

7. Helsedirektoratet: den indre organisasjonsutvikling

Det postmedikratiske direktorat vokser frem

Det evangiske helsedirektorat var bygget opp forholdsvis medikratisk, selv om der skjedde en viss medikratimodifisering på slutten av Evangs tid. Under Mørks første periode, altså frem til høsten 1983, fortsatte denne modifiseringen. Allikevel, direktoratet var, som vi har sett, stadig i stor grad en medikratisk organisasjon. På toppen satt Helsedirektøren og medisinalråden, med den juridiske ekspedisjonssjefen som en rådgiver, ikke som en linjeleder. Videre var direktoratet organisert som 10 kontorer. Åtte av kontorene ble omtalt som fagkontorer – i praksis var de helsefagkontorer. De representerte langt på vei en slags sektorer innen helsevesenet, men sektorer som var faglig, og spesielt medisinsk, definert. Lederne for disse kontorer var leger eller andre helsefagspecialister. De ledet, eller regulerte, i praksis først og fremst kolleger (lederkolleger), uten at der, med én unntagelse, kom noen fremmede imellom. Legekontorets overlege ledet, via fylkeslegene, distriktslegene og via dem igjen, eller direkte, de private leger. Hygienekontorets overlege ledet, via fylkeslegene, distriktslegene som folkehelseleger. Kontoret for sosialmedisins overlege ledet, via fylkeslegene, distriktslegene som sosialleger (tuberkuloseomsorgen, omsorgen for funksjonshemmede, abortsaker m.m.). Statens overlege for psykiatri, som hans gamle tittel var, ledet, via fylkeslegen, det psykiatriske helsevesen, via dets overleger – inntil 1976. Sykehuskontorets overlege ledet, via fylkeslegen og den administrerende overlege ved sykehusene, sykehusene, inntil 1976.

Sykehusene var, nesten i sin helhet, blitt tatt over av fylkeskommunene i 1970 (sykehusloven av 1969), men fylkeskommunen var ennå ingen «selvstendig» politisk enhet. Det ble den etter det første direkte fylkestingsvalget i 1975, altså i praksis fra 1976. Da fikk fylkeskommunen sin egen fylkesadministrasjon, blant annet med en direktør for sykehustjenesten, etter hvert kalt en fylkeshelsesjef. Slik ble i noen grad helsefaglinjen fra direktoratet ned til sykehusene brutt. Nå skulle den gå via den politisk-administrative enhet, fylkeskommunen. Det bidro til dette bruddet i den medikratiske linje at rollen som administrerende overlege nå var iferd med å bli borte: Denne overlegen ble snart en «anemisk» sjeflege, mens den gamle, legetjenende, forvalter, etter hvert som regel økonomisjef, ble sykehusdirektør.

Tannlegekontorets overtannlege ledet og forvaltet reguleringen av det offentlige og det private, tannlegeledede tannhelsevesen. Innen en medikratisk ramme, med Helsedirektøren som øverste leder, var altså tannhelsevesenet organisert som et *odontokrati*. Apotekkontorets overapoteker ledet og forvaltet reguleringen av apotekervesenet og mange sider ved legemiddelforsyningen og legemiddelomsetningen, altså i stor grad virksomhet ledet av farmasøyter. Her var det altså stadig elementer av et legeovervåket *farmakokrati*. Sykepleiekontoret, et forholdsvis ferskt kontor, var ledet av en sykepleier (som også var jurist) – med tittelen underdirektør. Hun ledet og forvaltet reguleringen av en sykepleietjeneste som var iferd med å bli mer fristilt fra medisinen og medikratiet; man fikk innslag av det vi kunne kalle *nutrixokrati*.⁷⁰⁴

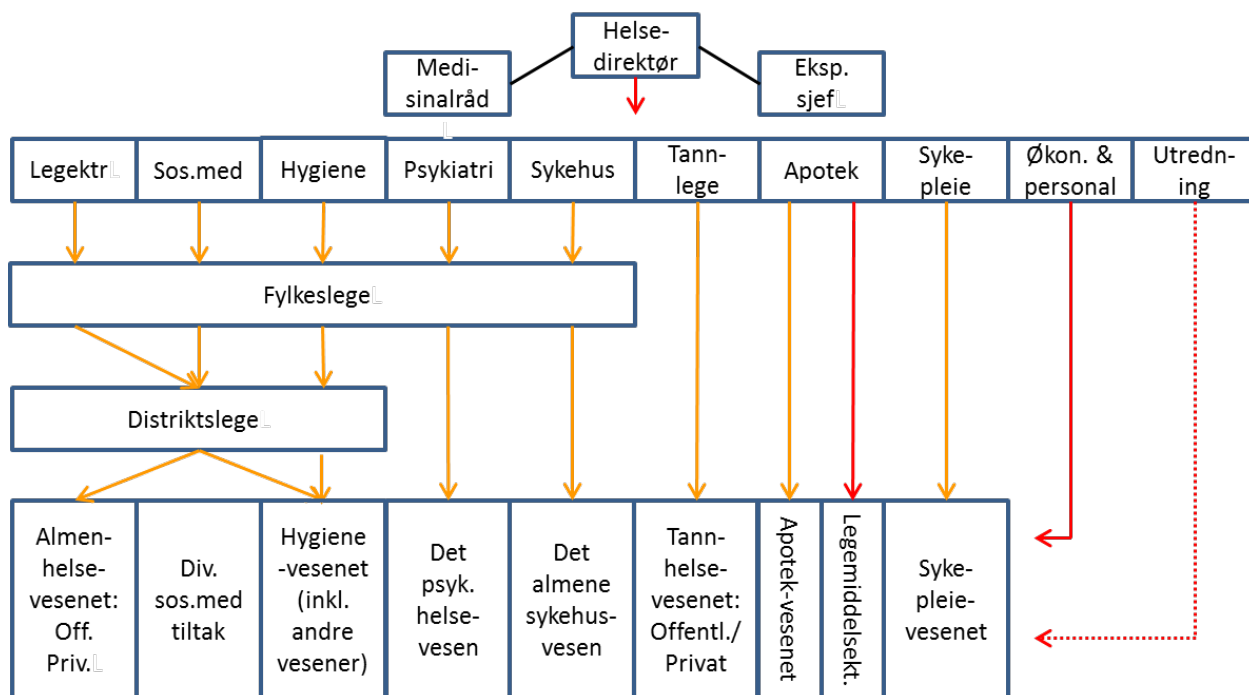
I tillegg til disse åtte helsefagkontorer, var der to styringsfaglige kontorer, Økonomi- og personalkontoret og Helsedirektoratets utredningskontor. Det første ble til allerede i 1921

⁷⁰⁴ Fra latin *nutrix*, en nærende (sykepleier).

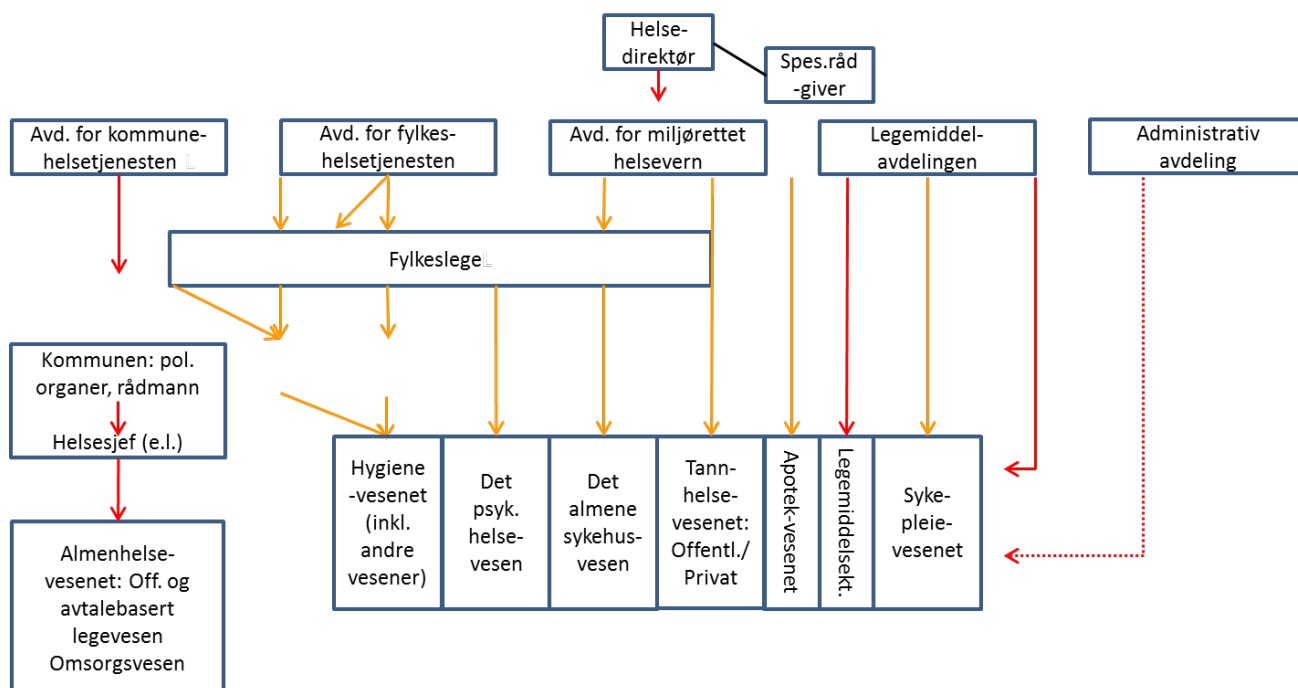
(som Budsjett- og personalkontoret), det annet i 1971 (som Utrednings- og planleggingsgruppen). Det første fungerte forholdsvis teknisk-administrativt. Det var en i hovedsak intern, nedstrømsorientert forvaltningsenhet. Utredningskontoret fikk ikke virke så lenge, og ble i stor grad en litt abstrakt fungerende tankesmie. Den viktige planleggingen foregikk fortsatt i helsefagkontorene, eller i departementet. I det første tilfelle var den under medikratiske og annen helsefaglig kontroll. Utarbeidelsen av sykehusplanen, eller egentlig den generelle helsevesensplanen («nr. 9»), vedtatt av Stortinget våren 1975, skjedde således i sykehuskontoret. I det annet tilfelle var planleggingen under politokratisk kontroll, men styringsnyttehensyn kunne også spille en rolle. Planene for omordningen av primærhelsevesenet ble utarbeidet slik, først i utvalg, så i departementet. Direktoratet og dets legekantor, altså den medikratiske struktur, var i dette tilfelle satt på sidelinjen.

Angrepene på de medikratiske og generelt helsefaglige strukturer fortsatte, og fortsetter for så vidt fortsatt. Nyordningen av spesialisthelsevesenet (sykehusvesenet inntil videre) skjedde i praksis i løpet av den siste del av 1970-årene. Nyordningen av primærhelsevesenet kom i 1984, med kommunaliseringen av det medikratiske distriktslegevesenet. Samtidig ble det odontokratiske tannhelsevesenet fylkeskommunalisert – i regi av odontologiprofessor Leif Arne Heløe og, til dels, tannlege, stortingsrepresentant og senere fylkestannlege, Johan Buttedahl. Presset økte også på de farmakokratiske strukturer; særlig på apoteksiden. De ble av mange, blant annet i departementet, sett på som for kollegialt «koselige» - noe som kunne få konsekvenser for tildelingen av apotekbevillinger. Nyordningen skulle imidlertid først komme en god del senere (fra 1995 til 2001), og bli langt mer nytteorientert enn politokratisk. Tiden var nå blitt en annen, mer politikkskeptisk. Endelig mistet høsten 1983, som vi har redegjort utførlig for, Helsedirektoratet, og Helsedirektøren, sin medikratiske «heisposisjon» – oppover, som nedover. Det siste innebar at direktoratet, fra å ha vært en intern del av helsevesenet ble en ekstern, «objektivt» regelforvaltende og like objektivt overvåkende og inspiserende del av det. Utenforplasseringen ble understreket ved at objektet for regelforvaltningen og overvåkingen, spesielt av det offentlige helsevesenet, i prinsippet gjaldt vesenets eiere – og altså bare indirekte de helsetjenesteytende institusjoner og utøvere (med den farmasøytiske sektor som unntagelse).

I figurene 7.1 og 7.2 har vi skjematisk illustrert de regimemessige endringer fra det gamle (7.1), delvis medikratiske, til det nye (7.2), delvis postmedikratiske, helsedirektorat.



Figur 7.1: Det semimedikratiske helsedirektorat (inntil 1975-76) og dets forhold til det utøvende helsevesen



Figur 7.2: Det postmedikratiske helsedirektorat (1984) og dets forhold til det utøvende helsevesen

De ti kontorer ble, som vi ser, erstattet av fem brede avdelinger. Det skjedde i regi av departementet, gjennom kongelig resolusjon. Avdelingene ble, som kontorene, institusjonelt basert (i organisasjonsteorien taler man om klientprinsippet). Nå ble imidlertid institusjonene de fikk ansvar for (i de fleste tilfeller) bredere definert, nemlig som primærhelsevesen, spesialisthelsevesen (sykehusvesen), folkehelsevesen og legemiddelsektor (apotekvesen og legemiddelsektor). Som en refleks av politikkenes økende betydning etter omorganiseringen,

får de to første avdelinger navn etter sine klienter: Den første blir avdeling for kommunehelsetjenesten, den annen avdeling for fylkeshelsetjenesten. De tre siste får mer helsefaglig tradisjonelle navn, avdeling for miljørettet helsevern og legemiddelavdelingen. Den siste avdelingen får imidlertid et navn som mer henviser til en av helsesektorens faglige varer, legemidler (de andre varer er utstyr/teknologi), og håndteringen av dem gjennom mange ledd. Slik reflekteres en relativisering av apoteke(r)nes (tradisjonelt dominerende) rolle. Sektoren tilpasses den industrielle, og etter hvert kommersielle, logikk.

Denne brede avdelingsorganiseringen legger premisser for den kommende, stadig sterkere, organisatoriske konsentrasjon av helsesektoren, en konsentrasjon som etter hvert både skal gi en mer nyttestatlig, konsernaktig styring og en strammere, nyttebasert, regulering av helsesektoren. Den femte avdelingen i det nye direktoratet, administrasjonsavdelingen, baserer seg, som det gamle økonomi- og personalkontoret, på den hovedsakelig indre økonomisk-administrative styringsfunksjon, men får også en del andre oppgaver, blant annet knyttet til personellsertifisering, klager og kontroll. At planleggingsenheten ikke fikk noe forlenget liv skyldes både det forhold at direktoratets rolle innen politikktutviklingen nå ble svekket og at det hadde vist seg uhensiktsmessig å løsrive planleggingen fra helsefagforvaltningen. De to klinikkrettede avdelinger fikk begge en seksjon for organisering og planlegging.

Som vi har sett, var omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen frem mot, men spesielt i, 1983 både et uttrykk for politisering av styringen og for større grad av rettsstatlig og særlig nyttestatlig styre. For direktoratet betydde dette for det første at forholdet oppover ble fjernere og mer formelt: Direktoratet mistet mye av sin strategiske (oppstrøms)rolle. For det annet betydde det at direktoratets forhold til klinikken (nedover) både ble langt mer formelt, altså lovanvendende og utvendig. Det ble, kan man si, «bind for øynene-preget» og indirekte. Det siste skyldtes, og det ble nå meget viktig, at direktoratets styring nedover gikk, ikke bare via helsefagpersonen fylkeslegen, men via kommunen og fylkeskommunen. De som f.eks. hadde arbeidet i legekantoret, eller hygienekantoret, og som var vant til hyppig telefonisk kontakt med distriktsleger, opplevet at det nå brått ble stille. De satt nå i nye avdelinger og hadde ikke lenger noen egentlige kolleger der ute. Dem de skulle ha kontakt med var ikke lenger kolleger, men byråkrater, selv om disse undertiden også var leger. På sykehussiden var den medikratiske kontakt mer gradvis forsvunnet, særlig fra 1976. På den odontologiske side kunne kontakten etter forholdsvis kort tid bli noe mer odontokratisk, for så vidt som der kom en egen tannhelseseksjon i fylkeshelsetjenesteavdelingen og fylkestannlegen fikk en viss uavhengighet i fylkeskommunen: Fylkeskommunene brydde seg lenge ikke så meget om tannhelsevesenet; de hadde nok med sykehusene (og sykehuskøene, og budsjettoverskridelsene). Også innen apotekersøylen bestod i noen grad den gamle faglinjen. Dette forhold ble forsterket av at den gamle apotekersjefen, Bjørn Jøldal (for)ble sjef for det som nå altså ble kalt legemiddelavdelingen.

Under det gamle regime hadde direktoratets linjer nedover som sagt et kollegialt, eller korporativt, preg. Også oppover var Helsedirektørens kontakt i prinsippet «kollegial», eller «privat», det vil si den var i stor grad tosidig og preget av liten grad av formalitet. Nå ble kontakten altså avkollegialisert, begge veier, men både gjort mer formell og mer almenpolitisk. Det siste skyldtes at legmannspolitikken slo sterkere inn, ofte så sterkt inn at det gikk nokså meget utover formalismen og ryddigheten i linjene. Som vi har nevnt før, utviklet det seg ikke minst kontakter mellom departementet og de ulike nivåer under direktoratet. Dette satte, som vi har vist, sterkt, ja stadig sterkere, preg på arbeidsforholdene i direktoratet.

Formaliseringen av direktoratets forhold til fagvirksomheten og dens eiere gav seg uttrykk i at den ble todelt. På den ene siden ble direktoratet et iverksettende organ. Iverksettelsen sprang ut av jus. På den annen side ble direktoratet nå stadig mer et formelt inspeksjons-, anklage- og domstolslignende organ, altså et «nytt» tilsynsorgan. Etter hvert skulle spenningen mellom disse to juspregede oppgaver skape betydelige spenninger og føre til store endringer i helseforvaltningen i 2002. Nå bidro de altså til å endre direktoratets måte å fungere på: Medisinen og helsefagene begynte å tape innflytelse og jusen å vinne innflytelse. Juristene hadde tidligere vært «holdt nede». Når vi ser bort fra det ekspedisjonssjefsembede de, mot Evangs vilje, fikk (av statsråden) i 1956, kunne de i høyden bli byråsjefer. Noen av legene, bl.a. Fredrik Mellbye (bind 1), syntes nok det skjedde i urimelig grad. Andre, bl.a. Ole B. Hovind (bind 1), mente at de juridiske byråsjefer ikke så sjelden «reddet» overlegene fra å begå juridiske bommerter. Nå kom jusen som en lavine. Det var en lavine Mork, som vi har sett, benyttet seg av, for å stagge den løpende politikk ovenfra, men enda mer ute i fylkeskommuner og kommuner. Men ved slik å støtte opp om jusen – i kampen mot departementet – bidro han, som vi har sett, til å skape det jusbaserte tilsyn som formelt kom i 1992 og 1994, men gradvis utviklet seg i årene som fulgte og som avgjørende for at de medikratiske innslag langt på vei ble drevet ut av det helsetilsyn det gamle direktorat ble til.

Jusens voksende betydning i direktoratet førte til at der kom en egen juridisk avdeling, dog ikke før i 1989. Det satt et stykke inne å slippe jusen slik til. Det innebar jo at man måtte flytte den juridiske styrings- og kontrollfunksjon ut fra den institusjonelt rettede forvaltningen, og kanskje gjøre den juridiske avdeling til en slags kontrollavdeling overfor de andre avdelingene. Det var ekstra vanskelig siden Mork og legene etter omorganiseringen høsten 1983 straks lanserte en remedikratiserende offensiv. Etter omorganiseringen begynte også juristene for alvor å opptre samlet. De møttes første tirsdag i annen hver måned. På møtet 8. mai 1984 var temaet: «Hva kan gjøres for å bedre juristenes stilling i Helsedirektoratet?»⁷⁰⁵

Det postmedikratiske direktorat: utviklingen 1983–1989

Avviklingen av restene av helsefagstyret i den sentrale statlige helseforvaltning var altså en del av en helt almen avmedikratisering av helsevesenet. Torbjørn Mork mislikte altså det. Som radikal medikrat, og som sosialradikaler, mislikte han særlig at det fjernet ham fra det strategiske arbeid med helsepolitikken. Den partssammensatte gruppen som i 1988 skulle se på direktoratets organisering, tenkte tilsynelatende som ham da den konstaterte at direktoratet ble «pålagt alt for mange mindre viktige, men likevel ressurskrevende funksjoner av faglig og administrativ art»,⁷⁰⁶ samtidig som det ble holdt utenfor helsepolitisk viktige saker der medisinsk kompetanse var viktig – som arbeidet med prioriteringsutvalgets mandat, arbeidet med den kommende nasjonale helseplanen og med vurderingen av kommunehelsetjenesten og etter hvert i noen grad også WHO's Helse for alle-program.

Men, som vi skal se, ikke alle i direktoratet tenkte (folkehelse)medikratiske. Mange var endog på linje med departementet i dets bestrebelser på å avmedikratisere direktoratet. De ønsket

⁷⁰⁵ *H.DIR intern melding*, årg. 1984, mai, nr. 1, s. 3.

⁷⁰⁶ *Rapport fra partssammensatt gruppe som har vurdert en hel eller delvis reorganisering av Helsedirektoratet*, fremlagt 8. mars 1988, s. 13.

imidlertid «alle», som Mork, å gi direktoratet en tydeligere helsepolitisk rolle. I den sammenheng så de at de kunne bruke mye av den filosofi som preget den nye offentlige ledelse, den rettsstatlige og den nyttestatlige del av den. For disse andre, altså i hovedsak ikkelegene, kunne denne filosofi tjene en dobbelt oppgave for dem, både å føre avmedikratiseringen videre og å bygge opp igjen direktoratets strategiske rolle. Gradvis skulle Mork og den øvrige ledelse stille seg bak ikkelegene: De oppdaget at den nye ledelsen kunne brukes i kampen mot departementet og for igjen å gi direktoratet en mer radikal strategisk-politisk rolle. Mork kom slik egentlig mer og mer til å bli, om det aldri skjedde med entusiasme og en dypere overbevisning, en eksmedikrat og målstyrer, hvis bare målene var hans sosialradikale mål. Men medikratiske ideer fortsatte å spille en viss rolle, kanskje vi kan si dyprolle, hos ham. Således forble for ham ordet «faglig», iallfall langt på vei, synonymt med «medisinsk». Fra tid til annen kunne han også skrive ironisk om både det nye, ofte upersonlige, språk den nye, nyttestatlige ledelsen skapte og om den filosofi den representerte. I *H.DIR intern melding* nr. 4 1985 «morer» han seg over ordet «feilsektorisert pasient», og i nr. 6, 1985 over den måten de nye ledelsesprofeter taler om behovet for effektivisering på. Men vi kan ikke se at han drøfter den nye ledelsesfilosofien på noen systematisk, dyptloddende, måte. Evang drøftet, som vi har sett i bind 1, en tidligere variant av denne ledelseslæren, og mente den var lite relevant for helsevesenet.

Vi skal i det følgende se nærmere på detaljene i regimeutviklingen i Helsedirektoratet.

Begynnelsen: mellom gammelt og nytt

Av figur 7.3 fremgår det hvordan det nye direktoratet fra starten av ble bygget opp og hvilke ledere det hadde. Denne oppbygningen ble altså, i hovedsak, beholdt de drøye fem første år etter omorganiseringen høsten 1983.

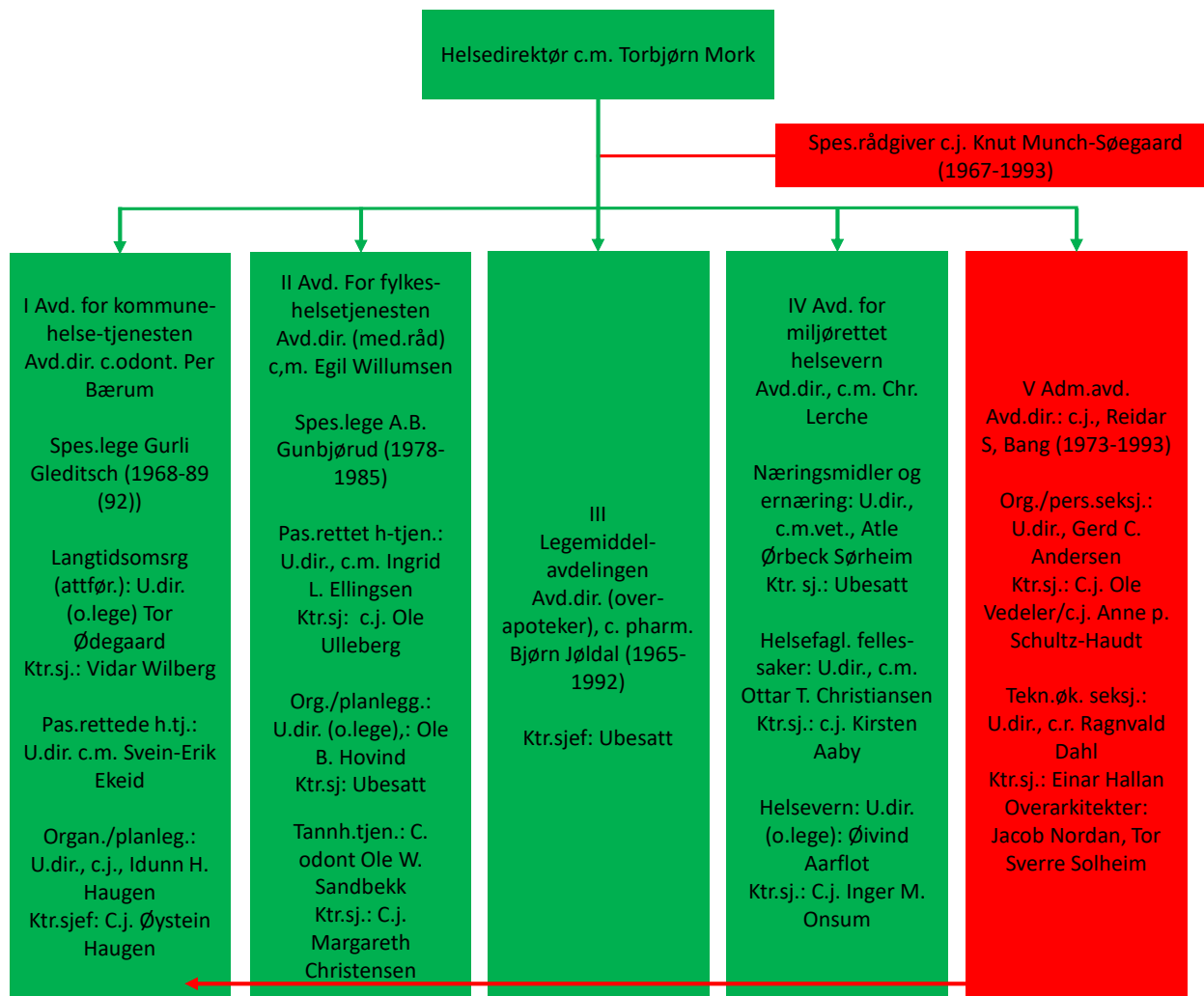


Fig. 7.3: Helsedirektoratets ledere etter omorganiseringen i 1983
 Underenhetene i avd.ene er seksjoner. L.middelavd. er ikke seksjonert. Årstall i parentes:
 ansettelsesperiode

Selv om den nye måten å ordne direktoratet på reflekterte både politokratiske og nyttestatlige ideer, reflekterte den også i noen grad gamle fagstyreideer. Apotekkontoret ble til legemiddelavdeling. Videre ble legekantoret til seksjon for pasientrettede helsetjenester, kontoret for sosialmedisin til seksjon for langtidsomsorg og attføring, sykehuskontoret til fylkeshelsetjenesteavdelingens to første seksjoner, hygienekontoret til avdeling for miljørettet helsevern og tannlegekontoret til seksjon for tannhelsetjenesten. I tillegg levde jo det administrative kontoret videre som administrasjonsavdeling. Fra 1985 ble alle sykepleiere i direktoratet samlet i den sykepleieledede seksjon for organisering og planlegging av helsetjenester; slik fortsatte også i noen grad det gamle sykepleiekontoret (og med samme leder). De gamle legedeledede kontorene fortsatte som legeledede avdelinger eller seksjoner; Tannlegekontoret fortsatte som tannlegeledet seksjon, men i en legeledet avdeling. Mindre fagtradisjonelt var det at den gamle overtannlegen, Per Bærum, ble sjef for kommunehelsetjenesteavdelingen. Alle de gamle sjefer fikk beholde sine tidligere fagtitler (som medisinalråd, overlege, overtannlege og overapoteker), selv om rolletitlene var endret og skulle gjelde for nye ledere.

Gitt disse historiens skygger er det ikke så underlig at avdelingene, og til dels også seksjonene, som deres kontorforløpere, kom til å fungere nokså innadvendt og hierarkisk. De konsentrerte seg om «sitt og sine», altså om saksbehandlingen overfor den del av helsevesenet de hadde et visst forvaltnings- og tilsynsansvar for. De samarbeidet lite til siden i direktoratet. Der ble av noen talt om at en «båsmånsmentalitet» hadde utviklet seg, eller var blitt ført videre. Mork hadde den 21. desember 1983 sendt et kort notat til alle avdelinger der han oppfordret til «Gjensidig bistand avdelingene imellom». I det arbeid med organisasjonsutvikling som for så vidt startet da direktoratet var reetablert,⁷⁰⁷ ble samarbeidet på tvers et tilbakevendende tema. Blant annet fikk det, som vi snart skal se, en spesiell rolle i den debatt som oppstod om spesiallegenes stilling.

Det nye direktorat kom altså til å speile det gamle i større grad enn organisasjonskartet kan gi inntrykk av. I noen grad kom de personalorganisasjonens endringer som skjedde i 1985, og som skjedde som en følge av Heiberg-gruppens forslag høsten 1984 om å styrke direktoratet personalmessig, til å gjøre denne speiling tydeligere. Forslagene hadde nemlig en medikratirestaurerende, og til dels helsefagrestaurerende, hensikt. De gikk blant annet ut på at embedet som medisinalråd skulle gjenopprettes – og besettes med en som skal være «lege eller har annen relevant helsefaglig utdanning»⁷⁰⁸ – at der skulle opprettes fem stillinger som spesiallege⁷⁰⁹ og at de helsefagutdannede underdirektørene skulle kalles fagsjefer. Gruppen foreslo også ytterligere noen nye stillinger (én kontorsjef- og to konsulentstillinger), samt at lederstillingene og spesiallegestillingene skulle oppjusteres lønnsmessig. Spesiallegene, som i praksis var saksbehandlere, skulle lønnes i lønnstrinn 31, ett trinn under fagsjefene, men ett trinn over (de gjenværende) underdirektørene og ca. 10 trinn over konsulentene (18–22). Regjeringen fulgte opp gruppens forslag gjennom sin salderingsproposisjon. Forslagene ble vedtatt av Stortinget, uten endringer.

Opprettelsen av de nye stillingene og omgjøringen av noen av underdirektørstillingene til fagsjefstillinger skapte ingen diskusjon i direktoratet. Den organisatoriske plassering av spesiallegene skapte imidlertid en del dragkamp. De to første spesialleger (fra 1983) ble plassert i en litt uformell stabssposisjon til avdelingsdirektøren. Direktoratets ledelse så gjerne at den ordningen fortsatte, og ble tydeligere formalisert – slik at spesiallegene ble en fellesressurs for avdelingene og til dels for hele direktoratet. Det reagerte de andre gruppene på. Norsk Tjenestemannslags talsmann, Finn Aasheim, skrev at forslaget ville gi legene «en ytterligere særstatus i forhold til andre saksbehandlere med spesiell kompetanse».⁷¹⁰ Han og hans organisasjon ville, i likhet med de andre «misfornøyde» og deres yrkesorganisasjoner at spesiallegene, som andre saksbehandlere, skulle plasseres i seksjonene – og heller ikke ha noen fortrinnsrett til å «fungere» som avdelingsdirektører eller fagsjefer. Norges Juristforbunds lokale lag sa at det å plassere spesiallegene i stab ville «innebære at spesiallegene automatisk får en høyere status enn saksbehandlere med annen bakgrunn». Legene var delt i spørsmålet om spesiallegenes plassering. De som var skeptiske til stabsplassering mente en slik ville kunne plassere legene litt på utsiden av den vanlige, og altså nokså «båspregede», saksbehandling. Spørsmålet ble drøftet i møte mellom ledelsen (Mork og Alvik) og organisasjonene den 30. oktober 1985. Resultatet ble et vagt kompromiss: «Spesiallegenes kompetanse må komme hele avdelingen, og direktoratet, til gode. Samtidig legges det opp til en viss seksjonstilknytning». Det heter også at «Spesiallegene skal ligge

⁷⁰⁷ Det ble etablert en koordineringsgruppe for organisasjonsutvikling.

⁷⁰⁸ Brev fra Sos.dep. til Helsedir. 7.3. 1985, sak nr. 2817/85; Helsedir., sak nr. 4669/85.

⁷⁰⁹ Samtidig skulle fire saksbehandlerstillinger innføres.

⁷¹⁰ Brev av 13.6. 1985.

utenfor en klar plassering i linjen, og skal herunder ikke fungere ved ledighet i de ulike avdelinger». Som organisasjonsoppstillingen etterpå ble, var det klart at organisasjonene i stor grad fikk det som de ønsket. De nye spesiallegene ble alle plassert i seksjonene, mens den ene (gjenværende) av de opprinnelige spesialleger ble værende i stabsposisjon. Her ble de imidlertid, med én unntagelse,⁷¹¹ plassert rett etter fagsjefen og altså foran kontorsjefen (som de øvrige saksbehandlere ble plassert etter). De forble for såvidt litt mer enn bare saksbehandlere.

De nye legestillingene, medisinalrådsemet (fra mai 1985) medregnet, kan altså sees på som et lite uttrykk for remedikratisering. Samtidig førte denne remedikratiseringen til en mobilisering av de andre gruppene som ville vært nærmest utenkelig i Morks første periode, og utenkelig i Evangs tid. Vi har nevnt at sykepleierne fikk en liten revansje nå, men Mai Dalen (f. 1945) måtte nøye seg med å bli underdirektør; hun ble ikke fagsjef (som legene, tannlegen og veterinærmedisineren). Fra sykepleiernes forbunds side (Aud Blankholm) kom det også et, nokså urealistisk, forslag om å opprette en sjefsykepleierstilling i direktoratet, knyttet stabsmessig til Helsedirektøren. Viktigere var den passus ikkelegene fikk inn i protokollen etter møtet (29.11. 1984) om «Heiberg-pakken». Det het her at det ved «ledighet i spesiallegestillinger kan vurderes om slike stillingshjemler skal brukes til andre yrkesgrupper enn leger».

Det vi ser her er hvordan yrkesgruppene både tilpasser seg og utnytter den nye styringsprofesjonalisering. Legene er iferd med å gi opp sin «utvidede» forståelse av legerollen, altså en rolle som både er faglig-teknisk og styrende (ledende). Legene blir mer fagspesialister i nyttestatlig forstand. De begynner å slippe den utvidede autoritet fagkunnskapen og standsetikken tidligere hadde gitt dem. De andre, både akademikere og høyskolekandidater, begynte å dytte på for å bli stillingsmessig anerkjent som fagspesialister. De, men særlig de første, argumenterte nyttestatlig. De argumenterte imidlertid ikke samlet. De hadde også i sin midte altfor få økonomer – i 1985–86 var de bare tre, og alle på saksbehandlernivå – til at de for alvor kunne utnytte den viktigste del av styringsprofesjonaliseringen, nyttestatliggjøringen. Men nyttestatligheten skulle allikevel snart slå inn også i direktoratet. Det skjedde gjennom politiske vedtak og signaler; nå (fra 1987) skulle jo «Den nye staten» bygges. Direktoratets ledelse slapp den imidlertid ikke bare lydlig inn; den slapp den også ivrig inn. Mork og Alvik slapp den inn i form av private (Asplan Analyse AS) og offentlige (Statskonsult) konsulenter. Det skjedde ikke etter krav, ei heller etter ønske, fra direktoratets overordnede organ, departementet. Det skjedde etter ønske både fra ledelse og ansatte.

Den største «andre» gruppen, juristene, som under hele Evangs periode, og delvis under Morks første periode, var blitt «holdt nede», kom nå, som vi allerede har antydnet, for alvor på offensiven. De utnyttet den nye situasjonen. Nyttestatligheten var jo akkompagnert av rettstatligheten. Det vil si, nyttestatligheten trengte rettsstatligheten – men først og fremst i en post-idealistisk, instrumentell tapning. Den nyttestatlige styring måtte i stor grad konkretiseres gjennom jus – en jus som altså var midler til å realisere (nytte)mål, mer enn en jus som reflekterte verdier (normative prinsipper). Den siste (og gamle) form for jus skulle nok også få en viss plass igjen, gjennom rettighetslovgivning, men da er vi inne i den post-morkske tid. Nå kunne juristene komme på offensiven fordi legenes kombinert normative og praktiske skjønnsutøvelse i økende grad ble gjort til jus. Et typisk uttrykk for det er tilsynsloven, den

⁷¹¹ Spesiallegen i seksjon for helsefaglige fellessaker i avdeling for miljørettet helsevern.

loven som på mange måter *markerte* overgangen fra medikratisk til rettsstatlig (og nyttestatlig) styring, og som, som vi har sett, Mork brukte i sin kamp for å bevare rester av medikratiet. Som vi også har sett, bidro den imidlertid først og fremst til å undergrave det – altså til å gjøre direktoratet om fra et institusjonelt direktorat til et inspektorat og kontrollorgan, et helsetilsyn.

Juristene hadde oppnådd noe, om ikke så mye, gjennom nyordningen av direktoratet. De beholdt Munch-Søegaard på toppen – nå som spesialrådgiver (men han kunne fortsatt kalle seg ekspedisjonssjef) – og Bang som avdelingsdirektør. To av Bangs kontorsjefer ble underdirektører. Men juristene ville ha mer. De ville samle alle, eller de fleste, jurister i en egen, mer faglig preget, juridisk avdeling. Administrasjonsavdelingen var jo langt mer enn en juridisk avdeling. Ja, selv om den nå hadde fått en del av tilsynsområdet, ble den jo også viktigere som strategisk nyttestatlig (økonomisk) avdeling. Som vi snart skal se, juristene – og mer som ekte enn som ledet kollektiv – vant frem.

Juristene vant imidlertid frem, som vi har antydnet, på en ny, mer nyttestatlig måte. De vant frem som fagspesialister, mer enn som de gamle, generelle forvaltere, altså i hovedsak behandlere av enkeltsaker. I den nye nyttestatlighet, som nå ble fremmet både av Høyre (kalt modernisering) og Arbeiderpartiet (kalt fornyelse), skulle den gamle rettsstatlighet – med det weberske byråkrati – gradvis erstattes av et mer offensivt, endringsorientert styringsapparat. Også juristene skulle slik fungere mer på oppstrømssiden, som planleggere og politikkutviklere, det vil si, som lov- og lovstyringsutviklere. *Direktoratets* jurister skulle imidlertid ikke i særlig grad få fungere slik; den oppgaven gikk til deres kolleger, og til tider rivaler, i helseavdelingen. I direktoratet forble juristene mest nedstrømsfungerende. De måtte fortsette å fungere tradisjonelt byråkratisk. Ja, forbrukerrevolusjonen, og den økning i klage- og erstatningssaker den førte til, gjorde at juristenes «tradisjonelle» oppgaver økte betydelig i omfang. Men i økende grad fikk også juristene i direktoratet nye, mer «moderne» oppgaver knyttet til lovtolkning generelt og, ikke minst, til *det* nye, jusbaserte tilsyn. Også juristene begynte derfor nå mer og mer å kalle seg spesialister, og å be om å få en egen, spesialisert rettsavdeling. De ville, minst, ha et «horsisontalt» forhold til sine gamle mestre, legene og til dels de andre helseakademikere.

Men juristene var altså ikke alene. Også de andre faggrupperepresentantene begynte i stigende grad å kalle seg spesialister, og å be om å bli synliggjort som sådanne. Helsefagfolkene, og mer som sådanne enn som leger, farmasøyter etc., ble i noen grad fagsjefer og i noen grad spesialleger. Særlig den første, men egentlig også den annen, tittel, var titler som representerte en distansering fra de gamle, klinisk lydende fagstyretitler. Legene, farmasøytene, tannlegene, psykologene, sykepleierne og veterinærene kom, og plasserte seg nesten, slik på linje med fagspesialistene man kjente fra de tekniske sektorer, og som man hadde noen få av i direktoratet, nemlig arkitektene. Men som spesialister ble de i stor grad dyttet «nedover», både på oppstrøms- og nedstrømssiden. På oppstrømssiden skulle de i større grad spille en rolle som samfunnsmedisinske diagnostikere – de skulle følge helsetilstandens utvikling. Som overvåkere av utviklingen av fagtilbudene, altså intervensjonene, skulle de følge med i litteraturen og den norske medisinske praksis, også med et kritisk-vurderende blikk. Med disse utgangspunkter skulle de gi politiske premisser oppover, men altså aldri selv nå opp til politikken, altså det strategiske nivå. Mellom dem og politikken hadde jo helseavdelingen etablert seg. På nedstrømssiden skulle de bidra med fagpremisses i forvaltningen av tradisjonell lovgivning, og i de ulike tilsynsoppgaver. Slik ble de altså i økende grad rådgivere, oppover for departementet, nedover for juristene. Medikratiet og de andre

helsefagstyrene skulle nå i stigende grad underordnes «utilitokratiet» og «nomokratiet».⁷¹² Juristene er styringsspesialister, som samfunnsøkonomene, og kommer nå offensivt tilbake, men altså på en annen måte enn tidligere. Som styringsspesialister *braker* juristene, og økonomene, de andre tekniske spesialister. Under medikratiet var det i stor grad motsatt. Selv om der fortsatte å sitte leger i de viktigste lederstillinger i direktoratet, ledet, eller administrerte, de den begynnende overgangen fra medikrati til «utilotokrati» og «nomokrati». Bestrebelsene på å bryte ned seksjonsgrensene, og til dels avdelingsgrensene, som kom i gang fra første stund etter delingen i 1983, kan sees på som en del av denne utviklingen – altså av den kombinerte avbyråkratiseringen og avmedikratiseringen. Vi skal komme tilbake til den.

Mot en ny tid: den nye ledelsesfilosofi som dynamikkaker

«Det har vært en klar forutsetning for omorganiseringen at det må skje et organisasjonsutviklingsarbeid også etter at den formelle nyordningen trådte i kraft», heter det i Heiberg II-rapporten (av 27.11.84) (s. 20). Et slikt arbeid startet også straks (etter delingen), men det tok tid – mer enn fem år – før det førte til mer grunnleggende endringer. Direktoratet trengte tid til å finne seg selv igjen, eller gjenoppfinne seg, på iallfall delvis sine egne premisser. Det trengte det i flere henseender. Det trengte å finne, eller like gjerne, gjenfinne, sitt *raison d'être*, og å bestemme hva det innebar, spesielt organisatorisk, men også ledelsesmessig. Det første, formålsspørsmålet, var nært knyttet til striden med departementet. I denne striden ble det imidlertid først og fremst håndtert på en tradisjonell, ressortaktig måte, som et spørsmål om å bestemme hvem som skulle ha det formelle ansvar for hva (kfr. arbeidsgrupperapporten i 1987). Det ble ikke håndtert på en målrettet måte. Innad i direktoratet ble så etter hvert spørsmålet om direktoratets formål mer sentralt. Det var ikke minst en følge av det nye målstyringsregimet. Som det het i *Rapport fra partssammensatte gruppe som har vurdert en hel eller delvis reorganisering av Helsedirektoratet*, fremlagt den 8. mars 1988 (s. 13):⁷¹³

Helsedirektoratet er en del av sentralforvaltningen og eksisterer i kraft av å ha en samfunnsfunksjon... På tross av dette må vi dessverre konstatere at det ikke foreligger noen klar og bevisst policy blant overordnede myndigheter om hva de skal bruke Helsedirektoratet til.

I rapporten heter det videre at direktoratet «må ha en struktur tilpasset de samlede oppgaver vi er satt til å ivareta». Den nytestatlige idé om målstyring passet altså svært godt. Det var det direktoratet, eller mange av dets medarbeidere nå, etter fem år, for alvor oppdaget, og begynte å utnytte – utnytte i dragkampen med departementet. Gjennom å lage et prinsippprogram, definere direktoratets mål, begynne å utarbeide virksomhetsplaner og, på dette grunnlag, å omordne organisasjonen, kunne direktoratet kanskje komme mer på offensiven i dragkampen. Departementet kunne jo vanskelig si nei til en organisasjonsutvikling som baserte seg på statens nye, overordnede styringsfilosofi. Men samtidig kom slik direktoratet for alvor til å gi opp tanken om å restaurere noe av medikratiet og de øvrige innslag av helsefagstyre. Helsefagfolkene ble altså med denne satsingen på den nye offentlige ledelse gjort mer til

⁷¹² Vi kaller et lov- eller rettsstyre (også) et nomokrati, etter det greske ord for lov, *nómos*.

⁷¹³ Gruppen bestod av Anne Alvik og Per Bærum fra direksjonen og fire representanter for de ansatte fagorganisasjoner: Erik Fjell, NTL, Ole Willy Sandbakk, AF, Hanna Bild, NSF, NOSO og SL. Rapporten er på 26 sider pluss to korte vedlegg.

tekniske eksperter à la ekspertene i de andre direktorater, for så vidt *noe* av det som hadde begrunnet delingen i 1983. Som vi har påpekt hadde den nye ledelse satt færre spor etter seg i departementet. Her var det de politokratiske hensyn som hadde prioritet. Departementet lot derfor direktoratet langt på vei styre med sitt. Da direktoratet la frem sine målstyringsdokumenter, og så sine virksomhetsplaner, og da det la frem sine forslag til omorganisering, hadde departementet få viktige innvendinger, eller meninger. Det hadde dog noen, som vi skal se. Det passet på sin rolle som overordnet organ. Slik sett var imidlertid departementet forholdsvis lite etatsstyringsbevisst, for å bruke et ord som siden skulle bli så sentralt i det (nye) nyttestatlige regime.

Vi skal nå se nærmere på ledelses- og organisasjonsutviklingen i Helsedirektoratet i annen halvdel av 1980-årene. Vi skal starte med ledelsesorganiseringen, fortsette med ledelsesutviklingen, så se på organisasjonsutviklingen og avslutte med å redegjøre for utviklingen av virksomhetsplanleggingen. Det er den siste som først og fremst er uttrykk for den nye målstyringen. Vi kunne således ha startet med den, men vi skal i stedet bruke den til å summere opp den utvikling direktoratet gjennomgikk i denne perioden: Den styrte ikke helt ut den generelle organisasjonsutvikling i det morkske direktorat. Virksomhetsplanlegging er en oppgave, og kunne vært behandlet senere, i oppgavedelen. Vi har funnet det mest hensiktsmessig å behandle den her, siden den i beskjeden grad ble en del av den helsepolitiske planlegging.

Ledelsesorganiseringen

Som vi har vist i bind 1 ble ledelsen av direktoratet gradvis kollektivisert og integrert. Utviklingen startet under Evang i midten av 1960-årene og fortsatte i Morks første periode. Under Morks første periode ble de orienteringsmøter Evang hadde hatt mot slutten av sin tid til en slags ledermøter (fredagsmøter). Etter delingen ble ledermøtene til mer reelle, «moderne» møter, kalt *direksjonsmøter*.

Den 4. januar 1984 utstedte helsedirektør Torbjørn Mork et sett av «Retningslinjer for organisering av ledelsen i Helsedirektoratet». Her het det i punkt 1 at «Helsedirektoratet ledes av helsedirektøren. Beslutninger treffes av helsedirektøren eller de/den han har delegert fullmakt til». I punkt 2 heter det: «I Helsedirektoratets nye organisasjon er det etablert en direksjon bestående av helsedirektøren, spesialrådgiver og 5 avdelingsdirektører». Fra mai 1985 kom også den nye medisinalråden med. Mork valgte altså det utpreget hierarkiske ordet «direksjon», ikke det «mykere» ledelse. For så vidt passet det, siden han innledningsvis hadde understreket at han var den øverste og enslige beslutter i direktoratet. Direksjonen (forøvrig) var altså egentlig et rådgivende organ. Direksjonens øvrige medlemmer skulle drøfte sakene med Helsedirektøren, men han skulle så, «alene», fatte beslutningene. Han kunne, som vi har sett, delegerer beslutningsmyndighet, og trekke slik tilbake. Selv om han skriver «de/den» var det åpenbart at all beslutningsmyndighet i direktoratet var énpersonlig. Også avdelingene fikk nå ledermøter, og også der var avdelingsdirektørene enebesluttere.

Men i litt større grad enn under Morks første periode ble nå ledelsen kollektivisert. Det het i siste del av punkt 2: «Ut fra samarbeidshensyn og informasjonsbehov, vil flest mulig av de sentrale beslutninger fattes av helsedirektøren i direksjonsmøtet». Denne bestemmelsen gjorde at han fortalte de andre i ledelsen at han ikke skulle sitte og bestemme for seg selv, på mer eller mindre skjønnsmessig og intuitivt grunnlag, men gjøre beslutningsprosessen

offentlig og eksplisitt. Slik ville det bli vanskelig for ham å fatte beslutninger de andre i direksjonen hadde kommet med gode argumenter imot mens han selv kanskje manglet gode argumenter for det som var hans egne preferanser. Ble han for egenrådlig ville han under et slikt regime undergrave sin reelle autoritet. At han bandt seg til å fatte de viktige beslutninger i direksjonsmøtet gjorde også at han fraskrev seg makten til å fatte beslutninger «på egen hånd», altså utenom møtene. Han gjerdet slik inn, og formaliserte, sin myndighetsutøvelse. Samtidig ble det straks klart for alle hva de formelle beslutninger var; de ble jo, gjennom møtereferatene, løpende gjort kjent i direktoratet og fylkeslegetaten.

Det hører med til bildet av en ny, mer profesjonell, formalisert ledelse at det i retningslinjene også het at direksjonsmøter skulle forberedes skriftlig, at de skulle ha en fast møtestruktur, at der skulle tas (beslutnings)referat og at møtene skulle finne sted på en fast dag og et fast tidspunkt, onsdager fra 0830 til 1030. Sakspapirer skulle foreligge senest mandagen før et møte.

Denne formaliseringen og ekspliseringen av ledelsesoppgaven ble gjerne, med en normativ undertone, omtalt som en profesjonalisering av den. Det var en måte å lede på som nå «lå i tiden», som en del av den nye offentlige, målorienterte ledelsen, men også som en del av en bredere ledelsesinteresse. Den representerte, i direktoratet, en overgang fra det som ofte ble kalt en faglig ledelse, der det å finne særlig de medisinske gode svar var utgangspunktet for ledelsen og hvor det som kom i tillegg, den «renere» ledelse, var basert på erfaringsbasert skjønn, og personlig psykologi, til en mer profesjonalisert og integrert ledelse. Dette innebar at den gamle skjønnsbaserte ledelsen fikk en helt annen oppmerksomhet og det helsefaglige fikk en mer teknisk status. Under den nye, mer profesjonelle, ledelse skulle beslutningsprosessene gjøres så eksplisitte og offentlige som mulig. Denne endringen i ledelsesform hadde en parallell i den endring som nå var iferd med å komme i medisinen, en endring der skjønn og kunsten drives ut til fordel for dokumentert, eksplisert faglighet. Som moderne innstilt fagmann kunne ikke Mork gå imot denne ledelsesprofesjonalisering, men han mer godtok enn skapte den. Ja, som vi skal komme tilbake til, godtok han den ikke helt i den grad han kanskje trodde han gjorde.

Retningslinjene til tross, fortiden fortsatte å gjøre seg gjeldende. Mork tok aldri virkelig inn over seg den nye, profesjonaliserte og målstyringsorienterte ledelse. Det samme var tilfellet med de eldre lederne han hadde rundt seg enda en del år, ja, i noen tilfeller nesten resten av hans tid. Det gjaldt, så lenge han satt, medisinalråd Willumsen (til våren 1985), avdelingsdirektørene Bærum, Jøldal, Lerche – og til dels hans etterfølger Wiik – en kort tid Erlandsen og Bang, og i noen grad en del av de tidligere overleger, særlig Øivind Aarflot (1923–1989). Dette gjaldt i stor grad også ekspedisjonssjef Munch-Søegaard. Helsefaglederne var vant til, og foretrakk stadig en ledelse basert på faglig frihet, kollegialitet og enighet. Det første innebar at de bestemte selv, der de var de mest kompetente til å gjøre det, det annet at de klarerte saken med Helsedirektøren, på tomannshånd og det siste at de toneangivende fagledere snakket seg frem til enighet. Dette var for dem faglig ledelse, en ledelse juristene Munch-Søegaard og Bang var blitt vant til og på mange måter en del av. Det var en ledelse som var en videreføring av Evangs ledelse, men en videreføring i moderat kollektiverende retning.

De eldre lederne førte tradisjonen videre på litt ulik vis. Den mest frihetlige var Jøldal. Han ledet sin avdeling nokså selvstendig, og trengte han klarering ovenfra gikk han direkte til Mork. Mork hadde ingen problemer med det. Han var interessert i legemiddelspørsmål og han trivdes godt med Jøldal. Legemiddelavdelingen var nesten en avdeling for seg i direktoratet.

Som vi skal se ble den heller ikke nevneverdig berørt av den omorganiseringen som kom fra 1989. Også Bang kunne undertiden ta opp ting direkte med Mork, gjerne etter innspill fra sine medarbeidere, først særlig fra Runar Carlsen (f. 1950, c.j.), fra 1988 av også fra Helge Høifødt. Det var ikke så underlig, og henger sammen med ledelsesprofesjonaliseringen: Den gjorde administrasjonsavdelingen til mer av en stabsavdeling for ledelsen, altså til en mer internt styrende avdeling. Carlsen og Høifødt, men også andre i denne avdelingen, som Gerd Coward Andersen (c.j., f. 1920) og Bjørg Månun Andersson (f. 1945), var inspirert av tankene om ledelsesprofesjonalisering. Det var en inspirasjon som skulle bli skjerpet ettersom omorganiserings- og virksomhetsplanarbeidet begynte å gjennomsyre direktoratet. De andre helsefagavdelingene (før 1989) hadde oppgaver som krevde mer kollektiv oppmerksomhet, men Mork styrte sjelden på tvers av avdelingsdirektørenes ønsker. Han ville helst at direksjonsmedlemmene skulle snakke seg frem til enighet. Han likte at det ble nikkert rundt bordet. Han ville ikke tvinge igjennom sin vilje, i mange saker også fordi han knapt hadde en tydelig vilje.

Men ledelsesprofesjonaliseringen, og for så vidt også den dypere kollektivisering som nå ledsaget den, gav ham utfordringer, ja, voksende sådanne. Noen av avdelingsdirektørene, den første var Jørgen Jonsbu, som kom i 1987,⁷¹⁴ begynte å kreve en tydeligere, mer forpliktende ledelse av ham. Jonsbu ble selv en tydelig og fornyende leder innad i sin egen avdeling, først avdeling for fylkeshelsetjenesten så (1989) helsetjenesteavdelingen. Han tok med seg mange saker til direksjonen og ville ha alle til å engasjere seg i alt. Slik eksponerte han også Morks forsiktige og ofte utydelig ledelse som litt gammeldags. Han gjorde for så vidt også det med de andres rolle både som avdelingsledere og som medlemmer av direksjonen. Det er ikke tilfeldig at han forlot direktoratet i 1991, og gikk til klinikken.⁷¹⁵ Men omtrent samtidig med at Jonsbu gikk, gjorde også noen av de eldre det, Bærum, Jøldal og Bang. Bærum hadde gått av som avdelingsdirektør ved omorganiseringen i 1989 og gikk til sentralledelsen, før han gikk av for aldersgrensen. Viktigere var avdelingsdirektørene Jøldal og Bangs avgang, fordi de ble etterfulgt av to «ledelsesmoderne» og ambisiøse yngre fagpersoner, Anne Marie Horn, farmasøyt, og Hilde Sundrehagen (f. 1954), jurist. Begge tok den nye ledelseslæren alvorlig og var langt mer enn tradisjonelle fagledere.

Horn sørget for at apotek- og legemiddelpolitikken og ledelsen knyttet til den, ble sett i sammenheng med annen helsepolitikk, helseøkonomi og helseledelse. Hun mente noe om «annen» politikk og ville ha sine direksjonskolleger til å mene noe om «hennes» politikk. Sundrehagen førte den politikk som hadde startet under Bang, men som var inspirert av noen av hans medarbeidere, videre: Hun gjorde administrasjonsavdelingen til en enda mer tydelig styrings- og ledelsesavdeling, og det på langt mer enn juridiske premisser. Således sørget hun, og Helge Høifødt, for å legge om styringen av fylkeslegeetaten i mer resultatorientert retning. Styringen i detalj ble avvirket og erstattet av målbasert delegasjon av myndighet. Denne styringen hadde nok noe «styrende» over seg, men den var også, i tråd med den humanistiske ledelsesteorien, mobiliserende. Også lederen for helseerettsavdelingen, den kom med omorganiseringen i 1989, Kari Sønnerland, representerte i stor grad den nye ledelsen.

⁷¹⁴ Han kom i 1986 som fagsjef (vikar).

⁷¹⁵ Han ble overlege ved medisinsk avdeling ved Sentralsykehuset i Akershus.



Smilene var ekte: Torbjørn Mork og Anne Alvik var kommet hverandre nær og samarbeidet godt. Den siste betegnet av og til ham som direktoratets utenriksminister og seg selv som dets innenriksminister. Hun var også virkelig «innenriksminister» for ham. Personalledelsen var det stort sett hun som stod for. Genert som han var, var han forsiktig med å si hva hun betydde for ham, men han var svært klar over det og hun så at han var det. Bildet er fra 1990 eller 1991. (Foto: NTB premium)

Etableringen av «den nye direksjonen» etter delingen innvarslet overgangen til en ny ledelse også i Helsedirektoratet. Overgangen fikk en dytt fremover da Anne Alvik ble medisinalråd våren 1985 og da de overordnede myndigheter erklærte at staten skulle gå over til målstyring og ledelsesprofesjonalisering. Etter hvert som de eldre ledere gikk av ble dyttene flere og tydeligere. Men de kom ikke bare ovenfra og innenfra (fra avdelingsdirektørene), de kom også nedenfra. Den organisasjonsutvikling, og etter hvert også virksomhetsplanlegging, som ble satt i gang, kom, som vi skal se, med stor tilskyndelse fra de ansatte og deres organisasjoner. De to viktige indre reformer som ble gjennomført i Morks andre periode, omorganiseringen og innføringen av virksomhetsplanlegging, skjedde i stor grad gjennom partssammensatte grupper, og med omfattende bruk av almen såkalt høring.

Ledelsesprofesjonaliseringen i direktoratet kom slik til å få et tydelig forhandlingspreg. Også dette bidro til å utdype kollektiviseringen av direktoratledelsen: Den kom i noen, men økende, grad til å omfatte hele staben. Slik var det direktorat Mork døde fra høsten 1992 et annerledes ledet direktorat enn det han begynte med etter delingen i 1983, og det var det vel så meget på grunn av krav ovenfra og et voksende trykk nedenfra som av tanker og drømmer han hadde, både i 1972 og i 1983. Men endringen i hovedretning, skiftet fra fagdirektorat til tilsynsorgan, den ble hverken skapt ovenfra eller nedenfra. Den kom, som vi har sett, intensjonsløst, som en følge av dragkampen med departementet, selv om jo loven av 1984 hadde lagt noen premisser for hva utfallet kunne bli.

Den spesielle form for kollektivisering, som både reflekterte det gamle fagstyre og den nye, forhandlingsledelse, viser seg blant annet i referatene fra direksjonsmøtene. Allerede fra starten av står det i referater fra direksjonsmøtene at «Direksjonen sluttet seg til dette..» (møte 28.3.84). Det kan også hete: «Forslaget ble vedtatt av direksjonen» (6.4.88) eller «Direksjonen aksepterte..» (28.9.88) eller «Direksjonen besluttet» (16.11.88), eller bare at noe ble «vedtatt», eller «klubbet» (2.6.88). Direksjonen omtales altså nokså generelt som det handlende subjekt, aldri Helsedirektøren. Man kan også se at det refereres til *flertallet*: «Flertallet ble imidlertid stående ved...» (9.9.87). Men litt er nok også dette uttrykk for hvordan referatet ble ført. Det varierte en del i presisjon. Ofte var det imidlertid slik at når

referatet er utydelig, var det uttrykk for at en enighet ikke hadde utkrystallisert seg. Det reflekterer at Mork gjerne ville ha alle med, og om nødvendig, tok en runde til.

Mork ledet alltid, hvis han var til stede, møtene og ledet dem på en tilsynelatende nokså dominerende måte. Det var imidlertid på mange måter bare tilsynelatende. Han var ikke, som vi har sett, så mye av en målbevisst strateg at det var naturlig. Da var det naturlig at sakene ble diskutert litt og at en enighet slik etter hvert kunne utkrystallisere seg. Det var det desto mer, som både saker og standpunkter gjerne kom nedenfra, fra dem som arbeidet med dem, avdelingene og deres direktører.

Legene hadde et nølende forhold til den avmedikratisering denne utviklingen skapte, men tilpasset seg gradvis den nye tid. Således forsvant nå ordningen med at leger kunne ha en dag i uken fri til å praktisere medisin, i første rekke som bedriftsleger. Den nye medisinalråden (fra mai 1985), Anne Alvik bidro aktivt til å avvikle denne ordningen, som av ikkelegene, men også av henne, ble sett på som et privilegium fra en forgangen tid. Ordningen ble imidlertid ikke formelt opphevet, og noen av de eldre fylkesleger, samt en av de gamle overlegene i direktoratet, benyttet seg av den også i annen halvdel av 1980-årene.⁷¹⁶ De andre gruppene følte imidlertid nå at de, etter mange år under legene, var på offensiven, og utnyttet det. Spesielt gjorde juristene det, som vi har nevnt og også skal komme tilbake til.

Med etableringen av direksjonen fikk altså Helsedirektoratet en mer kollektiv ledelse enn det hadde hatt, både på direktoratsnivå og på avdelingsnivå. Den gamle hierarkiske kulturen spilte fortsatt en viss rolle, og så vel Helsedirektøren som avdelingsdirektørene kunne fremstå som dominerende ledere. Kombinasjonen av ny, profesjonalisert ledelse og et ekspanderende bedriftsdemokrati, gjorde imidlertid at den hierarkiske kulturen gradvis ble modifisert. Helsedirektøren selv opptrådte tydelig og «gammeldags» utad, spesielt i samfunnsmedisinske og til dels mer almene samfunnspolitiske spørsmål – det var slike saker som for ham spesielt var de *faglige* saker – og i spørsmål som hadde med enkelte tilsynssaker å gjøre. Her sprang hans standpunkter også ut av gjennomtenkte holdninger, altså av hans dypere, sosialradikale og ennå litt medikratiske, verdier. Disse holdninger hadde også konsekvenser innad, blant annet for hvordan direktoratet fungerte på det sosialmedisinske område (abort, HIV/AIDS, stoffavhengighet), men langt mindre. Indrepolitisk lot han seg etter hvert nesten bringe under opplæring, spesielt av den medisinalråd han fikk fra mai 1985, Anne Alvik, etter hvert også av konsulenter. Men han var også nesten ideologisk forpliktet til å være åpen for innspill og medvirkning nedenfra. Hans naturlige myndighet, hans «helsedirektørbevissthet» og hans genanse (kfr. bind 1) gjorde imidlertid at det ikke var lett for ham å bli en spaserende og sosialt nær leder. Kombinasjonen av genanse og snillhet gjorde det også vanskelig for ham å ta opp kinkige personalsaker direkte med folk, ja, også indirekte. Slike saker – noen var nokså delikate, som å få en fylkeslege til å trekke seg – måtte, uten unntagelse, medisinalråden ta. Hun gjorde det også, uten særlig nølen.

Fra sin første periode var Mork vant til å spise lunch med de to andre topplederne, Munch-Søegaard og Bjørnsson, senere Willumsen, og helst litt skjermet fra andre. Da Alvik kom sa hun til ham at de burde sette seg forskjellige steder og få bedre uformell kontakt med folk i de ulike avdelingene. Mork syntes det hørtes fornuftig ut, men hvis Alvik kom litt etter Mork og Munch-Søegaard ned i kantinen (etter flyttingen til Calmeyers gate 1 sommeren 1987) satt de gjerne sammen, for seg selv. Da måtte Alvik slutte seg til dem.⁷¹⁷

⁷¹⁶ Blant annet opplyst av Anne Alvik, i samtale 24.11. 2008.

⁷¹⁷ Vi bygger her på opplysninger gitt av flere, men spesielt av Anne Alvik (samtale 24.11. 2008).



Otto Hauglin (1942–2012): Han var sosiolog, kristen-sosialist og satt en periode (1973–1977) på Stortinget for Sosialistisk Valgforbund, Østfold. Da regjeringen i 1974 foreslo fri abort, falt forslaget, med én stemmes overvekt, Hauglins. Han støttet imidlertid et modifisert forslag som ble lagt frem i 1975. Han var rektor ved Diakonhjemmets sosialskole fra 1971 og ut tiåret. Siden arbeidet han som konsulent, blant annet for Helsedirektoratet i forbindelse med omorganiseringen og lederutviklingen 1988–89. Bildet er fra hans tid som stortingsrepresentant. (Foto: Stortinget)

I forbindelse med direktoratets engasjement av Asplan Analyse AS som organisasjonsutviklingskonsulent fra våren 1988, sørget Anne Alvik for at lederne også skulle få råd om sin egen lederstil. Konsulentene Otto Hauglin (1942–2012), sosiolog, og Gro Johnsrud (f. 1955), psykolog, deltok på en del direksjonsmøter og fulgte også lederne individuelt i en periode. Etterpå fikk de ulike ledere kommentarer til sin lederstil, illustrert av videoinnslag, og råd om hvordan de burde endre sin stil i et eller flere henseender. Mork fikk da høre at han i møter hadde en tendens til å eksponere sine synspunkter tidlig i saksbehandlingen. Slik punkterte han den videre meningsutveksling, mente konsulentene, og hadde nok rett i det. Han ble rådet til å være mer tilbakeholden, og fulgte, iallfall delvis, rådet.⁷¹⁸ Vi skal komme tilbake til dette lederutviklingsprogrammet og direksjonens måte å fungere på.

I bind 1 har vi sett at Mork delvis arvet ledere fra Evang, men at han i liten grad ble en aktiv ledelsesbygger. Det skyldtes i stor grad natur. Han var – hans genanse spilte her en stor rolle – nokså meget av en *Einzelgänger*, og forble også det, selv om han mot slutten av livet, noe nølende, åpnet seg mer (og mer) for lagspillet, og for så vidt også det private vennskapets, muligheter. Han fikk, eller fant, ingen nye nære, og varige, medledere i sin første periode. Evang hadde stadig snakket om sitt «public health team». Mork gjorde aldri det, og fikk heller ikke noe slikt. Han drev ingen aktiv, oppsøkende lederrekrutteringspolitikk. Da han fikk anledning til å velge en ny nestkommanderende etter Evangs mann, Jon Bjørnsson (1909–1987), var han ingen aktiv kandidatspeider. Embedet ble lyst ut to ganger, og den som fikk det, Egil Willumsen, hadde søkt på overtid, i annen runde. Den naturlige etterfølger etter Bjørnsson, Jo Asvall, ble riktignok, noe nølende, innstilt som nr. 1 av Mork, men statsråden,

⁷¹⁸ Anne Alvik, 24.11.08.

Ruth Ryste (f. 1932), utnevnte, uten at Mork «motsatte» seg det, Willumsen (1977) (kfr. bind 1).

Willumsen og Mork ble aldri det lederparet Evang og Bjørnsson hadde vært. Da direktoratet etter Heiberg II (1984) fikk tilbake medisinalrådsembedet fikk imidlertid Mork en nr. to han kunne samarbeide like godt med som Evang hadde kunnet med Bjørnsson, nemlig Anne Alvik. Ja, hun ble egentlig en viktigere nr. to enn det Bjørnsson hadde vært. Bjørnsson var grenseløst lojal, også på den måten at han aldri utfordret Evang. Han handlet knapt på egen hånd, og på eget initiativ. Han var, selvbevisst underdanig. Alvik var en selvbevisst kvinne, med mange egne meninger, ikke minst om ledelse og om ulike samfunnsmedisinske spørsmål. Hun bidro, og mer enn Mork, til at direktoratet– spesielt når det gjaldt det indre liv – etter hvert fikk en nesten enhetlig todelt ledelse. Ja, i noen henseender fikk det en enhetlig tredelt ledelse. Juristen Munch-Søegaard ble, og forble, svært viktig for Mork gjennom hele Morks virketid. Munch-Søegaard ble viktigere for Mork enn han, eller hans forgjenger Kaare Bjerkomp, hadde vært for Evang. Ja, det var under Mork den sindige og skarpsindige juristen for alvor fikk utfolde seg, og sette spor etter seg. At de tre delte forværelse og stadig kunne treffes på gangen, eller sette seg ned hos den ene eller andre for en uformell prat, og altså stadig spise lunch sammen, gjorde at trioene virkelig fungerte som en nesten enhetlig sådan. Mork, eller de tre, nølte imidlertid med å gi «gruppen» et mer formelt tilsnitt, for eksempel ved at de gjorde den til et eget formelt (beslutnings)forum, altså en overdireksjon. Uformelt, og dermed reelt, virket den imidlertid i mange henseender som sådan.

Mork fikk altså en ledergruppe helt på toppen som han trivdes med, og som utfylte ham der han selv ikke hadde sin styrke, som personalleder og som jurist. Men det var skjebne, ikke lederskap som gjorde at han fikk det slik. Munch-Søegaard overtok han fra Evang i 1972. Alvik fikk han, etter hennes, først litt nølende, initiativ. Mork fikk gjennom Heiberg II-prosessen tilbake medisinalrådstillingen. Han hadde, man kunne nesten si typisk nok, ingen spesiell person i kikkerten til denne stillingen. Mork hadde bedt Alvik om å gå inn i Heiberg I-gruppen, men hun var den andre han spurte. Den første, og som sa nei, var juristen, byråsjef Inger Onsum (1919–2016), i hygienekontoret. Etter Heiberg I-oppdraget gikk Alvik, litt forsinket, til Østfold som assisterende fylkeslege. Hun trivdes bare sånn passe der og søkte så den nye stillingen som fagsjef i direktoratets kommunehelsetjenesteavdeling. Den fikk hun, og begynte i den senvinteren 1985. Omtrent da bestemte Willumsen seg for å forlate det nyopprettede medisinalrådsembedet. Embedet ble lyst ledig. Anne Alvik sier i et tilbakeblikk:⁷¹⁹

Da var det flere medarbeidere rundt meg som spurte: Skal ikke du søke den stillingen? Jeg tenkte, ja, hvorfor ikke? Jeg hadde aldri hatt noen plan. Det var alltid litt tilfeldig hva jeg gjorde. Jeg var mamma og hadde deltidsjobber. Det var litt tilfeldig hva jeg begynte med etter det. Men jeg tenkte, ja, ja. Da får jeg gjøre det og så søkte jeg.

Anne Alvik var ikke alene som søker. Hele 11 meldte sin interesse for embedet. De fleste var mindre aktuelle, men to var det, Anne Alvik og Kjell Bjartveit. Konvensjonelt sett stod nok Bjartveit, sjefen for «Skjermen», sterkest. Mork skjønnte at Bjartveit ville bli vanskelig å komme utenom, med en borgerlig regjering, og var bekymret. Som vi har sett hadde han lenge hatt et nokså anstrengt forhold til den tidligere Kr.F.-statssekretæren. Han måtte derfor satse på Alvik, en person han hadde tillit til, men ikke noe nært forhold til. Han fikk det som han ønsket. Den politiske ledelse i departementet foretrakk Alvik, men gav Bjartveit en form for

⁷¹⁹ Anne Alvik, i samtale den 24.11. 2008. Også opplysningene i avsnittene nedenfor kom frem i denne samtalen.

kompensasjon: Statens skjermbildefotografering ble fra 1986 gjort om til Statens helseundersøkelser (SHUS) og fikk både et videre mandat og litt ekstra ressurser.⁷²⁰ Alvik var på et seminar på Hovden da utnevnelsen skjedde. Hun fikk torsdag kveld, altså dagen før utnevnelsen, telefon fra sin tidligere kullkollega fra medisinerstudiet, Astrid Nøklebye Heiberg, om utnevnelsen.

Alvik, som i 1983–84 hadde gått Solstrand-kurset (i lederutvikling), hadde i sin søknad skrevet at hun, hvis hun fikk embedet, ville legge vekt på personalarbeid og organisasjonsutvikling. Både Mork og departementets politiske ledelse så på det som positivt.

«Tilfeldigheter» gjorde altså at Mork fikk en mer sammensveiset gruppe umiddelbart omkring seg i sin andre periode. Han gjorde det, som vi har sett, i mindre grad videre nedover. Han fikk med seg tre fra Evangs tid, Bjørn Jøldal i legemiddelavdelingen, Per Bærum i kommunehelsetjenesteavdelingen og Reidar Bang i administrasjonsavdelingen. Den første fortsatte han, som vi har sett, å ha et godt faglig og personlig forhold til. De andre fortsatte han å ha et mer saklig forhold til. Willumsen var, til han gikk av i 1985, sjef for fylkeshelsetjenesteavdelingen. Etter et kort mellomspill med psykiateren Christian Erlandsen, kom Jørgen Jonsbu inn som sjef for avdelingen. Som vi skal se, ble siden de to helsetjenesteavdelingene slått sammen og Jonsbu ble sjef for den nye. Jonsbu og Mork fikk et saklig godt samarbeid, men personlig ble det ikke. Jonsbu var en aktiv og kreativ organisasjonsutvikler, og som den viktigste avdelingsdirektør fra 1989 ble han en sentral, men, som vi har sett, også utfordrende, person i Morks siste lederlag. I den siste fagavdelingen, avdeling for miljørettet helsevern, fra 1989 forebyggingsavdelingen, ble det en del skifter. Den første sjef ble den gamle SIFF-mannen Christian Lerche (til 1987), den annen fylkeslegemannen Johannes Wiik (f. 1941) (til 1991) og den siste den internasjonalt orienterte samfunnsmedisineren Marit Kromberg (fra 1991). Mork hadde et saklig og godt forhold til alle, men kanskje særlig til Lerche. Etter etableringen av helseerettsavdelingen i 1989 kunne Mork, og Alvik, velge sjef internt, og valgte kontorsjef Kari Sønderland (siden 1983), fremfor den mer akademisk orienterte, og jevngamle (f. 1953), kontorsjef (siden 1988) Bente Ohnstad (f. 1953).⁷²¹

I figur 7.4 har vi gitt en oversikt over sammensetningen av Helsedirektoratets ledergruppe i Morks andre periode, altså i tiden fra høsten 1983 til høsten 1992.

⁷²⁰ Navneendringen var imidlertid overmoden, siden institusjonen siden 1970-årene hadde gått inn på en rekke nye områder for sykdomskartlegging; tuberkuloseundersøkelsene var da iferd med å bli overflødige. Kjell Bjartveit har skrevet en oversikt over institusjonens opprettelse og utvikling, kfr. hans «Statens helseundersøkelser. Fra tuberkulosekamp til mangesidig epidemiologisk virksomhet», *Norsk epidemiologi*, årg. 7, nr. 2, 1997, s. 157-174.

⁷²¹ Ohnstad forlot ikke så lenge etterpå direktoratet. Hun gikk til departementet, og derfra til høyskolesystemet (1993), hvor hun, med avbrudd av en kortere periode i departementet (1998), ble værende.

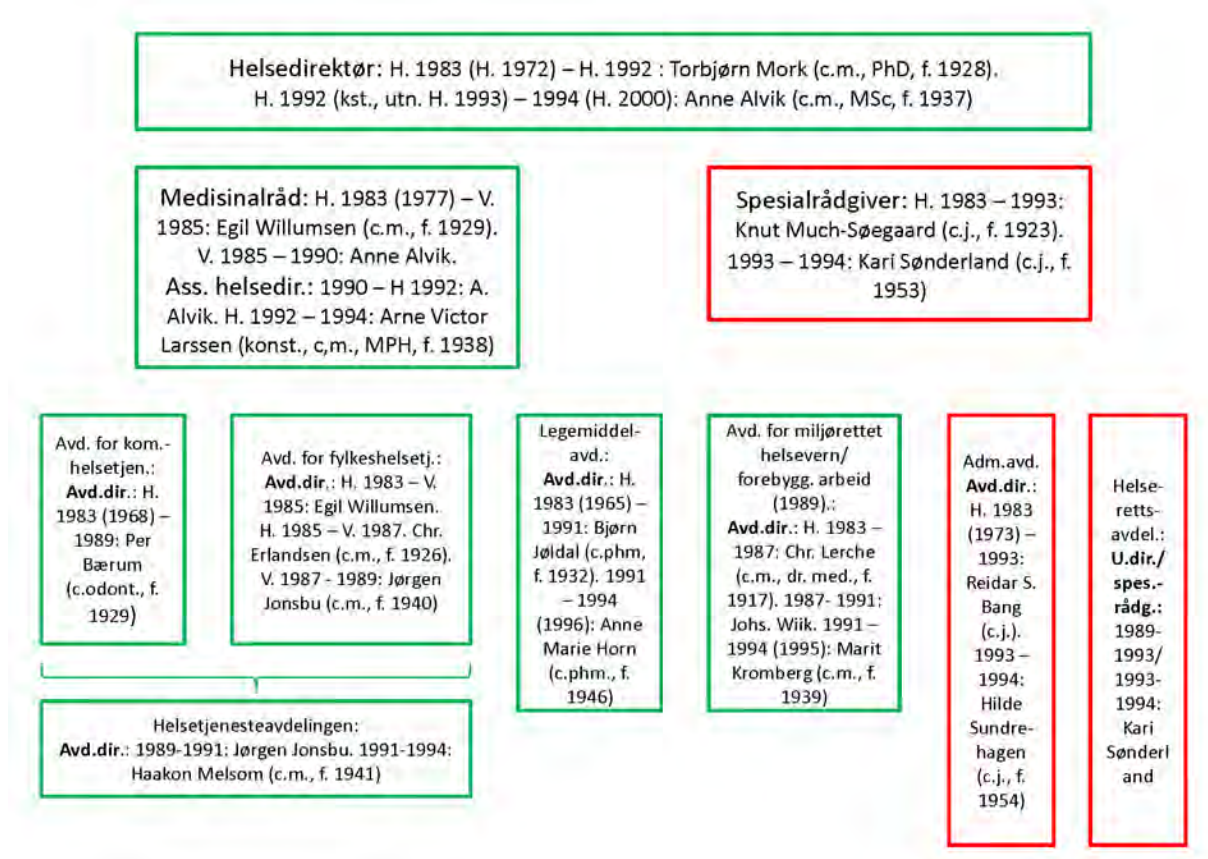


Fig. 7.4: Helsedirektoratets direksjon 1983–1994

Ledelsesutviklingen

Den 2. januar 1985 nedsatte direksjonen koordineringsutvalg for personal- og organisasjonsutvikling, snart bare kalt koordineringsutvalget for organisasjonsutvikling, eller KU. Formålet var, som navnet sier, å samordne ledelses- og organisasjonsutviklingen i direktoratet. Det var imidlertid i første rekke ledelsesutviklingen i snever forstand utvalget la vekt på. Utvalget gav imidlertid viktige premisser også for organisasjonsutviklingen.

Utvalget fikk som medlemmer underdirektørene Gerd Coward Andersen og Kjell Johannesen (siv.ing., f. 1937), kontorsjef Kirsten Aaby (c.j., f. 1952)⁷²² og førstekonsulent Finn Aasheim (c.mag.). De tre første kom fra administrasjonsavdelingen, den siste fra fylkeshelsetjenesteavdelingen. Utvalget var altså ikke partssammensatt. Det ble oppnevnt «hierarkisk» og ble dominert av «administrasjonsfolk». Denne dominansen ble understreket ved at utvalget hadde som sekretær og rådgiver førstekonsulent i administrasjonsavdelingen, og personalledelsesentusiast, Bjørg Månum Andersson. Over seg hadde utvalget, som styringsgruppe, bare direksjonen, men Anne Alvik deltok i utvalgets møter etter at hun hadde tiltrådt som medisinalråd. Selv om dette KU ble til som et internreformtiltak ble det altså til på

⁷²² Kirsten Aaby og Runar Carlsen gikk våren 1987 på Statens forvaltningshøyskole og skrev i den forbindelse en rapport om «Personalpolitikk i Helsedirektoratet. Fordeling av personalansvar». Denne rapporten, som var basert på en spørreundersøkelse blant de ansatte, gav viktige premisser for arbeidet med PLUTO-rapporten; kfr. nedenfor.

nokså tradisjonelle, hierarkiske premisser. Det ble til før Anne Alvik kom, og før fagforeningene for alvor var kommet på offensiven. Nokså snart ble imidlertid både ledelsen, ved Anne Alvik, og de ansattes fagorganisasjoner, engasjert i arbeidet. Som det heter i KUs innstilling (s. 2) ble den et «resultat av et nært samarbeid mellom direktoratets ledelse, de ansattes organisasjoner og administrativ avdeling».

Utvalget kom med sin utførlige innstilling den 22. august 1986. Som et ledd i KUs arbeid ble det fra september 1985 til mars 1986, i regi av Bjørg Månnum Andersson, gjennomført en spørreundersøkelse blant alle ansatte om «Helsedirektoratet som arbeidsplass». Utvalget nedsatte også seks delprosjektgrupper. Disse skulle utarbeide forslag til endringer i personalledelsen, kontoradministrasjonen, EDB-bruken, den generelle ledelsen og direktoratets utadvendte virksomhet. Delprosjektgruppene konklusjoner er innarbeidet i KUs sluttrapport, kalt *Personal-, ledelse- og organisasjonsutviklingsplan for Helsedirektoratet*, eller, for å lage et mer slående akronym, *Personal-, ledelsesutvikling, teknologi og organisasjon (PLUTO)*.

Rapporten fra utvalget er grundig og omfattende; den er på 51 sider. Den gjennomsyres av ønsket om å profesjonalisere den ledelse som går utover den tradisjonelle faglige og til dels byråkratiske ledelsen. Det er åpenbart at utvalget ikke minst ville profesjonalisere direktoratet på de premisser den nye offentlige målstyringsledelsen representerte. Målstyring kan forstås på ulike vis, men i sin kjerne er den teknisk preget: Dens utgangspunkt er presise, helst kvantitative mål, definert ovenfra – i utgangspunktet på politisk nivå. Slik styring kan følges opp enten ved hjelp av den synlige hånd, altså hierarkisk – gjennom planstyre, eller ved hjelp av den usynlige hånd, altså gjennom konkurranse (i markeder), og der staten spiller en markedsskapende og markedskontrollerende rolle over uavhengige, helst private, tjenesteytere. Den første formen for styring vil altså være utpreget hierarkisk, men kan i prinsippet «mykes opp» ved at styringen også får et element av forhandlinger mellom de styrende på toppen og for eksempel de tjenesteytende, stort sett offentlige, institusjoner (og deres lokale eiere), og mellom de styrende på flere nivåer nedover og de ansatte og deres organisasjoner. I ledelselæren tales det i det siste tilfelle om «transaksjonsledelse». Jo mer tyngde de underordnede aktører med en slik ledelse får, jo mer vil imidlertid toppledelsens, til sist politikernes, styringsrett svekkes: Det blir mindre politokrati, og her altså nasjonalt demokrati.

Rapporten går ikke i dybden på dette punkt. Betegnelsen målstyring fungerer som et litt vagt signal om i hvilken retning utvalget vil at direktoratet skal gå. Det er imidlertid åpenbart at utvalget åpnet opp for innslag av en slags forhandlingsledelse, i første rekke, og mest tydelig, når det gjelder direktoratets egne ansatte. Men utvalget gjorde mer. Det talte om å delegerer myndighet nedover, og om å gi ledere på hvert nivå, gjerne i samarbeid med sine medarbeidere, betydelig grad av frihet i hvordan mål kan nås, men til dels også defineres. I rapporten siterer således utvalget (s. 26), på en tilsluttende måte, den amerikanske humanistiske psykolog og ledelsesrådgiver, Saul Gellerman (1929–2003), slik: «Fremtiden vil i økende grad tilhøre de ledere som kan lære sine medarbeidere å lede seg selv». Gellermans syn bryter imidlertid med den nye målstyringstenkingen. For Gellerman er lederens oppgave ikke å fortelle medarbeiderne hva de skal gjøre, og for hvilke formål, men å stimulere dem til selv å finne ut hva de bør gjøre, gitt et sett av formål, eller verdier, de oppfatter både som sine egne og som virksomhetens iboende formål eller verdier. Man finner også andre spor av dette ledelsessynet i PLUTO-rapporten. Rapportens forfattere la således vekt på å delegerer myndighet, altså på å gi operativ frihet på de ulike nivåer nedover i organisasjonen. Å gi frihet er å vise tillit. Det er å vise at man mener at medarbeiderne selv kan finne ut hva de bør gjøre

– fordi man stoler på at de er besjelet av de verdier som skal prege organisasjonen, og som man derfor ikke behøver å konkretisere som mål. Ja, hvis man begynner å konkretisere har man begynt å begrense tillitsvisingen.

Rapporten går også utover den målstyringsfilosofi som nå vokser frem ved at den enkelte steder omtaler det Helsedirektoratet gjør som «service-virksomhet». Ut fra både en tradisjonell byråkratisk forståelse og en nyere målstyringsforståelse, er Helsedirektoratet ikke primært en tjenesteytende organisasjon, men en styringsorganisasjon, og en del av et større styringsapparat. Den har regulerende oppgaver overfor samfunnet generelt, og styrende oppgaver overfor et sett av stort sett offentlige organisasjoner, altså klinikker, som er tjenesteytende. Det går imidlertid an å se på styring og ledelse som *tjenende*, nemlig når man ser på styringen som tilretteleggende og motiverende, mer enn som styrende i streng forstand. Man kan si at Gellerman-sitatet gir uttrykk for en slik form for styring eller ledelse. I nyere ledelseslitteratur omtales også en spesielt lite hierarkisk, humanistisk form for ledelse som «servant leadership». Målstyringen og målledelelsen er imidlertid ikke slik. Rapporten er derfor spenningsfylt. Den omfavner den forholdsvis tekniske og hierarkiske målstyringsfilosofien, samtidig som den tar til orde for ganske mye mobiliserende og humanistisk ledelse. Ja, rapportens praktiske forslag peker mer i humanistisk enn i teknisk retning hva ledelse og organisering angår. Spenningen, og derfor ukklarheten, kommer til uttrykk i disse sitatene (s. 7):

Gjennom planen tar Helsedirektoratet sikte på å:

- bli en service-virksomhet der medarbeidere, samarbeidspartnere og brukere står i sentrum
- gjøre organisasjonen mer effektiv og resultatorientert gjennom et prinsippprogram, målstyring og desentralisert myndighet og ansvar.

Rapporten er altså ledelsesprofesjonaliserende i sin tendens. Dens forfattere var nesten intenst opptatt av å spre budskapet om ledelsesbevisstgjøringens betydning. De mente at den ledelsen direktoratet hadde hatt, og i stor grad fortsatt hadde, både hadde vært altfor lite preget av den indre direktoratlige ledelse og personalutvikling og for snevert «faglig» orientert. Utvalgets rapport innebar ikke et forslag om å gjøre organisasjonen til et formål i seg selv. Utvalget, støttet av pågående fagforeninger, mente at bedre indre ledelse ville gi bedre ytre virkning, men dens rapport hadde allikevel en innadvendende tendens: Det å ta mer hensyn til de ansattes (og deres organisasjoners) ulike synspunkter og interesser innebar at ledernes oppmerksomhet måtte bli vendt mer mot de ansatte og mot livet i Calmeyers gate 1 (fra sommeren 1987).⁷²³ KU bidro slik, med sin PLUTO-rapport, til å forberede overgangen fra det morkske til det alvikske direktorat (tilsyn). Uten at hverken Mork eller Alvik bevisst tenkte slik, bidro de for så vidt også begge til denne utviklingen, den første ved, litt passivt, å godta den – hans interesser forble mer fagligpolitiske, den annen ved aktivt å bidra til den.

PLUTO-gruppens forslag til tiltak er samlet under fire overskrifter. Den første er kalt «Virksomhetsutvikling» og omfatter forslag om at det skal utarbeides et prinsippprogram for hele direktoratet og de fem avdelinger – men da kalt strategiske planer. Her kommer

⁷²³ Senere skulle den indiske teknologigründer Vineet Nayar (f. 1962) gjøre en slags innadvendt ledelse til et konkurransemessig fortrinn. Han har redegjort for sin tenkning i boken med den slående tittel *Employees First, Customers Second*. (Boston, MA: Harvard Business Press, 2010.)

målstyringsfilosofien til uttrykk: Gjennom prinsippprogrammet skal målene, altså eksistensgrunnlaget, defineres. Gjennom de strategiske planer skal målene konkretiseres og strategier for å realisere dem, beskrives. De øvrige tiltak som foreslås i rapporten er ytterligere detaljeringer av innholdet i prinsippprogrammet (det som blir til virksomhetsplanen) og de strategiske planer. Disse detaljeringer går imidlertid, som vi skal se, mer i organisasjonsfunksjonell enn organisasjonsstrukturell retning. Organiseringsreformene kommer i neste runde (fra 1987), etter nye initiativ, spesielt ovenfra. Dette forslaget ble først og fremst fulgt opp gjennom utviklingen av virksomhetsplanleggingen. Vi kommer tilbake til den.

De tre neste overskriftene i tiltaksforslaget er «Ledelsesutvikling, lederutvikling og lederopplæring, «Personalutvikling» og «Rekruttering». Man kan si at alle tiltakene er personalrettede og funksjonelle. De retter seg mot lederne, det øvrige personale og det «potensielle personale». Det første av disse forslagene til tiltak ble fulgt opp gjennom et nokså intensivt opplæringsprogram, i noen grad preget av den på den tiden i Norge mye brukte amerikanske ledeskonsulent Ichak Adizes (f. 1937).⁷²⁴ Det omfattet litteraturstudier, et brevkurs i ledelse, diskusjon over litteraturen og ledelsesoppgaver, alt i månedlige møter og spesialiserte møter og konferanser utenfor «huset». Programmet kulminerte med den individuelle lederveiledningen lederne fikk av fotfølgende konsulenter; vi har nevnt den ovenfor. Hva gjaldt ansettelse og oppfølging av ledere, heter det ellers i PLUTO-rapporten at der trengtes forbedringer (s. 21): Man måtte forebygge feilansettelser, at ledere «stivnet» og at ledere ble sittende for lenge; med alder blir ytelsen mindre, heter det. Her er det særlig målstyringstekningen som slår inn: Man må komme utover den tradisjonelle kultur preget av ansettelsestrygghet, og kreve resultater, hele tiden.

Det annet av disse forslagene til tiltak ble fulgt opp i første rekke ved at underdirektør Gerd Coward Andersen ble utpekt som direktoratets personalsjef og at kontorsjefene (i seksjonene) fikk hovedansvaret for den lokale personalledelse og personalutvikling. Disse personalledere skulle ta initiativ til og være ansvarlige for en rekke personalutviklingstiltak, men også for å sørge for at personalutviklingshensyn ble integrert i den generelle ledelse både på direktoratsplan og avdelingsplan. Der kom snart også flere tiltak, blant annet ble allerede høsten 1986 en ordning med medarbeidersamtaler innført som en fast ordning. Samtidig ble ordninger for å forbedre informeringen nedover innført. Generelt kan man si at forslagene til personalutviklingstiltak hadde et mobiliserende og myndiggjørende siktemål; de var altså mer humanistiske enn egentlig målstyringspregede. Direktoratet skulle, var hensikten, få mer offensive, «fremoverlente» og kvalitetsbevisste medarbeidere.

Det tredje av disse forslagene til tiltak resulterte blant annet i en mer «skreddersyende» beskrivelse av stillinger som ble lyst ut og et eget program for å ta imot og integrere nyansatte.

PLUTO-rapporten er preget av en forførende tro på den nye ledelsens muligheter. Den er åpenbart skrevet i ungdommelig entusiasme, en entusiasme som er så stor at det ofte går over stakk og sten. Fremstillingen preges av en charmerende mangel på eleganse og stringens. Anne Alvik skriver, i en litt prosaisk tone, at «Direksjonen er positiv til hovedtrekkene i

⁷²⁴ Adizes, som sammen med sin nærmeste familie overlevde jødeforfølgelsene under krigen, kom i 1963 til USA, fikk der en handelshøyskoleutdannelse og etablerte etter hvert sitt eget ledelsesutviklingsfirma. Adizes lanserte blant annet sin lederfunksjonstypologi, PAIE (produsent, administrator, integrator og entreprenør), en typologi som også norske konsulenter fant nyttig.

planen»⁷²⁵. Direksjonen fulgte allikevel, som vi har sett, PLUTO-forslagene, opp, spesielt hva gjelder de mer konkrete forslag. Noe annet var knapt heller mulig; rapporten målbar i så stor grad «tidsånden» hva gjaldt offentlig ledelse, en tidsånd Alvik også var en del av. Det kunne imidlertid være litt mer opp og ned når det gjaldt oppfølgingen av forslagene som gjaldt lederstil generelt. Her satte psykologien en del begrensinger for hva den enkelte leder både ville og kunne klare. Det gjaldt også Helsedirektøren.

Organisasjonsutviklingen

Arbeidet med organisasjonsutviklingen, vidt forstått, startet raskt, men mer konkret fra høsten 1984, da direktoratet fikk en del nye stillinger, spesielt for leger og der skjedde en liten helsefagliggjørende titteltilpasning. Men, som vi har sett, disse stillingene og deres innplassering bidro mer til å påskynde «alminneliggjøringen» av direktoratet som direktorat, enn til å bygge opp igjen medikratiske strukturer. Denne utviklingen ble ført videre i kjølvannet av de prosesser PLUTO-rapporten gav opphav til. Men det var direksjonen som selv tok det egentlige initiativ til den omorganisering av direktoratet som skulle skje fra 1989. Det skjedde på et direksjonsmøte 28. oktober 1987. Anne Alvik og Bjørn Jøldal ble utpekt til å utarbeide et forslag til ny organisasjonsform. Et foreløpig forslag ble drøftet i direksjonen den 9. og 15. desember og den 16. ble så et «endelig» forslag lagt frem og sendt til uttalelse til avdelingene, de ansatte generelt og de ansattes fagorganisasjoner. Forslaget ble sendt ut uten nærmere begrunnelse, men det nevnes, litt defensivt, at «andre modeller» kan «tenkes». Det sies også at det «i alle fall» vil «bli behov for atskillige justeringer».⁷²⁶

Forslaget gikk ut på at det skulle etableres en liten stab for toppledelsen – noe som passer godt med nyttestatlig tenkning – og at direktoratet skulle bestå av fem avdelinger. Tre avdelinger skulle fortsette omtrent som før, legemiddelavdelingen, avdeling for helsevern og helseopplysning (med nytt navn) og administrativ avdeling. De to tjenesterettede avdelinger skulle slås sammen under betegnelsen helsetjenesteavdelingen. Endelig skulle det opprettes en ny avdeling, kalt avdeling for forskning, utredning og internasjonalt samarbeid. Den nye avdelingen skulle ha noen forvaltningsoppgaver, men kunne også sees på som en slags kunnskapsavdeling. Som sådan skulle den imidlertid mer ha oppgaver på oppstrøms- enn nedstrømsiden, altså mer knyttet til samfunnsdiagnostikk (statistikk, epidemiologi etc.) enn til styring av fagutøvelsen.

Allerede den 23. desember sendte organisasjonene, samlet, et brev til direktoratets ledelse hvor de henviser til hovedavtalen for ansatte i staten, som gir arbeidstagerne medbestemmelsesrett i denne typen omorganiseringsaker, og ber om et snarlig «innledende forhandlingsmøte». Organisasjonene foreslår samtidig at det opprettes en styringsgruppe og en arbeidsgruppe for omorganiseringen, begge med representanter for organisasjonene. Organisasjonene mener arbeidsgruppen bør få som mandat å «legge fram forslag til reorganisering og eventuelt nye arbeidsmåter i direktoratet, på grunnlag av en problemanalyse og direktoratets prinsippprogram». Ledelsen inviterte da til et *drøftingsmøte* den 5. januar. Organisasjonene hadde vært nokså offensive i sitt brev, men Helsedirektøren kunne ved

⁷²⁵ Uttalelsen, på én knapp side, er gjengitt i PLUTO-rapporten, før selve uttalelsen.

⁷²⁶ Notatet er datert 16.12. 1987 og har overskriften «Reorganisering av Helsedirektoratet».

møtets begynnelse sette dem litt på plass ved å minne om at den «nåværende organisasjonsform av 21. november 1983 er fastsatt ved Kgl. res. av 8. juli 1983» og at direktoratet «således pr. i dag ingen fullmakt (har) til å forhandle med organisasjonene om en mulig reorganisering i medhold av Hovedavtalens § 18». Representantene for organisasjonene svarte ikke direkte på Helsedirektørens «belæring», men tok litt igjen (særlig juristen, konsulent Hilde Jordal og tannlegen, fagsjef Ole W. Sandbekk (f. 1945)), både ved å uttrykke misnøye med at ledelsen hadde «låst» prosessen ved allerede i starten av prosessen å lansere en omorganiseringsskisse og ved å be om at det videre arbeid måtte skje i regi av en partssammensatt gruppe. Dagen etter ble det holdt et møte mellom Mork, Alvik og to organisasjonsrepresentanter. De to lederne gikk under dette møtet med på at det skulle nedsettes en partssammensatt gruppe. I et brev av den 15. januar gir de ansattes representanter uttrykk for hvordan arbeidet burde skje. Et hovedpoeng er åpenbart å bidra til at gruppen skal stilles mest mulig fritt, og nærmest at ledelsens skisse til ny organisering skal sees på som en «ikke-skisse». De fikk det som de ville. I mandatet ble det hetende at gruppen skulle «vurdere om fremlagte skisse ... eller andre endringsmuligheter i nåværende organisasjonsmodell, ..., kan være hensiktsmessige å arbeide videre med ...». Gruppen omfattet Anne Alvik (leder) og Per Bærum fra direksjonen og fra organisasjonene konsulent Erik Fjell (NTL), fagsjef Ole Willy Sandbekk (AF) og konsulent Hanna Bild (f. 1941) (NSF, NOSO og SL). Den begynte å arbeide den 19. januar og møttes så ukentlig i seks uker. Den la frem sin rapport den 8. mars.

Rapporten er mer en klagesang (elegi) enn en strategi for hvordan Helsedirektoratet kan få en ny, mer offensiv oppbygning. Den inneholder en «diagnose», eller «problemanalyse» (som den kalles). Denne formuleres på mange måter, blant annet slik (s. 20):

Problembeskrivelsen viser at direktoratet er i en tilstand av uro og usikkerhet både internt og i forhold til omgivelsene og at vi opplever vår faglige autoritet som svekket.

Denne diagnosen gjelder imidlertid direktoratet generelt; det er i en slags almen «krise». I rapporten sies det imidlertid lite om hvordan den *indre* organisering er «grunn» til «krisen». Hovedgrunnen til «krisen» er delingen i 1983 og departementets både uklare og stramme måte å styre direktoratet på. Spesielt pekes det på at direktoratet ikke ovenfra har fått «en akseptabel mål- og styringsbeskrivelse som rettesnor for (sin) funksjon» (s. 18), men også at det har liten frihet over disponeringen av sine, for knappe, ressurser. I rapporten rettes det imidlertid også kritikk oppad i direktoratet: personalledelsen er lite dynamisk. Både topplederne og avdelingslederne må ta noe av ansvaret for den ikke helt gode stemningen, og for at utskiftingen av personell er så høy – opp mot en tredjedel pr. år – heter det.

Rapporten ble mer et skrift for å begrunne innføringen av den nye målstyringen av direktoratet og av direktoratets målstyring og målledelse innad og overfor de etater den har styringsansvaret for, enn en plan for hvordan Direktoratet kunne omorganiseres. Om omorganiseringsspørsmålet heter det bare (s. 25):

Gruppen mener en eventuell reorganisering ikke alene kan løse de ulike problemer som er beskrevet, og som delvis må løses bl.a. i samarbeid med Sosialdepartementet. Gruppen mener likevel en reorganisering kan løse noen av problemene, og vil konkludere enstemmig med at arbeidet med en reorganisering bør fortsette. Det er også enighet om at det kan være fordelaktig med ekstern konsulentbistand i det videre arbeid.

--

Imidlertid har gruppen ikke tatt standpunkt til om den tidligere fremlagte skissen til avdelingsstruktur er det mest aktuelle utgangspunkt, eller om det finnes andre alternativer.

Gruppen, ledet av Anne Alvik, klarte altså ikke å komme noen vei med organiseringsspørsmålet. En særuttalelse fra representantene for organisasjonene viser endog at man var satt tilbake i prosessen. I uttalelsen heter det således (s. 26):

Når det gjelder de problemer som er beskrevet internt i direktoratet og i forholdet mellom direktoratet og helseavdelingen, mener vi disse må løses med andre virkemidler enn en reorganisering.

Representantene gir allikevel også uttrykk for at de endringer som var skjedd og skjer i helsevesenet bør få konsekvenser også for organiseringen av Helsedirektoratet (s. 26):

Vi stiller oss derfor positive til et videre arbeid med sikte på en reorganisering av direktoratet, men mener dette arbeidet må gjennomføres på et fritt grunnlag.

Omorganiseringen blir til prosjekt, med bistand fra Asplan Analyse

Det lå nå i kortene at direktoratet måtte få hjelp utenfra for å komme offensivt videre med reorganiseringsarbeidet.⁷²⁷ Direksjonen tok kontakt med konsultentselskapet Asplan Analyse AS, en kontakt som førte til et møte den 20. april 1988. Den 25. sendte Asplan direktoratet et tilbud om konsulentbistand. Asplan foreslo at arbeidet ble gjennomført i to faser. I den første, som skulle gå frem til 1. juli skulle inndelingen i avdelinger, med oppgavefordeling, samt lederutnevning og personalfordeling være klar. I neste fase, som skulle starte etter ferien og gå frem til 1. november, skulle den avdelingsinterne organisering, forholdene mellom avdelingene og mellom avdelingene og direksjonen, samt en plan for «utvikling av personalfunksjonene» være klar. Asplan ville ha med fase to fordi «direktoratets aktuelle organisasjonsmessige problemer ikke bare er knyttet til dette strukturelle spørsmål, men også til utvikling og forbedring av flere sentrale funksjoner som personalpolitikk og ledelse». Asplan hadde satt seg inn i PLUTO-rapporten og rapporten fra den partssammensatte gruppen og mente direktoratet burde bestille en større konsulentpakke.

Etter Asplans forslag skulle direksjonen være styringsgruppe for arbeidet, med Anne Alvik som «daglig» representant, og den partssammensatte gruppen skulle være rådgivningsgruppe. Fra Asplans side skulle arbeidet ledes av Otto Hauglin; i tillegg skulle en rekke konsulenter delta – i praksis ble disse Gro Johnsrud, Eli Kvåle og Asplans direktør Bjørn Larsen (som prosjektrådgiver). Direktoratets direksjon godtok Asplans planforslag. Asplan satte i gang den 20. mai, med samtaler i avdelingene og seksjonene, med ledelsen (styringsgruppen) og med rådgivningsgruppen. I begynnelsen av juni intervjuet konsulentene også noen av direktoratets brukere, summerte opp intervjuinntrykkene og begynte å arbeide med «skisse(r) til modell(er) for ny organisasjonsstruktur». Den 13. juni la Asplan frem sin første skisse til ny

⁷²⁷ Den 19. februar hadde Mork, Alvik og to «partsrepresentanter» møte med dep.råd Norbom, eksp.sjef Hauge og avd.dir. Mauritzen i Sosialdepartementet. Her fikk i praksis direktoratet myndighet til å gå videre med omorganiseringsarbeidet.

organisasjonsplan for direktoratet. Planen ble diskutert på et arbeidsmøte med direksjonen, rådgivningsgruppen og tre representanter for hver avdeling to dager senere.

Asplans skisse er bygget «medisinsk» opp. Den begynner med en diagnose av direktoratets status helt generelt, fortsetter med en diskusjon av i hvilken «ende» man skal begynne å behandle og avsluttes med et forslag til hvordan man behandler gjennom omorganisering. Diagnosen er en fortettet versjon av den som finnes spredt utover i PLUTO-rapporten, og som er blitt forsterket gjennom de samtaler, noen nokså åpenhjertige, Asplans folk hadde med direktoratsmedarbeidere. Den går ut på at direktoratet er «sykt», systemisk sykt: Vi har, heter det,

fått et sterkt og relativt overbevisende inntrykk av et direktorat med en uklar rolle, som fungerer dårlig på flere områder internt og eksternt og som ikke utnytter sine ressurser, først og fremst personell, optimalt. Noen stiller endog spørsmål ved direktoratets eksistensberettigelse.⁷²⁸

Asplan skriver, i god tråd med målstyringsfilosofien, at reorganiseringen må sees i lys av den mer grunnleggende målavklaring. Det heter (s. 4) at «En slik avklaring av mål, prioriteringer og roller burde saklig sett komme foran både virksomhetsplan og reorganisering». Asplan, altså Otto Hauglin, konstaterer så at det nå ikke er mulig, men legger selv inn noen av de premisser som mangler. Generelt ser han på direktoratet som et overordnet styringsorgan, som (ovenfra) må få og (selv) konkretisere de mål det skal styre etter, kommunisere disse nedover – både som veiledning og ordre – og følge opp gjennom resultatorientert kontroll. Han sier ikke så meget om målinnholdet – det ville være å gå utover det oppdrag han nå hadde – men antyder noe: Målinnholdet må baseres på kunnskap skapt gjennom (s. 5) «overvåkingen og den helsefaglige evalueringen både av helsetilstanden, helsetjenestene og forebyggende arbeid». Indirekte antyder han slik også at denne kunnskap skal brukes for de formål som i stor grad ligger innebygget i helsearbeidet. Han sier ikke noe om disse formål, men peker på at de innebygde formål tilsier at direktoratet «må markere et overordnet og samordnende grep på forebyggende arbeid». Det var en velkommen påpekning i en Helse for alle-tid, og i en situasjon hvor departementet begynner å «ta seg litt til rette» og de prekliniske institusjoner under direktoratet gjør det samme.

Hauglin fremholder at den ytre målstyring, må bygge på en indre målleddelse. Direktoratet må «styrke den strategiske, samordnende ledelse internt med tettere oppfølging og resultatkontroll», flytte ut og ned det meste av den løpende forvaltning («omfattende delegering») og avbyråkratisere arbeidsmåten. Det siste innebar at direktoratet skulle arbeide mer prosjektorientert, særlig på oppstrømssiden, men til dels også på nedstrømssiden, og mindre enkeltsaksbehandlende. Der burde bli (s. 5) «tynnere vegger og lavere terskler» innad i avdelingene, men også mellom dem, og en økende andel av de ansatte burde være rådgivere, prosjektledere etc. Hauglin ville også at ledelsen skulle være mest mulig generell, både på direktorats- og avdelingsnivå: Budsjett- og (annen) personalledelse kunne slik føres over fra den «matrifungerende» administrasjonsavdelingen til de utadstyrende avdelingene.

Hauglin er ikke helt sikker på om han skal anbefale at det gåes videre med omorganiseringen før de eksistensielle spørsmål er avklart, men ber om at (s. 8) «både ledelse og ansatte må

⁷²⁸Asplan Analyse, *Reorganisering av Helsedirektoratet – Skisser og premisser*, Sandvika 13. juni, 1988, s. 4.

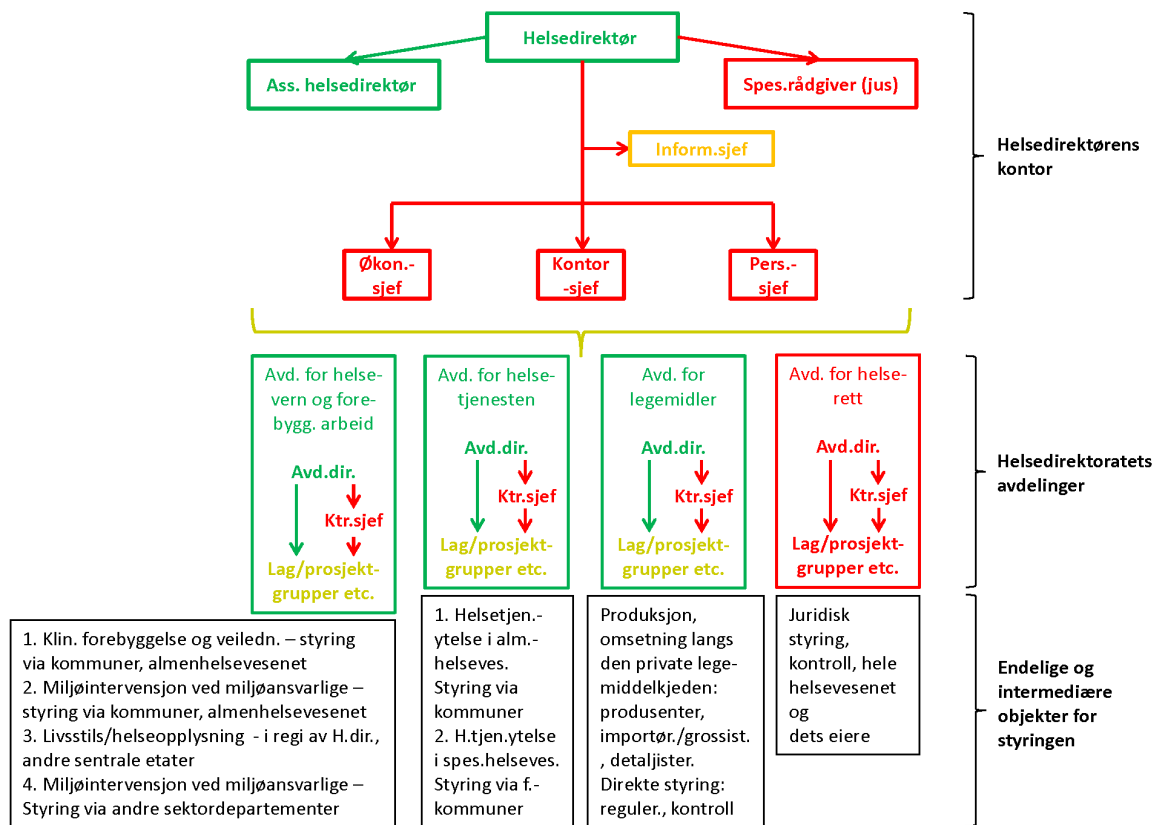
gjøre seg opp en selvstendig mening om dette og ta et standpunkt så snart som mulig». Han vet hva svaret er og presenterer derfor straks sin egen, og Asplans, skisse.

I all hovedsak baserer Hauglin seg på det institusjonelle prinsipp, altså det prinsipp som preget det direktorat som kom i 1983: Han foreslo imidlertid å slå sammen de to «tjenesteavdelingen» til én, en avdeling for helsetjenester. Legemiddelavdelingen og forebyggelsesavdelingen, den siste omdøpt til avdeling for helsevern og forebyggende arbeid, ville han skulle fortsette som før. Sammenslåingen av tjenesteavdelingene kunne gi god målstyringsmening. Den ville gjøre det lettere å integrere styringen av den tjenestebaserte målrealisering. Fortsatt var jo almen- og spesialisthelsevesenet som to verdener. Noe dristig forslag var imidlertid ikke dette; det var jo allerede fremmet av direksjonen, i dens skisse fra desember 1987. Hauglin avviste direksjonens forslag om en kombinert internasjonal og kunnskapsforvaltende avdeling, blant annet med den begrunnelse at det å trekke ett virkemiddel – kunnskapsstyring – ut av de «institusjonelle» avdelinger, ville svekke den integrerte målstyringen disse skulle drive. Gitt denne vurderingen fremstår det da som pussig at han foreslår å opprette en avdeling for helserett; også å gjøre det vil jo svekke institusjonsavdelingenes evne til å drive integrert styring. Han vil riktignok beholde litt juridisk kompetanse i de sistnevnte avdelinger. Hauglins forslag må imidlertid sees på bakgrunn av den økende juridiske «aktivisme» i direktoratet etter delingen: Juristforbundet hadde allerede høsten 1987 (27.10.) utarbeidet et forslag til opprettelse av en rettsavdeling, et forslag direksjonen ettergivende fulgte opp. Forslaget ble også fulgt opp fra 1988 for en prøveperiode på seks måneder: Det ble opprettet en midlertidig juridisk enhet.⁷²⁹ At det hadde hopet seg opp med klagesaker og lignende hadde gjort det mer opportunt å opprette en juridisk avdeling. Hauglin hadde ikke mye valg; han måtte foreslå at denne enheten ble ført videre – dog, understreket han, uten full juristsamling.

Helt i tråd med målstyringstenkningen foreslo Hauglin å følge direksjonens ønske om å lage et Helsedirektørens kontor. Hauglin går imidlertid mye lenger enn en varsom Mork hadde våget å gå. De vil at medisinalråden skal få en tydeligere rolle som stedfortreder og linjeperson – altså bli assisterende helsedirektør – og at de interne styringsoppgavene, som økonomisjeffunksjonen, personalsjeffunksjonen og funksjonen som en slags teknisk kontorsjef også legges til kontoret. Hauglin ville altså plassere ansvaret for de overordnede ledelsesfunksjonene på toppen, men ellers delegere den mer løpende økonomi- og personalledelse til avdelingene. Han ville også plassere en informasjonssjef ved kontoret. Forslaget var originalt, men i tråd med målstyringstenkningen. Hvis det ble fulgt, ville det gjøre den avdelingen Reidar Bang hadde bestyrt siden Evangs tid, og ennå hadde noen år igjen å bestyre (til han ble pensjonist), til historie og Helsedirektøren til en langt mektigere leder innad, ja, for så vidt også utad. Det forutsatte imidlertid at Sosialdepartementet gav ham et tydeligere, og mer ambisiøst målorientert mandat. Det gjorde det, som vi har sett, ikke. Vi kan også konstatere at Hauglins forslag til institusjonell organisering av direktoratet brøt med den styringsfunksjonelle organiseringen av helseavdelingen. Det ville komplisere den sistes styring av den første, ja, forholdet generelt mellom de to styringsorganer. Hauglin diskuterer ikke betydningen av denne organiseringsforskjellen.

I figur 7.5 har vi illustrert Asplans forslag til ny organisering av Helsedirektoratet.

⁷²⁹ I direksjonsmøtevedtak den 25.11. 1987 (sak 15/11/87) het det: «En midlertidig enhet for helserett, i hovedtrekk som foreslått av tillitsmannsutvalget 23. november 1987 etableres så snart som mulig for inntil 6. mnd., i påvente av en reorganisering av Helsedirektoratet».



Figur 7.5: Asplans forslag til ny organisering av Helse direktoratet, 13. juni 1988

Asplan og Hauglin fikk det langt på vei som de ønsket på arbeidsseminaret. Det ble litt diskusjon om Helse direktørens kontor, men konklusjonen ble at det skulle beholdes. Dog presiserer Asplan i sitt etterseminarforslag, datert den 24. juni,⁷³⁰ altså bare ni dager etter seminaret, at kontoret ikke skal bli noe mellomledd mellom Helse direktøren og avdelingene: Kontorstaben skal formelt sees på som det, en stab, og det tillike en stab som bare skal fungere nokså overordnet. Det meste av økonomi- og personalforvaltning skal således legges i avdelingene – for å gjøre ledelsen der mest mulig enhetlig. Men i den grad Helse direktøren skal lede også økonomi- og personalpolitisk i den grad vil det bli vanskelig å unngå å bruke de administrative sjefene som iverksetter, og da blir de et slags mellomledd. Det sa dog ikke Hauglin. Han kunne ha føyet til at også den nåværende administrasjonsavdelingen i noen henseender fungerte som et, stundom endog irriterende, mellomledd mellom Helse direktøren og de andre avdelingene.

Også forslaget til avdelingsinndeling ble i hovedsak godtatt. Dermed ble samtidig ledelsens desemberskisse for godt lagt til side; ikke minst til organisasjonenes tilfredshet. Der var en mer pragmatisk diskusjon om styringen av det prekliniske arbeid. Noen mente det burde

⁷³⁰ Asplan Analyse, *Reorganisering av Helse direktoratet – Grunnlag og forslag*, Sandvika 27. juni, 1988 (ref.: RAPP15\R3750H\P1366(bk)).

legges til en kombinert almenhelse- og folkehelseavdeling, siden så mye av folkehelsearbeidet skjedde i kommunene. Disse mente også man da burde fortsette med en spesialisthelseavdeling. Asplan mente imidlertid, og fulgte her flertallsstemningen, at man burde følge forslaget i den opprinnelige skissen: Siden folkehelsearbeid etter Helse for alle-filosofien ikke minst burde drives ved å påvirke andre sektorer, ville det være upraktisk, og dessuten bryte med den integrerende målstyringsstenkningen, å legge det til en kommuneorientert helsesektoravdeling.

I sitt reviderte forslag understreker Asplan noen av de forutsetningene for omorganisering som ble presentert i den første skissen, og føyer noen til. Asplan nevner igjen behovet for en «radikal nedskjæring av oppgaveomfanget» (s. 8): Spesielt bør omfanget av forvaltningsoppgaver, stort sett behandling av enkeltsaker, bort. Men Asplan nevner også rollen som statlig «sykehussjef» og legemiddelavdelingens kontrollvirksomhet. Igjen er begrunnelsen åpenbar: Skal direktoratet bli en strategisk, målstyrende organisasjon kan den ikke fortsette som en «subsumpsjonsmaskin» og pirkete kontrollør. Mye av dette refererer til det som ble kalt «pliktløpet», og som direktoratet ofte klaget oppover over, men som det viste seg vanskelig å bli kvitt. Asplan overser, kan det se ut til, en del av disse vanskelighetene, og for så vidt også vanskelighetene med å «målrette» direktoratet i den grad Asplan ønsket. Kravet om en «klarere profilering av direktoratet» (s. 9) er også et krav om en sterkere «målretting» av direktoratet. Det samme kan man si om forslagene om å øke den indre fleksibilitet i avdelingene (s. 10) – målstyring krever at det arbeides i fleksible, skiftende lag (team) – og om en mer «allsidig og profesjonell ledelse». Hva angår det siste, savner Asplan spesielt en mer strategisk, altså målrettet, overordnet ledelse – der den videre ledelse er en konkretisering og spesialisering av denne. Konsulentfirmaet mener direktoratet er for ensidig opptatt av «faglig ledelse» (s. 10–11), altså at det henger for mye igjen i den medikratiske tid. Ser man hva firmaet skriver om nedskjæring av oppgaveomfanget, er det åpenbart at det også mener direktoratet fortsatt er for preget av byråkrati. Annerledes sagt: Asplan mener det lider under et dyptgående kulturelt etterslep. Det antyder altså at hvis det ikke skjer noe kulturelt og funksjonelt med direktoratet – og her blir arbeidet med mål og virksomhetsplan avgjørende – vil en omorganisering være til liten hjelp.

Asplans rapport ble sendt alle ansatte i direktoratet. Direksjonen vedtok i sitt møte den 1. juli, for ikke å tape tid, å oversende Asplans rapport til Sosialdepartementet før behandlingen av den startet innad. I oversendelsesbrevet, datert den 15. juli, tok Helsedirektøren samtidig egentlig standpunkt. Han anbefalte at alternativ 1, altså i praksis det opprinnelige alternativ (fig. 7.5), ble lagt til grunn for det videre arbeid med omorganiseringen. Helsedirektøren (og medisinalråden) fulgte opp dette brevet med uformelt å diskutere saken med statsråden og departementsråden den 26. juli. Den 3. august var det møte i den rådgivningsgruppen for omorganisering som var etablert, både for å drøfte saken og for hvordan man best kunne holde de ansatte informert.⁷³¹ Direksjonen hadde ønsket å møte organisasjonene for de ansatte til et diskusjonsmøte allerede den 12. juli, men det ville ikke organisasjonene; de kunne ikke behandle forslaget ordentlig midt i ferien, og møtet ble utsatt til den 15. august. På dette møte deltok Helsedirektøren, medisinalråden og spesialrådgiveren for ledelsen og ni representanter for de ansattes organisasjoner. Forut for møtet hadde de to største organisasjonene, AF og NTL, sendt ut en skriftlig uttalelse. Her het det at de støttet Asplans forslag når det gjelder de fire avdelingene, men ønsket at administrasjonsavdelingen skulle fortsette – og altså at det

⁷³¹ Disse opplysningene finnes blant annet i brev fra Helsedirektøren til de ansatte av 5. august 1988: «Reorganisering av Helsedirektoratet – orientering om framdriften».

ikke skulle bli noe eget kontor for Helsedirektøren (utover ev. noen få nye medarbeidere). NOSO støttet de tos syn. De to siste organisasjonene, NSF og SL, gjorde det subsidiært; primært ønsket de at Asplans alternativ nr. to, med en kombinert forebyggelses- og almenhelseavdeling, ble valgt. Siden organisasjonene på forhånd hadde bestemt seg, og stort sett var enige, måtte Mork bare si at han «kunne slutte seg til flertallets forslag», men håpet på iallfall litt til «seg selv» – «en liten stab på 2–3 personer i tillegg til informasjonsmedarbeider». ⁷³² Det ble imidlertid ikke sagt noe mer om dette ønsket under møtet. AF begrunnet sin avvisning av forslaget om et Helsedirektørens kontor med å si at de oppgavene som skulle legges til kontoret ville kunne «belaste ledelsen med oppgaver som naturlig ikke hører hjemme der, og dermed være til hinder for prioritering av viktige overordnede ledelsesfunksjoner». ⁷³³ AF argumenterte altså i noen grad på målstyringspremiss, men tok ikke opp Asplans viktige målstyringspremiss om at flytting av den overordnede økonomi- og personalledelse *opp*, og resten av denne ledelse *ned* til avdelingene, ville kunne gjøre det lettere å skape en enhetlig ledelse både på topp- og avdelingsnivå. Organisasjonene var altså noe mer byråkratisk-konservative enn Asplan. Utfallet av diskusjonsmøtet, som i praksis ble et forhandlings- og beslutningsmøte, ble imidlertid kanskje et litt større nederlag for Hauglin enn for Mork.

Vi har nevnt at opprettelsen av en helseerettssavdeling ikke uten videre samsvarer med den nyttestatlige målstyringstenkningen. I et notat til departementet av 30.8., som ledelsen hadde (fått) utarbeidet, heter det at «Den rettsliggjøring av helsevesenet som har funnet sted det siste tiår har ført til en betydelig økning i sakstilfanget på nær sagt alle delområder hvor Helsedirektoratet utøver sin virksomhet». Det gjelder spesielt enkeltsaker, som erstatningssaker, billighetserstatningssaker, spørsmål om rettighetstap, kontroll av legers forskrivninger, taushetspliktsspørsmål, journalinnsynsspørsmål, konkrete fortolkningsspørsmål og klager på behandling. Med andre ord, direktoratet var i stor grad, og blir i noen henseender i stigende grad, et mer tradisjonelt forvaltningsorgan enn Asplan mener det bør bli.

Den 31. august svarer departementet, og sier, «under visse forutsetninger», ja til det siste forslaget. ⁷³⁴ En av forutsetningene er knyttet til den forebyggende avdelingen: Den må samarbeide med den Forebyggingsenheten departementet holder på å etablere. Det var en pikant forutsetning siden enheten, etablert uten at direktoratet var rådspurt, lett kunne bli en enhet som svekket grunnlaget for direktoratsavdelingen – og iallfall kunne gjøre målstyring på området mer komplisert. Når det gjelder den sammenslåtte tjenesteavdelingen forutsetter departementet at sammenslåingen ikke gjør at det går utover områder som «kurative deler av kommunehelsetjenesten, pleie og omsorg og psykiatri». Departementet gir slik noen premisser for den indre organisering av avdelingen. Ellers er departementets kommentarer særlig knyttet til oppgavereduksjonen. Departementet går med på å overta budsjettstyringen av statssykehusene, mot å få overført stilling(er), men ikke de mer forvaltningspregede

⁷³² Referat fra drøftelsesmøtet den 15.8. 1988, s. 3. Referatet ble den 22.8. sendt til departementet. (H.dir.ref.: 4917/88 AA/NBT)

⁷³³ «Uttalelse fra AF-gruppen om reorganisering av Helsedirektoratet». Uttalelsen følger som vedlegg til brevet til departementet.

⁷³⁴ Brev av 31.8. 1988. Dep. j.nr. 8834/88 II Hp GV/KHS. Brevet er på fire sider og undertegnet av statsråden og sjefen for administrasjonsavdelingen, Finn Høvik. I den kopi av brevet Anne Alvik hadde fått, var henvisningen til Forebyggingsenheten, og opplysningen om at departementet «på det nåværende tidspunkt» ikke fant det hensiktsmessig å opprette et forebyggingsdirektorat, spesielt understreket. Det samme var kravet om stillingsoverføring og instruksjonen om å organisere tjenesteavdelingen slik at «svake» tjenester ikke ble svekket.

spørsmål knyttet til personal- og lønnsforvaltning og forhandlinger. Det vil ellers at direktoratet skal være mer konkret, og begrunne bedre, de ulike delegeringsforslag, blant annet hva gjelder tilskuddsordninger. Departementets kommentarer hadde slik både et litt pekefingeraktig preg og et innhold som lot forvaltningspragmatikk gå litt utover målstyringssystematikken. Til det siste hadde dog allerede fagforeningene bidratt litt, som vi har sett. Samtidig som departementet sendte sitt svar til direktoratet, sendte det ut en pressemelding om saken.

Etter forslag fra Hauglin,⁷³⁵ og samtale med organisasjonene, opprettet direksjonen en partssammensatt gruppe⁷³⁶ til å foreslå navn på de nye avdelingene, hvordan reorganiseringen, med de fornødne oppgaveforflytninger, konkret burde foregå og hvilken stillingsstruktur og hvilket stillingsantall de ulike avdelinger burde ha. I denne gruppen gikk Anne Alvik (Runar Carlsen stedfortreder) og Per Bærum inn fra ledelsen og May Britt Christoffersen (NOSO, NSF, SL), Helge Høifødt (NTL), Arild Gjertsen (AF) og Marianne Tinnå (AF) fra organisasjonen, inn. Otto Hauglin deltok som konsulent. Leder for gruppen ble Helge Høifødt, altså en av organisasjonsrepresentantene, men samtidig en som nå for alvor var iferd med å bli administrasjonsavdelingens viktigste organisasjonsekspert og som sådan en som i stigende grad tenkte direktoratlig og for så vidt i synkende grad «partisk». Han erstattet på et vis Carlsen, som ble opptatt med andre saker, og representerte jo også «ledelsesavdelingen», administrasjonsavdelingen.

Gruppen foreslo (21.9.) at fire av avdelingene skulle få ettords navn, helsetjenesteavdelingen (2), legemiddelavdelingen (3) og helserettsavdelingen (4) og én et lengre navn, avdeling for forebyggende arbeid (1). Gruppens (flertalls)forslag til stillingsmessig oppbygning av direktoratet var ikke radikalt.⁷³⁷ Det innebar i praksis ingen endring av personellfordelingen mellom avdelingene, selv om den forsøkte å styrke forebyggelsesavdelingen. Det innebar heller ingen styrkelse av Helsedirektørens kontor. Endringen kommer primært til uttrykk i en forsiktig omgjøring av «byråkratiske» stillinger, som underdirektør- og kontorsjefstillinger, til mer nyttestatlige spesialstillinger, særlig som rådgivere. Gruppen foreslo en reduksjon i antallet av den første typen på fem (2 u.dir., 3 ktr.sj.) og en økning i den andre typen på 11. Den foreslo også å ta bort to mer medikratiske pregede stillinger, som fagsjef/overlege. Noe av veksten i rådgiverantallet hadde sin parallell i en reduksjon på fire førstekonsulentstillinger. Det var imidlertid begrenset hva gruppen kunne foreslå, siden direktoratet jo ikke uten videre kunne flytte, eller si opp, folk. Vi konstaterer ellers at administrasjonsavdelingen er forblitt som før, størst, selv om oppgaver skulle flyttes fra denne avdelingen til «fagavdelingene».

Målstyringsfilosofien kommer tydeligere til uttrykk i filosofi enn i konkrete forslag, og mer når det gjelder det funksjonelle enn det strukturelle. Hva det stukturelle angår, foreslo gruppen «at seksjonsinndeling som prinsipp for organisering av arbeidet avskaffes» (s. 1). Dog vil den at alle ansatte skal ha en mellomleder å forholde seg til, selv om der bør bli færre mellomledere. Det heter videre at vanlig saksbehandling bør begrenses noe og erstattes av

⁷³⁵ «Reorganisering av Helsedirektoratet – framdriftsplan etter 31.08.88, notat til direksjonen fra Otto Hauglin, Asplan Analyse (Fag6/59OH.bk) (5 s.).

⁷³⁶ «Reorganisering – videre framdrift», notat fra direksjonen til alle ansatte, 8. september 1988 (3 s.)
Direksjonen følger i det alt vesentlige Hauglins forslag.

⁷³⁷ Innstillingen er kalt «Reorganisering av Helsedirektoratet. Organisasjonsstruktur og –prinsipper. Stillingsstruktur. Oppgaver og stillingsantall i de nye avdelingene». Den ble avgitt den 20. oktober 1988. Én person i gruppen, juristen Marianne Tinnå (AF), dissenterte i ett henseende; hun ville ha en sterkere konsentrasjon av jurister i helserettsavdelingen enn resten av gruppen.

prosjektarbeid, gjerne et prosjektarbeid som går på tvers av mindre tette avdelingsskiller. Hva det funksjonelle angår, støttet gruppen PLUTO-forslagene om en mer dynamisk, desentralisert budsjett- og personalledelse. At en mer fleksibel, målrettet personalledelse kunne skape ulikheter mange ville mislike, var en pris man måtte betale, mente gruppen – ledet av en fagforeningsmann og dominert av fagforeningsmedlemmer.

Kanskje aller viktigst var gruppens forslag om å styrke de roller som skulle legemliggjøre målstyringen, lederrollene. Gruppen ville at lederne skulle bli mer rene ledere; deres roller skulle spesialiseres og profesjonaliseres. I rapporten heter det kritisk at lederne, særlig de helsefaglig utdannede ledere, Helsedirektøren inkludert, i altfor stor grad har vært «faglige ledere», altså drevet det vi kunne kalle en form for overordnet helsefaglig saksbehandling. De bør i større grad, heter det (s. 24) bli strategiske ledere, administrative ledere og mellommenneskelige ledere. Som strategiske ledere må de definere og konkretisere mål. Som de andre typer ledere, må de se til at måten det ledes på fører til størst mulig grad av måloppnåelse. Gruppen mener derfor lederne, «fra helsedirektør til mellomledernivå», bør gjennomgå et lederutviklingsprogram. Den understreker også at direksjonen enda mer bevisst bør bli det organ hvor ledelsen starter og hvor ledelsen integreres vertikalt. Direksjonen skal slik fungere ledelsesdisiplinerende for lederne ned til avdelingsnivå. Gruppen foreslår ellers at det «uhierarkiske» medisinalrådsembedet gjøres om til et tydeligere hierarkisk lydende assisterende helsedirektørembede.

Der kom en del, men stort sett pragmatiske, kommentarer til den partssammensatte gruppens forslag til innføring av den nye organisasjonsformen. Gruppen justerte sitt forslag litt.⁷³⁸ Samtidig (28.10.88) ble en ny partssammensatt gruppe (2) nedsatt for å fordele personellet på avdelingene.⁷³⁹ Den 2. november 1988 vedtok direksjonen den nye organisasjonsformen – den skulle tre ikraft den 1. januar 1989 – og fordelte både oppgaver og stillinger. De aller fleste oppgaver hørte naturlig hjemme i de ulike avdelinger. Dermed gjorde også personellet det. Omgjøringene av stillinger i mer «dynamisk» retning var forholdsvis få: I sentralledelsen ble underdirektørstillingen foreslått omgjort til rådgiverstilling, i forebyggingsavdelingen underdirektørstillingen til fagsjefstilling og én kontorsjef- og én førstekonsulentstilling til to rådgiverstillinger og i helsetjenesteavdelingen én fagsjef-, én kontorsjef- og to førstekonsulentstillinger til én prosjektleder- og tre rådgiverstillinger. I legemiddelavdelingen ble ingen stillinger foreslått omgjort, i helseerettsavdelingen ble to førstekonsulentstillinger foreslått omgjort til to rådgiverstillinger og i administrasjonsavdelingen en førstekonsulentstilling til en rådgiverstilling. I sitt brev til Sosialdepartementet av 23. november 1988 foreslår direktoratet også at medisinalrådsembedet blir til embede som assisterende helsedirektør og at de to stillinger som overarkitekt gjøres til rådgiverstillinger. Helsedirektørens stab ble ellers foreslått litt styrket i siste runde ved at den «overtallige» avdelingsdirektør i kommunehelsetjenesteavdelingen, Per Bærum og fagsjef Øivind Aarflot i avdeling for miljørettet helsevern ble foreslått flyttet opp til ledelsen som henholdsvis spesialrådgiver og rådgiver. Det hadde vært et ønske å gjøre avdelingene mer like i antall ansatte; det lyktes ikke. Ei heller førte ønskene om å føre flere oppgaver over fra administrasjonsavdelingen til «fagavdelingene» til at denne avdelingen ble noe mindre.

⁷³⁸ Partssammensatt gruppe 1, «Reorganisering – organisasjon, oppgaver, stillinger – gruppens merknader til høringsuttalelsene», datert 9.11.88, undertegnet Helge Høifødt (5 s.).

⁷³⁹ Den fikk som leder Anne Alvik og som medlemmer Runar Carlsen (ledelsen), Kari Sønnerland (AF), May Britt Christoffersen (NOSO, NSF, SL) og Leonora Martinussen (LO/S). Gruppen sendte den 28.10. ut et notat om arbeidet til de ansatte, og med et skjema for plasseringsønsker den enkelte skulle fyll ut og returnere.

Fordelingen av stillinger etter omorganiseringen fremgår av tabell 7.1. Her er imidlertid ikke (de til sammen 11) omgjøringene tatt med; de kom senere på året.⁷⁴⁰ Helsedirektoratets instruks måtte først endres noe og stillingsomgjøringene med lønns plassering måtte klareres med Forbruker- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet.

Tabell 7.1: Helsedirektoratet, oppbygning og stillingsfordeling fra 1989						
Org.enhet	Direksjon.	Forebygg.	Helsetjen.	Legemid.	Helserett	Admin.
Toppledere	Helsedir. Med.råd Spes.- rådgiver	Avd.dir.	Avd.dir.	Avd.dir.	U.dir.	Avd. dir.
Spesialister Mellom- ledere	1 u.dir. 1 inf.leder 1 kons./ o.lege 1 avd.dir./ o.tannlege	2 fagsjefer 1 u.dir. 3 ktr.sjefer 5 sp.leger	4 fagsjefer 3 ktr.sjefer 4 sp.leger 3 rådgivere 2 o.arkitekt.	1 u.dir. 1 ktr.sjef 4 legemid. inspektører	1 ktr.sj.	1 u.dir. 3 ktr.sj. 1 utr.led.
Saksbe- handlere	1 kons.	8 f.kons. 6 kons. 3 f.sekr.	7 f.kons. 8 kons. 2 f.sekr.	2 f.kons. 3 kons. 1 f.sekr.	6 f.kons. 2 kons. 4 f.sekr.	5 f.kons. 4 kons.
Kontorister/ andre	2	4	5	2	3	1 skr.led. 1 arkivled. 1 bibl.led. 1 bibl. 1 kons. 20 ktr
Tilsammen pr. enhet	3+4+1+2 =10	1+11+17+4 =33	1+16+17+5 =39	1+6+6+2 =15	1+1+12+3 =17	1+5+9+5 +20=40
Tilsammen	154					

Kilde: Den offisielle oversikt over de organiserte stillinger i Helsedirektoratet 1. januar 1989. Oversikten viser at det er 154 stillinger (noen ubesatt). Etter budsjettbeslutning i Stortinget hadde direktoratet fra 1989 151 stillinger. Diskrepansen skyldes at noen stillinger «hørte til» andre steder.

Det ble hektisk frem mot nyttår. En rekke små og store spørsmål og uenigheter måtte avklares, delvis innad i direktoratet og delvis oppad overfor departementet. Ofte hang spørsmålene sammen. Det var for eksempel tilfellet med det spørsmål som skapte mest engasjement, spørsmålet om ledelsen i den nye helserettsavdelingen. I brev av 7. desember skriver departementet at det ikke kan godtas at denne avdelingen får en ny avdelingsdirektørstilling. Departementet mener at spesialrådgiveren i ledelsen, juristen Knut Munch-Søegaard, kan overta som avdelingsdirektør i den nye helserettsavdelingen, med bibehold av tittel og lønn – og så kan Bærum overta rollen som spesialrådgiver for

⁷⁴⁰ Departementet godkjente uten videre omgjøring av mellomlederstillinger til rådgiverstillinger, men mente omgjøring av tre, ikke seks (som bedt om) saksbehandlerstillinger til rådgiverstillinger var «en rimelig løsning», men omgjøringene måtte finansieres av Direktoratet selv. (Brev av 5.4.89, dep.j.nr.: 4018/89 II A OMA/BK.)

Helsedirektøren. Direktoratet reagerer litt irritert på hva det oppfatter som departemental detaljstyring – og arroganse. Der var også andre «pirkete» innvendinger til direktoratets plan for stillingsomgjøringer. Blant annet ønsket ikke departementet at fagsjefstillingene igjen skulle gjøres om til overlegestillinger, selv om det var av rekrutteringsgrunner. Ut fra den «faglige profilering det nå legges opp til av direktoratet» bør det fortsatt være aktuelt å ansette «medarbeidere med annen profesjonsbakgrunn».⁷⁴¹ Men Munch-Søegaard ville ikke bli leder for den nye avdelingen og i et nytt brev fra direktoratet (13.12.) heter det at «Etter Helsedirektoratets syn gir Tjenestemannsloven ikke adgang til å overføre ekspedisjonssjef Munch-Søegaard til en lavere stilling mot hans vilje». Direktoratet gjentar derfor sitt forslag om at det opprettes en stilling som avdelingsdirektør i helserettsavdelingen. Det gir seg heller ikke når det gjelder overlegetittelen – en tittel, fremholder direktoratet, som også brukes i andre direktorater, som Oljedirektoratet, Rikstrygdeverket og forsvaret.⁷⁴² Saken ble også drøftet muntlig mellom departement og direktorat og mellom departementets administrasjonsavdeling og Juristforbundet. Den 12. desember ble saken tatt opp i forhandlingsmøte mellom Juristforbundet og ledelsen i direktoratet. Juristforbundet var stadig opptatt av å få en avdelingsdirektørstilling lagt til helserettsavdelingen, subsidiært en underdirektørstilling, men krevde i tillegg bl.a. å få (ytterligere) to kontorsjefstillinger (for jurister). Partene ble ikke enige og saken ble sendt til departementet for endelig avgjørelse, med forklarende brev fra direktoratsledelsen og Juristforbundet (20.12.). Etter et møte i departementet den 21.12., der direktorat og de ansattes organisasjoner deltok, svarte departementet lille julaften. Det svarte, med et lite stikk, at helserettsavdelingen «forutsettes» «ledet av en underdirektør idet direktoratet har en juridisk spesialrådgiver på høyt nivå i stab hos helsedirektøren».⁷⁴³ Slik ble det, og forble det. Helsedirektoratet skulle for resten av sin tid (til 1994) måtte klare seg uten en avdelingsdirektør i helserettsavdelingen. Helserettsavdelingen fikk heller ikke de to ekstra kontorsjefstillinger som direktoratet og juristene bad om.

Disse skjermyslene på tampen av en tid- og følelseskrevende prosess var knapt av noen regimemessig betydning. De ble uttrykk for et «spill» rundt og med reglene, et spill der partene forsøkte å utmanøvrere hverandre gjennom juridisk fektekunst, og der mistilliten fungerte som en kulisse rundt det som skjedde. Men utviklingen gikk forsiktig videre. Den nytestatlige filosofien slo sakte dypere røtter i direktoratet. Det topplederutviklingsprogram direktoratsledelsen i praksis for lengst hadde sagt ja til, ble nå, vinteren 1989, satt i gang. De to øverste ledere og avdelingsdirektørene skulle bli fotfulgt og skolert, personlig og kollektivt, spesielt ut fra den filosofi at ledelse «foregår mellom mennesker».⁷⁴⁴ Nå skulle ledelsen i

⁷⁴¹ Brev fra Sosialdepartementet av 5.12.88, «Reorganisering av Helsedirektoratet». Dep.ref.: 12406/88 A II THM/MES. Brevet var ført i pennen av avd.direktør i adm.avdelingen, Thomas Mauritzen, og undertegnet av departementsråden og eksp.sjef Finn Høvik. I brevet sier for øvrig departementet også nei til å endre overraktekststillingene til rådgiverstillinger.

⁷⁴² Brev fra Helsedirektoratet til Sosialdepartementet, datert 13. desember 1988, «Reorganisering av Helsedirektoratet». H.dir.ref.: 23707/88 V AA/TRN/NBT. Brevet var konsipert av Anne Alvik, men undertegnet av Torbjørn Mork og Reidar Bang.

⁷⁴³ Brev fra Sosialdepartementet av 23.12.88, «Reorganisering av Helsedirektoratet». Dep.ref.: 13272/88 II A THM/ås. Kari Sønnerland ble, som underdirektør, leder for helserettsavdelingen. Da Munch-Søegaard gikk av fikk hun i 1993 fungere som spesialrådgiver i Helsedirektørens stab, men ble utnevnt til avd.direktør fra 1994 (i Statens helsetilsyn). I brevet av 23.12. står departementet fast på at direktoratet ikke kan bruke tittelen overlege, bl.a. under henvisning til at tittelendringen er organisatorisk og derfor må forelegges Stortinget og at den ev. må vurderes overfor den da eksisterende lov om etableringsstopp for leger.

⁷⁴⁴ Sitatet er fra Otto Hauglins notat av 1.12.88 til direksjonen, kalt «Reorganisering av Helsedirektoratet – forslag til plan, innhold og ramme for ledelsesutviklings- og opplæringsprogram». Programmet omfattet først en kartlegging blant ansatte om deres forventninger til lederne. Konsulentene bearbeidet så informasjonen, sammenholdt den med Direktoratets oppdrag og konfronterte lederne med resultatet. Deretter fulgte Gro

direktoratet profesjonaliseres på de nye, nyttestatlige premisser; gamle medikratiske og byråkratiske ledelsesformer skulle avlæres. Ingen tenkte på å gjøre noe slikt i departementet, men i direktoratet tenkte etter hvert nesten alle slik, men spesielt Anne Alvik – med Torbjørn Mork som støtte. Noen av de eldre lederne hadde nok sine motforestillinger, men måtte jo være med på «ferden». I tillegg til programmet for lederne ble det laget og gjennomført mer teknisk pregede opplæringsprogrammer i økonomi-, personal- og prosjektledelse, delvis i regi av administrasjonsavdelingen og delvis i samarbeid med Forbruker- og administrasjonsdepartementet. Programmet i prosjektledelse førte også til at det ble laget egne retningslinjer for prosjektledelse.⁷⁴⁵ Disse programmer startet vinteren 1989 og fortsatte resten av året og ut i 1990. De ble en del av en mer institusjonalisert, nyttestatlig orientert ledelsesutvikling. Administrasjonsavdelingen markerte også det ved å etablere et faglig forum for direktoratsansatte som arbeidet med personal- og økonomiforvaltning.⁷⁴⁶

Som en del av den direktoratlige organisasjonsutvikling ble *H.DIR intern melding* fornyet og rustet opp, under navnet *intern info*. Den nye helserettsavdelingen begynte i mai 1989 å gi ut fagnotatet *HELSERETT-INFO*.

Omorganiseringen og det fornyede helsedirektorat

I beste målstyringstradisjon ble det bestemt at omorganiseringen skulle vurderes (evalueres) på ulike tidspunkter. Den første vurderingen ble foretatt fra midten til utløpet av mars, den annen tidlig på høsten og den siste sent på høsten (1989). Som en del av den siste vurderingen ble det også i perioden 15. til 22. november gjennomført en spørreundersøkelse blant de ansatte. Vurderingene viste at Helsedirektoratet mer og mer ble et nytt direktorat, selv om fortiden stadig var til stede, endog legemlig, gjennom ledere med røtter i det evangiske og tidlige morkske direktorat.

Det konstateres i den første rapporten, som kom i mai, at mye gjenstår på det primære målstyringsplan, altså det å bestemme direktoratets eksistensielle oppgaver, og, spesielt, å knytte dem til konkretiserte mål.⁷⁴⁷ Det kunne også langt på vei konstateres ved de neste vurderinger. Direktoratets «profil» er derfor stadig, heter det i de neste vurderinger, litt uklar. Virksomhetsplanarbeidet var imidlertid nå godt i gang, selv om planenes virkninger ennå var moderate. Det hang imidlertid også, som vi skal komme tilbake til, sammen med ressursproblemer.

Johnsrud eller Otto Hauglin de ulike ledere i deres ledergjerning i ca. en måned (vinteren 1989). Minst ukentlig samtalte så konsulentene med «sine» ledere og gav dem råd. Temaer som gikk igjen ble drøftet kollektivt. Programmet ble fulgt opp med kurs i det å gjennomføre medarbeidersamtaler og å organisere og lede prosjekter.

⁷⁴⁵ Retningslinjene hadde tittelen «Prosjekt som arbeidsform i Helsedirektoratet. Retningslinjer og veiledning» og er på 14 sider, med vedlegg, blant annet som flytdiagrammer. De ble godkjent av direksjonen den 10. mai 1989. Retningslinjedokumentet er preget av den nyttestatlige filosofi, en filosofi som innebærer at endring blir viktigere og at mange endringer må gjennomføres som prosjekter, éngangstiltak. Etersom endringstakten tiltar, vil prosjekter, heter det, bli en viktigere måte å arbeide på for Direktoratet.

⁷⁴⁶ Det første møtet ble holdt den 13. mars 1989. En drivkraft i dette arbeidet ble Helge Høifødt, førstekonsulenten som fra 1989 ble utredningsleder og som nå hadde fått rollen som Helsedirektoratets fremste organisasjonsutviklingsmann.

⁷⁴⁷ «Reorganisering av Helsedirektoratet 1.1.89. Innføring av nye organisasjonsprinsipper mv. Statsrapport pr. 31.3.89». Rapporten, skrevet av administrasjonsavdelingen, ble godkjent av direksjonen den 10.5.89.

Indirekte hadde imidlertid også en del skjedd: Avdelingsinndelingen representerte en oppgaveantydning hva de tre «institusjonelle» avdelingene, men i noen grad også helseerettsavdelingen, angikk. Og i oppgavene lå der implisitt om ikke mål så verdier og formål. Men det viktigste nå var endringene i funksjonelle enheter og i ledelsesfilosofi – og samspillet mellom disse. De faste byråkratiske enheter var blitt færre og større: avdelingene ble de laveste sådanne enheter. Innad i avdelingene skulle seksjonene bort og erstattes av midlertidige (endrings)prosjekter og halvfaste lag («team»). Der skulle arbeides mer horisontalt og kollektivt. Det skjedde også, gradvis, men i noen grad kom de løse enhetene, prosjektene og særlig lagene, til å bli iallfall halvfaste og halvbyråkratiske.

Overgangen til prosjektorganisering gikk sakte. Ved første vurdering var det særlig i forebyggingsavdelingen prosjektformen ble brukt. Her økte også etter hvert bruken av den nokså mye. Mot slutten av 1989 hadde avdelingen miljørettet helsevern som hovedprosjekt, og ellers mindre prosjekter knyttet til omsorg for nyfødte, sikkerhetstiltak for aktive barn, helsestasjonsvirksomheten (lage en veileder), skolehelsetjenesten og HIV/AIDS-omsorgen. Etter hvert ble det satt i gang prosjekter også i andre avdelinger, spesielt i helseerettsavdelingen og i administrasjonsavdelingen. Helseerettsavdelingen satte i gang prosjekter om kvalitetssikring («Fra klage til kvalitet»), bygging av et presedensarkiv og utarbeidelse av forskrift for miljørettet helsevern. Administrasjonsavdelingen hadde prosjekter knyttet til internopplæringen, blant annet i prosjektarbeid⁷⁴⁸ og personal- og økonomiledelse (for de «andre avdelinger»), og til overførselen av personal- og økonomiledelsesoppgaver til de andre avdelingene. Innføringen av EDB (tekstbehandling) hadde også i noen tid vært prosjektpreget.

Den voksende bruk av prosjektarbeid var altså et uttrykk for at Helsedirektoratet ble en mer endringsskapende organisasjon. Det skapte spenninger overfor «fortiden», altså den rutinepregede forvaltning, spenninger som selvsagt ble forsterket av ressursmangelen. Spesielt forebyggingsavdelingen, men også helseerettsavdelingen, ble hengende etter med forvaltningsoppgavene.

Bruken av lag («team») istedenfor seksjoner kom nokså tidlig i gang i tre av avdelingene. Forebyggingsavdelingen hadde få lag, helsetjenesteavdelingen hadde svært mange lag og administrasjonsavdelingen fire lag. Legemiddelavdelingen hadde ikke hatt seksjoner og ønsket ikke å ha lag: Man kan si at avdelingen i seg selv var et lag, men også at hver medarbeider var det. Helseerettsavdelingen ville ikke ha lag. Den fryktet at laginndeling ville føre til sterk spesialisering og svært små lag – og dermed til sårbarhet (ved fravær eller utskifting av personell); også denne avdelingen fungerte slik også som ett lag. I legemiddelavdelingen var det daglige postmøter for hele avdelingen og månedlige avdelingsmøter. Det bidro til å styrke avdelingens status som lag. I helseerettsavdelingen bidro et ukentlig faglig forum til det samme. Når disse to, små, avdelinger ikke hadde indre lag, skyldes det imidlertid også at de (stadig) arbeidet nokså tradisjonelt, den første farmasøytisk-byråkratisk, den annen, men ikke bare, juridisk-byråkratisk.

Det var ikke overraskende helsetjenesteavdelingen som baserte seg mest på lag. Jørgen Jonsbu, avdelingens sjef, var nysgjerrig og alltid opptatt av å prøve noe nytt. Han stod dessuten overfor den formidable oppgave å bygge bro over den kulturkløft som eksisterte, fra praksis- til forvaltningsnivå, mellom almen- og spesialisthelsevesenet. Resultatet ble altså

⁷⁴⁸ I mai 1989 hadde administrasjonsavdelingen klar en veileder om prosjektarbeid. Den het «Prosjekt som arbeidsform i Helsedirektoratet. Retningslinjer og veiledning». Den ble godkjent av direksjonen den 10.5.

nokså mange lag, med påfølgende multiple lagmedlemsskap. Siden alle medarbeidere også skulle ha en fast arbeidsleder, kom alle ikke-ledere slik under et dobbelt og ofte flerdobbelt lederskap. Avdelingen ble en flerdimensjonal matrise. I tillegg kom at lagmedlemmene også i stor grad måtte bedrive gammeldags forvaltning, og slik arbeide også utenfor lagene og prosjektene. Dette skapte faglige samordningsproblemer, problemer lederne fikk «i fanget». Det skapte også arbeidsledelsesproblemer. Det ble ofte vanskelig for personallederne å kunne lede ut fra ressurs hensyn: I et lavt bemannet direktorat, «forsynte» lagledere seg av arbeidskraft ut fra de behov de hadde, samtidig som forvaltningsoppgavene også måtte vies oppmerksomhet. Dette fikk den følge at mange medarbeidere ble overbelastet, og personallederne satt litt ut av spill. Lagorganiseringen, kombinert med uformell «seksjonsorganisering», skapte også i noen grad uklare ansvarsforhold; lagorganisering svekker de linjene seksjonene krever. De problemer det kan skape kan i noen grad begrenses hvis en organisasjon preges av lik målforståelse og har en sterk lojalitetskultur, men de forsvinner ikke helt. Helsetjenesteavdelingen merket disse problemer, men også de andre avdelingene som brukte lag gjorde det. Problemene avtok imidlertid noe etter hvert, også i helsetjenesteavdelingen. Typisk nok ble avdelingen litt rebyråkratisert: Avdelingens fire faggrupper, hver ledet av en fagsjef, ble de nye «seksjoner», men lagene var i noen tilfeller stadig sammensatt av personer fra ulike faggrupper. I den siste, og mest omfattende vurderingen het det (s. 9) at «Teamene, ..., har ikke funnet sin endelige form».⁷⁴⁹ Det reduserte imidlertid ansvarsklarheten noe at avdelingen innførte et skille mellom den beslutningsorienterte «linjekontakt» og den mer utredende «stabskontakten».⁷⁵⁰

Det var altså vanskelig å forene gammelt og nytt. Det kom endog tidlig til syne tendenser til at lagene («teamene») kunne stivne litt til og bli semiseksjoner. Målstyringen, med løserer strukturer innad i avdelingene, virket imidlertid i viktige henseender også som intendert. Målbevisstheten «satte seg» i større grad, lederne ble viktigere – også topplederne – og de øvrige medarbeidere fikk mer varierte arbeidsoppgaver og ble i større grad bevisst sitt medansvar. Også mellom fag- og kontorgruppene ble det lavere terskler. Kontoransatte ble trukket mer inn i det faglig pregede fellesskap i avdelingene. Ettersom året gikk, og ledere og ansatte fikk tid til å tilpasse den formelle struktur og utvikle den «nødvendige» uformelle (tilleggs)struktur ble noen av de problemene vi har nevnt mindre, men andre holdt seg i betydning og til dels tiltok, som vi skal komme tilbake til.

I en laginnstilt organisasjon skal alle faste, formelle enheter i størst mulig grad bort. Slik ble det også tenkt av Helsedirektoratets organisasjonsutviklere. Asplans Otto Hauglin gjentok stadig at det nye direktoratet skulle fungere med «tynnere vegger og lavere terskler». Det press «oppløsningen» innad i avdelingene skapte, kombinert med ressursknapphet, resulterte imidlertid i at veggene og tersklene mellom avdelingene ble tykkere og høyere. I vurderingen den 10.5. heter det at det er kommet signaler om at «avdelingene mer enn før vegrer seg for å bidra til løsningen av oppgaver som er forankret i andre avdelinger, og at avdelingene konkurrerer om å vise at de har kommet dårlig ut av reorganiseringen mht antall stillinger og arbeidssituasjon».⁷⁵¹ Den strukturopløsning og ansvarskollektivisering og ansvarsanonymisering overgangen til løserer organisasjonsformer førte til, skapte samtidig et behov for en fasthetskompensasjon. De skillene som ble fjernet innad i avdelingene, ble gjort skarper mellom dem. Kanskje kan man også si at Helsedirektoratets oppgaver stadig var

⁷⁴⁹ «Reorganiseringen – evaluering pr. 15.11.89», notat fra administrasjonsavdelingen til direksjonen, datert 12. desember 1989. (J.nr. 89/06329 5 HH.)

⁷⁵⁰ Kfr. «Reorganisering av Helsedirektoratet 1.1.89. Innføring av nye organisasjonsprinsipper mv. Statsrapport pr. 31.8.89, s. 1. Rapporten ble avlevert den 11.10.89 og direksjonsbehandlet samme dag.

⁷⁵¹ Fra vurderingsrapporten av 10.5.89., s. 5.

langt mer helsefaglig tekniske og forvaltningsmessige, og stabile, enn den løser, målstyringsorienterte organisasjonsformen tilsa. I andre sammenhenger klaget jo direktoratet nettopp over det – over «pliktløpets» omfang. Kanskje er det slik heller ikke så overraskende at den eldste, mest «konservative», og mest «adskilte» avdelingen var den som før omorganiseringen var preget av størst medarbeidertilfredshet (vist i «PLUTO»), og som fortsatte å være det etter omorganiseringen. I november-vurderingen heter det (s. 10) at «Svarene på spørreundersøkelsen viser generelt mer positivt syn på reorganiseringen og tiltakene i oppfølgingen (i legemiddelavdelingen) enn i andre avdelinger». Man kunne nesten sagt, «et mer positivt syn på «ikkereorganiseringen», for som det heter i vurderingen (s. 10): «Avdelingen ble lite berørt av endringene i avdelingsstrukturen».

Ikke så overraskende har «institusjonsavdelingene» opplevd problemer med samarbeidet med den nye juridiske avdelingen – og omvendt. Utskillelsen av juskompetansen svekket jo institusjonsavdelingene som integrerte avdelinger. Det måtte ta tid å finne «lagaktige» måter å samarbeide på over avdelingsskillene, og nok ekstra lang tid på grunn av både helserettsavdelingens behov for å «finne seg selv» og den skjerpede avdelingsegoismen. Helserettsavdelingens problemer tiltok endog. Allerede i mai, etter den første vurderingen av omorganiseringen, skrev helserettsavdelingen til administrasjonsavdelingen og klaget sin nød, endog komparativt. I brevet, ført i pennen av kontorsjef Bente Ohnstad, heter det således at mens helserettsavdelingen i første kvartal 1989 hadde 1 606 arkivregistrerte dokumenter, hadde legemiddelavdelingen, med omtrent den samme bemanning (15 mot 17), 613 saker. Videre skriver hun: «Avd. 1 har dobbelt så mange hjemler som oss, mens antall inn-/ut-dokumenter ligger på 1 454, altså noe under vårt tall». Hun nevner også at «det er nødvendig for avdelingens fortsatte eksistens å ha en fast lederstruktur på minst 3»; avdelingen hadde nå to. Hun legger i den forbindelse til at mens de andre avdelinger hadde 20 til 22 prosent lederhjemler hadde helserettsavdelingen 11,7 prosent. Ledelsen hadde forståelse for situasjonen, men syntes Ohnstad overdrev på noen punkter. Anne Alvik skrev i en kommentar til Torbjørn Mork at «Vi må prøve å bedre forholdene i avd. 4 på en slik måte at de andre avd. ikke reagerer for mye, om mulig».⁷⁵² Det var imidlertid ikke så mye budsjettet tillot ledelsen å gjøre nå. Allikevel ble stemningen etter hvert bedre i den internt uspesialiserte avdelingen. Den faglige homogeniteten, og følelsen av at jusens rolle og status ble styrket, bidro til det. I november-vurderingen står det (s. 10) at «avdelingen har etablert en velfungerende intern organisering, med en positiv avdelingsidentitet og god arbeidsorganisering».

Som vi har sett ble det ikke mulig å skape et mer utpreget nyttestatlig Helsedirektørens kontor. Vi ser allikevel nokså snart at administrasjonsavdelingen delvis får en styringsrolle overfor de andre avdelingene. Ja, den tydeliggjøres gjennom delegeringen av personal- og økonomioppgaver til «fagavdelingene»: Gjennom denne delegeringen får i virkeligheten administrasjonsavdelingen sine «agenter», eller iverksettere, i fagavdelingene. Ved at denne styringen gjøres mer målorientert, blir den også mer penetrerende; den påvirker direkte de «faglige» overveielser i større grad enn den gamle byråkratiske styringen hadde gjort. Da Anne Alvik satt og forberedte seg til vurderingsmøtene den 15. mars, skriblet hun ned noen momenter og spørsmål på et papir. Et av spørsmålene var: «Er avd. 5 en stabsavdeling?» Spørsmålet var nok også et svar.⁷⁵³ Det fremgår også av hele vurderingsprosessen. Den ledes

⁷⁵² Brevet fra helserettsavdelingen, med overskriften «Evaluering av reorganiseringen – erfaringer ved 1. kvartal 1989», er i den versjon vi har bare datert mai 1989. Kommentaren fra Alvik til Mork er skrevet på den versjonen vi har, og har fått av Alvik.

⁷⁵³ Hennes A5-ark med momenter var heftet sammen med innkallelsen til vurderingsmøtene. Innkallelsen hadde overskriften «Oppfølging av reorganisering – møter mellom avdelingene og ledelsen – temaer for statusrapport pr. 31.3.89», datert 9.3.89. Vi har fått momentarkene av Anne Alvik. De er nå i vårt arkiv.

av administrasjonsavdelingen, på en stadig mer selvbevisst og fremadskuende måte. Den siste vurderingen ender med tydelige råd til avdelingene, og lederne på alle nivåer, og med både stillings- og budsjettforslag. Forholdet er, at det etter hvert først og fremst er administrasjonsavdelingen som leder omorganiseringsarbeidet og lederutviklingen; ja, som vi skal se, til dels også innføringen av virksomhetsplanleggingen. Asplan spilte en tid en viktig rolle, men i regi av administrasjonsavdelingen. Etter hvert overtok administrasjonsavdelingen det meste av initiativet. I noen grad kan vi også snevre inn vår påstand. I administrasjonsavdelingen var det førstekonsulent, og altså fra 1989 utredningsleder, cand. mag. Helge Høifødt, som var drivkraften. Han hadde begynt i direktoratet og administrasjonsavdelingen bare noen få år før, i 1986, og kom først for alvor med i organisasjonsutviklingsarbeidet som fagforeningsrepresentant (NTL). Mer og mer kom han til å tenke på vegne av hele direktoratet, altså tenke som leder. Gradvis kom han slik også til å skifte side, men ikke på noen maktbevisst og maktsøkende måte. Han ble, og forble, en sindig, utredende leder. Han arbeidet på den nye ledelsesfilosofiens premisser, men hans stil var ikke den «harde» målstyringsmann. Han var, og forble, en både pragmatisk og humanistisk målstyringsmann. Det passet for så vidt hans sjef, Reidar Bang, og Helsedirektoratets øverste «indreleder», Anne Alvik. Høifødt søkte seg forøvrig, typisk nok, ikke formelt inn i linjen.

Senhøstes 1989 var imidlertid Høifødt, og administrasjonsavdelingen, spissere i tonen enn de pleide å være, og siden skulle bli. I vurderingen til den 15. november er administrasjonsavdelingen forholdsvis fornøyd med det som er skjedd på det forebyggende område; å styrke dette var ett av formålene med omorganiseringen. Et annet formål var å gjøre mer hva gjaldt pasienters rettigheter. Administrasjonsavdelingen konstaterer at her henger direktoratet etter. Spesielt er «Saksbehandlingstiden for klage-, erstatnings- og billighetserstatningssaker vedr. pasientbehandling altfor lang», heter det.⁷⁵⁴ Men selv om den er lang brukes mye ressurser på å få den ned, så mye at det går utover annet helserettlig arbeid. Her kreves det, legges det til, «forbedringer når det gjelder organisering og bemanning». Enda mer negativ er vurderingen av hvordan hovedformålet om å bedre samordningen av helsetjenestene er fulgt opp. Vurdererne skriver (s. 2–3): «Styrking av arbeidet med almenhelsetjenestene, overvåking og tilsyn med og kvalitetssikring i helsetjenesten, helsetjeneste for enkelte svake grupper, er oppgaver som ikke blir tilstrekkelig ivare tatt».

Spørreundersøkelsen viser, heter det i vurderingsrapporten (s. 3), at «de ansatte vurderer reorganiseringen verken klart vellykket eller mislykket (score 3,7 der 6 = svært vellykket, 1 = svært mislykket)». Lederne er mest fornøyd, kontorpersonellet minst fornøyd; resten befinner seg imellom de to gruppene. Tilfredsheten følger altså i noen grad hierarkiet.

Det konstateres at arbeidsbelastningen oppleves som stor og endog økende. Spesielt er det siste tilfelle for helsetjenesteavdelingen. I rapporten anslåes det (s. 6) at det ble utført mellom 8 000 og 10 000 timer ubetalt overtidsarbeid i 1989, i tillegg til vel 2 000 timer betalt overtidsarbeid. Samlet ble det altså utført et overtidsarbeid tilsvarende 5–6 årsverk. Vi har sett at Asplan anbefalte en drastisk utflytting av oppgaver. En viss oppgavereduksjon ble foretatt i løpet av året, i tillegg ble antallet saksbehandlingsledd i mange saker redusert (til i høyden to). Nå skriver administrasjonsavdelingen at utflytting og forenkling ikke på noen måter er nok til «å skape den nødvendige kraft i arbeidet med de prioriterte områder». Den legger dog

⁷⁵⁴ Rapport pr. 15.11.89, *op. cit.*, s. 2.

formanende til at målet må være at «det ikke skal utføres oppgaver som er lavere prioritert, dersom oppgaver som er høyere prioritert ikke blir utført» (s. 6–7). Dette skjer imidlertid stadig, også i 1989, heter det. Administrasjonsavdelingen vil derfor at den målbaserte prioriteringen skal bli tydeligere, blant annet gjennom bedre resultatrapportering. Annerledes sagt: Avdelingene har ikke tatt tilstrekkelig inn over seg hva målstyring i praksis innebærer; de er for forvaltende. Her nevnes det dog ikke at jusen ofte fører til en annen prioritering enn hva den nyttestatlige målprioritering gjør; og jusen har alltid forkjørsrett, og mer forkjørsrett jo mer konkret den er. I rapporten sies det, litt unnvikende, at «feilprioriteringen» «sikkert (har) rimelige forklaringer i hvert enkelt tilfelle».

Prioriteringsskjevheten kan i noen grad føres tilbake til måten det ledes på, mener vurdererne: Ledelsen er for lite reelt ledende; til dels fungerer den, som før, som en slags siste saksbehandlingsinstans. Rapportens forfattere er til dels generelt kritisk, altså kritisk både til avdelingslederne og til topplederne, men mest kritisk er de til lederne for forebyggingsavdelingen og helsetjenesteavdelingen og til topplederne, direksjonen som kollegium medregnet. Ledelsen i forebyggingsavdelingen får lavest vurdering i spørreundersøkelsen. Bedømmerne erklærer (s. 7–8) at avdelingsdirektøren må legge mer vekt på ledelsesoppgavene, «særlig med tanke på å få avdelingsledergruppen til å fungere som en gruppe med felles ansvar for avdelingens drift, å utvikle den avdelingsinterne organisering og å forbedre koordinering og samarbeid». Om ledelsen i helsetjenesteavdelingen heter det (s. 9) at «den lider fordi lederne bruker uforholdsmessig mye av sin kapasitet til saksbehandling». Det legges dog til at dette også reflekterer avdelingens ekstra vanskelige ressursituasjon, spesielt på legesiden.

Mest kritisk er administrasjonsavdelingen i sine kommentarer til direksjonen. Den begynner sin vurdering av direksjonen slik (s. 4):

Direksjonen har ikke blitt det sentrale forum for strategisk planlegging og ledelse, drøfting av prinsipielle faglige spørsmål, og organisering av større prosjekter og fellestiltak, slik det var forutsatt. Det skorter særlig på direksjonens evne til å få avdelingene til å samarbeide og å trekke i samme retning, og på lojalitet mot, gjennomføringsevne og oppfølging av ledelsens og direksjonens beslutninger. Dette har negative virkninger på resten av organisasjonen.

Vurderne henviser også til sakssammensetningen i direksjonsmøtene. Av 169 direksjonssaker i 1989 (inntil 6.12.) var 75 referat- og informasjonssaker, 65 interne saker og bare 29 «fagsaker». En del av de interne sakene var utpregede ledelsessaker, men nesten en tredjedel ikke var det, og kunne vært avgjort uten direksjonsbehandling, mente administrasjonsavdelingen. Avdelingen bruker ordet «fagsaker» på den gamle, medikratiske måten, altså også om saker av prinsipiell og helsepolitisk betydning.

Direktoratet hadde lenge vært forholdsvis fragmentert. Under Evang fungerte kontorene nokså autonomt. Slik fortsatte det i Morks første periode. I Morks andre periode fikk Helsedirektøren etter hvert en stab, spesielt helt på toppen, som var mere hans, og som ble en mere mobiliserende stab enn Morks gamle stab, eller Evangs. Administrasjonsavdelingen mente altså nå at direktoratet i noen grad var begynt å gå i oppløsning. Antagelig er det en «ahistorisk» vurdering. Det var tidligere en nokså løs organisasjon, preget av det som i dag i ledelsteorien ofte omtales som fordelt (distribuert) ledelse. Noen, som Henry Mintzberg,

mener det gir en bedre organisasjon: den blir mere fleksibel fordi mange leder.⁷⁵⁵ Nå var det mindre løst, men litt for løst sett fra et integrert målstyringsperspektiv. Lederne var mer ledere enn de, og deres forgjengere hadde vært, men altså ikke nok til å kunne kalles gode målstyringsledere.

Administrasjonsavdelingen var altså bekymret for at direktoratet falt litt fra hverandre både vertikalt – ledelsen ble svevende litt for mye over vannene, og horisontalt – avdelingene ble i stor grad seg selv nok. Det siste hadde de også vært før, men det er nok riktig at ressursmangelen og «oppløsningen» av de faste strukturer i avdelingene, hadde bidratt til en viss horisontal fragmentering.

Administrasjonsavdelingen ville ha «skabhalsene» til å gå bedre sammen, og lanserte derfor en rekke utfordrende forslag i sin oppsummerende vurdering. På den ene siden ville avdelingen at alle i ledergruppen skulle forberede seg bedre, delta mer i diskusjonene i direksjonen, være mer strategiske – altså målorienterte, mer ansvarstagende «etterpå» og mer resultatrapporterende. Avdelingen ville ha en kulturrevolusjon i direksjonen, en revolusjon som ble videreført i avdelingsledelsene og som til syvende og sist skulle gjøre hele direktoratet til en organisasjon gjennomsyret av kreativ målbevissthet og effektiv resultatoppnåelse. Den ville at en både vertikalt og horisontalt fragmentert organisasjon skulle bli et (mer) friksjonsfritt målsøkende maskineri.

Men som vi har sett, reorganiseringen og den ledelsesutvikling som ledsaget den, skapte både virkninger fornyerne hadde hatt som formål å skape, og virkninger de ikke ønsket å skape. De løsere organisasjonsformer internt i avdelingene skapte uklare ansvarsforhold og bidro til å forsterke, eller iallfall bibeholde avdelingsskillene og avdelingsselvisheten.

Desentraliseringen av en del av økonomi- og personalledelsen, kombinert med opplæring av avdelingspersonell i slik ledelse, skapte større fleksibilitet innad i avdelingene – og ble godt likt i avdelingene, men førte også til at direksjonen og til dels avdelingslederne mistet noe av kontrollen over økonomi- og personalledelsen. Ja, siden de øverste ledere ikke selv fulgte opplæringen, hverken visste eller forstod de hva som skjedde med denne ledelsen. Lederne fikk, som vi har sett, selv lederopplæring, men den var adskilt fra blant annet økonomi- og personalledelsesopplæringen. Den skapte ikke ledelse «hele veien» ned og ut.

Spørreundersøkelsen viste dog at der var en nettogevinst av opplæringen.

Administrasjonsavdelingen skriver i sin vurdering at opplæringen har gitt «enkelte resultater», spesielt på avdelingsnivå, og spesielt i de to mest ledesspesialiserte avdelingene, helsrettsavdelingen og administrasjonsavdelingen. Siden de ansatte i legemiddelavdelingen var relativt fornøyd både før og etter opplæringen, kan vi igjen konstatere at minst hadde skjedd med ledelsen i de to store institusjonelle avdelinger, forebyggingsavdelingen og helsetjenesteavdelingen.

Før vi avslutter denne redegjørelsen skal vi kort si litt om topplerutviklingen og de virkninger den hadde.

⁷⁵⁵ Kfr. Henry Mintzberg, “Managing the Myths of Health Care,” *World Hospitals and Health Services*, b. 48, nr. 3, 2012, s. 6.

Direksjonen

Opplæringsprogrammet for lederne ble satt i gang i slutten av januar 1989 og varte frem til overgangen april/mai samme år. Det startet med at de to konsulentene, Gro Johnsrud og Otto Hauglin, hadde møter med folk i avdelingene om deres forventninger til lederne. Så delte konsulentene lederne mellom seg og «fulgte» dem en tid i deres ledelsesutøvelse. Denne «skyggingen» var ikke bare informasjonsinnhentende. Konsulentene ble straks normative, både diagnostisk og terapeutisk. De kombinerte altså observasjon og rådgivning. I noen grad var de også aktive på denne måten på avdelings(leder)møter. Konsulentene ledet også møter både i avdelingene og direksjonen hvor ledelsesemner av særlig relevans for direktoratet ble drøftet. De tok også opp på video flere av møtene i direksjonen – opptak på til sammen tre timer. Opptakene ble brukt som grunnlag for diskusjoner om direksjonens, og dens medlemmers, rolle og oppgaver og hvor godt de ble ivaretatt. Konsulentene var altså muntlig og sosialt aktive gjennom prosessen. Til dels gav de, på egne vegne, substansielle vurderinger og råd, og til dels forsøkte de å mobilisere direktoratslederne til å bli sine egne bedømmere og rådgivere. Selv om de, og Asplan, var knyttet til målstyringsfilosofien, gjennomførte de lederutviklingsprosessen også på en mer kunstnerisk-humanistisk, eller mobiliserende, måte. Som mobiliserere var de også venstre-liberale på en måte som passet den fagforeningsbevisste staben: De anbefalte mindre hierarki og mer (bedrifts)demokrati. Vi har ovenfor også sett at Hauglin hele veien la stor vekt på «partsrepresentasjon» og å sende alle forslag ut til vurdering blant de ansatte.

Asplan lot ikke direktoratet få en utførlig skriftlig analyse av lederne og ledelsen. Gro Johnsrud skrev et notat om ledelsesutviklingsarbeidet. Det var på vel tre luftige sider og inneholdt ingen dypere analyse.⁷⁵⁶ Men det var den måten Asplan hadde fungert på, også i organisasjonsutviklingsarbeidet: De skriftlige notater var korte, til dels strekpunktpregede og uten dypere premisser. De skulle «provosere» til diskusjon og praktisk refleksjon, ikke være filosofisk dype. De fungerte også slik, men ikke minst fordi de to konsulenter var tydelige, bestemte og engasjerende. De klarte å sette seg i respekt, selv i en organisasjon med mange akademikere – altså personer som lett tyr til spiss ironi når de utsettes for utenforstående forståelsepåere. Etter hvert som den mer «prosaisk» fungerende administrasjonsavdelingen fikk en mer aktiv rolle i arbeidet, ble dens notater og analyser snart mer omfattende og dyptpløyende enn konsulentenes. Avdelingen gled gradvis over i rollen som direktoratets internkonsulenter.

Johnsrud begynner sin omtale av direksjonen slik: «Direksjonen er sterkt preget av helsedirektørens faglige briljans». «De fleste av diskusjonene i direksjonen er» derfor, heter det videre, «sentrert rundt helsedirektøren». Hun skriver videre: «I diskusjoner om enkeltsaker fra de ulike avdelingene deltar stort sett helsedirektøren og den aktuelle avdelingsdirektøren». Når «fellessaker og mer prinsipielle spørsmål» drøftes, er engasjementet lite fra avdelingslederne.

Hun bekrefter hva Helge Høifødt skriver i den siste vurderingen av omorganiseringprosessen, at «detaljdiskusjoner av enkeltsaker» spiller en større rolle enn «overordnede prinsippaker». Hun konstaterer videre at de strategiske diskusjoner gjerne

⁷⁵⁶ Notatet har overskriften «Ledelsesutvikling i Helsedirektoratet: Kort tilbakeblikk på opplegg og arbeid i direksjonen». Det er udatert, og for så vidt uten forfatternavn, men følger som vedlegg til Administrasjonsavdelingens vurdering pr. 15. november 1989.

ender uten «klare konklusjoner» – altså målbaserte beslutninger – og uten «forpliktende oppfølgingsplaner». Den praktiske «oppfølging» både av små og store, inkludert prinsipielle (målbaserte), beslutninger eller avklaringer «foregikk i form av «masing» og «purring» fra helsedirektøren, ikke gjennom faste rapporteringsrutiner», skriver hun.

Man kan si at Helsedirektoratets løse struktur, vertikalt som horisontalt, ble avspeilet i måten direksjonen fungerte på, særlig hva angår det vertikale. Helsedirektøren snakket, og de andre hørte, og overhørte, skriver Gro Johnsrud. De andre engasjerte seg ikke, spesielt ikke i «strategiske» spørsmål, dog særlig med Jørgen Jonsbu som en unntagelse. I noen grad, kan man si at de – men da overdriver vi noe – undertiden knapt var til stede på møtene. Signaler som ble gitt, og mer og mindre konkrete beslutninger som ble fattet, ble i varierende grad fulgt opp. Helsedirektøren måtte mase og mase for at ting skulle skje. Med andre ord, Helsedirektøren og hans stab styrte bare delvis. Direksjonen møttes, overla og fattet noen beslutninger, men beslutningene og signalene ble ikke de eneste, og ofte ikke de viktigste premisser for det som så skjedde i avdelingene. Der startet i noen grad en ny beslutningsprosess. Sentralledelsen og avdelingsledelsene var, som nyinstitusjonalistene sier, «løst koblet».

Gro Johnsrud sier at avdelingsledernes semiabdikasjon i direksjonsmøtene skyldtes Morks «briljans», og dermed dominans. Hun foreslår derfor både en demokratisering av direksjonens beslutningsprosesser og en «tetting» av linjen nedover. Hun vil altså ha mer (bedrifts)demokrati oppover (på beslutningssiden) og mindre demokrati nedover (på iverksettelsessiden). Hun foreslår således i det første tilfelle at møteledelsen burde gå på omgang og at diskusjonene burde ha innslag av smågruppediskusjoner og paneldebatter. I det annet tilfelle foreslår hun at klare (plan)beslutninger skulle følges opp med «et *bedre system for rapportering og oppfølging*». Hennes forslag reflekterer på en typisk måte målstyrernes oppskrift for å kombinere målstyring og demokrati.

En leders «briljans» kan virke passiviserende. Den som viser frem sin storhet kan lett få andre til å føle seg små. Men briljans kan også virke motsatt, nemlig mobiliserende. Det er det vi ser når charismatisk lederskap ofte har dramatiske virkninger. Den amerikanske statsviteren James MacGregor Burns (1918–2014) taler om slik ledelse som «transformational leadership». Den oppstår “when one or more persons engage with others in such a way that leaders and followers raise one another to higher levels of motivation and morality”.⁷⁵⁷ Slik ledelse forutsetter altså et dypere verdifelleskap. Det var nok et slikt i Helsedirektoratet, men å utnytte det mobiliserende, er krevende, selv for den mest charismatiske, og særlig i lengden. Som i så mange sammenhenger går «tenningen» etter hvert over; de opphissende hormonene søker tilbake til sine depoter. Evang opplevde titt og ofte dette, etter hvert stadig mer. Som vi har omtalt i første bind sluttet etter hvert hans gamle venn og ideologiske forbundsfelle, Otto Galtung (Hansen), å gå på Evangs (lege)lunchmøter. Han ble lei av sjefens «kamintaler» og av at han gav inntrykk av å beherske større deler av medisinen enn han gjorde.⁷⁵⁸ Mork kan nok også ha merket at hans «briljans» etter hvert ikke slo like meget igjennom. Han var opptatt av medisinsk forskning, og deltok ivrig i Rådet for medisinsk forskning (NAVF), men behersket langt fra hele det medisinske fagfelt med «briljans». Han var imidlertid skarpsindig – Bjørn Jøldal, den av avdelingslederne som så mest opp til ham, opplevde han som mer skarpsindig enn Evang⁷⁵⁹ – og mente han hadde en nesten gammeltestamentlig utstråling. Han

⁷⁵⁷ James McGregor Burns, *Leadership*, New York: Harper Collins, 1978, s. 20.

⁷⁵⁸ Opplysningene har vi fått av Kjell Bjartveit i samtale 7.11. 2008.

⁷⁵⁹ Opplyst av Bjørn Jøldal i samtale 15.10. 2008.

forente de retoriske appellformene logos, ethos og pathos som få andre. Det var heri hans briljans lå. Men den bar ikke lenge nok, og langt nok. Han klarte ikke i lengden å fascinere noen av de andre avdelingslederne (enn Jøldal). Både han og Evang opplevde stadig at det var lettere å rive med seg andre forsamlinger og personer, nemlig dem de møtte ved avgrensede anledninger.

Men den vertikale «løsheten» er nok allikevel mer et spørsmål om sosiologi enn (sosial)psykologi. Hvis beslutningene i direksjonen, og av Mork, ble for mange og for presise, ville det redusere avdelingsledernes frihet som avdelingsledere. De ønsket en løst koblet vertikal linje, altså en ledelse som mer var basert på verdier og visjoner enn på presise målbeskrivelser. Spesielt ønsket antagelig de ledere som ledet de medikratitunge avdelinger, forebyggingsavdelingen og helsetjenesteavdelingen, det. I den grad de skulle bedrive målledelse ville de bedrive den selv, i sine egne avdelinger. Gro Johnsruds målstyringsinspirerte forslag om å tvinge dem til å bli mer aktive i direksjonen, for å tvinge dem til å binde seg selv, var derfor ikke særlig attraktive. Derfor forble avdelingene, for resten av Morks siste periode, forholdsvis autonome. Den avdelingen som mest ble en forlengelse av direksjonen var den som også saklig sett var det, administrasjonsavdelingen. Men den ble ikke det på grunn av Mork, men på grunn av saklighet. Denne avdelingen skulle administrere den nye filosofiens innføring. Sørendingen og juristen Reidar Bang var for øvrig heller ikke en mann som så lett lot seg rive med av en charismatisk helsedirektør.

Gitt disse forholdene er det heller ikke så rart at direksjonsmøtene ble preget av konkrete, ofte «administrative» saker. De var «ufarlige» (for avdelingene). Undertiden var de kinkige for den ene eller annen avdelingsleder; det kunne være greit å få slike saker avgjort av «andre». Direksjonen ble slik i noen grad mer en «overadministrasjon» enn en strategisk ledelse.

Det desidert største problem for alle avdelingsledere, men en delvis unntagelse for Jøldal, var mangelen på folk, gitt de oppgaver de hadde. Ressursmangelen var derfor ikke minst den saken avdelingslederne var mest opptatt av å få behandlet på toppen. I noen grad drev den dem fra hverandre; de konkurrerte om de knappe personellmessige og økonomiske ressurser, og «kranglet» om hvor stillinger skulle holdes ledige for å få budsjettet til å gå opp. Ressurssaken pekte videre oppover, til departementet. Selv om kravene og forventningene til hva som kunne oppnåes ved å presse mer på oppover ikke stadig ble artikulert, ble de til en følt belastning for Helsedirektøren. Utover i 1984, med et klimaks høsten 1984, dramatiserte han presset oppover – ved å gjøre det offentlig. Han fikk, som vi har sett, uttelling, om ikke svært god, for det. Han fortsatte å klage på litt ulike vis i årene som kom, men mer forsiktig, og altså med magre resultater. Dette tæret på den tillit avdelingslederne viste ham, og han følte det, selv om de intet sa. For så vidt forstod de også alle at striden med departementet hadde sine indre omkostninger, og at bak deres departement «lurte» «overdepartementet», Finansdepartementet.

Vi har nevnt at Gro Johnsrud bemerker at diskusjonene i direksjonen ofte er tosidige. Slik gjenspeiles den horisontale «krakelering» ute i direktoratet på toppen. Helsedirektøren tar opp saker med de aktuelle avdelinger og andre abdiserer; ikke er de så interessert i de andres saker og ikke vil de blande seg unødig inn i dem. Det er selvsagt noe som «irriterer» konsulenten som ambisiøs målstyrer, men det reflekterer jo også den gamle autonomikultur.

Vi kan altså konstatere at direksjonen fungerte mindre integrerende enn det som formelt var intensjonen etter delingen i 1983, og som kom til uttrykk i retningslinjene for direksjonen. Den ble nok etter hvert en mer kollektivisert, og integrerende, enhet, men det skjedde ikke raskt. Reorganiseringen bidro til å dytte på i en slik retning, men virkningene var ikke dramatiske. Ønskene om autonomi ute og nede i direktoratet var for sterke. De var for sterke hos de fleste av avdelingslederne og hos mange fagfolk under dem. De var antagelig også for sterke hos organisasjonene, til tross for hva de ofte sa. Det kan endog virke som om den gamle medikrat, Torbjørn Mork, selv tvilte på den nye tids ledelsesbudskap, selv om han i formelle sammenhenger gav uttrykk for noe annet. Som vi har nevnt, gikk han aldri dypt inn i premisene for den nye ledelsestenkning. Undertiden kunne han endog skrive lett ironiserende over en del sider ved den. I en av sine «Helsedirektøren har ordet»-artikler i H.DIR intern melding (nr. 6, 1985) reflekterer han, distanserende, over tidens opptatthet av effektivisering – målstyringens viktigste stikkord (både som mål og middel). Han tar utgangspunkt i et sitat fra forvaltningsfilosofen fremfor noen på den tiden, Samferdselssdepartementets Rolf N. Torgersens (1918–2010) (c.j.) betraktninger om møter:

I en arbeidsform med så meget utveksling av så mange meninger av ulik vekt og verdi, sier det seg selv at det har lett for å bli langt mellom beslutningene. I stedet legges det vekt på å produsere uvesentlige møtereferater eller tilfeldige notater. For å vise gruppens innsats distribueres disse til flest mulig, hvilket fører til ytterligere uklarhet om ansvar og fremdrift.

Mork skriver at han nikker gjenkjennende og tar, generelt, til ordet for å ha færre, men bedre begrunnede, planlagte og gjennomførte møter. Han oppfordret imidlertid selv til å gjøre møter til de sentrale beslutningsfôra både i direktoratet og dets avdelinger og omfavnet initiativene til å la alt som skulle utredes, for eksempel i forbindelse om reorganiseringen og virksomhetsplanutviklingen, bli utredet i partssammensatte grupper og gjerne drøftet i forskjellige plenumsmøter. Det hang både sammen med tanken om å integrere beslutninger og å demokratisere måten de ble fattet på, som han formelt gikk inn for. I årene etter at han skrev det han skrev om å planlegge møter og profesjonalisere gjennomføringen av dem, fortsatte han å lede møter på måter han hadde ironisert over. Han var mer lik dem han hadde under seg i linjen enn han undertiden kunne gi inntrykk av. Både han og de følte seg i noen grad fremmed for den nye tids ledelsestenkning. Den mer stresset enn fascinerte dem. Det er også noen av grunnen til at direksjonen, og avdelingsledelsene, bare med små skritt tilpasset seg konsulentenes, og etter hvert delvis også administrasjonsavdelingens, råd. At de sistnevnte ikke helt så dette er antagelig noe av grunnen til at de ble litt nedlatende i sine vurderinger i siste runde. Ja, ikke bare ble de nedlatende, de ble også frustrert: De fikk det ikke helt til, men skjønte ikke hvorfor.

Målleledelsen konkretiseres: Helsedirektoratet innfører virksomhetsplanlegging

Første, søkende fase – 1986

I PLUTO-rapporten (august 1986) het det (s. 7) at «PLUTO er en strategisk plan..», en plan som blant annet skal «gjøre organisasjonen mer effektiv og resultatorientert gjennom et prinsippprogram, målstyring og desentralisert myndighet og ansvar». I rapporten er det spredte betraktninger om hva prinsippprogrammet, eller den strategiske plan, skal inneholde. På s. 38

heter det at den strategiske planen er en «plan for omstilling», men at omstilling krever at organisasjonen er seg bevisst hvem den er og hvor den vil hen. PLUTO-forfatterne fortsetter: «Det er derfor behov for å konkretisere direktoratets overordnede mål for sin virksomhet og fremtidige arbeide i 2 år fremover i form av et prinsippprogram». Det sies så (s. 39) at dette program bør være ferdig før 1986 er omme og altså gjelde for 1987 og 1988. Det er uklart om programmet bare skal være et målavklaringsdokument, eller om det også skal inneholde en (strategisk) plan for hvordan målene i hovedsak skal nåes.

PLUTO-forfatterne hadde ikke referert til Stortingets beslutning av 20. mars 1985 om budsjettreform,⁷⁶⁰ det vil si, om en reform i statens måte å styre på; det er derfor de vakler i språkbruken. Gjennom denne reformen skal budsjetteringen gjøres målrettet. Tradisjonelt var målene for bevilgningene gjemt i vage formålsoppfatninger, i oppgavene, og i den lovgivning som ofte lå til grunn for dem (begge). Nå skulle alt integreres – det skulle altså styres strammere. Formålene, som de ble forstått, og kom til uttrykk gjennom oppgavene, skulle nå defineres konkret, som hovedmål. Hovedmålene skulle så «brytes ned» i delmål og disse igjen i arbeidsmål, alle med tidsangivelser. De underordnede målene er altså også *mål*, ikke midler eller strategier. Arbeidsmålene er saklig, kanskje romlig, og tidsmessig konkrete *implikasjoner* av delmålene, hovedmålene og i siste instans (eksistens)formålet. Å konkretisere mål innebærer, etter den nye styringslæren, å gjøre dem kvantitative, eller iallfall svært konkret beskrivbare. I den grad institusjoner klarer det, kan de lett se (måle) i hvilken grad de har nådd sine mål: Resultatene (altså graden av måloppnåelse) er lett rapporterbare; i noen tilfeller rapporteres de automatisk. Når målene er fastsatt og konkretisert skal institusjoner bestemme hvilke midler de skal bruke for å nå målene. Særlig viktige midler i denne sammenheng er penger, men penger er viktige også fordi de er en slags midler for midler: penger brukes til å skaffe til veie blant annet det personell, de ytre tjenester og de varer, inkludert teknologi, institusjonen trengte for å kunne nå sine mål. Budsjettet blir slik en integrert del av den samlede styringsplan, den som fra nå av kalles *virksomhetsplan*.

Direksjonen, og dermed direktoratet, gikk nå, for en tid, over til å bruke den terminologien som kom med stortingsproposisjonen og tankene fra «Den nye staten».⁷⁶¹ Denne del av PLUTO-prosessen skulle altså nå føres videre som en virksomhetsplanprosess. Den skulle skje nokså parallelt med (den øvrige) organisasjonsutviklingen. Direktoratets første virksomhetsplan skulle bli en plan for 1989. Men andre oppgaver, også organisasjonsutviklingsarbeidet, kom i veien og arbeidet ble forsinket. Direksjonen hadde riktignok et første forslag til overordnet mål, eller formål, og hovedmål klart den 24. november 1986. Men så tok det nesten et år før et nytt, og nå mer utførlig dokument, forelå; det kom i september, men var opprinnelig konsipert før ferien (og datert 22.6.). Det hadde den PLUTO-inspirerte, og mer tradisjonelle, overskriften «Helsedirektoratets prinsippprogram og langtidsplan».

Vi skal først se på direksjonens forslag til målstruktur (av 24.11.). Det lød, i sin helhet, slik:

Overordnet mål/formål:

⁷⁶⁰ *St.prp.* nr. 52 (1984–85), «Om reformer i statens budsjettssystem og endringer i bevilgningsreglementet». Kfr. også *Innst. S.*, nr. 135 (1984–85).

⁷⁶¹ Direktoratet baserte i stor grad sitt arbeid på det «oppskriftsnotat» om virksomhetsplanlegging Statens rasjonaliseringsdirektorat hadde utarbeidet like før direksjonen startet sitt konkretiseringsarbeid: *Til deg som ansatt: Virksomhetsplanlegging – en ny måte å styre på*, som igjen var en kort utgave av R-direktoratets *Resultatrettet virksomhetsplanlegging – en veiledning*, 1986.

Helsedirektoratets overordnede mål/formål er

- å medvirke til helsefremmende miljø og levekår
- å forebygge sykdom og uførhet
- å sikre den enkelte – uavhengig av kjønn, alder, bosted, økonomi og diagnose – gode helsetjenester bygget på ajourført kunnskap og hensiktsmessig teknologi.

HOVEDMÅL 1:

Helsedirektoratet skal minst en gang i hver stortingsvalgperiode legge fram for Sosialdepartementet og almenheten direktoratets vurdering av helseforholdene og det som påvirker dem, med forslag til politiske og andre tiltak til fremme av folkehelsa.

HOVEDMÅL 2:

Helsedirektoratet skal ut fra aktuell kunnskap, det statlige tilsyn og utøvelsen av den myndighet som er gitt direktoratet, vurdere hvordan helsetjenesten samsvarer med helseproblemene i landet og gi forslag og bidrag til helsefaglig og annen videreutvikling av helsetjenesten.

HOVEDMÅL 3:

Helsedirektoratet skal gjennom sin overordnede ledelse sikre at det statlige helsevesen og statens institusjoner inngår som en rasjonell og effektiv del av landets samlede helsetjeneste.

HOVEDMÅL 4:

Helsedirektoratet skal gi sin sakkyndige uttalelse, vurdering eller tilråding i konkrete saker til Sosialdepartementet, øvrige departement, direktorater o.a. innen rammen av fastsatte prinsipper og avsatte ressurser.

HOVEDMÅL 5:

Helsedirektoratet skal videreføre organisasjonsutviklingsarbeidet og virksomhetsplanleggingen for direktoratet, fylkeslegekontorene og andre underliggende instanser i samsvar med ny viten, evalueringsresultatene og nye bestemmelser fra Stortinget, Regjering og Sosialdepartementet.

Forslaget var ikke begrunnet, men omtales i oversendelsesskrivelsen til organisasjonene i direktoratet som «uferdig». Det kan man si det er. Det vidner om at direktoratets folk ikke er vant til å tenke så stramt og konkret som den nye målstyringsfilosofien krever. Stramt og målstyringstydlig hadde imidlertid heller ikke departementet tenkt da det delte direktoratet i 1983. Men tar man utgangspunkt i det mest formålspregede, verdiene, kan man nok si at de er de samme for de to hierarkisk forbundne instansene. Departementet skal, målstyringspolitisk, definere de verdier som skal prege helsepolitikken, bestemme hvilken relativ betydning de skal ha og så konkretisere dem som mest mulig presise (hoved)mål, evt. også delmål og arbeidsmål. I noen grad vil disse måtte oversettes til regler (jus). Departementet skal også utforme de «overordnede» strategier (generelle virkemidler) for å nå målene. Disse strategier skal konkretiseres gjennom planer, lover og budsjetter, men også gjennom måten styrings- og forvaltningsapparatet utformes på (og også det skjer i stor grad juridisk, gjennom statutter (kompetansenormer)).

Delingen av direktoratet var slik et middel i departementets måte å realisere regjeringens verdier og mål på, på det helsepolitiske område. Det fremgår, om ikke presist, av begrunnelsene for delingen og de oppdrag direktoratet fikk ved delingen, at det nye helsedirektoratet i første rekke skulle bidra tidlig og sent i styrings- og forvaltningssyklusen.

Det skulle gi premisser for departementets politikkutvikling (oppstrøms) ved å overvåke og vurdere helseforholdene. Det skulle altså stille en folkehelse-diagnose, men på det grunnlaget også peke på hvor og kanskje også hvordan departementet burde handle, overfor miljøet og de som er ansvarlige for de ulike deler av det, folks livsstil og den kliniske tjeneste og dens måte å fungere på. Disse rådene skulle altså ta utgangspunkt i en medisinsk diagnose og derfor også selv i hovedsak basere seg på medisinsk (helsefaglig) innsikt. De skulle være mål-middelorientert. De skulle, slik den nye styringsformen forutsetter, gies «tjenestevei», altså internt, ikke via ekstern «megafon», for eksempel massemediene. Når så departementet hadde utformet politikken ((om)definert målene og utarbeidet strategier for å nå dem) skulle Helsedirektoratet komme inn igjen nedstrøms, som iverksetter, dog ikke bare en hierarkisk iverksetter – også en mykere, rådgivende sådan. Endelig skulle direktoratet spille en nokså fornyet, det vil si målstyringsbasert, oppgave, som kontrollør og tilsynsutøver.

Helsedirektoratet skulle altså, målstyringstenkt, ha det samme helsepolitiske formål som departementet. Når departementet ikke eksplisitt hadde formulert noe sånt, måtte Helsedirektoratet gjøre det selv, men basert på en tolkning av den rådende politikk. Det gjorde direktoratet gjennom formålsdefinisjonen. Man kan si at det her trakk frem to verdier, men verdier som for så vidt lett lot seg konkretisere som presise mål. Den første var det vi kunne kalle (folke)helsemaksimering, den annen likhet ((nesten) barrierefri tilgang på tjenester). Den første verdien som skulle «maksimeres» (ennå uten kvantitativ spesifisering), helse, kunne konkretiseres som forventede leveår, spesielt ved fødselen, ev. «korrigert» for livskvalitet – altså det som nå innen helseøkonomikken ble definert som forventede kvalitetsjusterte leveår.⁷⁶² Det er utvilsomt at dette var et sentralt mål for alle partiers helsepolitikk, selv om de ikke presist definerte hvor rask veksten skulle være, og for så vidt hvilken relativ verdi helse skulle ha, men det var åpenbart at de fleste mente Norge burde ha «helseutbytter» som de beste i verden. Likhetsverdien kunne konkretiseres som ventetid til tjenester og omfanget av økonomiske, geografiske og andre barrierer for adgang til de ulike tjenester. Likheten ville være fullstendig hvis helsetjenester var gratis, nære og «umiddelbart» tilgjengelige. Etter at helseforsikringen, innført i 1911 (vedtatt 1909), ble gjort universell i 1956, hadde det vært enighet om at folk skulle få nesten gratis, og rask, tilgang til de «siste» tjenester (vitenskapen har muliggjort), selv om denne «rettigheten» ennå ikke var formalisert på en helt forpliktende måte. At denne likhetsverdien stod sterkt midt i 1980-årene ser vi av den politiske støy som oppstod omkring den økte ventetid for en del spesialiserte tjenester, f.eks. i valgkampen i 1985.

De to verdiene, som de her er konkretisert som mål, er delvis konkurrerende. Hvis adgangen til tjenester skulle være «lik» ville «helseproduktet» ikke bli så høyt som det kunne blitt, fordi prekliniske tiltak stort sett gir større helseutbytte enn kliniske, særlig kostbare, og derfor ofte subjektivt de mest «nødvendige», tjenester. Det var også en slik tankegang som lå under den canadiske helseminister, Marc Lalonde's forslag fra 1974 om å styrke folkehelseinnsatsen, til dels på bekostning av helsetjenesteinnsatsen, og som ble fulgt opp av Verdens helseorganisasjon gjennom Helse for alle innen år 2000-strategien, en strategi Sosialdepartementet var påvirket av og Helsedirektoratet «berg tatt» av – skjønt begge mer i

⁷⁶² Ideen om kvalitetsjusterte leveår har røtter tilbake til en artikkel skrevet av Herbert E. Klarman, John O'S Francis og Gerald D. Rosenthal i 1968, kalt "Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease". Den ble publisert i *Medical Care*, b. 6, nr. 1, s. 48–54. Klarman og hans kollegers ide ble siden videreutviklet av andre; spesielt kom helseøkonomene ved York University til å spille en viktig rolle for raffineringen og operasjonaliseringen av ideen. Den begynte for alvor å få oppmerksomhet i løpet av 1980-årene.

teorien enn i praksis. Helsedirektoratet omtalte således ikke denne konkurransen i sin formålsbeskrivelse.

Målstyringsrevolusjonen begynte å gjøre seg gjeldende i 1970-årene i helsesektoren. Med den fikk hensynet til andre verdier større betydning i helsepolitikken: Den kom som et krav om (omkostnings)effektivisering. Ja, effektivisering, eller (hensynet til) andre verdier, skulle være også middelet til å redde den frie tilgjengelighet. Effektivitet ble slik en del av «oppdraget» til helsevesenet. Dette reflekteres ikke i direktoratets formålsomtale, men nevnes indirekte i hovedmålene 3 («rasjonell og effektiv») og 4 («avsatte ressurser»). Man kan si at dette skyldtes at direktoratet skulle konsentrere seg om de rene helseverdier, og at effektivitet var noe departementet skulle ha ansvaret for. Det var imidlertid å legge opp til spenning mellom departementet og det direktorat som skulle betjene det: Det aksentuerte direktoratets rolle som «helseaktivistisk» organ.⁷⁶³

På tjenestesiden hadde også den fremvoksende helsetjenesteforskningen begynt å stille spørsmålsteget ved kvaliteten, og virkningen, av mye av den kliniske praksis. Denne utviklingen, kombinert med en voksende opptatthet i industrien av kvalitet og en fremvoksende forbrukerbevegelse, begynte også å gjøre kvalitet til et mer forpliktende mål for helsetjenestepolitikken. Heller ikke den delen av helsepolitikken formål, eller hovedmål, eller eventuelt delmål, er tatt direkte med. For så vidt som tilsyn blant annet er rettet mot å forebygge kvalitetssvikt, er det interessant: Å ta tilsyn virkelig alvorlig var noe som for Helsedirektoratet ennå tilhørte fremtiden.

Hovedmålene 1, 2 og 4 er uttrykk for hvordan Helsedirektoratet hadde tenkt å følge opp sin oppstrøms rådgiveroppgave, det tredje sier litt, men bare litt, om hvordan Helsedirektoratet ville realisere sin nedstrøms iverksetterrolle og det femte sier litt om hvordan Helsedirektoratet ønsket å utvikle seg selv som et stadig mer målrettet rådgivnings- og iverksettelsesorgan. Sammenhengen mellom formålsbeskrivelsen og den litt strategipregede målkonkretiseringen er synlig, men ikke tydelig.

Å utforme en målstruktur for et underordnet organ uten at det overordnede er involvert, er i prinsippet på kant med tanken bak målstyringen: Målstyringsprosessen skulle startet ovenfra. Departementet er ennå ikke så opptatt av målstyringen, men den kom på mange måter som en nådegave for Helsedirektoratet. Den tvang det til å tenke igjennom sine eksistensielle utfordringer, og slik også til å utfordre departementet til å si tydeligere hva direktoratets oppgaver skulle være. Men departementet tok ikke denne utfordringen, eller tok den ikke på denne målrettede måten. Vi har tidligere, i detalj, sett hvordan det tok den, og hvordan direktoratet svarte på måten det gjorde det på.

⁷⁶³ Vi ser imidlertid nå hvordan den forvaltningsmessige spesialisering og utskillelse gjør at flere og flere forvaltningsorganer begynner å opptre som «aktivistiske» organer. Det gjelder blant annet de stadig flere tilsynene og ombudene. De svenske statsviterne Johannes Lindvall og Bo Rothstein skriver at “these new institutions can be seen as ‘ideological state apparatuses’ (Louis Althusser’s betegnelse). They are not designed to implement specific policies based on laws; instead they are engaged in the production of ideological positions.” Kfr. deres “Sweden: The Fall of the Strong State”, *Scandinavian Political Studies*, b. 29, nr. 1, 2006, s. 47–63.

Annen, søkende fase – 1987

Forslaget til målstruktur for Helsedirektoratet ble sendt organisasjonene til uttalelse etter direksjonsmøtet den 24. november (1986). Direksjonen bad om å få eventuelle kommentarer før den skulle ha sitt direksjonsmøte på Soria Moria den 4. og 5. desember. Det kom ingen avklaring på dette møtet, men det ble bestemt at en gruppe skulle arbeide videre med saken, og blant annet ha møter med organisasjonene over nyttår. Gruppen ble bestående av medisinalråden og avdelingsdirektørene Christian Lerche og Per Bærum og, som rådgiver og sekretær, konsulent Lise Fosmo fra Rasjonaliseringsdirektoratet. Gruppen møttes ca. hver 14. dag utover våren, og drøftet løpende sine forslag med direksjonen. Også Koordineringsutvalget skulle arbeide med utkastet til målstruktur. Gruppens planforslag ble på 28 sider og ble lagt frem den 22. juni.

Planutkastets forfattere begynner med å besvare spørsmålet om hvorfor det nå kommer en langtidsplan. De peker på ulike forhold, som «samhandlingspartnernes» behov for å vite «hva de kan forvente av direktoratet» (s. 2–3), direktoratets «pålegg» om å innføre målstyring (s. 3 og 5), økte krav til rådgivning oppover (s. 4), det stadige behov for å avklare arbeidsdelingen mellom departement og direktorat (s. 4) og krav fra direktoratets egne medarbeidere og deres organisasjoner. Før planens oppbygning presenteres, understrekes dens forankring i den nye målstyringsfilosofien. Det heter (s. 6):

Målet er at vi gjennom en plan som beskriver direktoratets samfunnsfunksjon, hovedmål og utfordringer skal få en felles ramme for direktoratets politikk, som også det offentlige helsevesen kan arbeide ut fra.

Det heter så (s. 7) at planen består av en «hovedplan», hvor «direktoratets «samfunnsfunksjon», eller «virksomhetsidé, klargjøres, hovedmålene bestemmes (s. 8) – gjennom en «forholdsvis fast målstruktur» – og innsatsområder «skisseres»». Hovedplanen følges så opp, heter det (s. 8), av avdelingsvise planer, der delmål er «detaljert beskrevet» og de tilhørende «strategier og virkmidler» er «konkretisert». Det understrekes her at hovedplanen skal tilpasses når de mer konkrete avdelingsplaner er utarbeidet. Med utgangspunkt i hele planen, som er en fireårig, rullerende plan, utarbeides det «årsprogram» eller «arbeidsprogram» (s. 8).⁷⁶⁴ Det legges til (s. 9) at Helsedirektoratets langtidsplan skal sees i sammenheng med budsjettet og «overordnede og egne ytre etaters langtidsplaner og målstyringssystemer». Her nevnes altså for første gang den hierarkiske organisering av virksomhetsplanene: Direktoratets plan skal være et svar på departementets plan og gi premisser for planarbeidet i SIFF og de andre direktoratsunderliggende etater, fylkeslegeetaten medregnet.

I kapittel 3 (s. 15) presenteres «Helsedirektoratets samfunnsfunksjon og hovedmål». Begge deler er nå en god del endret fra det første forslaget. «Samfunnsfunksjonen», eller «virksomhetsideen», beskrives nå slik:

⁷⁶⁴ Avdelingene hadde allerede fra starten av etter delingen utarbeidet årsplaner. Disse var imidlertid svært oppgaveorientert, ja nesten saksorientert.

Overvåke helseforholdene, være med på å fremme befolkningens helse og føre overordnet tilsyn med helsetjenesten. Helsedirektoratet skal også yte rådgivnings- og veiledningsbistand bygget på ajourført vitenskapelig kunnskap og erfaring.

I denne formuleringen legges det vekt på oppgaver, og dermed strategier; verdiene – som var tydelige i den første formuleringen – er nå mer antydnet. Sett fra en målstyringssynsvinkel er altså den nye formuleringen et tilbakeskritt, både innholdsmessig og hva gjelder pedagogisk eleganse.

Fire hovedmål for Direktoratets virksomhet defineres (s. 15–16):

- *Virke for at all virksomhet innen helsesektoren skjer ut fra gode faglige premisser*
- *Bidra til å sikre befolkningen mot helsefare*
- *Virke for at helsetjenesten dekker befolkningens behov for helsehjelp*
- *Bidra til å sikre en mer effektiv forvaltning og administrasjon av det offentlige helsevesen*

Punktene to og tre inneholder delvis de to viktige verdier fra den første formuleringen, helsemaksimering og tilgjengelighetslikhet(smaksimering), mens de øvrige punkter i større grad refererer til to (av mange mulige) strategier. Heller ikke disse formuleringene representerer noe målstyringsmessig fremskritt. Generelt kan man si at de nye formuleringene vidner om at direktoratets ledere er usikre på hva målstyring er og innebærer. De uttrykker seg ikke med «tenning». Men forfatterne ser det også selv. De nevner (s. 16) at formuleringene ikke «er helt dekkende», og at de må endres etter at avdelingene har laget delmål.

Resten av planforslaget, kapitlene 4 og 5 er skrevet nesten som om de første kapitlene ikke fantes. Nå skriver planforfatterne med engasjement. Det de skriver bæres oppe av noen sentrale ideer – man kunne si kunnskapsideer – og det er formulert med eleganse. Her er forfatterne på «hjemmebane», ikke på den ennå fremmedgjørende målstyringsbanen. Men det de skriver er ikke i strid med målstyringsfilosofien. Det er bare det at Helsedirektoratets helsefagfolk er langt mer fortrolig med den logikk som preger det nye medisinske kunnskapsregime enn det almene styringsregime, selv om det siste etter hvert – men for alvor først fra 1990-årene – får mer og mer bruk for, og vil bruke, det første.

Vi har allerede antydnet hva budskapet er: Den medisinske kunnskap er iferd med for alvor å bli dokumentert og *systematisert*, og dermed også å bli mer oversiktlig og mer styringsrelevant. Det gjør at Helsedirektoratet kan spille en langt mer aktiv og presis rolle på oppstrømssiden – det er stadig den direktoratet legger mest vekt på – både når det gjelder å kartlegge og karakterisere behovssituasjonen (helsetilstanden) og peke på hvilke handlingsimplikasjoner den har og når det gjelder de muligheter de prekliniske og kliniske, dokumenterte, tilbud representerer, og hvordan disse muligheter kan og bør utnyttes. Planforfatterne skriver offensivt om hvordan direktoratet for å kunne spille denne rollen må systematisere sin kunnskapsinnhenting på en helt annen måte enn før, under medikratiet, – hvor kunnskapen ofte kom med personene, var erfaringsbasert og «idosynkratisk» og raskt ble foreldet. Ikke minst skriver forfatterne engasjert om den nye, eller nybevisstgjorte og nysystematiserte, folkehelsekunnskapen: Den gjør, som Helse for alle-strategien viser, det

mulig å drive en langt mer offensiv og systematisk folkehelsepolitikk, gjennom det som siden skulle bli kalt «Health in All-Policy»-virksomhet.

Skriventene legger mest vekt på oppstrømsrollen, men har også anbefalinger til en mer systematisert, kunnskapsbasert nedstrømspolitikk – og nå, politisk klokt, med *tilsyn* som stikkord. De skriver således (s. 23): «Tilsyn består både av rådgivning og kontroll. Jo mer vekt som legges på rådgivning, jo mindre blir behovet for kontroll i ordets snevre forstand». Plankonsipistene skrev intet om den mulige spenningen det er mellom rådgivning og «kontroll-tilsyn». Her er det imidlertid åpenbart at direktoratet og dets planleggere ikke helt har tatt inn over seg det «nye» tilsynets logikk, og derfor legger de det meste av vekten på direktoratets rolle som *rådgivere* på nedstrømssiden, men slik at den hierarkiske forvaltningsrollen består, men altså taes som en uttalt selvfølge.

Det er et fornyet direktorat planleggerne ser for seg – et direktorat der grunnlaget for det meste av virksomheten er den nye kunnskapen, *hentet inn* på en ny, systematisk måte. Det krever, følger planleggerne naturlig opp (s. 27–28), at «Kompetanseoppbygging og utviklingsmuligheter hos de ansatte må .. gis høyeste prioritet». Det fordrer også at Helsedirektoratet, med kunnskap som grunnlag, målstyrer nedover, ikke minst overfor de etater det har direkte under seg.

Det planleggerne beskriver, er altså konturene av det som under Norbom-prosessene ble omtalt som «kompetanseorgan». Interessant nok kommer også de mer dyptloddende verdibetraktninger, som vi ikke finner i første del av plannotatet, nå frem: I noen grad viser planleggerne hvordan direktoratet, ved å bli et mer profesjonalisert kunnskapsorgan, kan spille en tydeligere rolle som realiserer av det norske helsevesens viktigste verdier (s. 25–26), altså helsemaksimering, tilgjengelighetslikhet – og nå nevnes også pasientrettigheter – og kvalitet, mens effektivitet behandles mer indirekte.

Det hadde tatt tid å utarbeide dette planforslaget. Etter at det var lagt frem, fortsatte direksjonen å bruke tid på det. Den var ikke helt fornøyd med forslaget som det forelå. Den er, heter det i et notat til avdelingene og koordineringsutvalget (KU) den 24. september (1987), «klar over at foreliggende utkast bare må betraktes som et første og meget uferdig forslag», men sender det nå allikevel ut til kommentering. Den antyder samtidig at de to første, og altså mest uklare, kapitlene bør taes ut og at man bør starte med «samfunnsfunksjonen», altså kapittel 3. Interessant nok skriver den også:

Videre tror direksjonen det bør taes inn noe om tilsynsfunksjonen. Dette har måttet bero i påvente av pågående intern diskusjon i direktoratet om hvordan vi utøver tilsynet.

Som vi har sett hadde Mork i 1986 (for alvor) begynt å bli «vaktbikkje», men uten at han eller direktoratet ennå hadde tatt skikkelig inn over seg hva den nye tilsynsrollen innebar. Nå skjønner direktoratslederne at de bør finne ut det.

Direksjonen bad om kommentarer til planforslaget innen 15. november (1987).

Nå bestemte imidlertid ledelsen seg for å «forlate» PLUTO og tankene om prinsipp- og langtidsprogram. Målstyringen var, som sagt, i prinsippet innført fra 1986, som en del av den borgerlige regjeringens moderniseringsprogram. Nå, under arbeiderpartiregjeringen Brundtland II, ble politikken ført offensivt videre, men under vignetten fonyelse. I

statsbudsjettet for 1988 nevnes det at *virksomhetsplanlegging* skal være et sentralt element i fornyelsesarbeidet. Alle statsinstitusjoner, heter det, skal ha utarbeidet sin første (års)virksomhetsplan senest innen utgangen av 1990. Helsedirektoratet bestemmer nå at planarbeidet skal føres videre som et virksomhetsplanarbeid. Det ønsker å ha den første planen klar for iverksettelse allerede fra 1989. Det har det derfor travelt, og kontakter tidlig på nyåret 1988 statens fremste ekspertise innen virksomhetsplanlegging, Statskonsult – det tidligere (til 1986) Statens rasjonaliseringsdirektorat. Det ble holdt et møte mellom direktoratet og Statskonsult den 15. januar. Den 20. januar svarer Statskonsult at det sier ja til å bistå direktoratet. Brevet er skrevet av Terje Haugli Nilsen. Han fikk nå anledning til å gjøre seg kjent med direktoratet. Siden skulle han, som vi har sett, bli en sentral person i den avgjørende Norbom-prosessen. Han skulle ikke glemme den sympati han gjennom arbeidet med virksomhetsplanen fikk for Helsedirektoratet og dets sjef.

Hovedfasen – våren og sommeren 1988

I møte 15. januar ble det bestemt at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe med representanter for Helsedirektoratet og Statskonsult for å lage en plan for innføring av virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet (fra 1989). Gruppen, bestående av Kjell Johannessen, Finn Aasheim, Børge Krogsrud (f. 1953) fra direktoratet og Robert Feiring og Terje Haugli Nilsen fra Statskonsult, la frem sitt forslag til prosjektplan den 17. mars. På sitt møte den 23. mars vedtok direksjonen at direktoratet skulle innføre virksomhetsplanlegging, og at den fremlagte prosjektplanen skulle legges til grunn for utarbeidelsen av planen. Samtidig ble avdelingsdirektørene pålagt å oppnevne de arbeidsgrupper som skulle stå for virksomhetsplanarbeidet i avdelingene.⁷⁶⁵ Til å lede arbeidet i direktoratet ble det den 13. april nedsatt en prosjektgruppe bestående av avd.dir. Jørgen Jonsbu (leder), medisinalråd Anne Alvik, underdirektør Kjell Johannessen samt de to fra Statskonsult, Feiring og Nilsen. Prosjektgruppen skulle ha over seg en styringsgruppe, bestående av hele direksjonen, Statskonsults Feiring samt tre organisasjonsrepresentanter, Kari Sønderland, AF, Helge Høifødt, NTL og May Britt Christoffersen, NOSO, NSF, YS. Styringsgruppen ble oppnevnt i direksjonsmøtet den 21. april.

Prosjektplanen følger det som allerede var blitt en standard mal for utarbeidelse av virksomhetsplaner; det er altså i første rekke Statskonsults folk som har utformet den, med Terje Haugli Nilsen som hovedkonsipist. Den er en videreførelse av den orientering Statskonsult tidligere hadde laget om målstyring. Den preges av en form for pedagogisk god, vennlig paternalisme: Ekspertene på den nye, nytteorienterte form for styring, skal, så enkelt som mulig, forklare gammeldags tenkende byråkrater av ulike slag hva de må gjøre for å kunne fungere under et nytt, eller fornyet, regime. Det heter således i planen⁷⁶⁶ (s. 2):

Statskonsults bistand vil omfatte opplæring i virksomhetsplanlegging, utarbeiding av veiledningsmateriale til de ulike fasene i prosjektet og veiledning i gjennomføring av planleggingsarbeidet,..

⁷⁶⁵ Avdelingsdirektørene gikk selv inn i alle avdelingsarbeidsgruppene. De ble på fire (kommune, legemiddel), fem (fylke) og syv (miljø, admin.) representanter. Det var en forutsetning at gruppene skulle involvere *alle* ansatte i arbeidet, og langt på vei skjedde også det.

⁷⁶⁶ *Plan for prosjektet: Virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet.* Planen er på 15 sider og datert den 17. mars 1988. Den ble lettere revidert den 5. april.

Direktoratet skal altså få opplæring og veiledning i hva styringsformen innebærer, styringsinnholdet skal direktoratet bestemme (s. 1):

Helsedirektoratet skal klargjøre målene for virksomheten, velge framgangsmåter for å nå målene, prioritere ressursene i forhold til målene og etablere rutiner for resultatoppfølging og resultatrapportering.

Planarbeidet skulle inndeles i faser og styres stramt hva gjelder tid. Fremdriftsplanen ble slik:

Fase 1: Utarbeidelse av målstruktur, ukene 12 – 21

Fase 2: Kartlegging og analyse av tjenester og behov, ukene 16 – 22

Fase 3: Oppsummering og justering av målstruktur, ukene 22 – 25

Fase 4: Opplegg for resultatmåling, ukene 25 – 34

Fase 5: Utforming av virksomhetsplan for 1989, ukene 35 – 49

Fase 6: Utforming av planleggings- og rapporteringsrutiner, ukene 46 – 50

Fase 7: Iverksettelse, evaluering og korrigerende av styringssystemet, ukene 3 – 8, 1989

Arbeidsprosessen ble stramt styrt, både hva gjelder planens innholdsutforming og gjennomføring (tid). Vi skal trekke frem noen sider ved de veiledningene som gies om innholdet i den kommende virksomhetsplanen.

Om målene heter det at planen skal inneholde «en systematisk oppstilling og beskrivelse» av det overordnede mål (virksomhetsidé), hovedmål og delmål. Delmålene skal gi grunnlag for «å tallfeste eller formulere presise resultatmål» (s. 4). Det heter også at «Målformuleringene bør være klart nytte-/effektorienterte i forhold til direktoratets omgivelser og brukere» (s. 4). Slik understrekes altså den nye styringsformens nyttestatlige preg.

I fase 2 skal hver avdeling utforme oversikter over (s. 5) «hovedgrupper av brukere» og «hovedgrupper av tjenester», ressursbruken knyttet til tjenestene og vurderinger av hvordan de tjenester som ytes tilfredsstillende samfunnets og brukernes behov. Prosjektplanen følger her opp PLUTO-tankene om direktoratet som tjenesteytende institusjon. Men, som vi har nevnt, direktoratet er en styrende og forvaltende, ikke (primært) en tjenesteytende institusjon – med «sluttbrukere». Man kan imidlertid se på ordene som brukes her som uttrykk for den bedriftstenkning som preger målstyringsutviklerne.

Når det gjelder fase 4 og resultatmålingen, skriver prosjektgruppen (s. 6) at man ofte ikke kan måle resultater direkte. Da må det brukes resultatindikatorer, supplert med kvalitative vurderinger. Men poenget er at styringen nå, gjennom bruk av tallmessige resultatmål, skal bringe inn en helt annen disiplin i statens styring enn man har hatt før, med en viss unntagelse for den makroøkonomiske styringen. Ja, denne styringen er jo basert på premisser som kommer fra den nytteorienterte økonomikken. Den statlige budsjettstyring, som hva nytte angår primært var knyttet til makroøkonomiske resultater, skal nå også knyttes til sektorielle mål, nyttemessig definert. «Planleggingsrutinene for virksomhetsplanen skal være knyttet til budsjetttrinene» (s. 7).

Det heter at «For å sikre felles oppslutning om direktoratets mål og ressursbruk er det nødvendig med bred medvirkning fra de ansatte i planleggingsprosessen» (s. 9). Det var nødvendig å engasjere de ansatte og deres organisasjoner; direktoratet var blitt en utpreget bedriftsdemokratisk organisasjon. Men her er det vel så viktig at de ansatte både måtte forstå

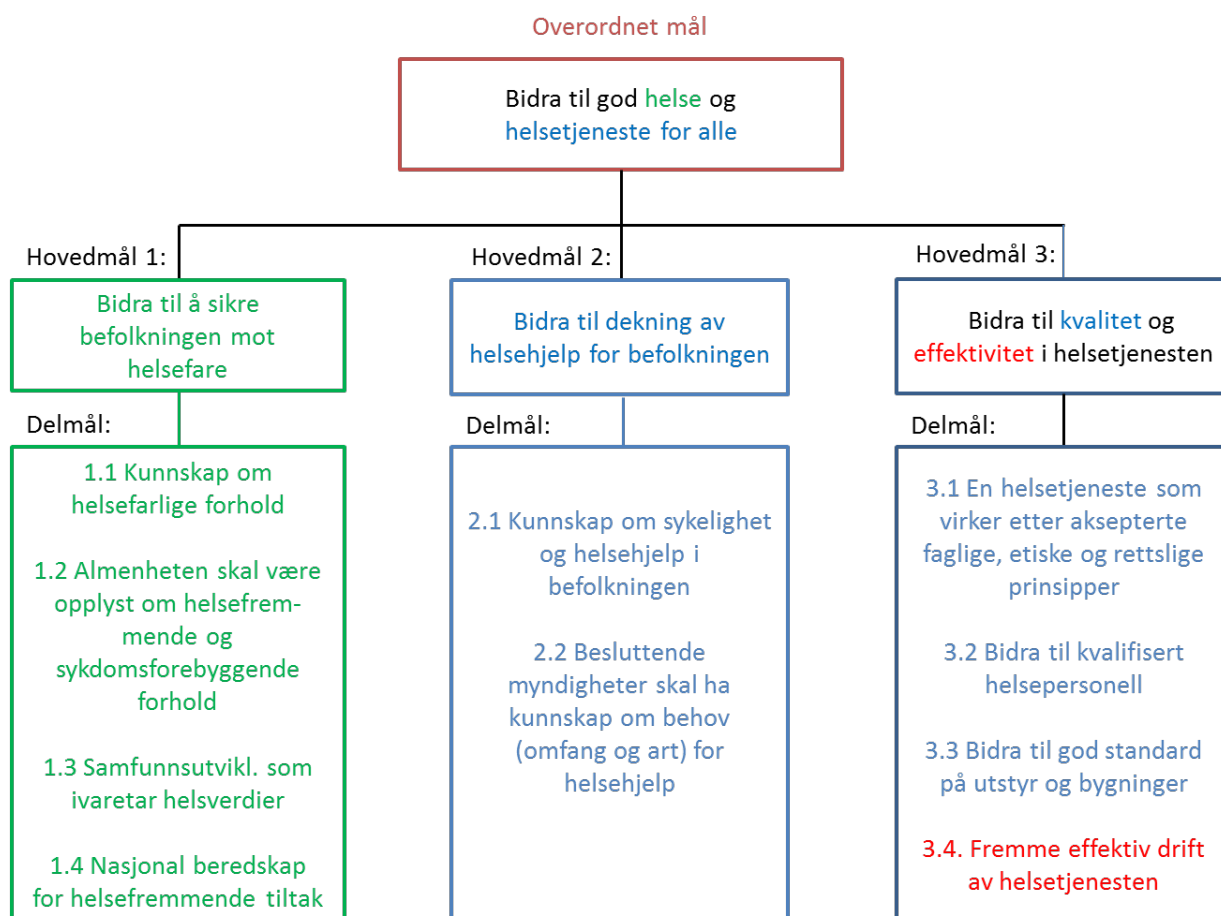
og «omfavne» den nye styringsmåten skulle den virke. Målstyringen måtte inn i folks hoder. Den er jo i prinsippet «totaliserende». Den fjerner rommet for skjønn på nedstrømssiden. Bedriftsdemokratiet er et oppstrøms- ikke et nedstrømsdemokrati, men selv på oppstrømssiden er medvirkningen regulert med hensyn til form. Det er derfor bred opplæring er en så viktig del av konsulentenes bistand.

Den «kollektive» starten på arbeidet med å utarbeide virksomhetsplanen skjedde gjennom et informasjonsmøte for alle medarbeidere i direktoratet den 25. april. Den 2. og 5. mai ble det i regi av Statskonsult holdt opplæringsseminar for arbeidsgruppene, samt en del flere, med henholdsvis 20 (ca.) og 26 deltagere. Nesten en tredjedel av alle ansatte var altså med på seminarene. I god tid før ferien begynte ble Calmeyers gate 1 preget av virksomhetsplanarbeidet. Mange hadde fått opplæring og «alle» var på en eller annen måte trukket med i arbeidet. Hele ledelsen satt i styringsgruppen for prosjektet og i avdelingene fikk alle anledning til å engasjere seg. Fra oven kom beskjeden om at arbeidet skulle ha høy prioritet, så høy at andre oppgaver eventuelt måtte vike. Virksomhetsplanarbeidet ble slik mer preget av mobilisering enn arbeidet med omorganiseringen. Det skulle få frem det alle stod sammen om; det som skulle «tenne». Arbeidet med omorganiseringen hadde et mer prosaisk preg, men også tydelige innslag av interessedragkamp.

Den 19. mai hadde alle avdelingene levert bidrag til defineringen av målene. Prosjektgruppen bearbeidet bidragene og la den 31. mai frem sitt første forslag til «Mål for Helsedirektoratets virksomhet», altså kapittel 1 i det som skulle bli virksomhetsplanen.

I forslaget taes det, naturlig nok, (igjen) utgangspunkt i «de politiske forutsetninger for virksomheten», særlig som disse fremgår av lover og budsjetter, men heller ikke nå sies det at Stortinget og regjeringen gjennom disse dokumenter sier hvordan de, men i praksis særlig Sosialdepartementet, vil bruke Helsedirektoratet som et *redskap* for å realisere det som er det normative grunnlag, altså målene, for helsepolitikken. Som vi har påpekt ovenfor, er disse målene også Helsedirektoratets mål. Direktoratet skal imidlertid bidra, som vi også har påpekt, til å realisere disse målene ved å delta som premissgiver oppstrøms og iverksetter og kontrollør nedstrøms. Man kan da si at direktoratet lykkes i den grad dets råd oppover blir fulgt, og, i neste omgang, i den grad det som iverksetter, rådgiver og kontrollør nedover bidrar til at de helsepolitiske mål blir nådd, også når dets råd oppover bare delvis blir fulgt. Det er også slik at det er virkningen nedover som normativt er den avgjørende. Man kan imidlertid tenke seg at direktoratet både har «mål» oppover, innflytelsesmål, og mål nedover, altså de helsepolitiske mål. Innflytelsesmålene kan imidlertid også i noen grad bli vurdert helsepolitisk, nemlig i den grad rådene blir fulgt og man, til syvende og sist, kan måle virkningen av realiseringen av dem. Prosjektgruppen, som de to tidligere «målkonstruktører» (1986 og 1987), resonnerer ikke eksplisitt på denne måten, men som vi snart skal se, gjør den det i noen grad implisitt. Hva den derimot ikke gjør er å ta hensyn til hvordan det utøvende helsevesens organisering, spesielt hva gjelder tjenesteytelsen, spiller for rolle for dem som skal målstyre: Det kliniske, og deler av det prekliniske, helsevesen (eller marked) er delvis eid og styrt av fylkeskommunale og kommunale myndigheter og delvis av private organisasjoner eller av helsepersonell (private praksiser). De styrende instanser, Helsedirektoratet medregnet, kan ha som «middel-mål» å påvirke disse aktørenes adferd slik at de bidrar til at de egentlige helsepolitiske mål blir nådd. Det er ikke tilfeldig at ettersom målstyringen for alvor begynte å slå igjennom i norsk helsetjenestepolitikk fra midt i 1990-årene, men særlig fra 2001/02, ble sykehusene nasjonalisert og oppdragsstyrt, og de praktiserende behandlere styrt gjennom stadig mer detaljerte kontrakter.

Forslaget som ble fremlagt nå, altså ved overgangen mellom mai og juni 1988, ligner på de tidligere forslag, men er en del endret. Prosjektgruppen presenterer sitt forslag som en figur (7.6):



Figur 7.6: Forslag til målstruktur for Helsedirektoratet, 31.5.88

Vi merker oss at målsmedene fortsatt bekjenner seg til den kvalitative verden. De taler om, som overordnet mål, å «bidra til god helse ... for alle», og som hovedmål «å bidra til å sikre befolkningen mot helsefare», «å bidra til dekning av helsehjelp for befolkningen» og «å bidra til kvalitet og effektivitet i helsetjenesten». Som vi har sett ovenfor, er det imidlertid enkelt å «tallrette» disse målene. Det overordnede målet kan man således si inneholder tre tallpotensielle mål, nemlig *helsemaksimering* («god helse ... for alle»), *maksimering av tilgjengelighet* (ev. som full likhet i tilgjengelighet), og som *maksimering av kvalitet* (det vil si av tilgjengelighet til de til enhver tid beste tjenester, ytt på den beste måten) og, må vi føye til, *minimering av kvalitetssvikt* (forsvarlighet). Det siste, som er av særlig tilsynsbetydning, kommer imidlertid først til uttrykk på delmål nivå: Helsetjenesten skal fungere etter blant annet faglige og etiske prinsipper. Vi har her illustrert den første delen av det overordnede målet og det hovedmål som er knyttet til det, med grønt. Som vi ser er dette mål i første rekke det prekliniske helsevesens ansvar. Den annen del av det overordnede mål, og som er knyttet til to hovedmål det kliniske helsevesen har hovedansvaret for, er illustrert med blått. Hensynet til «andre verdier» er ikke nevnt i det overordnede målet, men kommer igjen under det dobbelte hovedmål tre, og er kalt effektivitet. Vi har illustrert det med rødt. Også dette er et naturlig kvantitativt mål; som for så vidt allerede er definert – som maksimering av *omkostningseffektivitet*.

Hvis man så går ned til delmål, ser man at målsmedene har forlatt den normative sfære, og taler om strategier for å realisere de egentlige mål. Delmålene er altså egentlig ikke delmål. Hvis vi ser i den venstre, grønne søylen, relatert til helsemaksimeringsmålet, ser vi således at målet om helseøkning blant annet skal realiseres gjennom helseopplysning og «Helse i Alt-politikk», altså nedstrømtiltak, men det står intet om hvordan dette først kan kreve at de som i departementet skal utforme folkehelsepolitikken blir rådgitt og opplyst, noe som var viktige hovedmål (1 og 4) i 1986-forslaget. Under delmål 2 legges det også vekt på formidling av kunnskap, formodentlig oppover, men her nevnes bare kunnskap om behovs/etterspørselssiden, ikke tilbudssiden (medisin, teknologi). Hva gjelder etterspørselssiden nevnes det intet om rådgivning oppover hva gjelder fordelingssituasjonen (likheten i tilgjengelighet). Hovedmål tre, kvalitet, kan indirekte sies å ha en viss forankring i det overordnede målet, nemlig i ordene «god ... helsetjeneste». Hovedmål tre, effektivitet, bringes imidlertid inn som et nytt mål.

Under hovedmålene kunne man presentert delmål, eller endog arbeidsmål, som var konkretiseringer av målene på toppen, f.eks. ved å spesifisere hvilke forbedringer i leveutsikter, i tilgjengelighet, i kvalitet (og sviktreduksjon) og i effektivitet man skulle oppnå det kommende år, og med det som grunnlag laget adskillig mer konkrete strategier enn dem man finner i prosjektgruppens forslag. Til disse strategier kunne man så laget en slags «middelmål», f.eks. for bedring av opplysningsnivået blant folk flest om sammenhengene mellom ulike livsstiler og helse (den venstre kolonnen), om en bestemt forbedring av kartleggingen (større grad av kvantifisering) av behovet for (bestemte) helsetjenester (midtre søyle) og en mer presis kunnskapskartlegging av helsepersonellet – alt sammen tidspesifisert.

Det var en omfattende diskusjon om målstrukturen siste del av våren. Statskonsult gav litt veiledning, og minnet om at det overordnede målet måtte være slagordpreget. På opplæringsseminarene mente flere at hovedmålene var for lite distinkte. Prosjektgruppen fikk inn mange forslag fra avdelingene, men syntes en del av dem var for avdelingsspesifikke og at de generelt representerte ulike former for systematikk. Prosjektgruppen måtte derfor spille en relativt selvstendig rolle, men som den sier i sitt oversendelsesbrev til styringsgruppen for prosjektet:⁷⁶⁷

Vi har lagt stor vekt på Statskonsults veiledende prinsipper om at hovedmål og delmål skal beskrive tilstand, ikke oppgaver eller måter å utføre oppgaver på, samt at disse målene skal være altomfattende, men ikke overlappende.

Gruppen legger så til at den har latt målstrukturen «hvile på tre ben»: ett forebyggende, ett klinisk og ett kvalitetsbasert. Kvalitet gjelder for begge de to utøvende deler av helsevesenet, men gruppen ønsker allikevel, sier den, å føre det opp «som ett separat hovedmål».

Styringsgruppen drøftet forslaget på et møte den 2. juni. Med noen mindre alvorlige kommentarer sendte den forslaget til vurdering i avdelingene og blant alle ansatte i direktoratet. Forslaget ble så drøftet på avdelingsseminarer i tiden 16. til 22. juni. 97 deltok på seminarene, nesten 70 prosent av de på den tiden ansatte.⁷⁶⁸ Prosjektgruppen laget så, på

⁷⁶⁷ Notat om «Helsedirektoratets målstruktur» fra prosjektgruppen for virksomhetsplanlegging til styringsgruppen for virksomhetsplanlegging, datert 1. juni 1988 og signert JJ/LH/MF. (JJ er Jørgen Jonsbu, gruppens leder.) Sitatene er fra s. 2.

⁷⁶⁸ Deltagelsen varierte noe fra avdeling til avdeling. Den var høyest i administrasjonsavdelingen og legemiddelavdelingen og lavere, rundt 50 prosent i de «medisinske» avdelingene.

grunnlag av kommentarene, et revidert forslag. Det ble behandlet og (foreløpig) godtatt av styringsgruppen på dens møte den 27. juni. Prosjektgruppen konstaterte i det brev som ledsaget det reviderte forslaget at «Ingen har hatt prinsipielle innvendinger til hovedtrekkene i målstrukturens innhold og oppbygging».⁷⁶⁹ De fleste syntes imidlertid formuleringen «bidra til» i hovedmåldefinisjonene var for passiv og ville helst ha den bort. Formuleringen kan også, men ingen påpekte det, sies å reflektere «tradisjonell» tenkning: Målstyring krever at man definerer bestemte mål (Statskonsult talte om tilstand) og erklærer at man, evt. i samarbeid med navngitte andre institusjoner, skal oppnå en gitt bedring hva disse mål angår i det kommende år, ikke bare at man vagt sier at man skal forsøke å bidra til at det går i riktig retning. Men direktoratets problem her reflekterer også en annen svakhet ved hele målstyringsprosjektet på dette område: Styringsorganene, og direktoratet er et sådant, skal bidra til at den verdiskapende virksomhet blir målstyrt, men da må forholdet mellom de organer som skal skape målstyring «der ute» gjennomdrøftes og avklares målstyringsmessig. Hverken konsulenter eller direktoratsfolk så det tydelig, men «følte» det «på kroppen»; derav også deres språklige problemer. Hvorom alt er, prosjektgruppens svar ble å erstatte «bidra til», med det «mer aktive» «medvirke til».

I tillegg til å endre «bidra til» til «medvirke til» ble to av målene, og litt flere av delmålene, litt omformulert. Noen delmål ble flyttet, noen kom til og noen ble tatt ut. Dette ble endringene:

Hovedmål 1: «Medvirke til å fremme helse og sikre befolkningen mot helsefare» (tilføyet «fremme helse»). Hovedmål 2: «Medvirke til å sikre befolkningen helsehjelp» («å sikre» istedenfor «dekning av»). Under delmål 1 kom et nytt 1.3 til: Besluttende myndigheter skal ha kunnskap om helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak». Her nevnes altså det som i første runde ble «glemt», direktoratets fagrådgivning oppover. Under delmål 2 kom et nytt 2.2 til: «Befolkningen skal ha tilgjengelighet til nødvendig helsehjelp». Her kan man si hovedmålet gjengies med en litt annen formulering. Under delmål 3 er «bidra til» og «fremme» tatt ut (under 3.2 til 3.4), mens 3.4 har fått et tillegg («styring»): «Effektiv styring og drift av helsetjenesten».

Det er åpenbart at Helsedirektoratets folk ennå følte seg noe fremmede overfor den nye målstyringsteknikken. Nå skulle verdier som i stor grad fungerte som indre kompass og følelser frem i lyset og opp på bordet, veies i forhold til hverandre og bli til konkrete, kvantitative arbeidsmål. Strategiene skulle så relateres presist til disse målene. Det var både vanskelig og skummelt, og mange, fra Helsedirektøren og nedover, opplevde at de plutselig satt der som litt kompetansemssig akterutseilte helseforvaltere. Helt hadde ikke konsulentene lykkes ennå, og helt skulle de heller ikke lykkes, som opplærere og som beroligere.

Men prosessen gikk videre. Fase 2, som gjaldt «kartlegging og analyse av tjenester og behov», men også kom til å omfatte ressursbruk, var allerede i gang før sommeren, men fortsatte utover ettersommeren. Formålet med denne fasen var å begynne sammenføyningen av det «hverdagslige» arbeid – nå kalt «tjenester» – som Direktoratets ansatte var sysselsatt med og den ennå litt luftige «overbygning» målstrukturen representerte (utviklet i fasene 1 og 3). «Behov» og ressurser» er også stikkord her; vi skal komme tilbake til dem. Det siste ledd i

⁷⁶⁹ Notat fra prosjektgruppen til styringsgruppen, 27.6. 1988 (LH/GB), «Vurdering av innkomne kommentarer til målstruktur for Helsedirektoratet».

sammenføyningen – fase 4-arbeidet – var å formulere resultatmål, mål som både reflekterte de hensikter som lå i de praktiske oppgaver direktoratet hadde og som kunne være konkretiseringer av delmålene. Resultatmålene skulle altså være det som skulle få basis, oppgaveporteføljen, og overbygningen til å «klikke» sammen. Når det var skjedd, kunne arbeidet med å lage selve virksomhetsplanen ta til.

Dette skulle bli en krevende øvelse.

Hovedfasen – høsten 1988

Kartleggingen var klar den 31. august 1988. For Helsedirektoratet som helhet ble den, hva eksterne tjenester angår, som det fremgår av tabell 7.2 (skjema 1).

Tjenester/ produkter	Brukere/mottagere												Res- surs, uke- verk (%)
	Sos. dep.	And- re dep., dir.	F.leg. Andr. statl. etat., inst.	Uni., FoU- inst.	Kom. Kom. h.inst.	F.kom. F.kom. h.inst.	Per- soner i h.- tjen.	Friv., Y.- org.	Int. org.	Publ., poli- tik., medi- er	Pas., på- rør- ende	An- dre	
1.Rådgivn.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	720,5 (16)
2.Kval.sikr., kontr./klag.	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•	•	348 (8)
3.Godkjen.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	355,5 (8)
4.Info./oppl. (materiell)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	510 (11)
5.Opplæring, kurs., konf.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	313 (7)
6.Systemlev. (registre, metodeutv., stat., EDB)	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•	276 (6)
7.Regel- verksarbeid	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	193,5 (4)
8.Jusfortolk., lovutv.bidr.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	414 (9)
9.Helsepers.- fordel., mm.	•	•	•	•	•	•	•	•		•		•	326,5 (7)
10.Statstil- skudd/tildel.	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•			333,5 (7,5)
11.Ekst. regnsk./ budsj.arbeid	•	•	•			•		•					417,5 (9)
12.Ekst. adm. tjen.	•	•	•		•		•	•	•	•		•	282,5 (6)
13.Beredsk.	•	•	•		•	•	•	•					19,5 (0,5)
14.Byggesak.	•	•	•									•	44 (1)
Totalt													4 554 (100)

Kilde: Prosjektgruppen for virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet, ultimo august 1988

Som vi ser er tjenestene definert etter innholdsart, ikke etter for eksempel plass i forvaltningssyklusen. På den måten blir rådgivning oppover til departementer slått sammen med rådgivning nedover til institusjonseiere (kommuner og fylkeskommuner), helsepersonell og pasienter, og utad til ulike nasjonale og internasjonale organisasjoner; kfr. hvordan «alle» er «brukere/mottagere» av disse og mange andre «tjenester/produkter». Det gjør det vanskelig å knytte «tjenestene», eller oppgavene, til de aktuelle mål, og altså basis til overbygning. Annerledes sagt, det er vanskelig å knytte arbeidsmål til disse oppgaver som kan sees på som konkretiseringer av delmål og hovedmål.

Rådgivningen oppover er et middel til å få styringen nedover til å fungere (mer) målrettet, rådgivningen nedover, på samme måte som informasjonen (tjeneste 4) nedover, er like meget en måte å styre og lede på som å yte tjenester på (skape «endelige verdier» på). Rådgivningen utad er i stor grad samarbeid og forhandling og i mindre grad tjenesteytelse. Men det inntrykket som går igjen, er jo at direktoratet først og fremst er et forvaltningsorgan, som rådgiver oppover, men særlig som iverksetter nedover – og slik sett bare i en spesiell forstand et tjenesteytende eller produserende organ med brukere (kunder) og mottagere. Det er de institusjoner direktoratet skal styre, lede og forvalte, direkte, men særlig indirekte, de kliniske og til dels prekliniske, som har brukere (pasienter) og som betjenes (behandles, beskyttes), og som de «endelige» verdier og mål er knyttet til. Direktoratet er (svært) indirekte, ikke (i særlig grad) direkte, verdiskapende. Planleggerne, og her gjelder det også «statskonsulentene», har (ennå) ikke tydelig sett hvilken rolle målstyringsfilosofien gir de styrende organer. Det skal de oppdage senere, når eierstyring, avtalestyring, sørge-for-ansvar og oppdrags- og bestillerroller (og – tilhørende dokumenter) blir viktige stikkord for den helsepolitiske styring, altså mer enn ti år senere. Nå, i 1988, er direktoratet og planleggerne ennå i en styringsideologisk overgangsfase.

Skjemaet for de «interne fellestjenester» (skjema 2) omfattet 19 «tjenester/produkter», eller oppgaver. 17 av disse var ekte interne tjenester, som skrive- og arkivtjeneste, bibliotekdrift og postombæring, mens to var indre ledelsesoppgaver (forvaltningsoppgaver), nemlig økonomi- og personalforvaltning (10 og 11). Tjenestene lot det seg gjøre å knytte arbeidsmål (middelmål) til, arbeidsmål som kunne sees på som konkretiseringer av effektivitetsmålet. Det var verre å gjøre det med ledelsesoppgavene. Som oversikten over «brukere/mottagere» var lite opplysende, og lite relevant for målkongretiseringen i den «eksterne» oversikten, var den det for den «interne» oversikten. I den første var nesten alle brukere av alle «tjenester», i den annen var nesten bare «avdelingene/ledelsen» og, til dels, de «ansatte», brukere.

Oppgave- og ressurskartleggingen ble summert opp. Det gav det bilde som fremgår av tabell 7.3.

Tabell 7.3: Årsverk, fordelt etter oppgavekategori, Helsedirektoratet 1988 (beregnet aug./sep. 1988)	
Oppgaver (tjenester)	Årsverk (=46 ukeverk)
Eksterne oppgaver/tjenester (4 554 ukeverk)	99,0
Intern administrasjon (665,5 ukeverk)	14,5
Interne fellestjenester (2001,75 ukeverk)	4,0
Helsedirektoratets ledelse	4,0
Korttidsengasjementer pr. aug. 1988	0,7
Totalt	161,7

Budsjetterte stillinger 1988	153,0
Vakanser	12,0
Besatte stillinger	141,0

Kilde: Prosjektgruppen for virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet, aug./sep. 1988

Vi ser at den eksterne virksomhet omfatter 99 årsverk, eller 61 prosent av alle de reelle årsverkene. Vi ser også at direktoratet utførte nesten 162 (betalte) årsverk med 141 besatte stillinger. Direktoratet var altså knapt bemannet. Det var, som vi har sett, et løpende problem, men nå ble det en ekstra utfordring, for nå skulle Helsedirektoratet styrke innsatsen på noen områder og kanskje ta opp nye oppgaver. Det ble slik en del av planarbeidet å peke ut oppgaver som skulle avvikles eller nedprioriteres.

I forlengelsen av kartleggingen skulle altså direktoratet for alvor starte arbeidet med å «koble» tjenester (oppgaver) til målstrukturen. Det skulle skje ved å gå veien om en vurdering av hvor godt de «behov» direktoratets arbeid skulle være svar på, fungerte. Robert Feiring, Statskonsult, bad i den sammenheng direktoratsplanleggerne om å «beskrive/karakterisere» de behov Helsedirektoratet i dag forsøkte å tilfredsstille.⁷⁷⁰ Han bad dem videre ta stilling til (1) hvilke tjenester, og med hvor mye ressurser, de ulike behov ble forsøkt tilfredsstilt. Så skulle de (2) lage en oversikt over hvilke andre instanser som var engasjert i tilfredsstillelsen av de samme behov, og hvordan de var det. Deretter skulle de (3) peke på hvilke behov direktoratet ikke klarte å tilfredsstille godt nok, hvorfor det her kom til kort, og om behovstilfredsstillelsen kunne blitt bedre om andre institusjoner overtok ansvaret for den, ev. i samarbeid med direktoratet. Endelig skulle planleggerne (4) komme med forslag til hva direktoratet nå burde gjøre, og altså ta med i den nye planen: Hvilke oppgaver burde det prioritere opp og hvilke ned? Denne prioriteringen skulle reflektere «mål på kort og lang sikt» og en strategi for hvordan målene kunne nåes, ev. i samarbeid med andre.

Med utgangspunkt i de(t) siste av spørsmålene (4) skulle så planleggerne fylle ut tre lister, én hvor de formulerte resultatmål for 1989, én hvor de pekte på hvilke tjenester (oppgaver) det var aktuelt å overføre til andre institusjoner og endelig én hvor de førte opp viktige behov de mente hverken direktoratet eller andre i dag tok seg av. Den første listen hadde fire kolonner, «resultatmål», tilhørende «aktiviteter/tiltak», «ressursbruk» og «ansvar/frist». De to andre listene hadde to kolonner, «tjenester/behov» og «forslag til løsninger (forhandlingstema)».

Vi ser altså at konsulentene taler om oppgavene som «tjenester/produkter» og om mottagerne av tjenestene som «brukere/mottagere». Vi ser også at de taler om at tjenestene skal tilfredsstille «behov». Konsulentene tenker altså på en bedriftsinspirert måte, mens direktoratets folk i praksis ikke definerer tjenester, men oppgaver eller aktiviteter, og ikke relaterer behov til brukere i vanlig forstand, men til politisk (og samfunnsmessig) bestemte verdier, forsøkt fanget gjennom mål. Det ble slik en spenning mellom den terminologi og ideologi Statskonsult forsøkte å få direktoratet til å ta inn over seg, og den virkelighet direktoratet var omgitt av. Men direktoratets folk var påfallende «underdanige» og lot seg villig belære og geleide. Det tør imidlertid være et uttrykk for at direktoratfolkene fornemmet

⁷⁷⁰ Han laget et skjema for dette formål, kalt «Hjelpeskjema til Fase 2, II og III – profilering av Helsedirektoratet», august 1988. Skjemaet ble ledsaget av et veiledende notat, også det laget av Robert Feiring, kalt «Profileringen av Helsedirektoratet. Avslutning av fase 2 og oppstrating av fase 5: Utforming av virksomhetsplan for 1989», datert 22.8.88.

at det var en spenning mellom den nye teori og den gamle praksis når det i referatet fra direksjonens arbeidsmøte om virksomhetsplanlegging den 11. og 12. oktober blant annet heter.⁷⁷¹

I prioriteringen av oppgaver må det erkjennes at Helsedirektoratet er et forvaltningsdirektorat, (ikke forskningsinstitutt, undervisningssted eller lignende), hvilket innebærer at lovbestemte og andre regelfestede oppgaver må utføres.

Innspurten av planleggingsarbeidet, og arbeidet med utformingen av planleggings- og rapporteringsrutinene (fase 6), ble hektisk, og ekstra hektisk siden det, særlig for noen avdelinger, måtte tilpasses den nye organisasjonsformen. Planen forelå ferdig i slutten av januar 1989 – den er ikke datert – og ble oversendt departementet den 10. februar.

Virksomhetsplanen for 1989

I forordet til Helsedirektoratets første virksomhetsplan, signert av Helsedirektøren, men formulert av prosjektsekretæren, kontorsjef Lisbeth Hårstad, heter det at arbeidet med virksomhetsplanen «har vært nyttig». Det har vært det av eksistensielle grunner: Den har ført til en «gjennomgripende diskusjon av hva som er Helsedirektoratets mål». Den har vært det av ressursmessige grunner: Den har gitt innsikt i hvordan direktoratet bruker sine ressurser (for å nå sine mål). Begge deler, heter det videre, har bidratt til å gi direktoratet en «klarere profil».

Det heter også at direktoratet nå vil «prioritere», altså oppprioritere, «forebyggende helsearbeid og ivaretagelse av pasientrettigheter». Det skal ikke skje på bekostning av andre oppgaver – Direktoratet taler her mer i oppgavetermer enn i måltermer – men ved at oppgaver skal flyttes over til andre, ikke minst fylkeslegene, og ved å forenkle «saksbehandlingsrutiner m.v.».

Forordet er skrevet i en nøktern, men positiv form. Helsedirektoratet viser at det vil bli en aktiv del av den målstyrte stat. I oversendelsesbrevet til departementet heter det forøvrig også at arbeidet med virksomhetsplaner er godt i gang i fylkeslegeetaten og at fylkeslegekontorene vil utarbeide planer fra 1990. De underliggende etater, Statens institutt for folkehelse, Statens institutt for strålehygiene og Kreftregisteret har laget virksomhetsplan for 1989; de øvrige etater vil komme etter fra 1990.

Planen er på 96 sider, men bare de 13 første omfatter direktoratet som helhet. Detaljeringen følger så, avdeling for avdeling. Hver avdeling har skrevet en kort innledning, så følger en rekke skjeamer, hvert ordnet etter delmål og så etter resultatmål. Resultatmålene er beskrevet etter «tilsiktet effekt» og «målemetode/tidspunkt» og de «planlagte tjenester – tiltak/aktiviteter» som kan bidra til at resultatmålene blir nådd. Videre følger en «tidsbruksplan» og en kolonne for «merknad».

Den første delen starter med målene, fortsetter med en organisasjons- og ressursoversikt og avsluttes med presentasjon av hvordan det vil prioriteres i 1989.

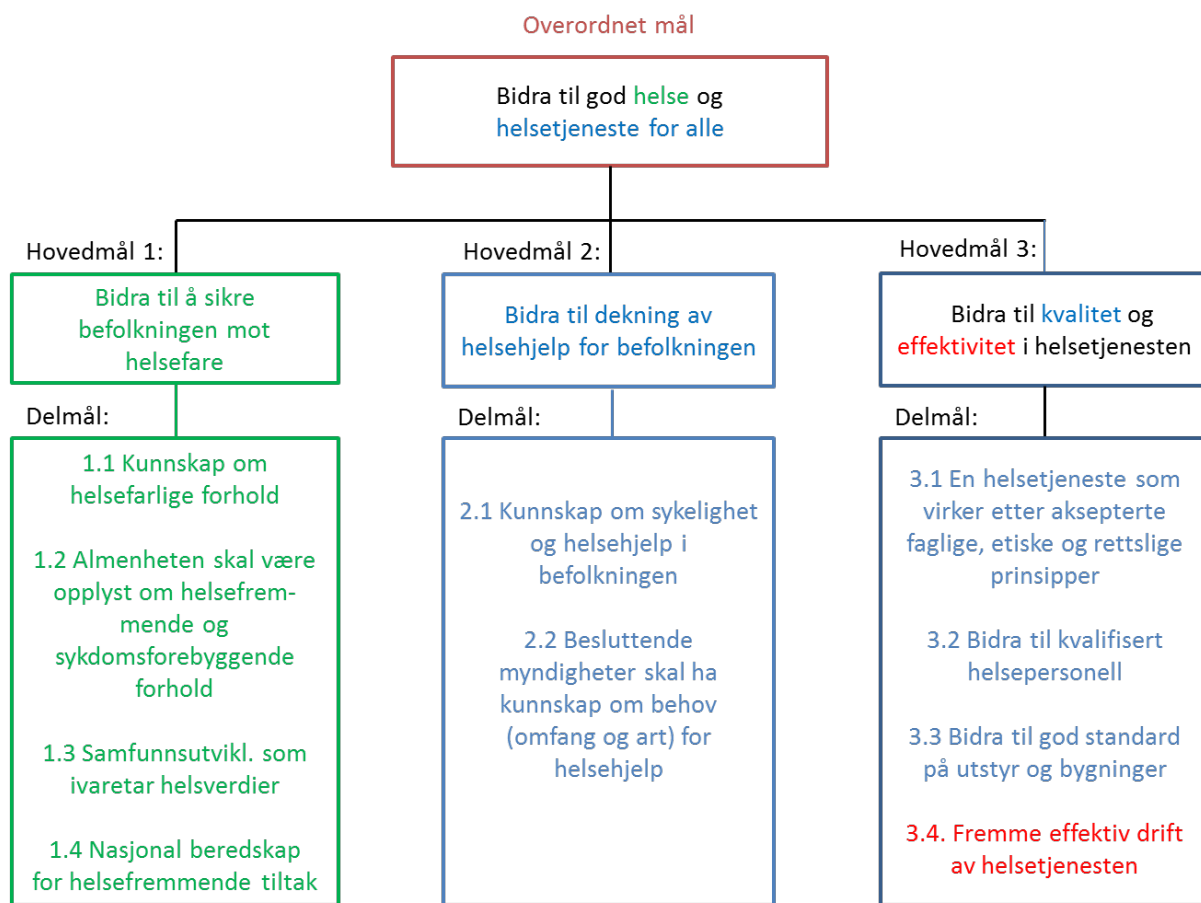
⁷⁷¹ Referat fra direksjonens arbeidsmøte om virksomhetsplanlegging 11. og 12. oktober 1988, datert 13.10. 1988 og skrevet av prosjektgruppens prosjektsekretær, Lisbeth Hårstad. Sitatet er fra s. 6.

Måloppbyggingen er, som det fremgår av figur 7.7, svært lik den som ble foreslått allerede den 31. mai 1988 (kfr. figur 7.6). Den ble justert litt i flere omganger, den 29. juni og den 24. oktober. Den endelige formuleringen var klar den 25. januar 1989.

Under arbeidet med planen understreket konsulentene stadig at mål måtte beskrives som *tilstander*. Helsedirektoratets planleggere tok aldri det helt innover seg. De fortsatte å definere det overordnede mål (egentlig de to mål) og de tre hovedmål i vendinger som kombinerte mål og aktivitet: Helsedirektoratet skulle *medvirke til* å realisere noen mål, nemlig *god helse* (helsemaksimering) og *helsetjeneste for alle* (tilgjengelighet etter behov, og uten ventetid). De to målene gjentaes i praksis som hovedmål 1 og 2, mens det tredje (og fjerde) hovedmålet, å medvirke til *kvalitet (og sviktreduksjon) og effektivitet*, knapt kan sies å være en konkretisering av det overordnede mål. Statskonsult hadde, som vi har sett, sagt at det overordnede mål burde være slående, og antagelig derfor mer verdiantydende enn målkonkret, f.eks. noe à la Erich Fromm's (1900–1980) boktittel fra 1955, *The Sane Society*, Det sunne samfunn. Men man kan også si de tre, eller fire hovedmål representerer en slags kausal logikk: Det første mål gjelder folks tilstand før helsesvikt er oppstått, det annet hvor terskelfri adgangen til helsens hus er for folk når helse i et eller annet henseende er redusert og endelig hvor god og uten innslag av sløsing den hjelp er som ytes innenfor helsens hus.

Delmålene er imidlertid mer tilstandspregede, og derfor i prinsippet kvantifiserbare. De er imidlertid stadig mer mål knyttet til midler for å realisere de egentlige mål enn konkretiseringer av disse. Delmålene er delvis kunnskaps- og holdningsmål: Direktoratet har som mål å øke (det medisinske) kunnskapsnivået både hos «besluttende myndigheter», «helsetjenesten» (3.1.) og «befolkningen» og «etiske og rettslige» holdninger i helsetjenesten (3.1.), og antar altså at det vil føre til f.eks. helsefremmende politikk og adferd. Delmålene er også å gjøre omgivelsene («samfunnsutviklingen», 1.4) sunnere, og sørge for at pasientenes omgivelser, blant annet utstyret, i helsevesenet er medisinsk forsvarlig (3.3). Dog antydes intet om hvor nivået i de ulike henseender er i dag og, hvor mye det eventuelt skal økes i løpet

av det kommende år.



Figur 7.7: Målstruktur for Helsedirektoratet – Virksomhetsplanen for 1989

For så vidt som ingen av målene er kvantitative eller spesielt konkrete, kan man si planen normativt er mer indikativ enn forpliktende: De ulike avdelinger skal gjøre det de kan for å realisere de ulike mål. Det ligger altså hverken konkrete normative ambisjoner i planen, eller prioritering av de ulike mål. I kapittel 4 i planen presenterer direksjonen allikevel noen prioriteringer. Den gjør det ved å si hvordan ressurser skal fordeles og omfordeles, ikke mellom de ulike mål, men mellom tiltak. Direksjonen konstaterer at «de løpende, pålagte oppgavene er den klart største delen av vårt arbeid». Den sier imidlertid ikke hvordan disse oppgavene er knyttet til de ulike målene, bare at den prioritering som ligger i dem, er frosset, særlig gjennom lovgivning.

I den grad direksjonen kan flytte ressurser, vil den gjøre det i retning av forebyggende arbeid, fremme av pasientrettigheter, kvalitetsutvikling og tilsyn. Man kan si at det første innebærer at helse(maksimerings)hensynet skal få høyere prioritet, det annet at tilgjengelighetshensynet (f.eks. kortere ventetid på helsehjelp) skal få det, det tredje at kvalitet (her nevnes målet eksplisitt) og det fjerde at både tjenestetilgjengelighet og tjenestekvalitet skal få det. Men slik sett kan man si at direksjonen mener at alle mål skal få høyere prioritet. I praksis mente den imidlertid at det var de aktiviteter forebyggingsavdelingen og helseerettsavdelingen drev for å realisere direktoratets mål, som skulle få mer. Hvis vi ser på forslagene til nedprioritering ser vi at det ikke så meget var tale om «politisk» nedprioritering av mål som om flytting av oppgaver (knyttet til flere av målene) fra direktoratet til andre offentlige institusjoner, særlig fylkeslegene, men til dels også universiteter og høyskoler. Det som konkret nevnes av

ressursflytting er at forebyggingsavdelingen skal få 5–6 ekstra årsverk, etter en innstramning i andre avdelinger – ein innstramning som har vært større enn «strengt tatt ønskelig».

Selv om ikke Helsedirektoratet gjennom planen definerte målambisjonene eksplisitt og konkret, sa det noe om prioriteringen av målene, for så vidt som planen viste hvordan personalressursene (og dermed også pengene) skulle fordeles mellom aktiviteter knyttet til de ulike mål. Hvis vi «idealiserer» målene og kaller dem (mer eller mindre egalitær) helsemaksimering, tilgjengelighetsmaksimering, tjenestekvalitet (også etisk forstått) og (omkostnings)effektivitetsmaksimering, får vi det bildet som fremgår av tabell 7.4.

Tabell 7.4: Fordelingen av ressursandeler (prosent) på de ulike «idealisererte» mål, etter Helsedirektoratets virksomhetsplan for 1989

Avdeling	Mål				
	Helsemaksimering	Tilgjengelighetsoptimalisering	Kvalitetsmaksimering	Effektivitetsmaksimering	Ukeverksandel
Forebygging	23	2	1	0	26
Helsetjeneste	1	13	15	2	31
Legemiddel	5	4	3	3	15
Helserett	3	0	14	1	18
Administrasj.	0	0	1	8	6
Tilsammen	34	18	33	15	100

Vi ser altså at det er helsemaksimering og kvalitetsmaksimering direktoratet vil bruke mest ressurser på, ca. en tredjedel på hvert av målene, uten at vi dermed kan si det setter disse målene øverst, eller at dette er norsk helsepolitikks høyest prioriterte mål. Det er for eksempel ikke bare Helsedirektoratet som har ansvaret for disse primære målene. Vi legger ellers merke til at forebyggingsavdelingen er nokså ettmålsorientert, og at det i stor grad dominerer i arbeidet for å øke helseproduktet. Avdelingen og målet er altså nesten ett.

Helsetjenesteavdelingen skal bruke det meste av sine ressurser på tilgjengelighet og kvalitet, men påfallende lite på effektivitet. Det siste reflekterer at hovedansvaret her ligger på de lokale forvaltningsnivåer. Legemiddelavdelingen er en utpreget allemålsavdeling, mens helserettsavdelingen er en kvalitetsavdeling, dog slik at dens opptatthet av kvalitet er rettet mot kvalitetssvikt og konsekvensene av den. Administrasjonsavdelingen er ytre sett i hovedsak en effektivitetsorientert avdeling; ellers er den primært en innadrettet avdeling – som slik, på en nokså indirekte, vanskelig klassifiserbar, måte bidrar til de ulike ytre mål.

La oss avslutte med å si at virksomhetsplanarbeidet i påfallende liten grad er opptatt av tilsyn, hva det er og hvilke verdier, eller mål, det skal fremme. For så vidt som Helsedirektoratets arbeid med virksomhetsplanen fra starten av også hadde et institusjonseksistensielt formål, forteller det hvordan tilsynsbevisstgjøringen var noe som i stor grad tilhørte fremtiden. Den godt etablerte krangelen med departementet og veksten i omfanget av klage- og erstatningssaker – og jusens økende rolle i direktoratet – var ikke nok til å få moderne tilsyn på dagsordenen som en av morgendagens viktigste oppgaver. Noe var imidlertid iferd med å skje, som vi skal komme tilbake til. Tilsyn ble fortsatt i stor grad sett på som en samlebetegnelse for svært mye av det Helsedirektoratet gjorde, samtidig som ideen om egenkontroll begynte å få virkninger – blant annet i form av tilsynsbesøk. Påvirkningen fra industriens kvalitetskontroll ble generalisert. Jusens økte innflytelse og forbrukerrevolusjonen

(som for alvor kom i 1980-årene) bidro også til at tilsyn fikk en mer profesjonalisert oppmerksomhet.

Virksomhetsplanen som praksis: 1989–1994

Arbeidet med virksomhetsplanen hadde, viser det seg allerede i 1989, en kulturvirkning. Direktoratet ble mer bevisst hva mål var, hvordan mål kunne defineres og at styring og ledelse i økende grad kan, og vil, skje gjennom bruk av mål. Denne bevisstheten ble imidlertid skjerpert av at den var et pålegg ovenfra og at hele samfunnets styringskultur var kommet i bevegelse. Virkningen av planen ble ikke dramatisk i 1989, men allikevel tydelig. Det ble også tydelig at «målstyringsagentene» i direktoratet nå var godt etablert. De hadde fått status og de dyttet vennlig, men bestemt, på. Det vil si, administrasjonsavdelingen, tradisjonelt en forsiktig og indretjenesterettet avdeling, ble viktigere. Det var særlig her målstyrings- og virksomhetsplanagentene satt. Direktoratet hadde vært et utpreget fagdirektorat, altså en del av medikratiet. Nå ble det et tydeligere styrt, og styrende, fagdirektorat: De yngre ledelsesfagfolkene i administrasjonsavdelingen viste helsefagfolkene i de andre avdelingene hvordan de skulle styre og lede bruken av sine fag utad. Men de ledet, eller veiledet, ikke bare slik «nedover», eller til siden, de gjorde det også oppover: De «oppdro» linjelederne, Helsedirektøren medregnet, til å bli mer bestemte mål- og resultatrettede ledere. I den grad de «stresset» noen, var det altså «alle». Men «dyttingen» («the nudging», som det heter på engelsk) virket ikke særlig stressende. Den var for vennlig, og tålmodig, til det. Det skyldtes ikke minst den som først og fremst hadde overtatt etter de innleide konsulentene, «indreksulent» og fra 1989 utredningsleder, Helge Høifødt. Han forstod, bedre enn noen, hva den nye tid krevde og kunne være kreativ på dens vegne. Avdelingsdirektør Bang, som nå nærmet seg pensjonsalder, hadde tillit til Høifødt. Han var glad for at den unge utredningslederen hadde så mange ideer. Når han så, på forhånd, og løpende, ble orientert, hadde han ingen problemer med Høifødts iver. Da Bang i 1993 gikk av og ble etterfulgt av juristen Hilde Sundrehagen⁷⁷² fortsatte Høifødt å spille den viktige grå eminensrollen han hadde spilt. Det vil si, nå fikk han sin nye sjef mer aktivt med enn han hadde hatt sin gamle sjef.

La oss imidlertid nå se litt nærmere på hva som skjedde med realiseringen av planen, og utarbeidelsen av de nye planene.

Da arbeidsgruppen⁷⁷³ for virksomhetsplanen oppsummerte erfaringene med den første planen konstaterte den at planen kunne brukes av ledelsen til å følge opp avdelingene, men ikke de enkelte ansatte. Ledelsen brukte allikevel i liten grad planen slik. Avdelingsledelsene brukte ikke ukeverkregnskapet «fullt ut» som styringsinformasjon. De hadde heller ikke nok oversikt over virksomheten til at de kunne styre med henvisning til resultatmål og ukeverksforbruk. Gruppen konstaterte derfor at planen var «dårlig forankret i organisasjonen», også i direksjonen og i avdelingsledelsene.⁷⁷⁴ Helsetjenesteavdelingen kunne også, etter en nærmere vurdering ved utløpet av juni konstatere at de pålagte oppgaver, blant annet administrasjonen

⁷⁷² Hun kom til administrasjonsavdelingen som underdirektør i 1989.

⁷⁷³ Den bestod av avdelingsdirektørene Per Bærum, Jørgen Jonsbu og Johs. Wiik, men ble høsten 1989 utvidet med Finn Aasheim og Helge Høifødt.

⁷⁷⁴ Virksomhetsplanen for 1990 – prinsipper og rutiner for oppfølging, notat datert 10.11. 1989 (89/12977). Helsedirektoratets arkiv 003.20, Virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet 1990, boks 6.

av turnusordningen og personellgodkjennelser, tok mer ressurser enn planlagt, og at uforutsette, men «nødvendige», oppgaver kunne ta så mye som 12 til 13 prosent av ressursene.

Arbeidsgruppens diagnose, nærmest dikterte de forslag som nå kom. Direktoratet måtte ta målstyringens og målledelsens logikk mer innover seg. Lederne måtte arbeide for å konkretisere målene, eller «middelmålene», mer og måtte legge større vekt på løpende å følge opp måloppnåelsen. Den øverste ledelse skulle spesielt gjøre det hva hovedmålene og de spesielle prioriteringer gjaldt, samt «de store linjer i ressursbruken». Den skulle også føre en slags oversikt over «generelle problemer som gjelder organisering, kompetanse, ledelse i avdelingene; ressursituasjonen; forholdet til viktige målgrupper/samarbeidspartnere».⁷⁷⁵

Avdelingsledelsene skulle følge opp, og følges opp (av seg selv), på en mer konkret måte, ned til den enkelte ansatte. De skulle sette opp en «årsdagsorden» for avdelingsledermøtene og avdelingsmøtene – «for å sikre oppfølging av fremdriften i og faglig diskusjon om de viktigste arbeidsoppgavene». Avdelingsledelsene, het det videre, burde månedlig gjennomgå virksomhetsplanen og drøfte «status og avvik». Når det skjer, legges det til, bør avdelingsledelsene også se på avdelingsbudsjettet, med regnskapsrapporten: Nå skal mål- og budsjettstyring integreres.

Arbeidsgruppen ville også at planstyret skulle føres *helt ned*: Planleggingssamtalen med de enkelte ansatte ved årets begynnelse «skal resultere i at medarbeideren har en klar oppfatning av hvilke «planlagte tjenester» i vpl hun skal bidra til, hvor mange ukeverk på hver tjeneste, og en detaljplan med frister, samarbeid med andre mm for arbeidet gjennom året». For å lette kontrollen med medarbeidernes tjenesteytelse skal «hver tjeneste (produkt/aktivitet) i vpl gis et løpenummer, som grunnlag for oppfølging». Den enkelte tjeneste skal gies et «aktivitet-nr» på fem siffer, «hvor første siffer er avdeling, annet (siffer) hovedmål, tredje (siffer) delmål, og fjerde og femte (siffer) løpende nummerering av aktivitetene innen hvert delmål i hver avdeling». I medarbeidersamtalene utpå nyåret skal det avklares hvilke «aktivitet-nr» hver enkelt skal «jobbe med», ha ansvar eller medansvar for, og legges en «detaljplan for utførelsen av hver aktivitet,...».⁷⁷⁶ Administrasjonsavdelingen skal lage et EDB-system «for oppfølging». Her ser vi, kan vi føye til, hvordan den nye informasjonsteknologien blir et viktig virkemiddel i den «tettkoblede» styringen målstyringen fører til.

Arbeidsgruppen er oppmerksom på at målstyringen kan virke detaljdikterende, og slik undergrave grunnlaget for den skapende dynamikk i møtet mellom ledelse og medarbeidere og mellom medarbeidere og aktørene i det utøvende helsevesen, som PLUTO i noen grad la opp til. Det heter derfor at arbeidsgruppen ikke tror det er «hensiktsmessig å innføre som generelt pålegg at alle medarbeidere kontinuerlig skal registrere tidsbruk fordelt på resultatmål». Den føyer til at «Tidsregistrering bør brukes målrettet».⁷⁷⁷ Hva det er, er imidlertid ikke åpenbart.

Den 14. november sendte administrasjonsavdelingen ut noen retningslinjer for avdelingenes ferdigstilling av sine planer for 1990.⁷⁷⁸ Naturlig nok gikk de ut på en tilstramning av målstyringen: Det heter at det fortsatt er få «vurderingskriterier for vellykket gjennomføring

⁷⁷⁵ *Ibid.*, s. 2.

⁷⁷⁶ *Ibid.*, s. 4.

⁷⁷⁷ *Ibid.*

⁷⁷⁸ Notat 14.11. 1989: 89/12977 5 HH. (003.20, Vpl for H.dir., boks 6).

av resultatmålene» og nevner hva som trengs – som svartid e.l. for «pliktoppgaver» og beskrivelse av kvalitetskrav til større produkter. Det heter videre at det bør komme flere «datoer for ferdigstillelse», en bedre presisering av hvilke «målgrupper» resultatkravene gjelder, en større, og mer lik, detaljering av aktivitetene som planen omfatter og en større grad av samling av aktiviteter som skal bidra til samme delmål.

Virksomhetsplanen for 1990 ble vedtatt av direksjonen den 17. januar 1990. Helsedirektøren bekrefter gjennom forordet, som dog er skrevet av administrasjonsavdelingen, at han slutter opp om den styrings- og ledelsesfilosofi målstyringen representerer. Han legger til at planen representerer en videreutvikling av den målstyringen 1989-planen representerte, og skriver ellers at direktoratet, som i 1989, vil fortsette oppprioriteringen av forebyggende arbeid, altså helsemaksimering, og ivaretagelse av hensynet til pasientenes rettssikkerhet, altså tilgjengelighet og kvalitetssviktsminimering – samt erstatning ved svikt.

Direktoratet var fornøyd med den måloppbygning det laget til 1989-planen og fortsatte derfor med denne, dog slik at arbeidet med den fortsatte. Direktoratet ville «arbeide videre med presisjonsnivået i målformuleringene», med å finne «hensiktsmessige indikatorer på måloppnåelse», med å koble «mål og planer til budsjett og regnskap» og med å sette «tidsfrister for de enkelte tiltak». Litt resignert føyes det dog til at mange av direktoratets oppgaver er av «løpende karakter» – det gjelder særlig «pliktløpet» – og disse egner seg dårligere for målstyring, gir direktoratet inntrykk av.⁷⁷⁹

Det heter innledningsvis at forebyggende arbeid, altså helsemaksimering, og pasientrettighetssikring, skal oppprioriteres. Oversikten over ukeverksfordelingen viser imidlertid at helsemaksimeringen får *mindre* ressurser enn i 1989, nemlig 24 prosent, mot 26 prosent året før. Kvalitetsmaksimering, i praksis først og fremst kvalitetssviktsminimering, får 40 prosent, mot 33 prosent året før. De to andre mål, tilgjengelighetsmaksimering og effektivisering får omtrent de samme ressurser som året før, henholdsvis 20 mot 18 prosent og 14 mot 15 prosent.

Vi kan, hva gjelder styringens innhold konstatere at det helsefremmende arbeid er langt mer styringsutviklende (på miljør siden) enn styringsoppfølgende: Forebyggingsavdelingen skal spesielt arbeide med nye landsforskrifter for miljørettet helsevern og med statistikkutvikling (sammen med SIFF), men også vie livsstil noe oppmerksomhet, spesielt gjennom forebyggelse av HIV-infeksjon. Oppfølging gjennom tilsyn og andre former for kontroll får liten oppmerksomhet. Hva kvalitet angår, er det igjen kvalitetssvikt som får oppmerksomhet, og som tar det meste av helserettensavdelingens ressurser: Klagesakene var blitt en belastning for direktoratet; oppprioriteringen av dem var derfor blitt en pådyttet nødvendighet. Positiv kvalitet hadde ennå ikke fått den samme oppmerksomhet, men oppmerksomheten var tydelig økende nå. Helserettensavdelingen fornemmet det og ville bruke innsikten etterkontrollen (klagesakene) gav til å arbeide mer kvalitetsforbedrende. I 1989 ble således prosjektet «Fra klage til kvalitet» lansert. Et enda tydeligere uttrykk for at kvalitetsmaksimeringen får mer oppmerksomhet, er Helsetjenesteavdelingens tilsynsoffensiv. Nå vil den, i samarbeid med fylkeslegene, utvikle «prosedyrer og rutiner for (bedre) egenkontroll og ta initiativ til, i samarbeid med fylkeslegene og fagmiljøene, å sette i gang «konkrete prosjekter i

⁷⁷⁹ Helsedirektoratets virksomhetsplan 1990, s. 4-5. Planen er til sammen på 139 sider. De første 29 sider gjelder Direktoratet som helhet, resten detaljerte planer for de enkelte avdelinger. Planen finnes i Helsedirektoratets arkiv nr. 003.20, Helsedirektoratets virksomhetsplan 1990, boks 6.

metodeutvikling innen kvalitetssikring...». ⁷⁸⁰ Vi merker oss imidlertid at den konkrete planen her er mer offensiv enn måloversikten; her er kvalitetspolitikkenes mål begrenset til det vage å sikre at «aksepterte faglige prinsipper» (delmål 3.1.) blir fulgt, og til inngangskontroll – gjennom å sikre at personellet formelt er kvalifisert og at utstyret institusjonene bruker holder «god standard» (3.2 og 3.3).

Den 23. mai summerte administrasjonsavdelingen, det vil si Helge Høifødt, i et notat til direksjonen, opp planrealiseringen som den så ut den 30. april. Avdelingen var fornøyd med utviklingen, men var offensivt opptatt av å stramme opp både ledelse og avdelinger. Den anbefalte «at direksjonen gjennomgår status og planer for alle satsingsområdene nokså detaljert på (det kommende) møtet». Videre påpekte den at noe burde gjøres med «Helheten i arbeidet med tilsyn og kvalitetssikring...», med tilsynsforordningen og med oppfølging av fylkeslegenes ordinære tilsyn. ⁷⁸¹ Under direksjonsseminaret den 28. og 29. mai ble denne tilsynsoffensiven ført videre. Det heter i referatet fra seminaret at når fylkeslegene har ført tilsyn må de gi reaksjoner på dette til institusjonseierne, og at når tilsynet krever pålegg fra Helsedirektøren, må fylkeslegene komme med forslag til hvilke pålegg som skal gies. Det heter også i referatet at fylkeslegene innen 1. november skal summere opp resultatene av sitt «særlige tilsyn» og at oppsummeringene skal drøftes på høstens fylkeslegemøte. ⁷⁸²

I referatet fra seminaret, ført i pennen av Per Bærum, heter det at virksomhetsplanen «stort sett er realisert». Det heter også at avdelingene budsjettmessig er i god rute. Ellers er det interessant at Administrasjonsavdelingens «dyttende» rolle stadig kommer til uttrykk – og at denne dyttingen først og fremst er rettet mot ledelsen, mot den øverste ledelse og mot avdelingsledelsene. Hva gjelder dyttingen overfor den øverste ledelse heter det således i seminarreferatet, at Helsedirektøren fant medarbeidersamtalene «nyttige» og at erfaringene til nå var «rimelig gode». Videre heter det: «Ettersom innholdet i Helsedirektørens medarbeidersamtaler med avdelingsdirektørene ikke er kjent, fant avd. 5 at oppfølgingen av resultatkravene til den enkelte avdelingsdirektør var vanskelig» (*Ibid.*, s. 4). Målstyringsfilosofien, som virksomhetsplanen er et uttrykk for, krever en gjennomsluttet oppfølging. Den gjennomsluttet var ikke lederne ennå helt innstilt på å skape, og gir selv en «anmerkning». Direksjonen, eller administrasjonsavdelingen, er heller ikke helt fornøyd med takten i direksjonens tilpasning til den nye tid. Det heter således i seminarreferatet også at Helsedirektøren mente direksjonens funksjon var blitt «noe bedre», men at de gamle «svakheter» ennå gjorde seg gjeldende. Blant de mulige områder for forbedring nevnes således: «engasjementet/frimodigheten/den gjensidige tryggheten», tendensen til å «grave oss ned i detaljer/formuleringer», vedtaksklarheten – med angivelse av «ansvar for oppfølging og tidsfrist for ferdigstilling» og «system(et) for oppfølging av vedtak» (*ibid.*, s. 5). Den planbaserte målstyringen forutsetter at den øverste ledelse er det offensive utgangspunkt for den. Det var ennå ikke ledelsen. Men den var «under opplæring», av administrasjonsavdelingen, og spesielt av utredningsleder Høifødt.

Oppfølgingen av realiseringen av virksomhetsplanen for 1990 skjedde hyppig høsten 1990: Den ble behandlet av direksjonen 3. oktober, 7. november og 19. desember.

⁷⁸⁰ Virksomhetsplanen 1990, s. 11.

⁷⁸¹ Notat fra administrasjonsavdelingen 23.5. 1990, Virksomhetsplan 1990 – avdelingsbudsjett 1990 – organisasjonsutvikling – oppfølging pr. 30. april, s. 1-2. (Sak nr. 89/12977 5, H.dir.arkiv 003.20, Virksomhetsplanlegging i Helsedirektoratet, boks 6.)

⁷⁸² Referat fra direksjonens seminar 28.-29. mai 1990 (samme arkivboks som den foregående henvisning), s. 1.

Ved utløpet av august 1990 ble realiseringen av virksomhetsplanen, og budsjettsituasjonen, kommentert av de ulike avdelinger. Her merker vi oss at alle avdelinger, bortsett fra helsetjenesteavdelingen, gav en forholdsvis teknisk situasjonsrapport. Jonsbus helsetjenesteavdeling skriver at en viktig del av avdelingens strategi er *forandring*. «(V)i skal endre våre oppgaver med minst 30 % hvert år». Hadde avdelingen videreført de «faste «forvaltningsoppgavene» uten forandringer» ville de i 1990 ha utgjort 89 prosent av virksomheten. Nå utgjør de istedenfor «bare 37 %. Resten er overveiende nye oppgaver». Vi skal, skriver Jørgen Jonsbu videre, «utvikle oss til å bli et «helsefaglig kompetansesenter»». Det skjer ved at avdelingen utvikler en «grunnkompetanse», og med den som utgangspunkt kjøper «spisskompetanse på de områder vi har behov for det». Jonsbu hadde tatt inn over seg noen av de forutsetninger som ble lagt til grunn ved delingen av direktoratet i 1983 og som ble forsterket av de signaler som kom i «Ikke-dokumentet» og som snart skulle bli fulgt opp av Norboms styringsgruppe. Planen, med sine mål, reflekterte imidlertid ikke uten videre (bare) disse jonsbuske tanker. Helseerettsavdelingen pekte da også på at «Med den lovgivning vi i dag har, og slik helsemyndighetene er organisert, er det en selvfølge at Helsedirektoratet skal behandle enkeltsaker», altså (også) være et «forvaltningsorgan».⁷⁸³

Norbom-prosessene var iferd med å påvirke planarbeidet i Helsedirektoratet. Denne spenning mellom kompetanseoppgaver, i hovedsak helsefaglig veiledning oppover og nedover, og forvaltningsoppgaver, i praksis særlig nedstrøms enkeltsaksbehandling og kontroll, lå i den første planen. Nå ble den løftet opp av Jonsbu, og indirekte av Norbom, som talsmenn for kompetanserollen. Men inn i denne spenningen begynte også tilsynsoppgavene å kile seg, oppgaver som var gitt liten oppmerksomhet i den første planen. Tilsyn kilte seg imidlertid inn på en flertydig måte. Til dels ble tilsyn knyttet til kompetanserollen: Tilsyn var slik rådgivende tilsyn, litt på oppstrømssiden – f.eks. gjennom planutvikling (tilsynsforordning, som det nå ble arbeidet med) – men mest på nedstrømssiden, og her i stor grad gjennomført gjennom fylkeslegene. Men tilsyn ble også knyttet til forvaltningsoppgaven, særlig nedstrøms, i form av behandling av klager og krav om erstatning. Denne forvaltningen skjedde både i regi av helseerettsavdelingen og i regi av fylkeslegene.

Jonsbu, og Norbom, ja, helseforvaltningsutviklingen generelt, gjorde at Helsedirektoratet ble både oppmuntret og presset til å tenke ytterligere gjennom sine eksistensielle utfordringer. Det kom tydelig frem i planen for 1991, en plan som ble sluttbehandlet av direksjonen den 19. desember 1990 og drøftet med de ansattes organisasjoner den 23. januar 1991. I kapittel 2, om Mål for Helsedirektoratets virksomhet, diskuteres disse utfordringer på en grundigere måte enn i de to foregående planer. Etter å ha referert til det politiske oppdrag, direktoratets instruks medregnet, skriver planforfatterne (s. 2):

Direktoratet er både et forvaltningsorgan og helsefaglig kompetanseorgan. I kombinasjonen av og gjensidigheten mellom de to funksjonene ligger en vesentlig styrke: Nærhet til den utøvende helsetjeneste og god tilgang til eksterne helsefaglige kompetansemiljøer kombineres med forvaltningskompetanse og myndighet til å iverksette tiltak innen gjeldende politiske, økonomiske og administrative rammer.

De fortsetter:

⁷⁸³ Notatene fra helsetjenesteavdelingen (Jørgen Jonsbu) og helseerettsavdelingen (usignert) er datert 29.8. og 14.9 (men gjelder pr. 31.8.) finnes i boks 6 (Virksomhetsplanleggingen i H.dir.). Sitatene er fra s. 2 og 3.

Den relativt sterke vridningen de siste årene mot rådgivning, veiledning, utredning og kompetansespredning, har vært muliggjort ved en kraftig reduksjon av forvaltningsoppgaver, særlig enkeltsakbehandling, når det gjelder saker som det ikke finnes tilstrekkelig sterke grunner til å beholde i et sentralt statlig organ.

De forvaltningsoppgavene direktoratet «nå sitter igjen med, finnes det imidlertid sterke grunner til å beholde», skriver de videre og gir over nesten en hel side (s. 3) rede for hvilke grunner dette er. Spesielt nevnes det at direktoratet trenger (juridisk basert) myndighet for å gjennomføre saker, også «faglige», og at mange saker, ikke bare enkeltsaker, krever rettskyndighet. Ja, utformingen av ny politikk, som direktorater er med på, innebærer i stor grad å lage forslag til nye eller endrede lover og forskrifter – lover og forskrifter som i neste omgang skal iverksettes som forvaltning. Den helsefaglige arroganse som lå i bruken av betegnelsen «pliktløp», er nå borte. Ja, man kan nesten si at til tross for den kompetanseoffensiv Norbom-prosessene representerte, er det nå forvaltningsoppgaven som igjen styrkes. Det som skjedde i Stortinget i juni 1992 var jo også forvaltningsoppgavens seier over kompetanseoppgaven, eller jusens seier over medisinen. Kompetanseoppgaven skulle, som vi har nevnt i forbindelse med gjennomgåelsen av Norbom-prosessene, for alvor først komme tilbake etter den neste store forvaltningsreform, markert med gjenopprettelsen av Helsedirektoratet fra 2002: Nå blir kunnskapsstyring et stadig viktigere virkemiddel i styringen av det utøvende helsevesen. Men da blir det det på en virkelig mål- og resultatorientert måte. I 1991 var direktoratet fortsatt preget av kompetanse- eller kunnskapsstyringen som en rådgivende, ikke som en bydende, oppgave. Evidensrevolusjonen, som startet nettopp i 1990–91, hadde ikke slått igjennom i Helsedirektoratet ennå.

Vi merker oss også at Helsedirektoratet i planens innledning ikke egentlig taler om mål, selv om overskriften skulle tyde på det. Det taler om oppgaver, om kompetanse- og forvaltningsoppgaver, mer indirekte også om tilsynsoppgaver, selv om det her er uklart om disse bare er underoppgaver under de to første oppgaver. Vi har også ovenfor påpekt at direktoratet, gjennom sine delmål og arbeidsmål, egentlig mer taler om oppgaver enn om «endelige» mål. Dette understrekes nå; direktoratet går tilbake til det såkalte ressortprinsipp for fordeling av oppgaver. Etter dette prinsipp ligger verdiene og målene underforstått i oppgavetildelingen.

Det er imidlertid tydelig at målstyringsfilosofien nå begynner å «sette seg» i direktoratet. Ettersom det skjer, ser og erfarer stadig flere av dets medarbeidere hvilke implikasjoner den har: Som MIT-forsker Michael Schrage har påpekt i boken *Serious Play*, skjer innovasjon og ny- og videreutvikling gjerne gjennom prøvende praksis, eller simuleringer.⁷⁸⁴ Han taler om bruk av prototyper, men mener med det også planer og konsepter. Det er gjennom prøvende iverksettelse av ideer at ideene utvikles og sette spor i hodene på styringsutviklerne. Slik er det gradvis «fagavdelingene» som tar initiativet i utviklingen av målstyringen, en utvikling hvor virksomhetsplanen etter hvert institusjonaliseres og like meget blir en beskrivelse av det som skjer enn en plan for hva som skal skje. Det er, er det fristende å føye til, noe ironisk over at det er slik styringen utvikles i direktoratet, siden jo filosofien innebærer at praksis er en teknisk anvendelse av teori.

Planene for 1992 og 1993 viser at læringen fortsetter. Den skjer imidlertid på nivåene under målstrukturen. Målstrukturen beholdes uendret helt til Helsedirektoratet blir til Statens

⁷⁸⁴ Michael Schrage, *Serious Play, How the World's Best Companies Simulate to Innovate*, Boston, MA: Harvard Business School Press, 2000.

helsetilsyn. Bevisstheten om hva tilsyn kan innebære øker, naturlig nok spesielt mot slutten av perioden. Det er imidlertid åpenbart at direktoratet ikke klarte å komme så langt at et bestemt begrep om tilsyn fikk feste seg. Direktoratet fortsatte å se på tilsyn både som et annet navn for helseforvaltning og som noe inspeksjons- og kontrollpreget. Det er imidlertid en tendens over utviklingen: den mer spesialiserte forståelsen av tilsyn får økende plass. Det viser seg blant annet ved at tilsynsvirksomheten knyttes nærmere til mål, altså i større grad tilpasses målstyringen. Den knyttes til tilgjengelighetsmålet (hovedmål 2) og til kvalitetsmålet (hovedmål 3). Den knyttes først og fremst indirekte til helsemaksimeringsmålet, nemlig for så vidt som bedret tilgjengelighet til kvalitativt gode helsetjenester også er helsefremmende. Den får også en dobbel tilknytning til målene, en negativ og en positiv. I det første tilfelle er målet å forebygge tilgjengelighets- og kvalitetssvikt, og når slik oppstår, å gripe inn – kritisk (overfor personell og institusjoner) og kompensatorisk (erstatninger til pasienter). I det annet tilfelle er målet å bedre tilgjengeligheten og kvaliteten; i det siste tilfelle også i betydningen bidra til at helsevesenet er faglig à jour. Fagliggjøringen av tilsynet skjer særlig på den «negative» siden, og i regi av den stadig mer ambisiøse helseerettsavdelingen, men også av legemiddelavdelingen. Ansvaret for det «positive» målet ligger særlig hos helsetjenesteavdelingen, men i noen grad også hos legemiddelavdelingen. Jørgen Jonsbus opptatthet av å gjøre direktoratet til et kompetanseorgan, reflekterer hans og hans avdelings ønske om å fagliggjøre også den «positive» politikken. Men fortsatt forsøker han å gjøre det gjennom mer tradisjonell rådgivning. Som vi har nevnt kommer den mer styrende positive kvalitetspolitikk (og tilgjengelighetspolitikk) senere.

Den økte betydning av tilsyn kommer i konkurranse med den økende vekt Sosialdepartementet, og Helsedirektoratet, begge med internasjonal tilskyndelse (WHO) og betydelig entusiasme, legger på helsemaksimering (gjennom forebygging og helsefremmende virksomhet). Det er en konkurranse de som er opptatt av tjenestemålene (tilgjengelighet og kvalitet) kommer best ut av. Da forebygging fikk sin egen avdeling i departementet etter den post-norbomske omorganiseringen kunne da også avdelingens første sjef, Andreas Disen nokså snart konstatere at forebygging ikke opptok statsrådene, det gjaldt først Christie, så Hernes (fra desember 1995), eller det politiske miljø generelt, så meget.⁷⁸⁵

De siste direktoratsårene (1992, 1993) med virksomhetsplanlegging var ellers preget av at det ble lagt stigende vekt på «brukerne». Mål- og resultatkravene skulle i større grad knyttes til ulike brukere. Det er, som vi har nevnt før, analogien fra bedriftsverdenen som slår inn: Som bedrifter skaper verdier for kunder, skal forvaltningen bli seg mer bevisst at den skaper verdier for brukere (borgere), noen som er en slags kunder, pasientene, og andre, som andre forvaltningsorganer og interessenter (utenom pasientene).

Utarbeidelsen av virksomhetsplanen for 1992 bød på spesielle utfordringer. Norbom-utvalget hadde jo foreslått å nedlegge Helsedirektoratet som det var. Hvilken hensikt skulle det da ha for direktoratet å lage en plan for 1992? Da direktoratet startet planarbeidet, med direksjonsmøte den 6. november (1991) og allmøte den 14. november, var det åpenbart at omorganiseringen ville ta tid og direktoratet bestemte seg da for å lage en plan for hele 1992. Det lå nok imidlertid også noe strategisk i det: Direktoratet ville vise at det satset på å bestå, altså på å nedkjempe forslaget fra Norbom og hans medutredere. I et notat fra Helsedirektøren til «avdelingene og de ansatte» den 7. november heter det at «1992 blir et vanskelig år med mye usikkerhet for direktoratet. Desto viktigere blir det å ha klare mål for arbeidet og være

⁷⁸⁵ Opplyst av Andreas Disen i samtale 26.08.09.

samkjørt på prioriteringer, arbeidsmåter, arbeids- og ansvarsdeling og samarbeidsbehov».⁷⁸⁶ Det heter i det samme notatet at planarbeidet «skal engasjere flest mulig av de ansatte, både i diskusjon om satsingsområder, og ved utformingen av de konkrete aktivitetsplanene». Også denne formuleringen må sees i et «Norbom-perspektiv».

Like før planarbeidet for alvor ble satt i gang skrev direktoratet brev til departementet og bad, nok en gang, om «avklaringer» med hensyn til en rekke forhold, blant annet om eventuelle «nye politiske prioriteringer», hvordan departementet ville bruke «direktoratets ressurser» og om «samordning og arbeidsdeling med departementet».⁷⁸⁷ Også dette brevet har en Norbom-tilknytning. Helge Høifødt gjør det klart i det notat administrasjonsavdelingen sendte direksjonen den 1. november. Der het det: «Avd. 5 mener det er riktig å forsøke å provosere frem en samlet kommunikasjon om hvordan departementet ønsker å bruke oss til neste år, uansett organisasjonsgjennomgang».⁷⁸⁸ Men hverken nå, eller tidligere, klarte direktoratet å få departementet i særlig grad i tale.

I juni 1991 sendte Statskonsult ut et spørreskjema til de ulike statlige virksomheter om deres bruk av «resultatstyring og virksomhetsplanlegging».⁷⁸⁹ Helge Høifødt fylte ut skjemaet på vegne av direktoratet. Hans avkryssninger viser at (han mener) direktoratet var kommet langt i bruken av virksomhetsplanlegging. Fortsatt manglet den strategiske plan (for to eller flere år – den kom, som vi har sett, først med nyordningen fra 1994). Fortsatt ble ikke de ressurser som gikk med til resultatmålene dokumentert og fortsatt ble det ikke foretatt produktivitets- og effektivitetsmålinger i direktoratet, men ellers var det meste Statskonsult spurte om, på plass. Både litt selvkritisk og litt direktoratskritisk krysser Høifødt av på «endelig» for de ulike akørers, også ledernes, deltagelse i planarbeidet.

Når han skal krysse av for «konsekvenser av innføring av virksomhetsplanlegging» gjør han det på en tydelig planpositiv måte. Han krysser av 1 eller 2 (av 6) for «positive» påstander, som «målsetninger og ressurser ses bedre i sammenheng» og «oversikt over virksomhetens arbeide er bedre». For «negative» påstander, som «vi må foreta målinger som er umulige» og «planprosessen er blitt komplisert og fremmedgjørende», krysser han av 5 eller 6. Vi legger ellers merke til at på spørsmål om det blir henvist til virksomhetsplanen i tildelingsbrevet til virksomheten svarer han nei. Han svarer også nei på spørsmålet om institusjonen har «dialog med den overordnede myndighet i plan-/budsjettprosessen». Dog er planen nevnt i budsjettproposisjonen (til Stortinget). Vi har tidligere sett at direktoratet under Norbom-prosessene flere ganger henviste til departementets taushet om direktoratets planer.

Virksomhetsplanarbeidet – en epilog

Den hierarkiske mål- og resultatstyring som gradvis kom til å fange sinnene hos stadig flere politikere og byråkrater slo mere og tidligere rot i Helsedirektoratet, og delvis dermed også de

⁷⁸⁶ Notatet, med overskriften «Arbeidet med virksomhetsplan for 1992», har saksnummer 91/06780 (003.20, boks 12).

⁷⁸⁷ Brevet har overskriften «Styringssignaler og rammebetingelser for direktoratets arbeid med virksomhetsplan for 1992» og har saksnummer 91/0678.

⁷⁸⁸ «Direktoratets virksomhetsplan for 1992» (sak nr. 91/0678), undertegnet av R.S. Bang og parafert av Helge Høifødt.

⁷⁸⁹ Statskonsults referanse: 91/433; Direktoratets: 91/00310. Spørreskjemaet ble sendt den 3.6.91. Kopi av Høifødts utfylte skjema finnes i Statens helsetilsyns arkiv, 003.20 (boks 12)

etater som ble forvaltet av direktoratet, enn den gjorde i det departement direktoratet var underlagt. Direktoratet var slik sett mere lojalt oppover enn det departementet var. Men for så vidt som lojaliteten gikk opp over departementet, var den betinget. Direktoratet «utnyttet» slik i en viss forstand den nye styringsfilosofien i sin dragkamp med departementet. Det var slik sett både uttrykk for direktoratslig frustrasjon og triumf når direktoratet under Norbom-prosessene kunne henvise til at dets virksomhetsplanlegging nærmest ble neglisjert av departementet. Antagelig var også triumfen større enn frustrasjonen, for direktoratet visste at det var på parti med fremtiden. Det erfarte dessuten at målstyringen hjalp det ut av den identitetskrise delingen i 1983 hadde bragt det ut i: Innføringen av målstyringen gjorde at direktoratet fikk bygget opp ny identitet og ny stolthet.

Men at departementet ennå ikke hadde tatt den nye styringslære helt inn over seg, var knapt noe enestående. Både Willoch- og Brundtland-regjeringen hadde formelt lagt vekt på at nå skulle der styres mer målrettet og mer kvantitativt, mer «teknokratisk» kan man nesten si. Det var imidlertid ikke alle politikere, ei heller statsråder som helt forstod hva det innebar, og slett ikke lot seg begeistre. Å fagliggjøre styringen var jo også å utfordre det erfarings- og skjønnsbaserte demokrati, et demokrati som fikk fornyet bekreftelse gjennom den desentralisering og styringspolitisering som skjedde fra midt i 1970-årene, altså like før den siste fase av fagliggjort styring ble lansert. Vi har sett at departementet og dets departementsråd hele tiden la stor vekt på legmannsstyrets primat. Dessuten slo i nokså varierende grad målstyringen an i byråkratiet. I prinsippet appellerte den særlig til økonomer, ikke minst siviløkonomer, og fagfolk på den tekniske side, men f.eks. økonomen Norbom ble langt fra revet med av de nye ideene. Jurister, spesielt av den eldre skole, var nokså lunkne til de nye ideene om styring og ledelse.

Også innad i direktoratet varierte begeistringen. Helsedirektøren selv var formelt positiv, men kom fra tid til annen med ironiske betraktninger om moter innen styringstenkningen. Noen målstyringsentusiast var han langt fra, som vi skal komme nærmere tilbake til. Lederne for det som ofte ble kalt fagavdelingene var i nokså varierende grad begeistret for de nye tankene. Jørgen Jonsbu, fra 1988 leder for den sammenslåtte helsetjenesteavdelingen, var tilsynelatende den mest aktive forkjemper for målstyring og virksomhetsplanlegging, men han forstod den på sin måte. Også helserettsavdelingens leder, Kari Sønnerland, fulgte aktivt opp de nye signaler, men tolket dem samtidig på nokså juridiske måter. Folkehelselederne tok de nye signaler innover seg, og fant for så vidt at de lot seg godt forene med den epidemiologiske måte å tenke på. Den nye Helse for alle-filosofien, og WHO, var jo også inspirert av den kvantitative målstyringstenkning; ja WHO ble etter hvert, også gjennom Gro Harlem Brundtlands aktive medvirkning, en svært målstyringsorientert institusjon. Legemiddelsjefen tilpasset seg også den nye tid, men uten å ta den tungt inn over seg.

De eneste virkelig «true believers» fant man i administrasjonsavdelingen. Sjefen inntil han gikk av i 1992, Reidar S. Bang, var, som jurist, ikke spesielt fascinert av den nye filosofien, men de av hans medarbeidere som arbeidet med både omorganiseringsspørsmål og virksomhetsplanlegging, var svært positive til den nye filosofien – og kanskje de eneste som virkelig forstod den på dens egne premisser. De så jo også at den betydde at deres avdeling, og dermed de selv, fikk en viktigere rolle i styringen av direktoratet. Avdelingen hadde vært en avdeling for litt kjedelig og tradisjonell intern forvaltning. Nå ble den, iallfall i noen grad, en strategisk avdeling, en stabsavdeling. Som sådan fikk den også en pådyttende og oppdragende rolle overfor Helsedirektøren og medisinalråden. Den la således ikke skjul på at den øverste ledelse av direktoratet ennå hadde en del å lære.

Det gikk altså ikke spesielt raskt med innføringen av den nye styringsfilosofien i helseforvaltningen. Terje Haugli Nilsen, Statskonsults mann, som vi har sett var sentral i deler av Norbom-prosessene, konstaterte i sin oppsummering av resultatene fra Statskonsults undersøkelse av erfaringene med virksomhetsplanlegging at «overordnet resultatstyring ... ikke (har) hatt noen gjennomslagskraft i statsforvaltningen».⁷⁹⁰ Han henviser til politikernes labre interesse for den mer systematiske målstyringen og at departementer og direktorater i moderat grad fulgte opp den nye styringen med overvåkning og reaksjoner. Sosialdepartementets holdning overfor direktoratets virksomhetsplanlegging var slik ikke spesiell. Direktoratets, det vil særlig si administrasjonsavdelingens, oppfølging av planene var nok mer aktiv enn det som var vanlig ellers i forvaltningen.

Målstyringen er i prinsippet en hierarkiunderstrekende styringsform; den er primært venstreliberal, ikke høyreliberal, som så mange iakttagere av utviklingen har hevdet og hevder. Det var den for både Willoch- og Brundtland II-regjeringen.⁷⁹¹ At hierarkiet ikke helt fungerte, som Nilsen og Statskonsult irriterte seg over, ble nå konstatert også av regjeringen Brundtland III og lederne i de to viktigste generelle styringsdepartementer Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet. Virksomhetsplanleggingen ble nå, det vil si fra 1992, i økende grad knyttet til budsjettpolitikken, med *tildelingsbrevet* som et sentralt dokument. For at innholdet i brevet ikke skulle komme overraskende på virksomhetene under departementene skulle målkongretiseringen skje gjennom såkalte *styringsdialoger*. Her skulle virksomhetene engasjeres i arbeidet med å fastsette bevilgningene knyttet til målene. Dialogene skulle følge en *styringskalender*. Initiativet til denne styringen av hierarkiet i styringen, dog altså noe modifisert av en «dialog», ble for alvor tatt av regjeringen Brundtland III på et møte på Halvorsbøle i 1992. Initiativet ble fulgt systematisk opp i mai 1995 da Administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet og Statskonsult presenterte et sett av felles *Retningslinjer for styring og oppfølging av underliggende etater*. Hele styringsordningen ble nå i økende grad omtalt som etatsstyring. Disse retningslinjene ble fulgt opp fra 1997 med et nytt økonomiregelverk i staten.

Målstyringen innebar altså at hierarkiet i styringen ble tydeligere. Man kan også se Sosialdepartementets irritasjon over Helsedirektoratets «oppsetsighet» i dette lys.

⁷⁹⁰ Terje Haugli Nilsen, «Virksomhetsplanlegging: hvordan gikk det?», i Per Lægred, red., *Målstyring og virksomhetsplanlegging i offentlig sektor*, Bergen: Alma Mater, 1991, s. 42. Her sitert etter Tore Grønli og Yngve Flo, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945, bind 2*, Bergen: Vigmostad & Bjørke, 2009, s. 107. Kfr. også Statskonsult Rapport 1991: 16, Kartlegging av virksomhetsplanlegging i offentlig forvaltning, 1991.

⁷⁹¹ Vi er her på linje med Grønli og Flo, *op. cit.* Men vår påstand gjelder generelt. Målstyringsfilosofien, som i stor grad kommer fra USA og Storbritannia, og ble realisert av Reagan og Thatcher, innebar også her, men spesielt i Storbritannia, en strammere styring av offentlige helseinstitusjoner. Det er også interessant at man utover i 1980- og 1990-årene fikk en markert tilstrømning av eierstyringen av de, stadig større, private institusjoner i USA. Der ble det talt om «managed care».