove Strand Gerhardsen ble ny sosialminister mistet snart Hauge den «ryggdekning» han hadde hatt oppover. Den nye statsrådets tillit til Hauge ble mindre og mindre. Det tok på Hauge. Det var ydmykende for ham at Andreas Disen, etter hvert måtte være en slags mellommann mellom ham og statsråden. Senere statsrådsskifter endret ikke på Hauges situasjon.

Økonomiseksjonen ble altså ekstra viktig for Hauge. Dermed ble også Andreas Disen, som vi har sett, ekstra viktig. Det bidro til det at Hauge og Disen gikk så godt sammen. Da Disen i 1988 ble avdelingsdirektør og den formelle nr. to i avdelingen, ble hans nære medarbeider Andreas Bjelde (f. 1949), også han sosialøkonom, ny seksjonsleder. Det bidro til økonomiseksjonens «overtak» på de andre seksjoner at den omfattet både faglig og personlig sterke folk som økonomen Tor Borgenvik (f. 1952) (byråsjef, fra 1986 spesialrådgiver) og snart også (våren 1984) statsviteren Øyvind Sæbø (fra 1986 spesialrådgiver).

Økonomen Jan Grund ble først utnevnt som sjef for planseksjonen, men kom altså ikke til å tiltre. Han ble av finansrådmann Bernt H. Lund (f. 1924) fristet over til Oslo kommune for å arbeide med bydelsreformen, men kom siden (1986) tilbake som spesialrådgiver, og som en slags uformell «politisk rådgiver» for statsråd Tove Strand Gerhardsen.⁷⁰¹ Etter hvert forlot han også departementet for godt. Psykiateren Gerd Vandeskog gikk, som nevnt, inn i Grunds stilling. Hun stod også i starten sterkt hos Hauge, men etter hvert ble det noe større distanse mellom Hauge og henne. Det gikk også utover seksjonen. Vandeskog startet, etter oppdrag fra Leif Arne Heløe, arbeidet med det som skulle bli Tove Strand Gerhardsens nasjonale helseplan, men ble altså etter hvert, av statsråden, fratatt ansvaret for planarbeidet.⁷⁰² Med det begynte en marginalisering av planseksjonen. Den ble ført videre da Forebyggingsenheten og Sekretariatet for modernisering og effektivisering kom i 1988. Begge var først og fremst planleggingsenheter. Tanken hadde først vært å legge FE til planleggingsavdelingen, men sjefen for den, Jan Madsen, ville ikke ha den, og så ble den altså i stedet ledelsesmessig lagt under departementsråden. SME kom meget brått, og uten at den administrative ledelse i departement og helseavdeling hadde hatt noe med saken å gjøre. Det var statsråden selv som ønsket enheten og som gjerne ville ha Trine Normann til å lede den. SMEs politikk reflekterte, som vi skal komme tilbake til, lederens, Trine Normanns, initiativ og statsrådets tilslutning til disse.⁷⁰³ Da den nye forebyggings- og utredningsavdelingen kom i kjølvannet av 1992-begivenhetene, ble planseksjonens skjebne endelig beseglet. Ja, da ble for så vidt avdelingen radikalt omorganisert.

Juridisk seksjon var, under Ingeborg Webster, blitt en svært fagorientert seksjon. Hauge og Webster fikk ikke noe nært forhold. Dette, samt det at seksjonen i noen grad ble preget av en del revirstrid med juristene i direktoratet, bidro til at juridisk seksjon kom litt i skyggen av økonomiseksjonen. Seksjonen fikk imidlertid etter hvert (etter 1988) igjen en viktigere rolle, blant annet, som vi har sett, i Norbom-prosessene.



⁷⁰¹ Grund sluttet i departementet i 1988. Han ble da professor ved Handelshøyskolen BI. (Intervju 11.2.09.)

⁷⁰² Statsråd Leif Arne Heløe hadde først ønsket en mer akademisk basert utreder til å lage den nye helseplanen, men han fant ingen og gav da Gerd Vandeskog ansvaret for den. Tove Strand Gerhardsen overlot det samordnende ansvar for planarbeidet til Andreas Disen like før jul i 1986. (Jon Ola Norbom, 24.9. 2013.)

⁷⁰³ Avsnittet er dels basert på opplysninger gitt av Jon Ola Norbom 24.9. 2013.

Helseavdelingen var altså organisert etter styringsfunksjon, men slik at den økonomiske, nyttestatlige styringsfunksjon dominerte. Den juridiske var delvis tilpasset den økonomiske, men var samtidig preget av rettsstatlighetens logikk. Planfunksjonen, en oppstrømsfunksjon, spilte en tertiær rolle – tillike en rolle som gradvis ble svekket som selvstendig rolle. Som iallfall en delvis nyttestatlig orientert avdeling var den slik organisert som et kombinert regulerings- og eierorgan. Den var et reguleringsorgan for så vidt som den skulle bestemme «spillereglene» for det som skulle skje i det kliniske marked og den var et strategisk eierorgan for så vidt som den skulle gi det utøvende, kliniske og prekliniske helsevesen oppdrag. Oppdragene var for øvrig en blanding av oppdrag, bestillinger og oppfordringer. Vi kan tale om oppdrag for så vidt som de aller fleste av oppdragsmottagerne var offentlige institusjoner og for så vidt som oppdragene var konkretisert gjennom lovgivning, finansieringsordninger, budsjetter og til dels statlige planer. Vi kan tale om bestillinger og oppfordringer for så vidt som institusjonene i stor grad var (fylkes)kommunale, ideelle eller private (men altså i stor grad offentlig finansierte).

Nyttestatlig sett skulle departementets avdeling hatt umiddelbart under seg enten en egen reguleringsmyndighet og en egen pseudokonsernledelse (oppdrags/oppfordringsledelse), eller en kombinert myndighet og konsernledelse. Man kan si at det var den siste type organ direktoratsdelerne i 1983 forsøkte å skape gjennom det nye helsedirektorat. Den perioden vi behandler i dette bindet er imidlertid historien om hvordan, og hvorfor, helseavdelingen ikke klarte å gjøre den tanken om til praksis – og om hvordan og hvorfor særlig Harald Hauge, men også Torbjørn Mork, ikke lyktes med sine forsett. Den er dermed også historien om hvordan departementets administrative og politiske ledelse heller ikke lyktes i å realisere den litt utydelige 1983-intensjonen. Istedenfor nyttestatlig avpolitisering, og styringsmessig profesjonalisering av nivåene under helseavdelingen, fikk man mer politisering, og en politisering som ikke bare omfattet forholdet avdeling/direktorat, men alle linjer nedover i sunnheitssektoren.

At Forebyggingsenheten og Sekretariatet for modernisering og effektivisering kom til på siden av helseavdelingen, er et litt «tilfeldig» uttrykk for hvordan helseavdelingens rolle som integrert regulerings- og eierorgan også ble svekket ovenfra. Opprettelsen av et eget statssykehuskontor i administrasjonsavdelingen kan man se som uttrykk for det samme. De endringene som kom etter politikkens kulminering sommeren 1992, og som vi har omtalt tidligere, er først og fremst uttrykk for pragmatiske forsøk på å avpolitiserer helseforvaltningssituasjonen mer enn for å forberede de kommende, mer ambisiøse, nyttestatlige reformer. De bærer imidlertid, ikke minst gjennom den begynnende oppsplittingen av helseavdelingen, og dermed den begynnende utskillelse av helsepolitikken til et eget departement, i seg kimen til disse reformene på departementalt plan. I dette reformarbeidet ble det ikke plass til Harald Hauge. Han var blitt for meget av et symbol på den historien man nå skulle legge bak seg.