

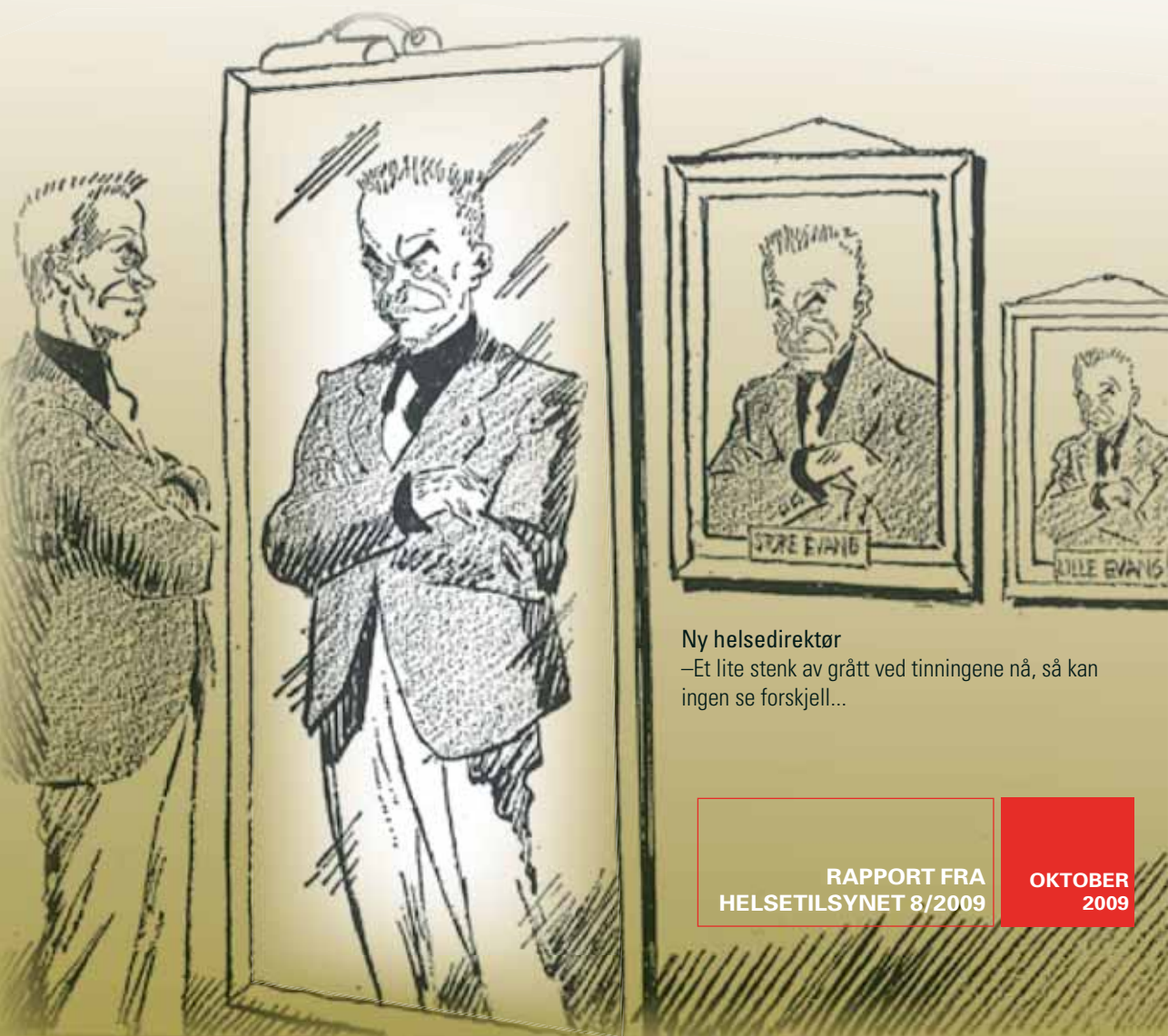
Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009

Av Ole Berg

HELSETILSYNET

tilsyn med sosial og helse



Ny helsedirektør

–Et lite stenk av grått ved tinningene nå, så kan ingen se forskjell...

RAPPORT FRA
HELSETILSYNET 8/2009

OKTOBER
2009



Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering
En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009
Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning
Rapport fra Helsetilsynet, 8/2009
Oktober 2009

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)
ISBN: 978-82-90919-14-1

Denne publikasjonen finnes på Helsetilsynets nettsted
www.helsetilsynet.no

Boken kan bestilles fra
Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo
Telefon: 21 52 99 00
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Forsidebilde: Utsnitt fra Pedros kommentar til helsedirektørskiftet i 1972.
Påtroppende helsedirektør var påfallende lik sin forgjenger, Karl Evang.
Tegningen sto på trykk i VG 1. juli 1972. Gjengitt med tillatelse fra VG.

Design: Gazette
Trykk og elektronisk versjon: 07 Gruppen AS, 2009

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Spesialisering og profesjonalisering

En beretning om den sivile norske helseforvaltnings
utvikling fra 1809 til 2009

Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning

Av
Ole Berg

Statens helsetilsyn
2009

Tilsyn med helsetjenesten i manns minne,..... og lenge før det

Det er en glede for Statens helsetilsyn å kunne presentere første del av den sivile helseforvaltningens historie. Tilsyn har vært en sentral del av den statlige helseforvaltningens virksomhet helt siden opprettelsen av Det Kongelige norske Sundheds-Collegium i Christiania i 1809, rett nok med skiftende navn og varierende ytringsformer, alt etter rådende forvaltningsregimer.

En vesentlig forutsetning for faglighet er forståelse for den historiske sammenhengens virksomheten står i. Vi fant derfor grunn til å markere 200-års-jubileet med å få utarbeidet en forvaltningshistorisk analyse av vår institusjonelle fortid. Første bind foreligger nå, og vi håper at det også vil ha interesse ut over den statlige helseforvaltningens rekker.

Vi vil rette en stor takk til professor Ole Berg, Universitetet i Oslo, som påtok seg dette arbeidet. Ved sin behagelige væremåte og nøyaktige arbeidsform har han maktet å frambringe ny kunnskap og å sette eksisterende kunnskap inn i nye forståelsesrammer.

Det er et omfattende kildegranskingsarbeid som ligger til grunn for dette verket. Mange personer er blitt intervjuet og har kommet med viktige innspill. Statens helsetilsyn er takknemlig for den velviljen og åpenheten som alle disse har vist. Arkivmateriale og andre skriftlige kilder har vært til stor nytte for å strekke grunnlaget for analysen langt ut over manns minne.

Dette arbeidet er ikke avsluttet med dette skriftet. Det kommer mer. Inntil da får vi la oss glede og utfordre av den foreliggende teksten.

Oslo, 15. oktober 2009

Lars E. Hanssen og Geir Sverre Braut

Forord

Utpå vårparten 2008 ble jeg spurt av direktør i Statens helsetilsyn, Lars E. Hanssen, om jeg ville skrive Helsetilsynets historie. Han spurte fordi det i juni 2009 ville være 200 år siden det første norske sivile sunnhetsforvaltningsorgan, Sundheds-Collegiet, ble dannet. Jeg svarte at tiden var knapp og at hvis det skulle feires et 200 års-jubileum burde i noen grad hele historien skrives.

Vi ble enige om at jeg skulle ”forsøke” å skrive hele historien, men legge vekt på tiden etter 1972, altså etter Karl Evangs avgang som helsedirektør. Med dette legger jeg ”forsøket” frem. Det faller i to deler. I første del, denne del, legger jeg frem oversikten over den ”gamle” helseforvaltning, forvaltningen fra 1809 til 1983. I annen del legger jeg frem oversikten over Helsedirektoratets historie fra 1983/84 til 2002 – en historie som fra 1994 blir Statens helsetilsyns historie, og det spesialiserte Statens helsetilsyns historie fra 2002 til 2009.

Den øvrige helseforvaltnings historie etter 1983, altså departementsforvaltningens, og, fra 2002, det nye (Sosial- og) Helsedirektoratets, er det meningen å komme tilbake til senere.

Jeg har hatt 40 prosents permisjon fra min stilling ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, mens jeg har arbeidet med helseforvaltningshistorien. Permisjonen gjaldt perioden 1. juli 2008 til 1. juni 2009. Jeg takker professor Grete Botten og mitt institutt for at jeg straks, og på kort varsel, ble innvilget permisjon. Jeg takker også mine kolleger, som gjennom å ta over en del av den undervisning jeg skulle hatt, gjorde det mulig for meg å få permisjon.

Helsetilsynet har vært en svært hyggelig oppdragsgiver. De har lagt forholdene godt til rette for meg, og gitt meg full frihet som forfatter. Jeg takker Helsetilsynets direktør, Lars E. Hanssen, og assisterende direktør, Geir Sverre Braut, for det. Jeg takker også avd.dir. Terje Jensen for meget godt samarbeid om de formelle sider ved min avtale med Helsetilsynet. Under arbeidet har underdirektør Helge Høifødt vært min kontaktperson i Helsetilsynet. Jeg kunne ikke fått noen bedre. Han har vært usedvanlig hjelpsom. Magne Braaten har vært en dyktig billedredaktør og Per Ivar

Silkoset og Solbjørg Røisland har bistått med teknisk og administrativ hjelp av ulike slag. De skal alle ha mange takk.

Under arbeidet har jeg fått verdifull og alltid god hjelp av medarbeidere ved Universitetsbiblioteket i Oslo, Nasjonalbiblioteket (Oslo), Helsetilsynets bibliotek (Signe Romuld og Toril Skarsgard) og arkivtjenesten i Helse- tilsynet (Ola Madsen Devold) og Helse- og omsorgsdepartementet. Jeg takker dem alle.

Jeg har intervjuet en rekke personer i forbindelse med prosjektet. Alle jeg har spurt om et intervju har straks svart ja. Alle har også beredvillig besvart mine mange spørsmål, noen endog gjennom flere intervjuer. Jeg takker dem alle. De har vært til uvurderlig nytte. Jeg skulle gjerne ha intervjuet enda flere, blant annet for å få belyst noen saker og prosesser fra flere synsvinkler. Tiden ble imidlertid for knapp.

Noen har lest hele eller deler av manuskriptet og har gitt verdifulle kommentarer. Det gjelder Geir Sverre Braut, Helge Høifødt, Jo E. Asvall, Kjell Bjartveit, Otto Steinfeldt-Foss og Ole B. Hovind. To andre, Paulina Due-Tønnessen og Olav Molven, har jeg på ulike tidspunkter brukt som rådgivere. Jeg takker dem alle. Deres kommentarer og vurderinger har fått konsekvenser.

Andre har skrevet om helseforvaltningens og helsevesenets utvikling før meg. Det gjelder spesielt Tom Christensen, Trond Nordby, Aina Schiøtz og Maren Skaset. Jeg har hatt stor nytte av deres arbeider. De har påvirket meg, selv om min måte å forstå på er litt anderledes enn deres. Jeg takker dem.

Dette arbeidet er blitt til under tidspress. Det har derfor krevet svært mye av min oppmerksomhet i et drøyt år. Det har gått utover mine omgivelser. Jeg har vært for lite til stede for mine kolleger, mine studenter og mine venner, men først og fremst for min familie. Alle har imidlertid vist forståelse for min situasjon og endog vært oppmuntrende. Jeg takker dem alle, men særlig min kone, Eldbjørg, min sønn Erik, min svigerdatter Siw og mine barnebarn Christine og Christoffer.

Gaustad, 2. oktober 2009

Ole Berg

Innhold

Tilsyn med helsetjenesten i manns minne,..... og lenge før det	3
Forord	4
1. Innledning	9
Et kort riss av utviklingen	9
Styrings- og forvaltningsregimer, spesialisering og profesjonalisering	11
Styrings- og forvaltningsregimene	12
<i>Medikrati</i>	12
<i>Rettsstat og rettsforvaltning ("jurokrati")</i>	13
<i>Nyttestat og nytteforvaltning ("økonokrati")</i>	15
<i>En politisert stat ("politokrati")</i>	16
Spesialisering og profesjonalisering	18
<i>Vertikal spesialisering</i>	18
<i>Horisontal spesialisering</i>	19
<i>Vertikal og horisontal spesialisering: mot en "industrialisert" styring og forvaltning</i>	22
<i>Spesialiseringen og den indre forvaltningsstyring og forvaltningsledelse</i>	27
<i>Spesialiseringen og forholdet til omgivelsene</i>	28
<i>Profesjonalisering</i>	28
2. 1809-1940: Drømmen om fagstanden	30
Den vertikale spesialisering	30
<i>Fra medikrati til byråkrati – 1809-1857</i>	30
<i>Semimedikrati – 1858-1891</i>	37
<i>Byråkrati og teknokrati – 1891-1940</i>	39
Ny medisinaldirektør	45
Den horisontale spesialisering	65
<i>1809-1891</i>	65
<i>1891-1940</i>	66
Profesjonaliseringen	69
<i>1815-1940</i>	69
Den strategiske oppgave	70
Iverksettelse – saksbehandling	73
Tilsyn	75
TILSYNET MED "DE AKSEPTABLE ANDRE": FARMASØYTER, JORDMØDRE OG TANNLEGER	75
TILSYNET MED "DE UAKSEPTABLE ANDRE": KVAKSALVERE	79
TILSYNET MED INSTITUSJONALISERTE TJENESTER: LEPRASORGEN, TUBERKULOSEORSORGEN OG SINNSSYKEORSORGEN	80
"EGENTILSYNET": TILSYNET MED LEGER	90
Spesialiseringen og profesjonaliseringen: noen tall	104

3. 1940-1945: To medikratier	118
Eksilmedikratiet.....	118
Hjemmemedikratiet	126
4. 1945-1972: Den evangiske orden	134
Den vertikale dimensjon.....	134
<i>Evang som helsedirektør: noen tilleggs momenter.....</i>	<i>161</i>
Den horisontale dimensjon.....	170
Profesjonaliseringen	178
<i>Overvåkning av helsetilstandsutviklingen og tilbudsutviklingen.....</i>	<i>178</i>
<i>Planlegging.....</i>	<i>180</i>
<i>Styring, ledelse og iverksettelse.....</i>	<i>187</i>
<i>Kontroll og tilsyn.....</i>	<i>193</i>
Spesialiseringen og profesjonaliseringen: noen tall og litt om den indre ledelse i Helsedirektoratet	198
Helsedirektoratet og de politisk-administrative omgivelser: angrepene på medikratiet.....	207
<i>Helsepolitikken og det planstatlige angrep på den medikratiske helseforvaltning</i>	<i>207</i>
<i>Forvaltningspolitikken og det planstatlige, rettsstatlige og politiske angrep på den medikratiske helseforvaltning</i>	<i>212</i>
Det planstatlige angrep.....	212
Det rettsstatlige og politiske angrep.....	216
5. 1972-1983: Den medikratiske ordens begynnende forvitring	221
En ny helsedirektør.....	222
Den vertikale dimensjon.....	239
<i>Statssekretær Mork: "Lefting" med radikalismen.....</i>	<i>240</i>
<i>Helsedirektør Mork: Medikraten stiger frem</i>	<i>242</i>
Et "mellomspill": Helsedirektøren får ny instruks.....	242
Medikraten	244
<i>Et medikrati på defensiven</i>	<i>248</i>
<i>Mot en deling av den sentrale helseforvaltning</i>	<i>254</i>
Politiseringen av ordningsspørsmålet og en rasjonaliserings- undersøkelse og en samordningsutredning som nølende svar	256
Et "puslete" samordningsinitiativ: Larsen-utvalget	259
Rasjonaliseringsprosessen: Fortsatt trås vannet	266
En siste, forsiktig "runde" om ordningsspørsmålet: Bøsterud-utvalget.....	272
<i>Delingen.....</i>	<i>286</i>
Den nye forvaltningspolitikk: Heløe og Heiberg.....	286
HEIBERG-PROSESSEN: FASE 1	293
EN NEST SISTE "RUNDE" I STORTINGET	311
HEIBERG-PROSESSEN: FASE 2	312
EN SISTE "RUNDE" I STORTINGET.....	329
Delingen: et tilbakeblikk på det evangiske medikratis endeligt.....	329
<i>Torbjørn Mork: Helsedirektøren som "politiker" og leder i "overgangsfasen" 1972-1983</i>	<i>331</i>
Å forstå Torbjørn Mork.....	331
Den politiske helsedirektør.....	343
HELSEDIREKTØREN OG HANS POLITISK FORESATTE	343

HELSEDIREKTØREN OG DE KULTURELLE SAKER: ABORTSAKEN OG MEDIKRATIET.....	350
HELSEDIREKTØREN OG POLITIKKEN FOR ALMENHELSEVESENET.....	362
Torbjørn Mork som leder	399
DRAGKAMPEN OM BEDRIFTHELSEVESENET	409
EN NY TID: DET VAR IKKE LENGER LIKE LETT Å VÆRE DEN SUVERENE SJEF	412
PRIVAT OG PROFESJONELL.....	415
<i>Helsedirektoratets lokale arm: fylkeslegene</i>	417
Den horisontale dimensjon	422
Profesjonaliseringen	425
<i>Overvåkning av helsetilstands- og tilbudsutviklingen</i>	426
<i>Planlegging</i>	427
”Nr. 9” legges frem	439
Utredningskontoret som planleggende organ og ”Helseplan for 1980-åra” – den grunnske plan.....	443
<i>Styring, ledelse og iverksettelse</i>	448
<i>Kontroll og tilsyn</i>	452
Mot ”den nye staten”: utfordringene fra jusen og økonomikken	460
Spesialisering og profesjonalisering: noen tall.....	464
6. 1809-1983: Noen sluttord.....	471
Kilder	473
Litteratur	476
Navneregister	488
Rammeregister	497
Figurregister	498
Bilderegister	499
Čoahkkáigassu	502
English summary	503

1. Innledning

Et kort riss av utviklingen

Det første norske helseforvaltningsorgan, Det Kongelige Sundheds-Collegium, ble opprettet ved kongelig resolusjon den 27. juni 1809. Det ble opprettet som et midlertidig organ. Det var en del av den norske forvaltning som napoleonskrigene og blokaden av farvannene mellom Danmark og Norge gjorde det nødvendig å opprette. Sunnhetskollegiet var slik sett i prinsippet en forlengelse av den eldre dansk-norske helseforvaltning, som vi iallfall kan si går tilbake til dannelsen av Collegium Medicum i 1740.

Sunnhetskollegiet ble et midlertidig organ, men dets oppgaver ble ikke igjen overtatt av det danske Sunheds-Collegium, opprettet i 1803, og dets overordnede organ Danske Cancellie. Napoleonskrigene førte til at Danmark måtte avstå Norge til Sverige (Kielfreden 1813), men også til at Norge for de fleste formål, etter begivenhetene vinteren og våren 1814, ble innenriks-politisk selvstendig. I det selvstendige Norge var det ikke plass for enevoldstidens kollegiestyre, og Sunnhetskollegiet, som alle andre kollegier, ble avvirket. Det skjedde ved kongelig resolusjon av 25. mai 1815. Sunnhetskollegiets oppgaver ble overtatt av et Medicinal-Bureau som ble opprettet i det nye 3die Departement, et politidepartement. Byrådet ble i 1819 flyttet til Departementet for Kirke- og Underviisningsvæsenet.

De viktige milepæler i den videre utvikling er disse: I 1846 ble Medisinalbyrådet flyttet til det nye "moderniseringsdepartement", Departementet for det Indre. I 1858 fikk byrådet en ekspedisjonssjef som sjef, og for første gang var byråets sjef en lege. Fra 1875 ble ekspedisjonssjefens tittel endret til medisinaldirektør. Direktøren fikk selvstendig myndighet i noen saker. Han ble altså slik både avdelingssjef og selvstendig fagdirektør. Fra 1891 ble Direktøren flyttet ut av Departementet. Siden 1878 var det blitt Justits- og Politidepartementet. Den utflyttede direktør fikk ansvaret for et medisinaldirektorat. I Departementet ble et medisinalbyrå værende igjen, et byrå som etter hvert ble kalt avdeling og i 1917 fikk en juridisk ekspedisjonssjef som sjef.

Under krigen (fra 1.7.1941) ble de to enhetene samlet i en helseavdeling, med Medisinaldirektøren som sjef, samtidig som den frie norske helseforvaltning fortsatte som en samlet enhet i London (Stockholm og Washington), med den "gamle" medisinaldirektør, Karl Evang, som sjef. Etter krigen fortsatte helseforvaltningen som samlet enhet under Evang, fra 8. mai 1945 kalt

Helsedirektoratet. Dette organ var, etter formell beslutning 12. mai 1948, delvis en avdeling i Sosialdepartementet, som medisinalforvaltningen hadde ligget under siden 1913, og delvis et ”selvstendig” fagdirektorat. Dets leder var i det første henseende ekspedisjonssjef, i det annet, helsedirektør. I 1983 ble Direktoratet flyttet ut og i virkeligheten delt. Storparten ble flyttet ut og fortsatte under navnet Helsedirektoratet. Den mindre del ble kjernen i en ny helseavdeling i Sosialdepartementet. På ett vis gikk man slik tilbake til ordningen som hadde virket fra 1891 til 1940. På et annet vis ble denne omorganiseringen den langsomme begynnelse på en mer dyptgående endring, en endring som skulle føre til en sterkere grad av spesialisering av helseforvaltningen.

Fagdirektoratet, altså Helsedirektoratet, ble gradvis omdannet til et tilsynsorgan, mens Departementet tok over stadig flere av de mest typiske direktoratsoppgaver. Direktoratets omdannelse til tilsyn ble formelt stadfestet fra 1994. Fortsatt forble imidlertid det tidligere direktorat i noen grad et direktorat. Omordningen ble bragt til en foreløpig konklusjon i 2002, da de resterende direktoratsoppgaver ble overført fra Helsetilsynet til det nye Helsedirektoratet, inntil våren 2008 kalt Sosial- og helsedirektoratet. I forbindelse med denne omordningen ble mange direktoratsoppgaver overført fra Departementet til det ”gjenoppfunne” direktorat. I tillegg ble forvaltningsoppgaver som var spredd på en rekke andre, små forvaltningsorganer, overført til Direktoratet. Fra 2002 var slik den gamle ordningen med en departementsavdeling, nå etter hvert med flere sådanne, ja, med et helt departement, og et fagdirektorat, på et vis gjenopprettet. Men samtidig var tilsynsoppgaven for første gang skilt ut. Statens helsetilsyn ble mer og mer et rent, stadig mer spesialisert og profesjonalisert, fagtilsyn for helsevesenet, fra 2003 også for sosialvesenet. I juni 2009 fortsatte denne sektorielle utvidelse i sosial retning, i det det ble bestemt at Helsetilsynet skulle ha tilsynsansvaret for barnevernet (fra 1. januar 2010).

Det bør nevnes at alle fagtilsynsoppgaver med dette ikke ble samlet i Helsetilsynet; tilsynet med legemidler og mat, og med ”stråler”, og med dem som hadde med legemidlene, maten og strålene å gjøre, ble liggende i andre organer. Omdannelsen av det gamle Folkehelseinstituttet (SIFF) til Nasjonalt folkehelseinstitutt, representerte også en sterkere grad av utskillelse, spesialisering og profesjonalisering av den epidemiologiske overvåkningsoppgaven, eller, om man vil, den samfunnsdiagnostiske oppgaven, og av noe av forvaltningen av den ”prekliniske” intervensjon (det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid).¹

I forbindelse med omordningene som tok til i 1983 skjedde det også en spesialisering på politisk nivå, en spesialisering som delvis er en forutsetning for den oppgavespesialisering som skjer på forvaltningsnivået. Den startet i 1992 (4.9.), da det kom en egen statsråd for helsesaker, og Sosialdepartementet ble omdøpt til Sosial- og helsedepartementet. Det fortsatte da det ble opprettet et eget Helsedepartement fra 2002, fra 2004 (1.10.) kalt

1) Dette er ikke hele bildet, som vi siden skal vise. Her har vi pekt på hovedlinjene i utviklingen.

Helse- og omsorgsdepartement. ”Glippen” med å opprette et Sosial- og helsedirektorat i 2002 ble ”rettet” da Direktoratet fra 1.4.2008 ble et rent helsedirektorat. Helsetilsynet bryter imidlertid stadig med denne tendens til helsespesialisering for så vidt som det er forblitt et sosialtilsyn. Vi skal komme tilbake til denne ”anomali” senere.

Vi starter den historiske beretning med å se på de lange linjer i utviklingen fra 1809 til 1940. Vi fortsetter så med å si litt om de viktige endringer som skjedde under krigen og redegjør deretter, mer utførlig, for utviklingen av det evangiske helseforvaltningsregime, altså perioden fra 1945 til 1972, Evangs viktigste tid. Videre omtales Torbjørn Morks regimes første tid, tiden fra 1972 til den vertikale delingen og utskillelsen av den politisk-strategiske oppgave i 1983. Utviklingen etter 1983 behandles i egne rapporter. I denne omgang omtales bare utviklingen av det som fra 1994 blir til Helsetilsynet. Vi ser her først på Direktoratets utvikling frem til 1994. Så tar vi for oss Helsetilsynets utvikling frem til 2002, altså til etableringen av Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Vi redegjør deretter for Helsetilsynets utvikling i perioden fra 2002 til 2009. Til slutt ser vi fremover og antyder noen perspektiver, dog uten å trekke konklusjoner hverken med hensyn til sannsynlighet eller ønskelighet.

På et senere tidspunkt vil vi fylle ut bildet og behandle også de andre helseforvaltningsorganenes utvikling etter 1983.

Styrings- og forvaltningsregimer, spesialisering og profesjonalisering

Vi skal se på utviklingen med utgangspunkt i tre prosesser, en vertikal og en horisontal spesialiseringsprosess og en profesjonaliseringsprosess. Vi skal vise at utviklingen i viktige henseender preges av nettopp det, spesialisering og profesjonalisering. Spesialiseringen kan sees på som en del av profesjonaliseringen, men vi skal allikevel her diskutere dem hver for seg, dog se på dem som ulike sider av samme sak. Generelt kunne vi altså tale om en profesjonalisering, eller *modernisering*: Teori, eller systematisert kunnskap, preger i stigende grad utviklingen. Utviklingen er imidlertid ikke entydig. At teori overtar for praktisk basert erfaring, eller ”sunn fornuft”, er nok hovedtendensen, men det er stadig slik at den sunne fornuft spiller en rolle, og mest tydelig gjennom politikken, den ”siste” sfære for legitim legmannsutfoldelse.

Profesjonaliseringen er knyttet til ulike typer teori, medisinsk og helsefaglig på den ene side og styrings-, ledelses- og forvaltningsfaglig på den annen side. Vi skal legge vekt på hvordan utviklingen preges av dragkamp mellom teoriene og deres representanter, men også mellom teorieregimene og det politiske legmannsregime. Før vi redegjør nærmere for dimensjonene vi skal ta utgangspunkt i, spesialisering og profesjonalisering, skal vi kort presentere de fire viktige styringsregimer – det som har utgangspunkt i medisinen, det medikratiske, de som har utgangspunkt i jusen og økonomikken, det rettsstatlige og det nyttestatlige og endelig det som har utgangspunkt i

folkeligheten, det politiske regime, ”politokratiet”. De tre første regimer representerer teorien og det profesjonelle, og slik sett det moderniserende. De representerer imidlertid ikke bare det moderniserende. De bærer, spesielt de to første, også noe tradisjonelt, eller noe legmannsaktig pseudoaristokratisk, i seg.

Etterhvert svekkes dette aristokratiske innslag og regimene blir i stigende grad modernistiske, omenn aldri helt modernistisk. Den aristokratiske verden bevarer sin tiltrekningskraft, om den enn får et tydeligere preg av narraktighet, snobberi og egeninteressestrev. Men om de tre regimer på ulike vis representerer moderniteten, representerer de også ulike måter å forstå og virkeliggjøre den på: De blir, og forblir, rivaliserende regimer. De i prinsippet lege politikere får, som den øverste makts representanter, både oppmannsrollen og en, til tider, teoriskeptisk, ja, nesten antiintellektualistisk, egenstyringsrolle.

Styrings- og forvaltningsregimene

Medikrati

Det medikratiske regime representerer styringsimplikasjonene av den medisinske teori, den klinisk medisinske og den profylaktisk og ”salutogene” medisinske. Kjernen i den medikratiske styringsordningen er at de som kjenner denne teorien, ja, har den i kroppen, leger, skal lede. De skal, idealistisk uttrykt, lede fordi de arbeider med utgangspunkt i et ”praktisk” basert verdimandat det er nokså almen oppslutning om, helse eller sunnhet. Verdimandater er praktisk basert for såvidt som det springer ut av den verdifornemmelse møtet med den syke skaper i legmannen liksåvel som i legen. Leger skal videre lede fordi det å gjøre dette verdimandat til virkelighet, direkte gjennom medisinsk tjenesteytelse, og indirekte gjennom organiseringen, finansieringen og ledelsen av denne tjenesteytelse, først og fremst er et medisinsk, eller indirekte medisinsk, spørsmål. Det følger videre av dette resonnement at de leger som skal lede ikke bør forlate klinikken (eller ”preklinikken”); da vil de etterhvert tape forutsetningene for å kunne styre og lede på en medisinsk fundert måte. De som skal styre og lede må derfor befinne seg i en ”heispreget” situasjon. De må samtidig være endel av (pre)klinikken og kontoret (det skal styres og ledes fra). Det må de hvis de skal forvalte hele helsevesenet, men det må de også hvis de skal lede en helseinstitusjon eller en klinisk avdeling.

Vi må differensiere denne beskrivelsen noe, og på en prinsipielt viktig måte. Denne medikratiske forståelsen av styring og ledelse baserer seg på en ”praktisk”, ikke en teoretisk, måte å forstå styring og ledelse på. Den praktiske måten å forstå på innebærer at styringen og ledelsen springer ut av en løpende ”samtale” med praksis, eller, om man vil, av mer eller mindre bevisst, men ikke systematisert, prøving og feiling. Denne måten å forstå på innebærer altså at styring og ledelse ikke kan gjøres til gjenstand for vitenskapeliggjørelse, og ”fanges” som teori, som dokumenterte prosedyrer og oppskrifter. Tradisjonelt har der vært et vesentlig innslag av praktisk

kunnskap også i medisinen. Legen har praktisert med utgangspunkt i en lære, en teori, men denne har til dels vært nokså almen og har ikke bare muliggjort, men krevet, praktisk tilpasning og skreddersyng. Slik har legen personliggjort sin kompetanse. Den har bestått av en mer eller mindre vel integrert og god blanding av teori og personlig preget erfaringskunnskap.

Med utviklingen av medisinen som teori blir vitenskapen mer og mer dikterende overfor klinikerne, og rommet for skjønn innsnevres. At noe er dokumentert betyr ikke at legen har erfart det, men at ”dobbeltblinde”, kontrollerte studier har vist det. Slik får man en teoribasert styring og ledelse innad i medisinen, en styring og ledelse som kan utvides i systemisk retning og gi grunnlag for helt almen institusjonell styring, en styring som da også er dokumentert av teoretikere. Også dette kan være en legelig styring og ledelse, og for så vidt medikratiske. Vi skal imidlertid omtale slik teoribasert styring og ledelse som planmedisinsk, eller planmedikratiske. Den impliserer en tydelig adskillelse av styrings- og ledelsesoppgaver, enten de er direkte eller indirekte klinisk styrende, fra kliniske oppgaver. En slik planmedikratiske styring og ledelse er imidlertid bare et skritt på veien fra legestyring og legeledelse til helt alment profesjonalisert styring og ledelse. Vi skal omtale det praktisk baserte legestyre som tradisjonelt medikratiske styre, og legge til at det fantes, og finnes, både i offentlige og ulike typer private varianter.

Det medikratiske regime er et regime begrenset til én sektor av samfunnet, den medisinalen. I den grad medisinalvesenet er offentlig, og i overordnet forstand vil det jo i betydelig grad måtte være det, kan man tale om en medisinalstat, eller medisinaldelstat. Medisinalstaten skal vokse frem nedenfra, og være forankret der, altså i medisinalvesenet og medisinen. De øvrige regimer vi skal omtale er ”ekte” styringsregimer og har slik almene implikasjoner for staten.

Rettsstat og rettsforvaltning (“jurokrati”)

Rettsstat betyr styre og forvaltning gjennom lover. Denne stat innebærer dermed også at det skal være styre ved de lovkyndige, altså jurister. Ideen om rettsstaten gjør slik jusen til statsvitenskapen. Drevet til sitt ytterste innebærer ideen at jurister også skal lage og vedta lovene. Slik sett impliserer den den amatørmessige politikks opphevelse. I mer modifisert forstand innebærer den at lover kan vedtaes av politikeramatører, etter at de er konsipert av lovkyndige: Når politikere bare vedtar helt almene lover hindres de i å opptre spesielt særinteresseopptatt eller på andre måter vilkårlig. Lovene bør imidlertid være mest mulig ”stående”, altså uforanderlige. Slik garanteres det som er rettsstatens viktigste verdi, forutsigbarhet.

Rettsstaten, eller juriststaten, kan utformes på ulike vis. Den vi nettopp har beskrevet er den historisk første. Den vokste frem i Vest-Europa i annen halvdel av det 18. århundre som en del av den almene modernisering og som uttrykk for ønsket om å temme det vilkårlige, kongelige statsstyre. Teorien om denne staten kom etterhvert til å fungere som en bremse for den stadig

mer demokratiserte stats utfoldelse. Vi kan se på teorien som en høyreliberal teori om rettsstaten. Den impliserte at samfunnet for øvrig, altså privat-samfunnet, skulle være den dynamiske del av samfunnet. Staten skulle spille en tilretteleggende og ordensoppretholdende rolle.

Rettstatsteorien fikk etterhvert en mer venstreliberal utgave. Etter denne kan staten også spille en mer aktiv rolle, men en rolle som ikke er ”vilkårlig” og interessepreget. Den aktive rollen skal være knyttet til tydelige mål, i siste instans til en almengjort samfunnsnytte. Teorien sier imidlertid samtidig at styret stadig skal være lovfundert og skje i regi av jurister. Under denne teoriutgaven taper imidlertid loven noe av sitt ”stående” og ”hellige” preg. Den får en mer instrumentell rolle. Loven kan derfor stadig endres, bare det skjer etter almene (prosessuelle) regler, som har et mer ”stående” preg.

Rettsstaten skal virke og er bygget opp langt på vei som en domstol. Den konkretiserer lover. Den gjør det selvsagt gjennom enkeltbeslutninger. Den gjør det imidlertid også gjennom forskrifter og andre regler og veiledninger; tidligere også kalt forordninger, reskripter, plakater og resolusjoner. I tillegg har det altså den, langt mindre hyppige, (politiske) rolle å utarbeide (forslag til) nye lover.

Saksbehandlingen og ”domsavgjørelsene” foregår ikke på den vanligste domstolsmessige måte, gjennom ”rettssaker”, med en kollektiv rett. Den foregår i prinsippet uten ”aktor” og ”advokater”. Alle saksbehandlere er ”dommere”. De behandler også sakene trinnvis og individuelt. Beslutningene, ”dommene”, felles til slutt av den siste saksbehandler. Denne befinner seg høyt oppe, eventuelt øverst, i det presist utformede hierarki statsforvaltningen er. Rettsstatens representanter skal altså være lovkyndige. De skal være ansatt, og forfremmes, på grunnlag av juridisk kyndighet. De skal være ansatt på fast lønn. De skal, mer alment sagt, være ansatt på slike premisser at de fatter beslutninger bare på grunnlag av sakens fakta og jusens krav. De skal, som ”andre dommere”, ha ”bind” for øynene. Etter at juristene selv hadde utviklet denne teori som juridiske prinsipper, utformet den tyske sosiolog Max Weber (1864-1920) den som sosiologisk og politologisk empirisk teori, en teori om byråkratiet.² Han utviklet denne teorien mot slutten av sitt liv; hans hovedverk kom ut posthumt.

Rettsstaten har en tydelig front ikke bare mot det diskresjonære politikerstyre, men også mot et fagstyre som medikratiet. For juristen er medikratiet et interessentstyre, et partisk styre. Partiskheten understrekes, mener juristen, ved at den medisinske leder både skal være en del av klinikken, hvor partiskheten skapes, og av forvaltningen, hvor lederen skulle heve seg over det partiske. Den medikratiske heisposisjon, for ledere så vel som for organer, er rettsstatlig uakseptabel.

2) Han var døpt som Maximilian Carl Emil Weber, og var eldste sønn av en liberal politiker og embedsmann, Max sr. og en moderat kalvinist, Helene. Hans teori om byråkratiet ble presentert i *Wirtschaft und Gesellschaft* (1921), del III, kap. 6. På engelsk: *Economy and Society* (oversatt og redigert av Guenther Roth and Claus Wittich), New York: Bedminster Press, 1968. På norsk: Egil Fivelsdal, red., Makt og byråkrati – essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier, Oslo: Gyldendal, 2000.

Nyttestat og nytteforvaltning ("økonokrati")

Nyttestaten, som vi, ukonvensjonelt, har valgt å kalle den, er en stat som er opptatt av å nå mål for samfunnsutviklingen, i første rekke samfunnsnytte, gjerne definert økonomisk. Spesialiserte deler av staten, der ulike spesialfag preger utviklingen, er ofte i stor grad målorientert, men orienteringen gjelder mål for disse delene. Det er tilfelle for de tekniske sektorer særlig, men gjelder i noen grad også helsevesenet, primærnæringene, skolen og utviklingshjelpen. I nyttestaten sees disse virksomheter på som nettopp delvirksomheter: Deres mål må integreres i et samlet og samlende samfunns-mål, et samfunnsnyttmål. Det er økonomikkens rolle å sørge for dette, altså å gjøre staten til en nyttestat.

Også denne staten finnes i to utgaver. I den første er statens rolle å bestemme rammebetingelsene og passe på at de, iberegnet konkurranse-reglene, overholdes. Tanken er i dette tilfelle at samfunnsnyttens nåes best ved at privatsfæren, med markedet som dets "offentlige" uttrykk, får virke mest mulig fritt – innen de offentlig skapte rammer. Etter den annen utgave skal staten være mer direkte styrende. Man kan si den reflekterer det syn at den ikke tror markedet, på grunn av markedssvikt av ulike slag, i seg selv er nok til å maksimere samfunnsnyttens; men til dels vil den også reflektere en noe annen forståelse av samfunnsnyttens enn tilfellet er for den første nyttestaten. Således vil den som regel forstå samfunnsnytte på en mer egalitær måte enn den første nyttestaten.

Den første statsutgaven er naturligvis rettsstaten. I dette tilfelle faller altså rettsstaten og nyttestaten langt på vei sammen. Begrunnelsen for dem kan imidlertid variere: Økonomenes begrunnelse for rettsstaten er først og fremst nytteorientert, eller utilitaristisk, mens juristenes er normativ-idealistisk, eller pliktetisk.

I den rettsstatlige nyttestaten trenger man først og fremst jurister, men de økonomer man trenger, for å gi tekniske råd om utformingen av rammebetingelsene (markedsdannelsen), vil være få og de vil spille en underordnet rolle. Denne rettsstatlige nyttestaten vil selvsagt være byråkratisk bygget opp. I den andre nyttestatsutgaven, planstaten, ikke bare trengs økonomer, de blir de sentrale statsrepresentanter. Også i denne staten trengs jurister, for driften av planstaten må skje etter (instrumentelle) regler, og være organisert byråkratisk. Men den løpende, målorienterte planutvikling har forrang; den fører til stadige endringer i driftsreglene. Planutviklerne, de egentlige statsledere, kommer derfor over juristene, i stadig skiftende sammensatte planstabes og i strategiske ledergrupper.

Begge teoriene om nyttestatene har front mot den løpende, amatørmessige politikk. Etter teorien om den rettsstatlige nyttestat er problemet at den skjønsmessige politikk representerer et mulig element av (vilkårlig, interessepreget) inngripen som svekker markedenes virkemåte. Etter teorien om planstaten er problemet at den skjønsmessige politikk skaper måloppstyking og målforskyvning. Men etter disse teorier behøver ikke politikken og

det ”subjektive” helt forvises. Som for den juridiske rettsstatsteori kan en politikk begrenset til (forsiktig) lovgivning godtaes. For planteorien kan en politisk medvirkning når det gjelder å bestemme samfunnsnyttens (almene) innhold godtaes. Anderledes sagt: For både jurister og økonomer kan politisk medvirkning godtaes så lenge den forblir teoripreget; altså veiledet, av jurister og av økonomer. Det er ikke tilfeldig at premissgiveren for planstaten etter Den annen verdenskrig, økonomiprofessor Ragnar Frisch, mente at fagfolk (økonomer) kunne redusere behovet for politikk til et minimum, nemlig de siste, eller første, vurderingsspørsmål.

Rettsstatsøkonomene trenger medisinsk kompetanse for å utforme rammebetingelsene for helsevesenet, men i en underordnet rolle. De vil i stor grad gå imot medikratiet av samme grunner som rettsstatsjuristene.

Planstatsøkonomene trenger medisinsk kompetanse for å lage planene for helsevesenet, men medisinerens rolle forblir her underordnet. Å akseptere medikratiet er for planøkonomene å akseptere at staten formålmessig fragmenteres og å legge til rette for unødig politikk, altså dragkamp, mellom de ulike deler av staten.

En politisert stat (“politokrati”)

En politisert, eller politisk, stat er en stat preget av politikere. Politikerne kan ha blitt det i kraft av arv, som konger, i kraft av revolusjon, statskupp eller en annen form for ren maktkamp, som diktatorer, eller med utgangspunkt i mer eller mindre demokratiske valg. Vi skal ta utgangspunkt i det siste.

Politikere er ikke utdannet til å bli politikere. Som politikere har de i prinsippet ingen teoretisk bakgrunn. Sett fra et moderne-teoretisk utgangspunkt er de slik sett amatører, selv om en del politikere kan ha skaffet seg styringsrelevant teoretisk utdanning. Hva normative holdninger angår kan de variere meget, men spesielt viktige er gjerne, særlig i etablerte indirekte demokratier, deres velgeres interesser. Interessene kan være mange, men har gjerne et (økonomisk og geografisk) egeninteressepreg. De reflekterer også, omenn i varierende grad, kulturell og etnisk identitet. Slike interesser spiller en viktig rolle for politikere først og fremst fordi de først skal velges og så gjenvelges. Politikere fremstår slik som provinsielle amatører, i kontrast til de, i prinsippet, almeninteressesemotiverte styringsekspertene, juristene og økonomene. Politisk beslutningsfatning i nasjonalforsamlingen (Stortinget) og andre beslutningsfora, blir slik preget av polemikk, forhandlinger, tautrekning, alliansebygging og ”kjøp og salg” av stemmer (”hestehandel”), i kontrast til den, i prinsippet, analytisk pregede fagforvaltning. Disse amatørerne lærer også, men de lærer gjennom praksis, gjennom politisk deltagelse i valgkamper og i beslutningsfora. Slik sett er de som de gamle håndverkere; deres lærdom er basert på prøving og feiling, på gode råd og imitering av de mer erfarne, ikke på læring gjennom skolen.

Men dette bilde, som dog preger mye av den politiske samfunnsforskning, er for ensidig. Teorien spiller en ikke ubetydelig rolle også i politikken. Politikken er organisert i partier, og partiene er delvis en slags

politikerskoler. Politikerne har stadig mer utdannelse og mange har en høyst styringsrelevant utdannelse. De valgte politikerne må daglig forholde seg til styringsekspertter, spesielt gjelder det regjeringspolitikkerne, men i stigende grad også parlamentspolitikere – gjennom de eksperter partiene ansetter. Det tilflytter dem på disse måter, direkte og indirekte, mye teori, og spesielt juridisk og økonomisk teori. Den er nok ofte nokså teknisk preget og knyttet til avgrensede saksforhold. Politikerne har imidlertid noe å knytte denne kunnskapen til, og kan slik fremstå som mer ”helhetlig” orientert og mer almeninteressemotivert. De har ideologiene. Disse er forenklete teorier om hvordan samfunnet virker og om hvordan det kan og bør styres. I betydelig grad er ideologiene kommet fra personer som tidligere fremstod som filosofer, men hvis etterkommere i dag er samfunnsvitere av ulike slag. Dette letter selvsagt ”amatørens” læring av dagens mest aktuelle teori. Ideologier er altså forenklete og ofte folkeliggjorte samfunnsvitenskapelige teorier. Man kan også si det slik: Teoriene er raffineringer av ideologiene.

Fagfolkene, ikke minst i forvaltningen, forsøker stadig å få politikerne til å lære mer og til å fagliggjøre sine teorier, mens politikerne hele tiden vegrer seg mot å gi for mye etter. De kan ikke bli rene ideologer, enn si teoretikere, for de skal jo stadig gjen/velges. Politikerne utøver derfor et stadig, men svingende, trykk på den profesjonaliserte del av staten, forvaltningen, for å fragmentere og provinsialisere den. Det er det samme som kommer til uttrykk når politikere sees på som pragmatikere mer enn som ideologer (og teoretikere), eller når statsviteren og økonomen Charles E. Lindblom, for et halvt århundre siden, i en minneverdig artikkel omtalte politikken som ”the science of muddling through”.³ Lindblom omtalte forøvrig, sammen med filosofen David Braybrook, noe senere politiske beslutninger i stabile demokratier som uttrykk for ”disjointed incrementalism”. Man kan ellers, mer alment, konstatere at statsvitere har vært tiltalt av dette forsiktig-pragmatiske syn på ”god” politikk som går tilbake til David Hume og Edmund Burke: Det rettfærdiggjør politikken som demokratisk-folkelig, altså praktisk basert, virksomhet. Slik sett har de gitt den teoriskeptiske amatørisme hva gjelder styring, en slags teori.

Det politiske regime er i praksis ikke et alternativ til det juridiske og det økonomiske regime. Det skal virke sammen med, men formelt ”over”, disse: Det er et overordnet, ”normativisert” beslutningsregime. Det politiske regime og forvaltningsregimene vil imidlertid i praksis både ”konkurrere” om innflytelse og posisjoner og de vil ofte overlape hverandre. Prinsipielt kan de også betraktes som potensielt almene. Rettsstaten og planstaten kan generaliseres; de har et apolitisk, om ikke antipolitisk, potensial. Men også den politiske stat kan generaliseres, altså gjøres helt ”praktisk” ”håndverkeraktig”. Det er ikke tilfeldig at mange statsvitere har understreket at forvaltningen fungerer langt mer ”politisk” enn jurister og økonomer vil ha det til, eller anbefaler; ja, at den *må* fungere svært politisk, eller normativt. Hvorom alt er, forholdet mellom de ulike ”stater”, eller regimer, vil svinge: det politiske regime vil i perioder ekspandere og ta over deler av forvaltningen og i

3) Lindblom, Charles E., 'The Science of Muddling Through', *Public Administration Review*, b. 19, 1959, ss. 79–88.

andre perioder trekke seg tilbake, og slippe fagregimene mer til. Det politiske regime og forvaltningsregimene kan imidlertid også ”ruste opp” parallelt. Det har skjedd etter Den annen verdenskrig i Norge: Det er blitt flere statsråder, men særlig stadig flere statssekretærer, politiske rådgivere og sekretærer. Vi ser også at politikere i økende grad går inn i overordnede forvaltningsstillinger og lederstillinger i offentlige virksomheter og foretagender av ulike slag; der tales i slike sammenhenger av og til om ”politiske utnevnelser”. I lokalpolitikken har politikerne tradisjonelt spilt en svært aktiv forvaltningsrolle og, gjennom fagkomiteer, til dels drevet nokså konkret saksbehandling.

De faglige regimer innebærer at praktisk og normativt skjønn skal reduseres mest mulig, og erstattes av presis lovkonsepsjon og lovanvendelse (subsumpsjon) (jus) eller presis planlegging og planverksettelse (økonomikk). Det politiske regime innebærer at det praktiske og normative skjønn bevares og tildels utvides. Politikere vil sette konkrete spor etter seg. Det er slike spor som sikrer gjenvalg og politisk status. Men der er en tvetydighet i politikken: Politikere, spesielt politikere med statsmannsambisjoner, vil gjerne også binde fremtiden, gjennom lover og planer, og kan slik komme til å styrke fagstyrene. Men ”partikularismen” står sterkt i politikken. Det ser vi særlig i USA, hvor endog lov- og planbeslutninger får geografiske eller andre ”interessetilføyelser”: Gjennom tilføyelene sikres mektige lovgiveres distrikter særfordeler (”pork barrel politics”).

Spesialisering og profesjonalisering

Vertikal spesialisering

Spesialisering betyr at arbeidsoppgaver stykkes opp og at den som utfører oppgavene får færre oppgaver å konsentrere seg om. Spesialisering betyr derfor (mer og mer) stordrift. Forvaltningen, som en del av staten, er i seg selv uttrykk for en vertikal (hierarkisk) spesialisering: Staten er plassert over andre, som styringsinstans. Innad er staten spesialisert både vertikalt og horisontalt. Alment kan vi si at det er den tiltagende horisontale spesialisering ute i samfunnet, spesielt i arbeids- og næringslivet, som driver denne utviklingen. Fagliggjøring av arbeid fører til horisontal spesialisering, som igjen fører til vertikal spesialisering. Horisontal spesialisering, oppstyking av arbeid, skaper behov for mer og mer samordning, og i stigende grad vil samordningsoppgaven bli spesialisert, og man får vertikal spesialisering. Anderledes sagt: den sentrifugale prosess, den horisontale spesialisering, skaper behov for en sentripetal prosess, en vertikal spesialisering, samtidig som den sentripetale utvikling også gir ny fart til den sentrifugale. Alle organisasjoner blir slik større, og større.

Ikke alle liker denne utvikling. De fag som i hovedsak befinner seg på produktivt nivå, ser på den vertikale spesialisering som truende: Den peker mot en faglighet som er anderledes, men i viktige henseender overordnet, deres egen. Det er derfor leger ”idealtypisk” vil se på den vertikale spesialisering som av begrenset verdi og som underordnet den horisontale: Legen, eller

legespesialisten, bør derfor lede, og ledelsen må sees på som i stor grad praktisk, som basert på sunn fornuft (bondevett, skipperskjønn). Men legen bør også lede fra en bare delvis spesialisert posisjon: Han må primært være medisinsk (klinisk) aktiv, og ha lederoppgaven som en tilleggsoppgave. Han må ha det vi kaller en "heisstatus".

Vi kan her for øvrig konstatere at medisinen ikke adskiller seg fra andre produktive fag: Ved at den stykkes mer og mer opp "ber" den om å komme under mer og mer styring og ledelse. Dens egen profesjonalisering undergraver dens autonomi, dens selvstyre. Vi skal derfor se hvordan den almene profesjonalisering (modernisering) vi omtaler gradvis undergraver den medikratiske baserte forvaltningen.

Legene har altså tradisjonelt ønsket at den vertikale spesialisering ikke skal være for rigid. De har ønsket en heisstatus for seg selv. Man kan si at en slik status også bidrar til å gjøre styringen og forvaltningen mer gjensidig, mer interaktiv. Styringen kan imidlertid også bli mer interaktiv uten at nivå-skillene gjøres diffuse, nemlig ved at de som styrer oppfører seg mer interaktivt. Vi skal se at utviklingen går i denne retning, dog med endel variasjoner: Man ser stadig eksempler på "nyautoritarianisme". Moderniseringen impliserer imidlertid at den mer interaktive lederstil får et mer personlig nøytralt preg. Vi kan føye til, moderniseringen impliserer overhode en mer ikkepersonlig hierarkisk virkemåte (lederstil).

Den vertikale spesialisering representerer altså en utskillelse av styrings- og forvaltningsoppgaver fra den produktive virksomhet, fra forebyggingen, behandlingen og omsorgen i vårt tilfelle. Men ettersom styrings- og forvaltningsoppgavene skilles ut blir også de spesialisert. Man får slik en horisontal spesialisering av vertikale (hierarkiske) oppgaver. Det skaper igjen behov for et nytt styringsnivå, for å koordinere styringen på første styringsnivå. Slik fører også den vertikale spesialisering til at det blir stadig flere styringsnivåer. På toppen, på det siste vertikale spesialiseringsnivå, må det alltid være noen som kan foreta den endelige, overordnede samordning. Det kan være én person, og blant ledelsesteoretikere mener mange at det bør være én, men det kan også være en gruppe, for eksempel et styre eller et kollektiv av lederne på nest høyeste nivå.

Horisontal spesialisering

Den horisontale spesialisering er i hovedsak av to slag, en institusjonell, eller sektoriell, og en funksjonell. Vi kan også si at den første i vårt tilfelle i stor grad er medisinsk og helsefaglig, eller knyttet til typen av helseproblemer og helseutfordringer, mens den annen er styrings-, ledelses- og forvaltningsfaglig. I noen grad vil de to former for spesialisering gå over i hverandre, som vi snart skal se.

Helseforvaltningen er i seg selv institusjonelt basert. Den befinner seg på toppen av helsevesenet, som andre departementer befinner seg på toppen av andre vesener eller (private) sektorer. En videre institusjonell organisering

av departementet betyr at der lages enheter, f. eks. avdelinger, for den helsefremmende og uhelseforebyggende virksomheten, for almenhelsevesenet, for spesialisthelsevesenet, for tannhelsevesenet og for apotekervesenet. Forsåvidt som disse vesener i stor grad reflekterer den helsefaglige arbeidsdeling, vil helsefagenes representanter foretrekke en institusjonelt definert forvaltning: En slik gjør det lettest for dem å ”være i heisen”. De kjenner den tjeneste de skal bestyre bedre enn noen, og styringen må baseres på ulike, pragmatisk integrerte, styringsmåter. At det må styres pluralistisk, og derfor pragmatisk, gjør at legene (helsefagfolkene) ikke vil bli så eksponert for en styringspraksis de ikke behersker. De vil også unngå at styringsmiljøet blir utsatt for styringsfaglig ”imperialisme”.

Den funksjonelle spesialiseringen er gjerne knyttet enten til forvaltningsoppgavene, altså til styringen som sådan, eller til styringsfagligheten. Det har vært, og er, en tendens til at det særlig er det siste som skjer. Man får slik for eksempel spesialiserte former for styring knyttet spesielt til jusen, lovstyring, og økonomikken, mål- eller resultatstyring, men også styring knyttet til bruken av teknisk kompetanse. Man kan slik få faglige stordriftsfordeler: jurister og økonomer kan samles i større miljøer og på den måten raffinere sin styring og forvaltning. En slik ”horisontal” styrings- og forvaltningsspesialisering kan imidlertid skape det problem at de ulike styringslinjer ikke blir godt (nok) samordnet. Som vi har nevnt ovenfor betyr det at der må skapes helhet på nivået over. Spørsmålet er hvem som skal skape denne helhet.

Ingen av styringsfagene anerkjenner et annet som det helhetlig styrende fag. Opprinnelig hadde jusen overtak som styringsfag. Etter 1945 har i stigende grad økonomikken, spesielt ”venstreøkonomikken”, men i perioder også ”høyreøkonomikken”, hatt overtaket. Det reflekterer det moderne samfunns overgang fra idealistisk (deontologisk) til utilitaristisk normativitet, som vi har nevnt. Hvorom alt er, til syvende og sist ender samordningsansvaret utenfor, eller ovenfor, fagligheten, nemlig i politikken, legmannssfæren. I et spesialisierende og profesjonaliserende samfunn betyr det altså at den ender i den sfære som er på defensiven. Men det er ikke tilfeldig at det idag bygges opp utdannelsesstilbud som skal se all fagligheten i sammenheng, og slik i prinsippet kan komme til å utfordre politikken.

For næringslivet har der lenge vært en slik, riktignok fagaggregatpreget, utdanning, nemlig siviløkonomutdannelsen (”business administration”). I USA oppstod det en variant av denne utdannelsen ved endel handelshøgskoler i tiden etter Den første verdenskrig, nemlig utdannelser i ”hospital administration”. Disse utdannelser ble gitt av handelshøgskoler. I løpet av etterkrigstiden ble disse utdannelser til mer almene helseadministrative utdannelser. I Europa vokste slike utdannelser først for alvor frem fra 1980-årene av.

Vi bør legge til at den institusjonelle spesialiseringen etterhånden er blitt mer og mer preget av den funksjonelle prinsipp. I siste instans kan man si at den institusjonelle spesialisering er en spesialisering etter det

den amerikanske administrasjonsteoretikeren Luther Gulick (1892-1993) i mellomkrigstiden omtalte som klientprinsippet.⁴ Prinsippet innebærer at klinikken skal organiseres etter pasientgrupper. Det aller mest klientpregede ville være å ha bare én klinikk(type), for eksempel en (almen)praksis. Medisinens utvikling har imidlertid ført til en stigende medisinsk spesialisering. Den mest klientpregede måte å organisere den spesialiserte del av klinikken på, ville være å gjøre det med utgangspunkt i lidelse eller det organsystem lidelsen er knyttet til. Men etter hvert har medisinen kommet til å spesialisere seg stadig mer funksjonelt, altså etter diagnostisk eller terapeutisk funksjon (oppgave). For så vidt var dette endog en spesialisering som startet svært tidlig, faktisk i Middelalderen, nemlig spesialiseringen i medisinsk og kirurgisk retning.

I vår tid er imidlertid denne funksjonelle medisinske spesialisering drevet meget lenger, og har i tiltagende grad gjort spesialleger til konsulenter. Denne form for spesialisering er en spesialisering som peker utover den tradisjonelle medikratiske måten å organisere (pre)klinikken på og er mer forenlig med den styringsspesialisering vi har redegjort for: "Scientific management" og "scientific medicine" har ideologisk meget til felles, som vi skal se. Vi skal også se at den siste i økende grad vil måtte tilpasse seg den første. Det var også det som skjedde da håndverkene, og siden ingeniørkunsten, ble tilpasset den nye, kapitalbaserte, ledelse: Den industrielle revolusjon er minst like meget en ledelsesrevolusjon som en teknologisk revolusjon. Ledelsesrevolusjonen er dog tilpasset teknologiens logikk.

*

Alment vil vi altså se en utvikling i horisontal forvaltningsspesialisering der det tradisjonelt medisinsk forankrede institusjonelle prinsipp etterhvert viker for ulike funksjonelle prinsipper, særlig de styringsfaglige. De siste vil både være knyttet til de ulike styringsfag, særlig jus (rettsstatlighet) og økonomikk (nyttestatlighet), men etter hvert også til de ulike styringsoppgaver, som samfunnsdiagnostikk, planlegging etc. Det skal imidlertid ta lang tid før vi for alvor får en slik spesialisering. Fullt ut får vi den heller ikke. Det vil si, vi har ikke fått en slik ennå. Det henger sammen med at en institusjonell organisering gir helseinstitusjonene en større grad av helhet i styringen og forvaltningen. Til syvende og sist gir en slik organisering også, i hvert fall i prinsippet, pasientene en mer genuint helhetlig omsorg.

4) Luther H. Gulick III spondret mellom organisering etter formål, etter prosess, etter klienter og etter geografi (sted). Som vi har sett kan inndelingskriteriene i noen grad presiseres i ulike retninger og kan slik fremstå som ikke alltid distinkte. Man kan si at det første kriteriet er lagt til grunn for styringen av helsevesenet som sådant: Helsevesenet er bygget opp rundt formålet helsefremme, og forvaltningen av dette vesen har vært lagt til et eget direktorat eller en egen departementsavdeling; i nyere tid til et eget departement. Geografi spiller en implisitt rolle, for så vidt som forvaltningen gjelder for (helsevesenet i) "området" Norge. Vårt kriterium institusjonell organisering reflekterer Gulicks klientprinsipp, mens vårt kriterium oppgave, eller funksjon, reflekterer Gulicks kriterium prosess. Gulick la frem sine tanker i en samling av artikler han i 1937 utgav og redigerte sammen med kollegaen Lydal Urwick. Kfr. deres *Papers on the Science of Administration*, New York: Institute of Public Administration, Columbia University, s. 15-30. Like etter krigen la Herbert Simon frem et papir der han grep fatt i de "klassiske" prinsippene, og ikke bare inndelingsprinsippene, uklarhet og, påstod Simon, inkonsistens. Simons kritikk fikk stor innflytelse og bidro til å diskreditere Gulicks og den klassiske teoriens prinsipper. Kfr. Herbert A. Simon, "The Proverbs of Administration", *Public Administration Review*, årg. 4., nr. 1, 1946, s. 16-30. De klassiske prinsippene har siden fått en renessanse. Gulick anbefalte forøvrig ikke ett av kriteriene som alment bedre enn de øvrige.

Vertikal og horisontal spesialisering: mot en "industrialisert" styring og forvaltning

Det er industrialiseringens logikk som i stigende grad har kommet til å prege vestlige samfunns økonomiske utvikling siden annen halvdel av det 18. århundre. Denne logikk kom først til å revolusjonere varefremstillingen. Siden har den i stigende grad snudd om primærnæringene og stadig flere av de tertiære næringer. Den er nå iferd med å revolusjonere en av de største, og raskest voksende, av de tertiære næringer, helsevesenet. Men det stanser ikke der, for også den "kvartære" næring, ledelses- og administrasjonsnæringen, blir mer og mer preget av industrialiseringens logikk. Denne "næring" ble tidligere sett på som innslag i de tre første næringer. Spesialiseringen av "næringen" gjør at det blir stadig mer aktuelt å omtale den som en næring. I utgangspunktet stod jo denne næring for industrialiseringen, og gjorde det på en måte som i seg selv ikke var spesielt industriell. Etter hvert har imidlertid den industrielle logikk også kommet til å prege mye av den styrings- og forvaltningsmessige, den ledelsesmessige og administrative, virksomhet: Den er blitt teknifisert, og gjerne med økonomikken som utgangspunkt (planutvikling) og jusen som (subsummerende) virkemiddel.

Industrialisering av forvaltningen krever ikke bare at de ulike forvaltningsoppgaver identifiseres, men også at de defineres tydelig og brytes ned i mindre operasjoner og at kravene til operasjonsutførelsen mest mulig standardiseres. Forsåvidt impliserer industrialisering at forvaltningen som organisasjon mest mulig gjøres til en maskin, i ytterste konsekvens befolket av (data)maskiner.⁵ Vi skal ikke her gå inn på operasjonaliserings- og standardiseringsspørsmålene. Det er tilstrekkelig her å se på den grovere oppgavesammensetningen og hvordan oppgavene er knyttet til hverandre, altså kan sies å utgjøre en prosess, om enn en nokså rufsete prosess.

"Først" i styrings- og forvaltningskjedene kommer, kan man si, et knippe av *medisinske* oppgaver, knyttet til behovs- og etterspørselssiden og til tilbudssiden. Oppgavene knyttet til behovs- og etterspørselssiden er samfunnsdiagnostiske og samfunnsprognostiske. Den samfunnsdiagnostiske oppgaven er i stor grad av epidemiologisk-statistisk karakter og omtales ofte som den epidemiologiske *overvåkningsoppgaven*: Stikkordene for denne oppgaven er selvsagt sykkelighets- og dødelighetsforholdene. Sammen med den prognostiske oppgaven kan man si den diagnostiske oppgaven kommer først i forvaltningssyklusen fordi den er (det stadige) utgangspunktet for befolknings-, helse- og sykdomspolitikken. Tilbudsideoppgaven går på den ene side ut på å skaffe oversikt over hvilke prekliniske og kliniske tilbud som finnes. Slik er den altså intervensjonssdiagnostisk. På den annen side

5) Etterkrigstidens største administrasjonsteoretiker, med meget mer, Herbert A. Simon (1916-2001), så for seg at administrative organer i stigende grad kunne automatiseres. Simon var først opptatt av hvordan mennesker løser oppgaver. Han kom til at de, som begrenset rasjonelle, bruker tommelfingerregler, "heuristikker". Han ble etterhvert stadig mer opptatt av å studere disse tommelfingerregler, og via kognitiv psykologi endte han i 1960-årene i informatikken og i arbeidet med å utvikle kunstig intelligens. Arbeidet med både kunstig intelligens og med administrativ automatisering gikk saktere enn Simon hadde tenkt, men det går fremover, og det i en slik grad at det er vanskelig å avskrive muligheten for iallfall en viss grad av administrativ automatisering. Den er kommet et godt stykke der forvaltningen gjelder penger, som i finansinstitusjonene og skattevesenet, men det som skjer her viser at muligheten for at maskiner (maskinprogrammer) kan utformes slik at de kan drive med "subsumpsjon" er til stede. Om Simons tidligere arbeider om automatisering av beslutningsfatning og problemløsning, se *The Sciences of the Artificial*, Cambridge, Mass.: MIT Press, 1969.

går tilbudssideoppgaven ut på å skaffe oversikt over hvilke tilbud som kommer til å finnes i en nær eller fjern fremtid. Slik er den intervensjonsprognostisk. Vi bør føye til at den kunnskapsoppsummerende rolle tilbuds- overvåkningen kan få, og i nyere tid holder på å få, gjør den både mer normativt rådgivende og i neste omgang direkte styrende. Ettersom det slik opprettes organer for å ivareta denne oppgaven vil de kunne fungere også nedover, altså iverksettende, og slik bli en del, og til dels en nokså selvstendig del, av iverksettelsesorganisasjonen.

De etterspørselsorienterte oppgaver gir altså premisser for hva det kan og bør gjøres noe med, mens de tilbudsorienterte oppgaver gir premisser for å bestemme, eller foreskrive, hva som medisinsk kan og bør gjøres.

De neste oppgavene er de *politisk-strategiske*, eller *planleggende*. De går ut på å gjøre de medisinske og helsefaglige analyser og forslag om til politiske programmer, spesielt gjennom planer, planer som så konkretiseres gjennom lover og budsjetter. Det hele kan, eller skal, starte, men gjør det ikke alltid, med strategiutvikling. Strategier er mer almene ideer eller visjoner. De konkretiseres som planer og programmer. Planleggingen kan sees på som en forvaltningsoppgave; den innebærer å forberede de endelige politiske beslutninger. Samtidig er den gjerne satt igang på politisk nivå, for eksempel av departementets statsråd, som mer eller mindre konkret strategitenkning. Statsråden kan igjen være blitt påvirket av debatten i sitt eget parti eller i den almene politiske debatt. Planprosessen går så over i en endelig *politisk beslutningsprosess*, som kan være preget av lange diskusjoner, medieoppmærksomhet og tautrekning. Prosessen avsluttes ofte formelt med en avstemning; i Norge i Stortinget, det aller øverste politiske beslutningsorgan. Beslutningsprosessen, det overordnede utgangspunkt for styringsprosessen, er slik kollektiv, til dels svært kollektiv, selv om prosessen i noen grad styres av et mindre kollegium, Regjeringen, og spesielt én person, Statsråden.

Det tredje sett av oppgaver er de *iverksettende*, eller, som de også idag kalles, *oversettende*.⁶ Ofte omtales disse oppgaver som forvaltning. Man kan derfor si at de utgjør den mest typiske forvaltningsoppgave. Det er imidlertid ikke noe klart skille mellom de politisk-strategiske og de iverksettende oppgaver, eller mellom ”oppstrøms-” og ”nedstrømsoppgavene”. Generelt kan vi dog si at nedstrømsvirksomheten preges av en økende grad av konkretisering av de tidligere fattede politiske beslutninger. Denne konkretiseringen er sjelden rent teknisk og nøytral. Særlig i første omgang vil der gjerne inngå et betydelig innslag av verdimeessig avklaring og også skjønn hva angår virkemiddelsammensetningen.⁷ ”Politikken” vil derfor være en del av

6) Man kan langt fra alltid tale om en mekanisk iverksettelse av klare beslutninger. Ofte dreier det seg om en oversettelsesprosess, der det må utøves skjønn og gjøres nye utredninger og kanskje forhandles før de overordnede politiske beslutninger, av og til langt om lenge, blir til forvaltningspraksis og endelig til konsekvenser ute i samfunnet.

7) Vi skal også se på det å sertifisere, autorisere og akkreditere fagpersoner og institusjoner som endel av iverksettelsesprosessen, selv om sertifiseringen av institusjoner også kan gå over i det inspiserende og reviderende. Alment vil vi dog si at iverksettelsesprosessen gradvis går over i evalueringsprosessene. De siste kan sees på som en fortsettelse av de første, også i den forstand at de evaluertes (iverksetteres og helsetjenesteyteres) bevissthet om at de blir tittet i kortene påvirker deres adferd.

iverksettelsesprosessen, men ettersom vi kommer nedover i denne prosessen, tynnes politikken gradvis.

Det fjerde og femte sett av oppgaver er knyttet til *kontrollen* av iverksettelsen. Denne gjelder i første omgang en kontroll med dem som skal iverksette politikken lokalt. I neste omgang gjelder den kontroll med dem, institusjoner og fagpersoner, som preklinisk og klinisk skal yte tjenester til samfunn og pasienter. Det er denne siste form for kontroll man gjerne omtaler som *tilsyn*. I Norge var det lenge slik at de lokale iverksettere i noen grad også var pre/kliniske tjenesteytere: De skulle slik i prinsippet både kontrolleres, som iverksettere, og føres tilsyn med, som pre/klinikere. Ja, de skulle også i noen grad selv utføre tilsynet, av seg selv. Vi taler her om distriktslegene. Det tilsyn vi her har nevnt kan vi også se på som et ”indre” tilsyn. Arbeidet for å fremme folkehelsen skjer også gjennom forskjellige former for styring, fra den juridiske til den pedagogiske, av borgere og ulike (andre) ”miljøansvarlige”, bl.a. kommuner og bedrifter. Denne styringen kan også følges opp med tilsyn. Vi skal omtale dette tilsyn som et ytre tilsyn.

Vi skal i det følgende konsentrere oss om det indre tilsyn, men i noen grad også berøre det ytre. Tradisjonelt er ordet ”tilsyn” også brukt i betydningen ”ha omsorg for”. Således ble det i det 19. århundre, og litt inn i det neste, talt om at det offentlige legevesen hadde tilsyn med ulike pasientgrupper, delvis sykdomsbaserte – som de spedalske, de sinnssyke og de tuberkuløse, og delvis økonomisk basert – som de fattige. Man kan si at der også i disse tilfeller kunne komme inn et element av kontroll og tilsyn, eller oppsyn: De syke ble i noen grad ikke bare hjulpet, men passet på – de spedalske og tuberkuløse fordi de var smittefarlige og de sinnssyke fordi de kunne være farlige for seg selv eller andre. Som vi forstår kan denne form for kontroll og tilsyn gå over i den hygieniske kontroll og tilsyn: De mer eller mindre farlige syke var en del av omgivelsene for andre, ikke-syke. Vi kan se på den del av disse omsorger som har preg av kontroll og tilsyn som semi-intern og semi-ekstern: En del av de kontrollerte pasienter kan nesten ha det å være syk som hovedbeskjeftigelse og får mye av sitt liv definert av sin sykdom. De lever i mange tilfeller mer i helsevesenet enn i det ”vanlige” samfunn. Den kontrollpregede omsorg kan for øvrig sees på som en del av den videre ”medikaliseringspolitik”. Som sådan blir den også en del av iverksettelsespolitikken. Vi skal si litt, men ikke meget, om denne form for kontroll og tilsyn. Vi skal spesielt gjøre det med referanse til det 19. århundres annen halvdel og det 20. århundres første del.

Sett fra en forvaltningssynsvinkel kommer selvsagt tilsynet ovenfra. Man kan imidlertid også tale om et slags tilsyn nedenfra, altså fra pasientene, og et utenfra, fra medier og opinion mer alment. Som etterspørre av kliniske tjenester spiller pasienter også en overvåkende, tilsynspreget og vurderende rolle. De gjør det taust, gjennom sine valg, bortvalg og omvalg, av behandlere, og de gjør det talende, gjennom ros og ris.⁸ Risen kan i noen tilfeller

8) Den tysk-amerikanske økonom Albert Hirschman (f. 1915) har sondret mellom de to misnøyereaksjonene som henholdsvis en exit- og en voice-reaksjon. Han omtaler dem også som økonomiske (markedspregede) og politiske reaksjoner. Kfr. hans bok *Exit, Voice and Loyalty*, Cambridge: Harvard University Press, 1970.

komme som offentlig kritikk, endog som søksmål. I en del tilfeller kommer den som klager, til den institusjon eller fagperson pasienten er misfornøyd med, eller til den offentlige institusjon som måtte ha klagebehandlingsmyndigheten. I Norge har det vært tilsynsmyndigheten. Den behandling som så følger er ikke, strengt tatt, et tilsyn, men en vurdering og et ”ettersyn”, som kan resultere både i en pedagogisk oppfølgende og irettesettende behandling og en domstolslignende behandling. I begge tilfeller kan man si at denne behandlingen er reaktiv, mens det egentlige tilsyn, basert på inspeksjoner eller en slags løpende overvåkning, er aktivt, til dels endog proaktivt.

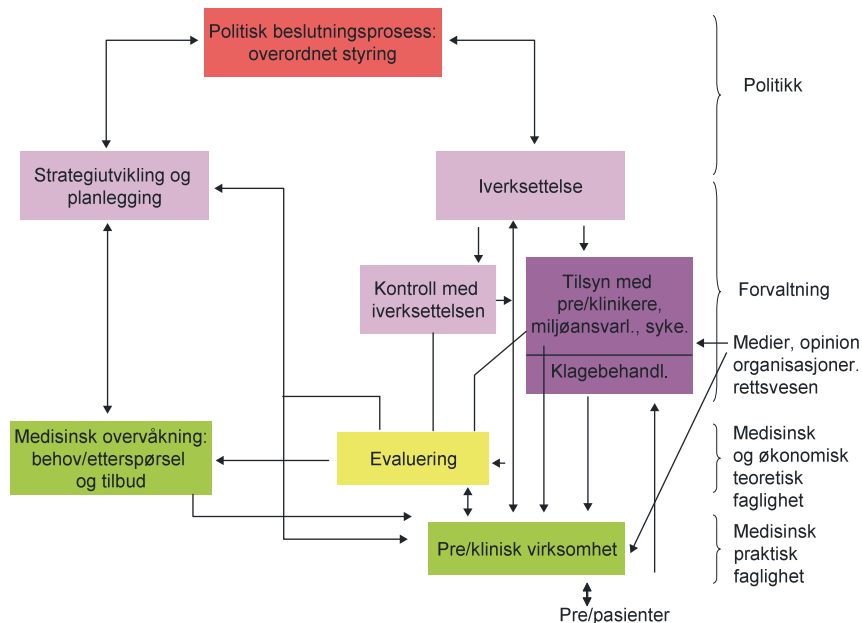
Pasientenes ”tilsyn” og vurdering har som en slags parallell det mer sporadiske tilsyn som skjer gjennom mediene og en del interesseorganisasjoner, for eksempel pasientorganisasjoner. Pasientenes tilsyn kan i spesielle tilfeller resultere i søksmål. Selv om disse former for tilsyn og vurdering i stor grad er amatørpregede og kasuistiske, kan de av og til spille en stor rolle. De kan også spille en rolle ved at de kan påvirke måten det ”ordinære” tilsynet ovenfra skjer på. De kan endelig spille en rolle ved at de virker direkte inn på beslutninger på politisk nivå. Vi har ikke illustrert denne påvirkningen i figuren nedenfor.

Det sjette og siste sett av oppgaver er knyttet til *vurderingen av resultatene*. Disse oppgavene lar seg ikke alltid klart skille fra de kontrollerende oppgavene: Kontrollørene vurderer jo også resultatene av politikken og får slik premisser for å justere eller endre den. Ellers foregår det alltid mye uformell resultatvurdering, basert på politikeres og forvalteres kasuistiske inntrykk, eller interessegruppers rapporter og mediers undersøkende eller mer tilfeldige journalistikk. I nyere tid er det imidlertid blitt vanligere å vurdere resultater på en forskningspreget måte. Slik resultatvurdering omtales gjerne som *evaluering*. Men med evalueringen beveger vi oss gjerne utover de typiske forvaltningsoppgaver. Ordet evaluering innebærer at vurderingsoppgaven er blitt profesjonalisert og gjerne flyttet ut av forvaltningen. Forvaltningen bestiller evalueringer. Den utfører dem ikke selv. Forvaltningen bruker så evalueringens funn og konklusjoner. Konklusjonene blir, sammen med resultatene av den medisinske overvåkning – som evalueringen til dels går over i, premisser for neste omgang med politikk, og ringen er sluttet; det vil si, forvaltnings- og styringsprosessen fortsetter jo å ”rulle”.

Kontroll-, tilsyns- og vurderingsoppgavene ligner hverandre i en del henseender. Med ”prosedyriseringen” og ”kodingen” av så vel forvaltningspraksis som pre/klinisk praksis, med utviklingen av presise resultatmål, og med utviklingen av registrerings- og overvåkningsteknologien, eller om man vil, transparensteknologien,⁹ kan disse oppgaver etterhånden komme til å bli samlet.

9) Se Charlotta Levay og Caroline Waks, red., *Stråvan efter transparens*, Stockholm: SNS Förlag, 2006.

Figur 1.1: Styrings- og forvaltningssyklusen: en oppgaveoversikt



Måten oppgavene er knyttet til hverandre på, altså hele styrings- og forvaltningssyklusen, er skjematisk illustrert i figur 1.1. Til venstre har vi oppstrømsprosessen, til høyre nedstrømsprosessen. For å illustrere at prosessene preges av mye overlapping og interaksjon, er en del prosesser illustrert med piler som peker i begge retninger: Der er ”hvirvler” i ”strømmene”.

Som vi har påpekt flere ganger er det særlig de oppgavene som finner sted under politisk nivå, det røde nivå, som er preget av faglighet. Den oppgaven som lettest lar seg industrialisere er iverksettelsen, den øverste lillafarvede oppgaven til høyre i figur 1.1. Det er særlig siste del av iverksettelsesprosessen som egner seg for industrialisering. I noen grad lar også kontrollen, tilsynet og endog klagebehandlingen seg i noen grad industrialisere. Det samme er tilfelle for overvåkningsoppgavene nederst til venstre i figuren. Strategiutviklingen er en mer kreativ oppgave; dog går den gradvis over i den mer teknisk pregede planlegging, altså det, i siste instans, å lage planer for industrialisering. Den politiske beslutningsfatning er det lite industrielt over. Den er preget av en blanding av ideologianvendelse, skjønnsutøvelse og dragkamp mellom representanter for konkurrerende interesser og ditto verdier.

Medisinen og helsefaglighetens verden befinner seg i utgangspunktet i bunnen av figuren, i de grønne boksene, men også i den gule, for evaluering (kombinert medisinsk og økonomisk). Medikratiet krever at medisinen strekker seg oppover og i betydelig grad ”erobrer” de overordnede prosesser og organer og gjør dem til en slags indirekte medisinske prosesser og organer. Den juridiske og økonomiske faglighet hører særlig til i de lyserøde

boksene; den første på begge sider, men særlig på den høyre side, den annen først og fremst på venstre side (planlegging), og til dels nede i midten (det gule). Toppen utgjør så ”politokratenes” arena.

Nederst til høyre i figuren har vi plassert den oppgave forvaltningen har som formål å styre og forvalte, det å yte helsetjenester.

Spesialiseringen og den indre forvaltningsstyring og forvaltningsledelse

Forvaltningsorganene styrer og forvalter ikke bare helsevesenet. Innad styrer og forvalter de sine egne ansatte og de enheter disse er knyttet til. Det apparat som skal styre og forvalte helsevesenet må også selv styres og forvaltes (ledes). Forvaltningslederne er derfor ikke bare eksterne forvaltere, de er også interne forvaltere (ledere). Ja, denne interne forvaltningsoppgaven kommer i en viss forstand forut for den eksterne: For at der skal bli forvaltet utad og nedad (i helsevesenet) må det først forvaltes (ledes) innad. Samtidig er det slik at forvaltningens eksterne forvaltning er den primære oppgave: Forvaltningens formål er knyttet til den. Satt på spissen, forvaltningen er (i prinsippet) til for helsevesenet (og befolkningen), ikke for dens ansatte (sentralt og lokalt). Den interne forvaltning starter derfor med de behov som er knyttet til den eksterne forvaltning, fortsetter med en politisk-strategisk og en iverksettende prosess og avsluttes med en evaluerende prosess, før forvaltningen går videre i neste syklus.

Den indre forvaltningsledelse omtales idag offisielt gjerne som etatsstyring. De to former for forvaltning går imidlertid i praksis svært mye over i hverandre. Den spesialisering og profesjonalisering vi omtaler er først og fremst eksternt begrunnet, men den har samtidig interne virkninger. Den er altså også personalpolitikk og personalforvaltning. Vi bør legge til at denne interne forvaltningspolitikken ikke bare er rettet mot ansatte som enkeltarbeidstager, men også som representanter for faggrupper. Som vi skal se er denne delen av den interne forvaltningspolitikken spesielt viktig, men også preget av at den interne og den eksterne politikk og forvaltning går spesielt mye over i hverandre. Vi skal derfor i stor grad omtale de to former for forvaltning (spolitikk) under ett.

Spesialiseringen og profesjonaliseringen preger også, og i stigende grad, den interne forvaltning. Utgangspunktet for spesialiseringen er organenes øverste ledelse, men i stigende grad standardiseres og fagliggjøres utøvelsen av ledelsen eller forvaltningen, og der kommer egne organer for indre forvaltning, ofte kalt administrasjonsavdelinger e.l.

Det hører enn videre med til bildet at profesjonaliseringen av forvaltningen fører til at der kommer personer eller organer for intern tjenesteytelse, først hva angår sekretærhjelp og driftsteknisk bistand, siden også for andre former for intern tjenesteytelse, blant annet knyttet til intern informasjon og informatikk. Denne tjenesteytende virksomhet ytes gjerne fra de samme

avdelinger eller kontorer som står for den interne personalforvaltning. Slik tjenesteytelse blir imidlertid i stor grad også ytt utenfra.

Den indre ledelse og forvaltning har i prinsippet en sirkulær form, à la den primære styrings- og forvaltningsprosess (kfr. fig. 1.1.).

Spesialiseringen og forholdet til omgivelsene

Helseforvaltningsorganene er ellers, og i stigende grad, engasjert i samhandling og samarbeid med andre forvaltningsorganer, men også med eksterne leverandører av ulike slag, med almenheten (informasjonsoppgaver) og med et mangfold av interessenter (interesseorganisasjoner). Dette arbeidet er knyttet til de ulike ”vanlige” forvaltningsoppgaver, særlig planleggingen og verksettelsen, men, som nevnt, også i noen grad til den indre ledelse.

Også her skjer det en tiltagende spesialisering og profesjonalisering. Den er i hovedsak av faglig-funksjonell art og vil derfor etterhvert bidra til å svekke det institusjonelle prinsipp for organisering av forvaltningen. At den faglig-funksjonelle måten å organisere på (horisontalt) innad blir viktigere, er slik en begynnelse på en organisering som vil gjøre helseforvaltningen mindre (helse)distinkt.

Forvaltningsorganene er ikke bare organisert helt horisontalt og ”likeverdig” i forhold til hverandre. Der skjer også en styring og forvaltning på tvers. Noen departementer har således i en del henseender en hierarkisk posisjon i forhold til andre. Det gjelder selvsagt Statsministerens kontor, men ellers gjelder det spesielt Finansdepartementet. Også Justisdepartementet og dets lovavdeling har viktige overdepartementale oppgaver. Ellers er gjerne alle departementer, og deres underordnede organer, i varierende grad en slags interne ”interessenter”, og driver en viss grad av ”kamp” for sine sektorer og interesser. Vi skal også komme litt inn på det.

Profesjonalisering

Som sagt er begge former for spesialisering uttrykk for profesjonalisering. De er særlig uttrykk for de ytre, nesten formelle, sider ved profesjonaliseringen. Under overskriften profesjonalisering, skal vi se nærmere på det saklige innholdet i profesjonaliseringen. Vi skal spesielt se på hvordan faginnholdet i forvaltningen endrer seg, altså hvordan det preges av de ulike fagene og av politikken og hvordan innholdet i de enkelte fags teori og praksis endrer seg. Hva angår det siste er det mest påfallende hvordan medisinen etterhvert tilpasser seg styringsvitenskapene, først jusen, så, men først etter 1945, økonomikken. Den gjør det knapt på en bevisst integrerende måte. Snarere gjør den det litt defensivt og simplistisk, mer eller mindre motvillig. Vi skal se at også jusen etterhvert tilpasser seg økonomikken, det styringsmessig mest ambisiøse og mest ”moderne” fag. Både jusen og økonomikken tilpasser seg medisinen, men på en mer integrerende måte enn medisinen tilpasser seg dem. Det er mye av grunnen til at de styringsmessig kommer mer og mer på offensiven overfor medisinen.

*

Det ligger i det vi har sagt at vi ser på utviklingen som noe som på mange måter går ”av seg selv”, som modernisering. Moderniseringen representerer en institusjonalisert dynamikk. Dens fremste representanter er de ulike fagmiljøer, særlig de medisinske, de juridiske og de økonomiske. Men en mer legmannspreget politisk logikk, med politikere som de drivende aktører, spiller altså også en viktig, omenn svingende, rolle. Politikerne bruker fagene og fagfolkene, men styrer dem også i viktige henseender, dog slik at politikere i stor grad ”underkaster” seg fagene og fagfolkene: De våger ikke, og evner ikke, å gå imot deres argumentasjon. Men politikken og politikere representerer samtidig en egen utviklingslogikk, og den spiller en offensiv rolle, også overfor fagene og fagfolkene. Denne logikk er stats- og nasjonsbyggingslogikken, en logikk som har preget særlig Vest-Europas utvikling siden renessansen, og som i nyere tid særlig er knyttet til oppbyggingen av velferdspolitikken; ja, delvis til statens omdannelse til en velferdsstat. Krefter og de lange linjer spiller slik en dominerende rolle i vår fremstilling. De bestemmer allikevel sjelden i siste instans. Der er rom også for aktører, kollektive som individuelle, til å spille en viktig rolle. Vi skal derfor også slippe gruppene og, ikke minst, personene til.

2. 1809-1940: Drømmen om fagstanden

Vi skal i det følgende se på utviklingen av norsk helseforvaltning fra 1809, men særlig 1815, og frem til 1940, altså i (den for Norge nokså fredelige) perioden mellom Napoleonskrigene og Den annen verdenskrig. Vi skal konsentrere oss om de lange linjer. Det betyr blant annet at personene i hovedsak blir værende i bakgrunnen. Vi starter med den vertikale spesialisering, men siden den er så nært knyttet til den horisontale, vil vi komme inn på sider også ved den horisontale spesialisering her.

Den vertikale spesialisering

Fra medikrati til byråkrati – 1809-1857

Danmark-Norges første spesialiserte helseforvaltningsorgan var Collegium Medicum, opprettet i 1740. Det var kollegialt sammensatt; dets medlemmer, de fleste var leger, var medisinsk aktive. Medlemmene var altså forankret i klinikken, vidt forstått,¹⁰ men samtidig plassert i forvaltningen. Slik sett var organet medikratiske. Legenes problem var at de ikke som kollegiemedlemmer formelt kunne henvende seg direkte til Kongen, men måtte gå til Danske Cancellie. ”Heisen” gikk nedover, men altså ikke høyt nok opp, selv om det hyppig forekom at medlemmer, i første rekke livlegene, uformelt nådde frem til enevoldskongen. Det betød at ikke bare ansvaret for den politisk-strategiske oppgaven, men også for mange av de andre forvaltningsoppgavene formelt var plassert i et rent politisk-byråkratiske organ og at legene og deres collegium egentlig bare kunne spille en strategisk rådgivende rolle.

Slik forble det da Kollegiet, etter først å ha brutt sammen, blant annet på grunn av stridigheter mellom medisinerne og kirurgene, ble gjenopprettet som Sundheds-Collegiet i 1803. Slik forble det også da krigen gjorde at Norge fikk sitt eget Sundheds-Collegium den 27. juni 1809. I ramme 2.1. er tatt med første del av referatet fra det første møte i dette collegium.¹¹

10) Særlig tilhørte de Det medisinske fakultet ved Kiøbenhavns universitet eller var kongelige livleger.

11) Etter referat fra første møte i Sundheds-Collegiet. Referatprotokollen finnes i Riksarkivet, Kringsjå. Sundheds-Collegiets opprettelse og virksomhet er nærmere omtalt i Hans Petter Schjønsby, *Sundhedscollegiet 1809-1815*, Rapport fra Helsetilsynet nr. 1/2009. Kollegiet fikk sin formelle instruks 7. februar 1810.

Ramme 2.1: Kong Frederik VI's beslutning om midlertidig å opprette
Et norsk sunnhetskollegium:

Aar 1809 den 20. Juli sammentraaede Undertegnede ifølge det os allernaadigst meddelte Kongelige Commissorium saaledes lydende – Frederik den Siette – af Guds Naade Konge til Danmark og Norge etc.: Vor Gunst! Da det under nærværende Omstendigheder, formedelst Communicationens Vanskelighed og Posternes deraf følgende langsomme og usikre Gang, ikke er mulig for Vort Sundheds Collegium her i Staden, at føje de til Medicinalvæsenet og Sundheds Politiets Opretholdels udi Vort Rige Norge udfordrende Foranstaltninger, med tilbørlig Kraft og med den Hurtighed, som i mange Tilfælde er nødvendig, saa have vi allernaadigst besluttet, til dette Øiemeds Opnaaelse, indtil videre at anordne et Sundheds Collegium udi Vor Kiøbstad Christiania. Vi vilde derfor allernaadigst, at I strax sammentræde for at udgiøre et saadant Collegium, og da efter den Eder af Os nærmere allernaadigst meddelede Instruction, at have Tilsyn med alt til Medicinal Væsenet udi Vort Rige Norge henhørende. Og ville Vi i øvrig have Pharmaceuticus Schandorff udnævnt til dette Collegium, dog forbeholde Vi Os nærmere allernaadigst at bestemme den ham derfor tilliggende Gage. Derefter I Eder allernunderdanigst haver at rette. Befalende Eder Gud! Skrevet i Vores Kongelige Residentsstad Kiøbenhavn den 27. Juni 1809.

Etter adskillelsen fra Danmark i 1814 kunne i noen grad det norske kollegium henvende seg direkte til den politiske leder, Kongen, og også spille en mer aktiv forvaltningsmessig rolle. Det tok brått slutt i 1815, da Kollegiet ved kongelig resolusjon av 25. mai ble nedlagt og et Medicinal-Bureau opprettet i 3die Departement, Politidepartementet. Det skjedde, som professor Frederik Holst (1791-1871) mange år senere sa, ”uden at Mænd af faget bleve hørte”.¹² Fra 1. januar 1819 ble kontoret flyttet til Kirke- og Underviisnings-Departementet og fra 1. januar 1846 til det nyopprettede Departementet for det Indre, uten at det endret på så meget.

Byrået var fra starten av ledet av en farmasøyt, Jacob Christlieb Schandorff (1775-1842). Schandorff, som hadde vært sekretær for Sunnhetskollegiet, ble leder for det nye medisinalkontoret, først som fullmektig, fra 20. mai 1816 som byråsjef. Han fikk med seg en fagkollega som fullmektig, Hans Christian Brasch, og (trolig) en jurist, Christopher Delphin, som kopist (Copiist ad interim).¹³ Schandorff ble sittende til sin død i 1842. Selv om de medisinske professorer virket i bakgrunnen, det het således i resolusjonen i 1815 at ”de medicinske Professorer bør gaa (Departementet) tilhaande med de Oplysninger som dette affordrer dem”, var ordningen utålelig for legene.¹⁴

12) Frederik Holst, ”Medicinalcollegiets Skjæbne”, i *Norsk Magazin for Lægevidenskab*, b. 2, 1848, s. 498.

13) Brasch, som i likhet med sin sjef var dansk, hadde ikke minst som oppgave å besørge ”Revisionen af samtlige Regninger over til det offentlige leverede Medicamenter”. Kfr. Haagen Krog Steffens, *Den norske Centraladministrations Historie 1814-1914*, Kristiania: I. M. Stenersens Forlag, 1914, s. 24.

14) Sikkert etter *ibid*, s. 192.

Medisinen og sunnhetsvesenet var satt under fremmed administrasjon, i praksis en (stadig mer) juridisk administrasjon. I Norges første medisinske tidsskrift, *Eyr*, skrev Frederik Holst, tidsskriftets redaktør, i en lengre utredning om medisinalforvaltningen i 1836, indignert at i

I alle oplyste Stater ere Regjeringerne for mange Decennier siden kommet til den Erkjendelse, at Organisationen og Bestyrelsen af Medicinalvæsenet fordrer saa mangesidige og spesielle lægevidenskabelige Kundskaber, at Ingen uden at være opdragen og uddannet som Læge besitter de dertil fornødne Indsigter.¹⁵

Han føyet til, på vegne av sine kolleger rundt om i landet:

Men maa det ikke for den, der har nogen Agtelse for sig selv og for sit Fag, være en saarende Tanke at vide sig sat umiddelbar under en Auctoritet, der ei formaaer at bedømme hans vigtigste Handlinger? Og mon en saadan Controlleur kan stifte den rette Nytte?¹⁶

Ordningen var heller ikke tilfredsstillende for juristene. Inntil 1842 satt en farmasøyt som byråsjef, altså en sunnhetsmann, en mann som ikke kunne ansees som helt nøytral i forhold til sunnhetsvesenet. Dertil kom at han ledet et fagspesialisert kontor, noe som ikke var vanlig,¹⁷ og derfor (tildels) kunne rapportere direkte til statsråden. Det er ikke tilfeldig at Schandorffs etterfølger ble en jurist, han het Wilhelm Lexau Jürgensen, og at kontoret i noen grad ble gitt også andre oppgaver, skoleoppgaver. Slik ble det et mer normalt, og mindre spesialisert, kontor; det kunne underlegges ekspedisjonssekretæren. Legene hadde presset på for å få en lege inn i byråsjefstillingen, men mislyktes. Departementet henviste, nesten ydmykende, til at en hvilken som helst lege jo bare ville være tilstrekkelig kompetent på et lite område og således nesten like avhengig av ytre konsulenter som en juridisk embedsmann. Mer alment, og meget bastant, uttrykte Kirke departementet seg slik i et svarbrev til de utålmodige leger:

..i al Fald en væsentlig Deel af Forretningerne i dette Contoir, lige saa vel som i ethvert andet Contoir i Departementerne, henhører det Slags, til hvis Behandling der væsentligst udfordres administrativ Dannelselse og almindelig Forretningsdygtighed, uden at nogen speciel Indsigt i Lægevidenskaben dertil behøves.¹⁸

Legene mislyktes altså med å få byråsjefen, men de lyktes med å få sjefen for det nye Departementet for det Indre (1846),¹⁹ juristen Frederik Stang

15) "Om Nødvendigheden af et lægekyndigt Sundhedscollegium i Norge", *Eyr*, b. 8, hefte 4, 1836, s. 325.

16) *Ibid.*, s. 334.

17) Fagspesialiseringen skjedde ennå normalt på departementsnivå.

18) *Norsk Magazin for lægevidenskaben*, b. 8, 1844, s. 248.

19) Dette departement var det første norske moderniseringsdepartementet. Det kom nå fordi industrialiseringen begynte å gjøre seg gjeldende, og med den utbyggingen av den moderne infrastruktur. Den patriotiske tiden med forsvar for selvstendigheten var nå blitt historie og landet skulle bygges ut mer offensivt. Frederik Stang var, sammen med jusprofessor og stortingsmann Anton Martin Schweigaard (1808-1870), de fremste representanter for den nye tid i Norge. Stang ble sittende i Regjeringen embedsmannsstatstiden ut; Schweigaard satt på Stortinget som formann i den viktige næringskomiteen. Kfr. Rune Slagstad, *De nasjonale strateger*, Oslo: Pax forlag, 2001, s. 13-19.

(1808-1884), med på å foreslå et nytt sunnhetskollegium, et organ som skulle være både innenfor og utenfor, men som skulle kunne be statsråden om å møte i kollegiet eller, ved dets leder, delta i statsrådsmøter. Forslaget bygget på innstillingen fra Medicinallov-Commissionen av 1834. Kommisjonen var ledet og ble dominert av Frederik Holst. Han ville ha tilbake et sunnhetskollegium, bemannet av ”de meest oplyste Læger og Pharmaceuter” (Holsts uttrykk fra *Eyr*, 1833), og plassert utenfor departementet. ”Misgrebet” (Holsts uttrykk) fra 1815 måtte rettes opp.²⁰



Faksimilen viser første side av innstillingen med forslag til Lov om Medicinalvæsenet i Norge. Kommisjonen som utarbeidet innstillingen ble oppnevnt i 1834 og leverte sin (første) innstilling i 1844, den annen i 1847. Som det fremgår av faksimilen foreslo kommisjonen at et kongelig oppnevnt Medicinalcollegium skulle utgjøre overbestyrelsen for rikets sivile medisinalvesen. Kommisjonen bestod av juristen, senere h.r.assessor, Ulrik Anton Motzfeldt og medisinerprofessorene Magnus Thulstrup og Frederik Holst. Innstillingen er i første rekke professor Frederik Holsts verk. Innstillingen ble fulgt opp av statsråd i Departementet for det Indre, Frederik Stang, men Stortinget avviste, i 1848, det fremlagte lovforslag. Dog førte den del av innstillingen som omfattet karantevesenet til en ny lov.

Juristen Stang var en moderniserende nasjonsbygger, og ville gjerne slippe den nye tids eksperter til. Stortinget, som navnet på den norske nasjonalforsamling opprinnelig ble skrevet, gikk imidlertid ikke med på forslaget (1848). Ved å la makt gå ut av departementet gikk den indirekte også ut av Stortinget.²¹ Stang hadde også på en annen måte tatt skritt i medikratiske retning. I påvente av kollegieordningen utnevnte han i 1846 en lege, senere professor på Rigshospitalet, (Carl) Wilhelm Boeck (1808-1875), fra 1848 professor Andreas Conradi (1809-1868), som medisinsk konsulent. I 1850, etter skipbruddet for sunnhetskollegieforslaget, ble ordningen utvidet og det ble utnevnt en medisinalkomite på tre leger. Conradi fortsatte og ble formann; i tillegg kom hans fakultetskollega Frans Chr. Faye (1806-1890) og senere stadsfysikus i Christiania (1859), Henrich Steffens (1809-1867).

Komiteen ble utgangspunkt for en revitalisering av ideen om et kollegiestyre og Stang foreslå å gjøre komiteen om til et Medicinalraad, et råd som også skulle ha ansvaret for det militære medisinalvesen. Da reagerte Stortinget,

20) Medicinallov-Commissionen ble oppnevnt i 1834 og kom med sin foreløpige innstilling 10 år senere, i 1844, og sin endelige innstilling i 1847.

21) Det ble også pekt på at å gjeninnføre en kollegial forvaltningsordning ikke bare var moderniserende. De politiske kritikere, som mange jurister, reagerte også på den ansvarsklarhet kollegieordningen kunne skape.

det vil si, Gasje- og pensjonskomiteen, og satte en ”endelig” bom for den medikratiske kollegieideen, ved i stedet selv å bestemme at det skulle opprettes et embede i Indredepartement for en Ekspeditionschef for medisinalvesenet. Slik kunne man få en tydelig hierarkisk løsning, en løsning som både tiltalte mer kontrollorienterte stortingsmenn og de fleste jurister. Samtidig fikk man gitt en konsesjon til legene og de medikratiske hensyn: Den nye medisinalsjefen skulle være lege. Legen Christian Thorvald Kierulf (1823-1874) ble konstituert ved kongelig resolusjon av 12. oktober 1857, med tiltredelse 1. januar 1858. Medisinalkomiteen ble samtidig nedlagt. Kierulf ble endelig utnevnt fra juli 1860. For en viss tid senket der seg en større ro over de medisinaladministrative spørsmål. Men før vi forlater perioden må vi legge noe til. Spesielt skal vi se på endel av dragkampen innad i legestanden. Den var prinsipielt interessant. Ja, den var den mest interessante meningsutveksling om medisinaladministrative forhold i norsk medisin til denne dag.

*

Ikke alle leger resonnererte som Holst. Stortingskomiteen kunne registrere det, for debatten gikk livlig i Medicinsk Selskab. Uenigheten i standen gjorde det enklere for Stortinget å velge den løsningen det valgte. Noen leger hadde endog underhånden vært i kontakt med stortingsmenn. Deres kolleger så på dette som ukollegialt og påtalte det. Professor Conradi gjorde det under det følelsesladede møtet i Selskabet 14. oktober 1857 på denne måten: ”Spørger man nu, hvorfra vedkommende Committee (Gasje- og pensjonskomiteen) har faaet denne Mening, er det vel bekjent, at den er influeret af flere Læger her paa Stedet, som have meddelt sine egne individuelle Meninger”.²²

Frederik Holsts oppfatning var at medisinaladministrative beslutninger fordret innsikt i ”Statslægevidenskaben, eller Læren om lægevidenskabelige Grundsætningers Anvendelse i Statsforvaltningen”.²³ De som skulle lede måtte ha nærhet til denne vitenskap. Det kunne ingen ha som ble sittende på heltid i administrasjonen. De skulle også sitte der, men altså primært i pre/klinikken, ved kilden til den stadig utviklende vitenskap. De skulle ha en heisstatus, som vi har kalt det. De skulle tillike være et kollegium. Ingen kunne, mente Holst, beherske det ganske fag.

Mot slutten av dragkampen om kollegium og enestyre fikk diskusjonen i Selskabet også en nesten helt almen administrasjonsteoretisk karakter. Den rettet seg også mot juristene og politikerne. Kollektiviteten gav en ”grundi-gere og fleersidigere Behandling af Sagerne” enn enestyret, fremholdt således Holst i Selskabet i 1857. Han hevdet videre at kollektiviteten førte til mer ”Sindighed, Conseqvents og Styrke” i handlingene og at den forebygget ”Vilkaarlighed, Overgreb, Overmod og Vaklen” i handlingene.²⁴ Enn videre fremholdt han at der stiltes så mange krav til ledelsen av medisinalvesenet,

22) *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 2. r., 1857, s. 71.

23) Holst delte denne vitenskapen inn i to grener, ”Sundhetspolitie” og ”Retsmedicin”. Kfr. hans ”Medicinalcollegiets Skjæbne”, i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, b. 2, 1848, s. 506-07. Artikkelen er trykket i to deler, s. 489-515 og s. 537-57.

24) *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 2. r., 1857, referat fra møte i Medicinsk Selskab, 14.10.1857, s. 67.

at ingen enkeltperson kunne forventes å oppfylle alle: ”Jeg kjender tilvisse ikke Nogen, hvem en saa ansvarsfuld Post med Tryghed kan tilbydes..”²⁵

Mens Holst, og legeflertallet, betonte betydningen av nærheten til klinikken, og faren for at legene kunne bli ”fanget” av juristeriet hvis de gikk inn i forvaltningen, tok Jens Johan Hjort (1798-1873), tidligere brigadelege (til 1853) og rikshospitalslege og stamfar til et norsk legedynasti, og hans meningsfeller, utgangspunkt i staten som den viktige moderniseringsagent. Den medisinal modernisering måtte, og kunne bare, skje med utgangspunkt i staten. Hvis saksekspertene var plassert utenfor statsapparatet gjorde de det lettere for juristene å gjøre statsapparatet til sitt. Slik kunne nok en stat bygges, men når den skulle gjøre mer, når den skulle bli en drivkraft for utvikling, måtte den komme til kort, hevdet Hjort:

*Juristerne, der næsten bleve overordnede i al Administration, betragtede Staten som en Indretning, en Maskine, som de selv med kunstig Haand havde bygget og som de ligeledes, naar den gik istaae, maatte reparere. Man betragtede derfor ogsaa Staten som noget Stationært og havde liden Troe paa dens Udvikling i Form og Kraft.*²⁶

Hjort omtaler overgangen fra statsbygging til modernisering og nasjonsbygging som noe nesten organisk: ”..vor Stat fornegtede ikke sin organiske Natur og begynte snart at utvikle sig med større og større Kraft, saa at den sprængte al Skranke, man havde sat den.”²⁷ Det ble således, fremholder han ”mer og mer indlysende, at man i Spidsen for de forskjellige Administrationsgrene maatte sætte Mænd, der kunde forstaae, hvad Nationen tiltrængte, og fyldestgjøre dens Behov..” Juristene trodde først konsulenter, for eksempel Holsts konsulenter, var nok, ”men man maatte snart gaa over til Expeditionschefer og endeligen til Directører”.²⁸ Dette har skjedd, eller skjer, med havne-, fyr- og kanalvesenet, med postvesenet, med veivesenet, med skolevesenet, og altså med medisinalvesenet.

La oss summere opp og spisse Hjorts argumentasjon: For å utvikle (modernisere) medisinalvesenet, må medisinalstaten forankres i selve staten, den egentlige norske moderniseringskraft. Går ikke medisinen, ved dens representanter, inn i staten, på heltid og med full kraft, vil den ikke få det maktgrunnlag den trenger for å kunne lede utviklingen. Medisinen må ta sjansen på å tape noe av sin autonomi og eksklusivitet, og forsåvidt nærhet til pre/klinikken, for å nå de viktigste av sine mål. Å insistere på den kollegiale heisordningen er i lengden å insistere på å bli satt under administrasjon.

For Hjort betyr imidlertid ikke en viss legelig avstand fra pre/klinikken en helt generell avstand fra fagligheten. Man kan tale om flere former for faglighet. Man kan skille mellom den spesialiserte, analytisk funderte mikrokunnskap og den generaliserte, syntetiserende makrokunnskap. Det er den

25) *Ibid.*, s. 70.

26) Samme sted s. 74.

27) *Ibid.*

28) *Ibid.*, s. 75.

siste form for fagkyndighet som kreves av en leder, ikke den siste, kan vi si Hjort, om enn indirekte, hevder. Holsts argumentasjon kan vi si springer ut av et syn på faglighet som først og fremst noe spesialisert; noe som krever løpende nærhet til klinikken og helst også spesialforskningen. Blant leger flest har dette skillet mellom de to former for faglighet siden hatt liten plass. De aller fleste har tatt, og tar, utgangspunkt i spesialiseringsforståelsen som den eneste forståelse. De har tatt parti for Holst.

Når Hjort gikk inn for et rent ”innenforskap”, måtte han også gå inn for eneledelse. Kollektiv ledelse var der i staten bare på toppen, i regjeringen; og eventuelt i Stortinget. Eneledelsen gav, pekte Hjort på, en mer initiativrik, handlekraftig, enhetlig og ansvarsbevisst ledelse. Han understreket også hvor viktig det var at lederen (nesten) bare var leder, og ikke hadde lederoppgaven som et biverv.²⁹ Vi føyer et forsiktig ”nesten” til her, for Hjort nølte med å kreve at medisinalbestyrelsens leder ikke skulle kunne gies lov til å ha andre oppgaver, for eksempel å drive litt privat praksis. Holst grep selvsagt fatt i denne ”inkonsistensen” hos Hjort.

Da Kierulf, en lege med mangslungen sivil (bl.a. fra Rigshospitalet) og militær bakgrunn,³⁰ ble tilbudt embedet som ekspedisjonssjef, svarte han først etter noen nølen, ja. Kierulf hadde vært sekretær for Medicinalcomitéen fra 1855 og stod på legefertallets side i spørsmålet om medisinalforvaltningens organisering. I de omfattende diskusjonene i Selskabet i 1857, gjorde Kierulf sin tilknytning til Selskabet og standen tydelig. Han begynte med å si at han støttet Holst, og han anså måten stortingskomitéen ville ordne medisinalstyrelsen på ”for uheldig baade med Hensyn til den Form, hvorunder det skede, og med Hensyn til Sagens Realitet”. Han henviser til at han, ”förgjæves”, hadde forsøkt å påvirke komitéen. Han gav etter for anmodningen om selv å overta ekspedisjonssjefembedet etter at han skjønnte at det ville komme og etter at en annen, på Kierulfs henstilling, var spurt, og hadde svart nei.³¹ Han nevnte at han også antok at det snart ville bli klart at ekspedisjonssjefen ville trenge, og få, et ”Slags Medicinalraad”; dertil at han ville ”erholde Hjælp ved Ansættelse af overordnede Embedslæger”. Han nevnte også at han håpet at ”gode Bundsforvandte og Venner” ville ”bistaae mig med Raad og Daad”. Han setter, sier han, i den sammenheng, en spesiell lit til ”det medicinske Selskab”. Han opplyser også at han vil beholde, ”allenfals for det Første, en Deel av min medicinske Praxis”.³²

Om enn Kierulf nå ble departementsembetsmann, var det altså langt fra at han gav opp kontakten med den medisinske og kollegiale verden. Han ble ikke bare embetsmann; han forble også en klinisk lege. Han gjorde, kan man nesten si, i noen grad, embedet til et verv, til toppen i et medikrati. Etterhånden ble han imidlertid mer og mer embetsmann. Han kom, med sin embetsførsel, til å gi Hjort mer og mer rett.

29) *Ibid*, s. 77-80.

30) Han tjenestegjorde blant annet i 1849 under den dansk-tyske krig.

31) Kierulf var en relativt ung mann i 1857 (44 år) og kan ha følt at en senior burde spørres først, for eksempel Medicinalkomitéens formann, professor Andreas Conradi.

32) *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1857, s. 446-48.

Men nyordningen i 1858 hadde nok et større medikratiske potensial i seg enn legefertallet, og ikke minst Holst, hadde trodd. Holst hadde spådd at ordningen snart ville vise seg å bli mislykket.

Semimedikrati – 1858-1891

Men helt hierarkisk ren ble ordningen med ekspedisjonssjefen ikke. Den nye sjefen var plassert inne i Departementet, men hadde en viss selvstendig myndighet i medisinsk pregede spørsmål og hadde dessuten direkte adgang til Statsråden; han var ikke, som normen ellers var, underordnet ekspedisjonssekretæren.³³ Slik sett var han i en slags mellomstilling, både underordnet og selvstendig. Ordningen ble semimedikratiske, kan man si. Denne situasjonen ble ytterligere understreket i 1875, da Stortinget vedtok å gjøre ekspedisjonssjefsembetet om til et medisinaldirektørembete. Denne omgjørelsen falt også sammen med et lederskifte. Kierulf døde i 1874 og psykiateren Ludvig (Vilhelm) Dahl (1826-1890) ble fra 21. juli 1875 utnevnt til medisinaldirektør.

I den instruks Dahl fikk heter det i § 2:

Af de det civile Medicinalvæsen vedkommende Sager, som hidtil ere blevne afgjorte af Departementet, afgjør Medicinaldirektøren med selvstendig Myndighed dem, som Kongen til enhver Tid bestemmer, og udfærdiger i eget Navn og under egen Ansvar de dermed forbundne Expeditioner.

I § 3 het det:

I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Medicinaldirektøren ikke er bemyndiget til selvstændig at afgjøre, forestaar han under Departementschefen deres Behandling i og Expedition fra Departementet. (...)³⁴

Med denne omordningen ble der altså tatt et nytt skritt i en hierarkisk todelt retning. Et stadig mer opposisjonelt storting ville hatt en formell deling, men Regjeringen klarte å unngå det, blant annet med henvisning til de økte utgifter en deling ville medføre. Opposisjonen ville nå flytte Direktøren ut av Departementet, for å svekke Regjeringen.

Embedet som medisinaldirektør ble den 23. august 1878 flyttet fra det stadig mer overbelastede Indredepartementet til Justits- og Politi-Departementet. Formelt endret ikke det Medisinaldirektørens posisjon, men det plasserte ham i et mer juridisk og mindre moderniseringsorientert departement enn han hadde vært i. Flyttingen kan sees på som et forvarsel om det som skulle komme i 1891.

33) s. 38. Vi skal også nevne av fra 6. juli 1861 ble karantenevesenet overflyttet fra Marinedepartementet til Indredepartementet.

34) Kfr. SF 1876, 6, Indst. O. IV, s. 3.

Selv om Kierulf, da han tiltrådte, understreket at han ville holde kontakt med klinikken og sine kolleger, ble han i praksis primært ekspedisjonssjef og bare sekundært lege. Ekspedisjonssfsordningen var ikke mer enn semi-medikratisk.

Kollegieordningen, som den ble praktisert fra 1809 til 1815 og som den skulle ha vært praktisert etter Holst-kommisjonens forslag, innebar at kollegiemedlemmene primært var leger (i klinikk eller fakultet) og sekundært forvaltere. Kierulf ble primært forvalter og sekundært lege. Regjeringen, som Stortingets Gage- og Pensjonskommitté, hadde også forutsatt, da ekspedisjonssjefembedet ble opprettet, at den nye medisinalsjefen ville "blive nødsaget til ganske at renoncere paa privat Praxis".³⁵ Slik skulle det også i stor grad, men ikke helt, gå, selv om Kierulf ved tiltredelsen hadde hatt andre tanker. Den legelige leder av medisinalforvaltningen måtte, skjønnte han snart, i hovedsak nøye seg med å følge med i faget gjennom lesning, omgang med fagkolleger og inspeksjonsreiser. Men politikerne så at det kunne være vanskelig å få en dugelig lege til å gå ut av den vanlige legekarriere uten å kompensere ham skikkelig. For juristen var en departemental post en del av et naturlig karrriereløp, for legen var den et sidespor. Både Regjering og Storting så det derfor som nødvendig å lønne den nye ekspedisjonssjefen som ekspedisjonssekretær, altså godt over byråsjefer. Kierulf fikk 1 600 speciedaler.³⁶ Flere av hans etterfølgere tok allikevel, også av privatøkonomiske grunner, endel betalte faglige oppdrag.

At muligheten for å kombinere forvaltning og klinikk ble diskutert så utførlig i forbindelse med opprettelsen av ekspedisjonssjefembedet, viser at spørsmålet om å kombinere forvaltning og klinikk var aktuell. For saksbehandlende leger, og nå ble det etter hvert flere av dem, var det nærmest en selvfølge å opprettholde en viss praksis. For den karrierebevisste lege ville forvaltningen, uten en slik praksisadgang, være en blindvei. Departementene måtte derfor gå med på at leger kunne drive privat praksis. Arbeidstiden i departementene var på fem timer og det gjorde det mulig å ha (privat) praksis ved siden av. Ja, det var ikke uvanlig at leger hadde enda kortere arbeidstid, nettopp for å kunne opprettholde en viss praksis. Medisinaldirektør Gotfred Bentzen nevner i en "Forestilling" i 1892, der han anmoder om å få en egen sekretær (lege) og en teknisk assistent (ingeniør), at de fire leger han nå disponerer har "ca. 3 Timers Kontortid".³⁷

Da arbeidstiden i forvaltningen i 1899 ble utvidet til seks timer, reiste det problemer og Medicinaldirektøren, nå Michael Holmboe, argumenterte sterkt for at de helsefagansatte i Departementet, som tillike arbeidet for Direktoratet, det var etablert i 1891, måtte få fortsette med fem timers arbeidsdag. Han fremholdt at det var spesielt viktig for legene, men i noen grad også for farmasøytene, å holde kontakt med faget. Sentraladministrasjonen ville "i Længden være mindre tjent med saadanne

35) SF 1857, 8. del, s. 434.

36) SF 1857, 8. del, s. 435-436.

37) Sth. Prp. No. 47 (1892), Angaaende Bevilgning af Gager fort en Sekretær og en teknisk Assistent for Direktøren for det civile Medicinalvæsen, s. 5.

Læger, der stod fremmede overfor de Forhold under hvilke Lægerne har at Arbeide”, argumenterte han.³⁸ Det stilte seg anderledes med den ene juristen Holmboe hadde. Han skulle, i motsetning til de øvrige, ansettelsesmessig fortsatt sees på som en del av Medicinalafdelingen i Departementet.

Kierulf og hans kolleger i ”Selskabet” så på seg som det lille, halvfrie lands medisinske nasjonsbyggere. De mente, intenst, at uten politisk-administrativ makt, kunne de ikke lykkes. De mente altså også at de ikke kunne lykkes uten at de leger som skulle styre også måtte praktisere.

*

Den medisinske elite oppnådde noe i 1858; den overtok for første gang siden 1815 ledelsen av medisinalforvaltningen. Den oppnådde allikevel mindre enn den hadde ønsket. Drømmen, særlig for de mest akademisk orienterte medisinerere, mindre for (militær)kirurgene, var å bli en helt integrert del av forvaltningsstaten, en stat basert på de fire embedsstender, juriststanden, prestestanden, militærstendene og legestanden. Legene erfarte imidlertid at det ønsket ikke juristene. De var lenge, og ville gjerne forbli, ”overstanden”. De lot, eller måtte la, prestene og offiserene få fungere nokså selvstendig; de tillot ikke at legene fikk gjøre det. At de ikke gjorde det, skyldtes også frykten for at de andre, ekspanderende faggrupper, som filologer og ingeniører, kunne kreve det samme, og slik helt løse opp juriststyret.

Byråkrati og teknokrati – 1891-1940

Men også endel av det legeeliten oppnådde i 1858 skulle snart i noen grad gå tapt. Den halvmedikratiske ordningen ble opphevet i 1891, da direktøren ble flyttet ut av departementet og der ble opprettet et juridisk ledet medisinalkontor, etterhvert kalt avdeling, inne i Departementet. Justisdepartementet og juristene benyttet anledningen da Ludvig Dahl (1826-1890) døde i 1890.³⁹ Den nye direktøren, fra 1891 var det hygienikeren Gotfred Bentzen (1852-1937), ble imidlertid fysisk værende i Departementet. De fleste av hans ansatte ble også værende der, til 1899. De var også stadig ansatt i Departementet. Medisinaldirektørens posisjon forble imidlertid nokså sterk, utflyttingen til tross. Medisinaldirektøren, fra 1893-94 var det psykiateren Michael Holmboe (1852-1918), var rangert over byråsjefen og hadde nær omgang med statsråden. Holmboe ble konstituert i embedet den 21. desember 1893 og ble sittende til han døde i 1918. Han skulle komme til å bli en viktig sunnhetspolitisk reformator.

38) SF, 1898-99, 2b. Sth.Prp. No. 76, Angaaende Vedtagelse af et nyt Lønningsregulativ for det I Medicinaldirektørens Kontor tjenestegjørende Personale m.v., s. 2.

39) I den nye instruks for Medisinaldirektøren av 2. mai 1891 het det i § 1: ”Medicialdirektøren, der staa direkte under det Departement, hvorunder det civile Medicinalvæsen er henlagt, skal have sin Opmærksomhed henvendt paa alt, hva der kan tjene til Fremme af Landets Sundheds- og Medicinalvæsen og skal træffe eller bringe i Forslag de Foranstaltninger, som i saa Henseende maatte ansees paakrævet”. I § 2 gies Medisinaldirektøren plikt til å føre ”Indseende” med at offentlige bestemmelser gjennomføres og ellers veilede og føre tilsyn med sunnheitsvesenets institusjoner og personell. I § 3 pålegges han bl.a. å lage forslag til budsjett for det sivile medisinalvesen og til besettelse av en rekke stillinger. I § 4 gies han rett til å fatte endel, mindre viktige, beslutninger selv, som ansettelse av underordnede leger ved statssykehusene. I § 5 heter det at ”I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Direktøren ikke har at afgjøre, er han pliktig til at forrette som Departementets Konsulent. (...)”

Delingen av medisinalforvaltningen reflekterte en tendens i tiden. Den representerte en videreføring av den teknokratisk pregede utflytting av ”fagsaker” som skjedde fra 1840-årene av.⁴⁰ Den var slik sett en del av den almene moderniseringspolitikk. Samtidig lå det politiske motiver bak. Under den gradvise innføring av parlamentarisme ble opposisjonen på Stortinget mer og mer opptatt av å svekke Regjeringen, og en måte å gjøre det på var å flytte oppgaver ut av departementene. Utflyttingen av Medisinaldirektoriet, som det opprinnelig het, kom etter at parlamentarismen formelt var innført, i 1884, men den var allikevel også et uttrykk for et stortingsstyre som var ganske omfattende; ja, som forble omfattende, ikke minst på grunn av mindretallsparlamentarismen, helt frem til 1935 og til dels til krigen. Perioden 1884 til 1935 (1940) er ”politokratiets” glanstid.

Direktoriet ble altså flyttet ut i 1891, men ikke egentlig helt ut. Bruddet med den gamle ordningen var ikke radikalt. Direktørens nærhet til statsråden, og delvis også hans faglige selvstendighet i en del saker, gav ordningen et visst medikratiske islett. Både Medisinaldirektøren og de toneangivende leger var imidlertid misfornøyd med ordningen. De ble også, ettersom direktorat og avdeling ble mer adskilt, tiltagende misfornøyd. De var misfornøyd med at medisinske synspunkter ikke (i større grad) kunne bli fremlagt formelt og direkte for statsråden, men skulle fremmes av dem legene var mest skeptiske til, juristene.⁴¹ Dette ble spesielt tilfelle fra 1911 da Medisinalavdelingen fikk to kontorer og to byråsjefer, dr. juris Thorvald Boye og cand. jur. Thomas von Westen Angell. Det ble ytterligere forsterket i 1917 da Boye ble ekspedisjons-sjef. Angell etterfulgte forøvrig Boye i 1922 og ble selv etterfulgt av den meget selvbevisste Theodor Gerhard Thorsen i 1929. Medisinallovkommissjonen av 1898, med medisinaldirektør Michael Holmboe selv som formann, og Lægeforeningens generalsekretær, Rasmus Hansson (1859-1934), som sekretær, foreslo derfor i 1903 å styrke Direktoratet medisinsk, blant annet med to åremålsansatte ”medicinalraader”, én for ”almindelig Sundhedslære” og én for psykiatri. Kommisjonen mente også det burde gies adgang til å tilkalle en farmasøytisk sakkyndig i spørsmål som angikk apotekervesenet.⁴²

Igjen var det altså det gamle legeønske om en kollegial, og helst uavhengig, ledelse som ble bragt i forslag. Medisinens spesialisering hadde bare gjort dette ønske mer relevant, mente kommisjonen.⁴³ Men igjen stilte Departementet, altså juristene, seg avvisende. Departementet pekte på at alle andre direktorater hadde ”enebestyrelser”, en ordning vi skal kalle teknokratisk.⁴⁴

40) Knut Dahl Jacobsen har skrevet interessant om dette, med spesiell henvisning til landbruksforvaltningen. Kfr. hans *Teknisk hjelp og politisk struktur*, Oslo: Universitetsforlaget, 1964. Kfr. også Jan Debes, *Organisasjon – Realiteter og illusjoner i statsadministrasjonen*, Oslo: Universitetsforlaget, 1961, s. 240-250.

41) I noen mindre saker beholdt Medisinaldirektøren beslutningsmyndighet. Blant annet skulle han utnevne leger til underordnede stillinger ved Rigshospitalet og en del andre sykehus, forestå utgivelsen av den sivile medisinalstatistikk og bestemme etter hvilke retningslinjer de offentlige legers medisinalberetninger skulle utarbeides (§ 4 i instruksen for Direktøren).

42) Lægekommissionen av 1898, *Tillæggsindstilling. Angående Omordning af Medicinalstyrelsen*. Trykt sammen med hovedinnstillingen, *Om Omordning af det civile Lægevesen*. Kristiania 1903. Kfr. s. 29

43) Den gamle ordningen med at Fakultetets medlemmer skulle rådspørres bestod. I tillegg var fra 1866 de personlig privilegerte apotekere i Kristiania tilpliktet å bistå Direktoratet med råd. Det samme var fra 1893 tilfelle for hovedstadens stadsfysikus. Direktørene for statens asylter hadde også fra starten av en rådgivningsplikt overfor medisinalforvaltningen. Kfr. Andres A. Svaltestuen, *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940*, *Norsk Arkivforum Skriftserie* 8, 1988, s. 57.

44) Kfr. Ot.prp. nr. 39, 1911, s. 98-99; St.prp. nr. 1, 1908, hovedp. VI, kap. 10, tit. 18-30; SF 1a 1911, s. 4.



Michael Holmboe, medisinaldirektør 1893-1918. Legen og psykiateren Holmboe er en av de mest innflytelsesrike norske medisinalpolitikere og –forvaltere. Han var blant annet formann for den store og viktige legelovkommisjonen av 1898, som førte til legeforsretningsloven av 1912, og var, sammen med bergenslegen Klaus Hanssen, arkitekten bak tuberkuloseloven av 1900. Holmboe er malt av Astri Welhaven Heiberg (1881-1967), en malerinne som særlig var kjent for sine aktmalerier av kvinner i naturen og for sine portretter. Hun malte blant annet kong Haakon VII og kronprinsesse Märtha. Han var barnebarn av dikteren Johan Sebastian Welhaven og niese av malerinnen Harriet Backer. Astri Welhaven gikk i lære hos sin tante. Hun var gift med arkitekten Christen Heiberg, en bror av maleren Jean Heiberg. Kunsterisk tilhørte hun ikke klart noen av tidens (frem til mellomkrigstiden) dominerende retninger, den dekorative – som la vekt på fasthet og klarhet og var forbundet med Lysaker-kretsen, eller nyimpresjonismen, som la vekt på fargene, på det individuelle og på brudd med fortiden. Hun stod allikevel den siste nærmest.

Men legene var ikke bare misfornøyd med at de tapte den direkte kontakt med statsråden. De var også misfornøyd med at de tapte mye av styringsmyndigheten nedover. Etter instruksjonen av 2. mai 1891 beholdt Direktøren en del av sin direkte myndighet, men først og fremst i mindre saker, som ansettelse av underordnet personell i statlige institusjoner. Ellers måtte han innstille overfor Departementet og dets avdeling. Under diskusjonen om forenkling i 1920-årene foreslo Direktøren at han skulle få utvidede fullmakter, for å avlaste departementsavdelingen, men nådde ikke frem. Den nye instruksjonen for Medisinaldirektøren av 11. mars 1927 endret ikke på annet enn det som tiden gjorde det påkrevet å endre på.⁴⁵ Direktøren forble altså,

45) Instruksjonen blir nærmere omtalt nedenfor, i kapitlet om Karl Evangs embedstid (etter 1945).

etter delingen i 1891, ikke den kraftfulle leder av sunnhetsvesenet han selv ønsket å være og hans fagkolleger gjerne så at han var.

Der kom amtsleger i 1914, det vil si, de begynte ikke å bli utnevnt før i 1918. De ble forøvrig kalt fylkesleger fra 1919. Direktøren kunne imidlertid ikke bruke dem som han ønsket. De var utnevnt av, og stod formelt først og fremst under Departementet, men i en del henseender også amtmannen (fylkesmannen). Satt på spissen kan man si at sunnhetsforvaltningen var delt i to, ikke helt godt integrerte deler fra toppen og ned, men slik at den departementale, juridiske, hadde overtaket på den direktorale og medisinske (kfr. fig. 2.2 nedenfor). Legene, men også farmasøytene, var ”fremmede fugler” i et juridisk-politisk landskap. Fremmedheten ble både bekreftet og bestyrket av det forhold at de karrieremessig vel så meget fikk tilhøre klinikken som forvaltningen. Noen ble, som vi skal komme tilbake til, sittende lenge som forvaltere, men de forble allikevel i sinn og skinn først og fremst leger.

*

Veksten i arbeidsmengden gjorde at det etter hvert ble behov for å dele både departementsavdeling og Direktorat, og til dels å opprette nye embeder og instanser. Begge organer fikk slik tre nivåer, organnivå, kontornivå og saksbehandlernivå. I 1911 fikk departementsavdelingen to kontorer, fra 1921 tre. Direktoratet fikk to kontorer i 1912. I tillegg kom der to, mer frittstående, overlegestillinger i 1914 og 1919; én for tuberkulose- og én for sinssykevesenet. De nye kontorene gjorde at Direktoratet fikk et nytt nivå, et nivå nr. to. Avdelingen fikk også et nytt nivå, men et nytt nivå nr. én. Byråsjef og jurist Edvard L. Esmarch hadde, som mindretall i legekommisjonen av 1898, foreslått å gjøre Medisinalavdelingens leder til ekspedisjonssjef. Forslaget ble tatt til følge i 1917. Dr. juris. Thorvald Boye, tidligere byråsjef (siden 1911) i avdelingen, ble utnevnt til det nye embedet. Med opprettelsen av dette embedet fikk avdelingen en sjef som kunne måle seg i status med Medisinaldirektøren. Det var viktig både for forholdet mellom avdeling og direktorat og for forholdet til sunnhetsvesenet forøvrig. Esmarchs forslag tør slik også ha hatt en maktpolitisk motivasjon. At han ikke fikk med seg legene i kommisjonen på sitt forslag, kan reflektere lignende motiver.

I 1913 ble medisinalforvaltningen lagt under Departement for Sociale Sager, Handel, Industri og Fiskeri, det gamle Handelsdepartement. Departementet ble i 1916 et rent Socialdepartement. Da Holmboe døde i 1918 og hygienikeren (Harald) Mathias (Mads) Gram (1875-1929) ble ny medisinaldirektør, tok igjen Lægeforeningen opp spørsmålet om å innføre en kollegial, og mer uavhengig, ledelse i Direktoratet. Apotekerforeningen foreslo samtidig at det skulle opprettes et eget apotekerdirektorat.⁴⁶ Det siste forslaget ble straks avvist, det første ble mer gradvis avvist, uten at det skjedde formelt.

Krisetidene i 1920-årene gav en mulighet for igjen å samle avdeling og direktorat. Den første forenklings- og sparekomité, nedsatt av Stortinget i

46) Kfr. Svalestuen, *op. cit.*, s. 66.

1922, foreslo i 1923 en samling, men for å spare, ikke for å gjøre medisinalforvaltningen mer medikratisk. Forslaget hadde dog et medikratisk potensial: Det innebar at ekspedisjonssjefembedet skulle fjernes og at Medisinaldirektøren skulle bli leder for den samlede enhet. Kommisjonen argumenterte imidlertid ikke bare sparepolitisk. Den fant det uheldig at den medisinske og den juridisk-økonomiske vurdering av sakene var delt og egentlig ikke på noe punkt ble systematisk sett i sammenheng. Kommisjonen uttalte således:

Det er medisinaldirektøren, som er chef for landets civile medisinalvæsen, og han bør også ha det nærmeste ansvar for dette. Men dette ansvar bør ikke alene være innskrenket til en saks rent medisinske side. Det bør omfatte sakens alle sider, også den økonomiske og juridiske.⁴⁷

Sosialdepartementet, eller Medisinalavdelingens byråkrati, argumenterte energisk imot nedskjæringsforslagene, men spesielt mot samlingsforslaget. Det pekte blant annet på at ved å gjøre fagpersonen til forvaltningsleder, ville man sette bukken til å passe havresekken. Der krevdes, mente Departementet, en ”uinteressert” ekspedisjonssjef for å tøyte fagfolkernes ekspansive ressurskrav.⁴⁸ Juristene brukte forøvrig stadig dette, politisk fristende, argument mot legene. Legenes forankring i klinikken, som jo ville bli forsterket hvis de som administratorer skulle få en heisstatus, ville gjøre at de ble partiske utgiftsdrivere, påpekte juristene.

Også medisinaldirektør Gram var skeptisk, og pekte defensivt på at han ikke kunne ta ansvar for juridiske avgjørelser. Han så ikke kommisjonens ledelsespoeng. Han var grepet av medisinenes spesialisttenkning og falt derfor også for juristenes faglighetstenkning, en tenkning han dog så på som spesialistpreget, ikke generalistpreget. Dog foreslo han at det ble delegert mer beslutningsmyndighet til Direktoratet, altså til ham selv. Han argumenterte ikke så mye som leder, i kommisjonens forstand, som han argumenterte som en som ”horisontalt” slåss med andre om revir. Samtidig ble det gamle forslag om en kollegial fagledelse reist. Det ble reist av overlegen for sinnsykevesenet, Karl Wilhelm Wefring (1867-1938). Direktøren siterte, og det er knapt tilfeldig, i sitt brev til Departementet om spareforslagene, sinnsykeoverlegens forslag om at han (overlegen) burde gå inn i en ”kollegial medisinalstyrelse”. Departementet bemerket til dette forslaget at det ville gjøre bibeholdelsen av ekspedisjonssjefembedet enda mer nødvendig:

..overfor en kollegial medisinalstyrelse – sammensatt av fagfolk – vil det være enn mer paakrevet at departementschefen ved sin side har en ekspeditionschef, som vil se mer uhildet – mer samfunnsmessig paa en sak enn fagfolk flest gjør.⁴⁹

47) Statens forenklings- og sparekomité, *Innstilling I*. Trykt i SF 1926, etter St.m. nr. 32. Sitatet er fra s. 92.

48) I brev til Finansdepartementet skrev Sosialdepartementet: ”At sakerne før de forelegges statsraaden faar en alsidig utredning, ledsaget av innstilling fra en ”uinteressert” ekspedisjonssjef anseer man av stor nytte. Vil man legge en økonomisk maalestok her.... kan det sees at der ved avgjørelsen av en enkelt sak kan spares beløp, som er flerdobbelte av en ekspedisjonssjefs gasje”. En slik argumentasjon gjorde inntrykk i et alment spareopptatt Finansdepartement, og i den tids spesielt spareopptatt departement gjorde den ekstra inntrykk. Sitatet er gjengitt etter Svaalestuen, *op. cit.*, s. 77.

49) Sitert etter Svaalestuen, s. 76.

Medisinaldirektøren slapp forøvrig også sinnssykeoverlegen til med den gamle legelige frustrasjon over legenes to tradisjonelle motparter, juristene og politikerne:

Da avgjørelsene som nævnt træffes i departementet og av jurister, følger det av sig selv at der ikke altid blir tatt fornødent hensyn til den spesielt sakkyndige uttalelse. Og det hænder også at politiske hensyn kan komme til at spille en avgjørende rolle i direkte strid mot sakkyndigheten. Det burde være alment anerkjent sak at alle helsespørsmål aldri måtte få lov til at bli inficeret av politisk smittestoff. Ellers kan følgene bli skjæbne-svangre.⁵⁰

Sinnsykeoverlegen, Karl Wilhelm Wefring, som Direktøren slik slipper til med sin argumentasjon, skulle fire år senere, i 1927, bli utnevnt til ny medisinaldirektør.

”Øksekomiteen” vant ikke frem med sitt samlingsforslag og delingen ble beholdt helt frem til Den annen verdenskrig. Derimot vant komiteen frem med endel av sine spareforslag. Det gikk spesielt utover Direktoratet, som vi skal komme tilbake til. Kritikken mot delingen, mot de ydmykende sparebeslutningene, og mer alment mot ”juristeriet” og tildels mot politikken, forstummet dog ikke. Snarere tiltok den. Norsk Hygienisk Forening bad i et brev senhøstes 1934 Sosialdepartementet om å nedsette en komité for å vurdere om det offentlige medisinalvesen og den sentrale medisinalforvaltning burde endres. Departementet avviste i begynnelsen av 1936 henstillingen, men den ble gjentatt i januar 1938.

Bare en måned etterpå kom en innstilling fra Socialistiske Lægers Forening, hvor det foresloes å opprette et eget helsedepartement eller, hvis det ikke var mulig, å samle avdeling og direktorat under medisinsk ledelse.⁵¹ Innstillingen fra SLFs komité ble fremlagt av Karl Evang (1902-1981), komiteens leder, på Lægeforeningens landsmøte i Stavanger senere samme år.⁵² Den unge, selvbevisste Evang avsluttet sitt kraftfullt fremførte foredrag med et resolusjonsforslag, et forslag som gikk ut på at landsmøtet skulle slutte seg til prinsippene i hans komites innstilling. Møtet gjorde det, enstemmig.⁵³

50) Sitert etter Svalestuen, s. 78.

51) Medicinalvæsenets centraladministration. Innstilling fra fra Socialistiske Lægers Forenings komité, *Socialistisk Medicinsk Tidsskrift*, 6. årg. nr. 1., Oslo 1938, s. 4-12. Siden også trykt. Trykt i Arne Bruusgaard og Trygve Gjestland, red., *Festskrift til helsedirektør Karl Evang på 60-årsdagen*, Oslo: Gyldendal, 1962, s. 201-216.. Kfr. også Karl Evang, ”Medicinalvesenets centraladministrasjon”, *Tidsskrift for den norske Lægeforening*, 1938, s. 1319-1334. Medlemmene av SLFs komite var foruten Evang, hans mer eller mindre ideologiske frønder Otto Galtung Hansen og Axel Strøm og de ellers mindre sosialistisk-politisk profilerte, men ellers profilerte nok, legene Johan Scharffenberg, Leiv Kreyberg, Martin Tesdal og Ørnulf Ødegård. Arne Bruusgaard var sekretær.

52) Evang var grunnlegger av og drivkraften i Socialistiske Lægers Forening i 30-årene. Han var foreningens formann fra 1931 til 1938.

53) Kfr. Karl Evang, ”Medicinalvesenet og centraladministrasjonen”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, årg. 58, 1938, s. 1319-1334. Resolusjonen hadde denne ordlyd: ”Den norske lægeforenings landsmøte 1938 tillater sig å henstille til Regjeringen å ta opp til drøftelse spørsmålet om en styrkelse av og omorganisering av den centrale medisinaladministrasjon etter følgende hovedlinjer: 1. Sterkere centralisering av helseoppgavene. 2. Mer hensiktsmessig avveining av forholdet mellom den medisinske og den juridiske fagkunnskap”.

Den sentrale person i Hygieneforeningen var forøvrig Evangs SLF-kollega, og formann i Yngre Lægers Forening (1936-1940), Axel Strøm (1901-1985). Legeoffensiven ble møtt med skepsis i Departementet, men da Theodor Gerhard Thorsen (1878-1958), avdelingens juridiske ekspedisjonssjef siden 1929, talte om saken på Lægeforeningens landsmøte uttalte han seg i forsiktede vendinger. Han tok nok hensyn til den endrede maktsituasjon. Arbeiderpartiet var kommet til makten i 1935. 20. mars 1938 døde medisinaldirektør Nils Heitmann (1874-1938), tuberkuloselegen som hadde overtatt som direktør etter Wefring fra 1931, brått⁵⁴ og da Thorsen talte på legelandsmøtet visste han at Karl Evang, den gang en knapt 36 år gammel assistentlege i Chefinspektoratet under Statens arbeidstilsyn, var én av seks ansøkere. De andre ansøkere var fylkeslegene Sverre Kjølstad (1887-1957), Buskerud, Ingolf Holst Grimsgaard (1896-1973), Oppland og Ole Thorstensen Kjos (1892-1977), Akershus; videre stadsfysikus Eyvin Baard Dahl (1895-1962), Stavanger, og kst. medisinaldirektør, kontorsjef Harald Christian Førre Bjelke (1900-1997).

Ny medisinaldirektør

Den 23. september 1938 utnevnte Regjeringen, med Oscar Torp (1893-1958) som sosialminister, Evang til ny medisinaldirektør, med formell tiltredelsesdato 1. januar 1939; kfr. ramme 2.2. og faksimile 2.1. Evang begynte dog den 1. desember 1938. Harald Christian Bjelke, som hadde begynt i Direktoratet som sekretær høsten 1931 og som ble kontorsjef i 1933, ble konstituert som medisinaldirektør 5. mars 1938. Bjelke hadde også fungert som medisinaldirektør fra februar til september 1936.

Heitmanns død gav Johan Nygaardsvolds arbeiderpartiregjering en uventet mulighet til å påvirke helsepolitikken gjennom embedsverket. Alle tidligere medisinaldirektører hadde vært borgerlig innstilt, omenn bare én, Karl Wefring, også hadde stått frem som politiker. Blant dem som ønsket å overta etter Nils Heitmann stod fire på den borgerlige side, dog uten å ha markert seg politisk. To, Karl Evang og Eyvin Dahl, stod til venstre, endog meget langt til venstre. Der var stor interesse i regjeringspartiet for å utnevne Evang. Enkelt var det imidlertid ikke. Han var ikke bare den yngste søker, han var påfallende ung til å overta et så prominent embede, ennå ikke 36 år.

Den som etter tradisjonelle kriterier pekte seg ut som den mest sannsynlige nye medisinaldirektør, var fylkeslege Sverre Kjølstad. Han var 51 år, hadde en meget god laud til embedseksamen (1913) og hadde siden i hovedsak virket som offentlig lege, fra 1932 som fylkeslege i Buskerud og distriktlege i Drammen. Han var Lægeforeningens visepresident i 1935/36 og dens president i 1936/37. Han hadde hatt endel medisinske verv og hadde dessuten hatt en lengre studietur til en rekke europeiske land, spesielt for å studere hygiene.

⁵⁴) Heitmann ble dårlig i Roma, da han var på vei til en leprakongress i Kairo. Han returnerte straks til Oslo, men døde samme dag som han kom hjem. Han døde av "hjertelammelse".

Også de øvrige fylkesleger, samt stadsfysikus Eyvin Dahl, den andre radikaler,⁵⁵ ble sett på som vel kvalifisert for stillingen, men ikke som så kvalifisert som Kjølstad. Grimsgaard og Kjos hadde en lignende praksisbakgrunn som Kjølstad, mens Dahl var kirurg og hadde i stor grad erfaring som privatlege. Blant de ”andre” kandidater, var legesønnen Bjelke den største utfordrer til Kjølstad. Han var, som Evang, ganske ung, 38 år. Han hadde endel sykehuserfaring og var spesialist både i pediatri og i lungesykdommer og tuberkulose. Kjos hadde vært sekretær i Medisinaldirektoratet fra 1931 til 1936, men Bjelke var den av søkerne som hadde lengst og tyngst erfaring fra Medisinaldirektoratet. Han ble ansatt i Direktoratet som sekretær høsten 1931 og ble kontorsjef der høsten 1933. Han var fra da av Direktoratets lege nummer to og fungerte som medisinaldirektør fra februar til september 1936 og fra 5. mars 1938.



Karl Evang var hovedstifter og redaktør for Socialistisk Medisinsk Tidsskrift, som kom ut fra 1933. Socialistiske Lægers Forening var stiftet året før, etter inspirasjon fra Tyskland, hvor Verein sozialistischer Ärzte var blitt stiftet i 1913. I starten hadde den norske foreningen vel 30 medlemmer. Ved krigens utbrudd var medlemstallet rundt 140. Tidsskriftet var organ også for de svenske og danske gruppene av sosialistiske leger. Tidsskriftet hadde annonser, om ikke mange. Faksimilen viser forsiden av det nummer hvor innstillingen fra Foreningens forvaltningskomité var trykket (s. 4-12).

Evang var altså den yngste søkeren, og utad den mest kontroversielle. Han hadde allerede markert seg i sin stand. Ja, som en skarpsindig ung mann hadde han allerede gjort det under studiet. Etterhvert som han ble opptatt av politikk, og gled mot venstre, lot han seg distrahere endel av politisk arbeid, dog ikke mer enn at han nær på fikk innstilling til embedseksamen i 1929. Han var slik den akademisk sterkeste av søkerne. Gjennom flere studier av arbeidshygienisk, ernæringsfysiologisk og sosialmedisinsk karakter, hadde han, etter endt utdanning, styrket sitt akademiske fortrinn overfor de andre ansøkere. Hans kliniske legerfaring bestod for det meste i privat praksis siden embedseksamen. Denne praksis ble dog avbrutt i drøyt ett år av kandidat tjeneste på Ullevål sykehus (1932-33). Fra 1937 var han assistentlege ved Chefinspektoratet under Statens arbeidstilsyn, samtidig som han fortsatte sin private praksis.

55) Dahl adskilte seg i stil fra de andre fylkesleger og stadsfysici. Han var en ”fargeklatt i det ellers så grå, kjedelige og litt pompøse kollegium av fylkesleger”, sier Kjell Bjartveit (e-brev 24.7.2009). Bjartveit opplevde som ung konsulent i Helsedirektoratet Dahl på et fylkeslegemøte. Dahl hadde representert Arbeiderpartiet i Stavanger bystyre siden 1928 (*Norges Leger*, bind I 1996). Under krigen gikk han lenger til venstre og meldte seg inn i Norges Kommunistiske Parti. Han var etter krigen førstemann på NKPs lokale liste ved stortingsvalget. Han unngikk å gå i ”Mot Dag-fella”, som han mente hans mer halvborgerlige medradikalere fra studietiden, blant annet Evang, hadde gjort. Dahl glemte ikke klassepolitikken. Han hadde imidlertid karrieren ut et godt forhold til Evang. (Opplysninger gitt av sønnen Eilif Dahl (f. 1945), i samtale 28.9.2009.)

Han hadde altså, i motsetning til konkurrentene, ingen erfaring fra det offentlige legevesen og egentlig bare utdannelseserfaring fra sykehus. Det ble imidlertid påpekt at han som assistentlege hos Chefinspektøren hadde reist land og strand rundt, og slik skaffet seg et godt inntrykk av helseforholdene de forskjellige steder i landet. Gjennom sitt arbeide med å utrede spørsmålet om den sivile medisinaladministrasjons plassering og organisering, et arbeid han utførte gjennom en SLF-komité (1938), hadde han også fått betydelig innsikt i medisinaladministrative forhold. Den meget energiske doktor Evang hadde også vært politisk aktiv fra studentertiden av, i Mot Dag og siden i Socialistiske lægers forening. Han var initiativtager til dannelsen av SLF og var Foreningens formann fra 1931 til 1938. Fra 1930 til 1931 var han formann i Det Norske Studentsamfund. Fra 1934 til 1936 var han formann for Yngre lægers forening. Fra 1932 til 1933 var han med på å utgi det snart nokså omstridte Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning. I 1938 ble han valgt inn i Bystyret i Oslo, for Arbeiderpartiet.

Ramme 2.2: Utnevnelsen av Karl Evang til medisinaldirektør – Nytt fra statsråd 23. september 1938:

Lægevesenet.

Assistentlæge ved Chefinspektoratet under Statens arbeidstilsyn, læge Karl Evang er konstituert som direktør for det civile medisinalvesen.

Ansettelsen voldte Regjeringen endel hodebry. Kjølstad og Bjelke ville, etter en normal vurdering, stått sterkest. Ble det lagt vekt på ansiennitet, stod Kjølstad klart sterkest. I Arbeiderpartiet var det imidlertid betydelig interesse for å få Evang som medisinaldirektør. Partiet hadde i 1935 overtatt makten, med Johan Nygaardsvold som statsminister, og var opptatt av å bryte opp det monopol de borgerlige partier, i praksis Venstre (særlig) og Høire, hadde på de høyere embedsstillinger. Nå hadde Partiet sjansen til å få inn en av sine i ett av de viktigste embeder i statsadministrasjonen. Denne mannen var tillike en usedvanlig dyktig, energisk og visjonær mann. Ja, om han enn manglet endel erfaring, og navnlig som offentlig lege, var han utvilsomt den skarpeste og mest lovende av ansøkerne. Det var til stor nytte for Sosialministeren, som etter valget høsten 1936 var Arbeiderpartiets formann, Oscar Torp, at Evangs sjef i Chefinspektoratet, direktør siden (etableringen i) 1915, Olai Lorange (1876-1965) gav Evang sin varmeste anbefaling. Torp rådførte seg ellers med endel fremstående leger, spesielt stadsfysikus i Oslo (siden 1930), Andreas Diesen (1881-1958), en lege som hadde arbeidet endel sammen med Evang, blant annen i Norsk Hygienisk Forening, i Folkehelseforeningen og i Mentalhygienisk forening. Diesen gav overfor Statsråden, som han hadde møte med like før utnevnelsen skjedde, at han anså alle seks ansøkere som kvalifisert for embedet, men at tre utmerket seg, Kjølstad, Bjelke og Evang.

Det kan se ut til at det for Torp og Regjeringen stod mellom de to yngste, Bjelke og Evang. Torp hadde fått et godt inntrykk av Bjelke som konstituert

medisinaldirektør. Bjelke var en charmerende herre – diplomatisk, morsom og med vide kulturelle interesser. Torp så også at Bjelke trivdes som medisinaldirektør og kunne tenke seg å fortsette som sådan. Bjelke samarbeidet meget godt med ekspedisjonssjef i Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet, Theodor Thorsen. Torp kunne nok tenkt seg å velge Bjelke, også for ikke å provosere Stortingets borgerlige flertall. Han visste jo at mange var skeptiske til Evang, omenn mer for hans sosialradikale holdninger enn for hans mangel på erfaring. Men han skjønnte samtidig at han av politiske grunner ikke kom utenom Evang. Bjelke forstod også at han hadde politikken imot seg, selv om han selv ikke hadde eksponert noen politisk tilhørighet. Bjelke var borgerlig innstilt, og det visste Torp. Som legesønn og ikke minst svigersønn av den meget kjente og innflytelsesrike forlagsbokhandler William N. Nygaard, tilhørte han en verden som var fjern for Torp og hans partikamerater.

Det trakk ut med utnevnelsen, så vidt lenge at det begynte å bli pinlig. Men saken var vanskelig for Regjeringen. Morgenbladet skrev således, da utnevnelsen var et faktum, at Evangs ansettelse ”har – det vet man – først funnet sted etter strid innen regjeringen”.⁵⁶ Ja, strid var det. Striden gikk endog etter alt å dømme til topps i Regjeringen. Den politisk moderate statsminister, og parlamentariker mer enn partikontormann, Johan Nygaardsvold, var skeptisk til å ta Evang. Etter hvert skjønnte imidlertid ”Gubben” at han ikke kunne sette seg imot å utnevne Evang.

Etter et møte, antagelig på ettersommeren 1938, drog Torp og Bjelke sammen bort i drosje. Da lente Torp seg over mot Bjelke og sa: ”Det blir Evang. Partiet har bestemt det.” Den alltid hensynsfulle statsråd ville gjerne varsle Bjelke på forhånd om hva som kom til å skje, og forsåvidt forberede ham på at han burde ta sikte på et av de to fylkeslegeembeder som nå stod ledige. Men Torp viste nok også med sin meddelelse til Bjelke at også han syntes valget hadde vært vanskelig. Bjelke satte pris på å få beskjed av Statsråden, men han ble svært skuffet.

I den regjeringskonferanse som fattet avgjørelsen om å utnevne Evang manglet en viktig person, statsminister Johan Nygaardsvold.⁵⁷

Bjelke valgte for øvrig Østfold, så ble ikke avstanden til ”byen”, det vil si til Oslo, for stor for hans hustru, Ellen Wiel Nygaard Bjelke (1900-1980). Bjelke ble utnevnt i det samme statsråd som Evang ble utnevnt til medisinaldirektør.

Bjelke fikk siden fra tid til annen kommentarer om at det var han som burde vært medisinaldirektør, men ville nødig snakke om saken. Han fikk et greit

56) Morgenbladet, *op.cit.* Bjelkes svigerfar, som han stod nokså nær, var forlagsbokhandler William N. Nygaard. Nygaard var en meget innflytelsesrik mann i den tidens Oslo og så nok gjerne at svigersønnen (for) ble medisinaldirektør. Om han ”trakk i noen tråder” vet vi ikke. Han snakket nok med noen, men de stod knapt arbeiderpartiregjeringen nær. Bjelke hadde for øvrig ikke markert seg politisk, men stemte borgerlig. (Erik Bjelke, telefonsamtale 4.2.2009.)

57) Harald Bjelke fortalte en hel del om ”begivenhetene” i 1938 til sin assistentlege fra 1953 til 1954 ved fylkeslegeembedet i Østfold, senere professor Jarle Ofstad (f. 1927). Opplysningen om Statsministerens rolle i utnevnelsessaken har vi fått av Ofstad i telefonsamtale 6.2.2009.

forhold til Evang. Evang besøkte ham også senere, trolig i femtiårene, i Moss.⁵⁸

Den nye medisinaldirektør: DR. KARL EVANG



Langt Karl Evang er i dagens statsråd konstituert som medisinaldirektør.

Dr. Karl Evang er i sjelden grad skikket for denne sin nye betydningsfulle stilling. Hans fremvægen- de dygtighet må avveies beundring- hos alle, selv hos hans hitrute poli- tiske motstandere, og med æverg- og kjærlighet har han gått inn for å løse de sociale spørsmål. Tross sine utveir har han hatt mange viktige hverv og pått seg ardeve oppgaver som han har arbeidet med uten å spare seg selv.

Den nye medisinaldirektør, er født i Oslo i 1892, tok artene i 1917 og medisinsk embetseksamen i 1923. Han praktiserte i Oslo fra 1929-32, var så konsulent på Ullevål, og tok doktorgrad på sin privatpraktis i 1934. I de to siste årene har han vært ansatt ved Statens arbeidskontor.

Blandt dr. Evangs mange offentlige oppdrag kan nevnes at han blev medlem av den komité som Oslo kommune medlet i 1936 til utredning av de foreningsmessige utredningsforhold. Denne komité ledergruppen var spadesfysikar Eriksen, mens professor Schjota, Toverud og dr. Evang var de øvrige medlemmer. Kommiteundersøkelser som dr. Evang drevet i stor skala siden 1933 blede blandt fiskere i nord og blandt fiskere i nord og blandt fiskere i Oslo og omegn, og særlig har han i samarbeid med distrikthygge-derstet de hygieniske forhold og sykdomsforholdene omkring i landet. Videre har han tatt del i det fjerdede arbeid til omorganisering av Medisinaldirektoratet, og er medlem av ledelsesrådet i den civile luftverns- og luftvern, av styret, av Oslo kommunale sykehusstyre, det kommunale barnesjektivstyre og representantskapet for Folkehelsekomiteen. Han var redaktør av Tidsskrift for allmenn opplysning, var med å stifte Sosialistiske legers forening i 1934 og ble vært med i styret i de to siste årene. Likeledes har av redaktør av medisinaldirektoratets tidsskrift.



Den nye medisinaldirektør, dr. Evang, konstituert på statsrådene sin side i 23. september 1938.

Suspensjoner i Oslo brannvesen.

Fra Oslo brannvesen, meldt av

Faksimile 2.1: Forsiden av regjeringsorganet Arbeiderbladet fredag 23. september 1938. Oppslaget stod nede til høyre på siden. Øverst på siden dominerte krisen i Tsjekkoslovakia (Tyskland krevde å få Sudetenland).

I noen henseender var utnevningen av Evang ikke noe stort brudd med tradisjonen. Han var, som de fleste av sine forgjengere, en utpreget fagstyremann, en medikrat. Hans 1938-innstilling var jo et tydelig uttrykk for det. Deltagerne på legemøtet i Stavanger det året oppfattet åpenbart også det. Evang talte som deres kollega. De, dog relativt få, som deltok i debatten etter hans, og ekspedisjonssjef Thorsens, foredrag på det alminnelige lægemøtet

⁵⁸ Bjelke tiltrådte som fylkeslege fra 1939 og ble sittende i embedet resten av sin karriere. Hans far, som også het Harald Bjelke (1879-1923), fungerte som praktiserende lege i Larvik fra 1901. En del av opplysningene i dette avsnitt, bl.a. om Torps henvendelse til Bjelke, har vi fått av Bjelkes sønn, professor i medisin (em.) ved Universitetet i Bergen, Erik Bjelke (f. 1934), i telefonsamtale den 29.10.2008. Bjelkes opplysninger er delvis bekreftet og delvis utfylt av Jarle Ofstad i telefonsamtale den 6.2.2009; kfr. Forrige fotnote.

den 28. juni, støttet Evang. Evang fikk da også Lægemøtets tilslutning til sitt forslag til resolusjon i ”administrasjonsspørsmålet”.

La oss føye til at hygienikeren Evang også tilhørte tradisjonen innen helseforvaltningen forsåvidt som han var en ”helsemedikrat”, en sunnheitspolitimann, mer enn en *klinisk* medikrat; skjønt han var også i prinsippet det siste.

Evangs forgjengere siden Holmboe hadde, som vi har sett, vært politisk forsiktige, og ikke presset på for å samle avdeling og direktorat. Ja, de var, som vi har sett, i så henseende nærmest nølende. De ville bygge ut fagstyret på andre måter, men i første rekke ved å styrke Medisinaldirektoratet og ved å kollegialisere ledelsen av det. Evang ville ha politisk adgang, og gav tydelig og utålmodig uttrykk for det, tydeligere enn noen hadde gjort siden Frederik Holst. Holst fikk imidlertid ikke, som Evang, makt. Men ulik Holst, og mange av sine forgjengere, var Evang mindre opptatt av å kollegialisere ledelsen. Han ville ha en sterk og tydelig helsedirektør.

Det kunne lett ha gått med Evang som med Holst. Også han kunne (for)blitt en utenforstående kritiker. Hadde Torp valgt Bjelke, hvilket han altså, formodentlig, sterkt vurderte, kunne meget gått anderledes. Bjelke var nok også en medikrat, men en langt varsommere sådan enn Evang. Som sine forgjengere hadde han ingen tanker om å samle medisinalforvaltningen. På Lægemøtet i 1938 holdt han et lengre innlegg, etter ekspedisjonssjef Thorsen, og støttet, på en forsiktig måte, Thorsen. Indirekte angrep han slik Evang. Bjelke konkluderte slik:

Medisinaldirektørens arbeide bør alltid være politisk nøytralt, og jo friere hans stilling er, desto sterkere vil han stå som den ansvarlige rådgiver. Det som er sakens kjerne er instruksmessig å skape klare linjer mellom medisinalavdelingens og Medisinaldirektoratets virkeområder.

Han foreslo, i tråd med dette, å gå frem på denne måten:

1. *Å utbygge det nuværende lægekontor i Medisinaldirektoratet til 4 selvstendige kontorer, ledet av fagchefer som sammen kan danne en såkalt kollegial medisinalstyrelse med en av chefene som medisinaldirektør.*
2. *Regulativmessig å få fastslått at Medicinaldirektoratet er en selvstendig institusjon ved siden av Socialdepartementets medisinalavdeling, og at disse to institusjoner får hvert sitt bestemte virkeområde.⁵⁹*

Vi ser altså hvordan Bjelke foreslo reform, mens Evang ville ha ”revolusjon”. Bjelke ville styrke fagligheten i Direktoratet og han ville kollegialisere ledelsen. I debatten fikk, som nevnt, Evang all eksplisitt støtte. Han svarte også Thorsen på en nokså spiss måte. Bjelkes innlegg forbigikk

59) *Forhandlinger, 27. almindelige norske lægemøte, 1938, s. 71-72.*

han i stillhet. På det tidspunkt da møtet ble holdt foregikk jo den endelige regjeringsvurdering av de to konkurrenter til embedet som medisinaldirektør. Bjelke la imidlertid merke til stemningen på lægemøtet. Den gikk ikke i hans favør. Fru Ellen Bjelke, som for første, og siste, gang var med sin mann på et legemøte likte ikke atmosfæren. Der ble visket og tisket i krokene, men talen forstummet når hun kom forbi. Om det var mannen, og Evang, de snakket om, visste hun dog ikke.⁶⁰

Hadde Torp valgt Bjelke i 1938 ville Norge neppe fått det integrerte Helsedirektorat det fikk i 1945. Utviklingen ville antagelig ha fortsatt i det spor den var i, med et sakte voksende Direktorat og en overordnet avdeling. Som vi skal komme tilbake til senere kunne den evangske konstruksjon ha blitt avviklet da han gikk av i 1972, men avviklingen kom først i 1983. Regjeringen, også en arbeiderpartiregjering, valgte, etter meget tvil, en slags ”ny Evang” i 1972, istedenfor en ”ny Bjelke”.

Men la oss vende tilbake til Evang. Mens hans forgjengere som medisinaldirektører, iallfall i noen grad, var ”aristokratiske” medikrater, var han, eller – rettere – så han seg som, en ”folkemedikrat”. Fjerner man hans marxistiske jargon, finner man imidlertid at han først og fremst stod for en mer offensiv og intervenserende, og mer gjennomsekularisert,⁶¹ form for ”sunnhetspoliti” enn de hadde gjort.⁶² Ja, han overgikk dem egentlig hva gjaldt paternalisme. Han ville snarere arbeide *for* folket enn *med* folket. Han var en usedvanlig direkte talsmann for det som filosofen m.m. Ivan Illich (1926-2002) en generasjon senere, i ytterst kritisk øyemed, skulle gi betegnelsen, medikalisering.⁶³

Allerede før krigen fremstod altså egentlig Evang som en nokså paternalistisk helsemedikrat. Krigens opplevelser skulle imidlertid gjøre at han raskere oppdaget det enn han kanskje ellers ville gjort. Hans biograf, Trond Nordby, peker imidlertid på at Evang allerede i søskenflokk, han var nummer tre i en flokk på ti, var den selvsagte leder: Da faren, byråsjef Jens Ingolf Evang (1873-1914), allerede i 1914, døde henvendte moren, Anna Beate (1875-1954), ”seg i første rekke til Karl – som var den nest eldste sønnen, og innenfor rammene av de tradisjonelle kjønnsrollene fylte han på

60) Opplysninger gitt av Erik Bjelke, Harald og Ellen Bjelkes sønn, i telefonsamtaler 29.10.2008 og 4.1.2009.
61) Vi tenker her først og fremst på hans nesten misjonerende rådgivningsvirksomhet på kjønnslivets område (Boken *Fødselsregulering* (1930), *Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning* (1932-35)) og i forlengelse av det, hans akseptering av provosert svangerskapsavbrudd.

62) Et spesielt tydelig trekk innen sunnhetspolitiet hadde i lengre tid rasehygiene vært. Sett fra en sunnhetspolitisk synsvinkel ble det viktig både å øke befolkningen og å foredle den. I Tyskland ble denne læren drevet langt, men i moderat form preget den sunnhetspolitiforståelsen i hele Europa. Også Evang tenkte rasehygienisk, men, som han understreket, på vitenskapelig grunnlag, ikke som i Tyskland, på ideologisk grunnlag. I heftet *Rasepolitikk og Reaksjon*, som kom ut i 1934 (Oslo: Fram Forlag), skrev han i siste kapittel, kalt ”Socialisme og rasehygiene” blant annet (s. 130) at ”Den tanke f.eks. å begrense antallet dårlige arvebærere, er en helt rasjonell tanke, som socialismen alltid har gått inn for. I det socialistiske plansamfund vil dette naturlig inngå som ledd i det forebyggende sundhetsarbeide.”

63) Ivan Illich, *Medical Nemesis – The Expropriation of Health*, London: Calder & Boyers Ltd., 1975. Illich var på besøk i Oslo, trolig på ettersommeren 1975, i anledning utgivelsen av boken. Det var hans venn, Nils Christie som hadde invitert ham og holdt et seminar med ham i ”professorboligen” i sentrum, hvor Institutt for rettssoisologi holdt til. Evang var til stede, og trodde en stund at Illich, som han, etterlyste en mer radikal hygienisk og sosialmedisinsk medisin. Illich lot ham forstå at en slik medisin var enda ”verre”, altså mer avmektiggjørende, enn den spesialiserte kliniske medisin. Da Evang oppdaget hvordan han hadde misforstått Illich, ble han meget vred og forlot frysende seminaret. Vi, som skriver dette, var tilstede på seminaret. Evang kommenterte siden Illich’ bok i *Forskningsnytt*, nr. 3, 1976.

mange måter plassen etter den avdøde faren. Følelsen av å være mors utvalgte – når han attpåtil hadde en eldre bror – skjerpert fremdriften. Han ble den seierssikre. De yngre søsknene syntes han kunne bli for mektig alt da han bodde hjemme”.⁶⁴ Karl Evang hadde for øvrig fått farens navn som annet navn: Karl Ingolf. Han brukte ikke siden farsnavnet.

Men med det bilde ”den opplyste almenhet” hadde fått av Evang var utnevnelser av ham dristig. Utnevnelsen skapte allikevel ikke umiddelbart særlig politisk ”støy”. Flere aviser, som Aftenposten, bare nevnte den nøytralt, mens Morgenbladet og Nationen reagerte negativt. Morgenbladet, trolig ved sin redaktør Olaf Gjerløw (1885-1949), pekte på at Evang var den yngste søkeren, at han hadde beskjeden administrativ erfaring og ennå ikke hadde nådd lenger enn til å ha underordnede legestillinger.⁶⁵ Det heter videre i lederen om ”Den nye medisinaldirektør”: ”Det tør sies at uten partifelleskapet og uten den særkvalifikasjon at han er formann og ledende ånd i Socialistiske lægers forening vilde dr. Evangs kandidatur neppe blitt tatt helt alvorlig”. Avisen pekte ellers på at hans syn på abortus provocatus gjorde ham svært omstridt. Nationens redaktør Thorvald Aadahl (1882-1962), som stod i skarp opposisjon til det arbeiderbevegelsen stod for, skriver⁶⁶ at ”Under den voldsomme spenning som nu behersker alle sinn” (krigs-truslene) ”er det ikke mange som optas av våre hjemlige begivenheter”, som embedsutnevnelser. Men redaktøren fremholder at det er urovekkende hvordan Regjeringens mange små beslutninger begynner å danne et mønster. Der slipper ikke til ”en visergutt uten omhyggelig politisk mentalundersøkelse”. Og hva medisinaldirektørembedet angår, skriver han: ”Der finnes ikke et menneske – ikke engang i arbeiderpartiet – som vilde tenkt på dr. Evang i forbindelse med ledelsen av hele vårt medisinalvesen, hvis han ikke som politiker hadde eid tilstrekkelig av røde blodlegemer”. Regjeringen har, avslutter redaktøren, ”bøiet sig for krefter som tenker mere på Folkets hus enn på folkets helse”.



Evang var en flittig forfatter hele sitt liv. I 1930-årene publiserte han flere arbeider innen ernæringsfaget, som dette, sammen med sin senere tuberkuloseoverlege, Otto Galtung (Hansen). Da arbeidet ble publisert hadde Evang allerede tiltrådt som medisinaldirektør.

64) Nordby, s. 21.

65) Morgenbladet, 24.9.1938, s. 4.

66) Nationen 24.9.1938, s. 9.

Arbeiderbladet gav utnevnelsen et solid oppslag på utnevnedagen, fredag 23. september 1938. Utnevnelsen fikk tre spalter på første side, nederst til høyre; kfr. faksimile 1. Nyheten ble heller ikke presentert nøytralt: ”Dr. Karl Evang er i sjelden grad skikket for denne sin nye betydningsfulle stilling”, het det innledningsvis i regjeringsorganet. Avisen fortsatte: ”Hans fremragende dyktighet må avtvinge beundring hos alle, selv hos hans bitreste motstandere, og med energi og hjertelag har han gått inn for å løse de sosiale spørsmål”. Avisens første side var ellers, selvsagt, preget av de krigstruende begivenheter i Sentral-Europa: Sudetområdet og Tysklands trusler mot Tsjekkoslovakia. Dagen etter, lørdag den 24., kommenterer avisen på lederplass kritikken fra Morgenbladet og Nationen.⁶⁷ Det er nok redaktøren selv, Martin Tranmæl (1879-1967), som skriver. Han omtaler Nationens kommentar som ”et ubehersket angrep på regjeringen” og Morgenbladets som ”et surt opstøt”. ”Fra den kant er det også det samme lorum-larum” om alder og medlemsbok, skriver Arbeiderbladets redaktør om Morgenbladets kommentar. Redaktøren fortsetter: ”Det må da være en fordel at en mann i så viktig og krevende administrativ stilling er ung. Vi trenger litt foryngelse og fornyelse i hele vår administrasjon. Åreforkalkning er overalt en fare og særlig på dette område”.

Christiania Nyheds- og Avertissementsblad, Morgenposten, eller ”Sværta”, omtalte utnevnelsen saklig og nøytralt og bemerket til slutt i sin omtale at ”Den nye medisinaldirektøren er også sterkt idrettsinteressert og en av våre beste tennisspillere. I går vant han således arbeidermesterskapet ved å beseire A. I. F.s hittil beste spiller, Reidar Haanes”.⁶⁸

Evang var selv, skriver hans biograf Trond Nordby, overrasket over at der ikke kom flere negative reaksjoner på utnevnelsen. Til sin aldrende legebekjente, Karl Sandberg (1855-1949), som da bodde i Chicago, skrev han: ”Min utnevning var et hårdt slag, særlig for den kristelige reaksjon i landet, men bortsett herfra er den blitt godtatt med forbausende liten motstand”.⁶⁹ Han nevner at der nesten ikke er kommet kritikk over utnevnelsen fra leger, og antyder at det kan skyldes at de tror hans utnevning kan gjøre at legene endelig kan få satt juristene i Departementet på plass.

Det er riktig, der kom ingen formelle klager fra legehold på utnevnelsen av Evang. Men det tør nok være at de fleste kliniske leger, altså de fleste leger, ikke var så opptatt av hva Medisinaldirektoratet bestilte, ”prekliniske” orientert som det jo i stor grad var. Blant dem som var opptatt av forvaltningsspørsmål og helsepolitikk mer alment, var nok skepsisen til Evang betydelig. Det skulle vise seg etter krigen. Men han fikk også antydninger om det før krigen, som vi skal se.

67) Arbeiderbladet 24.9.1938, s. 4.

68) Morgenposten 24.9.1938, s. 4. Evang ble altså tennismester på utnevnedagen. A. I. F., Arbeidernes Idrettsforbund ble stiftet i 1924, i opposisjon til Norges Landsforbund for Idrett, som A. I. F. mente var for nasjonalistisk og militaristisk. Der ble arrangert adskilte idrettskonkurranser i mellomkrigstiden. A. I. F. var opptatt av å se på idrett også fra en helsemessig synsvinkel og la stor vekt på masseidrett; dog arrangerte også Forbundet vanlige konkurranser (A. I. F.-mesterskap), og det var en slik Evang vant. De to idrettsforbund gikk i 1946 sammen i Norges Idrettsforbund.

69) *Ibid.*, s. 90.

Etter en tid kom det også en politisk reaksjon på utnevnelsen av Evang. Den kom i forbindelse med Stortingets protokollkomité's gjennomgåelse av regjeringsprotokollene et knapt år etter utnevnelsen. Protokollkomiteens flertall, (alle) de fem borgerlige medlemmer, konkluderte sin kritiske uttalelse slik:

Med forbigåelse av eldre, langt bedre kvalifiserte ansøkere burde derfor Karl Evang, som endog var den yngste ansøker, ikke vært konstituert som direktør for det civile medisinalvesen.

Mindretallet, Komiteens fire arbeiderpartimedlemmer, støttet derimot utnevnelsen og konkluderte slik:

Alt i alt hadde denne søker vist så særpreget interesse og så fremragende vitenskapelig og praktisk innsats i arbeidet med en rekke forskjellige viktige helsespørsmål at han i særlig grad må sies å ha kvalifisert sig for det embede han blev utnevnt til.

Komiteens mindretall finner derfor at den utnevnte var den best kvalifiserte ansøker til dette embede og departementet har handlet rett ved å utnevne Evang til medisinaldirektør.⁷⁰

Protokollkomiteens delte innstilling førte til en ganske omfattende debatt i Odelstinget om ettermiddagen den 12. juni 1939. Debatten kom etter hvert til å engasjere langt flere enn bare Komiteens medlemmer. Dens tema ble etter hvert både Evangs kvalifikasjoner i forhold til de andre ansøkerne og hans verdimeslige og politiske holdninger. I noen grad gikk de to typer vurderinger over i hverandre, men det tør nok være at standpunktene mer reflekterte holdninger enn kvalifikasjoner, på begge sider av den politiske delingslinje. Ingen av de borgerlige representanter trakk Evangs kvalifikasjoner i tvil, selv om det ble henvist til at han var svært ung og hadde en snever erfaringsbakgrunn. Flertallet påpekte således at det ikke kan "sees at han har hatt noen anledning til å erhverve sig synderlig kjennskap til lægeforholdene utover landet, og efter de foreliggende opplysninger må det antas at han heller ikke har hatt anledning til å erhverve sig den nødvendige erfaring i administrativ stilling".⁷¹ Det er for så vidt typisk at det viktigste kvalifikasjonsargument for flertallet, direkte og indirekte, var ansiennitet. Mindretallet legger på den annen side all vekt på de saklige kvalifikasjoner, og trekker således frem hans glimrende eksamenskarakterer og hans betydelige forskningsinnsats: "Et embede av denne art kan ikke besettes efter rene ansiennitetsprinsipper. Det er ingen vanlig opprykningsstilling, men en stilling hvor kvalifikasjoner må spille den største rolle".⁷² Mindretallets, altså Arbeiderpartiets, fremste talsmann i odelstingsdebatten om innstillingen, Arnt F. Moss (f. 1880), som representerte byene i Buskerud og var kommunerevisor, utdypet utførlig mindretallets kvalifikasjonsvurderinger og avsluttet med å si:

70) SF, 1939, IV A, Innst. O., s. 20 og 21.

71) *Ibid.*, s. 20.

72) Begge sitater er fra SF, IV A, 1939, Inst. O., s. 20.

Jeg er derfor forvisset om at enhver som ser det fra det her nevnte standpunkt, vil innrømme at det er riktig. Ser man det på en annen måte, er det ut fra et politisk syn som bare ser en motstander uten hensyn til kvalifikasjoner.⁷³

Etter at statsråd Oscar Torp, saklig og rolig, hadde sagt mer om Regjeringens, og sine egne, motiver for å velge Evang, redegjorde Protokollkomiteens formann, Bondepartiets Andreas Maastad (f. 1881), gårdbruker fra Østfold, nærmere for flertallets vurderinger. Han grep fatt i Regjeringens og mindretallets kvalifikasjonsargumentasjon og sa, med et lite innslag av ironi, at

Nu nevnte både statsråden og hr. Moss hans store videnskapelige produksjon, og det har selvfølgelig de herrer bedre kjennskap til enn jeg, men det er kanskje særlig om denne hans videnskapelige produksjon at der har stått adskillig strid.

Maastad pekte ellers på at man ikke måtte sette kvalifikasjoner bare lik akademiske sådanne: ”Vi har lagt mer vekt på praksis og erfaring, som er nødvendige betingelser i en sådan stilling som denne”. For ham, og flertallet, stod derfor Kjølstad fremst, med Bjelke som en god nummer to. Maastad la ellers vekt på ”at det vil føles noget sårt for de eldre og vel kvalifiserte ansøkere som vi hadde til denne stilling, å bli forbigått”.⁷⁴

Etter Maastads innlegg tok meningsutvekslingen en ny vending. Den ble spissere. Den som bidro til det var den gamle statsminister for Venstre, skipsreder Johan Ludwig Mowinckel (1870-1943). Mowinckel vendte seg mot sine egne og forsvarte, med engasjement, utnevnelsen av Evang. Hans engasjement var påfallende også fordi han gav uttrykk for at Maastads innlegg var avbalansert og saklig. Han reagerte åpenbart som han gjorde fordi han, som statsminister i til sammen ca. 10 år, var gått lei av Protokollkomiteens årvisse kritikk av embedsutnevnelser. Han syntes den begynte å bli pinlig, i sin forutsigbarhet, og hadde nærmest helst sett at Protokollkomiteen ble nedlagt. Hans syn var at det var Regjeringens oppgave å vurdere ansøkerne, og at den i den sammenheng også kunne legge politiske hensyn til grunn:

Socialdepartementets chef har så store oppgaver på dette område som han gjerne vil løse, og som ligger nær hans politiske og sociale oppfatning, at det er meget naturlig og rimelig at han i denne viktige stilling – en av de aller viktigste som ligger under ham – vil søke en mann som han vet arbeider av fullt hjerte med ham og ikke mot ham.⁷⁵

Den gamle statsminister og selvbevisste bergenser provoserte ikke bare slik de borgerlige medlemmer av Protokollkomiteen, han legitimerte en mer politisk diskusjon om utnevnelsen av Evang. Maastad, og før ham Høyres Johan Undrum (1880-1940), hadde så vidt henvist til at mange av Evangs

73) SF, 1939, IV A, O.tid., s.

74) SF, IVA, 1939, O.tid., s. 610 (alle sitater fra Maastad).

75) *Ibid.*, s. 611.

arbeider var omstridte. Nå var det blitt legitimt å gi disse henvisningene ideologisk innhold. Kristelig Folkepartis skaper og leder, Nils (Andresson) Lavik (1884-1966), gjorde straks, på klangfullt landsmål (ikke nynorsk), det Lavik gikk først gjennom kvalifikasjonsmomentene, og mente, som Maastad, er erfaring burde være tillagt mer vekt, og i så henseende stod Kjølstad, ”langt, langt framum Evang”. Det var imidlertid en ting til han ”vilde nemna: Det er ikkje berre eit fleirtal i protokollnemndi som hev reagert på denne utnemningi, det er *ein stor lut av folket vårt*”. Etter å ha understreket at han ikke trekker Evangs faglige dyktighet i tvil, sier han:

*Men sumt av det han hev skrive er vågsamt, – eg brukar varsamme ord – det er **for** vågsamt. Det kann henda at doktor Evang hev gjort det frå ideelle grunnar – etter dei opplysningar eg hev fått, hev eg grunn til å tru det, og dette segjer eg for di eg ikkje vil gjera urett mot mannen – men når eg tenkjer på det denne mannen hev skrive i ”Tidsskrift for seksuell Oplysning”, so er der ting som synest å vera vanskelege å forsvara, både pdeagogisk set og medisinsk set. Dei seksuelle opplysningane som han kom med, hev **eggja** meirr enn opplysningane er verd, dei skapte ei seksuell påkjenning som vart for tung for den moralske makti hjå mang ein norsk ungdom. Eg tenkjer her m. a. på ein artikkel i det nemnte tidsskriftet – eg trur det var frå året 1933. Der gjev han millom anna råd og rettleiing og **uppskrifter** for ymse former, og ikkje so få heller, for seksuelt samliv. ... Ungdommen kjøpte det, og det var lese, og dei levde etter det.*

*...Riksstyret kan ikkje undrast over at det var folk som reagerte. Dei ottast og dei spurde: Kva skal det tyda når Riksstyret set ein **slik** mann inn i den øvste tilsynsstilling for lækjarstellet vårt;...*

Lavik sier til slutt at for den som skal bli medisinaldirektør er ikke faglige kvalifikasjoner nok:

*Det spørst òg etter pedagogisk visdom og pedagogisk takt i eit slik arbeid (som medisinaldirektørens). Det spørst òg – eg understrekar det – **etter pietet og etter vyrdnad for dei moralske verdiar som enno er høge og heilage for ein stor lut av folket vårt.**⁷⁶*

Etter Laviks innlegg meldte det seg så mange talere at Presidenten foreslo å redusere taletiden fra fem til to minutter.

Den første som tok ordet var Høires ledende mann og Stortingets president, Carl Joachim Hambro (1885-1964). Konstitusjonalisten gikk først og fremst løs på sin gamle rival Mowinckel, og for hans forsvar for politiske utnevnelser. ”Protokollkomiteen er vår konstitusjons vern mot alle diktaturlyster hos regjeringer”, hevdet han og henviste til at embedsmenn i Norge er uavsettelige. Godtar man politiske utnevnelser impliserer det, mente Hambro, at

76) *Ibid.*, s. 612 og 613. Alle uthevelser er Laviks.

embedsmenn må skiftes ut ved regjeringsskifter. Det skjer i ”visse stater”, men ”lar sig overhodet ikke forene med vårt system..”⁷⁷

Laviks partifelle, og medhordalending, Hans Svarstad (1883-1971), fulgte i sitt innlegg opp sin kollegas moralske advarsel. ”Det vilde”, hevdet han, ”vera ein fåre um det nye syn på seksualmoralen, nærare avgrensa: den nye moralen, skulde få studnad frå den autoritet og den makt som eit slikt embete (som medisinaldirektør) ber i seg”. Arbeiderpartiets Arnt Moss tok igjen ordet, og forsvarte Evangs tidsskrift, som han nevnte både han og herr Svarstad, hadde abonnert på fra starten av. ”Tidsskriftet har skaffet opplysninger som var nødvendige for å motarbeide vrangforestillinger som mange led under”, fremholdt han, og mente at det stod på solid faglig grunn og mer styrket enn svekket Evangs kandidatur til embedet som medisinaldirektør. Venstres medlem av Protokollkomiteen Ola Olson Dønheim (f. 1887), lærer og gårdbruker fra Møre og Romsdal, gikk imot sin partikollega Mowinckel og fremholdt at det ”minst priselege ved gjerninga hans” var hans arbeid for seksuell opplysning. Om Evangs tidsskrift uttalte han at ”eg trur det står ymse ting der som ein må seia er tilvising på unatur..”⁷⁸

Statsråd Torp tok atter ordet, og særlig for å arrestere Hambro, som ”han syntes hadde en evne til å trekke debatten ned som det ikke er hyggelig å høre på”. Torp fremholdt at det han, og formodentlig også Mowinckel, mente var at kandidatens samfunnssyn bare fikk spille en rolle når ansøkeres kvalifikasjoner var noenlunde like. Mowinckel kom tilbake og bekreftet det Torp hadde sagt, men kunne ikke dy seg for å bemerke at ”Det lyktes hr. Hambro i løpet av 5 minutter å dra denne debatt ned på det nivå som berettiget at jeg for min part sa at jeg nødig deltar i disse debatter”. Han hadde for øvrig lagt merke til at ”høre i stigende grad er efter venstre”. Hambro, Stortingets fremste polemiker siden han første gang møtte der, i 1919, svarte straks at Mowinckel rodde; han hadde aldeles ikke tatt de forbehold i sitt første innlegg som Torp nå hadde hjulpet ham med. Han la ellers til at ”Hr. Mowinckel får ha mig unnskyldt; når man skal svare på anførsler av den art som hans første innlegg, er man nødt til å stige ned på det nivå hvor taleren befant sig”.⁷⁹ Hambro hadde også et råd til statsråden, når det gjaldt å passe på hans nye medisinaldirektør:

Jeg vil .. henstille til socialministeren,....., også å dra omsorg for at han (dvs. Evang) ikke i større utstrekning enn andre av centraladministrasjonens embedsmenn deltar for aktivt i den politiske agitasjon. Det ville være utenkelig for nogen å forestille sig hans forgjengere, Heitmann eller Holmboe, virke som han har gjort efter sin utnevning.

Helt uten et politisk etterspill gikk altså ikke utnevnelsen av Karl Evang til medisinaldirektør. Hambro antydte jo også at der var flere som ville følge nøye med i Evangs gjøren og laden fremover: Evang ble ikke bare utnevnt av politiske grunner, han praktiserte på politisk grunn.

⁷⁷) *Ibid.*, s. 613.

⁷⁸) Sitatene fra Svarstad er fra *ibid.*, s. 614, fra Moss, s. 615 og fra Dønheim, s. 615.

⁷⁹) Sitatet fra Torp er fra *ibid.*, s. 616-617, fra Mowinckel fra s. 617 og fra Hambro fra s. 618.

*

Evang kastet seg umiddelbart over sine nye oppgaver, men det var selvsagt begrenset hva han kunne få gjort på det drøye året som gikk før krigen brøt ut. Han hadde jo også det problem at departementsavdelingen stod i veien for ham. Han slapp ikke selv til politisk. Det var i første omgang lite han kunne gjøre med det, selv om han jo visste hva han skulle gjøre, og hadde et slags mandat til å handle. Han var, inntil videre, blokkert av ekspedisjonssjef Theodor Thorsen (f. 1878) og hans aldrende mannskap: Thorsen ble ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets lovavdeling i 1917, men for Medisinalavdelingen først i 1929, mens hans tre byråsjefer var utnevnt i 1913, 1922 og 1923.⁸⁰ Forsåvidt satt der også i Evangs eget Direktorat mange som mer representerte tradisjonen enn fornyelsen. Han hadde slik sett personproblemer både over seg, i Departementet, og under seg, i Direktoratet.

Som vi skal se hjalp skjebnen Evang i begge henseender. Nedad spilte snart skjebnen noen kort i hendene på ham. Der oppstod ledighet i flere viktige stillinger i Direktoratet. Evang grep sjansen. Han utnevnte, eller innstilte, leger han kjente, og som var unge, energiske og dyktige og hadde den rette, helst sosialistiske, innstilling. Som ny kontorsjef for legekantoret, etter Bjelke, utnevnte (innstilte) han Jonn Caspersen (1907-1969), en av de ferske sekretærene (fra 1937) i Direktoratet, og en han hadde fått stor sans for. Den utnevnelsen ble for øvrig påtalt av Protokollkomiteens borgerlige flertall.⁸¹ Som tuberkuloseinspektør innstilte han sin venn fra Sosialistiske Lægers Forening, Otto Galtung Hansen (1904-1981), selv om der formelt sett var en bedre kvalifisert søker.⁸² Som ny sekretær fikk han inn enda en av sine legelegte åndsfrender, Trygve O. Iversen (1902-1989). I tillegg lot han sekretær Lauritz Schmidt få den ledige stillingen som sjef for apotekkontoret. Dette var imidlertid en mer "normal" forfremmelse.

Ifølge Trond Nordby reagerte en del på de "politiske" ansettelsene. Hans sosialistkollega, sunnhetsinspektør i Oslo og snart (1940) professor, Axel Strøm (1901-1985) forsøkte endog å hindre at han ansatte Galtung Hansen. I et brev til Evang skrev Strøm blant annet at han "bestemt" ville fraråde Evang "å ansette G.H., hvilket jeg vet du tenker på". Han føyet advarende til: "Du er formodentlig fullt oppmerksom på at det blant store deler av vår lægestand – og publikum forresten også – næres adskillig mistillid til din evne til å foreta objektive ansettelser".⁸³ Strøm visste hva han snakket om.

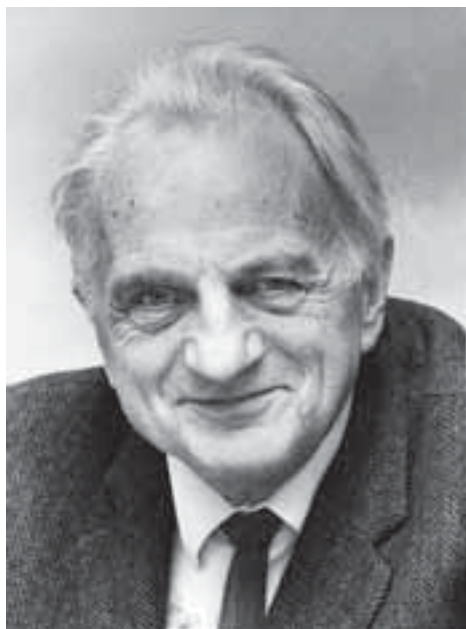
80) Theodor Gerhard Thorsen var født i Arendal 15. mai 1878. Hans far var språklærer og kommunerevisor. Thorsen ble cand. jur. i 1901, var dommerfullmektig 1902-05 og ble sekretær i Handelsdepartementet i 1905. Han ble byråsjef i Sosialdepartementets lovavdeling i 1913 og ekspedisjonssjef i avdelingen i 1917. Resten av karrieren var han i Sosialdepartementet, men fra 1945 uten avdeling. Han var da ekspedisjonssjef, og hadde som oppdrag å stå til disposisjon for Sosialministeren i spesielle saker. Han gikk av for aldergrensen i 1948. Thorsen ble fra 1910 og frem til krigen mye brukt i ulike komiteer, delegasjoner etc. Han var således medlem og formann (tre siste år) i den norske delegasjon til de internasjonale arbeidskonferanser, 1919-1928 og norsk representant i Det internasjonale arbeidsbyrås styre 1925-1928.

81) SF, IV A, 1939, Inst. O., s. 22. Flertallet mente at Caspersen var for fersk (34 år) og manglet relevant erfaring; og anbefalte, siden bare to av de seks ansøkerne var aktuelle og den ene av de aktuelle hadde svake eksamenskarakterer, at stillingen ble lyst ut på nytt. Det er imidlertid grunn til å anta at flertallets kritikk av denne utnevnelsen også hadde en "politisk" bakgrunn. De fleste politikere på borgerlig side var nå blitt ytterst på vakt overfor det Evang gjorde og sa.

82) Nordby, s. 93.

83) Sitert etter Nordby, s. 93. Brevet er datert 29.3.39.

Han hadde i 1936 etterfulgt Evang som formann i Yngre Lægers Forening og satt fra 1937 i Lægeforeningens sentralstyre. Han visste dessuten selvsagt at Evangs sterkeste konkurrent til direktørstillingen hadde vært Lægeforeningens forrige president (1936-37), fylkeslege Sverre Kjølstad (1887-1957) og han hadde også bedre sosiale antenner enn Evang. Men Evang hørte ikke på Strøms velmente råd. For ham var det viktigere å få et apparat han kunne drive ”vertikal” politikk gjennom enn å tilpasse seg en vag politisk-kollegial kultur. Men før han for alvor fikk startet med sitt reformarbeid kom krigen, og han måtte forlate sin post i Oslo. Han ble med Regjeringen til London.



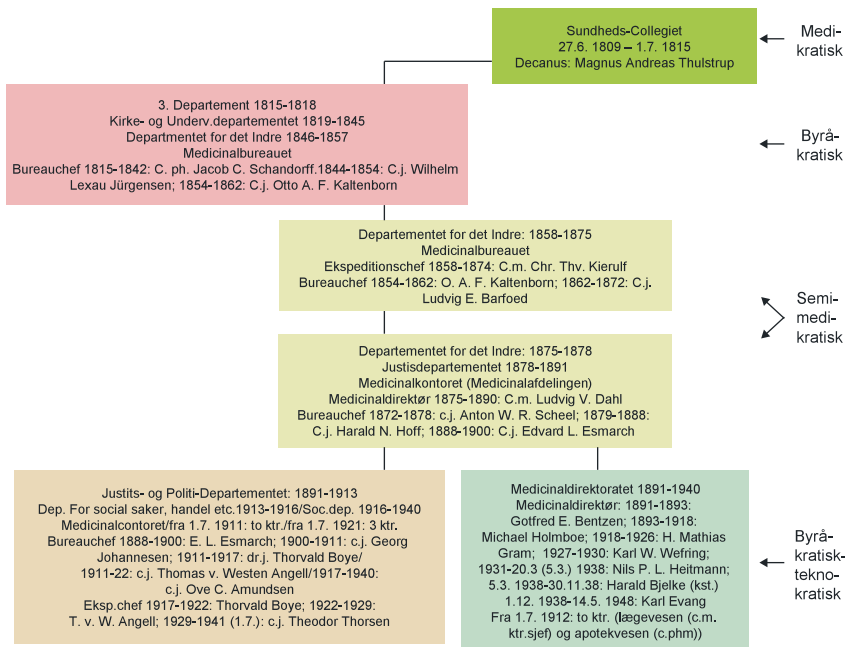
Otto Galtung (Hansen) samarbeidet med Evang fra 1930-årene av og ble etter krigen en av hans trofaste overleger. Galtung ledet Tuberkulosekontoret/Kontoret for sosialmedisin (1968) til 1974. Dette bilde er fra hans 70-årsdag, 30. oktober 1974. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Krigen betydde imidlertid ikke at arbeidet med å omordne forvaltningen etter mer medikratiske premisser ble forsinket. Evang selv medikratiserte i viktige henseender uteforvaltningen, mens de som tok over etter ham i Oslo på mange måter gjorde det samme her. Ja, de gjorde noe han knapt kunne ha klart selv, nemlig å få slått de to forvaltningsenheter sammen og å få fjernet ekspedisjonssjef Thorsen. De tyskinnsatte helsemyndigheter hadde gjort alt meget enklere for Evang da han skulle ta fatt igjen i Oslo i 1945. De løste hans ”oppoverproblem”.

*

I figur 2.1 har vi gitt en oversikt over utviklingen av den sentrale helseforvaltningens organisasjon fra 1809 til 1940 og over innehaverne av lederstillingene. I figur 2.2 vises måten helseforvaltningen var organisert på i januar 1940.

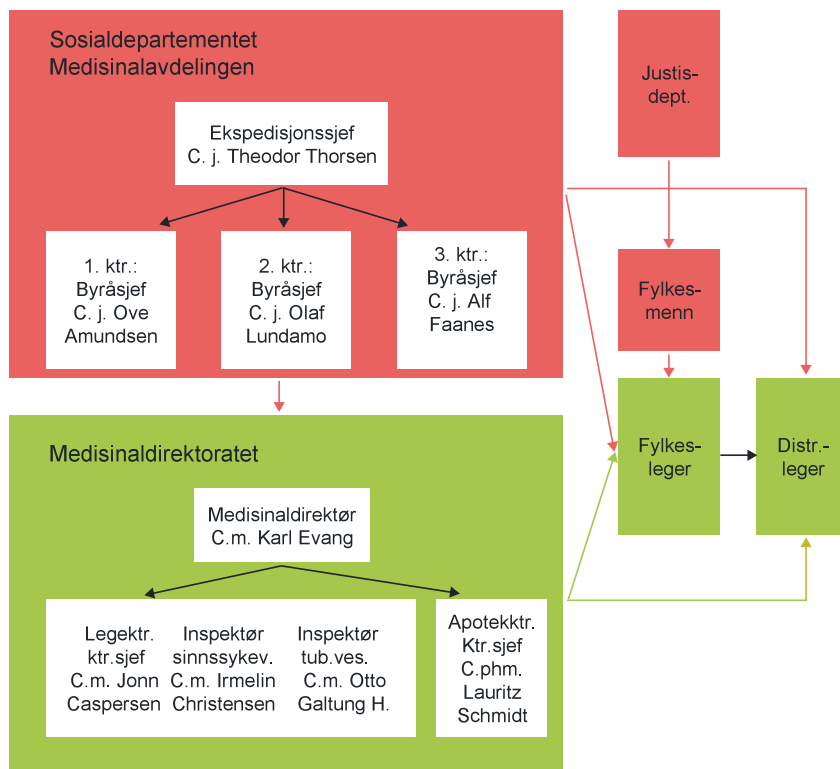
Figur 2.1: Den sentrale helseforvaltnings vertikale spesialisering 1809-1940



Kilder til denne figur og figur 2.2: Hovedkilden er det som fra starten av het Norges Hof- og Stats-Calender og som senere ble til Norges statskalender. Som kontrollkilder er også brukt de kildene som er oppgitt under tabell 2.1. Vi gjør oppmerksom på at tidspunktene for tiltredelser kan være litt usikre. Statskalenderen oppgir tidspunkt for konstituering eller utnevning, men denne kommer av og til før den reelle tiltredelse. Karl Evang ble for eksempel utnevnt til medisinaldirektør den 23. september 1938, med tiltredelse, ifølge den kongelige resolusjon, fra kommende årsskifte, men han tiltrådte fra desember 1938.

Selv om legene ikke lyktes i å få skapt en medikratisk helseforvaltning, betydde ikke det at de ble uten politisk-strategisk innflytelse. De ble de dominerende premissgivere for den sunnhetspolitiske stats- og nasjonsbygging, som forretningsdrivende, ”protoøkonomer”, (militær)ingeniører og andre teknikergrupper ble det for den øvrige moderniserende nasjonsbygging. De virket strategisk først gjennom kommisjoner og annen direkte påvirkning, siden, fra 1858, også innenfra, eller halvveis innenfra, som fra 1891.

Figur 2.2: Den sentrale sivile medisinalforvaltningen i Norge, 1940



Det er interessant at de store, både grundige og offensive, sunnhetspolitiske og sunnhetsadministrative innstillinger i all hovedsak ble utarbeidet av leger. Det gjelder den første planen for utbyggingen av det offentlige legevesen (1815), utarbeidet av Sunnhetsskollegiets (hele tiden fraværende medlem), landfysikus Hans Munk (1770-1848), men det gjelder spesielt de omfattende innstillingene fra medisinallovkommissjonen av 1834, fra sunnhetslovkommissjonen av 1858 og fra legekommisjonen av 1898. Den første innstillingen var nesten helt professor Frederik Holsts verk, den annens i betydelig grad ekspedisjonssjef Chr. Thorvald Kierulfs (som sekretær), mens den siste innstilling var preget av, men ikke ensidig utarbeidet av, medisinaldirektør Michael Holmboe. Det hører med til bildet at ledende leger var de viktigste drivkrefter bak innføringen av lover og andre ordninger for bekjempelse av en rekke store sykdommer, navnlig lepra (Carl Wilhelm Boeck, Daniel Cornelius Danielssen, Gerhard H. Armauer Hansen – 1850-årene, lov 1877) og tuberkulose (Klaus Hanssen, Michael Holmboe – lov 1900), og for utviklingen av sinnssykeomsorgen (Frederik Holst, Herman Wedel Major, Ole Rømer Sandberg – lov 1848). Tidlig i det 19. århundre var de endelig viktige både for innføringen og gjennomføringen av vaksinasjonsvirksomheten og utbyggingen av jordmorvesenet.

Legene spilte imidlertid en mindre offensiv rolle når det gjaldt innføringen av offentlig sykeforsikring. Ordningen, som ble vedtatt i 1909 og trådte i kraft i 1911, og som i første omgang omfattet arbeidere og deres familier, ble drevet frem mer politisk enn faglig. Det er også typisk at legenes medvirkning i dette tilfelle skjedde i regi av den ”politiske” del av medisinen, Lægeforeningen og ikke i regi av de nasjonsbyggende leger. Foreningen fikk endog sin generalsekretær, Rasmus Hansson (1859-1934), inn som medlem av den gruppe som forberedte den endelige utforming av forsikringsloven. Foreningen var primært opptatt av at finansieringen ikke skulle brukes som styringsmiddel overfor praktiserende leger.

Legene virket også som sentrale, ofte de mest sentrale, overvåkere, kartleggere, iverksetter og tilsynsutførere. Det skjedde i stor grad gjennom det offentlige legevesen, men ikke så kraftfullt som legeeliten fra starten av, altså under Sunnhetskollegiet, hadde håpet. Ikke var der før 1858 legekyn-dige personer i forvaltningen, og ikke lyktes legene, først gjennom Sunnhetskollegiet, med å få bygget ut legevesenet raskt nok og ikke fikk de opprettet stillinger som amtsleger. Linjen nedover var slik svært skjor; ja, var knapt noen linje. Der manglet også, eller først og fremst, hensiktsmessig lovgivning. Lenge ble ”sunnhetspolitiet” utøvet på grunnlag av den foreldede forordningen fra enevoldsstaten (1672).

Først fra 1860 kom der en ny sunnhetspolitilov, Sundhedsloven. Den gjorde linjen nedover noe tydeligere, og dens viktigste skaper, Chr. Thorvald Kierulf, var jo også den som en tid skulle forvalte den. Den var allikevel ikke helt medikratisk tilfredsstillende. Organisatorisk manglet stadig mellomledet, amtslegen, og distriktslegen var administrativt underordnet amtmannen og fagpolitisk måtte han i noen grad dele makten med legfolk (politikere) gjennom de nye Sundhedscommissionerne, fra 1912 helse-rådene.⁸⁴

Det medikratisk riktigste ville vært en helt spesialisert sunnhetsforvaltning, med en nokså fri medisinaldirektør på toppen, amtsleger som mellomledd og distriktsleger som lokale eneledere. Men som vi har sett, selv om den nye Lov om de offentlige lægeforretninger av 26. juli 1912 både gjorde at det nå (fra 1914) kom amtsleger (fra 1918 fylkesleger)⁸⁵ og at distriktslegevesenet ble kraftig utvidet, fra 161 til 355 distrikter, forble det offentlige sunnhetsvesen splittet, og mer styrt fra Departementet enn fra Direktoratet. Loven var en frukt av arbeidet til Legekommissjonen av 1898, en kommisjon vi har sett var ledet av medisinaldirektør Holmboe og med Lægeforeningens generalsekretær (1900-1924), Rasmus Hansson (1859-1934), som sekretær. Det hjalp ikke. Loven førte ikke til at det ble etablert noen ekte medisinalstat.

84) I Lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger av 1912, § 2, het det: ”For ethvert lægedistrikt skal der overensstemmende med de i det følgende indeholdte regler ansættes en læge til utførelse av de offentlige lægeforretninger, derunder indbefattet hvervet som ordfører i distriktets helseaad.”

85) I 1891 fikk Sinnssykeloven av 1848 et tillegg som innebar at der i hvert amt skulle utpekes en lege til å ha et overordnet ansvar for behandling og forpleining av fattige sinnssyke. Denne legen ble også kalt amtslæge. Etter Lægeforretningsloven av 1912 forsvant denne stillingen.

Det tør være symptomatisk for situasjonen at selv om distriktslegene ble flere, og slik mer slagkraftige, tok også den nye lov fra dem en viktig kilde til lokal autoritet, deres embedsstatus. Loven gjorde dem til statlige tjenestemenn (inntil 1918 kalt bestillingsmenn); dog skulle de fortsatt utnevnes i statsråd. Selv om de slik beholdt noe av embedsstatusen, var tapet av denne status for mange ydmykende. Legene omtalte lenge statusspørsmålet som et ”honnørspørsmål”.⁸⁶

De stats- og nasjonsbyggende leger, fra ”urprofessorene”, kirurgen Magnus Andreas Thulstrup (1769-1844) og anatomen og fysiologen Michael Skjelde-rup (1769-1852), over ”mellomgenerasjonsprofessor” (fra 1824) og hygieniker Frederik Holst (1791-1871), til annengenerasjonsprofessorene Christen Heiberg (1799-1872) (kirurg), Andreas Conradi (1809-1868) (indremedisiner) og Frans Chr. Faye (1806-1890) (obstetriker), lyktes ikke i å bygge opp en skikkelig medisinalstat, og i å gjøre den ”nye” staten til en stat preget av fire, nokså like-stilte stender.⁸⁷ Legene forble, måtte de, og dermed deres etterkommere, erkjenne, det fjerde, og avgjort minst utviklede, hjul på statsvognen.

Sunnhetspolitikken, som sunnhetspoliti, spilte en rolle; epidemier skremte. Men en systematisk og offensiv utbygging av en et medisinalstatlig fundert sunnhetsvesen fikk vi ikke. Det vesen vi fikk ble også lenge mer et hygie-nisk, eller preklinisk, enn et klinisk vesen. Klinikken ble lenge bygget ut primært som en del av det prekliniske vesen. For øvrig ble den sett på som et privat anliggende, og innen utløpet av det 19. århundre var klinikken i de raskt voksende byene nesten helt privat, og dermed ikke et politisk anlig-gende. De vitenskapelige gjennombrudd i slutten av århundret endret noe på dette. Der ble behov for behandlingssykehus. Vi fikk imidlertid ingen nasjonal sykehuspolitikk før 1940, selv om et arbeid med en slik ble startet i Direktoratet i 1933-34.⁸⁸ De nye sykehusene, og vi unntar da de eldre, som Rikshospitalet med Fødselsstiftelsen, og asylene, samt en del mindre spesial-sykehus, vokste i hovedsak frem etter lokale og veldedige initiativ.

86) De fleste, men ikke alle, leger var opptatt av honnørspørsmålet, iallfall til ut i 1920-årene. De klagende leger fikk imidlertid ikke støtte fra Medisinaldirektøren, som jo var med på å fremme forslaget om statusend-ring. Kfr. Aina Schiøtz, *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900-1984*. Oslo: Pax forlag 2003. S. 56-59.

87) Fra starten av utgjorde professorene, og etter hvert den utvidede Christiania-elite knyttet til Det norske medicinske Selskab, det norske sunnhetsvesens viktigste arkitekter. De tre ”urprofessorer” spilte særlig en rolle i starten, men Thulstrup fortsatte å være nokså aktiv like til sin død i 1844. Den tredje ”urprofessor”, indremedisineren Niels Berner Sørensen (1774-1857), var den mest anonyme av de tre første norske medisi-nerprofessorer. Holst og de som var litt yngre enn ham ble snart de drivende krefter i den norske sunnhetsve-sensbygging. Men fra 1850-årene av, og særlig fra Kierulfs utnevning, gikk initiativet stadig mer over til de administrativt aktive leger. Fakultetsprofessorene var stadig viktige, men også stadig mindre viktige. De ble mer spesialiserte vitenskapsmenn og lærere.

88) Kfr. Sigurd Bus omfattende redegjørelse i det trykte skriftet *Sykehusene i Norge*, Oslo: Medisinaldirektoratet, 1940. Bu oppgir på s. 1 i skriftet at Sosialdepartementet, altså ikke Direktoratet, ”i 1934 tok opp spørsmålet om en mer planmessig ordning av sykehusforholdene i vårt land og sendte s.å., den 1. oktober, et rundskriv til fylkesmennene med anmodning om å skaffe til veie opplysninger om alle nåvæ-rende sykehus og sykehjem i landet, bortsett fra anstalter som tilhører Staten”. Et nokså omfattende materi-ale forelå sommeren 1935, men en anmodning i 1936 om å få midler til å nedsette en kommisjon til å behandle materialet, ble ikke imøtekommet. Medisinaldirektoratet tok da over arbeidet (formelt i 1937, reelt i slutten av 1938), men måtte først samle inn supplerende opplysninger før det kunne ta fatt på arbeidet med å analysere materialet. Direktoratet satte sekretær i reseptkontrollen, Sigurd Bu (f. 1885, a. 1928) til å arbeide med sykehussaken, og han var kommet et godt stykke, kfr. hans ovennevnte skrift, da krigen førte til full stans i arbeidet. Kfr. ellers Karl Evang, ”Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og det norske helsevesen”, *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, b. 65, 1945, s. 266-271; K. Evang, ”Norsk sykehuspolitikk”, Oslo: *Den norske sykehusforening*, 1946, særlig s. 8; K. Evang, ”Statens sykehuspolitikk”, *Meddelelser fra Den Norske Sykehusforening*, nr. 5, 1949, spes. s. 4.

Medisinalforvaltningen ble, med støtte fra de medisinske og farmasøytiske miljøer, pådriverne i sunnhetspolitikken. Vi har sett at frem til 1858 kunne ikke legene nå direkte frem til de endelige beslutningstagere, statsrådene og Regjeringen. De måtte gå via en ekspedisjonssekretær, en jurist. Fra 1858 endret dette seg, men stadig var, i de fleste tilfeller også statsråden jurist og endel av det administrative juristeri som styrte Norge. Etter forvaltningsstatens fall mistet juristene kontrollen over Regjeringen, men med delingen av medisinalforvaltningen i 1891 kom det igjen jurister (en byråsjef og over denne en ekspedisjonssekretær, fra 1899 kalt ekspedisjonssjef) imellom medisinalsjefen og statsråden. Juristene var, for så vidt gjennom hele tiden frem til 1940, av profesjonspolitiske grunner tilbakeholdne med å slippe pådriverne til.

Det spilte imidlertid også en rolle for dem at legene, nesten frem til århundreskiftet, liten støtte hadde i opinionen og dermed på Stortinget. Mot slutten av århundret (1886) ble, interessant nok, spørsmålet for alvor reist om å nedlegge distriktslegevesenet.⁸⁹ Embedsmannskritikeren og sparemannen Søren Jaabæk (1814-1894) var den fremste talsmann for forslaget om nedleggelse. Legeskepsisen i befolkningen, den hang igjen fra gamle dager, førte også til mange temperamentsfulle utfall mot legene etter århundreskiftet. De nye behandlingsmuligheter som kom på slutten av det 19. århundre, og utviklingen av en mindre brysk legestand, hadde gjort legene mer sosialt populære, men dannelsen av Lægeföreningen (1886) hadde samtidig gjort at legene fremstod som mer økonomisk selvbevisste.

Etter innførelsen av sykeforsikring i 1911 kom det til mange konflikter mellom de nye kredssygekasser og legene, og til dels til at forsikringens finansieringsordning (i 1920-årene) ble en politisk sak. Venstres sterke statsminister fra 1908 til 1910 og fra 1913 til 1920, ingeniøren og industrimannen Gunnar Knudsen (1848-1928), kalte i en tale i 1912 legene for "kasselyndrere".⁹⁰ Begge sparekomiteene (1922 og 1932) kom med forslag som reflekterte betydelig legeskepsis.

Medisinalforvaltningen ble flyttet fra departement til departement helt frem til 1913. Den var bare en del av en større, nokså heterogen forvaltning. Det reflekterer det forhold at sunnhetspolitikken ikke var så politisk sentral. Ingen statsråd var i grunnen spesielt opptatt av sunnhetspolitikken, selv om politikken ble viktigere etter århundreskiftet og særlig etter Den første verdenskrig. I det 19. århundre dominerte stats- og nasjonsbyggingen politikken frem til 1860-årene. Denne politikken ble, etter at amalgamasjonstrusselen var avverget (i løpet av 1820-årene) først og fremst forstått som en politikk for utvikling av næringsgrenene og infrastrukturen, og av utdannelsesvesenet. Der var strid om utdanningspolitikken, blant annet utfordret her de

89) Jaabæks initiativ førte til at distriktslegevesenets fortsatte eksistens ble mer utsatt. I 1893 vedtok endog Stortinget, mot Medisinaldirektørens råd, at distriktslegestillinger, inntil det var tatt stilling til distriktslegevesenets skjebne, skulle besettes gjennom konstitusjon. Etter Medisinallovkomisjonens innstilling (1903) tok imidlertid ingen opp forslag om å nedlegge distriktslegevesenet. Dog gikk sparekomiteene senere løs på distriktslegestillingene og en del stillinger ble inndratt, faktisk helt frem til krigen.

90) Kfr. Schiøtz, 2003, *op.cit.*, s. 185 og Tidsskrift for Den norske lægeförening, bd. 32, 1912, s. 580 ff. og s. 778.

snusfornuftige jurister teologene og de klassisk orienterte filologene, men tendensen var tydelig – utdannelsesvesenet skulle gjøres til en del av den almene moderniseringspolitikk.

Fra 1860-årene av kom spørsmålet om demokratisering og snart også om unionsoppløsning til å fange oppmerksomheten. Sunnhetspolitikken fikk mer systematisk oppmerksomhet i forlengelsen av demokratiseringen og av gjennombruddet for ”den nye, mer vitenskapelige, medisin”, altså fra omkring århundreskiftet. Den nye medisin gjorde de kliniske tilbud både mer attraktive og mer kostbare. Demokratiseringen gjorde at ”folk flest” fikk mer makt, makt til blant annet å kunne innføre sosiale forsikringsordninger, altså gjøre staten mer til en stat også for dem, til en velferdsstat. Men sunnhetspolitikken kom slik høyere opp på dagsordenen først og fremst hva angikk den økonomiske tilgjengeligheten til helsetjenester (”gratis” tjenester for noen), mindre hva angikk utbyggingen av selve vesenet, særlig den kliniske del av det.

Gjennom hele perioden frem til 1940 forble slik sunnhetspolitikken et lite sentralt politikkområde. Selv om det gjorde at legene kunne bygge opp medikratiske kliniske strukturer i ”ro og fred”, var det i et annet henseende også utilfredsstillende for dem: Det gjorde det vanskeligere for dem å vinne ressursmessig forståelse for de ønsker de hadde. Vi skal imidlertid se at når sunnhetspolitikken blir politisk viktigere, og den får større ressursmessig oppmerksomhet, blir det også et problem for legene. Det blir endog et stort problem.

Den horisontale spesialisering

1809-1891

I Sunnhetskollegiet var det en viss individuell spesialisering blant medlemmene, basert på deres fagtilknytning, medisin, farmasi og jus. Det reflekterer også det medikratiske ønske om kollegialt styre – på øverste nivå. Kollegiet fungerte også utpreget kollegialt, med en Decanus, stabskirurg og senere professor Magnus Andreas Thulstrup, som leder.⁹¹ Da forvaltningen ble flyttet inn i et departement opphørte denne spesialisering i hovedsak. Den horisontale spesialisering måtte helt vike for den byråkratisk vertikale; skjønt sjefen, Jacob Christlieb Schandorff var farmasøyt og ikke jurist. Jusen kom (evt.) inn på nivået over Schandorff, på ekspedisjonssekretærnivå; som fagleder rapporterte imidlertid Schandorff gjerne direkte til statsråden.

Også videre i perioden frem til delingen av forvaltningen i 1891 var den horisontale spesialisering av personlig, ikke av organisatorisk karakter. Spesialiseringen var først og fremst faglig basert, altså basert på fagene medisin, jus og farmasi. Denne spesialisering var imidlertid i noen grad også institusjonell og oppgavebasert. Legene tok

91) Kfr. Det Kongelige Sundheds Collegium for Norges Deliberations Protocol for perioden 20.7.1809 til 26.2.1810 og Resolutions Protocol for resten av perioden. Protokollene finnes i Riksarkivet, katalog 1112/01. Thulstrup fungerte storparten av tiden som Kollegiets dekanus.

seg særlig av de samfunnsdiagnostiske oppgavene, som det arbeidskrevende statistikkarbeidet (inntil juli 1925), og det som hadde med faglig kontroll og tilsyn å gjøre. De spilte imidlertid en stor rolle strategisk, men da som utenforstående fagfolk. Man kan si at forvaltningen uformelt fortsatte over i kommisjonsvesenet og rådgivningsvesenet. I stor grad fortsatte den slik særlig inn i Fakultetet. Denne ordningen ble mer formalisert under ”konsulentperioden” fra 1846 til 1857. Med utnevnelsen av Kierulf til ekspedisjonssjef fra 1858 ble denne halvformelle ordningen opphevet, men forvaltningen fortsatte å bruke leger, særlig fra Fakultetet, men også fra det offentlige legevesen og etter hvert hospitalene, som midlertidige strateger. Hva iverksettelse og kontroll angikk, ble leger særlig brukt som medisinske revisorer (fra 1858). Juristene ble brukt til å konkretisere de strategier som ofte hadde sitt utspring i kommisjonene. Konkretiseringen skjedde, som vi har nevnt, gjennom lov- og forskriftsutforming og gjennom budsjettforberedelser. Farmasøytene tok seg av saker av alle slag som gjaldt apotekervesenet.

I den lille forvaltningen gikk den vertikale og den horisontale spesialisering i stor grad over i hverandre. Sjefen, enten han var farmasøyt (1815-1842), jurist (1842-57) eller lege (1858-1891), var selv i mange saker den egentlige saksbehandler, og ledet som sådan også seg selv. I den forestilling medisinaldirektør Bentzen i 1892 sendte Departementet klager han over at han ”overbebyrdes med en saadan Mængde Detaljsager” at han hindres ”i at udrette det, han skal gjøre, at erhverve sig et Overblikk, følge med Udviklingen paa alle Omraader, saaat han kan gribe ind i rette Tid og virkelig blive en Leder for Sundhedsvæsenets Udvikling”.⁹²

Det er først etter 1945, når oppgavene blir av et helt annet omfang, at vi får et tydeligere, men slett ikke helt tydelig, skille mellom den hierarkiske og den horisontale spesialisering.

1891-1940

Delingen av forvaltningen i 1891 var først og fremst en vertikal deling, men for så vidt som Direktoratet fikk en viss selvstendig beslutningsmyndighet fikk delingen også et horisontalt preg. De juridisk og økonomisk pregede oppgaver ble liggende i Departementet, de medisinske, farmasøytiske og til dels teknisk pregede, ble liggende i Direktoratet. Etter hvert kom det imidlertid også en videre, og nå mer organisasjonsmessig synlig, oppgavespesialisering, i begge organisasjoner. Den kom etter århundreskiftet. Det reflekterer den betydelige både forvaltningsmessige og institusjonelle ekspansjonsperiode frem mot Den første verdenskrig og videre til 1920 (krisetidene startet høsten 1920).

I 1911 (1.7.) ble, som figur 2.1 viser, det gamle medisinalkontor i Departementet delt i to. Begrunnelsen var, som sagt, i første rekke kvantitativ; oppgavemengden hadde vokst betydelig: Fra 1898 til 1908 var antallet innkomne skriv øket med nesten 23 prosent og antallet utgående brev øket med 32 prosent. Departementet nevnte ikke kvalitative, altså faglige,

92) Sth. Prp. No. 47 (1892), s. 2.

grunner til ønsket om en deling. Det reflekterer det forhold at det arbeidet utpreget teknisk forvaltningsmessig og over et svært bredt saksfelt. Det første kontor fikk blant annet karantene Lovgivingen, tuberkulose Lovgivingen, sinnssykevesenet, apotekervesenet og det internasjonale sunnhetsarbeid. Det annet kontor fikk blant annet ansvaret for det offentlige legevæsen, Rikshospitalet, lepraomsorgen, jordmorvesenet, sunnhets Lovgivingen og sunnhetsforskriftene og kvaksalver Lovgivingen. Begge kontorer fikk selvsagt en jurist som byråsjef. I 1921 ble det første kontoret delt i to. Tradisjonen med å utnevne jurister til departementsstillingene ble fortsatt. I 1918 ble det også opprettet et eget byggekantor, med en bygningssjef (ingeniør). Det hang sammen med den omfattende sykehusbygging. Kontoret stod utenfor både Avdelingen og Direktoratet. Det ble nedlagt i 1927.

I 1912 (1.7.) ble Medisinaldirektoratet delt i to kontorer, etter kombinert faglige og institusjonelle kriterier. Det ene kontoret fikk ansvaret for lege- og sunnhetsvesenet alment, det annet for apotekervesenet. De fikk hver sin kontorsjef som kontorleder; i det første tilfelle var han selvsagt en lege, i det annet like selvsagt en farmasøyt. Legen, Herman Fredrik Scharffenberg (1848-1930), hadde før delingen (siden 1905) sittet som Medisinaldirektørens kontorsjef. Naturlig nok fungerte han også som Medisinaldirektørens stedfortreder.⁹³ Denne forsiktige utvikling i fagstyreaktig retning ble tydelig forsterket da det i 1914 og 1919 ble opprettet embeder som overlæge for to viktige særvesener, tuberkulosevesenet⁹⁴ og sinnssykevesenet.⁹⁵ Begge overlægene skulle, interessant nok, virke nokså selvstendig, men ble knyttet til Medisinaldirektøren som konsulenter. Sammen med Direktøren, og delvis kontorsjefene, kan man nesten si at de utgjorde en slags kollegial medisinalbestyrelse à la den legekommisjonen av 1898 hadde foreslått. Det bidro til å gi ordningen et medikratiske kollegialt preg at de to overlæger delvis var uavhengige: Fagfolk skal ikke stilles under mindre kompetente ledere, selv om også disse formelt kan være kolleger.

En del av konkretiseringen av de sunnhetspolitiske strategier bestod i prosjektarbeid, særlig knyttet til utbygging av nye (sykehus)institusjoner. Den tradisjonelle forvaltningen var ikke rustet til å ta seg av slikt arbeid. I 1892 ble det derfor ansatt en teknisk assistent, en ingeniør. Fra 1899 ble hans tittel teknisk konsulent. Arbeidet med institusjonsbyggingen vokste frem mot 1920 og i 1918 ble mye av arbeidet flyttet ut av Direktoratet og lagt til et eget frittstående kontor, Bygningskontoret. Kontoret ble først ledet av en ingeniør, siden av en arkitekt. Det ble nedlagt i 1929 og dets oppgaver

93) Scharffenberg forble resten av karrieren i Direktoratet; ja, han fortsatte også, som konstituert, etter at han i 1923 fikk avskjed. Han satt til våren 1928. Da var han nesten 80 år. Scharffenberg ble etter hvert svært opptatt av medisinalforvaltning og har skrevet mye og interessant om den i Tidsskrift for Den norske lægeforsking. Den både kunnskapsrike og sympatiske Scharffenberg gjorde seg etter hvert "uunnværlig" for Holmboe, og for så vidt for Holmboes to etterfølgere. Han fungerte som medisinaldirektør etter Holmboes død og inntil Mads Gram kunne tiltre. Herman Scharffenberg var en (meget) eldre bror av den "opprørske", og etterhvert svært kjente psykiateren og samfunnsdebattanten, Johan Scharffenberg (1869-1965).

94) SF 1914, bd. 1a, St. prp. nr. 1, h.p. VII, s. 27-29. At det kom en fagspesialisert stilling akkurat på dette område skyldes selvsagt tuberkulosens store folkehelsebetydning på denne tiden. Overlegen skulle blant annet føre tilsyn med tuberkulosesanatoriene, private som offentlige. Vi skal komme tilbake til det, under omtalen av tilsynsvirksomheten.

95) SF 1919, bd. 2 c, St. prp. nr. 207, om bevilgning av lønn til en overlæge for sinnssykevesenet; kfr. Innst. S. nr. 265 s. å. (bd. 6a1, s. 405-06) og videre SF 1920, bd. 1b, St. prp. nr. 1, h.p. VII B, tit. 12, s. 41-42.

flyttet til Statens bygningsinspektorat: Det bygningsfaglige ble viktigere enn det helseinstitusjonsmessig spesielle. Dette året forsvant også den tekniske konsulentstillingen i Direktoratet.

Det bør også nevnes, som ytterligere skritt i retning av faglig-horisontal spesialisering, at Direktoratet i 1908 hadde fått penger til å lønne en kjemiker ved Hygienisk institutt og i 1909 kunne ansette en egen apotekvisitator. Den første ordningen ble siden bygget ut og det ble opprettet et Medisinalstyrelsens laboratorium. Dette ble i 1929 kjernen i Statens institutt for folkehelse.⁹⁶ Denne utflyttede samfunnsdiagnostiske virksomheten fikk for øvrig også utøvende forebyggende oppgaver, bl.a. knyttet til vaksinefremstilling.

Ellers var det typisk at den gamle ordningen med bruk av konsulenter utenfor forvaltningen (1846-1857), altså med en utvidet horisontal spesialisering, ble ført videre og endog forsterket. Professorene måtte fortsatt være rede til, i all hovedsak uten godtgjørelse, å bistå Direktoratet med faglige råd. Siden 1866 hadde de personlig privilegerte apotekere i hovedstaden hatt plikt til å yte bistand i spørsmål angående apotekervesenet. Siden 1893 hadde Kristianias stadsfysikus plikt til å gi råd angående den alminnelige sunnhets- og sykepleie. Direktørene ved statens asyler hadde fra gammelt av en lignende plikt.

Departementets sunnhetsforvaltning representerte altså en pragmatisk horisontal spesialisering: Saksmengden var blitt uhåndterlig for én byråsjef. Begrunnelsen for oppdelingen viser altså at vertikale hensyn var viktigere enn horisontale, som vi kan vente når styringsspesialisters behov kommer først. For avdelingen kunne det imidlertid også være en fordel å ikke la forvaltningsspesialiseringen tydelig gjenspeile sunnhetsvesenets oppdeling: Det gav større kritisk distanse, et hensyn juristene i Departementet ofte henviste til, som vi har sett. Direktoratets oppdeling er anderledes. Den er tydelig faglig og institusjonell. De to kontorer som kom representerte de fra gammelt av klart adskilte deler av sunnhetsvesenet, det primære sunnhetsvesen og apotekervesenet. Denne linjen ble ført videre da de to overlegestillingene kom. Direktoratets organisering var altså mer nærhetsskapende og "representasjonspreget" enn departementsavdelingens. Sett fra Direktoratets medikratiske, og delvis farmakokratiske, synsvinkel var det imidlertid et problem at departementsavdelingen var anderledes organisert enn Direktoratet. Det fragmenterte kontakten og skapte avstand.

Som vi har nevnt, førte sparetiltakene til medikratiske tilbakeslag. Blant annet forsvant de to overlegestillingene, sinnssykestillingen i 1927 (da innehaveren, Wefring, ble medisinaldirektør) og tuberkulosestillingen i 1931 (da innehaveren, Heitmann, ble medisinaldirektør). Hovedtendensen er allikevel at den medikratiske, horisontale spesialiseringen etter hvert får økende betydning. De to overlegestillingene kom således nesten tilbake da det ble opprettet egne inspektørstillinger for sinnssykevesenet i 1936 og for

96) Også De animale vaksineinstitutt inngikk i SIFF. SIFF kom i den første tiden særlig til å være opptatt av infeksjonssykdommene, og spesielt de epidemiske sådanne. Det fikk slik i 1930-årene en utpreget mikrobiologisk forankring.

tuberkulosevesenet i 1939. Denne tendensen forsterkes under okkupasjonsstyret og føres videre etter frigjøringen.

Profesjonaliseringen

1815-1940

Den forvaltning som alment vokser frem i det nye, halvfrie Norge etter 1814 er preget av jusen, og den juridiske måte å forvalte på. Til å begynne med var forvaltningsmåten lite utviklet og systematisert og det subjektive skjønn fikk en betydelig plass. Etter hvert ble forvaltningsmåten systematisert og frem mot 1840-årene var, i de fleste henseender, det juridiske forvaltningsregime befestet. Den medisinsk-kollegiale sunnhetsforvaltning under Sunnhetskollegiet reflekterte mer fortiden enn fremtiden, og ble altså snart erstattet av en departementalt forankret forvaltning.

Den juridiske forvaltningsmåten er iverksettelses- og driftsorientert. Den går i hovedsak ut på å fatte enkeltavgjørelser på grunnlag av lover og forskrifter, altså regler, som allerede finnes. Den forutsetter altså at politikken, strategiene, er formulert som lover, eller konkrete bestemmelser, ikke som planer, målformuleringer eller verdiangivelser. Den er derfor, som domstolenes måte å fungere på, subsummerende. Forvaltningen utførte imidlertid ikke subsummeringsarbeidet helt som domstolene gjorde det, altså rettsstatsaktig. Den skulle ikke dømme rettslige subjekter, eller håndtere tvister mellom parter, men bedømme saker, altså fatte konkrete beslutninger. Som domstolene skulle den imidlertid være upartisk; den skulle ha ”bind for øynene”. Den representerte jo et oppgjør med den eneveldige, ofte vilkårlige, monarkiske styring.

Den opprinnelig øverste embedsmann i et departement var en ”Expeditionssekretær”: han ”ekspederte” sakene (brevene, beslutningene) fra departementet. Saksgangen startet ved at ekspedisjonssekretæren åpnet posten og fordelte sakene mellom kontorene. Byråsjefene fordelte så sakene videre til saksbehandlerne, som foretok den egentlige saksbehandling. Til slutten av århundret (1899) var saksbehandlerne fullmektiger, kopister og ekstraskrivere. Saksbehandlerne behandlet sakene og utarbeidet et forslag til ekspedisjon. Forslaget ble vurdert av byråsjefen og så, men mer reelt enn formelt, av ekspedisjonssekretæren, før det ble forelagt statsråden til beslutning.⁹⁷ Budsjettsaker, de var ennå først og fremst driftspregede enkelt-saker, ble i stor grad behandlet på samme måte.

Det bør nevnes her at etter hvert blir samfunnet så ”profesjonelt” at den opprinnelige ekspedisjonssekretærordningen sprekker og der kommer flere forvaltningsledere, mer eller mindre på siden av ekspedisjonssekretæren. De får tittelen ekspedisjonssjef. I 1899 trekkes konsekvensen av utviklingen og departementenes horisontale fragmentering aksepteres. Ekspedisjonssekretærtittelen forsvinner; på forvaltningstoppen i hvert departement blir

97) Vi bygger her på Edgeir Benum, *Sentraladministrasjonens historie. Bind 2. 1845-1884*, Oslo: Universitetsforlaget, 1979. Kfr. s. 315-316.

der sittende flere ekspedisjonssjefer. Men fragmenteringen ble selvsagt et tiltagende problem; enten måtte statsråden være ”ekspedisjonssekretær” eller så måtte departementenes fragmentering aksepteres. Det integrerende svar kom først for alvor fra 1955, i form av den nye ekspedisjonssekretæren, med tittelen departementsråd.⁹⁸

*

Departementsbyråets bemanning og virkemåte gjorde at overvåkningsoppgaven ble tatt lite alvorlig. Byrået hadde ikke folk som kunne forstå og gjøre noe med de lite systematisk oppsatte medisinalberetninger fra de offentlige leger (og noen private). Byrået kunne dermed heller ikke reagere særlig sensitivt på endringer i sunnhetsstanden. Det var ikke noe egentlig sunnhetspoliti. Der kom imidlertid reaksjoner når situasjonen ble ekstrem, som ved skremmende epidemier, skjønt da ikke først og fremst fra Medisinalbyrået, men fra myndighetene generelt. Svaret ble midlertidige karantene-, eller kolera- og leprakommisjoner. Det skal føyes til at der eksisterte et mer velinstitusjonalisert svar på en epidemitrussel, nemlig vaksinasjonsvesenet.

Den strategiske oppgave

Medisinalbyrået var også uten bemanning til å ta seg av de store strategiske spørsmål som meldte seg for et stats- og nasjonsbyggende land og for å føre tilsyn og vurdere resultatene av sunnhetsvesenets innsats. Resultatet var, som vi har sett, at det bygget seg opp en voksende frustrasjon blant ledende leger ved Fakultetet og ellers i hovedstaden.

Regjeringens svar ble til å begynne med å la disse oppgavene håndteres av utenforstående konsulenter og ved å utnevne midlertidige kommisjoner. Allerede i 1815 bad, som vi har sett, Regjeringen ikke Sunnhetskollegiet, men ett av dets medlemmer, landfysikus Hans Munk, om å utarbeide en plan for utviklingen av det sivile sunnhetsvesen.⁹⁹ Munk leverte sin plan allerede samme år, men den ble liggende i skuffene og aldri fremlagt for Stortinget. Utbyggingen av det sivile legevesenet skjedde istedenfor nokså ad hoc-preget, og uten særlig kraft, selv om der i 1836 ble vedtatt en plan for inndeling av de sivile legeembeder. Man kan si at også utbyggingen av jordmørvesenet og sykehusvesenet foregikk uten særlig plan og systematikk. Legene trykket i stigende grad på for å komme videre med utbyggingen av de ulike grener av sunnhetsvesenet. Trykket ble forsterket av at lignende trykk meldte seg på flere andre områder, særlig på de teknisk infrastrukturmessige, men også på skolens områder. Svaret fra Regjeringen, og juristforvaltningen, var nå ikke bare å utnevne utredningskommisjoner, som medisinallovkommisjonen av 1833, men også direktorater (og tilsvarende organer). Der kom imidlertid også rundt midten av århundret en slags ”indre” svar, i

98) Utenriksdepartementet hadde allerede i 1922 fått sin utenriksråd og Forsvarsdepartementet i 1952 sin forsvarsråd.

99) Munk var medlem av Sunnhetskollegiet, men av referatene fra Kollegiets møter (i Riksarkivet) fremgår det ikke at han har deltatt på et eneste møte.

form av ekspedisjonssjefsstillinger. Som vi har sett var det dette indre svar som kom innen sunnhetsforvaltningen.



Faksimilen viser første side av den innstilling som førte til Lov om Sunhedscommissioner, Sunnhetsloven (1860). Som det fremgår av første avsnitt bestod lovkommissjonen av tre leger, to fra ordensmakten og én ingeniør. Ekspedisjonssjef Chr. Thorvald Kierulf var Kommissjonens sentrale person og den som i hovedsak skrev innstillingen. De to andre leger, professorene Andreas Conradi og Frans Faye, stod på Kierulfs, og den nå aldrende Frederik Holsts, medikratiske linje.

Fra omkring midten av århundret skjøt utbyggingen av sunnhetsvesenet fart. Den ble i tillegg mer systematisert. Vi har tidligere nevnt at sinnssykeloven kom i 1848 og at loven for utbygging og drift av det sykdoms- og skadeforebyggende arbeid, Sunnhetsloven, kom i 1860. Vi har også nevnt de senere lover om lepra (1877, 1885) og tuberkulose (1900). Disse lover er i stor grad fullmakts- og rammelover. De delegerer myndighet (kompetanse) til fagorganer til å vurdere hva som bør gjøres for å nå bestemte mål. De gjør dermed en del av forvaltningen om fra å være presedensorientert juridisk subsumpsjon til å bli instrumentell, altså konsekvensorientert, vurdering. Forvaltningen kunne fortsatt bruke eksterne eksperter til å utarbeide planorienterte lover, men lovforslagene måtte ofte bearbeides og konkretiseres i forvaltningen, før de formelt skulle vedtas. I tillegg måtte de følges opp gjennom plankonkretisering og en viss grad av overvåking av hva som skjedde ”der ute”. Alt dette krevde instrumentell helsefaglig kompetanse. La oss føye til at denne kompetansen ikke bare gjaldt det samfunnsterapeutiske arbeid, den gjaldt også det samfunnsdiagnostiske og -prognostiske. Det er ikke tilfeldig at den første nasjonale medisinalberetningen med statistikk kom i 1853.¹⁰⁰ Den mer aktive, utbyggingsorienterte sunnhetspolitikken gjør altså at forvaltningsarbeidet får et voksende innslag av ikkejuridisk, eller instrumentelt preget, arbeid.

Denne, mer instrumentelle måten å forvalte på er imidlertid ikke rent målorientert. Som vi har pekt på ovenfor er medisinen knyttet til verdier som altruisme (den enkelte pasient) og samfunnshelse. Den nølte derfor i noen grad med å konkretisere verdiene som mål, eller for den saks skyld regler. Den hadde et mer intuitivt forhold til verdiene, og den instrumentelle måten

100) Den het *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i 1853* og var utgitt av Departementet for det Indre. Beretningene for 1853 og fra 1860 for hvert tiår fremover, finnes nå elektronisk tilgjengelig på Statistisk sentralbyrås vevsider: http://www.ssb.no/vis/emner/historisk_statistikk/artikler/art-2006-12-04-01.html.

å lage planer på ble derfor ikke strengt kalkulerende. Vi kunne kalle den verdiinstrumentell. Denne verdiinstrumentalitet, kombinert med et før-teoretisk forhold til styring, gjorde at den medisinske måten å forvalte på fikk et mer skipperskjønnaktig preg. Disse forhold fikk ytterligere en viktig konsekvens for den legelige form for forvaltning. Den gav den et tydelig aktivistisk eller moralistisk preg. Legenes planlegging var hele tiden preget av et ”trykk” for å øke innsatsen innen de ulike områder av sunnhetspolitikken. Det er derfor juristene stadig, gjennom hele perioden frem til 1940, henviser til legenes mangel på ”desinteressethet”, og argumenterer for at denne mangel gjør det nødvendig å holde legene på armlengdes avstand (fra ressursene).

Denne legelige ”rasjonalistiske moralisme” gjaldt ikke bare oppad, og økonomisk, den gjaldt også nedad, og kulturelt, spesielt på det helsefremmende og sykdomsforebyggende område. Som legene mislikte at ikke ulike helsehensyn fikk nok økonomisk prioritet i politikken, mislikte de at folk flest, det vil særlig si almuen, ikke gav helsehensyn nok oppmerksomhet i hverdagen. Den legelige iverksettelse av sunnhetspolitikken, fra Medisinaldirektøren og ned til den enkelte distriktslege, var derfor preget av en paternalistisk moralisering. Legene skrev, blant annet gjennom medisinalberetningene, nokså krast om almuens skittenferdighet, senere også om deres ufornuftige kosthold, og talte, i sunnhetskommisjonene og direkte overfor folk, med hevet pekefinger. Den store, og på mange måter svært sympatiske, bergenslegen, lepraoverlege Daniel Cornelius Danielssen (1815-1894) skrev i 1854, i et folkeskrift om lepra, slik om den vestlandske almue:

Urenlighed er en af Kystbefolkningens hæsligste Vaner. Den trænger igjennem allevegne. Det er ikke alene indeni Husene, man træffer denne Urenlighed; men alle Redskaber, Beklædningen, ja selve Legemet er paatrykt dens afskyelige Stempel. I Stuen, hvor hele Familien tilbringer Dag og Nat, hvor Maaltiderne holdes, hvor der mangen Gang koges, og hvor de vaade Klæder tørres, der træffer man på en Smuds, som paa mange Steder grændser til det Utrolige. Der feies sparsomt, og mange Uger, ja Maaneder kunne hengaa, udenat der vaskes. Alskens Ting samle sig herinde og udbrede, ved at henligge, en slem Lugt.¹⁰¹

Legenes ”forfølgelse” av de ulærte by- og bygdeleger, kvaksalverne, var uttrykk for den samme kombinasjon av sterk helseverdibevisthet og rasjonalisme. Men her kom også inn et element av standsinteresse. Skulle, som vi har nevnt, legene lykkes med å bygge opp medisinen som en statsstand, på linje med jusen og delvis teologien, måtte sunnhet og sunnhetsvesenet få en høyere oppmerksomhet, og andre grupper, som apotekere, tannleger, jordmødre og siden sykepleiere, måtte underordnes medisinen, eller de måtte, som kvaksalverne, forbys. Teologen, og den selvlærte sosiolog, Eilert Sundt (1817-1875) reagerte på legenes statsbaserte moralisering. Han fant den usosiologisk. Han argumenterte i sin bok om *Renlighedsstellet* for

101) D. C. Danielssen, *Den spedalske Sygdom, dens Aarsager og dens Forebyggelsesmidler*, Bergen, 1854, s. 12.

Her sitert etter H. O. Christophersen, *Eilert Sundt*, Oslo: Gyldendal, 1979 (1962), s. 320.

at skittenferdigheten mer var uttrykk for almuens sosiale og økonomiske situasjon enn bevisste valg, og mente at legene med sin moralisme mer støtte folk fra seg enn fikk dem i tale.¹⁰²

Legene så delvis, og etter Sundts mening, nokså paternalistisk-moraliserende, på sunnhetskomisjonene som et middel til å sivilisere almuen.¹⁰³ En del leger tok den oppgaven svært alvorlig og ble en slags lærere i sunnhetspleie, de fleste på måter Sundt reagerte på, men noen også på mer forståelsesfulle måter. Mange, kanskje de fleste, bare neglisjerte læreroppgaven.¹⁰⁴ Disse mange neglisjerte oppgaven av flere grunner. Noen gjorde det fordi de selv mislikte å bli styrt, andre fordi de heller ville bruke tiden til klinisk arbeid og atter andre fordi de fant den almene motstand mot mye av sunnhetsarbeidet ubehagelig. Medisinallovkomisjonen av 1898 konstaterte at ved utgangen av 1900, 40 år etter lovens ikrafttreden, var det fortsatt 150 av 550 sunnhetskomisjoner på landet som ennå ikke hadde vedtatt alminnelige sunnhetsforskrifter, mens mange herreder ennå bare hadde de ”temmelig primitive og ufuldstendige forskrifter, som indførtes i de nærmeste aar efter 1860”.¹⁰⁵

Det moraliserende innslag i den medisinske pregede forvaltning fortok seg etter 1860 på én måte; det ble mindre sosialt og klassemessig preget. På en annen, og mer abstrakt rasjonalistisk, måte holdt det seg, og nesten tiltok. Det skyldtes det bakteriologiske gjennombrudd i 1870- og 1880-årene og siden nye gjennombrudd knyttet til ernæring. Etter århundreskiftet kan man tale om et voksende, lovstøttet, hygienisk trykk; ja, om ”medikalisering” av livet, som Ivan Illich en drøy generasjon senere skulle kalle det. Hygiene-trykket ble påtagelig i mellomkrigstiden. Stikkordene var lys, luft, mosjon og sunn mat. I noen grad ble det også rasehygiene. Karl Evang, den siste medisinaldirektør i perioden frem til 1940, vokste som lege opp i denne hygieneopptatte tiden, og ble preget av den, endog av rasehygiene.

Iverksettelse – saksbehandling

Den juridiske saksbehandlingsprosessen kom i stor grad til å bli beholdt gjennom hele perioden, enten sunnhetsforvaltningen var samlet eller delt. I det siste tilfelle, som i tiden etter 1891, forble saksbehandlingen rent juridisk i Medisinalavdelingen, mens den også fikk et mer medisinsk-pedagogisk innhold i Medisinaldirektoratet. Der utgikk således hele tiden en strøm av medisinske baserte veiledninger, brosjyrer, plakater og annet fra Direktoratet.

Saksbehandlingen endret seg etter hvert noe. En konsekvensorientert, mer medisinsk basert, saksbehandling fikk større betydning. Der kom ikke

102) Eilert Sundt, *Om Renligheds-Stellet i Norge*, Christiania: J. Chr. Abelsted, 1869.

103) I fortalen til sin bok om renlighetsstellet skriver Sundt, med adresse til legene: ”Andre have skrevet tynde Hefter om, hvad Almuen forsømmelig undlader at gjøre i denne del af det huslige Stel – jeg har skrevet en hel Bog om, hvad Almuen beflitter sig på og virkelig gjør. – Andre have klaget over Ustellet, over Mislighederne i Stellet – jeg har stræbt at fatte og fremstille Stellet selv. – Andre have holdt sig til fremstikkende Exempler, særdeles uordentlige Huse eller usædvanlig skjødsløse Personer – jeg har samlet Hundreder og atter Hundreder af jevne Exempler, som svare til, hvad Mængden af Folket kjendes ved og med velberåd Hu holder over som en Regel.”

104) Kfr. Schiøtz, 2003, s. 85-95.

105) *Ot. Prp. Nr. 39* (1911), *Om utførelsen av de offentlige lægeforretninger*, s. 32.

mindre jus på den måten. Der kom mer jus, men den nye jusen var i større grad instrumentell, ikke direkte ”normativ”, og for så vidt sekundær i forhold til medisinen og sunnhetspolitikken. Juristene forsøkte imidlertid å bevare det juridiske maktovertak. Delingen av forvaltningen i en juridisk og en medisinsk del i 1891 var ett uttrykk for det. Den juridiske delen ble satt øverst. Men det å forvalte instrumentelle lover er noe annet enn å forvalte ”normative” lover. Det første krever saksinnsikt og instrumentell kompetanse. Departementsjuristene ble derfor i stigende grad avhengig av medisinsk bistand. Det er ikke tilfeldig at kritikken mot den jusdominerte forvaltning tiltok slik mot slutten av 1930-årene og nærmest gjorde den samlingen som kom unngåelig. Juristene var saklig for ukyndige, og det var de i stigende grad.

De lot seg allikevel ikke uten videre ydmyke. De kunne ydmyke tilbake. Også legene var på sin måte sårbare. I sin faglige, verdi- og måldrevne, iver kunne de ofte handle på måter som ikke helt stemte med jusen. Sekretær i Medisinalavdelingen, juristen Kristian Lunde, bruker således i en rapport fra en studietur til Danmark i slutten av tredveårene, danskenes krav om at en embedslege må ha avlagt en særskilt eksamen, til å ”stikke” legene litt:

I Norge blev tidligere ofte unge og uprøvede læger ansatt i offentlig lægestilling, og resultatet var at de ofte var i villrede med sine plikter. Det er særlig administrativ trening og kjennskap til medisinallovgivningen lægene i almindelighet mangler. Mange feil og meget bryderi så vel for dem selv som for administrasjonen kunde undgås om de på forhånd måtte gennemgå et slikt bredt anlagt kursus (som i Danmark).¹⁰⁶

Vi har karakterisert legenes måte å forvalte på som verdiinstrumentell og skjønnspreget. Karakteristikken bør modifiseres noe. Verdiorienteringen og moralismen spilte en dominerende rolle, men samtidig ble der på noen områder, nemlig det sunnhetspolitimesige, utviklet noen presise diagnostiske indikatorer, indikatorer som også kunne brukes målinstrumentelt. De kvantitative indikatorene som kom var selvsagt dødelighets- og sykkelighetsindikatorer. Indikatorstatistikken ble først utviklet fra 1850-årene, men ble mer moderne profesjonell først fra slutten av 1870-årene. Den ble imidlertid ikke brukt som grunnlag for en mer målinstrumentell styring og forvaltning i perioden frem til 1870.

Noe av den lokale iverksettelse skjedde fra sentrum, først helt integrert, men etterhvert, som vi har sett, litt spesialisert; kfr. overlegestillingene i psykiatri og tuberkulosemedisin. I hovedsak skjedde den imidlertid lokalt og i regi av distriktslegene, fra 1914 i noen grad også i regi av de nye amtslegene (fylkeslegene). Den var imidlertid i liten grad spesialisert som iverksettelse. Den kombinerte iverksettelse med kontroll og tilsyn. Vi skal derfor omtale den under neste avsnitt, om tilsyn.

106) Kristian Lunde, ”Medisinalforvaltningen i Norge og Danmark”, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1937, s. 231. Hele artikkelen: s. 226-237.

Tilsyn

Det vi har kalt den indre tilsynsoppgave var, som vi nettopp har påpekt, ikke skilt ut fra iverksettelsesoppgaven. Som kombinerte oppgaver spilte de imidlertid en viktig rolle. De gjorde ikke minst det fordi de hadde med sikringen av den medisinske styring over sunnhetsvesenet å gjøre. De var derfor i hovedsak rettet mot ”de andre”. De andre var legenes konkurrenter og utfordrere. Disse var delvis grupper legene, og dermed staten, aksepterte, og delvis grupper legene, og dermed i en viss grad også staten, ikke aksepterte.¹⁰⁷ Tilsynet med legene og etterhvert de institusjoner de kom til å dominere, sykehusene, var mindre spesialisert og profesjonalisert, og skjedde dessuten i stor grad i regi av standen selv, altså privat. Vi skal først, hva det indre arbeid angår, se på styringen av og kontrollen med de akseptable andre, så på kontrollen med de uakseptable andre og endelig på kontrollen med de medisinske kjernevirksomheter. De siste omfattet bestemte virksomhetsområder, eller institusjoner, som lepraomsorgen, sinnssykevesenet, tuberkulosevesenet og tildels legene selv.

Styringen og kontrollen med sykehusvesenet hører også med her, men vi skal ikke omtale den separat for denne perioden, selv om de alminnelige sykehusene for alvor blir endel av det egentlige sunnhetsvesen fra slutten av det 19. århundre. I noen grad vil vi imidlertid berøre sykehusenes situasjon i diskusjonen av kontrollen med legene. Hva angår institusjonene, vil vi i noen grad omtale den (semi-interne) kontroll som ble utøvet overfor pasientene. Vi skal avslutte avsnittet med å si litt om den ytre styring og kontroll. Her er stikkordet hygienearbeidet.

Tilsynet med ”de akseptable andre”: farmasøyter, jordmødre og tannleger

De aksepterte gruppene det ble ført tilsyn med var i første rekke farmasøytene og jordmødrene; etterhvert også tannlegene. Tilsynet med de første var hjemlet i medisinalforordningen av 1672, og skulle utføres av de nærmeste offentlige leger, under en form for overoppsyn av den tidens sunnhetskollegium, det medisinske fakultet ved Kiøbenhavns universitet, senere (også) av Collegium Medicum (1740), sunnhetskollegiene (1803-1809 (det danske), 1809-1815) og den formelle medisinalforvaltning (1815-).¹⁰⁸ Forordningen inneholdt tildels nokså konkrete bestemmelser om hvordan tilsynet skulle utføres og hvor hyppig det skulle utføres. Det het således i art. 26:

Ethvert Apothek skal aarlig engang strax efter Michaelis visiteres, i Kbhavn av 2 Facultatis Med. Doctoribus i Stadsphysici og Practici ordinarii Nærværelse, i de andre Byer og Stæder af Medicis approbatis i Stæderne, en eller flere, eller hvor ingen er, de Næstværende; og skal Apothekerne for Visitoribus lade frembære, see og examinere alle de Species, Varer og Medicamenter, som i Apotheket ere, ingen deraf paa Lofte, i Kjeldere eller Hule fordølge, men oprigtigen paa deres gode Tro

¹⁰⁷ Når vi taler om ”indre” tilsyn taler vi altså om tilsynet ikke bare med dem som var ”innenfor” i betydningen offentlige godkjente, men også om alle dem som drev klinisk arbeid og som ofte kunne tenkt seg å være (mer) akseptert.

¹⁰⁸ Allerede ved forordninger av 1619 og 1629 var det påbudt at det skulle være legelig visitasjon av apotekene i hovedstaden, fra 1645 også ellers i riket.

og samvittighed, alt hvis paaæskes og omspørges, forklare. Dersom noget af Visitoribus agtes og findes udyktig, forligget, gammelt og forglemt, skal de det uden al Gjenstridighed afskaffe og aldeles cassere og bortkaste; ...; det skal og uden den aarlige Visitation staae enhver Medico approbato frit for, naar han nogen Tvivl haver, at eftersee det som han agter at præscribere eller allerede har præscriberet, og dette, som i saa Maader efterspørges, skal ham uforment forevises og forklares, enten af Apothekeren selv eller deres Svende.

Ordningen reflekterer den fremvoksende medikratiske orden. Forordningen var blitt til etter press fra de ledende leger i Kiøbenhavn, særlig ved Fakultetet, og var særlig rettet mot farmasøytene, ”disse Pengeravne” som en lege i Nykøbing omtalte dem.¹⁰⁹ Legene var på den tiden (indre)medisinere og var derfor både avhengig av apotekerne og potensielt konkurranse-truet av dem: Medisintilvirkningen og forselgelsen av medikamenter kunne lett gli over i rådgivning, altså behandling. Thomas Bartholin (1616-1680) og hans kolleger kunne understreke at deres krav om kontroll særlig var motivert av hensynet til pasientenes sikkerhet. De hadde forsåvidt rett i at endel apotekere kunne ta seg litt til rette, og endog fuske med medikamenter. Det er imidlertid også åpenbart at legenes interesser spilte en rolle: De ville ha behandlingsmonopol. I 1672 var fortsatt ikke medisinen samlet. Forordningen inneholdt derfor også bestemmelser som forbød (barber)kirurgene å behandle innvortes sykdommer. Den gjaldt forøvrig i mange henseender i Norge helt til 1860, da Sundhedsloven kom, og endog til 1912, da Lægeforsørgningsloven kom.

Apotekerne var seg bevisst at forordningen av 1672 satte dem under fremmed kontroll. Den bevisstheten har knapt sluppet taket i dem siden, selv om den i løpet av den siste generasjon er blitt vesentlig svekket. Professor i farmasi ved Universitetet i Oslo, Arnold Nordahl, skrev i 1950 dette om den første dansk-norske medisinalforordning, forordningen av 1619:

Den 10. jan. 1619 vart såleis ein merkedag i tilhøvet mellom lækjar og apotekar som vi farmasøytar ser attende på med alt anna enn glede: Den dagen fekk apotekaryrket eit mindremannsstempel på seg. Farmasien vart ”ancilla medicinae” (dvs. tenestegjenta til medisinen) og kom under formynderskap av lækjarstanden.¹¹⁰

Kontrollen med farmasøytene var fra starten av mer enn bare formell. Etterhvert skulle den også få et visst intrafaglig preg. Farmasøyter passet på farmasøyter, om de enn gjorde det på medisinsk overvåkede premisser. En egen farmasøytisk visitasjon ble først innført i 1894, dog uten at det nå førte til noen endring i den kontroll embedslegen skulle utføre. I praksis innebar

109) Sitert etter Finn Erhard Johannessen og Jon Skeie, *Bitre piller og sterke dråper*, Oslo: Norsk farmasihistorisk museum, 1995, s. 18. Legenes kritikk mot farmasøytene var både faglig og moralsk. De kritiserte dem for å gå inn på legenes område, som de altså ikke behersket, og for ofte å opptre forretningsmessig kynisk.

110) Arnold Nordal, ”Farmasøyttopløringa i Norge”, *Veneficus*, nr. 5, 1950, s. 153. Her sitert etter Nic. Aagaard Sverre, *Et studium av farmasiens historie*, 2. utgave, ved Yngve Torud, Oslo: Norges Apotekerforening, 1982, s. 102.

imidlertid denne reformen at kontrollen og tilsynet med apotekene mer og mer ble intrafaglig, og at farmasien gradvis fremstod som en (mer) uavhengig profesjon. Dog må det sies at farmasøytene hadde spilt en ikke uvesentlig rolle nærmest fra starten av i Danmark og slik også i Norge. Professor og apoteker Hans Henrik Maschmann (1775-1860) satt i Sunnhetskollegiet (1809-1815), og farmasøyten Jacob Schandorff var sekretær for Kollegiet. Da det ble opprettet et medisinalkontor i Tredje departement i 1815 ble, som vi har sett, Schandorff sjef for det, og satt som sådan til sin død i 1842. Siden var der, med unntagelse av noen tiår rundt og etter midten av det 19. århundre, stort sett hele tiden farmasøytiske inspektører knyttet til medisinalforvaltningen. Der var seks farmasøyter i Medisinaldirektoratet da Den annen verdenskrig brøt ut.

Det farmasøytiske tilsyn er egentlig det tilsyn som først ble systematisert og profesjonalisert, ja, egentlig det eneste som ble profesjonalisert i perioden frem til 1940. Endel av farmasøytene i Direktoratet ble etter hvert også kalt apotekvisitatorer. Kontrollen var forøvrig på dette område ikke bare faglig; den var også økonomisk. Direktoratet fikk en egen reseptkontroll.

Forordningen av 1672 ble, som vi har nevnt, langt om lenge, erstattet av andre lover, som Sunnhetsloven av 1860 og, hva farmasøytene angikk, Apotekerloven av 1908. Den siste lov endret dog ikke på det faktum at apotekerne (farmasøytene) stadig, om enn i synkende grad, stod under et medisinsk overoppsyn.

*

Forordningen av 1672 gjaldt ikke jordmødrene, selv om også de representerte en mulig trusel mot legenes kontroll over fødslene. Det skyldtes at jordmødrene ennå stod under en annen, og sterkere akademikerstands, kontroll, prestenes. Prestekontrollen begynte å glippe under stats- og nasjonsbyggingen utover i det 18. århundre. Legene ivret for å se på fødslene som et medisinsk anliggende og ble hjulpet av de statsbyggende monarkers behov for å øke befolkningsmengden. Faglig kontroll med fødslene ble dermed viktigere enn moralsk-teologisk kontroll. Statens og legenes interesser kom slik til å trekke i samme retning. Den nye kontrollen kom med en forordning av 1714. Med "klinikkens fødsel" (Foucault)¹¹¹ i siste halvdel av det 18. århundre ble medisinenes kontroll over jordmoryrket ytterligere styrket: Jordmødrenes utdanning ble lagt til den nye Frederiks hospital (1757). En ny jordmorforordning, eller et reglement, kom i 1810. Det ble kalt "Gjordemoder-væsenets Indretning og Bestyrelse for begge Riger, Kiøbenhavn undtagen". Etter dette reglement skulle jordmødre være undervist av nærmeste kirurg eller lege og stå under overoppsyn av stifts- og landfysici. Det mer løpende tilsyn skulle utføres av de vanlige offentlige leger, altså etter 1830 (1836) distriktslegene, om nødvendig bistått av den juridiske øvrighet. Den første

111) Michel Foucault, *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*, Paris: Presses universitaires de France, 1963.

helt norske jordmorlov kom i 1898 (19.12.).¹¹² Etter denne lov ble tilsyns-ansvaret overført fra den aktuelle embedslege til Sunnhetskommissjonens ordfører; i praksis innebar det ofte ingen forandring.

*

Odontologien vokste frem som en mer moderne profesjon i løpet av det 18. århundre, i stor grad, som for kirurgien, med Frankrike som det ledende land. Faget, og yrket, fikk imidlertid ikke, som farmasien og den obstetriske pleie, et eget legalt grunnlag. Yrket ble tillatt i kraft av kvaksalverforordningen av 1794, § 6, som gav behandlere som hadde demonstrert kyndighet på et bestemt område, adgang til å praktisere, dog bare i vedkommendes hjemdistrikt.¹¹³ Det var leger som skulle bedømme tannlegenes kyndighet, og slik sett kom også de under medisinsk tilsyn og kontroll. Formelt ble de under medisinsk kontroll helt til det kom egne lege- og tannlegelover i 1927.

I mellomtiden hadde odontologien gradvis revet seg løs fra medisins kontroll og ble etterhvert en egen, stadig mer selvstyrt, profesjon. I 1893 ble Statens poliklinik for tandsygdomme opprettet og en egen tannlege-utdanning startet. Fra 1904 ble det krevet artium for opptagelse ved denne utdannelsen og i 1909 ble poliklinikken akademisert og gjort om til Norges tandlægehøyskole. Høyskolen ble under Den annen verdenskrig en periode lagt under Universitetet i Oslo, men fortsatte som egen høyskole etter krigen. Skolen ble et fakultet under Universitetet i Oslo i 1959.

Tannmedisinen skulle altså, som det første helsefag, glippe ut av legenes kontroll. Det var til å leve med for legene, for leger og tannleger konkurrerte i liten grad om pasientene, og tannmedisinen kom snart til å fungere som et rent medisinsk-akademisk fag, nærmest som en hvilken som helst medisinsk spesialitet. Der utviklet seg altså et slags odontokrati. Før krigen ble imidlertid den offentlig-formelle kontroll med tannlegene utført av de offentlige leger, fylkeslegene og distriktslegene. Den var nokså enkel, og slett ikke profesjonalisert.

Etterhvert kom det nye grupper til, som gangkoner o.l., etterhvert sykepleiere, og fysioterapeuter, som alle ble sett på som akseptable grupper, og forsåvidt grupper som i stigende grad kom under en viss, men langt fra systematisk, medisinsk kontroll. Etterhvert som legene gikk inn på sykehusene ble imidlertid sykepleierne i viktige henseender underordnet, og slik kontrollert, av legene der. Der kom intet formelt sykepleietilsyn før Den annen verdenskrig.

112) Jordmoryrkets fremvekst og utvikling er nærmere omtalt i Kristina Kjærheim, *Mellom kloke koner og hvitklede menn – Det norske jordmorvesen på 1800-tallet*, Oslo: Seksjon for medisinsk historie, 1980. (Nynorsk utgave, Det norske samlaget, 1987.) Se også Ida Blom, *Den hårde dyst*, Oslo: Cappelen, 1987.

113) Paragrafen (6) hadde denne ordlyd: "Skulde nogen, som ikke er egentlig Læge, have erhvervet sig udmærket Kundskab og fortrinlig Duelighed i en eller anden enkelt Deel af Lægekunsten, eller i at helbrede en eller anden Sygdom, da kan han, naar han med Amtmandens og Physici Vidnesbyrd godtgjør, at besidde fornævnte Egenskab, vente igjennem Cancelliet at erholde Tilladelse til at practisere, dog blot i det District, han boer, og at hans Ret til at foreskrive Lægemedler indskrænkes til de Dele, han har beviist sig at være kyndig udi".

Tilsynet med ”de uakseptable andre”: kvaksalvere

I tillegg til kontrollen, og tilsynet, med de akseptable andre, kom altså kontrollen, ikke tilsynet, med de ”uakseptable” andre. De uakseptable ble også offisielt omtalt som sådanne, altså som kvaksalvere. Blant almuen, og ikke bare den, kunne endel av dem bli omtalt som ”kloke” kvinner og menn, eller bygdeleger. De øvrige utgjorde en broget gruppe, forsåvidt både hva kyndighet og moral angikk. Endel av dem var omstreifere av ulike slag; noen også utlendinger.

Legene ønsket som sagt et videst mulig monopol, og forsøkte å få staten til å se at også den var tjent med det: Befolkningspolitikken krevde det, argumenterte legene. De fikk etter en tid, en ganske lang tid, lite entusiastiske myndigheter med på det. Men den kvaksalverforordning som kom i 1794 var hverken så omfattende eller så streng som legene hadde ønsket. Den ble håndhevet gjennom de offentlige legers overvåkning, og eventuelt gjennom rettsvesenets oppfølging. Men almuen mislikte forbudet mot de legebehandlere og oppsøkte dem i langt større grad enn de gjorde de både kostbare og ofte noe nedlatende legene. Legene rapporterte om kvaksalveriet i sine medisinalberetninger, og anmeldte noen av dem, gjerne de mest populære og dyktige, altså deres leieste konkurrenter.

Med demokratiseringen fra 1814, men særlig fra 1830- og 1840-årene, økte presset for å få fjernet kvaksalverforordningen, som det gjorde for å få fjernet den teologiske konventikkelplakaten.¹¹⁴ Bondepolitikkerne, med Ole Gabriel Ueland (1799-1870) og Søren Jaabæk (1814-1894) i første rekke, forsøkte gjentagne ganger å få modifisert kvaksalverforordningen. De fikk flertall for forslag både i 1863 og 1869, men vedtakene ble nektet sanksjon. Endelig i 1871 ble en noe liberalisert kvaksalverlov vedtatt, og fikk sanksjon. Denne loven ble noe modernisert i 1936. Etter disse lover var det for ufaglærte forbudt å kalle seg lege og å utøve visse former for legevirksomhet. Men allerede da loven av 1871 ble vedtatt, ble kvaksalveriet knapt nok kontrollert, som også legerrepresentanter på Stortinget fremholdt. Privatlege, men tidligere distriktslege, Henrik Lassen (1818-1890) fra Stavanger fremholdt således i et innlegg i Odelstinget at legene nok var de første til å bryte forordningen av 1794, forsåvidt som de jo var pålagt å sende inn beretning om kvaksalvere i sine distrikter, ”men Lægerne undlode det i Almindelighed af Hensyn til Opinionen og for ikke at vække Spetakkel, uagtet det visselig mange Gange havde været riktigst at anmelde Vedkommende”.¹¹⁵

Det hører med til bildet at det særlig var de dyktigste og mest populære bygdeleger som ble anmeldt, og gjerne anmeldt av de offentlige leger. Et

114) Om bygdelegenes rolle, se Olav Bø, *Folkemedisin og lærd medisin : norsk medisinsk kvardag på 1800-talet*, Oslo: Det norske samlaget, 1972. Konventikkelplakaten ble innført i 1741. Den forbød legfolk å holde religiøse møter (konventikler) uten sogneprestens tillatelse. Den var særlig rettet mot pietistisk innstille, og ofte nokså pågående, legpredikanter. Den ble blant annet brukt mot Hans Nielsen Hauge (1771-1824). Plakaten ble opphevet i 1842.

115) Sitert etter Bø, *ibid.*, s. 137.

eksempel er Mor Sæther (1793-1851), som praktiserte midt i hovedstaden noe før midten av det 19. århundre.¹¹⁶

Vi har omtalt jordmorreglementet av 1810 som et middel for leger til å kontrollere jordmødre. Reglementet hadde imidlertid et dobbelt sikte, for gjennom jordmødrene ville legene også hindre at legfolk opptrådte som obstetriske kvaksalvere. I stortingsdebattene i 1860-årene ble jordmorreglementet nevnt som nok et eksempel på hvordan det å hjelpe den som var i nød, kunne føre til straff.

Tilsynet med institusjonaliserte tjenester: lepraomsorgen, tuberkuloseomsorgen og sinnssykeomsorgen

De tjenestegrener vi har kalt de institusjonaliserte, var tjenester som tidligere hørte under fattigvesenet og bare i noen grad var preget av medisinen. De gjaldt de permanent, eller iallfall langvarig, syke. Tjenestene for dem som ble akutt syke, av svært smittsomme sykdommer skal vi ikke omtale nærmere her: De var midlertidige, og var fra gammelt av knyttet til karantenevesenet.¹¹⁷

De to eldste av de institusjonaliserte tjenester var lepraomsorgen (leproseriene) og omsorgen for de sinnssyke. Omsorgen for de radesyke var nå iferd med å forsvinne, men mot slutten av det 19. århundre skulle det komme en ”ny” sykdom som skapte en egen omsorg, tuberkulosen. De to gamle omsorgene, lepra- og sinnssykeomsorgen, ble etterhvert lagt tydeligere inn under medisinen og ble slik modernisert. Det skjedde rundt midten av århundret, altså på det tidspunkt da det norske samfunn for alvor ble modernisert. Den nyere omsorgen, tuberkuloseomsorgen, kom så sent, nemlig rundt århundreskiftet, at den i hovedsak ble bygget ut under medisinsk styring og kontroll. Samtidig begynte behovet for en lepraomsorg å svinne.

Hva medisinsk styring og kontroll skulle innebære var ikke i alle henseender åpenbart.

For alle disse omsorger ble nemlig spenningen mellom medisinenes to verdiforankringer, den klinisk-individuelle og den folkehelsemessige, påtagelig – og profesjonssplittende. Etter den første forankring skulle de enkelte pasienters interesser settes først. Det gjorde bruk av tvang om ikke uakseptabel, så svært problematisk. Mange praktiserende leger inntok en tid en slik, liberal,

116) Mor Sæther var fra Solør. Hennes pikenavn var Anna Johannesdotter Wiger. Hun fikk navnet etter mannen, Ole Sæthren, som var pedell ved Anatomikammeret. Hun hadde, blant annet på grunn av mannens arbeid, fått tilgang på en del medisinsk litteratur, og så til mange i høye posisjoner i den tidens Christiania. Henrik Ibsen leide hos henne en tid og hun forsøkte å hjelpe Henrik Wergeland da han lå på det siste. Hun ble siste gang stilt for retten i 1842.

117) Fra det 18. århundre ble det i de viktigste havnebyer i Danmark og Norge opprettet midlertidige karantenekommisjoner når farlige epidemiske sykdommer, spesielt pest, truet. Ved forordning av 8. februar 1805 ble det opprettet slike kommisjoner i de havner ”hvor Skibe fra fremmede Lande kunne ankomme”. Forordningen ble i 1848 erstattet av Lov om Kvarantainevæsendet (12. juli – virksom fra 1849). Den krevde at der skulle opprettes karantenekommisjoner i alle ”ved Søen beliggende Kjøbsteder”, samt andre steder hvor det måtte ansees nødvendig. Kommisjonene fikk en magistratperson som formann. Da Sunnhetsloven kom i 1860 ble karantenekommisjonene i hovedsak identiske med de legeledede sunnhetskommisjoner, dog forsterket med en tolloffisiant og en sjøkyndig. Kommisjonene trådte i funksjon forbindelse med koleraepidemier, som i 1830-årene, og siden i 1850-årene. Man nølte imidlertid med å innføre karantene fordi det truet handelsfriheten, en frihet som stod ideologisk sterkt rundt midten av århundret.

holdning. Den kliniske medisin er, etter sin natur, borgerlig (-paternalistisk). Etter den annen forankring ble bruken av tvang, ikke minst tvangsmessig institusjonalisering og isolering, ikke bare akseptabel, men anbefalingsverdig. Den prekliniske medisin er etter sin natur i stor grad offentlig; den har et betydelig juridisk-byråkratisk innhold – derav betegnelsen ”sunnhetspoliti”. Den ligger ideologisk den byråkratiske jus, eller rettsstatligheten, nær. Dette sunnhetspolitisynet fikk økende tilslutning, spesielt når det gjaldt lepra og tuberkulose. Etter det bakteriologiske gjennombrudd i 1870- og 1880-årene fremstod de (somatisk) syke ikke bare som sosialt og økonomisk byrdefulle for samfunnet, men også som (skremmende) (smitte)farlige. Lepraloven, som kom i 1877, og ble revidert i 1885 var preget av det restriktive folkehelsehensynet.¹¹⁸ Det samme var Tuberkuloseloven, som ble vedtatt i 1900.

Ingen av disse lover inneholdt egentlig i særlig grad bestemmelser om tilsyn med vesenene og de personer som legemliggjorde dem. Lovene var så folkehelseorientert at de bestemmelser om tilsyn som fantes, og de fantes først og fremst i Tuberkuloseloven, i hovedsak gjaldt pasientene og deres pårørende; de representerte et semiintern tilsyn. Lovene gjorde helsepersonell, og sunnhetskommisjonene, til nettopp sunnhetspoliti. Lovene var hva vi i dag, etter Ivan Illich, ofte kaller medikaliserende. De innebar ”ledelse av liv” – ”the management of lives”.

Lepraloven av 1877 (og 1885) inneholdt en bestemmelse (§ 2) om at fattigforsørgede spedalske i regelen skulle ”indlægges i offentlige Pleie- eller Helbredelsesanstalter”. I 1885 kom det en bestemmelse til (§ 3) som sa at ikkefattige personer som ikke fulgte pålegg fra sunnhetskommisjonen om å leve ”i betryggende Afsondring fra sin Familie og øvrige Omgivelser”, skulle innlegges, om nødvendig med politiets bistand (§ 5).

Tuberkuloseloven var mer detaljert. Mens lepraen mot slutten av århundret var i tilbakegang, og institusjoner for spedalske ble nedlagt eller brukt for andre formål, var tuberkulosen virkelig iferd med å bli en truende folkesykdom. Det het i noen paragrafer i Tuberkuloseloven:

§ 2. Enhver Læge har, første Gang han faar under Behandling noget Tilfælde af saadan Sygdom, at give Meddelelse derom til Sundhedskommissionens Ordfører. Det samme gjelder de Tilfælde, som han allerede har under Behandling ved Lovens ikrafttræden.

*§ 5. Hvor den Syge ikke behandles af Læge, har Sundhedskommissionens Ordfører enten selv eller ved en anden dertil antagen Læge at føre det hygieniske Tilsyn i den Udstrækning, som det enkelte Tilfældes Art og Forholdene for øvrig gjør paakrævet
Paa samme Maade har han at overtage det hygieniske Tilsyn, hvor den behandlende Læges Anvisninger ikke efterfølges.*

118) Der forelå et forslag til lepralov i 1854, men det ble aldri til lov. Forslaget var blant annet preget av den tids vanligste medisinske syn på lepra, som også en arvelig sykdom. Etter forslaget skulle derfor spedalske forbys å gifte seg.

§ 6....

Dersom den Syge eller hans Omgivelser undlader at følge de af Sunhedskommissionen givne Forskrifter, og det som følge heraf viser sig umulig at skaffe den Syge en til Modarbejdelse af Sygdommens Udbredelse nødvendig Pleie, kan Sunhedskommissionen beslutte hans Indlæggelse paa Sygehus..

Personelltilsynet forsvant dog ikke helt med dette, som vi ser. Det ble imidlertid et tilsyn med at personellet oppførte seg tilstrekkelig sunnhetspolitimessig, ja, nesten politimessig. Dette tilsyn skjedde i regi av de overordnede medisinalmyndigheter, men var lite systematisert. Medisinalmyndighetenes rolle var viktigst på utviklings- og ledelsessiden. Det var særlig denne utviklings- og rådgivningsrollen overlegen for lepraomsorgen fikk. Stillingen som lepraoverlege ble opprettet i 1854. Ove G. Høeg (1814-1863), bosatt i Trondhjem, ble utnevnt i stillingen og satt i den til sin død i 1863.¹¹⁹ I 1858 kom der en overlegestilling til. Den gikk til Timandus J. Løberg (1819-1892), lege ved Pleiestiftelsen for Spedalske No. 1 i Bergen.¹²⁰ Høegh fikk fra da av ansvaret for Nordvestlandet og det nordenfjeldske, mens Løberg fikk ansvaret for resten av Vestlandet og Sørlandet. Da Høegh døde fikk Løberg ansvaret for hele landet. Løberg satt til 1875, da han ble utnevnt til direktør ved Rigshospitalet og Fødselsstiftelsen i Christiania. Løberg ble så etterfulgt av den siste lepraoverlege, leprabasillens oppdager (1873), Gerhard Henrik Armauer Hansen (1841-1912).¹²¹

Hva tuberkuloseomsorgen angikk, fikk de sentrale medisinalmyndigheter "overlegeansvaret". Spesielt var det tilfelle da Michael Holmboe ble medisinaldirektør i 1893. Holmboe var forøvrig en av Tuberkuloseovens to fedre. Den annen "lovfader" var den prominente bergenslegen Klaus Hanssen (1844-1914), bror av Gerhard Armauer Hansen. Senere, i 1914, kom der imidlertid, som vi har sett, et embede som overlege for tuberkulosen. Vi har også sett at dette embede, av sparehensyn, forsvant i 1931, men kom tilbake i 1939, som et inspektørembede. Men som sagt, hva tilsynet angikk var medisinalmyndighetene mer opptatt av det semi-interne og eksterne enn det interne sådanne.

Så vel lepra- som tuberkuloseomsorgen gav medisinalvesenet og legene en rolle som ordensmakt, altså som en del av rettsvesenet, endog politiet, som gikk endel utover det som var folkehelsemessig, for ikke å tale om klinisk, motivert. Dette var i enda større, og mer kontroversiell, grad tilfellet med sinnssykepleien. Man kunne ikke hevde at sinnssyke, eller sinnssvake, som de ble kalt i første halvdel av århundret, var smittefarlige. Noen av dem, dog

119) Høegh, som var fra Solør og Odalen, hadde hatt all sin praksis nordpå til han i 1864 nedsatte seg i Trondhjem. Han var en av relativt få leger som ble stortingsmann (1851 og 1854, for Finnmarken, og i 1862-63 for Trondhjem).

120) Også Løberg ble en av de mer alment kjente leger på sin tid og var stortingsmann for Bergen i 1865-66, 1871-73 og 1874-76. Han var dertil i fem år formann i Bergens Communebestyrelse.

121) Overlegenes oppgaver ble beskrevet i en instruks fra 1858. Etter denne fikk overlegene ansvaret for årlig å utferdige en beretning om situasjonen hva angikk spedalskheten (den samfunnsdiagnostiske oppgave), å komme med forslag til spedalskhetens bekjempelse (den politisk-strategiske oppgave), å delta i bestyrelsen av pleiestiftelsene for spedalske (iverksettelsesoppgaven), å spre kunnskap om spedalskheten blant almuen (ivretsettelsesoppgaven) og å føre tilsyn med de spesielle leprakommisjoner som ble opprettet fra 1857 (kontroll- og tilsynsoppgaven).

relativt få, var farlige, ofte også for seg selv, men altså ikke smittefarlige. De få farlige kunne man, på et vis, gi en medisinsk begrunnelse for å sperre inne. Det fordret dog at man på faglig grunnlag kunne avgjøre hvem som var, eller egentlig ville fortsette å være, farlige. Det kunne man sjelden. Men mange sinnssyke var til stor genanse for mange, både pårørende og andre, og der var slik et sterkt ønske om å fjerne dem fra ”normalsamfunnet” – for den tid de måtte være sinnssyke. Kunne medisinen gå med på å ta imot dem i sinnssykeinnretningene og (de kommende) asylene, mot deres vilje, hvis det hverken kunne begrunnes folkehelsemessig eller klinisk? Det var i hvert fall vanskelig. Man kunne nok, som vi har nevnt, forsvare tvangsinternering når de sinnslidende kunne være til fare for seg selv. Til nød kunne man begrunne den med at den kunne være til beste for pasienten – som altså ikke innså sitt eget beste. Gitt det faglige standpunkt den tids psykiatri stod på, og langt på vei visste den stod på, var imidlertid det en tvilsom begrunnelse. I alle tilfeller, skulle medisinen ha kontroll over sinnssykevesenet måtte den ha kontroll ikke bare over behandlingen, men også over innskrivelsen i institusjoner, altså over portnerfunksjonen. Den kunne bare slippe inn mennesker den selv fant sinnssyke, og gjerne, åpenbart sinnssyke. Men det var også av betydning at medisinen hadde kontroll over premissene for utskrivelsen, eller egentlig, over premissene for bestemmelsen av pasientenes ”utgangstilstand”. For medisinen gjenstod der ett kinkig spørsmål, spørsmålet om tutelet når pasienten selv ikke ønsket innleggelse og behandling.

For medisinen var det (klinisk) ideelle at pasienten var herre over sin egen skjebne i så henseende, men siden en sinnslidende ofte nettopp ikke var herre i eget ”hus”, krevdes der en alternativ ”herre”, altså en som kunne legitimere den tvang som skulle utøves. De nærmeste pårørende var de, ikke bare almenmoralisk, men også medisinsk-moralisk, nærmeste til å ha tutelet¹²² overfor en pasient: Klinisk skulle legen arbeide primært på pasientens, og sekundært på pasientens pårørendes, premisser – ikke på en tredjeparts. I praksis stod imidlertid nettopp slike tredjeparter klar til å ta pasientansvaret, navnlig fattigkommisjonene og ordensmyndigheten. De var begge svært interessert i å bruke sinnssykehusene for sine formål, altså som oppbevaringssteder for sosialt krevende eller farlige sinnslidende. I så henseende tenkte de imidlertid knapt heller folkehelsemessig. Der ble derfor en dragkamp om tutelspørsmålet da Sinnssykeloven ble konsipert.

Sinnssykepleien var inntil midten av århundret i hovedsak en ikkemedisinsk styrt fattigpleie, men også en del av ordensvesenet.¹²³ Tutelmyndigheten lå altså hverken hos den lidende eller hos hans pårørende. Den lå

122) Tutel kommer av latin *tutela*, til *tutus*, trygg, sikker. I jusen brukes uttrykket om vergemål, omsorg, ansvar, for eksempel for umyndige eller sinnslidende. Tutelets rolle i sinnssykeomsorgen frem til begynnelsen av det 20. århundre er utførlig og interessant drøftet av psykiateren Paul Winge (1857-1920) i hans store (livs)verk *Den norske sindssygeret historisk fremstillet*, Kristiania: I kommisjon hos Jacob Dybwad, 1913, kap. 3. (I serien Videnskapsselskapets skrifter, Naturvidenskapelig klasse 1912, nr. 10.). Winge, sønn av sinnssykelegen Peter Winge (1818-1902), var en av de ledende norske psykiatere fra slutten av det 19. århundre og frem til sin død. Han er trolig den mest rettsvitenskapelig lærde i norsk psykiatris historie.

123) Kari Jørgensen har redegjort utførlig for utviklingen av sinnssykevesenet i Norge i perioden 1820 til 1920 i avhandlingen *Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920*, Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskapen, Universitetet i Bergen, 1998 (Rapport nr. 63 (1998)).

hos myndighetsorganer, i første rekke fattigvesenet. I fattigkomisjonene dominerte presten og lensmannen. Institusjonene for sinnslidende, gjerne kalt dollhus, tok seg, i stor grad av mange av de sosialt vanskelige sinnsyke, mens andre, og langt de fleste, ble sendt rundt på legd eller var i en eller annen form for privatpleie. I dollhusene hersket vanligvis en kombinert økonom og vokter, vanligvis med hård hånd. Han hadde lite å fare med faglig, og var av varierende sosial og moralsk status. Med moderniseringen rundt midten av århundret, kom sinnssykeomsorgen i større grad under medisinsk styring og kontroll. Dog fortsatte privatpleieordningen, nå tildels også som en mer asylpreget ordning, gjennom sinnssykekoloniene.¹²⁴ Der kom altså en bevegelse fra en nesten dyster rettsstatlighet til et mer optimistisk medikrati. De lidendes interesser fikk en mer fremtredende plass. Legene nådde imidlertid ikke så langt som de mest ambisiøse blant dem hadde håpet. Aller mest ambisiøs var den ennå ganske unge legen Herman Wedel Major (1814-1854).¹²⁵

Den iherdige medisinske nasjonsbygger, Frederik Holst, hadde i 1825-1827 ledet en kommisjon som hadde sett på den tidens sinnsykevesen og foreslått omfattende fagliggjørende reformer.¹²⁶ Forslagene ble lagt til side. I 1848 ble Major utnevnt til konsulent i sinnssykespørsmål for Departementet for det Indre. Han samarbeidet som sådan også med Departementets medisinalkomite. Major var langt mer ambisiøs enn Holst hadde vært, og forsåvidt forble. Major ønsket at det skulle komme en overlegestilling for sinnsykepleien, men det sparebevisste Stortinget sa nei til det. Overlegeordningen, som altså ble benyttet i lepraomsorgen, er en utpreget medikratiske ordning, og en slags videreutvikling av den gamle ordning med at det medisinske fakultet i noen grad var medisinalforvaltningen.

Selv om Stortinget sa nei til Majors ønske om en overlegestilling, kom det allikevel en lignende ordning: Direktørene ved de asyls, som etter hvert skulle komme, ble også gjort til Departementets konsulenter og inspektører. Majors tanke var at overlegen skulle ta initiativ til en faglig og moralsk oppbygging av sinnsykepleien og føre tilsyn med at denne oppbygging ble tatt vare på.

Der var en viss uenighet leger imellom om hvordan den faglige institusjonalisering av sinnsykepleien skulle ordnes. Frederik Holst (1827) hadde villet ha en todeling av anstaltene, mens Major ville stille alle anstalter på samme nivå. Loven som kom i 1848 var utformet av Major og foreskrev ingen todeling. I praksis ble det imidlertid slik. Øverst fikk man de nye asylene, som i størst mulig grad skulle være helbredelsesanstalter. De ble statseide, og som sådanne mer adskilt fra sinnsykeinnretningene, som gjerne var eid

124) Koloniene innebar at noen tok flere i pleie. Koloniene kunne etter hvert utvikle seg til å bli en slags asyls. 125) Herman Major var sønn av en irsk innvandrers, Robert Major (d. 1839). Herman Major var ferdig utdannet lege i 1842. Etter et opphold ved en kjent klinikk i Slesvig, og etter en privatfinansiert studietur til England, Tyskland og Belgia i 1843, fikk han i 1844 statlig stipendium for å studere sinnssykepleie i utlandet, mot å utarbeide en plan for opprettelse av en helbredelsesanstalt for sinnsyke i Norge.

126) *Beretning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til Forbedring i Aaret 1925 naadigst nedsat Kongelig Commission*, Christiania 1825. Innstillingen ble trykket i 1828. Før Gaustad Sindsygeasyl stod ferdig var der seks sinnssykeinnretninger i landet: Christiania Byes Sindsyge-Indretning, Den med Oslo Hospital forenede Sindsyge-Indretning, Christiansands Sindsyge-Indretning, Stavanger Byes Sindsyge-Indretning, Bergens Byes Mentalsygehus og Den med Trondhjems Hospitals forenede Sindsyge-Indretning. Kfr. Winge, *op. cit.*, s. 245.

av stiftelser. Så kom de øvrige institusjoner, sinnsykeinnretningene, som i større grad ble pleieinstitusjoner – i praksis særlig for inkurable sinnssyke. Også disse skulle imidlertid ledes medisinsk. I tillegg kom så, på laveste nivå, den omfattende privatpleien. Den var og forble en rent leg pleie, men altså ikke en del av kvaksalveriet. Den ble offentlig godkjent og delvis finansiert, og den stod under legelig kontroll og tilsyn. At den slik ble godkjent, reflekterte økonomiske nødvendigheter, men var også et uttrykk for sinnssykefagets lave standpunkt. Det var for legene noe helt annet å benytte seg av jordmødre til fødende enn å benytte seg av ofte nokså fattige legfolk til å ta seg av enda fattigere sinnssyke.¹²⁷

Det første asyl, eller ”fristed”, som kom, var Gaustad Sindssygeasyl. Det kom etter forslag fra Major. Hans forslag ble tatt til følge i 1850, og asylet stod ferdig høsten 1854.¹²⁸ Det ble åpnet et år senere. Major var tiltenkt asylets direktørstilling – han hadde allerede flyttet inn i direktørboligen, men da asylet stod ferdig sa han fra seg stillingen, formelt av helbredsgrunner, men kanskje mer av politiske grunner: Han fikk det ikke helt som han ville. Han ble også kritisert for ekstravaganse, blant annet hva gjaldt direktørboligens utforming. Major var av en følsom, men intens, natur, og motgangen han møtte, ikke minst hos Statsråden, den mektige og envisse Frederik Stang, kan ha gjort at han tapte motivasjonen til å fortsette. Hans avskjedsansøkninng er skrevet i vrede.¹²⁹ Major emigrerte til USA. Det vil si, han nådde aldri frem. I tett tåke kolliderte den hjuldamper han reiste med, med et annet skip og forliste, og han, hans familie og flere andre slektninger, omkom. Da Major dro ble amtsfysikus i Bratsberg, Ole Rømer Sandberg (1818-1883), utnevnt til Gaustad asyls første direktør. Han ble sittende til 1882.

Rammen om den faglige institusjonalisering av sinnssykepleien var Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. august 1848. Også loven var Majors verk.¹³⁰ Major hadde lyktes i å gjøre loven forholdsvis medikratiske, også hva angikk det moralske rettighetsmessige, men spesielt hva angikk asylpleien. Et asyl skulle således ”bestyres af en i eller nær ved samme (Asyl) boende og af Kongen specielt dertil autoriceret Læge...” (§ 3). Denne lege skulle ha kontroll over ”Optagelsen” av sinnssyke i asylet:

§ 9. Når Nogen som Sindssyg forlanges optagen i et Asyl, bør Asylets Læge undersøge om hans Tilstand er saadan, at Optagelsen er hensigtsmæssig for ham selv eller nødvendig for den offentlige Ordens og Sikkerheds Overholdelse. I Tilfælde af, at nogen Vedkommende maatte

127) I noen grad kom sinnssyke i pleie hos forholdsvis fattige mennesker fordi de kunne gi disse sårt tiltrengte inntekter.

128) Arkitekt for asylet var Majors svoger, Ernst Schirmer (1815-1887).

129) Formelt begrunnet Major sin emigrasjon med helbredshensyn; noen mente han selv var rammet av sinnslidelse. Spesielt Johan Scharffenberg har fremholdt denne forklaringen på at han gav seg. Kfr. Johan Scharffenberg, ”Herman Majors tilbakestrøden fra Gaustad”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 36, 1916, s. 167-170. Paul Winge har funnet Scharffenbergs teori plausibel, mens Randi Haukeland, hvis mormor Sophie Schirmer, var datter av Majors yngste søster, Mimi, argumenterer sterkt og godt for den ”politiske” forklaring. Kfr. hennes ”Herman Wedel Major”, i Nils Retterstøl, red., *Gaustad sykehus 140 år*, Oslo: Universitetsforlaget, 1995, s. 38-64.

130) Den ble først erstattet av en ny lov i 1961.

være utilfreds med Lægens Bestemmelse i saa Henseende, kan denne fordres undergiven Controlcommissionens Afgjørelse.

Likeledes skulle legen ha kontroll over utskrivelsen:

§ 12. Naar en Sindssyg er af Asylets Læge erklæret helbredet, og Underretning derom i Overensstemmelse med § 14 er meddelt Controlcommissionen samt de Personer eller Autoriteter, der have foranlediget hans Optagelse, kan han ikke længere holdes i Asylet.

Det heter videre i loven:

§ 13. Enhver Sindssyg kunne udskrives saavel af offentlige som private Asyler, naar saadant af dem, der have at iagttage hans Tarv, eller have foranlediget Optagelsen, maatte forlanges, med mindre han er optagen efter Øvrighedens Forlangende, eller hans Udtrædelse af Asylets Læge antages at ville medføre Fare enten for ham selv eller for den offentlige Sikkerhed, i hvilke Tilfælde Vedkommende kunne æske Controlcommissionens Avgjørelse.

Det bør også nevnes at Major hadde fått inn bestemmelser om forpleiningens innhold som skulle sikre en faglig-moralsk god behandling. Det het i § 4: "I ethvert Sindsygeasyl skal der drages Omsorg for, at Patienterne kunne føre et selskabeligt Samliv og stadig kunne sysselsættes". I § 20 het det at "Ingen Sindsyg maa forvares sammen med Forbrydere".

Men selv om Major fikk inn bestemmelser som skulle sikre legen kontroll over både innleggelse og utskrivelse, og over ordningen av forpleiningsforholdene, var det ikke nok. De som stod utenfor, som regel fattig- og ordensmyndighetene – rettsstatligheten, kunne anke legens medisinske beslutninger både om innleggelse og utskrivelse til asylets kontrollkommissjon. Loven gav ikke legen den absolutte ledelse av asylet og sikret heller ikke de lidende mot at tutelet ble plassert hos tredjeparter. Den plasserte egentlig kontrollkommissjonen over ham, som en overbestyrelse, og gjorde det dermed også lettere for tredjeparter å overta pasientkontrollen. Det skulle snart også vise seg at denne overordning kom til å gjelde ordningen av forpleiningsforholdene. Den både styrende og kontrollerende kommissjonen skulle ha tre medlemmer, hvorav minst én lege; undertiden var der imidlertid to leger i kommissjonen – som tilfellet var for Gaustad helt frem til 1925. De to øvrige var normalt en jurist og en forretningskyndig. I de fleste kommissjoner stod på den måten de juridisk baserte styringshensynene sterkere enn de medisinske faghensynene. Kommissjonene hadde for øvrig gjerne en svært stabil sammensetning; mange satt i tiår. Slik økte kyndigheten i kommissjonene – mens habiliteten svant hen. Hver kommissjon skulle ha en egen instruks.¹³¹

131) Kfr. Anna-Kirsten Austad, "Gaustad asyl reiser seg", i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *Gaustad sykehus gjennom hundre år*, Oslo: trykt hos J. Chr. Gundersen, 1956, s. 34-35. (Hele artikkelen, s. 39-120.)

Major visste at uten en lov som gav legene makten, og som presiserte premissene for deres maktutøvelse, ville presset på asylene og andre institusjoner for å spille en ordensmessig og fattigforsorgspreget rolle, en rolle som truet pasientenes interesser, bli uimotståelig. Han arbeidet derfor iherdig for å få en lov og for å påvirke dens innhold. Han oppnådde mye, men altså ikke nok. Hans ”motstandere” fikk en ankemulighet og betydelig innflytelse over kontrollkommisjonene. Den utnyttet de og etter bare noen få år var også Gaustad Sindssygeasyl i noen grad blitt det alle andre institusjoner alltid hadde vært, og fortsatte å være – den nye loven til tross, en nokså begredegelig, og til dels fengselsaktig lukket, oppbevaringsinstitusjon. Paul Winge viser, med imponerende dokumentasjon og skarpsindige resonnementer hvordan ulike departementsinstanser gradvis, og på finurlig vis, fikk uthulet de bestemmelser i loven som gav legen makt, en makt han skulle bruke til å beskytte pasientene mot tredjepartsinngripen i deres skjebner. Winge henviser til hvordan Kirkedepartementet i en skrivelse til stiftamtmanden i Kristiansand i 1865 hadde fremholdt

at man antager, at om der end tidligere kunne være Anledning til Tvivl i nævnte Henseende, formenes dog denne at være hævet ved den nye Fattiglovs § 55, der med Bestemthed gaar ud fra, at det er Fattigkommissionen, der har at overtage Omsorgen for samtlige Kommunerne vedkommende Sindssyge.¹³²

Winge konstaterer at ”Uagtet sindssygeloven var uforandret, udleverede altsaa departementet de fattige sindssyge til fattigvæsenet;..” Rundt 1890 var ”Henved 90 procent af landets sindssyge .. bragt ind under fattigvæsenets tutel”.¹³³

Den ordning Major delvis hadde fått istand gjennom Sinnssykeloven innebar at hensynet til legene og til pasientene i stor grad trakk i samme retning: De pålegg fagmyndighetene fikk gjennom loven skulle beskytte pasientene, men samtidig var påleggene uttrykk for den moderne, humaniserte fagligheten. Den gikk, som vi har sett, ut på både at pasientene skulle behandles på en moralsk måte, altså med respekt (”morsalsk behandling”), og at de skulle aktiviseres (”arbeidsterapi”). Påleggene var slik like meget medisinske som rettslige. Men ved at de også ble gjort rettslige, og Major, langt mer enn gamle Frederik Holst (d. 1871) var seg svært bevisst hvor viktig det var, fikk legene midler i hendene de kunne bruke i sitt forsvar for pasientene og sin egen faglighet; det vil også si, de fikk midler i sin kamp mot, de andre, ellers nokså jusbevisste og juspregede, myndigheter. Som vi har sett var midlene for svake. Legene kom på defensiven og det samme gjorde dermed de sinnslidende. De institusjoner som var oppnevnt for å sikre pasientenes rettigheter, kontrollkommisjonene, ble delvis bestyrelsesorganer og kom i stor grad, med departementenes først stilltiende, så mer aktive, tilslutning, til å bidra til å svekke pasientenes rettigheter – og legenes muligheter for å praktisere sitt fag som de hadde (hatt) intensjoner om. Også

132) Sitert etter Paul Winge, *Den norske sindssygeret historisk fremstillet*, Kristiania: I kommisjon hos Jacob Dybwad, 1913, s. 157. (I serien Videnskapsselskapets skrifter, Naturvidenskapelig klasse 1912, nr. 10.)

133) *Ibid.*, s. 158.

Gaustad Sindssygeasyl ble, som vi har sett, etterhvert pådyttet flere pasienter enn det hadde plass til og ble snart en nokså dyster institusjon.¹³⁴

Middelbelegget holdt seg litt under antallet offisielle plasser inntil ut i 1870-80-årene, men begynte så, og særlig fra 1880-årene av, å overstige plassantallet.¹³⁵ Det ble slik mindre og mindre mulig å behandle ”moralsk” og aktiviserende. Siden legene knapt hadde andre midler – de viktigste var den første tid medikamentene morfin og opium, samt den ”sykdomsdistraherende” ”derivasjonsbehandlingen” og i noen grad badebehandling, ble resultatene lite oppmuntrende.¹³⁶ Det tør være talende at selv Gaustad, med 300 pasientplasser den første tiden og så 330, frem til 1926,¹³⁷ hadde en legestab som bare omfattet direktøren, en reservelege og en assistentlege; i tillegg kunne det komme noen kandidater.¹³⁸ Det øvrige ”pleiepersonell” bestod alene av utdannede ”Vogtere” og ”Vogtersker”. De så også slik ut der de vandret rundt med et svært nøkkelknippe hengende i et metallkjede rundt livet. De ble først fra 1911 kalt pleiere. I 1900 innførte Asylet et kort utdanningskurs; i 1913 ble det utvidet til et årskurs.¹³⁹

Man kan altså si at det ikke minst var presset utenfra som hindret legene i å gjøre det de hadde ønsket å gjøre og var blitt forpliktet til å gjøre. Ja, presset utenfra dyttet dem (lenger) inn i, eller beholdt dem inne i, det ”umoralske” og det passiviserende og disiplinierende. I noen grad ble også det disiplinierende regime legitimert: Det førpavlovianske (negative) betingingsregime ble i noen grad fremstilt som faglig velbegrunnet. Begrunnelsen ble i stigende grad somatisk. Den tyske, klassifiserende psykiater, Emil Kraepelin (1855-1926), ble den toneangivende mann innen sinnssykepleien. Kanskje kan man i noen grad også se på denne utviklingen innen psykiatrien som et uttrykk

134) Mekaniske tvangsmidler, som tvangsstol, tvangstrøye og håndbøyler ble brukt inntil 1882, mens isolasjon og et alment disiplinpreget regime fortsatte. Kfr. Ørnulf Ødegård, ”Den medisinske virksomhet”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 143-145. (Hele artikkelen: s. 121-158.)

135) I perioden 1856 til 1865 var middelbelegget 24 prosent under plassantallet, i neste tiårsperiode var det 8 prosent under og i perioden deretter 3 prosent under. ”Underbelegget” har imidlertid sammenheng med personalmangelen. Siden holdt middelbelegget seg, med unntagelse for perioden 1926-1935 (det har sammenheng med utbyggingen og utvidelsen av plassantalet) rundt plassantallet eller oversteg dette, dog aldri meget – før etter krigen. Opplysningene er hentet fra Johan Bremer og Ørnulf Ødegård, ”Statistikk”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 189. (Hele artikkelen: s. 179-192.)

136) Kfr. Nils Retterstøl, ”Gaustad sykehus – historien fra planleggingen frem til kommuneovertagelsen i 1985”, i Nils Retterstøl, red., *op. cit.*, s. 16-37. Se spesielt s. 26-27. Derivasjonsbehandling er en behandling som går ut på å forsøke å derivere, eller ”avlede”, sykdomsprosesser til andre organer. På Gaustad ble det således gitt irriterende salver for å avlede sinnssykdommer til huden. Badebehandling var til dels en tvangsbasert behandling, som ”sengebehandling”: Pasientene ble ”bundet” til sengen og badekaret, ofte ganske lenge.

137) Det formelle antall plasser var 300 fra starten av. Det ble økt, noe vilkårlig – for der skjedde ingen utbygging, til 330 i 1876. Der skjedde så ingen videre økning før midt i 1920-årene. Etter en større utbygging økte da antallet plasser til 519 i 1926 og til 523 i 1936. Kfr. Bremer og Ødegård, *op. cit.*, s. 179 og 189. Kfr. også Retterstøl, *op. cit.*, s. 24.

138) Reserverlege nr. to kom først i 1928. Asylet hadde ellers i overordnede stillinger en forvalter, en kasserer, en prest (bistilling fra 1919), en overvokterseke (”matrone” – oversykepleierske), en overvokter (oversykepleier), en gårdsbestyrer, en oldfrue og en husholderske. Kfr. Ørnulf Ødegård, ”Overordnet personale på Gaustad gjennom 100 år”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 170-174. (Hele artikkelen, s. 159-175.)

139) Kfr. *ibid.*, s. 28.

for hvor effektivt presset utenfra var: Legene måtte legitimere det det førte til, for sin egen faglig-moralske selvfølelsses skyld.¹⁴⁰

I de første nesten tre tiår ble Gaustad sindssygeasyl utsatt for lite kritikk fra kommisjon, øvrighet ellers og pressen. Det eksterne ”tilsyn” var, kan man si vennlig. Det begynte å endre seg fra 1880-årene. Det førte til at det i 1900 ble oppnevnt en ekstraordinær kommisjon til å se på forholdene ved Gaustad. Kommisjonen kommer også med kritikk, men ikke alvorlig. Sandbergs etterfølger som direktør (1882-1911), Axel Lindboe (1846-1911), forsvarer seg, litt såret, med å henvise til de økonomiske forhold. Han kunne ikke gjøre mer enn økonomien tillot. Han får støtte av medisinaldirektør og selv psykiater, Michael Holmboe, som peker på at det er urimelig å sammenligne asylforholdene i Norge med forholdene i andre, rikere land – hvor det er nok asylplass. Departementet istemmer Holmboes syn.¹⁴¹

En kjent ungarsk psykiater vurderte i 1903 Gaustad og fant det slett hva angikk bygningsmessig, hygienisk og terapeutisk forfatning.¹⁴² Heller ikke han tok hensyn til hva landets økonomi kunne bære. Men det er fristende å føye til: de begrensninger økonomien har lagt på psykiatrien, samt det øvrige presset utenfra, er forblitt psykiatriens (onde) skjebne. Dens autoritære veier er kanskje vel så meget en defensiv reaksjon som en offensiv aksjon. Psykiatrien er i så fall i mange henseender mer et offer enn en ”skyldig”. Dog behandles den fortsatt mer som det siste enn det første. Vi skal se at denne spenningen, spenningen mellom rollene som offer og skyldig, settes på spissen når tilsynsoppgaven senere gjøres mer uavhengig.

I 1875 overtok psykiateren Ludvig Dahl som medisinalsjef (medisinaldirektør). Dahl hadde arbeidet ved Gaustad som reservelege fra starten av og til 1861. To år senere ble han formann for Controllcommissionen for Oslo Sindssygeasyl og i 1868 medlem av Controllcommissionen for Gaustad Sindssygeasyl. Han tok initiativ til etableringen av Rotvold Sindssygeasyl og ble selv dets første direktør, i 1871. Han var også aktiv som fengselslege. Hans karriere illustrerer hvor tett integrert det fornyede norske sinnssykevesen var, og hvor meget Dahl som medisinaldirektør ikke var spesielt habil som den øverste tilsynsmann for asylvesenet. Han tilhørte et nettverk av fagfolk som mer var opptatt av å bygge og drive sinnssykevesenet enn av å føre en nærgående kontroll med at det forholdt seg til de strenge og, situasjonen tatt i betraktning, altfor strenge, normer Majors sinnssykelov inneholdt. Dahl, som hans forgjenger og etterfølgere, reiste endel på inspeksjonsreiser, men det var mer som pådriver og rådgiver enn som inspektør. Utad mer forsvarte enn refset den tidligere asyldirektør sine pressede kolleger.

140) Amalie Skram (1846-1905), som selv hadde fått erfare det københavnske Kommunehospital 6. avdeling som pasient, skriver i *Professor Hieronymus* med bitende satire om professorens disiplineringsregime. Professorfiguren var i virkeligheten avdelingens sjef, og Danmarks fremste psykiater, professor Knud Pontoppidan (1853-1916). Boken kom ut i 1895, og vakte, sammen med den samtidig utgitte *Paa Sct. Jørgen*, betydelig oppmerksomhet.

141) Kfr. Ørnulf Ødegård, ”Den medisinske virksomhet”, *op. cit.*, s. 134-137.

142) Kfr. *ibid.*, s. 24.

Kontrollen med privatpleien forble svak, men ble noe styrket ettersom ressursituasjonen tillot det.¹⁴³

Major hadde, som nevnt, foreslått at det skulle opprettes et eget overlegeembete for sinnsykevesenet. Det kom ikke og asyldirektørene måtte spille også denne, konsulentpregede, overlegerollen. I 1891 kom det til en bestemmelse i Sinnsykeloven om hvordan utgiftene til behandling av fattige sinnsyke skulle fordeles.¹⁴⁴ I den nye § 2 het det:

Undersøgelsen af, hvorvidt en fattig Sindssyg tiltrænger særegen Behandling eller Forpleining efter § 1, bliver i alle tvilsomme Tilfælde at udføre af en for ethvert Amt af Amtmanden med Medicinalstyrelsens Approbation, dertil antagen Læge.

Gjennom denne lovendringen kom der slik det som av og til ble omtalt som amtsleger, men altså var amtssinnsykeleger. De kom til å spille en økonomisk motivert kontrollerende, mer enn en faglig tilsynspreget, rolle. Ordningen falt bort da Legeforretningsloven kom i 1912, og Norge fikk ”egentlige” amtsleger (fylkesleger). Som vi har nevnt, ble det imidlertid i 1919 utnevnt en egen nasjonal overlege for sinnsykevesenet. Han fikk så vel konsulentpregede som tilsynspregede oppgaver. Overlegeembetet ble, av sparehensyn, inndratt i 1927, da overlegen, Karl Wefring, ble medisinaldirektør. Wefring ble slik, på et vis, både medisinaldirektør og overlege for sinnsykevesenet. Da tidene var blitt bedre, kom overlegeembetet tilbake, men som inspektørembede. Det skjedde i 1936. Etter krigen ble det, som tuberkuloseembetet, igjen gjort til overlegeembete – ja, til *Statens* overlegeembete.

”Egentilsynet”: Tilsynet med leger

Tilsynet med leger (som enkeltpersoner) kom i en annen stilling enn de former for tilsyn vi så langt har omtalt. Leger skulle i prinsippet passe på seg selv, også i den forstand at de skulle holde seg faglig à jour. Der skulle, medikratiske sett, også være en påpassing ”utenfra”. Den skulle imidlertid være godartet, uformell og komme fra ”siden”. Den skulle være kollegial og pedagogisk, og tildels ta form av ”videreutdanning”: Det første medisinske tidsskrift, *Eyr*, kom fra 1826 til 1837, og ble i 1840 fulgt av det mer faglig ambisiøse *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. Fra slutten av 1820-årene kom der medisinske leseselskaper, selskaper som fra 1831 (Bergen) og 1833 (Christiania) ble til legeföreninger. Den sistnevnte forening ble fra 1847 først til Det medisinske Selskab i Christiania så til Det norske medisinske Selskab i Christiania.¹⁴⁵ Den første ble i 1911 til Det Medicinske Selskab i Bergen. Også andre steder kom der legeföreninger. I 1886 samlet så nesten alle norske leger seg i Den norske lægeförening, en forening som dog vel så

143) Rasmus Hansson redegjør for privatpleien i ”Norges medisinalvesen – dets styre”, i *Tidsskrift for Den norske lægeförening*, b. 51, 1931, s. 183-188. Hele artikkelen: s. 180-183. Artikkelen er endel av en lengre redegjørelse om utviklingen av norsk medisinalforvaltning, og som gikk over flere numre.

144) Lov om Forandring i og Tillæg til Lov af 17de August 1848 om Sindssyges Behandling og Forpleining, 27. juni 1891, No. 2.

145) Navneendringen skyldtes frykt for at utlendinger skulle tro at selskapet var svensk. I 1906 ble ”i Kristiania” sløvet.

meget ble en standsforening som den ble en fagforening: Den ble snart den samlende forening for den norske legestand. Som standsforening kom den til å legge betydelig vekt såvel på standens fagutvikling, blant annet gjennom *Tidsskrift for Den norske lægeforening* (1888),¹⁴⁶ og gjennom det ansvar den fra 1918 tok som ansvarlig for spesialistutdannelsen, som på standens ”etikktutvikling” og etikkovervåking.

Denne gradvise ”fortetning” av legefelleskapet var et uttrykk for et forsøk på å gi det større styrke og slagkraft enn det løsere og mer uformelle fellesskap legene hadde hatt tidligere. Det er imidlertid viktig at fortetningen nå skjer på mer demokratiske premisser enn tidligere. Den gamle ”fortetning” var forankret i de overordnede embeder, særlig professoratene, men i stigende grad også i det elitepregede medisinske selskap i hovedstaden. Den nye sprang i større grad ut av fellesskapet av offentlige og private praktiserende leger, altså de mest ”menige” leger. Selv om også eliten gikk inn i Foreningen, og til dels en tid kom til å prege den, var det åpenbart at med dannelsen av den almene legeforening, hadde man fått en mer nedenfra-og-opp-preget forening. Det ble mer og mer synlig ettersom den fikk sitt sekretariat, med en sterk generalsekretær, først Rasmus Hansson (1900-1924),¹⁴⁷ så Jørgen Berner (1925-1948).¹⁴⁸ Mer og mer synlig ble det også at Lægeforeningen fikk et interesseinnslag. Mens legestanden tidligere så på seg som representerende en integrert ”del” av helheten, spesielt den embedsstatlige helhet, ble den nå også, og i stigende grad, en del som konkurrerte med andre ”deler” i et stadig mer pluralistisk og like meget privat som offentlig samfunn. Det gjorde den også gjennom en stigende grad av formell indre disiplinering og kontroll.

Professor i indremedisin ved Rikshospitalet, Peter F. Holst (1861-1935), gav, i sin minnetale over asyldirektør Axel Lindboe (1846-1911), på en elegant måte uttrykk for den tid som nå var forbi, og som Lindboe hadde representert:

*Jeg tror han omfattet Det Medicinske Selskab med – jeg vet ikke om jeg kan si et slags venerasjon, som var den tid egen til hvilken han hørte, en tid da korpsånden uten skrevne lover var våken, en tid der i visse måter aksentuerte både lægens forpliktelser og privilegier skarperne enn nu.*¹⁴⁹

Det uformelle, paternalistisk sammenholdte, fellesskap ble erstattet av det formelle, demokratisk-byråkratisk ledede, fellesskap. De gamle lederes stille

146) Tidsskriftet kom igang ved at Foreningen overtok *Tidsskrift for praktisk Medicin*, startet i 1881 av tre leger i hovedstaden, M. Skjelderup (1834-1902), Fr. Stabell (1832-1899) og C. Boeck (1845-1917). De tre tilbød Foreningen å overta deres tidsskrift og det skjedde altså fra 1888. Samtidig skiftet tidsskriftet navn til *Tidsskrift for den norske lægeforening*. Bergensforeningen etablerte sitt eget tidsskrift, *Medicinsk Revue*, i 1884.

147) Rasmus Hansson (1859-1934), var bondesønn, født i Gjerpen. Han ble ferdig lege i 1888 og virket så som fattiglege inntil han begynte i Lægeforeningen. Hansson var en ytterst dynamisk mann og ble på mange måter den nye Foreningens skaper. Hans forgjengere satt bare kort tid på sine poster: Vilhelm Uchermann (1852-1929) (sekretær), fra 1886, Hagbart Strøm (1854-1912) fra 1890 (fra 1893 gen.sekr.), Peter (Peder) Aaser (1848-1923) fra 1896 og altså Hansson fra 1900.

148) Jørgen Haslef Berner (1883-1964) ble lege i 1910. Han begynte som fabrikk- og distriktslege, ble så privatlege og avsluttet sin kliniske karriere som sykehuslege (Ullevål sykehus). Han ble spesialist i indremedisin i 1922.

149) Sitert etter Ørnulf Ødegård, ”Overordnet personale på Gaustad gjennom 100 år”, i Anna-Kirsten Austad og Ørnulf Ødegård, red., *op. cit.*, s. 163. (Hele artikkelen, s. 159-175.)

makt, utøvet fra oven, virket ikke lenger. Den virket ikke innad, men den virket heller ikke utad. For mange leger begynte å opptre for ”privat”, det vil si for konkurranseorientert; ikke minst gjaldt det de stadig flere privatleger: I 1841 var privatlegeandelen 31, i 1864 44, i 1875 46 og i 1910 58 prosent.¹⁵⁰ Men det var også en del leger som lot seg friste eller presse til å delta i ”omvendte” auksjoner over kommunale (fattig)legeposter. Begge grupper truet standens sosiale og økonomiske posisjon. Der krevdes derfor disiplinerende tiltak overfor dem. De kom i form av kollegiale regler. Etter noen års engasjert diskusjon vedtok Lægeforeningen sine første kollegiale regler i 1891.¹⁵¹ Syv år senere, i 1898, kom de forpliktende takster, den såkalte normaltariff. Vi bør føye til at problemene de ”oppfinnsomme” leger skapte for sin stand, ble forsterket mot slutten av det 19. århundre på grunn av et voksende legeoverskudd.

Den nye, mer formelle, indre styring i standen virket. Den hadde imidlertid, nettopp derfor, en del konsekvenser utad som var truende for standen: Foreningens politikk fremstod som egeninteressesmotivert, kartellaktig som den var. Det ble ikke bedre da sykeforsikringen for arbeidere (og deres familier) kom i 1909 (og trådte i kraft i 1911). Lægeforeningen hadde fått Regjeringen og Stortinget med på at de takster de nye kretssykekassene skulle refundere utgifter etter, var de takster Foreningen selv hadde vedtatt. Da forsikringen begynte å virke, steg utgiftene raskere enn forutsatt og myndighetene reagerte. Sterkest reagerte, som vi har sett, statsministeren (1913-1920), Venstres Gunnar Knudsen, med sin tale (1912) om legene som ”kasseplyndrere”.¹⁵² Legestanden fremstod snart slik mer som en interessent i samfunnet enn som en bærer av et selvsagt helhetsansvar. Fra 1918 kom en annen, noe spesiell sak til, som også skapte bry for legene i forhold til samfunnet, nemlig deres adgang til, under alkoholforbudet, å skrive ut ”brennevinsresepter”.¹⁵³

150) 1841: *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, b. 3, 1841, s. 106-07, som bygger på Kirke- og undervisningsdepartementets oversikt over autoriserte, men både eksaminerte og ueksaminerte, leger i Norge. 1864: *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, b. 18, 1864, s. 861-65, som igjen har hentet dem fra Eger, *Læge- og Pharmaceut-Kalender for Norge etc.* (Arendal: J. S. Fabritius's Forlag), 1864. 1875: Statistisk Centralbureau's *Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge*, 1875, s. XXXI. 1910: Tore Lindbekk, *Mobilitets- og stillingsstruktur innenfor tre akademiske profesjoner*, Oslo: Universitetsforlaget, 1967, s. 242. For alle årene gjelder tallene alle registrerte leger, også ikke yrkesaktive. Siden vi har telt som private alle som det ikke er oppgitt praksissted for, kan nok privatandelen være noe for høy for de tre første år.

151) Reglene påla leger en del plikter av faglig-etisk, men også av ”økonomisk”, art: Leger skulle ikke opptre (for) konkurrerende i forhold til hverandre, eller samarbeide med kvakksalvere. De ble håndhevet på den måten at der kunne klages til foreningen over uetisk og ukollegial opptreden. Medlemmer kunne i verste fall bli ekskludert fra foreningen. Kfr. Jørgen Berner, *Den norske lægeforening 1886-1936*, Oslo: Den norske lægeforening, 1936, s. 235-260.

152) I talen, holdt ved et amtsstingsmøte i Buskerud, uttalte han at ”Lægerne ødelægger arbeidet for at fremme sociale reformer ved at ’plyndre’ kredsdygekasserne”. Sikkert etter Aina Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke. 1850-2003*, Oslo: Gyldendal, 2003, s. 185. Kfr. også *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 32, 1912, s. 580 ff og s. 778. Gunnar Knudsen hadde sittet som medlem av Arbeiderkommissjonen av 1885 og siden fulgt nøye med i arbeidet med innføring av de ulike offentlige forsikringsprogrammer, spesielt sykeforsikringen.

153) I 1919 vedtok Lægeforeningens forretningsutvalg å ta denne appell inn i ”Tidsskriftet”: ”På grunn av den ansvarfulle særstilling hvori lægene i henhold til sin jus practicandi står: å kunne forordne alkohol til medisinsk bruk, mens statsmakten for øvrig har vedtatt landsforbud for de sterkere alkoholika – og fordi misbruk av denne rett utvilsomt har funnet sted fra mindre nøieregnende lægers side, til stor skade for standens anseelse – vil Den norske lægeforenings styre herigjennem rette en inntrengende appell til alle medlemmer om å vise stor aktsomhet under utøvelse av denne rett. Ingen ærekjær læge og standsfelle må ved forskrivning av spirituosa eller spirituøse blandinger la sig lede av utenforstående hensyn, men bare av sin egen samvittighet, samfunnets gagn og sin egen stands ære”. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 39, 1912, s. 591.

Legenes måte å agere på, gjennom Lægeforeningen, hadde utvilsomt noe økonomisk interessepreget over seg. Men omgivelsene, Statsministeren og skipsrederen Knudsen medregnet, tolket nok også Foreningen på en for ensidig kapitalistisk måte. De fleste legene var ennå sterkt preget av de gamle aristokratiske og moralsk forpliktende idealer og så på for eksempel priskonkurranse som uttrykk for kapitalistisk-egoistisk smitte, en smitte som i neste omgang lett kunne føre også til kvalitetskonkurranse, altså kvalitetsforringelse. Legestandens motvilje i Norge, som i andre land, mot å slippe investorer inn i sunnhetsvesenet, og mot å ”industrialisere” klinikken, var uttrykk for den samme kapitalistisk-skeptiske holdningen. Men legene ble altså forstått nokså ensidig av mange og det politiske svar ble i økende grad å temme egentilsynet og til dels å erstatte det med et tilsyn utenfra, et offentlig et. For så vidt som også det siste i stor grad ville måtte bli utført i regi av (offentlige) leger, turde det imidlertid ikke bli for truende for legene, mente mange. Det ble det heller ikke på lenge ennå. Men en begynnelse er alltid prinsipielt viktig. Den sår et korn, og prosesser settes i gang som etter hvert kan bli ganske dyptgripende.

Dannelsen av Lægeforeningen i 1886 kan altså sees på som et svar på et behov for å gjøre noe med et tiltagende standsproblem: stadig flere leger, kunne det se ut til, sviktet faglig og moralsk. Dette truet legenes tause pakt med det omgivende samfunn om å leve opp til standens (hippokratiske-inspirerte) idealer. Standen organiserte seg og begynte å spille en indre forvaltningsmessig rolle. Den etablerte en standsstat, en forening. Det skulle gjøre statlig intervensjon unødvendig. Men slik gikk det ikke. Allerede tidlig i det nye århundre dukket spørsmålet om mer statlig regulering av legeyrket opp. Gradvis kom den også, om den enn i hele perioden frem til 1940 var moderat og godartet, og for så vidt halvveis intern: Den skjedde i stor grad i regi av leger, dog offentlig ansatte sådanne. Den virket også inn på den legelige indre justis: Trusselen om offentlig kontroll og tilsyn førte til gradvis strengere foreningskontroll.

To lover, som kom i første del av det 20. århundre, er av spesiell betydning i vår sammenheng. Det gjelder Lægeforretningsloven, som kom i 1912, og Lægeloven (og Tannlægeloven) som kom i 1927.

Spesielt sett fra et tilsynssynspunkt representerte den gamle, lite formelt avklarte, ordningen et problem. Den innebar selvsagt at tilsynsoppgaven ikke var spesialisert på toppen, i Medisinaldirektoratet: Planleggerne og iverksetterne var også inspektører. Men enda mer problematisk var det utover i legeetaten. Der var ikke kommet amtsleger, som i noen grad kunne ha en slags uavhengighet i forhold til dem de skulle kontrollere. Der var stadsfysici i de gamle stiftsbyene, men ellers ikke lokale, overordnede offentlige leger. Der var bare distrikts- og stadslegene, som altså befant seg i den situasjon at de både skulle kontrollere seg selv, som klinikere, og eventuelle andre, private leger – deres konkurrenter.

Med Lægeforretningsloven av 1912 ble spesialiseringen av kontrollen og tilsynet ført lenger. Loven erklærte (§ 7) at der skulle være amtsleger i hvert

amt, bortsett fra i Kristiania (Oslo) og Bergen, hvor de gamle stadsfysici skulle spille amtslegens rolle. Amtslegen skulle "føre et overordnet tilsyn med amtets medicinal- og sundhedsvæsen undtagen i de byer, i hvilke stadsfysikat er opprettet, og skal derhos for det hele amt overta de i lov nr. 2 av 27de juni 1891 § 2 omhandlede lægefóretninger". Henvisningen til loven av 1891 gjelder sinnssykepleien. Tilsynsspesialiseringen var imidlertid høyst moderat, for så vidt som det tok tid før amtslegeembedene kom og, ikke minst, for så vidt som de ble kombinert med distriktslegestillinger. Den var også moderat siden der ikke stod noe i loven om hva tilsynet skulle ha som mål eller gå ut på. Slik hadde det forøvrig fra starten av vært gjennom den instruks Medisinaldirektøren hadde: I § 2 i instruks fra 1891 var det ramset opp hvem Direktøren skulle føre tilsyn med, blant annet "Lægernes, tandlægernes og Gjordemødrenes Virksomhed", men ikke gitt premisser for hvordan tilsynet skulle føres.

Med loven av 1912 var imidlertid en viktig prosess satt i gang, en prosess som pekte frem mot en full adskillelse av den legelige del av tilsynsoppgaven fra den kliniske utøvelse av legeyrket, ja, endog mot en adskillelse av tilsynsoppgaven fra enhver arbeidsgiveroppgave, og mot en profesjonalisering av tilsynsvirksomhetens utførelse.

Det bør nevnes her at der allerede fantes et grunnlag for å drive en viss form for tilsyn med leger, nemlig det vi kunne kalle den mer almene lovgivning, i første rekke straffe- og erstatningslovgivningen. Politi og rettsvesen kunne selvsagt intervensere overfor leger, som alle andre, for brudd på straffeloven. Men her taler vi knapt om tilsyn i vanlig faglig forstand. I forbindelse med utarbeidelsen av den alminnelige borgerlige straffelov av 1902 ble spørsmålet tatt opp om å få en egen "doktorparagraf" (§ 388), en paragraf om straff for leger og jordmødre som nektet å yte hjelp. Forslaget kom opp fordi der fra slutten av det 19. århundre var kommet en del "besværing over lægers undladelse af at tilse syge".¹⁵⁴ Det het i forslaget: "Læger og jordmødre, som inden omraadet for sin praksis i tilfælde, hvor deres hjælp er paatrængende nødvendig, uden skjellig grund negter denne eller undlader betimelig at yde samme, straffes med bøder".¹⁵⁵ Straffelovkommissionen af 1893 hadde pekt på at legenes behandlingsprivilegier gjorde det rimelig at de ikke i "paatrængende tilfælde unddrog sig fra at følge kaldelsen til sygesengen".¹⁵⁶

154) Kfr. innstillingen nevnt i neste fotnote, s. 20-24.

155) Det het videre i paragrafen: "Det samme gjælder apotekere, som under saadanne omstændigheder negter at udlevere lægemidler". Nærmere om paragrafens skjebne og hvordan den gav premisser for det påfølgende arbeid med en egen legelov, kfr. *Indstilling fra Den kongelige lægelovkommission, Forslag til lov om læger og tandlæger, Jordmødres og apotekeres regres til fattigvæsenet, Kvaksalverlovgivningen*, Kristiania: Socialdepartementet, 1908, særlig s. 8 ff. Det skal føyes til at det under debatten om saken kom frem at offentlige leger måtte antaes å ha en behandlingsplikt. Den fulgte, mente jurister, av premissene for deres utnevning: De skulle, i tillegg til sine offentlige oppgaver, også yte publikum legehjelp. Det ble antatt at kommunale leger hadde den samme plikt, selv om det ikke var uttrykkelig sagt i forbindelse med deres ansettelse. Kfr. ovennevnte innstilling, s. 18.

156) Straffelovkommissionen af 1893, som først foreslo paragrafen, henviste til lovforslag i Østerrike (særlig) og Ungarn. Det må dog føyes til at intet land på dette tidspunkt hadde innført egne bestemmelser om legers behandlingsplikt. Kommisjonen påpekte forøvrig at jordmødre og apotekere allerede hadde en plikt til å hjelpe. Hvorfor skulle ikke leger, som var enda viktigere for folks helbred, ha det? Sitatet er tatt fra Lægelovkommissionen, *op. cit.*, s. 9.

Fra legehold, blant annet fra en legeforeningskomité, ble det imidlertid reagert på forslaget, som var utenlandsk inspirert.¹⁵⁷ Det ble pekt på at det var galt å tvinge en lege til å måtte yte sine tjenester til enhver tid og under enhver omstendighet, uten engang å ha garanti for å få betaling. Engstelige og lunefulle pasienter kunne, med hjemmel i loven, komme til direkte å bli en plage for leger, ble det fremholdt. Endelig representerte forslaget, mente legekomiteen, en insinuasjon om at leger ikke til vanlig var tro mot sitt kall. Forslaget var altså ærekrenkende. Pliktfølelsen kom innenfra og burde ikke flyttes ut, kan man si. Da loven ble behandlet i Stortinget fikk doktorparagrafen ikke flertall.

Forslaget, og debatten rundt det, gjorde imidlertid at spørsmålet om kontrollen og tilsynet med legenes virksomhet ble aktualisert. En undergruppe av Lægelovkommissionen av 1898, oppnevnt i 1904, laget en første innstilling til en lov om legers og tannlegers rettigheter og plikter (felles lov). Gruppen bestod av juristen, tidligere byråsjef, E. L. Esmarch (formann), kontorsjef og lege Herman Scharffenberg og distriktslege B. Marius Müller (1841-1908), med den senere første ekspedisjonssjef for medisinalvesenet, juristen Thorvald Boye, som sekretær. Gruppen presenterte sin innstilling i 1908. Lovforslaget var forholdsviss medikratiske, men innebar allikevel at et prinsipielt skritt var iferd med å bli tatt: Også legene skulle nå plasseres under et offisielt tilsyn. Tilsyn skulle ikke lenger bare gjelde "de andre".

Det ble ikke foreslått at legene skulle gies offentlig autorisasjon, men det ble alvorlig vurdert, blant annet fordi det kunne være på sin plass å kreve en form for vandelsattest før en lege fikk praksislisens og fordi det etterhånden kunne bli aktuelt å kreve en viss praksistjeneste etter eksamen før praksislisensen ble tildelt. Men da Fakultetet i 1905 gikk imot å endre autorisasjonsforholdene, og der ble stor strid om spørsmålet i legestanden forøvrig,¹⁵⁸ ville ikke Kommisjonen komme med forslag om en endring. Sertifiseringen skulle bli liggende hos Fakultetet, skjønt på visse, ovenfra bestemte, premisser: "Ret til at udøve lægevirksomhed har enhver, som har bestaaet medicinsk embedseksamen her i riget og har udført den praktiske tjeneste, som bestemmes av kongen, samt aflagt løfte om at udøve virksomheden overensstemmende med ære og samvittighed" (§ 1). Det ble videre foreslått tatt inn flere paragrafer som gav grunnlag både for et faglig, faglig-moralsk og økonomisk-moralsk tilsyn av legers og tannlegers virksomhet. I § 14, den viktigste fagparagraf het det: "Naar en læge eller tandlæge paa grund af sindssygdøm eller aandelig svækkelse ansees vedvarende uskikket til at udøve sin virksomhet, kan retten ved dom frakjennnes ham". Paragrafen var ikke drastisk, og den gav den endelige offentlige myndighet til domstolene, ikke til medisinalforvaltningen. Den var dog et viktig skritt i en mer ambisiøs tilsynspolitisk retning. Ellers foreslo Kommisjonen i § 14 at legen skulle få plikt til å yte øyeblikkelig hjelp ved "ulykkestilfælde eller barnsnød" og i § 7 at de gamle meldeplikter knyttet til pasienter med "epidemiske

157) Komiteens betenkning er trykket som *Dok. nr. 1* for 1901/1902 (SF). Komiteen hadde blant annet som medlemmer Lægeforeningens generalsekretær Rasmus Hansson og den rettskyndige psykiater Paul Winge.
158) Kfr. Per Haave, "Da legene skulle autoriseres", *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, nr. 24, 2007, s. 3267-3271.

eller smitsomme sykdomme” skulle beholdes. Det ble naturlig nok også foreslått å ha en bestemmelse om taushetsplikt (§ 12). Det gamle sparsommelighetskravet, knyttet til behandling for offentlig regning, ble det foreslått å føre videre (§ 3).

Men forslaget, som ble lagt frem i 1908, ble lagt til side. Det hastet nå mer med å få vedtatt og satt ut i livet loven om legefóretningene, samt loven om sykeforsikring. Legelovarbeidet ble så tatt opp igjen i 1920, etter initiativ fra Socialdepartementet, med Medisinaldirektøren som pågående premissgiver. En ny, stor lovkomité, ledet av byråsjef, og snart ekspedisjonssjef (1922), juristen Thomas Angell, ble nedsatt. Der satt fem prominente leger i komiteen, deriblant medisinaldirektør Gram og to professorer. Juristen, sekretær og snart kontorsjef, Alf Faanes (f. 1881), var komiteens sekretær. Komiteen kom med sin innstilling i 1921. Den startet langt på vei på nytt. 1908-forslaget var allerede blitt foreldet. I lovproposisjonen, som kom i 1924, het det at ”De nugjeldende bestemmelser herom (om legeordningen) finnes spredt i forskjellige til dels meget gamle lover. De er på vesentlige punkter mindre svarende til nuværende forhold, likesom der mangler positive bestemmelser, som nu ansees nødvendige eller ønskelige.”¹⁵⁹

Medisinaldirektøren hadde spesielt ønsket at komiteen, hvor han selv ble medlem, skulle vurdere spørsmålet om ”Lægers licentia practicandi, særlig om der som betingelse for å oppnå denne skal forlanges en særskilt autorisasjon av centraladministrationen foruten bestått eksamen”.¹⁶⁰ Spørsmålet var stadig omstridt blant leger – det stod om standens autonomi, mente kritikerne – men komiteen foreslo nå å overføre den endelige autorisasjonsmyndighet til statsmyndighetene. Medisinaldirektøren dyttet også ellers på i ”formaliserende” retning. Han ville således at komiteen skulle vurdere om ”man skal lovfeste forhold som nu ikke uttrykkelig er fastsatt ved lov eller dermed likestillet bestemmelse”. Men også ellers gikk komiteen videre på den juridiske ”moderniseringsveien”, og som en del av den, ”tilsynsveien”.

Den borgerlige koalisjonsregjering ledet av Abraham Berge (1851-1936) (FV) la komiteinnstillingen til grunn for den lovproposisjon den i april 1924 fremmet. Komiteinnstillingen hadde da vært sendt til uttalelse til blant annet Lægeforeningen og Fakultetet. Begge hadde innvendinger, spesielt mot autorisasjonskravet. På Stortinget fikk næringskomité nr. 2 proposisjonen til behandling. Der satt, som nestleder, den kraftfulle legen Sveder Bang (1868-1931). Han var sterkt imot mange av bestemmelsene i lovforslaget og mente saken var for omfattende til å bli behandlet på slutten av en sesjon. Han fikk Odelstinget med seg og saken ble utsatt. Utsatt ble den også året etter da regjeringen Mowinckel (I) fremla proposisjonen på nytt.¹⁶¹ Først våren 1926 kunne komiteen legge frem en innstilling i saken.¹⁶² Bang forsøkte fortsatt å få avvist proposisjonen, men nå vant han ikke frem og loven ble vedtatt 5.

159) *Ot.prp. nr. 28, 1924, SF 1924, 3a, s. 1-2.*

160) *Innstilling til 1. Lov om lægers rettigheter og plikter. 2. Lov om tannlegers rettigheter og plikter, Avgitt av det av Socialdepartementet den 14de juni 1920 nedsatte utvalg, Kristiania: Socialdepartementet, 1921, s. 1.* Innstillingen er trykt i SF 3a, 1924, som vedlegg til *St.prp. nr. 28.*

161) *Ot.prp. nr. 10, 1925, Om utfærdigelse av lov om lægers rettigheter og plikter m.v., SF 3a, 1925.*

162) *Innst. O. XIII, 1926, Innstilling fra næringskomite nr. 2 angående lov om lægers rettigheter og plikter m.v.*

april og gitt sanksjon den 29. april 1927. Nå ble den også vedtatt uten at Lægeforeningen gjorde noe nummer av det. Hansson var gått av som generalsekretær og Berner, hans etterfølger, hadde et avslappet forhold til den nye loven.

Mange leger, også i Fakultetet, hadde støttet tanken om en legelov. Der var ikke lenger noe standsinternt grunnlag for å forsøke å stanse staten. Flere så også, som stortingsmann Karl Wefring, sinnsykeoverlegen og snart (sommeren 1927) den nye medisinaldirektør, at det å passe på leger i lengden kanskje var enklere for staten enn for standen.¹⁶³ Noen mente også at legene lettere kunne opprettholde befolkningens tillit til dem hvis de var godkjent og passet på av staten enn av Fakultetet og seg selv. Det er imidlertid interessant at legene i så pass stor grad følte at de ikke hadde noe valg. De hadde tidsånden mot seg. Å argumentere mot loven var å argumentere oppoverbakke. Det var å argumentere for en ”inhabil” selvkontroll. Slik skulle det også, mer og mer, bli etter krigen. Legenes forståelse av, tro på, og evne til å forsvare den medikratiske orden skulle gradvis forvitne. Angrepene på det tradisjonelle medikratiet utenfra hadde sin parallell i en forvitring innad.

Den nye loven representerte, sammen med Legeforretningsloven av 1912, viktige skritt i avmedikratiserende retning. Kontroll- og tilsynsmyndigheten ble flyttet over fra standsorganer, Fakultet medregnet, til de alminnelige offentlige myndigheter. Legene skulle ikke lenger bare være tilsynssubjekter, men også tilsynsobjekter. Loven gikk ikke spesielt langt, men den representerte et prinsipielt ”gjennombrudd” for tilsynssosialiseringen.

En del gamle, mer eller mindre kodifiserte, regler, for eksempel om plikt til å sende inn medisinalberetninger, om opplysningsplikt om pasienter med visse smittsomme sykdommer og om taushetsplikt, ble ført videre i den nye loven. De viktige nye bestemmelsene gjaldt autorisasjon, behandlingsplikt og, spesielt, betingelser for tap av autorisasjon.

I og med den lov var det altså ikke nok for en norsk lege bare å være ”examineret”. Han eller hun måtte til like være autorisert av Sosialdepartementet. I den nye lovs første paragraf het det blant annet:

1. *Rett til å utøve lægevirkosomhet og kalle sig læge har: den som har bestått medisinsk embedseksamen her i riket og derefter har fått autorisasjon som læge av vedkommende regjeringsdepartement;*
2. *den som.. (åpnet for leger utdannet andre steder).*

I § 2 het det:

- For å få autorisasjon må ansøkeren godtgjøre:*
1. *at han har medisinsk embedseksamen;*

¹⁶³) Kfr. Haave, *op. cit.*, s. 3269.

2. *at han har utført den praktiske tjeneste som Kongen til enhver tid setter som betingelse for å kunne utøve lægevirksomhet;*
3. *at han fører en hederligandel.*
Videre må han skriftlig avgi løfte om å ville utøve lægevirksomheten overensstemmende med hva ære og samvittighet krever.
4. *Departementet kan ikke nekte autorisasjon, med mindre der foreligger de samme grunner, som kan medføre tap av en meddelt autorisasjon; se § 16.*

Inngangen til yrket skulle altså nå kontrolleres av staten, men i praksis var jo staten i dette tilfelle Medisinaldirektøren, altså en standsmann. Vi legger ellers merke til at vilkårene for autorisasjon både var faglige og moralske (hederligandel og legeløfte), og slik at de moralske i større grad enn de faglige nå ble forankret utenfor standsorganer (vandelsattest, dog ble den personlige ære og samvittighet beholdt). Allikevel vil vi si at loven innebar at en utvikling var satt i gang som innebar at så vel fagligheten som moralen begynte å bli forankret utenfor legene både som personer og som stand.

Videre i den nye loven ble det i § 3 tatt inn en bestemmelse om at der kunne kreves en spesiell autorisasjon for å utøve ”nærmere angitte undersøkelses- og behandlingsmåter, som kan medføre fare for den sykes liv eller helse og til hvis anvendelse det er nødvendig å ha en særlig utdanning utover den, som forlanges for å få medisinsk embedseksamen...” Ellers inneholdt også loven noen administrative bestemmelser, som til dels representerte videreføring av gamle bestemmelser (kfr. ovenfor). Viktigere er imidlertid bestemmelser av fagetisk og økonomisk-etisk art om hvordan leger i bestemte situasjoner skulle forholde seg. I § 7 kom det slik inn pålegg ikke så ulike de pålegg som tidligere var foreslått tatt inn i straffeloven. Det het nå:

Enhver læge plikter på anmodning uoppholdelig å yde den lægehjelp han evner personlig eller ved stedfortreder, når han efter de foreliggende opplysninger eller sitt kjennskap til sykdomstilfellet må anta, at lægehjelp er påtrengende nødvendig i anledning barnsnød, sværere ulykkestilfelle, forblødninger, forgiftninger, eller andre sykdomstilstander efter Kongens nærmere bestemmelse.

I § 13 kom denne bestemmelse inn:

Enhver læge skal ved sine reiser, forskrivning av lægemidler og øvrige forordninger iaktta den sparsomhet, som er forenlig med de sykes og det offentliges tarv.

For så vidt som vilkårene for autorisasjon (§ 2) inneholdt to generelle etiske bestemmelser, kan man si den første av disse bestemmelser, kanskje også den annen, var overflødige. De innebar to konkretiseringer av de generelle etiske bestemmelser, og tok således enda mer av det etiske vurderingsgrunnlag ”ut” av legenes hoder. De gjorde den personlige etikk mer til upersonlig jus. For å sette det enda mer på spissen kan vi si at de kodifiserte mer av ”mistilliten” til leger. Vi skal dog legge til at innføringen av

sykeforsikring i 1909 (1911) innebar en begynnende ”sosialisering” av finansieringen av legehjelp. Det gjorde at legene mistet en viktig tilskyndelse til å være sparsommelige: Å være kravstor på anonyme skattebetaleres (premiebetaleres) bekostning er lettere enn å være det på bekostning av pasienter, særlig lite bemidlede pasienter. Vi har ovenfor nevnt statsminister Knudsens karakteristikk av legene som ”kasseplyndrere”.

Men vel så viktig som autorisasjonsbestemmelsene, og de spesielle kravene til etikk, var nok bestemmelsen i § 16 om tap av autorisasjon. Etter tidligere lovgivning var legens praksisrett en rett som bare kunne taes fra ham hvis han hadde begått alvorlige brudd på straffeloven. Nå kom der inn en bestemmelse som gjorde at leger kunne avautoriseres, om enn i første rekke midlertidig, hvis de viste seg uskikket til å praktisere. Det het i paragrafen:

Dersom en læge på grunn av sinnssykdom eller sjelelig svekkelse eller på grunn av misbruk av sterke drikke eller bedøvende midler anses uskikket til å utøve sin virksomhet, kan retten hertil frakjennes ham ved dom for den tid tilstanden varer.

Bestemmelsen er ikke drastisk. Som den var formulert skulle det svært meget til før en lege kunne bli fratatt lisensen til å praktisere. Legen måtte ikke bare opptre litt uforsvarlig. Han måtte opptre svært uforsvarlig. Han kunne heller ikke frataes praksisretten gjennom medisinal-administrativ beslutning. Der krevdes en domstolsbeslutning.¹⁶⁴

For legene var det umulig å argumentere imot en bestemmelse om uskikkethet som grunnlag for tap av praksisrett. Det var også umulig å argumentere imot at det var domstoler som skulle fatte beslutninger om slike tap. Hadde i noen tilfeller Medisinaldirektøren, eller Departementet, fått retten til å suspendere legers praksisrett, kunne nok Lægeforeningen ha protestert, men knapt når det var domstolene. Standens problem var jo at den ikke selv alltid klarte å holde orden i egne rekker. Den uformelle overvåkingen og korrigeringen fungerte for dårlig og Foreningens sådanne var utilstrekkelig. Lægeforeningen kunne for eksempel ikke straffe leger på andre måter enn ved å ekskludere dem fra Foreningen – men siden foreningsmedlemsskap ingen betingelse for praksisrett var, hjalp ikke det. Det hadde så vidt vært tale om å innføre legekamre med obligatorisk medlemsskap, etter tysk mønster, men å gjøre det ble aldri seriøst vurdert. Legene måtte derfor godta at staten kunne ta fra dem levebrødet hvis de viste seg uskikket til å utføre sitt yrke. For så vidt lå det for dem også en betryggelse i det. Det var til stor skade for standens anseelse hvis uskikkede leger fikk fortsette å praktisere.

I loven tales det om uskikkethet. Begrepet forstås svært mildt. En lege må nærmest være gal eller intoksikert for å bli sett på som uskikket. For så vidt kunne man ha ventet, når der nå kom en bestemmelse om lisensfratagelse, at den omfattet mer, for eksempel også åpenbar faglig eller etisk svikt. Men

¹⁶⁴ Loven inneholdt for øvrig en bestemmelse om straff for overtredelse av lovens bestemmelser, eller forskrifter gitt med hjemmel i loven. Det het (§ 20) at overtredelser ”straffes med bøter eller med fengsel inntil 3 måneder, forsåvidt strengere straff ikke er fastsatt i den almindelige straffelovgivning”.

tiden var ennå ikke moden for det. Legens status, og tiltroen til betydningen av det legelige selvstyre, var fortsatt for sterk til at en utvidet suspensjonsbestemmelse kunne komme på tale. Det skulle ennå ta en generasjon før begrepet 'forsvarlighet' 'finnes opp' og legevesenet, som tannlegevesenet, ja, til slutt alle helsefagutøvere, i større grad bli underordnet retts- og nyttestaten.

Etter Lægeforretningsloven av 1912, § 10, kunne også Kongen "avskædige en stadslæge eller distriktslæge, naar han viser sig ute av stand til at utføre de forretninger, som tilligger stillingen, eller han trods advarsel, blir ved med at vise et utilbørlig forhold i tjeneste eller liv". I dette tilfelle taler man dog mer om en kontroll som følger av arbeidsgiverens styringsrett enn om en kontroll med en prinsipielt fri profesjonells yrkesutøvelse.

Der står intet i Legeloven (og Tannlegeloven) av 1927 om hvordan tilsynet med legers (og tannlegers) yrkesutøvelse skulle foregå, og eventuelt følges opp — utover det strafferettslige. Det tilsyn som foregikk var i noen grad rutinisert, men i beskjedne grad profesjonalisert. Det skjedde før 1912 i regi av distriktslegene (stadslegene, stadsfysiciene), og til dels Medicinaldirektøren og hans medarbeidere, etter 1912 etter hvert også i regi av amtslegene. Tilsynet var, som det tilsyn vi har omtalt ovenfor, basert på inspeksjoner og beretninger, men var før amtslegene kom, både enkelt og variabelt. Det ble mer rutinisert da amtslege (fylkeslegene) kom. I 1912-loven ble amtslegene gitt ansvar for å "føre et overordnet tilsyn med amtets medicinal- og sundhedsvæsen undtagen i de byer, som har stadsfysikat" (§ 7). I instruksene, gitt ved kongelig resolusjon av 26. juni 1914 (med endring av 11. mars 1931) het det at amtslegen fører "tilsyn med de i amtet virkende lægers, tandlægers og øvrige medicinalpersonales utøvelse av deres kald og indsender aarlig til medicinaldirektøren en fortegnelse over dette personale" (§ 2, tredje ledd). Dette tilsyn, som de andre former for tilsyn skal han foreta gjennom inspeksjoner. Det heter i instruksens § 9:

Han skal efter nærmere avtale med amtmanden foreta en aarlig reise omkring i amtet og bør herunder saavidt mulig søke samlet de inspektioner, som paahviler ham, som tilsynshavende ved amtets medicinal- og sunnhetsvæsen.

Tilsynet var ikke nærgående og strengt. I mange tilfeller var det like meget kollegialt og pedagogisk, altså medikratiske, som det var byråkratisk-rettsstatlig. Det gjorde at personlige forhold, gode som mindre gode, kunne spille en rolle. Men tilsynet, som den mer almene ledelse, hadde en virkning ikke minst ved at det kunne være karrieremessig viktig for legene, som annet helsepersonell, å gjøre et godt inntrykk på amtslegen og i siste instans Medisinaldirektøren. Dette var selvsagt særlig viktig for de offentlige leger, men ikke uten betydning for de private heller; mange krysset "grensen". Tilsynet med leger på sykehusene var mer distansert. De underordnede sykehuslegene var, eller var på vei til å bli, spesialleger og ble mer passet på av sine overleger enn av amtslegene. Overlegene passet i hovedsak på seg selv hva fagligheten angikk.

1927-loven fikk, som nevnt, en bestemmelse (§ 13), som gav grunnlag også for et økonomisk tilsyn med leger. Denne bestemmelsen ble skjerpet når det gjaldt legenes forhold til syketrygden, for så vidt som der i 1930 ble tatt inn en bestemmelse i Syketrygdloven om at kretssykekassene kunne pålegges å ansette kontrolleger. Lægeforeningen bidro forøvrig til å få denne bestemmelsen til å virke ved å oppnevne fylkesvise kontrollnevnder. Noen legers litt uvørne bruk av kassene truet legenes forretningsmessige frihet.¹⁶⁵

Vi har ovenfor nevnt at leger også kunne komme under tilsyn og kontroll nedenfra, både ved at pasientene valgte og valgte bort leger, og ved at de sa fra hvis de var misfornøyd. Si fra kunne de i ytterste fall gjøre ved å reise erstatningssøksmål mot leger. Det var imidlertid ikke enkelt, hverken personlig eller juridisk. Personlig var det vanskelig på grunn av den autoritet leger hadde; spesielt gjaldt det de såkalte husleger. Juridisk var det vanskelig fordi der ikke fantes et godt lovgrunnlag for å saksøke leger. Heller ikke 1927-loven hjalp i særlig grad i så henseende. Den gav et grunnlag for å saksøke leger som nektet å yte påtrengende nødvendig hjelp, men altså ikke et godt grunnlag for å saksøke med påstand om dårlig behandling. Allikevel kom der søksmål, først svært få, etter hvert noen flere. Resultatet var at domstolene måtte fastsette hva gjeldende rett var. De måtte gjøre det med utgangspunkt i erstatningsrettens normer. Utgangspunktene ble da, først om legen var skadevoldende (faktum), så om legen hadde opptrådt uaktsomt. I begge tilfeller lå bevisbyrden hos den saksøkende.¹⁶⁶

De færreste søksmål førte frem, men etter hvert økte antallet saksøkere som vant frem. I tillegg økte antallet dissenser ved frifinnelsesdommer. Høyesterettsadvokat Dagfinn Dahl studerte på slutten av og rett etter krigen i hvilken grad pasienter siden århundreskiftet slik hadde utfordret sine leger eller deres arbeidsgivere.¹⁶⁷ Han fant åtte saker som var ført helt til Høyesterett. De var fra 1903, 1914, 1916, 1919, 1933, 1935, 1936 og 1937. Ikke i noen av disse sakene ble en lege dømt til å betale erstatning, men i de to siste, medisinsk ikke interessante, tilfeller ble arbeidsgivere gjort det. I den første og annen sak ble legen enstemmig frifunnet, i sak nummer tre ble legen frifunnet med 6 mot 1 stemme, i sak nummer fire ble legen frifunnet med sifrene 5-2, i sak nummer fem, som gjaldt et sykehus, ble sykehuset enstemmig frifunnet og i sak nummer seks ble to leger og en arbeidsgiver frifunnet med 5 mot 2 stemmer. Dahl har, fra tiden 1930 til 1942, funnet 11 dommer fra lavere rettsinstanser som involverte leger, i to tilfeller også deres arbeidsgivere. I ett av tilfellene (1938) ble legen, en kjent øyenlege i Oslo, idømt erstatningsansvar. Denne saken gjaldt en person som hadde fått en glassplint i øyet. Han ble, mente retten, feilaktig behandlet – splinten ble ikke funnet og fjernet – og tapte synet på det skadede øye. I de andre saker ble legen frifunnet. I seks saker som bare involverte arbeidsgivere kom det to frifinnende og fire fellende dommer.

165) Kfr. Jørgen Berner, *op. cit.*, s. 241-254. Både Berner, Lægeforeningens generalsekretær fra 1925 til 1948, og Rasmus Hansson, forgjengeren, var svært opptatt av at syketrygden ikke ble et utgangspunkt for unødig styring av legene, eller for eksklusjon av leger fra trygdepraksis, og så at hvis ikke leger opptrådte økonomisk forsvarlig, ville deres faglig-økonomiske frihet trues.

166) Kfr. Dagfinn Dahl, "Lægens rettslige ansvar", *Tidsskrift for rettsvidenskap*, 1946, s. 260.

167) Kfr. Dahl, *op cit.*, s. 241-266.

Dahls undersøkelse viser altså at søksmål mot leger i denne perioden nesten aldri førte frem. Der hvor søksmålet førte frem, som i saken mot øyenlegen – ført for Oslo byrett, var feilen legen hadde begått både utpreget medisinsk og åpenbar. Samtidig viser undersøkelsen at tendensen til å saksøke leger økte gjennom perioden. Men, som Dahl påpeker, søksmålene forteller ikke hele historien om denne form for pasientkontroll med legene. Delvis som svar på den økende tendens til å saksøke leger, hadde leger i stigende grad begynt å forsikre seg. Dette legeforsvar gjorde det samtidig lettere, og mer fristende, for pasientene å klage leger inn for forsikringsselskaper istedenfor domstoler: ”Insurance breeds claims”, heter det på engelsk-amerikansk. Dahl har sett på ett selskaps portefølje og funnet at ved utløpet av 1944 hadde det forsikret 356 leger og 221 tannleger. I perioden 1932 var der anmeldt 24 skader som gjaldt leger og 54 som gjaldt tannleger, dertil 80 som gjaldt sykehus. Hans tall, fra bare ett selskap, gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om tendensen, men selv er han ikke i tvil om at tendensen peker oppover. En del avisoppslag fra 1930-årene peker i samme retning. Et selskap oppgav at det i 1938 hadde mottatt 6-7 erstatningskrav fra pasienter, mens det et tiår tidligere bare kom ett krav i året. Representanten for selskapet la til at de klagende pasienter sjelden vant frem. Noen av kravene nærmet seg for så vidt også utpresning, la han til.¹⁶⁸

Det er ikke bare slik at forsikring ”skaper” krav, forsikring kan også bidra til å gjøre domstolene mer tilbøyelige til å komme med fellende kjennelser: Legen er jo forsikret. Dahl kommenterer også denne mulige virkning av forsikring, men uten å kunne trekke noen konklusjon.

*

Utgangspunktet for det eksterne tilsynet, eller tilsynet med de miljøansvarlige, var selvsagt de reguleringer som gjaldt de miljøansvarliges måte å håndtere sine miljøer på. De miljøansvarlige var delvis privatpersoner. De var ansvarlige for sine private hjem og de produksjonsmiljøer som ofte var knyttet til dem, som gårder og verksteder. Med fremveksten av mer adskilte produksjonsmiljøer, med flere ansatte, fikk man arbeidsgivere som miljøansvarlige instanser. Fra gammelt av hadde man miljøansvarlige som bruks- og gruveeiere. Fra midten av det 19. århundre ble fabrikkere stadig viktigere som miljøansvarlige subjekter. Det samme ble dem som stod i spissen for anleggsvirksomhet, altså vei-, jernbane- og havneutbygging, ofte offentlige instanser. Den siste gruppen av miljøansvarlige instanser omfatter dem som er ansvarlige for de almene miljøer, lokale og sentrale offentlige myndigheter, altså dem som samtidig står for all regulering og alt tilsyn med at reguleringene etterleves. Etersom samfunnet ble modernisert og byene vokste, ble myndighetene stadig viktigere som miljøansvarlige instanser.

Der var ulike miljøreguleringer fra gammelt av, spesielt fra sunnhetspolitiets gjennombruddstid, altså annen halvdel av det 18. århundre, men den mer offensive moderne regulering kommer først med Sunnhetsloven av 28. april

168) *Arbeiderbladet* 5.12.1938, s. 5.

1860. Gjennom Sunnhetsloven ble der innført lokale sunnhetskommisjoner, fra begynnelsen av det 20. århundre kalt helseråd. De skulle utarbeide forslag til lokale forskrifter miljøansvarlige instanser hadde å forholde seg til. Forslagene til forskrifter gikk så til kommunebestyrelsen, før de endelig ble gitt kongelig approbasjon (§ 4). I neste omgang skulle sunnhetskommisjonene iverksette forskriftene de selv hadde utarbeidet og i siste omgang føre tilsyn med at forskriftene ble fulgt. Iverksettelsen var enkel; den bestod i offentliggjørelse av forskriftene, men også mange steder – avhengig av hvor aktiv formannen i kommisjonen, som regel distriktslegen, var – i mer pågående og pedagogisk gjennomtenkte opplysningstiltak. Tilsynet foregikk i det alt vesentlige gjennom inspeksjoner og observasjoner, dog i stigende grad kombinert med mer presise målinger av miljøenes tilstand. Tilsynet, eller kontrollen, med tilsynet skjedde først og fremst gjennom beretningene sunnhetskommisjonenes formenn var forpliktet til å sende inn til Medisinalbestyrelsen. Etter at Lægeforretningsloven kom, ble tilsynet med tilsynet styrket gjennom opprettelsen av amtslegeembedene.

Sunnhetsforskriftene ble etter hvert både mer omfattende og mer konkrete. Det reflekterte kunnskapsutviklingen og veksten i hygieniske ambisjoner. Det gamle hygieniske regime var preget av en miasmatisk og natur-holistisk forståelse av miljøet. Det nye, som særlig begynte å gjøre seg gjeldende ett til to tiår etter Sunnhetslovens vedtagelse, var preget av en kontagionistisk og, mer alment, reduksjonistisk måte å forstå miljøet og mennesket på. Det førte til at forskriftene kunne bli mer faglig-teknisk konkrete og mer omfattende. Det førte i neste omgang til at tilsynet i større grad kunne baseres på presise fysisk-kjemiske og mikrobiologiske målinger og analyser. Det var det som gjorde at Medisinaldirektoratet i 1908 begynte å lønne en kjemiker ved Hygienisk institutt, en ordning som etter hvert ble bygget ut og førte til etableringen av Medisinalstyrelsens laboratorium og i 1929 til opprettelsen av Statens institutt for folkehelse (kfr. foran).

I tråd med den vitenskapelige utvikling ble hygienikerne stadig mer ambisjøs og der oppstod, særlig etter århundreskiftet, et ganske sterkt hygienisk ”trykk”, eller et medikaliseringstrykk, i samfunnet. Stikkordene ble lys, luft og renhet – nesten sterilitet. Ytterligere et stikkord ble trygghet: miljøene skulle gjøres fysisk mindre farlige. Det prekliniske, eller hygieniske, trykk gikk dessuten over i det halvt kliniske. Det gjorde det gjennom det nye ernæringsregimet: maten skulle være sunn, som en slags salutogene medisiner. Det gjorde det også gjennom det nye ”gymnastikkregime” (fysisk aktivitet) og endog det nye rasehygieniske regime (fødre det som i nyere tid er kalt den humane kapital).

Der kom folkelige reaksjoner på dette vitenskapelig baserte hygieniske trykk. Det var for mange som om det gamle øvrighetstrykk, i regi av jurister og i noen grad prester, ble erstattet av et mer moderne, faglig-borgerlig trykk – og i dette tilfelle legemliggjort av legen, den nye, mer sekulære, tids prest: Når himmelen ikke lenger i samme grad var målet, ble det viktigere å leve lenge og godt her. Bare legen var da til hjelp. Etter hvert ble legen hjulpet av at folk flest, gjennom et ekspanderende og sekulariserende

utdannelsesvesen, ble gjort mer, om aldri helt, mottagelige for det hygieniske budskap. Analysen kunne i større og større grad erstatte moraliseringen og trusselen om straff.¹⁶⁹

*

I løpet av tiden fra slutten av det 19. århundre og frem til Den annen verdenskrig skjedde det viktige endringer i tilsynsvirksomheten. Det ”opprinnelige” tilsyn skjedde i regi av leger, om enn primært offentlige sådanne, overfor ”alle” andre. Tilsynet med leger var i all hovedsak et uformelt egentilsyn; dog et egentilsyn som etter hvert ble formalisert gjennom Lægeföreningen (etter 1886). Det første tilsyn ble gradvis gjort mer alment og mindre legelig. Også det annet tilsyn ble, særlig fra begynnelsen av det 20. århundre, gjort mer alment og mindre rent legelig. Det ble i forsiktig grad ”sosialisert”, kan man si. Slik skjedde det en dobbel, om enn moderat, demedikatisering av tilsynet. Det skjedde også en begynnende profesjonalisering av tilsynet, for så vidt som det var juridiske hensyn som bragte de medikratiske over på defensiven. Denne profesjonalisering hadde imidlertid ikke bare rettsstatens representanter som initiativtagere. Publikum, eller pasienter, spilte også en tilskyndende rolle: De begynte i større grad å saksøke leger, og for så vidt også andre helsefagfolk og deres arbeidsgivere.

Vi har ellers sett at utviklingen av tilsynet med særomsorgsvesenene, blant annet sinnsykevesenet, hadde en mindre tydelig utvikling. Her stod den store spenningen mellom hensynet til de syke og hensynet til samfunnet for øvrig. Bak det første hensyn kunne stå både leger og jurister, mens legesamfunnet, med en viss både medisinsk og juridisk støtte, stod bak det annet. De første hadde fra gammelt av vært på defensiven, men fikk, etter hvert som samfunnets økonomiske evne ble bedre, voksende støtte. Dette førte imidlertid ikke uten videre til en mer medikratiske preget omsorg. Som vi har påpekt begynte både den lege og den juridiske kritikk av særomsorgen generelt, og psykiatrien og psykiaterne spesielt, å gjøre seg gjeldende rundt århundreskiftet.

Spesialiseringen og profesjonaliseringen: noen tall

Sunnhetsforvaltningen var svært lenge liten og ”puslete”, som vi ser av tabell 2.1. Den omfattet stort sett bare to-tre personer til ut i 1870-årene.¹⁷⁰ Men fra den tiden ekspedisjonssjefstillingen ble omgjort til en direktørstilling, i 1875, og den samlede medisinalforvaltning oversteg 10, begynte en

169) I Sunnhetsloven, § 26, er det bestemmelser om straff for den som bryter påbud gitt gjennom lokale forskrifter. Det heter: ”De Forskrifter, som i Kraft af denne Lov gives av Communebestyrelser med kongelig Approbasjon eller af Sundhedscommissioner, skulle paa behørig Maade kundgjøres i vedkommende By eller District, og blive Overtrædelser deraf saavel som af den i § 14 indeholdte Bestemmelse at straffe med Bøder samt i Mangel af disses Vedtagelse efter Forelæggelse at paatale ved Politiet”.

170) I 1845 måtte legene og andre med interesse for medisinalforvaltningen svelge en nedlatende, men symptomatisk, kommentar fra Kirkedepartementets juridiske ekspedisjonsskretær, altså medisinalvesenets øverste administrative embedsmann, Christian Birch-Reichenwald (1814-1891). Han skrev i forbindelse med diskusjonen om Holst-kommisjonens ambisiøse innstilling: ”En Bureauchef og en Fuldmægtig er et forholdsvis stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger”. Sikkert etter Svalestuen, *op. cit.*, s. 23. Birch-Reichenwald skulle siden bli blant annet statsråd (1858-1861). Ja, som statsråd var han, som en som stod Kongen (Carl XV, konge 1859-1872) nær, i virkeligheten en slags statsminister i Christiania. Han gikk av da han kom på kant med Kongen.

jevn vekst, en vekst som bare ble avbrutt i 1920-årene, spareårene. Men selv ved periodens utløp, i 1940 (1939), omfattet ikke medisinalforvaltningen mer enn 25 personer på leder- og saksbehandlerplan. Taes kontorassistentene med kommer vi opp i 40.

Tabell 2.1: Medisinalforvaltningens bemanning, ledere og saksbehandlere, 1816-1939

Stilling	1816	1842	1850	1860	1870	1878	1890	1892	
	M.bur. Pol.dep.	M.b. Kirked.	M.b. Indred.	M.k. Indred.	M.k. Indred.	M.k. Indred.	M.k. Justisd.	M.k. JD	Med. dir.
Eksp.sj./ dir.				1	1	1	1		1
Byråsjef	1	1	1	1	1	1	1	1	
Saksbeh.	2	4	2	2	2	9	12	10,5	2
Tilsammen								11,5	3
Tilsammen	3	5	3	4	4	11	14	14,5	

Stilling	1903		1910		1920		1930		1938-39	
	M.avd. JD	Dir.	M.a. JD	Dir.	M.a. SD	Dir.	M.a. SD	Dir.	M.a. SD	Dir.
Sjef		1		1	1	1	1	1	1	1
Byråsjef/ ktr.sjef	1	2	2	3	2	3 (+2)	3	2 (+1)	3	4
Saksbeh.	5	7	7	8	7	5	4	4	10	6
Tilsammen	6	10	9	12	10	9 (+2)	8	7 (+1)	14	11
Tilsammen	16		21		19 (+2)		15 (+1)		25	

M.bur. er forkortelse for Medicinal-Bureau, M.k. for Medicinalkontor.

Kilder: 1816: Norges Hof- og Stats-Calender, 1816, s. 92. Esmarch (kfr. nedenfor) oppgir en ekstraskriver for 1816 og 1842. Denne er ikke tatt med her. 1842 og 1850: Svalestuen, s. 10 og 21. 1860: Svalestuen. 1870: Norges Hof og Stats-Calender (1871). 1878 og 1890: Svalestuen, s. 42. 1892: Svalestuen, s. 49-50. Se også L. Esmarch, *Det civile Lægevesens udvikling efter 1814*. Bilag 2, II til Tillægsindstilling angående Ordning af Medicinalstyrelsen, til Indstilling fra den kongelige Lægekommission af 1898. Trykt som vedlegg til *Ot.prp. nr. 39* (1911), *Om udførelsen af de offentlige Lægeforretninger*, SF 1911, b. 3b. Tallene for 1850-1870 er nokså usikre. Vi har i hovedsak brukt Statskalenderen for disse årene, men her er ikke saksbehandlerne fordelt på kontorene. Vi har "gitt" Medisinalkontoret saksbehandlere etter en skjønnsmessig vurdering. Tallene er antagelig litt for lave. Tallene for 1903 er tatt fra Medicinallovkomisjonens innstilling, *Tillægsindstilling Angående Omordning af Medicinalstyrelsen*, Bilag 2, II, s. 15 og 18. (Hele innstillingen er trykket i SF 1911, 3b, som vedlegg til *Ot.prp. nr. 39* (1911)). Tallene for perioden 1910 til 1939 er delvis tatt fra Norges statskalender (alle tall for Direktoratet), delvis fra Statens forenklings- og sparekomité, Innstilling I (1923) (trykt i SF 1926, etter *St.m. nr. 32*), delvis fra Svalestuen og delvis fra Socialistiske Lægers Forenings komités innstilling "Medisinalvæsenets centraladministrasjon" (trykt i Arne Bruusgaard og Trygve Gjestland, red., *Festskrift til helse-direktør Karl Evang på 60-årsdagen*, op. cit., s. 201-216). De tre siste kilder er brukt for tallene for Medisinalavdelingen. Sparekomiteen oppgav tall for 1914 og 1922. Disse er brukt sammen med opplysninger fra Svalestuen for å beregne tallene for 1910, 1920 og 1930. For 1939 for Avdelingen er brukt tall tatt fra den sistnevnte kilde, s. 212. Disse tallene gjelder 1938.

Tabell 2.2: Medisinalforvaltningens bemanning, etter fagbakgrunn, 1816-1939

Stilling	1816 M.bur. Politi	1842 M.b. Kirke	1850 M.b. Indre	1860 M.k. Indre	1870 M.k. Indre	1878 M.k. Indre	1890 M.k. Justis	1892	
								M.k. JD	Med. dir.
Ledere	Farmasøyt: 1		C.j.: 1	C.m:1 c.j.: 1	C.m:1 c.j.: 1	C.m:1 C.j.: 1	C.m:1 c.j.: 1	C.j:1	C.m:1
Saksbeh.	Frm:1 c.j:1	Frm:1 c.j:2 a:1	C.m:1 c.j:1	C.m:1 c.j: 1	C.m:1 c.j:1	C.m:3 frm:2 c.j:2 a:2	C.m:5 frm:2 c.j:2 a:3	C.m:4 frm:2,5 c.j:4	C.m:1 ing:1
Leger til- sammen			1	2	2	4	6	4	2
Farmas. tilsammen	2	1				2	2	2,5	
Jur. tils	1	2	2	2	2	3	3	5	
Andre		1					3		1

Stilling	1903		1910		1920		1930		1938-39	
	M.avd. JD	Dir.	M.a JD	Dir.	M.a SD	Dir.	M.a SD	Dir.	M.a SD	Dir.
Ledere	C.j:1	C.m:2 ing:1	C.j: 1	C.m:3 ing:1	C.j:3	C.m: 2 (+2) frm:1 ing:1	C.j: 4	Cm:2 (+1) frm:1	C.j:4	C.m:4 frm:1
Saksbh.	C.j:5	C.m:3 frm:3 c.j.:1	C.j:7	C.m:3/ frm:4/ c.j:1	C.j:7	C.m:3 frm:1 c.j:1	C.j:4	Frm:3 A: 1	C.j:9	C.m:1 frm:5
Dr. tils.		5		6		9 (+2)		2(+1)		5
Frm. tils		3		4		2		4		6
Jur. tils.	6		8	1	10	1	8		13	
Andre		1		1		1		1		

Kilder: Tallene baserer seg på samme kilder som for tabell 2.1, og er derfor usikre, særlig hva angår årene 1850, 1860 og 1870. Også 1878-fagfordelingen er litt, men ikke mye, usikker.

Medisinalforvaltningen var, som tabell 2.2 viser, i hele perioden frem til Den annen verdenskrig preget av en utpreget dobbel faglighet. På den ene side stod legene, med farmasøytene som underordnede partnere, og på den annen, juristene. Der kom inn en tekniker, en ingeniør, i 1892, uten at det spilte noen særlig rolle for fagbalansen. Mest interessant er det at det tok slik tid før ”nyttestaten” ble representert i forvaltningen. Det skjedde for første gang da en økonomiinspektør ble utnevnt i 1924, midt i sparetiden.¹⁷¹ Han ble knyttet til Avdelingen og utnevnt for å bidra til økonomisering, men den

171) Kfr. Svaalestuen, *op. cit.*, s. 86.

mer offensive, målstyrende økonomifaglighet hører etterkrigstiden til, og for så vidt ikke bare hva angår sunnhetsvesenet og sunnhetsforvaltningen. Den første økonomiinspektøren (til 1940) var offiser; hva den neste var er uklart.

I den meget beskjedne medisinalforvaltningen som eksisterte frem til 1875, var forholdet mellom medisinalpersonene og juristene nokså jevnt; dog gav det selvsagt de første et visst overtak at de i 1858 fikk sjefposten. Men etter 1875 får medisinalfolkene et kvantitativt overtak, et overtok som forsterkes av at de første har Direktøren og de andre en byråsjef som øverste representant. Dette overtak svekkes dog noe ved at det er todelt, det omfatter både leger og farmasøyter. Hvorom alt er begynner det samlede medisinale overtak å svekkes med delingen i 1891. I 1920-årene, får juristene et lite kvantitativt overtak. Kvalitativt er det også viktig at Avdelingen fikk en ekspedisjonssjef som sjef. Han kunne på en helt annen måte enn byråsjefen(e) balansere Direktøren. Denne relative styrkelsen av juristene må sees i sammenheng med den økonomiske krisen; legene er, sammenlignet med juristene, utgiftsdrivere. Den kan imidlertid kanskje også sees på som uttrykk for den økende profesjonelle bevissthet om styring og forvaltning.

Gjennom hele perioden ble der i beskjedne grad gjort økonomisk forskjell på de ulike faggrupper, eller for den saks skyld, de ulike personer. Lønnen var knyttet til stillingen og "personavhengigheten" var i all hovedsak ansiennitetsbasert. Slik sett kan man si at avlønningen var preget av rettsstatens "upersonlige" prinsipper. De øverste ledere kunne dog få, og fikk ikke så sjelden, personlige tillegg. I 1891 var årsgasjen for en ekspedisjonssekretær kr. 5 400, for en byråsjef kr. 3 400, for en fullmektig kr. 2 000 og for en kopist kr. 1 500. Medisinaldirektøren var avlønnet med kr. 6 400, pluss kr. 800 i personlig tillegg. Direktøren var altså avlønnet godt over den høyeste embedsmann i departementene, og dobbelt så generøst som sin motpart i Justisdepartementet, byråsjefen for Medisinalkontoret.¹⁷² I 1930 var ekspedisjonssjefsgasjen på kr. 11 700, byrå/kontorsjefsgasjen på kr. 7 650, sekretærgasjene på kr. 4 950 (I) og 3 600 (II); dertil kom eventuelle ansiennitetstillegg (2-4). Medisinaldirektøren fikk 12 600.¹⁷³ Der fant altså sted en liten sammentrengning av lønnskalaen i løpet av en drøy generasjon, men vi ser at Medisinaldirektøren stadig er plassert over ekspedisjonssjefene.¹⁷⁴

Disse gasjene var for øvrig de samme ved tiårets slutt. Det hører med til dette bilde av forvaltningens godtgjørelse at titlene var rettsstatlige, ikke fagstatlige. Også legene og farmasøytene var i hovedsak byrå- og kontorsjefer, og fullmektiger, kopister og ekstraskrivere — fra 1899 sekretærer. Medisinallederen var imidlertid en unntagelse, også titelmessig. Noen skritt i medikratisk retning ble det tatt da der kom to overlegestillinger. Ellers skal det nevnes at legelige saksbehandlere i 1800-årene (henimot delingen) også kunne omtales som medisinalrevisorer og farmasøyter, etter århundreskiftet som apotekvisitatorer.

172) Sth. Prp. No. 1 – Hovedpost III (1891-92), SF 1891, 1a, s. 12-13. Vi skal legge til at dette året var Rikshospitalets direktør gitt kr. 4 800, hovedstadens stadsphysicus kr. 3 200, distriktsleger kr. 1 500 (Nord-Norge: kr. 2 000) – og statsministrene (i Kristiania og Stockholm) kr. 20 000 og statsrådene kr. 12 000.

173) *Norges statskalender* 1931 og 1939.

174) *Norges Statskalender*, 1931.

Vi skal ellers nevne at forvaltningen i slutten av 1800-årene begynte å engasjere kontorister, ofte ”damer”, som det gjerne het i de første personaloversiktene. Med omordningen av personalpolitikken i 1899 ble disse kontoristene, som før var kalt renskrivere og journalførere, gitt titelen assistent (I og II); i 1930-årene ble også titelen (kontor)fullmektig tatt i bruk for disse. I 1903 hadde Avdelingen tre assistenter (”damer”) og Direktoratet én (”dame”).¹⁷⁵ Antallet var øket til 4 og 3 i 1914, til 7 og 3 i 1923,¹⁷⁶ og til 9 og 6 i 1938.¹⁷⁷

Medisinalforvaltningen var altså storparten av tiden frem til 1940 svært liten. Det gjorde den selvsagt også personlig preget. Det bidro til det at mange satt lenge i stillingene. Den første sjef, byråsjef og farmasøyt Jacob Schandorff, satt i 27 år, hvis vi regner fra 1815 (da han ble fullmektig), 33 år hvis vi regner fra det tidspunkt han ble sekretær for Sunnhetskollegiet. De to neste sjefer var jurister (Wilhelm L. Jürgensen og O. A. F. Kaltenborn) og satt i 10 (1844-1854) og åtte (1854-1862) år. Den siste måtte se at der kom en ny sjef i 1858, ekspedisjonssjef Chr. Thv. Kierulf. Kierulf satt i 18 år og hans etterfølger, L. V. Dahl, i 15 år. De to juridiske byråsjefer satt i 8, 10, 6, 9 og 12 år; kfr. figur 2.1. Dahl ble etterfulgt av Gotfred Bentzen, som gav seg etter to år, mens Bentzens etterfølger, Michael Holmboe satt i hele 25 år. Holmboes etterfølgere Gram, Wefring og Heitmann, satt i åtte, tre og syv år. De juridiske ledere, byråsjefene, satt etter delingen (egentlig fra 1888) og frem til 1911 (to kontorer) i 12 og 11 år. Ekspedisjonssjefene (fra 1917) satt i fem, seks og 11 år. På nivået under direktør og ekspedisjonssjef var det også betydelig kontinuitet. Byråsjef Ove Amundsen satt fra 1917 og frem til Den annen verdenskrig og kontorsjef Herman Scharffenberg fra 1905 til 1923, i praksis til 1928.

Svært generelt kan vi si at perioden fra 1815 til 1918, altså i et drøyt sekel, preges av fire personer og personligheter, en farmasøyt og tre leger: Jacob Schandorff, Chr. Thv. Kierulf, Ludvig V. Dahl og Michael Holmboe. De 16 årene mellom den første og den annen preges av en viss uro og styringsuklarhet; ellers har disse herrer kontroll (vi ser også bort fra årene 1891-1893). Etter Holmboes død i 1918 inntreer ny uro, med hyppigere skifte av medisinaldirektør, kamp for å begrense nedbygging og en god del defensivitet. Holmboe hadde nesten, med sitt statusmessige overtak på avdelingslederen, med sin etter hvert lange fartstid, og med sin personlige autoritet, kunnet forlenge det overtaket legene hadde hatt i medisinalforvaltningen siden Kierulf. Holmboes død, de hyppige direktørskifter og det at Avdelingen fikk ekspedisjonssjef, endret maktbalansen, og skapte større spenninger mellom Direktorat og Avdeling, spenninger som etter krigen førte til Evangs utmanøvrering av Theodor Thorsen og samling av medisinalforvaltningen.

175) *Tillægsindstilling angaaende Omordningen af Medicinalstyrelsen, Bilag 2, II, op. cit.*, s. 15 og 18.

176) Statens forenklings- og sparekomité, *Indstilling I*, s. 84, 87, 89 og 91. Innstillingen er trykket i SF 1926, etter

St. meld. nr. 32.

177) Sosialistiske Lægers Forenings komité's innstilling om Medisinalvæsenets centraladministrasjon, *op.cit.*, s. 206 og 212.

Danskfødte **Jacob Schandorff** var en lojal, ærekjær og pliktoppfyllende embedsmann, men ingen strateg på medisinalvesenets vegne. Strategene satt på og rundt Fakultetet og Rigshospitalet, og fremst av dem var Frederik Holst og Jens Johan Hjort. Om noe gjorde de etter hvert Schandorff til enda mer av en litt distansert embedsmann. Men andre sysler absorberte nok Schandorff mer enn arbeidet. I unge år var han engasjert i kunst og litteratur; etter at han giftet seg med den fromme, og meget sterke, (Andrine) Maria Lasson (1784-1848) i 1816 kom hans interesser til å gå i religiøs retning.¹⁷⁸

Chr. Thv. Kierulf var den første store strateg av medisinallederne. Han var en meget aktiv deltager i Medicinsk Selskab, reiste hele livet meget rundt i Europa for å se og lære og var en flittig fagskribent. Han hadde vært sekretær for Indredepartementets medisinalkomité, og var slik sett vel forberedt for sin gjerning. Kierulf var svært preget av det kall han følte han hadde som den første medisinske medisinalsjef og som en bygger av det norske sunnhetsvesen. Han er fremfor noen Sunnhetslovens far. Med den som utgangspunkt kunne han også arbeide mer kraftfullt nedover, gjennom distriktslegene. Kierulf var som medisiner først og fremst opptatt av hygiene og epidemiologi, som vel halvparten av sine etterfølgere. Han var dyktig, rettsindig og pliktoppfyllende, og vant tillit hos de fleste. Han var lett å omgås.¹⁷⁹

Ludvig Dahl, som overtok da Kierulf døde, og som hadde tjenestegjort som fullmektig under denne fra 1864 til 1868, var psykiater og satt som direktør ved Rotvold asyl, hans eget verk, da han overtok etter Kierulf. Han forble også, som Kierulf, faglig aktiv og reiste meget. Han ville holde seg à jour. Han hadde allikevel ikke Kierulfs strategiske interesser og ble nesten overveldet av den vitenskapelige revolusjon som veltet inn over medisinen fra 1870- og 1880-årene av. I stedet for å la seg inspirere av revolusjonen til ny satsing ble han mer skeptisk og forsiktig. Kraftfull av vesen som han var, kom han slik til å spille en noe konserverende rolle. Hans temperament kunne undertiden løpe av med ham, også skriftlig. Han forskrekket mang en gang de forsiktige juristene. Rasmus Hansson beretter at en juridisk departementsembetsmann fortalte ham, ti år etter at det hadde skjedd, at Dahl engang hadde notert på en leges ansøking til en distriktslegestilling: ”Jeg vet, at mannen drikker. Må ikke ansettes som distriktslæge. Dahl”.¹⁸⁰ Han var som ”Brand”, legger Hansson til, ”det som du er, vær det fullt og helt og ikke stykkevis og delt”. Det er ikke så underlig at Dahl er den av sine forgjengere den etterhvert stadig mer historieinteresserte Torbjørn Mork oftest henviste til.

178) Han var fra 1822 til sin død kasserer og styremedlem i Det norske Bibelselskab. Hans kone etablerte i 1827 barnehjemmet Eugenias stiftelse (oppkalt etter kong Carl Johans dronning), og sammen skjenket de 20 000 speciedaler, en meget stor sum på den tid, til stiftelsen. De var barnløse. Kfr. omtale av de to i *Norsk Biografisk Leksikon*. Oslo: Aschehoug, 1954, b. XX, s. 286-288.

179) Fr. Grøn har omtalt ham, noe kort, i *Norsk Biografisk Leksikon*, b. VII, 1936 (Oslo: Aschehoug), s. 306-307. Man får ellers et inntrykk av ham ved å lese referatene fra møtene i Medicinsk Selskab (Norsk Magazin for Lægevidenskaben) fra midt i 1850-årene.

180) Rasmus Hansson, ”Norges civile medisinalvesen – dets styre”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 50, 1930, s. 1424. Hele artikkelen: s. 1422-1434. Artikkelen er endel av en serie på flere artikler om utviklingen av norsk medisinalforvaltning.

Det var ventet at Dahls etterfølger skulle bli bergenslegen Klaus Hanssen, lepraforskeren Gerhard Armauer Hanssens bror. Han hadde den gang en av landets største indremedisinske praksiser, tjente godt og hadde en hånd med i meget av det som skjedde i Bergen. Den både veltalende og kraftfulle Hanssen var sett opp til av sine kolleger over hele landet og var fra starten av en sentral person i Lægeforeningen. Men det ble ikke Hanssen. Regjeringen spurte ham, og tilbød endog å sette opp gasjen fra 6 400 til 9 600 kroner. Men Klaus Hanssen sa nei, av hensyn til sin økonomi. Rasmus Hansson, Lægeforeningens mektige generalsekretær i nesten et kvart sekel, mente også Medisinalavdeling og juristene var noe som skremte dyktige leger:

Justisdepartementets medisinalkontor (som selyfølgelig styrtes av en juridisk byråchef) var ikke synderlig lydhørt for gjennomførelsen av reformer... Byråchefen (og hans underordnede jurister) var den store bøigen, som man meget vanskelig kom forbi. Vedkommende byråchef fant nokså lett vedkommende statsråds øre – sparetanken feiret ofte triumfer i den tid også. Departementsjusen likeså.¹⁸¹

Da Klaus Hanssen avsto å ta over embedet som medisinaldirektør gikk budet til overlege ved epidemiavdelingen på Ullevål sykehus, **Gotfred Bentzen** (1852-1937). Bentzen sa ja, selv om Regjeringen trakk tilbake sitt tilbud (gitt til Hanssen) om gasjeforhøyelse, og dertil flyttet Direktoratet ut av Departementet og opprettet en juridisk ledet medisinalavdeling i Departementet. Bentzen var meget opptatt av hygiene, og underviste en tid etter professor Ernst Lochmanns (1820-1892) død, i faget. Også psykiatri interesserte ham, så han var meget vel faglig kvalifisert til å overta som medisinalsjef. Men den både dynamiske og kreative Bentzen fant snart arbeidsbetingelsene umulige. Han hadde få til å bistå seg i sitt arbeid og han møtte stadig ”veggen” hos juristene i Medisinalavdelingen. Høsten 1893 søkte han derfor stadsfysikatet i Kristiania, og fikk det. Han ble i fysikatet resten av sin yrkesaktive tid, til 1926.

Da Bentzen sa opp sitt embede, henvendte Justisministeren, Francis Hagerup (1853-1921), seg først til stadsfysikus i Trondhjem siden 1890, Marius Bøckman (1846-1928). Bøckman svarte nei, men henviste samtidig til sin bekjente, **Michael Holmboe** (1852-1918), som da var reservelege ved Rotvold sinnsykeasyl utenfor Trondhjem og (psykiatrisk) amtslege for Søndre Trondhjems amt. Hagerup, som selv hadde tatt første avdeling medisin før han gikk over til jusen, tok straks kontakt med Holmboe. Holmboe svarte ja og han ble utnevnt før jul 1893. Han ble sittende i embedet til sin død, i 1918.

Michael Holmboe er den andre av de tre store i norsk medisinalforvaltnings historie – de to andre er Kierulf og Evang. Holmboe var, som Dahl, psykiater. Han hadde imidlertid et videre perspektiv enn Dahl, og gikk også grundig inn i hygienens. Som sine legelige forgjengere var han faglig aktiv, reiste mye og opprettholdt kontakt med praksis (åndsvakeomsorgen i

181) *Ibid.*, 1427.

Kristiania), også som medisinaldirektør. Holmboe var, som Kierulf, strateg, og som ham arbeidet han grundig og uten å gjøre for mye vesen av seg. Han fikk mye til. Vedtagelsen av tuberkuloseloven i 1900 og legeforretningsloven i 1912¹⁸² var hans største suksesser. Gjennom sine strategiske initiativ og sin oppfølgende utholdenhet, og gjennom sine diplomatiske evner og sin stillfarende verdighet, gav han embedet som medisinaldirektør tyngde og anseelse. Han fikk også et godt forhold til juristene i Medisinalavdelingen. Fredrik Grøn skriver at han ”i sin embedsførsel (var) en forsiktig, undertiden kanskje litt vel forsiktig, administrator, men av alle respektert for sin store rettsindighet og utrettelige virkelyst, parret med en betydelig arbeidskraft og takt.”¹⁸³

Holmboe tok embedet som medisinaldirektør uten å få den gasjeforhøyelse Hanssen var stilt i utsikt, men med sine psykiatriske bigeskjefter tjente han 1 200 kroner ekstra og kom slik opp i en samlet årslønn på 7 600 kroner, godt under hva mange klinisk aktive leger i byene tjente.

Vi skal legge til at Holmboe var den siste av medisinaldirektørene som ble bedt om å ta embedet. Alle hans etterfølgere ble utnevnt etter åpen utlysning og konkurranse. Det var imidlertid da Holmboe ble utnevnt nokså vanlig at utnevnelser skjedde på den mer ”personlige” måte, skjønt ikke så spesialisert som gjennom dagens ”hodejakt”.

De tre neste medisinaldirektører satte, som vi har nevnt, mindre spor etter seg. Gram var hygieniker, Wefring psykiater og Heitmann hygieniker og tuberkuloselege. Slik fortsattes altså den regelmessige vekslingen mellom hygienikere og psykiatere i direktørposten, inntil den ble brutt med hygienikeren Evangs komme.

Den elegante og korrekte (**Harald Mathias (Mads) Gram** (1875-1929), Holmboes etterfølger, fikk embedet etter utlysning. Han ble utnevnt den 29.11.1918. Der meldte seg tre ansøkere, men epidemilege og dosent Mads Gram ble foretrukket. Departementet la ved valget av Gram vekt på ”hensynet til den offentlige hygiene, avvergelsen av de farlige farsotter, samt bekjæmpelsen av de almindelig forekommende epidemiske og smittsomme sykdomme”. Det var det grunn til nå: Spanskesyken hadde skremt også myndighetene. De ønsket derfor ”en praktisk og videnskapelig utdannet epidemiolog”.¹⁸⁴ Det var Gram. Hva gjaldt det vitenskapelige hadde han skrevet en lærebok i mikrobiologi.

182) Denne lov var ett av resultatene av arbeidet til Lægelovkommissionen af 1898, som Holmboe selv ledet.

183) *Norsk Biografisk Leksikon*, b. VI, 1934, s. 262-263.

184) SF 1919, 6b, *Indst. O. IV*, 1919, s. 50.



Harald Mathias Gram, medisinaldirektør 1918-1926. Han ble gjerne kalt Mads, etter slektens "stamfar", sogneprest i Fron Mads Nielsen Gram (d. 1601). Gram var bakteriolog og hygieniker, ble statens epidemi- og karantenelege i 1909 og dosent i medisinsk bakteriologi ved Universitetet i Oslo i 1915. Han trivdes ikke helt som medisinalpolitiker og forvaltningsmann i en sparetid og gikk i 1926 over i hovedstadens stadsfysikat. Gram er her malt av Agnes Hiorth (1899-1984), en malerinne som særlig ble kjent som portrettmaler. Hun malte flere medlemmer av kongefamilien, blant annet Kong Haakon VII og kronprins Olav. Hun sees på som nyimpresjonist. Hun hadde et avdempet farvevalg og malte med lette penselstrøk.

Gram var, som professor Francis Harbitz (1867-1950) sa i sin minnetale over ham, "en meget stilfull og representativ skikkelse utad". Han var ærekjær, arbeidssom og preget av en sterk rettferdighetssans. Han kom imidlertid ikke til å trives som medisinaldirektør. Med de sparetider som nå kom ble politikken for ham for ubehagelig og han følte han ikke fikk utrettet det han ønsket. Han forlot allerede i 1926 direktørstillingen. Han gjorde som Bentzen hadde gjort i 1893, han overtok (1927) stadsfysikatet i hovedstaden; ja, han overtok det etter Bentzen, men døde to år etter (av hjerneslag), bare 54 år gammel.

Karl (Wilhelm) Wefring (1867-1938), Grams etterfølger, var nokså forskjellig fra sin forgjenger. Han var mindre av en teoretiker og mer av en praktiker. Han visste nok i større grad enn Gram hva han gikk til. Han hadde allerede vært overlege for sinnssykevesenet endel år. Han var dessuten ikke bare lege, han var også politiker. Han var i mange år medlem av formannskapet i Løiten og i årene 1899-1901 dets ordfører. Han satt i

amtstinget i Hedmark, var med i alskens komiteer og deltok i frivillig arbeid, blant annet i Nationalforeningen mot Tuberkulosen. Han var aktiv i Lægeforeningen og ble Foreningens president i 1914-1915. Han var varmann på Stortinget i 1910-1912, og ordinær representant i periodene 1916-1918 (Hedmark) og 1925-1927 (Oslo). Wefring, som var blitt sinnssykeoverlege i 1919, vekslet så i flere år mellom dette embedet og embedet som forsvarsminister. Tre ganger var han forsvarsminister (i perioden 1920-1926). Han ble utnevnt til medisinaldirektør den 1. juli 1927.



Karl Wilhelm Wefring, medisinaldirektør 1927-1930. Wefring var psykiater og ble i 1919 utnevnt til overlege for sinnssykevesenet. Wefring var også politiker og satt i mange år på Stortinget, først som uavhengig representant, siden som representant for Frisinnede Venstre. Han var tre ganger forsvarsminister. Som Gram gikk også han trett av sparepolitikken og gikk i 1930 over til Rikshospitalet som dets direktør. Her er han, stolt, malt av sin sønn, Gunnar Wefring (1900-1981). Det skjedde i 1934, altså noen år etter at han var gått av. Gunnar Wefring var i første rekke landskapsmaler, men malte også portretter. Hans stil var naturalistisk, og preget av sterk farvebruk. Hans malerier hadde også noe konstruktivistisk over seg.

Wefring var en praktiker og organisator, og fikk meget til. Han visste hvordan beslutninger ble fattet i politikken og i samfunnet ellers, og det utnyttet han. Han arbeidet energisk for å gi Direktoratet tilbake noe av den makt det hadde tapt, blant annet på grunn av sparepolitikken, og klarte i noen grad det. Men den ekskvverdige og fredsæle Wefring kunne også være utålmodig og ergre seg over sine ”bikolleger”, politikerne. Han var og ble ingen typisk ”partisk” politiker. Da han først ble valgt inn på Stortinget var

det som uavhengig representant. Siden kom han til å representere det minst ”politiske” parti, Frisinnede Venstre. ”Han var et jern til å arbeide”, skriver Stian Erichsen d.e. (1867-1953), en tid en av Lægeforeningens fremste menn, i sin nekrolog over sin gamle studiekamerat.¹⁸⁵ Erichsen syntes Wefring burde holdt frem i Direktoratet; det var der han passet best. Men sykdom tok hans krefter og familien krevde at han tok hensyn til det. I 1930, 63 år gammel, overtok han derfor direktørstillingen på Rikshospitalet etter Christian Sinding-Larsen (1866-1930). Men denne stillingen var ingen sinekyrestilling og den pliktoppfyllende Wefring måtte strekke seg lenger enn godt var.



Nils Petter Løberg Heitmann, medisinaldirektør 1931-1938. Heitmann var tuberkuloselege og ble i 1914 overlege for tuberkulosevesenet. Da Wefring gav seg som medisinaldirektør overtok Heitmann og ble sittende til han, nokså brått, døde våren 1938. Her er han malt av en av mellomkrigstidens store malere, Jean Heiberg (1884-1976), i 1934. Heiberg kom fra en prominent medisinsk familie. Han var sønn av Hjalmar Heiberg (1837-1897), professor i patologi (1870) og sønnesønn av Christen Heiberg (1799-1872) – ”Christen kniv” kallet – professor i kirurgi og oftalmologi fra 1836. Heiberg ble i 1935 professor ved Statens kunstakademi. Sammen med Henrik Sørensen utgjorde han kjernen i en krets som preget norsk bildende kunst frem til rundt 1950. Heiberg var påvirket både av Matisse og Cezanne. Heiberg omtalte seg en tid som figurmaler, men etter hvert laget han stadig flere friluftsbilder.

Wefrings etterfølger, tuberkuloselegen **Nils Peter Løberg Heitmann** (1874-1938) ble utnevnt (konstituert) den 14. november 1930, og tiltrådte som

185) Morgenbladet 4.10.1938, s. 5. Stian Erichsen hadde studert sammen med Wefring.

medisinaldirektør den 1. januar 1931. Heitmann var en mer spesialisert medisiner enn Wefring. ”Hans store interesse var og forblev tuberkulose-arbeidet”, sa professor Johan Holst (1892-1953) i sin minnetale over Heitmann.¹⁸⁶ Heitmann var aktiv i Nationalforeningen mot tuberkulosen og ble i 1914 overlege for tuberkuløse sykdommer. Slik kom han i kontakt også med det medisinaladministrative arbeid, og da Wefring forlot medisinaldirektørembedet i 1930 var han ikke uinteressert i å rykke opp. Skulle han fortsette å arbeide administrativt måtte han også gjøre det; sparepolitikken førte jo til at overlegetillingen hans var blitt inndratt. Heitmann var akademiker av innstilling, som Gram, om han enn ikke, som Gram, gikk inn i vitenskapen. Denne innstillingen viste seg også i en viss forsiktighet. Han var ingen ”politiker” eller ideolog. Han var en saklighetens mann og en diplomat i all sin fremferd.

Alle medisinaldirektørene fra 1891 var smidigere og mer pragmatiske enn den kraftfulle og ofte steile Ludvig Dahl hadde vært. Det passet den nye tid, hvor Medisinaldirektøren måtte underordne seg Departementet og ikke kunne regne med å ha direkte adgang til Statsråden. Ja, nyordningen kan nok også i noen grad ha vært motivert av erfaringene med Dahl. Samtidig var nå Regjeringen opptatt av å unngå å få utfordrende medisinaldirektører; ja, den var generelt opptatt av å unngå de altfor markante direktører.

Ordningen av fagetatene var blitt et problem. De begynte, som vi har sett, å bli det midt i det 19. århundre og fortsatte å være det. Med demokratiseringen etter 1884 (stemmerett for menn fra 1898/for kvinner fra 1913) ble problemet forsterket: Legmannsstyret ble nå vesentlig styrket, samtidig som den mer moderne stat, ”nyttestaten”, var mer avhengig av fagfolkene enn noen gang. Politikerne, særlig til venstre, ville stramme inn styringen av fagetatene og begynte fra århundreskiftet å trekke direktorater inn i departementene. Utviklingen var slik alment den motsatte av den vi fikk på det medisinalområde. De såkalte riksdirektører reagerte først negativt på innflyttingen av direktorater i departementene, men etterhvert ble reaksjonene mer delte: Ingen ordninger så ut til å være gode for alle, fagfolkene, juristene – altså ekspedisjonssjefene, og politikerne. Men riksdirektørene var alment misfornøyd med den innflytelse de fikk og det kom til endel åpne konfrontasjoner mellom noen direktører og deres politisk foresatte.¹⁸⁷ Medisinaldirektørene var alle medikrater, om ikke like bevisste, og like stridbare sådanne, som Ludvig Dahl, og gjorde derfor ikke spesielle anstrengelser for å endre måten medisinalforvaltningen var organisert på. Michael Holmboe

186) Kfr. Øivind Larsen, red., *Norges leger*, Oslo: Den norske lægeförening, 1996, bind II, s. 607. Talen er i sin helhet gjengitt i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1938, s. 554-555.

187) Forut for opprettelsen av Landbruksdepartementet i 1900 protesterte landbruksdirektør Jonas Smitt mot å få sitt direktorat inkorporert i Departementet og selv bli underordnet en ekspedisjonssjef. Han ble ikke mildere stemt etterhvert og følte det ille at ekspedisjonssjefen skulle gi ham ordre om hvordan han skulle bestyre sitt kontor (brev av 29.1.1912). Han irriterte seg også over å få sine skrivelser ”underkastet et stilistisk revisjon især hvis han ikke kan indse at forandringene er forbedringer”. Enda mer satte Sjøfartsdirektøren saken på spissen. Hans embede var opprettet i 1903, i Handelsdepartementet. Direktøren rapporterte direkte til Statsråden, men forholdet mellom de to ble snart betent og i 1911 måtte Direktøren gå – ”paa grund av at sjøfartsdirektøren gjentagende har voldt forstyrrelse i administrationen ved ikke at utvise skyldig lojalitet og ved at reise unødige kompetansekonflikter med andre embedsverk, ...”. Noen år senere gikk det galt mellom Telegrafdirektøren og Statsråden i Handelsdepartementet. Det endte med at Direktøren gikk (1929); han ville ikke ha ekspedisjonssjefen mellom seg og Statsråden. Om disse sakene, kfr. Jan Debes, *Organisasjon*, op. cit., s. 240-249.

lot det, gjennom Medisinallovkommisjonen av 1898, skinne igjennom at han syntes ordningen som ble innført i 1891 var hensiktsmessig. Da Sparekomiteen av 1922 foreslo å samle medisinalforvaltningen, uttalte medisinaldirektør Gram seg imot det. Wefring uttalte i 1930 at han savnet en større adgang til muntlig å ta opp saker med Statsråden, men la ellers til:

Øvrig mener jeg at den nåværende ordning gir en mer allsidig behandling enn om der ble foretatt en hel sammendragning av departementets medisinalavdeling og direktoratet.¹⁸⁸

Medisinaldirektørene var imidlertid, som leger flest, på vakt overfor juristene: Mistroen til juristene gikk tilbake til ”begynnelsen”. Den var, spesielt, en arv fra Frederik Holst. Med Evangs tiltredelse som medisinaldirektør skulle arven få ny næring.

*

Hvorom alt er, sosiologi er i det lange løp viktigere enn psykologi. Uroen i 1840-årene kan sees i sammenheng med det politiske hamskifte i landet på den tiden. Nasjonalstatsforsvaret hadde lykket og en romantisk patriotisme måtte vike for en kraftig og mer nøktern moderniseringsoffensiv. Legene forsøkte å utnytte denne offensiven, og vant etter hvert delvis frem, gjennom støtten fra den ene av de to store moderniserere i den tidens Norge, Frederik Stang. Men den medikratiske visjonen var og er ikke bare en moderniseringsvisjon. Den har, som vi har sett, også noe tradisjonalistisk og fagaristokratisk over seg. Den ”løsningen” som ble valgt fra 1858, og den reflekterte ikke bare moderniseringsideer – den reflekterte også en før-demokratisk interessepolitikk – var derfor ikke tilfredsstillende for legene. Den var for teknokratisk.

Uroen i 1920- og 1930-årene kan på en ikke helt ulik måte settes i sammenheng med et nytt politisk hamskifte. Demokratiseringen fragmenterte staten og styringen i land etter land i Europa. I mange land førte den til beslutningskrise og en antipolitisk stemning. Også i Norge ble skepsisen til politikk og politikere sterk, og der kom rop etter en sterk mann, for å gjøre slutt på den kaotiske politikken; både Christian Michelsen (1857-1925) og siden Fridtjof Nansen (1861-1930) var kandidater til den politikkopphevende rollen som sterk mann.

Politikken og politikerne kom enda mer på defensiven da situasjonen økonomisk ble alvorlig etter den første politiske katastrofe i denne politikkenes krisetid, Den første verdenskrig. Men krisetiden ble også en tid for forberedelser til en ny moderniseringsoffensiv. Mellomkrigstiden ble dessuten en tid for vitenskapelige gjennombrudd, blant annet for en ”ny” fysikk (kvanteteorien) og for en forening av Darwins utviklingsteori og Mendels arvelighetsteori (”den store syntesen”), for en rasjonalistisk forening av arkitektur og teknologi – som blant annet skapte den nye byen (Mies van der Rohe

188) Sitert etter Theodor G. Thorsen, ”Medisinalvesenets administrasjon”, *Morgenbladet*, 11.12.1946.

(1886-1969), Le Corbusier (1887-1965)) – for en planlagt økonomisk og sosial utvikling (John Maynard Keynes (1883-1945)), for en vitenskapelig styrt bedrift (Frederick W. Taylor (1856-1915) og ”scientific management”), og for et mer kunnskapsbasert liv; ja, for et samfunn og et liv bygget på sekulær og nøktern rasjonalisme.¹⁸⁹ Etter den neste katastrofe politikken skulle resultere i, Den annen verdenskrig, var det derfor duket for en ny moderniseringsoffensiv.

Som Kierulf hadde fått en mulighet i 1858, skulle nå Karl Evang få en i 1945. Da han ble utnevnt til ny medisinaldirektør senhøstes 1938, knapt 36 år gammel, var han allerede godt forberedt. Hans ”sosialistiske” komiteutredning var kommet i februar samme år, og fremstod nå nærmest som planen for hans virke som landets øverste medisinalsjef. Men som Kierulf ikke var noen ren moderniserer var heller ikke Evang det. Også Evang hadde mye av den tradisjonelle medikrat i seg, kanskje mer enn han selv var oppmerksom på, selv om han av noen er blitt satt inn i en nokså teknokratisk sammenheng.¹⁹⁰ Han var nok medikrat på sin svært personlige, delvis sosialistiske måte, men han var allikevel, vil vi hevde, i stor grad en bærer av den medikratiske arv. I en viss forstand var han derfor dømt til å ”mislykkes”. Hans ”eventyrlige” psykologi var ikke nok til å veie opp for den tunge sosiologi.

Evang fikk ikke gjort så meget før krigen brøt ut og han måtte flykte. En del av den plan han hadde lagt for medisinalforvaltningen allerede før han ble medisinaldirektør, skulle imidlertid bli satt ut i livet av det styre tyskerne satte inn etter okkupasjonen. Vi skal komme tilbake til det. En del gjorde han også selv, i og fra London, som vi snart skal se.

189) På helseområdet førte dette blant annet til en sterk betoning av å gjøre omgivelsene, ikke minst hjemmene, hygieniske (”sterile”), på fysisk fostring og på sunt kosthold, men for så vidt også på rasehygiene (ordet er tidstypisk).

I Sverige var ekteparet Alva (1902-1986) og Gunnar Myrdal (1898-1987) usikre på om man i så henseende kunne stole på den ”amatørpregede” private familie og tok til orde for en slags ”sosialisering” av familien, altså en profesjonalisering av ”familielivet” i offentlig regi.

190) Kfr. Nordby, *op.cit.*, og Rune Slagstad, *De nasjonale strateger*, Oslo: Pax, 2001.

3. 1940-1945: To medikratier

Den tyske invasjonen av Norge 9. april 1940 gjorde altså at det norske statsstyre og den norske forvaltning ble delt i to. Det gamle norske styre fortsatte sin virksomhet, med deler av den gamle forvaltningen, i London. Det styrte imidlertid ikke lenger over Norge og nordmenn i Norge, det styrte over nordmenn og norsk virksomhet i det utland som ikke var okkupert av Tyskland eller dets allierte, og det forberedte, etterhvert mer og mer, styret av Norge i etterkrigstiden. I Norge overtok tyskerne, og til dels Nasjonal Samling, makten.

Den nokså ferske medisinaldirektøren, Karl Evang, forlot Oslo med Regjeringen i april dagene 1940. Etter flukten nordover dro de med båt til London. Evang etablerte seg der som sjef for helseforvaltningen utenfor Norge. I Oslo fortsatte de av den gamle medisinalforvaltning som var igjen, sitt arbeid, men snart under en ny leder. 1. november 1940 ble nevrologen og psykiateren Thorleif Dahm Østrem (1898-1980) utnevnt til medisinaldirektør. Avdelingen og Direktoratet ble fra 1. juli 1941 samlet til en helseavdeling, under Østrem. Vi skal i det følgende omtale de to forvaltninger hver for seg, og begynne med den London-baserte.

Eksilmedikratiet

Evang dro altså med Regjeringen til London. Han fikk ingen med seg fra Oslo, men en del kom til etter hvert og han bygget, med stor energi, opp en slagkraftig forvaltning. Forvaltningen fikk etter hvert kontorer også i Washington og Stockholm. Det første kontoret, basert i ambassaden, ble ledet av Gerda Evang (1905-1985), Evangs legekollega og hustru. Hun ledet det fra september 1941 til sommeren 1944. Siden overtok den amerikansk-baserte norske lege Torstein Guthe (1912-1994).¹⁹¹ I Stockholm ble legetjenesten først ledet av ulike personer på ulike steder, men fra januar 1943 ble den samlet i et kontor plassert ved Legasjonens flyktningekontor. Hans Jacob Ustvedt (1903-1982), også en av Evangs ideologiske legevenner, ble leder for dette kontoret, administrativt lagt under Flyktningekontoret og faglig under Evang. Et stort nett av lege- og tannlegekontorer, av sykehus og rekonvalesent hjem ble etter hvert etablert i Storbritannia, USA, Canada, India og Sverige. Evang og hans direktorat ble også svært engasjert i en

191) Kfr. Anders Chr. Gokstad, *Slange og sverd. Hjemmefront og utefront. Leger og helsetjenester 1940-1945*, Bergen: Alma Mater Forlag, 1995, s. 299.

såkalt ”Relief-komité”, en komité som skulle arbeide for å skaffe mat, klær og legemidler til befolkningen i Norge.¹⁹² Det oppstod for øvrig stadig skj rmysler mellom Evang og (lege)representanter for Sanitetet.¹⁹³ Det var ikke uten grunn at Evang n dig ville gi slipp på den militære graden han fikk under flukten nordover fra Oslo.¹⁹⁴

Evang skriver i sin beretning fra de første krigsdagene at han den 9. april kl. 11.30 ble oppringt av ekspedisjonssjef Thorsen. Thorsen fortalte at han ville bli i Oslo. Evang fant det ”påfallende at en høy statsfunksjon r ville bli i Oslo når den åpenbart hvert øyeblikk stod i fare for å falle i fiendens hender.”¹⁹⁵ Evang lot da være å orientere Thorsen om sine egne planer. Om han ikke straks så de muligheter som på denne måten falt i hans fang, så han dem åpenbart senere, og seneste da han kom til London: Han kunne bruke Thorsens uvilje mot å dra til å lage en samlet enhet ute, ledet av ham selv. Slik kunne han kanskje bli kvitt ham for godt. 28. november 1941 ble da også Evang, ved kongelig resolusjon, overdratt ansvaret for hele medisinalforvaltningen.¹⁹⁶ Han ble slik både selvstendig medisinaldirektør, i faglig pregede spørsmål, og ekspedisjonssjef, i politisk pregede spørsmål. Dette gav både den selvstendige handlekraft og den politiske kontakt han ønsket, og som han i sin innstilling i 1938 hadde gått inn for at en enemedisinalsjef burde ha.

Evang var hele krigen på farten, engasjerte seg aktivt i faglig-hygieniske spørsmål og kunne nok derfor ha en følelse av å befinne seg i en virkelig heisposisjon. Han var en del av pre/klinikken, men hadde samtidig adgang til den øverste politikk. Han var også plassert, kan man si, i ”prepolitikken”. Han var i sitt ess. Kanskje var det ikke uten grunn at han siden så gjerne kom tilbake til krigstiden: Den ble kanskje hans beste tid?

Hans politiske sjef gjennom hele krigen var Sverre St stad (1887-1959), som hadde etterfulgt Oscar Torp som sosialminister i 1939. St stad kom fra en husmannsplass utenfor Steinkjer og startet som skogs- og anleggsarbeider. Han hadde ingen utdanning utover folkeskolen. Han meldte seg inn i Arbeiderpartiet i 1908, kom på Stortinget i 1921 og var flere ganger partiets parlamentariske leder. Fra 1923 til 1927 var han med Kommunistpartiet. St stad hadde en solid posisjon i sitt parti, men følte seg utilpass i det frem-

192) Om uteforvaltningen kfr. Nordby, kap. 9 og 10, Gokstad, *op.cit.*, kap. 15, 20 og 21 og Anne Marie B hmer, *Helsevesenet 1940-1983; en administrasjonshistorisk oversikt*, Norsk arkivforum, Riksarkivet, 1984, s. 184-188.

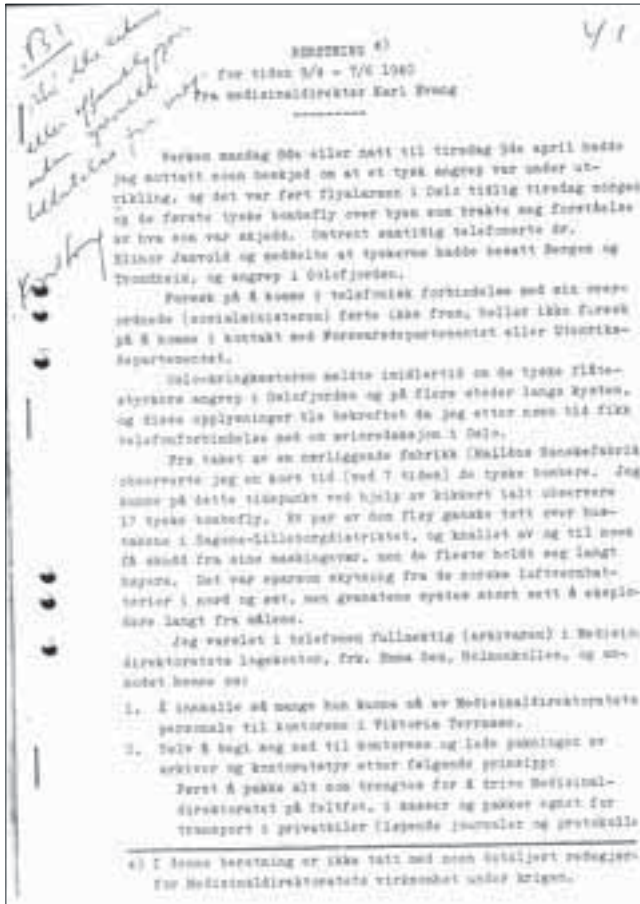
193) En av dem Evang særlig kom på kant med var hans gamle samarbeidspartner fra komiteen i Sosialistiske Lægers Forening (1938), professor Leiv Kreyberg. Kfr. Kreybergs Kast ikke kortene : i sanitet - og utenfor, under krigen 1940-45, Oslo: Gyldendal, 1978. Kfr. også Gokstad, *op.cit.*, s. 304-05 og Nordby, *op. cit.*, s. 109.

194) Den 14. april fikk han på Lesjaskog en vid fullmakt som medisinalsjef, undertegnet av statsminister Johan Nygaardsvold. Samtidig ble han tildelt oberstl ytnants grad. Dette opplyser han selv i sin dagboksba-serte, men etterp skrevne beretning fra tiden 9. april til 7. juni 1940, s. 16 og 17 (Helsetilsynets bibliotek – Evang-samlingen). Han sier intet om bakgrunnen for gradtildelingen, men den var åpenbart velkommen, kanskje endog utbedt. I beretningen opplyser han ellers at han på Elverum k pte en Mauserpistol kaliber 7.35 med 50 skudd. Selgeren var en fryktsom departementstjenestemann som ville dra tilbake til Oslo. Den gamle milit rnekerer var blitt en slags militarist. Kfr. beretningen s. 8.

195) Evangs beretning, *op.cit.*, s. 3.

196) Kfr. Jan Debes, *Sentraladministrasjonens historie, b. 5, 1940-1945*, Oslo: Universitetsforlaget, 1980, s. 168.

medartede London. Evang hadde også vært kommunist i sin ungdom,¹⁹⁷ men ellers hadde han intet til felles med Statsråden. Evang følte seg, med sin faglige styrke, sin språklige sikkerhet, sin elegante veltalenhet og sin ungdommelige energi, langt fra utilpass på den internasjonale scene. Han stortrivdes. Han gav sin sjef mindreverdigheitskomplekser, og skjønte det.



Her sees første side av Karl Evangs beretning om tiden fra 9. april 1940 til 7. juni samme år. Evang dro med Regjeringen til England. Øverst til venstre på manuskriptet har han skrevet. "NB! Må ikke citeres eller offentliggjøres uten spesiell tillatelse fra meg. Karl Evang".

I 1944 sendte Evang sin kone Gerda et brev hvor han forteller at Støstad under et legemøte, "halvt spøkefullt og halvt alvorlig", hadde uttalt: "Som bekjent er Medisinaldirektoratet underlagt Sosialdepartementet. Dette er imidlertid bare tilsynelatende. Det motsatte er tilfelle". Evang fortsatte triumferende: "Monseborn (kjælenavn på hustruen), det vil kanskje interes-

197) Han var medlem av Norges Kommunistiske Parti fra 1927 til 1929. Etter at Mot Dag, den sosialistiske og intellektuelle organisasjonen til Erling Falk ble nedlagt i 1936 gikk Evang inn i Arbeiderpartiet og ble værende der inntil han gikk inn i Sosialistisk Venstreparti da det partiet ble dannet i 1973.

sere deg at han også ville ha det slik, og så vet han at når han vil noe, så blir det gjennomført. Det er ikke noen vei utenom”.¹⁹⁸

Evang kunne altså ikke bare ta heisen opp; han *var* i viktige henseender helseminister.

Evang hadde vært selvbevisst fra barnsben av. Nå hadde han fått, og tatt, makt, og selvbevisstheten gav seg utslag i en voldsom, og snart nokså enerådlig utfoldelse. Det passet ham godt at han var blitt oberstløytnant. Han bar sin grad og sin uniform med stolthet, så lenge han kunne, nemlig til 1944. regjeringsskretser var der en viss skepsis til Evang. Han var en for fremmed og fin fugl for arbeiderpolitikerne. Det gjorde at han aldri fikk full kontroll oppover. Han lyktes imidlertid slik med sine tiltak at hans anseelse allikevel var høy ved krigens slutt.¹⁹⁹ Også han erfarte at intet lyktes som vellykkethet.

Evang sørget også for, helt i tråd med sin filosofi fra 1938-innstillingen, å medikratisere forvaltningen nedover i rekkene. Han samlet i første rekke leger på nivået under seg. Til å begynne med var det særlig venner fra Socialistiske Lægers Forening, som Hans Gabriel Dedichen (1901-1981), Jonn Caspersen og Otto Galtung Hansen. Etter hvert kom han på kant med noen av dem, og også med andre, jevngamle kolleger og venner som arbeidet ute, blant annet Leiv Kreyberg (1896-1984), patologiprofessoren.²⁰⁰ Hans tone ble for envis for dem. Nordby siterer fra et brev fra Dedichen til Evang: ”Jeg kan ikke forstå annet enn at du har fått et annet vesen, en annen holdning overfor folk, og lager mer avstand mellom dig og andre enn du gjorde før. Det er jo ikke bare vi som skal samarbeide med dig, du må også samarbeide med oss”.²⁰¹ Men noen av dem forble lenge hans medarbeidere, som Caspersen og spesielt Galtung Hansen. Evang valgte allikevel snart i større grad å finne leger som var litt yngre enn ham, leger han kunne forme og som ville få avhengighetsbånd til ham. De fleste av hans medsosialister hadde det til felles med ham at de var meget selvbevisste; de måtte være det for å stå slik opp mot flertallsmeningen i sin stand.

Evangs nestkommanderende, de tidligere så radikale legene, var utvilsomt bare nestkommanderende. Samtidig utgjorde Evang og disse leger en slags kollektiv medisinsk ledelse. Om han ikke sa det eksplisitt var det underforstått. Hadde det tidligere vært naturlig for legene å arbeide for en kollegial ledelse var det det enda mer nå. Medisinen var mer spesialisert enn noensinne, og Evang understreket stadig hvordan medisinen måtte være grunnlag for medisinalforvaltningen. Han beholdt hele livet respekten for den faglige vitenskapelighet, og forsøkte lenge å demonstrere at han behersket store deler av faget. Stadig skrev han faglige, og populærfaglige, artikler. I innstillingen fra 1938, som han åpenbart i all hovedsak hadde ført i pennen selv, henviser han til at legevitenskapen ”har gjennomgått en blomstringsperiode som neppe noensinne før”. Han legger litt senere til at han i denne

198) Sitatene er hentet fra Nordby, s. 106-107.

199) Kfr. Nordby, *op.cit.*

200) Kreyberg hadde vært et av medlemmene i hans 1938-komité.

201) Nordby, *op.cit.*, s. 109.

forbindelse synes ”de betydelige landevinninger i ernæringsvidenskap og yrkeshygiene, to områder som i særlig direkte grad angår hele befolkningens daglige livsbetingelser og arbeidsvilkår”, fortjener å nevnes.²⁰² Dette er ”hans” fag, fag hvor han selv hadde gjort imponerende undersøkelser før han ble medisinaldirektør. Men som denne, egentlig defensive ”overgivelsen” til egenfagligheten, hadde vært et problem for hans forgjengere, skulle den bli et problem for ham, og enda mer for hans etterkommere.

Det passer inn i dette medikratiske bilde av Evangs lederstil at han gav sine medarbeidere stor frihet. Han hørte på dem; de kunne jo alle noe han ikke kunne. Når så beslutninger, ofte av en litt generell karakter, var fattet, fikk de også stor frihet til å utfolde seg. Å detaljkontrollere ville være umedikratisk. Dette forble også hans stil i resten av hans embedstid. Men han reagerte hvis noen utfordret hans makt og posisjon. Da reagerte han som regel raskt, og skarpt. Det fortsatte han å gjøre.

Evang ble sterkt påvirket av britisk, og, kanskje enda mer, amerikansk medisin under krigen. Han ble anglofil. Det viste seg blant annet i hans stadige bruk av engelske ord og vendinger, en tendens noen reagerte på. Denne anglofile vending ble ikke svekket av hans meget aktive deltagelse i WHO-arbeidet etter krigen. Det gjorde det nok lettere for ham å bli så anglofil at han blant engelske og amerikanske kolleger fant så mange sosialmedisinsk radikale mennesker. Han var selvsagt spesielt opptatt av ”public health”-miljøene og -skolene, og der fant han flere ideologiske frender enn han ville funnet i klinisk medisin. Spesielt knyttet han kontakter med den prominente public health-skolen ved Johns Hopkins University i Baltimore, Maryland. Allerede under krigen fikk han unge norske leger inn på denne skolens PH-program. Siden skulle mange flere følge etter.

Evang lærte i USA at skulle leger kunne hevde seg i medisinalforvaltningen, særlig overfor juristene, men etterhvert også økonomene, måtte de kunne mer enn tradisjonell, i hovedsak klinisk, medisin. De måtte også beherske, på en helt annen måte enn de nå gjorde, ”public health administration”. I USA hadde legene oppdaget det for lenge siden og hadde begynt å etablere programmer i offentlig helsearbeid – ”public health”. Det startet i 1910, ved University of Michigan i Ann Arbor, fortsatte i Boston-området, med MIT i 1912 og Harvard i 1913. Den siden så dominerende skolen ved Johns Hopkins kom i 1918.²⁰³ Men denne utdannelsen var ikke egentlig en forvaltnings- eller lederutdannelse. Den var først og fremst en medisinsk spesialiseringsutdannelse, en utdannelse i praktisk ”preklinisk” arbeid, altså i hygiene, vidt forstått. Teoretisk hadde, og har den, et sprikende grunnlag. Det går delvis i naturmiljøhygienisk retning, og peker for så vidt ut av medisinen – og inn i en rekke spesialiserte laboratoriefag, delvis i sosialhygienisk retning, og peker også da utover medisinen – i sosiologisk retning, og delvis i en mer medisinsk samfunnsdiagnostisk retning. I det siste tilfelle

202) Socialistiske Lægers Forenings komité, ”Medisinalvesenets centraladministrasjon”, *op.cit.*, s. 201.

203) Kfr. George Rosen, *A History of Public Health* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press), 1993 (1958), s. 470.

peker det i en akademisk-epidemiologisk retning. Administrasjonsinnslaget var tynt og preget av simplistisk jus; altså det fag som historisk i første rekke hadde utfordret og truet medisinsens plass i medisinalforvaltningen. Utdannelsen i ”hospital administration”, som allerede fantes ved flere amerikanske universiteters ”business schools”, og som var samfunnsvitenskapelig preget, og orientert mot utdanning av ledere i klinikken, kjente han åpenbart ikke spesielt til. Vi skal komme tilbake til Evangs forsøk på å gi legene et bedre akademisk grunnlag for sine roller som medikrater.

Evang hadde utviklet sin etter hvert dype skepsis til juristene allerede før krigen; det vil si, han hadde vel ”arvet” den fra sine medisinske forgjengere. Han likte ikke, og trivdes ikke med, Theodor Thorsen, og gjorde under krigen hva han kunne for å hindre at den aldrende, juridiske byråkraten, Thorsen var født i 1878, skulle få komme tilbake etter krigen. Han utviklet under krigen også en stigende mistenksomhet overfor politikere; skjønt også denne kan ha røtter tilbake til tiden før krigen. Han kom mer og mer til å mislike den kombinasjon av maktfullkommenhet og ukyndighet som mange av dem representerte. Trond Nordby har i Evangs etterlatte papirer funnet notater fra krigstiden (1944) hvor Evang gav uttrykk for sin politikerskepsis. Evang omtalte en gang i et notat regjeringspolitikere som noen ”håpløse, illojale, politiske spekulanter”, som ofte ble hindret i sitt arbeid av ”klikkdannelse og intrigevesen”.²⁰⁴ Men han visste jo også at det var politikere han i siste instans måtte ha med seg for å lykkes. Han holdt seg derfor tilbake, så godt han kunne. Helt lyktes han ikke, som vi har nevnt.

I innstillingen av 1938 hadde Evang og hans komitekolleger ment at det burde opprettes et helsedepartement. Under dette forslag kan ønsket om å skjerme helsevesenet enda mer mot samordnings- og prioriteringspress ha ligget. Slik sett var forslaget medikratiske. Samtidig representerte det en fare. Med et eget helsedepartement ville det neppe være mulig å hindre juristene, og på lengre sikt andre, for eksempel, økonomene, å slippe til på nivået under statsråden. I tillegg kom selvsagt faren for en mer direkte politisk styring. Det er derfor ikke så underlig at Evang fant seg vel til rette med den ordningen han nå hadde fått istand i eksil, en ordning som jo innebar at han var enemedisinalsjef. Som han skrev i en lengre utredning mot slutten av krigen stilte han spørsmål ved om det var fornuftig ”direkte å trekke også helsespørsmålene inn i partipolitikken”. Det ville, føyer han til, ”være gunstigere om en oppbygging av helsestellet kunne skje på samlet grunnlag etter krigen, d.v.s. minst mulig farvet av partipolitikk”.²⁰⁵ Slik skulle han også se til at det ble etter krigen.

*

Det var mye å gjøre i eksil, også for Evang. Et slags nytt norsk, ”halvglobalt” helsevesen skulle bygges opp, der skulle arbeides med nødhjelp til Norge og

204) Nordby, s. 106.

205) Karl Evang, *Utkast til en plan for folkehelse og helsestell i Norge etter krigen*, del to (om fremtiden – første del omhandlet krigens virkninger på folkehelsen), s. 5. Manuskriptet finnes i Evang-samlingen, Helseilsynets bibliotek.

etterhvert skulle etterkrigstiden planlegges. Det hastet med alt. Arbeidet var svært praktisk preget og krevet en betydelig grad av medisinsk innsikt og oversikt. Dette passet Evang. Han var handlekraftig, fikk betydelig frihet og var en dyktig organisator. Han lyktes ”nedover” og ”utover”, selv om han ofte kunne ”overkjøre” en del av sine nærmeste og mest selvbevisste medarbeidere. Suksessen gjorde at han også lyktes oppover, overfor statsråden og Regjeringen, selv om han altså ble møtt med skepsis av mange politikere uten lengre utdannelse og med et skjørere selvbilde enn Evang hadde.

Evangs stil fikk noe militært, kommandoaktig over seg under krigen. Han oppdaget, eller visste kanskje, at denne stilen passet ham; ja, at han trivdes med den. Det er kanskje ikke tilfeldig at han bare ufrivillig gav slipp på sin militære grad. Han forble en general også etter krigen, og kunne av og til ty til militær terminologi.²⁰⁶ Det skulle nok bli noe av hans problem, og noe av grunnen til at han etter hvert kom på defensiven.

*

Trond Nordby opplyser at Evang startet planleggingen av fremtiden allerede høsten 1943, men at denne planleggingen ikke førte til noe.²⁰⁷ Det var Hjemmefronten som hadde regien. Evang kunne knapt nok aktivt påvirke dens gjøren og laden. Allikevel fikk han det som han ville, ”fordi andre spilte kortene i hendene på ham”, som Nordby bemerker.²⁰⁸ De gjorde imidlertid ikke umiddelbart det. 1. mai 1944 sendte ”Kretsen”, Hjemmefrontens ledelse, et forslag til London om at forvaltningen skulle fortsette etter krigen som den var før krigen: Alle spor av nazistisk forvaltning skulle fjernes. Forslaget, som ikke passet Evang, var inspirert av juristen og økonomen Gunnar Jahn (1883-1971), fetter til Karl Evangs mor. Regjeringen sluttet seg ved kongelig resolusjon 15. september 1944 til forslaget. Bare to måneder etterpå kom det beskjed fra Norge om at det første forslaget bare måtte sees på som det, som et forslag. Der kom i november 1944 et nytt forslag, i første rekke utformet av prisdirektør, cand. jur. Wilhelm Thagaard (1890-1970), en utpreget fagstyremann, men også en radikal venstremann. Jahn, Thagaards mer moderate partifelle, og Evangs ”filleonkel”, var nå satt ut av spill. Han var arrestert av tyskerne. Thagaard ble sendt til London med forslaget, et ambisiøst forslag som omfattet både prispolitikken og departementsorganiseringen.

Hva medisinalforvaltningen angikk, gikk forslaget ut på at okkupasjonsmaktens sammenslåing av Direktorat og Avdeling skulle beholdes. Den 21.12.1944 nedsatte Finansdepartementet (i London) en komité for å konkre-

206) Nordby beretter at da Kaare Bjerkomp ble utnevnt til ekspedisjonssjef i 1956, under Gudmund Harlem, gjorde den skeptiske Evang det i et notat klart overfor den nye ekspedisjonssjef at han var underordnet Evang. Han nevnte i den sammenheng at det hadde vært på tale å gjøre hans tittel om til ”generaldirektør”, men at han som gammel militærnektet hadde satt seg imot det. Kfr. Nordby, *op.cit.*, s. 205.

207) Nordby, *op.cit.*, s. 122.

208) *Ibid.*, s. 123.

tisere forslaget.²⁰⁹ Komiteens flertall, formannen, advokat A. Blom og lønnsdirektør Henrik Lundh, sluttet seg i hovedsak til forslaget fra Kretsen; innstillingen ble avgitt 27. mars 1945. At komiteen sluttet seg til Kretsens forslag var ikke overraskende, siden advokat Blom i virkeligheten var den som stod bak Kretsens forslag, Wilhelm Thagaard. Da Thagaard ble sendt til London fikk han ny identitet. Sosialdepartementet, og det var vel nå langt på vei Evang, støttet i en kommentar avgitt 3. februar 1944 flertallet. Tredjemand i komiteen, fylkesmann, jurist og tidligere sosialminister (V) (1933-1935), Trygve Utheim (1884-1952), ønsket å ha et helsekontor mellom Direktøren og statsråden. Som jurister før ham pekte han på faren for at en fagdirektør kunne bli for ensidig, eller for lite ”desinteressert”, som det het tidligere.

Gunnar Jahn hadde, før han ble arrestert, reagert på at Thagaard vant frem med sin snuoperasjon. Finansministeren i London, og siden 1928 borgermester (finansrådmann) i Oslo, den politisk uavhengige Paul Hartmann (1878-1974), refererte i sin dagbok (17. februar 1945), etter en samtale med o.r.sakfører Tor Skjønsberg, at Gunnar Jahn mente ”Thagaard arbeidet for en slags fascistisk stat med seg selv på toppen”.²¹⁰ Det var nok Thagaards fagstyrelinje Jahn, og delvis Hartmann, reagerte på. Jurister skulle også senere, som vi skal se, argumentere slik, og for så vidt ikke helt uten grunn. Evang kom på kant med Hartmann, og fortsatte å ha et anstrengt forhold til ham også etter krigen.

Etter det nye forslaget skulle medisinalenheten kalles Helsedirektoratet, ikke Helseavdelingen, som den hadde hett under okkupasjonsstyret, og forsåvidt heller ikke lenger Medisinaldirektoratet. Det var ikke tilfeldig. Å bruke ”helse” istedenfor det virkemiddelpregede, og tildels klinisk pregede, ”medisinal” passet Evang. Det ville gi tjenesten et tydeligere normativt grunnlag, og et grunnlag som mer gikk i helsemaksimerende enn i uhelseminimerende retning. Å bruke direktoratbetegnelsen istedenfor avdelingsbetegnelsen hadde den fordel at Helsedirektørens uavhengighet, ikke avhengighet, ble understreket. Det at Direktøren dog samtidig var avdelingssjef skulle sikre ham direkte adgang til statsråden. At Evang skulle være ekspedisjonssjef selv sikret at der ikke kom noen juridisk ekspedisjonssjef, eller annen forvaltningsembetsmann, mellom Evang og statsråden. Det ble altså lagt opp til at Helsedirektøren skulle ha heisstatus. Evang må ha vært mer enn tilfreds, men hadde neppe noen direkte innflytelse over det som skjedde i Norge da Thagaard, nokså enerådig, utformet det første forslaget. Men siden Thagaard og Evang stort sett var på linje, hadde det heller ikke vært nødvendig for Evang å dytte på Thagaard.

Regjeringen fattet formelt sitt vedtak ved kongelig resolusjon den 8. mai 1945. Den støttet komiteflertallet. Vedtaket var slik:

209) Evang skrev i mai-juni 1945 et PM om ”Sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen etter krigen” (Evang-samlingen i Statens helsetilsyn). Fremstillingen av det som skjedde i London er i stor grad basert på dette PM. I PM’et gjengies store deler av Finansdepartementets komité’s innstilling, og Sosialdepartementets kommentarer til denne.

210) Sitert etter Debes, *op.cit.*, s. 228.

Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat. Forholdet mellom Helsedirektoratet og departementet gjøres til gjenstand for særskilt utredning. Inntil videre skal Helsedirektøren selv foredra alle direktoratsaker for statsråden.²¹¹

Hjemmemedikratiet

En del departementsfolk fulgte med til Elverum og Hamar da Kongen og Regjeringen forlot Oslo etter den tyske invasjonen. De aller fleste ble imidlertid bedt om å dra tilbake til Oslo.²¹² Om kvelden den 9. april utropte Vidkun Quisling (1887-1945), Nasjonal Samlings fører, seg til statsminister og leder for en nasjonal regjering. Hans ”statskupp” endte i en ydmykende retrett en knapp uke senere, 15. april. I forståelse med de tyske okkupasjonsmyndigheter utnevnte da Høyesterett et administrasjonsråd til å fungere som en slags regjering. Rådets formann ble fylkesmann (i Sogn og Fjordane) og høyremann Ingolf E. Christensen (1872-1943), mens Oslos stadsfysikus (siden 1930) Andreas Diesen (1881-1958) fikk ansvaret for Sosialdepartementets saker. Men den reelle makten lå selvsagt i tyske organer. På militær side hadde sjefen for de tyske styrker i Norge kommandoen. Sivilt fikk fra 24. april Joseph Terboven (1898-1945), en gammel alliert av Hitler fra 1923-kuppet, som *Reichskommissar*, den øverste myndighet.



I 1942 gav okkupasjonsmaktens medisinaldirektør Thorleiv Dahm Østrem ut et hefte hvor han presenterte NS sunnhetspolitiske program (tils. 28 s.). Han avslutter slik: ”Som motto for vårt virke i Innenriksdepartementets Helseavdeling kan jeg sette, at vi vil søke å gjennomtrenge det hele folkelegeme med den sunnhetslære som må bli den logiske konsekvens av de medisinske landevindinger og den nasjonalsosialistiske ånd – utnytte disse og tenke biologisk, samfunnsmessig, mens vi har blikket rettet mot framtiden og de kommende slekter like meget som på øyeblikket”.

Under administrasjonsrådet fungerte også helseforvaltningen i noen grad som før. I departementsavdelingen fortsatte Theodor Thorsen som ekspedisjonssjef, mens sekretær Trygve Iversen (1902-1989), etter Evangs ønske, først overtok som sjef for Medisinaldirektoratet. Så snart Jonn Caspersen var tilbake i Oslo overtok han ledelsen. I løpet av begynnelsen av juni var de fleste i Avdelingen og Direktoratet på plass igjen.²¹³

211) Sikkert etter Evangs notat, *op.cit.*, s. 8

212) Debes, *op.cit.*, s. 45.

213) Fremstillingen bygger i det følgende i første rekke på Anders Chr. Gokstads viktige og grundige arbeider om helsevesenet under krigen, *Helse og hakekors – Helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge 1940-45* og *Slange og sverd – Hjemmefront og utefront, leger og helsetjenester 1940-1945*, Bergen: Alma Mater Forlag, 1991 og 1995.

På høyeste nivå foregikk det samtidig forhandlinger om å opprette et riksråd. De brøt sammen i løpet av sommeren og den 25. september utnevnte Terboven 13 kommissariske statsråder, alle unntagen tre fra NS. De ti NS-statsrådene skulle også rapportere til Quisling. Den 1. februar 1942 ble så, ved den såkalte statsakt på Akershus festning, en ny regjering, med Quisling som ministerpresident, utnevnt.²¹⁴ Den ble sittende til 8. mai 1945.



Karl Evang var i 1930-årene en svært produktiv forfatter, både av vitenskapelige og mer populariserte skrifter. Dette er to skrifter ment for allmennheten. De omhandler sensitive emner, rasehygiene, som Evang på visse premisser var for, og fødselsregulering, som han var for.

I forbindelse med utnevnelsen av de kommissariske statsråder ble Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen flyttet til det nye, meget store, Innenriksdepartementet. Den 26. oktober meddelte Reichskommissariatet at høyere embeds- og tjenestemenn i staten skulle vurderes av Nasjonal Samlings personalkontor (NSPOT): Nazifiseringen av forvaltningen var startet. Leger i NS hadde allerede i løpet av sommeren tatt initiativ til å få legene til å vise sin lojalitet overfor det nye styret. Spesielt aktive var professor i farmakologi, dr. med. Klaus Hansen (1895-1971), overlege i kirurgi på Aker sykehus, dr. med. Axel Christensen (1879-1943) og nylig utnevnt overlege på Oslo hospital, Thorleif Dahm Østrem (1892-1980).²¹⁵ De ville, som Terboven, mer enn gjerne ha bort ”marxisten” Evangs allierte i Direktoratet, og bidro også til at Lægeforeningen noe senere ble gjort om til Norges Legeforbund (17. september 1941).²¹⁶ Utrenskningen i medisinalforvaltningen kom i gang utpå høsten 1940. 12. november fikk Caspersen, Iversen og inspektøren for sinnssykevesenet (siden 1936), Irmelin Christensen (1898-1975), beskjed om at de var oppsagt med øyeblikkelig virkning. Snart etter ble også Otto Galtung Hanssen, tuberkuloseinspektøren,

214) Denne regjeringen ble en fortsettelse av den kommissariske regjeringen; det viktige var at Quisling nå ble formell regjeringssjef.

215) De tre var sterke personligheter og der oppstod spenninger mellom dem, spesielt mellom Østrem og Christensen; den siste mislikte å skulle lede et desimert Legeforbund nærmest som en forlengelse av Helseavdelingen. Hansen spilte særlig en sterk rolle i kulissene, ikke minst på grunn av sin nære tilknytning til tyskerne; han var drivkraften i det Tysk-Norske Selskap, dannet i 1934. Han var hele tiden på kant med NS og ble i november 1944 ekskludert av partiet av Quisling personlig; Quisling mente han drev intrigespill mot regjeringen.

216) Kfr. meddelelse i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 61. årg., 1941, s. 852. Christensen, tidligere leder av Kirurgisk forening og både adm. overlege og sjef for kirurgisk avdeling på Aker sykehus, ble for øvrig av statsråd Hagelin utpekt som kommissarisk leder for det nyorganiserte Legeforbundet; han døde i 1943 (av sykdom), og ble etterfulgt av den mindre profilerte distriktslege i Holmestrand Fredrik G. Hansen (1882-1966). Forbundet mistet raskt en 80 prosent eller så av de medlemmene Lægeforeningen hadde hatt, og opphørte nesten å fungere.

oppsagt. Dermed var hele den medisinske ledelsen, og Evangs fremste våpendragere i Direktoratet, fjernet.

Der skjedde ingen tilsvarende utrenskning i Avdelingen. Thorleif Østrem ble så beordret til å gå inn i embedet som medisinaldirektør; han hadde først vegret seg, noe også Klaus Hansen og andre hadde gjort. De ledige stillingene ble fylt med NS-tilknyttede leger.²¹⁷

For de nye myndigheter var den delte ledelsen av medisinalvesenet helt forkastelig. Den førte, som Østrem skrev i en artikkel i *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, til ”forsinkelse over hele linjen, og hemming av det friske initiativ som er så ønskelig nettopp i sentralledelsen...”²¹⁸ Like etter utrenskningen i Direktoratet ble det oppnevnt en komité til å utarbeide et forslag til en nyordning av medisinalforvaltningen. Som komitémedlemmer ble blant annet Østrem, Hansen og Christensen utpekt. Komiteens forslag var påfallende likt Evangs 1938-forslag. Som Evang ville komiteen ha en samlet medisinalforvaltning, ledet av en lege og i hovedsak med leger i kontorsjefstillingene. Som Evang ønsket også komiteen primært at det kom et eget helsedepartement. Departementet ville ikke opprette noe eget departement, men fulgte ellers komiteens forslag. Medisinalforvaltningen ble slik samlet i en helseavdeling i Innenriksdepartementet. Det skjedde 1. juli 1941. Østrem ble, som medisinaldirektør, leder for avdelingen. Ekspedisjonssjef Thorsen ble samtidig, som 65-åring, pensjonert. Okkupasjonsstyret hadde gjort Evangs fremtidige oppgave med å bygge et Helsedirektorat langt enklere.

I sin artikkel i ”Tidsskriftet” argumenterte Østrem bestemt for at en lege burde lede medisinalforvaltningen. Juristene trenges også i forvaltningen, skrev han, men føyet til at ”Det må vel imidlertid medgis, at i spørsmål av medisinsk art, er lægene de presumptivt mest kompetente. Og det er jo overveiende medisinske spørsmål det her dreier seg om”. Enhver medikrat kunne slutte seg til det, også i dag. Han la, mer ideologisk, til, ”Nasjonal Samling, som over alt går inn for fagstyre, har da også under omdannelsen av medisinalvesenet fulgt dette sitt prinsipp”.²¹⁹ Vi skal snart se nærmere på den nye medisinalforvaltningen, men først trekke frem en annen side ved den nye ledelsesformen, anvendelsen av førerprinsippet.

Ved å betone fagstyreordningen appellerte Østrem til sine legekolleger. Han sa intet om førerprinsippet. For så vidt som det, i tillegg til å være ideologisk ladet, representerer et brudd på prinsippet om fagstyre, kan man forstå at han forbiggikk det i taushet i dette organ. Førerprinsippet

217) Egil Rian (1904-1982), overlege og direktør ved Reitgjerdet sykehus, ble sinnssykeinspektør (avløst av dr. Leif Melsom (1892-1968) i 1943) og stadslege i Harstad, Sophus Brochmann (1892-1956), tuberkuloseinspektør. Iversen ble erstattet av dr. Arne Høygaard (1882-1946).

218) Thorleif Østrem, ”Nyordningen i den sentrale medisinaladministrasjon”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, årg. 61, 1941, s. 752. Hele artikkelen: s. 751-755.

219) Østrem, *ibid.*, s. 752. I NS program pkt. I.3 (fra 1934) het det at ”Statsforvaltningen rasjonaliseres med sterk økning av fagkyndiges innflytelse og den enkelte embets- og tjenestemanns personlige ansvar og myndighet, og med skarpt skille mellom den alminnelige forvaltning og statens forretningsdrift”. I et foredrag uttalte innenriksråd Thorleif Dahl: ”Vi vil følge den linje at hvert departement skal omfatte et mest mulig organisk sammenhengende fagområde, slik at en sak både kan forberedes, bearbejdes, avsluttes og gjennomføres under en ledelse og ett ansvar”. Siteret etter Debes, s. 86 og 87.

betyr at Medisinaldirektørens makt var avledet ovenfra, ikke nedenfra – fra fagkollegiet. Det innebar dermed også at døren var åpen for leg politisk inn-
gripen. Denne inngripen tiltok i styrke ettersom tiden gikk, og fagstyret ble
slik mer en formalitet enn en realitet. Men som ellers under okkupasjonssty-
ret, ble heller ikke på helseområdet førerprinsippet anvendt på en helhetlig
måte.

Østrem hadde nesten to linjer oppover. For det første rapporterte han, særlig
i ”administrative” og almene politiske spørsmål til statsråd i Innenriks-
departementet, Albert Viljam Hagelin²²⁰ (1881-1946) (fra høsten 1944 til
Arnvid Vassbotten²²¹ (1903-1985)), eller innenriksråd Thorleif Dahl²²²
(f. 1907), og via dem videre til Quisling, før denne linjen endte hos
Terboven. For det annet kommuniserte han, i spørsmål som, konvensjonelt
forstått, hadde et sterkere medisinsk preg, med den 41-årige dr. med. Fritz
Paris, fra 19. august 1941 lederen for Rikskommissarens *Abteilung*
Gesundheitswesen.²²³ I praksis var linjeforholdene ofte enda mer sammen-
satte, idet linjene av og til gikk til ulike instanser i Tyskland, og selvsagt
fordi NS-aktører stadig forsøkte å intervensere. Det hører også med til dette
bilde at der stadig var rivaleri mellom linjene og aktørene. Østrem ønsket
mer autonomi enn han fikk, og forsøkte å ta norske hensyn mer enn tyskerne
likte. Ved et tilfelle i februar 1942 ville Paris ha ham avsatt. Nazistene skulle
rydde opp i de gamle, uklare linjeforholdene. Men linjeproblemene fulgte
med, som nissen på lasset, og skapte ofte store frustrasjoner. Gjennom det
lege, sterkt politisk-ideologiske, trykk linjeledelsen førte til, forble også i
praksis ønsket om fagstyre mest et ønske. Styret ble mer preget av politokrati
enn medikrati.

Helseavdelingen ble horisontalt spesialisert på en utpreget medikratiske måte,
altså etter det institusjonelle prinsipp. Slik sett bygget Østrem videre på det
medisinsk pregede Direktoratets, ikke den juridisk pregede Avdelingens,
organisasjon. I førkrigsdirektoratet var det som nevnt to, men i praksis fire,
fagkontorer: et legekontor, et apotekkontor, et ”inspektorat” for tuberkulose-
vesenet og et ”inspektorat” for sinnssykevesenet. Alle reflekterte egne
tjenestegrener ute i samfunnet, og de stod for en integrert ledelse, altså en
ledelse som kombinerte helsefaglige, juridiske og økonomiske hensyn – men
altså slik at medisinerne, og en farmasøyt, stod for integreringen, dog med
noen unntagelser.

220) Bergenseren Hagelin var forretningsmann og operasanger og hadde tilbragt lang tid i Tyskland, og fått gode forbindelser der. Han var imidlertid en ”vanskelig” mann og ble etter hvert presset ut av sin statsrådspost.

221) Vassbotten var en dyktig jurist og den som i første rekke formulerte det juridiske grunnlag for statsakten 1.2.42. Han ble i 1946 dømt til 20 års fengsel, men fikk etter soningen lov til å arbeide som konsulent i Justisdepartementet. Han arbeidet blant annet med utgivelsen av Norges Lover.

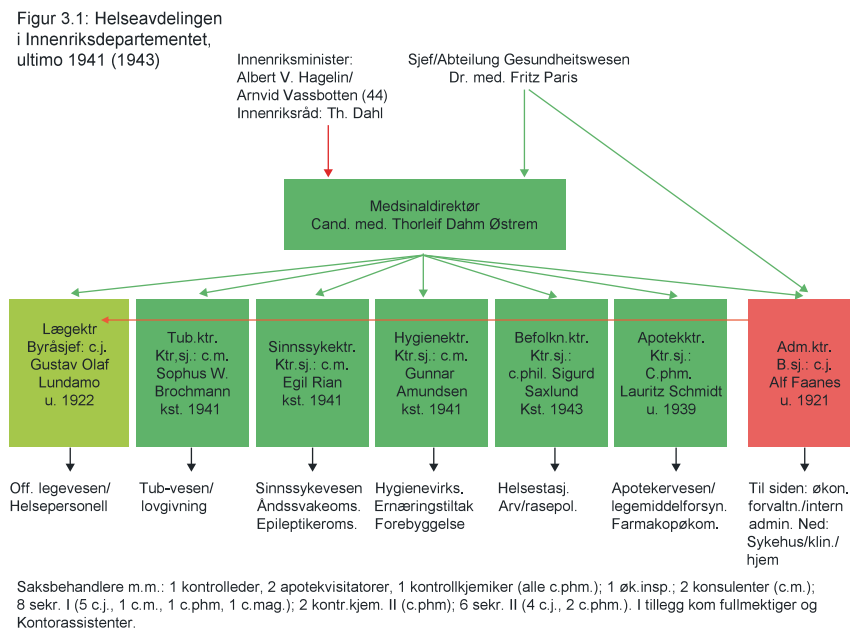
222) Dahl var jurist og en meget dyktig administrator og kom til å prege Innenriksdepartementet. Han lyktes i å omdanne lokal- og fylkesforvaltningen etter førerprinsippet. Også Dahl var opptatt av å motstå ”utidig tysk innblanding i forvaltningen”, som det formildende het i dommen mot ham etter krigen. Han fikk fem års fengsel, mens Hagelin ble dømt til døden.

223) Helsevesenet sorterte fra starten av under *Abteilung Ernährung und Landwirtschaft*, med diverse leger som medisinske ledere. Kfr. Gogstad, 1991, s. 52-56.

Østrem beholdt disse fire kontorene²²⁴ og opprettet tre nye, et hygienekontor, et befolkningskontor og et administrasjonskontor. Nok et kontor kom til i 1944, ved at tannlegesaker ble flyttet ut av legekantoret. Det første representerte en naturlig, og egentlig nokså forsinket, utskillelse av en lett avgrensbar medisinsk virksomhet, den forebyggende. Det annet representerte en etablering av en nyere, medisinsk preget, og greit avgrensbar, virksomhet, i første rekke helsestasjonsvirksomheten (mor og barn). Dette kontor fikk imidlertid også en ny ”bio-ideologisk” oppgave, nemlig arvelighets- og rasepolitikk. Administrasjonskontoret er mer spesielt. I noen grad representerte det en medisinsk-institusjonell utskillelse av en eldre oppgave, nemlig sykehusforvaltning. Men det var også et delvis funksjonelt basert kontor. På den ene side hadde det indre administrative oppgaver (personalforvaltning og intern tjenesteytelse), på den annen side hadde det tverrkontormessige økonomifunksjoner – og var for det formål utstyrt med en økonomiinspektør. Det hadde enda en oppgave, en regimespesiell sådan. Det hadde mye av ansvaret for dr. Paris’ avdeling hos Rikskommissaren og det stod for den politiske vurdering av ansøkere til stillinger.

Helseavdelingen var altså først og fremst medikratisk ordnet, men med noen funksjonelle innslag. I figur 3.1 har vi illustrert oppbygningen som den var etter etableringen av avdelingen i 1941. I figuren har vi også tatt med opplysninger om bemanningen.

Figur 3.1: Helseavdelingen i Innenriksdepartementet ultimo 1941 (1943)



Kilde: Norges statskalender 1941 (datert 8.12.41), s. 10-12. I figuren er tatt med en kontorsjef for Befolkningskontoret, selv om vedkommende først tiltrådte i 1943. Grønt skal symbolisere

224) Sinnssykekantoret ble siden kalt Sinnshygienekantoret.

helsefagstyre, rødt politisk-administrativt styre. Legekontoret er gjort olivenfarvet, ikke helt grønt. Det skyldes at kontoret var medisinsk-institusjonelt basert, men ledet av en jurist.

I 1941 hadde Helseavdelingen til sammen syv ledere, hvis vi ikke tar med kontorsjefstillingen i Befolkningskontoret (ennå ubesatt) og 23 saksbehandlere, til sammen 30 fagmedarbeidere. I tillegg kom de kontortekniske ansatte. Direktoratet og Avdelingen hadde før krigen 25 fagansatte. Den samlede helseforvaltning hadde altså vokst noe. De to førkrigsenhetene hadde hatt et flertall av jurister, 13. De hadde ellers fem leger og seks farmasøyter, samt én med annen utdanning. Helseavdelingen hadde i 1941 11 jurister, men syv leger og 10 farmasøyter, altså 17 helsefagfolk; dertil kom to med annen utdanning. Slik sett hadde det skjedd en viss bevegelse i helsefaglig, eller medikratiske, retning, som det nye styret jo ønsket. Denne utviklingen ble selvsagt forsterket av det faktum at sjefen for den samlede enhet var lege. Dog bør det nevnes at jusen også fikk spille en betydelig rolle ved at Østrem hadde en dyktig og aktiv jurist over seg, innenriksråd Dahl, og at Østrem lot den gamle byråsjef, juristen (Gustav) Olaf Lundemo, han var født i 1883 og ble utnevnt i 1922, få lede det viktige Legekontoret; dog under Østrems tette overvåkning. I det viktige, til dels på tvers-arbeidende, administrasjonskontoret satt også en veteran, juristen Alf Faanes (f. 1880, utnevnt 1921), som byråsjef. Det var altså knapt tale om noen dramatisk medikratisering av *bemanningen* av helseforvaltningen. Denne bemanningen forble nokså uendret resten av krigen, og faglig omtrent helt uendret. Både Lundemo og Faanes kunne for øvrig fortsette i sine stillinger etter krigen.

*

Den omordning som skjedde av helseforvaltningen under krigen var omtrent som Evang og hans komité hadde foreslått vinteren 1938, men som Evang selv altså ikke hadde kommet i gang med. Evang hadde gjort noe. Han hadde, da anledningen bød seg, fylt noen av lederstillingene i Direktoratet med medisinske åndsfrender. Han var selv et uttrykk for at politikk spilte en rolle for utnevnelser, og hadde altså fortsatt med å ta politiske hensyn da han skulle besette stillinger under seg. Evang var som nevnt en fagstyreorientert mann, men han forstod også fagstyret på en politisert måte. Han trakk det mot venstre; det hadde alltid tidligere vært nokså tradisjonelt borgerlig. Hans etterfølger i det okkuperte Norge, Thorleif Østrem, kopierte nærmest Evangs førkrigsplan; han hadde jo også, som Evang, primært ønsket et helsedepartement. Den stab han overtok, og bortsett fra Evangs ”politiske” medarbeidere, gjaldt det stort sett hele den gamle staben, satte imidlertid grenser for hvor meget han kunne medikratisere bemanningen. Han organiserte Avdelingen relativt medikratiske, men fikk altså ikke ombemannet den i særlig grad. De lediggjorte lederstillingene besatte han nok medikratiske, men, som Evang, politisk-medikratiske. Sosialistlegene ble skiftet ut med NS-leger. Resten av helseforvaltningen fortsatte stort sett som før. Det samme gjorde den lokale arm av forvaltningen, med fylkesleger og distriktsleger.

Østrem, NS og tyskerne hadde nok planer om å endre helsepolitikken. De fikk imidlertid gjort nokså lite. Det kliniske helsevesen, det offentlige liksom vel som det private, fortsatte å være, og å virke, omtrent som før krigen. Trygdefinansieringen fortsatte også som før. Men ressursproblemene kom til å tilta etter hvert, så helsevesenet var nokså nedslitt da krigen var slutt. For nazistene var imidlertid helsepolitikken viktig: Den dreide seg jo om å ta vare på, utvikle og styrke "folkeætten". Det ble derfor viktig å forskyve innsatsen over mot sykdomsforebyggende og ikke minst helsefremmende tiltak. Nazistene ville, kan man slik si, føre de gamle ideene fra statsbyggingstiden om sunnhetspoliti videre. De kom derfor særlig til å gjøre mye innenfor omsorgen for mor og barn (helsestasjoner), innen bedriftshelsetjenesten og innen tuberkuloseomsorgen (skjermbildefotografering). De mer fantasifulle ideer om offensiv helsefremmende innsats gjennom rasebiologiske tiltak fikk liten betydning i Norge. Men også i dette henseende, altså det forebyggende og helsefremmende, var Østrem og hans folk nokså mye på linje med Evang.

Østrem og okkupasjonsstyret la slik i viktige henseender forholdene til rette for Evang da han vendte tilbake til Oslo. Samtidig var utfordringene også blitt vesentlig større. Krigen hadde satt sine spor. Helsevesenet var nedslitt og ikke faglig å jour. Allerede før krigen hadde fagutviklingen gjort at der krevdes en nyordning, spesielt var det tilfelle for spesialisthelsetjenesten og særlig sykehusene. Personellmangelen var også stor. Endelig stod man overfor det primære problem, iallfall slik mange opplevde det, at helse-tilstanden var forverret.²²⁵

*

Etter krigen mistet de nazistisk innsatte folk i medisinalforvaltningen sine stillinger, og de mest prominente av dem ble arrestert, stilt for retten og en del idømt fengselsstraffer (straffarbeid). Østrem, som ikke hadde vært noen spesielt nazistisk-autoritær leder, ble dømt til fire års straffarbeid; hans overordnede, innenriksråd Dahl fikk fem år. Mannen i kulissene, og allerede før krigen nokså envis og kontroversielle, professor Klaus Gustav Hansen, ble fradømt sitt professorat og gitt åtte års tvangsarbeid. De fleste NS-leger kom imidlertid, så sant alder og helse tillot det, etter hvert tilbake til sitt yrke, særlig som privatpraktiserende leger. Det gjaldt blant annet Østrem. Evang var streng overfor NS-legene og nølte med å gi dem lisensen tilbake. Også Lægeforeningen var en stund svært streng når det gjaldt å slippe NS-leger inn i foreningen igjen, men etter ca. 10 år hadde de aller fleste fått tilbake medlemskapet. Det var formelt viktig, for uten foreningsmedlemskap var det vanskelig å få arbeid.

*

225) Det er ulike oppfatninger om dette. Axel Strøm, Knut Westlund og Hans Jacob Ustvedt mente for eksempel at prevalensen av hjerte-kar-sykdommer gikk ned i løpet av krigsårene. Anders Chr. Gokstad var mer usikker på det. Ørnulf Ødegård mente at den mentale helse var blitt bedre i løpet av krigen.

La oss ellers til slutt her, og svært kort, nevne at tyskerne også hadde sitt eget, meget omfattende sanitetsvesen, ledet av generalarzt Fritz Mantel, med hovedkvarter på Aker sykehus. De tyske medisinalmyndigheter rekvirerte en hel del norske sykehus. Der var også en egen legetjeneste knyttet til SS og de tyske fangeleire og fengsler, ledet av dr. Jochen Rietz.²²⁶

226) For en nærmere omtale av dette, kfr. Anders Chr. Gokstad, "De store utfordringenes år – helseforhold fra okkupasjon til selvstendighet da krigen i Norge var slutt i 1945", *Michael*, 2005, nr. 2, s. 311-323.

4. 1945-1972: Den evangske orden

Den vertikale dimensjon

Da norske myndigheter kunne ta fatt igjen etter den tyske kapitulasjon, var som nevnt mye avgjort hva angikk medisinalforvaltningen. Den gamle ekspedisjonssjef for Medisinalavdelingen, den 67-årige (15. mai) og formelt pensjonerte Theodor Thorsen, var nå effektivt utmanøvrert. Thorsen møtte, forteller Nordby, på Evangs kontor 25. mai 1945, og meddelte Evang at han ønsket å ta opp igjen sine funksjoner fra før krigen.²²⁷ Evang svarte at det ikke var mulig. Thorsens stilling var blitt overtallig. Evang kunne dog være behjelpelig med å finne andre oppgaver til ham. Han gjorde knapt noe forsøk på det. Thorsen, eller "Konthorsen", som Evang gjerne kalte ham, ble tatt vare på av Departementet. Han fikk fortsette som ekspedisjonssjef, dog uten avdeling, til han gikk av med pensjon i 1948.



I 1958 holdt Karl Evang de prestisjefylte *Heath Clark Lectures* ved Englands fremste folkehelseskole, The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Forelesningene ble siden trykket som bok og utgitt på Oxford University Press. Evangs etterfølger som helsedirektør, Torbjørn Mork, var ved The London School (1958-1960) da Evang holdt sine forelesninger. Mork arbeidet med sin doktorgrad. Han traff Evang i London og har ganske sikkert vært til stede da Evang gav sine forelesninger.

Alt var allikevel ikke endelig avgjort, selv om krigstidens avdelingsordning gjennom den kongelige resolusjon av 8. mai 1945 inntil videre ble beholdt, men under navnet Helsedirektoratet.²²⁸ Formelt fortsatte imidlertid Evang som medisinaldirektør, skjønt titelen helsedirektør stadig hyppigere ble brukt. I resolusjonen ble det forutsatt at ordningen skulle gjøres til gjenstand

227) Nordby, s. 149.

228) I et rundskriv fra Finansdepartementet, undertegnet av den ennå sittende finansminister, Paul Hartmann (1878-1974) og paraferet av ekspedisjonssjef F. G. Nissen, datert den 30.5.1945 heter det blant annet at "Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat."

for nærmere utredning. Evang satte derfor straks i gang med å foreta en slik og presenterte den for statsråden, sin legekollega, og endog SLF-kollega, Sven Oftedal (1905-1948),²²⁹ den 1. juli 1945. Denne utredning, kalt et ”P.M.”, hadde overskriften ”Sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen etter krigen”.²³⁰ Den var på 36 sider og var utførlig nok til at Regjeringen kunne fatte en beslutning. I ettertid har Evang føyet til på forsiden at P.M.et ”var tenkt enten som grunnlag for nærmere vedtak om saken eller som et diskusjonsgrunnlag”. Det var nok ment som det første. Det annet er føyet til av hensyn til det som skjedde.

Regjeringen og Oftedal så tilsynelatende nærmest bort fra notatet og oppnevnte like over ferien, i august 1945, et utvalg til å komme med forslag til organisering av den samlede helseforvaltning. Evang ble imidlertid formann, og fikk med seg i utvalget hovedstadens stadsfysikus Andreas Diesen. Han fikk også, interessant nok, med seg den ferske byråsjef i Justisdepartementets oppgjørsavdeling, juristen Karl A. Høvde (f. 1905): Jusens interesser skulle ivaretaes, iallfall i noen grad. Men som formann, og med hygienikeren Diesen med på ”laget” måtte nesten Evang, i det minste langt på vei, få det som han ville. Det har også statsråden visst. Vi tør ikke si hvorfor han valgte å gå veien om dette utvalget. Hvorom alt er, utvalget foreslo i sin innstilling, som forelå den 14. desember 1945, å beholde samlingen av avdeling og direktorat. Det foreslo også å beholde Direktørens direkte adgang til Statsråden.

Men det er åpenbart at Høvde ikke var fornøyd. I et særvotum henviser han til at prinsippspørsmålet om samling av helseforvaltningen var truffet ved den kongelige resolusjon av 8. mai 1945, men da

*spørsmålet er berørt i den foran siterte uttalelse fra Hjemmeledelsens utvalg hvor det såvidt vites ikke satt noen medisinal jurist, vil jeg forstå såvidt angår min oppfatning av spørsmålet uttale at jeg deler det syn som er uttrykt i ekspedisjonssjef Thorsens utredning på Den norske Legeforenings landsmøte i Stavanger 1938.*²³¹

Høvde ville altså helst ha gått tilbake til *status quo ante bellum*. Siden det altså ikke var mulig, er hans forslag å begrense integrasjonen så langt som mulig. Han vil derfor at Helsedirektøren, som ekspedisjonssjef, skal få som ”nærmeste rådgiver en jurist, som kan bli forelagt saker fra hvilket som helst kontor”. Langt på vei forsøker Høvde slik å ”dele” helsedirektørrollen: Når Helsedirektøren opptre på Departementets vegne bør han støtte seg på sin

229) Oftedal praktiserte som lege i Stavanger fra 1933 til 1941, og satt samtidig (fra 1934) i bystyret for Arbeiderpartiet. Fra 1941 satt han i tysk fangenskap, først i Norge, så i Sachsenhausen i Tyskland. Han var sønn av tidligere stortingsmann og statsråd fra Venstre, Lars Oftedal (1877-1932). Faren var statsråd fra 1921 til 1926 og fra 1928 til 1931, to ganger som sosialminister (1921-22 og 1924-1926). Han hadde en del sammenstøt med Lægeforeningen om sykeforsikringen. Sven Oftedals farfar var den kjente teolog, politiker og pressemann Lars Oftedal (sr.) (1838-1900). Han representerte Venstre (fra 1988 Moderate Venstre) på Stortinget i flere perioder og grunnla *Stavanger Aftenblad*.

230) Karl Evang, *P.M. Sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen etter krigen*. P.M.et er utarbeidet i mai-juni. Det finnes bl.a. i Evang-samlingen i Helsetilsynets bibliotek.

231) Uttalelse til Sosialministeren. Ad: reorganiseringen av sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen. Uttalelse avgitt 14. desember 1945. Det finnes bl.a. i Evang-samlingen i Helsetilsynets bibliotek. Sitatet er fra s. 10

juridiske rådgiver; ja, nesten la denne fatte beslutningen. Ekspedisjonssjef Thorsen vil slik nesten komme tilbake. Men Høvde går lenger. Denne halvveisdelingen av direktørembedet vil han gjøre helt tydelig videre nedover i Direktoratet. Han skriver i sitt særvotum, som han leverte til utvalget den 5. oktober:

Helsedirektoratet som blandet fagdirektorat og departementsavdeling bør bygges opp med to sideordnede avdelinger, en medisinsk eller faglig avdeling med sine fagkontorer og under en medisinsk avdelingsjef, og en juridisk-administrativ avdeling med sine juridiske kontorer og under en juridisk avdelingsjef...²³²

Høvde legger til slutt til at det er viktig at "direktoratets enkelte embets- eller tjenestemenns myndighetsområde og ansvar blir klart og utvetydig fastslått, både instruksmessig og ved direktoratets administrative oppbygning".²³³ Direktoratet skal ikke bare nesten deles, denne nestendeling bør sikres gjennom rettslige kauteler. Evang skulle tøyles ved hjelp av jusen.

Evang ønsket seg imidlertid et Direktorat som var helt integrert, hele veien ned, på legelige premisser og som hadde en myndighetsfleksibel "heis-status". Han ønsket seg dertil, og ettersom tiden gikk – i stigende grad, en vag instruks. Instruksen fra 1927 passet ham derfor godt. Evang ville jo også ha en lege, ikke en jurist, som nummer to. I P.M.et fra juli 1945 taler han om denne personen som en "sjefsekretær (lege)". I utvalgsinnstillingen kaller han denne sjefsekretæren "underdirektør". Evang trengte en slik for å sikre at Direktoratet var medisinsk ledet også når han var borte. Underdirektøren skulle imidlertid, da han kom i 1946, få en mindre linjepreget tittel, nemlig medisinalråd. Evang kunne forøvrig, som også utvalgsinnstillingen viste, tenke seg en lovråd, en juridisk konsulent.

Evang svarte ikke på Høvdets argumentasjon; han overhørte den demonstrativt. Han hadde makten.

En av Høvdets fagkolleger, den nå nokså ydmykete Theodor Thorsen, utdypet på en interessant måte Høvdets rettsstatlige argumentasjon mot Evangs langtdrevne fagstyreambisjoner i en dobbelkronikk i Morgenbladet 11. og 12. desember 1946. Evangs fagstyre innebar at helsevesenet skulle styres svært selvstendig, blant annet ved å ha budsjettinitiativet, mens Thorsen pekte på behovet for å styre det som en del av en helhetlig politikk. En jurist, fremholdt Thorsen, ville på en helt annen måte enn en medisiner være åpen for "andre statsformål og hensynet til hva statsbudsjettet som helhet kan bære".²³⁴ Evang svarte Thorsen i et innlegg i Morgenbladet 21.12.1946.²³⁵ Evang grep bare fatt i Thorsens fortolkning av historien,

232) *Ibid.*, s. 10-11.

233) *Ibid.*, s. 11.

234) Th. G. Thorsen, "Medisinalvesenets administrasjon", kronikk nr. II, *Morgenbladet* 12.12.1946.

235) Svaret har samme tittel som Thorsens kronikk, "Medisinalvesenets administrasjon". Evang skriver blant annet: "Ekspedisjonssjefen gir en sterkt sammentrengt og – formodentlig av den grunn – noe ufullstendig historikk og en tilsvarende gjennomgåelse av de anker som allerede i mange år hadde vært rettet mot den tidligere ordning av vår sentrale medisinaladministrasjons med en medisinsk og en juridisk sentralinstans og med et ytterst uklart forhold mellom dem".

spesielt det som skjedde under krigen, men overhørte, eller overså, ellers Thorsens mer prinsipielt rettede organisasjonsbetraktninger. Thorsen var nå forlenget ”nedkjempet”, og skulle snart pensjoneres.

Evang fikk det i denne omgang langt på vei som han ville. Høvdes ”rettsstatlige” argumenter falt på stengrunn, både i det ”nye” Finansdepartementet og i Regjeringen. Finansdepartementet sørget imidlertid for å ta bort både lovråden og andre deler av Evangs budsjett. Det ville tydelig underordne Evangs direktorat den overordnede økonomiske plan for samfunns(gjen)oppbyggingen. Evang reagerte også på dette, men oppnådde intet. Politisk kunne han ikke hamle opp med de nye selvbevisste planøkonomene. Men han oppdaget slik tidlig hvem utfordrerne var, rettsstatens jurister, skjønt det visste han, og planstatens økonomer. De sistes makt ble han snart klar over, og kom til å mislike. Når han i ikke liten grad vant frem i første omgang var det fordi han fikk politikerne med seg. Men gradvis kom støtten fra den kanten til å forvitne, og også politikerne havnet, som den tredje viktige gruppen, på hans ”svarteliste”. Fra da av, la oss si fra midt i 1950-årene, var han samtidig på defensiven.

Den nye ordningen, basert på Evang-utvalgets forslag, ble stadfestet gjennom kongelig resolusjon av 12. mars 1948.²³⁶ Fredag 14. mai, ble så Evang formelt utnevnt som *helsedirektør*. Det het i statsrådsbeslutningen: ”Konstituert medisinaldirektør Karl Evang utnevnes til helsedirektør”. I samme statsråd ble også de andre konstituerte embedsmenn i Direktoratet formelt utnevnt i sine stillinger.

*

Evangs direktorat ble i stor grad et nokså medikratisk organ. Det fikk det vi har kalt en heisstatus. Det ble et uavhengig direktorat i medisinske spørsmål og en departementsavdeling i politiske spørsmål. Evang klarte også å avvise alle forsøk på å gjøre premissene for heisstatusen klare. Han ville ha størst mulig frihet til selv å avgjøre hva som var medisinsk faglige og hva som var politiske saker. Da han tiltrådte som medisinaldirektør i 1938 gjaldt, som nevnt, en embedsinstruks gitt ved kongelig resolusjon 11. mars 1927. Den var nå foreldet, spesielt for så vidt som den forutsatte at Medisinaldirektøren stod utenfor Departementet. Samtidig gav den Medisinaldirektøren en så vidt vid og sterk stilling, at den, tolket i en ny, heispreget virkelighet, passet Evang bra. Den gav ham et vidt handlingsrom. Instruksens viktigste paragrafer hadde denne ordlyd:

§ 1. Medisinaldirektøren står direkte under det departement som det civile medisinalvesen hører under. Han skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alt som kan tjene til å fremme landets sundhets- og

236) Det fremgår av en protokollutskrift fra Det kgl. Statsråd-sekretariat, bifalt ved kongelig resolusjon av 12. mars 1948, at omordningen skjedde da. Protokollutskriften, som finnes i Helsetilsynets fjernarkiv, boksene for eldre organisasjonssaker, er undertegnet av Leif Østern. Denne dato bekreftes også av protokollen for utnevningen av Evang og de andre embedsmennene i Direktoratet, 14.5.1948. I et udatert notat Evang (åpenbart), etter anmodning fra Tollvesenets administrasjonskomité, siden skrev om Helsedirektoratets organisasjon og arbeidsområde, er datoen for omordningen, oppgitt som 12.5., men skrevet inn for hånd (etterpå).

medisinalvesen og skal treffe eller bringe i forslag de foranstaltninger, som i så henseende måtte ansees påkrevet.

§ 2. Han har å føre tilsyn med at de gjeldende bestemmelser om det offentlige sundhetsvesen gjennomføres, å bistå helse rådene med råd og veiledning, samt å føre tilsyn med apotekvesenet og med lægenes, tannlægenes og jordmødrenes virksomhet. Han har å foreta de i den anledning nødvendige inspeksjoner. Videre fører han tilsyn med statens medisinalanstalter i den utstrekning hvortil han finner grunn eller efter spesiell oppfordring fra departementet.

§ 3. Han sender inden fastsatte tid til departementet forslag til budgett for det civile medisinalvesens forskjellige poster, eller avgir sin uttalelse i de tilfelle hvor det påligger nogen annen å utarbeide forslag.

§ 4. Han har å avgi innstilling ved besettelse av civile lægeembeder og stillinger og ved meddelelse av apotekbevillinger. Han har til departementet å avgi forslag eller uttalelse om opprettelse av nye apotek og om enhver foranstaltning vedkommende medisinalvesenet, som han ikke selv kan treffe endelig beslutning om.

§ 5. (Om besettelse av underordnede legestillinger ved statens medisinalanstalter.)

§ 6. (Om autorisasjon av hjelpevaksinatører.)

§ 7. (Om hans plikt til å fatte bestemmelser i henhold til diverse lover etc.)

§ 8. (Om hans plikt til å gi regler etter bestemte lover.)

§ 9. (Om plikt til å gi regler for utforming av legenes årlige medisinalberetninger.)

§ 10. (Om plikt til å foreta rettelser i gjeldende medisinaltakster.)

§ 11. Han utgir de årlige fortegnelser over eksaminerte eller autoriserte læger, tannlæger og dyrlæger.

§ 12. Han utfører for øvrig de gjøremål som lovgivningen har henlagt til medisinalstyrelsen, når noget annet ikke uttrykkelig er bestemt eller fremgår av sammenhengen.

§ 13. Han avgir besvarelser og erklæringer angående saker, hvis avgjørelse beror på sakkyndig skjønn eller innsikt.

§ 14. Han er departementets konsulent i saker vedrørende det civile medisinalvesen. Han har dessuten på begjæring å bistå de øvrige

regjeringsdepartementer med avgivelse av betenkninger, for så vidt det utkreves medisinal sakkyndighet.

§ 15. (Om plikt til å finne seg i endringer i instruksene.)

Samlingen av den sentrale helseforvaltningen i 1945 fikk altså sitt formelle grunnlag i 1948. Ved kongelig resolusjon av 12. mars 1948 ble Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opphevet (punkt 1). Videre i resolusjonen heter det

2. Medisinalavdelingens og Medisinaldirektoratets funksjoner overføres til Helsedirektoratet som skal være en avdeling av Sosialdepartementet og samtidig et direktorat med de oppgaver som tillå Medisinaldirektoratet. 3. Helsedirektøren utfører de funksjoner som tillå så vel den tidligere ekspedisjonssjefen for Medisinalavdelingen som Medisinaldirektøren. 4. I Helsedirektoratet opprettes 8 kontorer (som nevnes). 5. I helsedirektoratet opprettes følgende embeter (foruten embetet som Helsedirektør): 1 Medisinalråd, 1 Statens overlæge for hygiene. 1 Statens overlæge for tuberkulose. 1 Statens overlæge for psykiatri. 8 byråsjefer for de under punkt 4 nevnte kontorer. 6. Forretningsordenen for overlægene og byråsjefene i hygienekontoret, tuberkulosekontoret og kontoret for psykiatri, fastsettes ved instruks.

Siden resolusjonen innebærer en eksplisitt legitimering av Helsedirektoratets medikratiske oppbygning er det påfallende at instruksene fra 1927 ikke endres. Evang har hatt overoppsyn med utformingen av resolusjonen, men har altså ikke følt noe behov for samtidig å endre instruksene fra 1927, en instruks som jo på vesentlige punkter var i strid med den nye organisasjonsformen. Vi kan ellers konstatere at tre kontorer får en "statens overlege" som sjef. Kvalifiseringen "Statens" gir, som vi har sett, disse overlegene en slags opphøyet status og rolle. Den markerer overlegenes både institusjonelt overordnede og (faglig) selvstendige status og rolle. Etter hvert ble overlegene, særlig ettersom de ble flere, bare omtalt som overleger, men noen (av de tre) foretrakk, helt til titelen forsvant, å omtale seg som "Statens overlege for (av og til ble "i" brukt) ..." Den forsvant egentlig i 1972 (nesten 1970). Det het nemlig i statsrådsaken (nr. 160, 28.4.1972, s. 4) ved ansettelsen av Aud Blegen Svindland i det gamle embedet som "Statens overlege for hygiene" i 1972:

*Etter bestemmelse gitt ved kongelig resolusjon av 12. mars 1948 om organiseringen av Helsedirektoratet som avdeling av Sosialdepartementet, ble det i Hygienekontoret, Tuberkulosekontoret og Kontoret for psykiatri foretatt utnevnelser i embeter som **statens overlege for hygiene, tuberkulose og psykiatri.***

*I senere opprettet embete er det foretatt tilsvarende utnevnelser som **statens overlege for det offentlige legevæsen.***

*Da det i 1970 også ble opprettet embete som overlege tilknyttet Sykehuskontoret, ble vedkommende imidlertid utnevnt som **overlege i Sosialdepartementet, Helsedirektoratet.***

Sosialdepartementet foreslår at man i nærværende sak og ved senere ledighet i overlegeembetene i Helsedirektoratet følger sistnevnte mønster, med utnevning som overlege i Sosialdepartementet, Helsedirektoratet.

I noen grad ble imidlertid allikevel den gamle, institusjonelle titelen brukt helt til delingen av Direktoratet i 1983. I en institusjonshistorisk artikkel, eller et foredrag, formodentlig fra 1983 eller senere, taler Torbjørn Mork om "Statens overlege i psykiatri – det tapte embete". Også han synes slik å ha antatt at titelen "Statens overlege" gjaldt helt til delingen av Direktoratet i 1983. Vi ser også at han brukte preposisjonen "i", noe som var vanlig, og ikke "for", som er det riktige: Overlegen var overlege *for* sinnsykevesenet, ikke *i* klinisk psykiatri på en bestemt institusjon.

Vi skal gå tilbake til instruksene, og mer alment, det evangiske medikrati som det utviklet seg, og som han, Evang, utviklet det.

Evang hadde selv, gjennom Socialistiske Lægers Forening, like før han ble utnevnt, tatt til orde for å endre instruksene. Nå, etter resolusjonen av 1948, skulle man tro han ville vært enda mer opptatt av å endre den. Det var han ikke. Han ble endog stadig mindre opptatt av det. Han så at en klarere, og for så vidt mer ajourført, instruks kunne gjerde ham inne, som juristene ønsket. Den første statsråd som tok opp instrukssspørsmålet var Aaslaug Aasland (1890-1962). Hun satte ned et utvalg, med Evang som medlem, for å se på alle instruksene i Direktoratet. Da intet så ut til å skje, purret hun, mot slutten av sin statsrådstid, i mars 1953. Evang unnskyldte seg med arbeidspress, men lovet at et utkast til instruks skulle foreligge før sommerferien. Fire år senere gjorde han det i et internt notat klart at han hadde lagt saken til side.²³⁷ Han hadde for lengst skjont at en instruks først og fremst ville binde. I sine kronikker i Morgenbladet, som vi ovenfor har nevnt, tok den ellers forsiktige Thorsen kraftig i da han mente at den styringsordning Evang var iferd med å innføre nærmest var et uttrykk for det nazistiske "fører-prinsippet".

Helsedirektørens stilling innebar altså at han hadde direkte tilgang til statsråden. Han måtte ikke gå via en juridisk ekspedisjonssjef, eller senere (1955), en juridisk (eller økonomisk) departementsråd. Høvdes forslag om å opprette en underdirektørstilling var et forslag om å få Evang inn i den departementale fold, og kanskje om igjen å dele Direktoratet. Selv om Høvde ikke vant frem, vant det syn han representerte allikevel etterhvert frem. Hans forslag var et forslag som antesiperte 1983. Men mye skjedde før.

237) Nordby, *op. cit.*, s. 204.

Doktor Gudmund Harlem (1917-1988) ble i 1955 sosialminister og han både kunne, og våget å, utfordre Evang. Han gjorde det blant annet ved å få opprettet en ekspedisjonssjefstilling for en jurist. Det skjedde i 1956, og stillingen gikk til Kaare Bjerkomp, byråsjefen i Budsjet- og personalkontoret siden 1950.²³⁸ Evang kunne ikke stanse Harlem, men han gjorde det han kunne for å begrense stillingens omfang; dog uten formelt å oppnå så mye. Men opprettelsen av stillingen var en prinsipiell utfordring, for så vidt som den bar i seg kimen til en ny deling av Direktoratet. Som vi har nevnt ønsket Evang i 1945 å få en lovråd. Lovråden skulle være nettopp det, en råd, eller en konsulent. Han skulle ikke inn i linjen; han skulle være i staben. En ekspedisjonssjef er en linjeleder, med direkte adgang til statsråden, og Bjerkomp fikk instruksfestet at han hadde slik adgang. Man kan si at Harlem nå fulgte Høvdets råd fra 1945, og vel så det. Bjerkomps status var formelt slik at han nesten kunne sees på som sideordnet med Evang, og som uttrykk for at Direktoratet var delt. Harlem utfordret endog Evang ved å *si* det: Det kunne bli aktuelt å flytte Direktoratet ut og la ekspedisjonssjefen få bli igjen i Departementet, men han nølte nå. Han husket den gamle ordningen og syntes heller ikke den var god.²³⁹

Bjerkomp fikk, som naturlig var for en ekspedisjonssjef, delta i møtene med statsråden, men kom aldri til å utfordre Evang ved å forsøke å innta en sideordnet posisjon. Den vennlige, diplomatiske og svært forsiktige Bjerkomp lot seg gjøre til en slags lovråd, ja, også en slags økonomiråd, for Evang. Evang kom også snart til å bruke ham meget aktivt, så aktivt at forholdet til byråsjefene ble mer distansert. Paradoksalt nok kom slik opprettelsen av ekspedisjonssjefembedet mer til å svekke enn styrke juristene, og ”byråkratene” generelt, i Direktoratet, iallfall slik de siste så det.²⁴⁰ Men for Evang ble Bjerkomp en nyttigere mann enn han hadde tenkt han ville bli. Evang fortsatte dog å irritere seg over at Bjerkomp hadde fått ”den misvisende tittel av ekspedisjonssjef”. ”Det ville”, mente han fem år etter utnevnelsen, ”være en fordel om dette kunne rettes opp i nogenlunde nær fremtid”.²⁴¹

Som ung medisinerstudent og sosialist hadde Gudmund Harlem nesten ukritisk sett opp til Evang. I kullboken fikk han denne devise: ”Evang var midlet, Evang var målet – alltid det samme gnålet”.²⁴² Han fulgte med Evang under flukten nordover, skjønt ikke til England, og Evang gav ham under krigen signaler om at han var ønsket i Helsedirektoratet etter krigen. Det gikk altså med Harlem som det under krigen var gått med flere andre av Evangs jevngamle legevenner fra Socialistiske Lægers Forening – som var blitt hans underordnede: De reagerte på hans kommanderende stil. Harlem

238) Bjerkomp ble først ansatt i Helsedirektoratet i 1946, som sekretær I. Bjerkomp var født i 1907 og var cand. jur. fra 1940.

239) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 206, med note 37.

240) Disse betraktninger bygger på samtaler med flere som arbeidet i Direktoratet på denne tiden, men spesielt på en samtale med Egil Danielsen 6.1.2009. Statsviteren Danielsen begynte i Direktoratet første gang i 1958, som saksbehandler, og etter engasjementer i Lønns- og prisdepartementet og Rasjonaliseringsdirektoratet kom han tilbake til Direktoratet som byråsjef (Sykehuskontoret) i 1971.

241) Karl Evang, ”Noen administrative problemer i Norge idag belyst ved eksempler fra helsesektoren”, *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1961, s. 81-111; sitatet er fra s. 109.

242) Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986*, Oslo: Gyldendal, 1997, s. 20.

reagerte også på Evangs sterke sektororientering. Han var mye mindre av en medikrat enn sin indirekte læremester.

Som Evangs overordnede ville det dessuten nå for Harlem vært direkte ydmykende å la seg dominere av Evang. Han tok derfor igjen, på sin samtidig bestemte og vennlige måte. De tidligere statsråder hadde ikke kunnet hamle opp med Evang. Oftedal var svekket etter krigsfangenskapet og ville helst ut av politikken. Evang bidro nok til det siste. Den unge Direktørens voldsomme energi og virketrang bragte Oftedal på defensiven. Det var ubehagelig å merke Evangs kritikk for at han i budsjettssammenheng ikke slåss nok for helsevesenet, og av og til kunne han be Evang dempe seg.²⁴³ Allikevel kan man knapt si at forholdet mellom dem var dårlig.

Trond Nordby forteller at da Oftedal døde meldte Evang sin statsrådsinteresse for statsminister Einar Gerhardsen (1897-1987). Gerhardsen ble forskrekket over en slik demonstrasjon av personlige ambisjoner, og valgte istedenfor juristen Aaslaug Aasland. Hun var forberedt som konsultativ statsråd siden 1945 i Sosialdepartementet. Da Oftedal døde, og hun fikk overta Sosialdepartementet, var det først som ”bestyrer”; statsråd ble hun i 1951. Det var ennå ikke helt akseptert å ha en kvinne som statsråd. Aasland var, som Oftedal, ingen maktpolitiker, og i en tid da økonomisk og næringsmessig gjenoppbygging tok det meste av oppmerksomheten, var det vanskelig for henne å vinne frem med helsevesenets behov. Hun kom snart på defensiven. Evang var skuffet og viste det. Han gjorde knapt noe for å styrke hennes posisjon og selvtillit. Han tok seg til rette, innen de rammer han hadde. Aaslaug Aasland gikk av i 1953, kanskje etter eget ønske. Hun var da 63 og hennes kapasitet var redusert både av helsemessige grunner, hun var sterkt plaget av leddgikt, og av politisk svekkelse.²⁴⁴

Aaslands etterfølger, Rakel Seweriin (1906-1995), som hadde tatt artium og var blitt stortingsreferent, og var gift med en radikal lege, Alf Seweriin (1909-1961)²⁴⁵, fikk enda mindre til enn Aasland, og gav siden uttrykk for det selv. Hun hadde nølt med å ta på seg statsrådsvervet og kom aldri til å trives som statsråd.²⁴⁶ Helt umulig ble det da Gerhardsen igjen overtok etter

243) Kfr. Nordby, s. 166.

244) Den sterke LO-lederen på den tiden, Konrad Nordahl, gav uttrykk for at ”var det noen som burde skiftes ut så var det henne”. Kfr. K. Nordahl, *Dagbøker*, bind 1, 1950-1955, Oslo: Tiden, 1991, s. 105. Her sitert etter Hans Olav Lahlum, *Oscar Torp. En politisk biografi*, Oslo: Cappelen, 2007, s. 318. Lahlum opplyser (samme sted) også at Haakon Lie, i samtale med ham, har bekreftet at Aaslaug Aasland ble sett på som en svak statsråd.

245) Seweriin kom fra en arbeiderfamilie og ble som medisinerstudent tiltrukket av det sosialistiske legemiljøet. Han var redaktør av *Sosialistisk Medisinsk Tidsskrift* 1939-1940 og etter krigen (1946-1947) formann i Sosialistiske Lægers Forening. Han flyktet til England under krigen og ble sent i 1942 sekretær i Evangs medisinaldirektorat i London. Han satt i stillingen til april 1945 og fortsatte så i Helsedirektoratet frem til utpå nyåret 1946. Han ble gift med Rakel Solberg i 1936. Han var hennes annen mann; den første var journalisten og forfatteren, den tidligere Mot Dag-mann, Ernst Sørensen (1903-1972).

246) Kfr. Lahlum, *op. cit.*, s. 317. Lahlum baserer seg på protokoll fra landsstyremøtet 27.10.1953 og på Seweriins notater fra samme møte. Disse notater finnes i Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek, Seweriins personarkiv. Selv om Rakel Seweriin hadde nølt med å si ja til Torp, rivaliserte hun med sin forgjenger. Aaslaug Aasland fulgte også sin etterfølger nøye og gav, to år etter etterfølgerens tiltredelse, overfor Konrad Nordahl uttrykk for at Rakel Seweriin var ”en kvinne av halve sannheter”.

Torp i 1955. Gerhardsen og Seweriin hadde et kjølig forhold til hverandre.²⁴⁷ Aasland var varm og omsorgsfull, Seweriin kaldere og spissere; de mislyktes langt på vei begge to. Seweriin stod svakt i Regjeringen, og ble nedad helt overkjørt av den alltid like godt forberedte og offensivt argumenterende Evang.²⁴⁸ Det hemmet ikke Evang at han siden før krigen hadde hatt et godt forhold til Statsråden og hennes mann.²⁴⁹



2. august 1955: Rakel Seweriin, 49 år, går av som sosialminister og etterfølges av Gudmund Harlem. Seweriin hadde sittet to år som minister i Oscar Torps regjering, men Einar Gerhardsen, som nå for tredje gang ble statsminister ville ha "sin egen" mann i Sosialdepartementet. Det ble den da bare 38 år gamle legen. Harlem satt som sosialminister til 1961, da han ble forsvarsminister. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

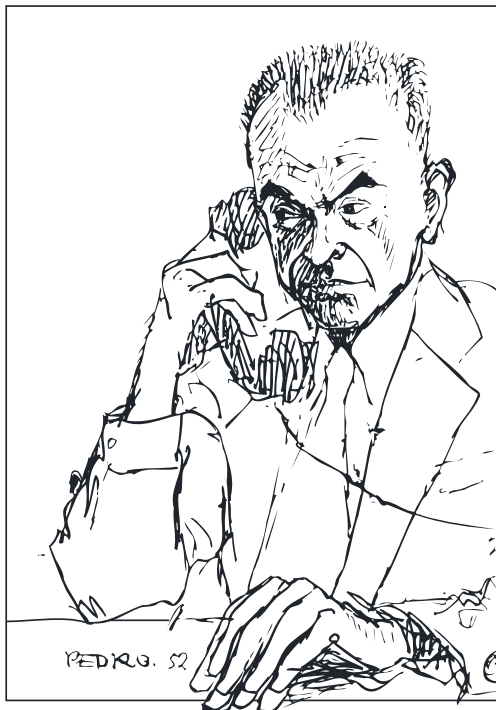
Harlem ble en større utfordring for Evang. Evang trengte en mann som Harlem for å nå frem oppover, men samtidig ble Harlem en utfordring i politikkkutformingen: Han, Evangs gamle elev og disippel, ville være sjef. Statsministeren var blitt bekymret for helse- og sosialpolitikken, etter en

247) Etter lang tids press gav Oscar Torp på nyåret 1955 etter og bad om avløsning som statsminister. Formelt startet det ved at Torp på sentralstyremøtet i Arbeiderpartiet 4. januar 1955 bad om å få bli løst fra vervet som statsminister. Torp hadde neppe ønsket å gå av, men hadde ikke lenger noe valg. Einar Gerhardsen *ville* tilbake som statsminister igjen. Sentralstyret innvilget enstemmig Torps ønske om å få gå av, men Rakel Seweriin, med støtte fra tre andre, krevde å få protokollført at hun fant statsministerskiftet unødvendig. Etter oppfordring fra Torp eller finansminister Trygve Bratteli frafalt de fire å få inn protokolltilførselen. Kfr. Hans Olav Lahlum, *Oscar Torp. En politisk biografi*, Oslo: Cappelen, 2007, s. 343. Rakel Seweriin skal ha ment at Einar Gerhardsen via andre, iallfall fra høsten 1954, skal ha arbeidet for å få bort Torp som statsminister. Kfr. Lahlum, s. 348. Kfr. også Finn Olstad, *Einar Gerhardsen. En politisk biografi*, Oslo: Universitetsforlaget, 1999, s. 298-299.

248) Kfr. Nordby, s. 208. Nordby har intervjuet så vel Seweriin som Harlem.

249) Forholdet fortsatte å være godt også etter at Rakel Seweriin var gått av som statsråd, går det frem av erindringerne til deres felles venn, Trygve Bull. Kfr. Trygve Bull, *På tvert*, Oslo: Cappelen, 1983, s. 34.

serie med svake ministre, og ønsket nå sterkere styring. Han tok sin nære venn, endog turkamerat, Gudmund Harlem, som han visste var pragmatisk og resultatorientert som han selv, og som han også kjente som en dyktig administrator. At han var lege gjorde ham bare enda mer nyttig, ikke minst i håndteringen av Evang, en person som ikke passet Gerhardsen godt. Harlem var oppmerksom på Evangs strategiske egenskaper og på de ukentlige møter (torsdager) han hadde med Evang, Bjørnsson og Bjerkomp, var han alltid både godt forberedt og ekstra observant. ”Jeg måtte være så på vakt for ikke å bli lur”, fortalte Harlem senere til en kollega. Harlem fortsatte overfor kollegaen: ”og jeg vennet meg til å se på Bjørnssons håndbevegelser for å finne ut av det”. Så la han til: ”Jeg drakk aldri kvelden før de møtene!”²⁵⁰ Evangs forhold til sin gamle beundrer, forble anstrengt.²⁵¹



Helsedirektøren runder 50.
Her i Pedros uforlignelige strek.
Gjengitt med tillatelse fra VG.

Evang hadde store planer da han tok fatt etter krigen. Han følte at han ble stanset av de tre første statsråder fordi de var for puslete. Så snudde det. Han fikk en sterk statsråd, Harlem, og til dels flere forholdsvis sterke statsråder, først Olav Bruvik (1961), så en kort tid Aase Bjerkholt (1963) (f. 1915) og deretter Olav Gjærevoll (1963) (1916-1994) (avbrutt av det borgelige mellomspill høsten 1963, med Kjell Bondevik (1901-1983)), og ble slik passet mer

250) Kjell Bjartveit, ”De 15 første årene – 40 år i den offentlige helseforvaltning”, kåseri holdt ved fylkeslegemøte, Statens helsetilsyn, Soria Moria, 26.11.1997, s. 6. Privat manuskript. Harlem fortalte dette til Bjartveit da de mange år etterat Harlem var gått av som statsråd satt sammen i et utvalg.

251) I intervju med Maren Skaset forteller Anders Chr. Gokstad at Evang, etter at Harlem var gått av, hadde betrodd ham at ”det (forholdet til Harlem) hadde vært vanskelig”. Kfr. Skaset, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (doktoravhandling), 2006, s. 52.

på. Det bidro til den politiske påpassing at den energiske, og politisk godt skolerte og bevisste, Bjørn Skau (f. 1929) satt som disse statsråders statssekretær.²⁵² Skau hadde forøvrig begynt i Sosialdepartementet som politisk sekretær allerede i 1959.

Evang fikk et godt forhold til Egil Aarvik (Kr.F.) (1965) (1912-1990), og fikk Aarvik med på mer i sykehuspolitikken enn ”godt” var, slik Finansdepartements embedsmenn så det, og slik snart også de sentrale politikere skulle komme til å se det. Den beskjedent utdannede, legmannskristne emissær og meget vennlige og omgjengelige Aarvik, ble både imponert og charmert av den rasjonalistiske akademiker Evang. I sine erindringer skriver han at Evang ”hadde en helt spesiell evne til klar og eksakt saksfremstilling. Hans veltalenhet var overveldende i den grad at han kunne kverve syn.” Han legger til: ”Som leder i Helsedirektoratet var han både avholdt og beundret. Jeg delte fullt ut beundringen og kom etter hvert også til å like mannen”.²⁵³

Kanskje forstod også Evang Aarvik bedre enn mange hadde trodd han ville gjøre? Evang var dattersønn av Nidaros-biskop Vilhelm Wexelsen (1849-1909), hadde stått sin fromme, men liberale, mor, Anna Beate, nær og hadde beholdt en liberal kristentro til et stykke ut i medisinerstudiet.²⁵⁴ Da Aarvik ble utnevnt, sørget Evang for å kjøpe inn Aarviks bøker og sende dem rundt i Direktoratet. En av dem hadde tittelen ”Vi gjemmer oss på bedehuset”. –Jeg må vite hvordan vår statsråd tenker, sa Evang.²⁵⁵ Han ville forberede både seg selv og sine medarbeidere.²⁵⁶ Forholdet til den borgerlige regjering ble allikevel noe anstrengt. Aarviks statssekretær til 1968, Kåre Kristiansen (1920-2005), var svært opptatt av å bruke embedsverket som et politisk redskap.²⁵⁷ Det ble vanskelig, ikke bare fordi Evang ville drive helsepolitikk selv, men også fordi Direktoratets dobbeltrolle gjorde at det formelt var vanskeligere å styre politisk. Kristiansen ble etterfulgt av Per Høybråten (1932-1990) i 1968, uten at det hjalp på departementsledelsens forhold til Evang. Også Høybråten var en styringsbevisst og ideologisk tydelig politiker, og, som Evang, ikke uten temperament.

Etter at Evang var gått av ble det også for almenheten tydelig at forholdet til statssekretærene hadde vært anstrengt. Evang kom i 1973 i en skarp offentlig polemikk med Høybråten. Polemikken fortsatte for så vidt med den nye

252) Bjørn Skau var aktiv i AUF, blant annet som nestformann (1952-58), og siden sykehussjef i Buskerud fra 1978 til 1986 og deretter direktør for Sentralsykehuset i Buskerud til 1993. I 1981 var han justisminister i Gro Harlem Brundtlands første regjering.

253) Egil Aarvik, *Smil i alvor. Fragmenter av et liv*, Oslo: Gyldendal, 1985, s. 140.

254) Morfaren, som i 1906 kronet kong Haakon og dronning Maud, var grundtvigianer. Slik sett var det ikke så underlig at Evang var tilsluttet den mest liberale kristne studenterforening, Norges Kristelige Studentforbund. Morfarens søster, Marie Wexelsen (1832-1911), skrev i 1859 julesalmen Jeg er så glad hver julekveld. Mormoren, bispinnen, Anna Beate Wexelsen (1874-1942), var prestedatter. Deres dattersønn, Karl Evang, gav gradvis opp sin barnetro, men meldte seg først ut av statskriken i 1934. Evangs mor, Anna Beate, hadde arvet farens og morens liberale kristentro, og hans tilknytning til Venstre (både stortingsmann og statsråd), mens faren, Jens Ingolf, som var jurist, sakfører, byråkrat og til slutt ble byråsjef, var ateist. Kfr. Nordby, *op.cit.*, s. 24. Etterat Evang hadde vendt kristendommen ryggen beholdt han en tydelig skepsis både til kristendom og kristne. Han fikk kristne medarbeidere i Direktoratet, men de merket at han var skeptisk til dem.

255) Fortalt av Kjell Bjartveit 7.11.2008. Hendelsen er omtalt også i Bjartveits kåseri, *op. cit.*, s. 6.

256) Kåre Olav Solhjell, *Tro og makt – Kristeleg Folkepartis historie 1933-2008*, Oslo: Det Norske Samlaget, 2008, s. 215.

257) Samtale med Stein Kåre Kristiansen (f. 1951), Kåre Kristiansens sønn, 31.10.2008.

helsedirektør, Torbjørn Mork. Høybråten, som Kristiansen, ville dele Direktoratet; ja, det ville egentlig også Aarvik – omenn ikke så lenge Evang satt.

Evang fikk et også et litt krevende forhold til sin siste statsråd, LO-mannen, Odd Højdahl (1921-1994) (A). Højdahl var mer økonomisk forsiktig enn Aarvik hadde vært, men kunne også fatte beslutninger litt brått, uten at han hadde hatt tid til eller interesse av, å høre de faglige argumenter for de ulike løsninger. Etter er møte hvor Højdahl, litt kjapt, hadde fattet en ”sjefsbeslutning” i et spørsmål som nok krevde noe mer sakkunnskap enn statsråden hadde, bemerket Evang overfor den tilstedeværende medarbeider fra Direktoratet: ”Dette er helseplanlegging på et høyt nivå”.²⁵⁸

Med årene ble Evang mer forsiktig oppover. Han var blitt satt på plass noen ganger og opptrådte etterhvert mer embedsmannsaktig. Han kom derfor knapt med vurderinger av statsrådene overfor sine medarbeidere. Hvis han gjorde det, var det på underfundige og humoristiske måter, som sitatet ovenfor er et eksempel på. Det bør legges til at Evang var nøye med ikke å gå utover sin embedsmannsrolle. Han gjorde sine synspunkter gjeldende overfor statsrådene, men var, iallfall langt på vei, lojal overfor dem og de beslutninger de hadde fattet. Libertas skal i femtiårene ha fulgt ham med argusøyne, men uten å kunne finne noe å ”arrestere” ham for.²⁵⁹ I spørsmål som gjaldt politikk mer alment, kunne han dog gjerne utfordre de regjeringer han var satt til å tjene. Spesielt gjaldt dette utenrikspolitiske spørsmål, først NATO-politikken og siden EEC/EF-spørsmålet. Han gikk også sterkt ut mot Regjeringens forslag om å opprette et universitet i Tromsø, et forslag kirke- og undervisningsminister Kjell Bondevik stod bak og var svært opptatt av. Evangs reaksjoner i denne sammenheng var nok noe dristige, for såvidt som de ikke minst gjaldt tanken om å la det nye universitet få et medisinsk fakultet. Ja, dette fakultetet var en særlig viktig begrunnelse for å opprette universitetet i nord. Det skulle være et tiltak for å bedre legerekutteringen til Nord-Norge. Statsråd Bondevik hadde også selv, meget bevisst, valgt ut den person som skulle lede forberedelsen av universitetsoppsettelsen i nord, nemlig den allerede godt kjente indremedisineren Peter F. Hjort. Innad i Direktoratet fnøs Evang både av forslaget og av utnevnelsen av Hjort – ”han der Hjort”, som Evang av og til omtalte ham.²⁶⁰ Evang kunne av og til omtale det nye universitet i nord som ”dette akademiske koksverk”.²⁶¹ Han visste ikke da at han, ”på ettertid”, skulle få et engasjement som gjesteprofessor der.

I tabell 4.1. har vi gitt en oversikt over regjeringene og sosialministrene i Evangs tjenestetid som helsedirektør. Ministrene som virket i Norge under okkupasjonen er ikke tatt med. Som nevnt lå medisinalforvaltningen meste-parten av tiden under okkupasjonen under Innenriksdepartementet.

258) Opplyst av daværende overlege i sykehuskontoret, Sverre Harvei. Intervju 22.10.2008.

259) Opplysning gitt av Anders Evang i samtale den 27.10.2008.

260) Opplyst av Kjell Bjartveit, 6.11.2008.

261) *Ibid.*

Tabell 4.1: Norske sosialministre i Karl Evangs tid som helsedirektør, 1938-1972.

Regjer.	Partigr.-lag	Regj.tid	Sosial- minister	Minist.- tid	Minister- utdan.	Minister- fødested	Minister- levetid
Johan Nygaardsvold	A (mindretall/delv. koal. u. krigen)	1935-45	Oscar Torp Sverre Støstad	1936-39 1939-45	Håndv. Arbeider	Skjeberg Steinkjer	1893-1958 1887-1959
Einar Gerhardsen I	A, H, V, B, NKP	1945	Sven Oftedal	1945	C. m.	Stavang.	1905-48
E. G. II	A	1945-51	S. Oftedal Aaslaug Aasland	1945-48 1948-51	C. j.	Sandnes	1890-62
Oscar Torp	A	1951-55	A. Aasland Rakel Seweriin	1951-53 1953-55	Ex. Art.	Hoff	1906-95
E. G. III (mindret. fra 1961)	A	1955-63	Gudmund Harlem Olav Bruvik Aase Bjerkholt Olav Gjærevoll	1955-61 1961-62 1963 1963	C. m. Tekn. inst. Handels- skole C. real./ dr.philos.	Oslo Haus Oslo Tynset	1917-88 1913-62 1915- 1916-94
John Lyng (H)	H, Sp, V, Kr.F. (m.tall)	1963	Kjell Bondevik (Kr.F.)	1963	C. philol.	Leikanger	1901-83
E. G. IV	A (m.tall)	1963-65	O. Gjærev.	1963-65			
Per Borten	Sp, H, V, Kr.F. (flert.)	1965-71	Egil Aarvik (Kr.F.)	1965-71	Ungd.sk.	Børsa	1912-90
Trygve Bratteli I	A (m.tall)	1971-72	Odd Højdahl	1971-72	Jur. studier	Oslo	1921-94

Selv om Evang fikk mindre spillerom etter hvert, klarte ingen statsråd å føre tankene om deling av Direktoratet, og dermed fjernelse av Evang fra direkte tilgang til den øverste makt, frem til virkeliggjørelse. Innad og nedad stod Evang for sterkt. En del statsråder kunne stagge ham når han ville "diktere" dem. De kunne imidlertid sjelden diktere ham. Ingen av dem kunne måle seg med ham i intellektuell styrke og personlig "trykk", heller ikke Harlem. Arbeiderpartiet, hans parti, ja, det politiske miljø alment, ville derfor vente til Evang gikk av. Der kom signaler underveis om å oppheve Direktoratets og Helsedirektørens heisstatus, blant annet, som vi skal komme tilbake til, fra Forvaltningskomiteen (1970), men intet skjedde.

Medikratisert sett skal den medisinske ledelse i en stor og voksende organisasjon være kollegial, altså kollektiv. Vi har sett at de ledende medisinske ledere fra Kierulf og frem til mellomkrigstidens medisinaldirektører stod på

denne linje. På ett vis gjorde også Evang det. Han talte stadig om ”team-work” og gjennom sin legeledergruppe skapte han en slags kollegial ledelse, en legeledelse. Selve organisasjonen endret han ikke så meget; ja, han endret den påfallende lite. Som vi allerede har påpekt, førte Evang i hovedsak videre den helseavdeling Østrem hadde samlet og laget under krigen. Han fjernet Befolkningsskontoret, men beholdt de øvrige kontorer. Østrem fagliggjorde i noen grad lederstillingene. Det arbeidet fortsatte Evang, men markerte det tydeligere enn Østrem hadde gjort. Han gav de medisinske ledere tittelen overlege, som Holmboe i sin tid hadde gjort med de to sinnssyke- og tuberkuloselederne, og til dels som Heitmann hadde gjort da han fikk disse tilbake, dog bare som inspektører. Ja, de ble ikke bare overleger, de ble, som vi har nevnt, ”Statens overlege *for* hygiene,” etc. Gjennom dette tillegget ble stillingenes faglige uavhengighet understreket.



Helsedirektør Karl Evang, 44 år (mars 1947). Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Men Evang måtte gå skrittvis frem. Det viste seg ved at han ikke fikk inn flere overleger i starten enn Østrem hadde hatt medisinske kontorsjefer, nemlig tre (av åtte i Evangs tilfelle, av syv i Østrems tilfelle). Evang lot den nå nokså tilårskomne, men erfarne og dyktige ”medisinaljurist”,²⁶² Olaf Lundamo (ansatt 1922), få fortsette som sjef for Legekontoret, selv om Medisinalråden, Evangs nestkommanderende, i stor grad kunne fungere også som en slags overlege for kontoret. Men med Medisinalråden, nestlederstillingen han fikk opprettet i 1946, kunne Evang starte med en legeledelse på fem, seg selv innbefattet. I 1961 kom så en lege inn som overlege og sjef for Legekontoret, nemlig Terje Due Strand (1920-1986). Året etter skjedde det samme i Sykehuskontoret og inn kom Tryggve Hauan (1909-2003); han ble imidlertid bare overlege, ikke Statens overlege for sykehus-

262) Kfr. Fredrik Mellbye, *Slit med helsa*, Oslo: Gyldendal, 1989, s. 157.

vesenet: En ny tid var i emning. Byråsjefene, juristen Thomas Amlie (f. 1895), som var utnevnt i 1953, og ikkeakademikeren Karl Berntzen, ”Lille-Ka’l” (f. 1904), som var konstituert i 1946, ble slik dyttet ned et hakk i sine kontorer. Evang hadde fra da av og i sine siste ti år som helsedirektør en syvhodet legeledelse; kfr. tabell 4.2.

Tabell 4.2: Legelederguppen i Helsedirektoratet, 1945-1972

Embede	Innehaver/ periode	Liv
Helsedirektør	Karl Evang 1938-1972	1902-1981
Medisinalråd	Jonn Caspersen 1946-1950 Jon Bjørnsson 1950-1977	1907-1969 1909-1987
Overlege, Legekontoret	Terje Due Strand 1961-1972	1920-1986
Overlege, Hygienektr.	Jon Bjørnsson 1946-1950 Fredrik Mellbye 1950-1972	1909-1987 1917-2003
Overlege, Ktr. for psykiatri	Wilhelm Hoffmann 1946-1948 Christofer Lohne-Knudsen* 1948-1974	1902-1955 1908-1985
Overlege, Tub.ktr./Ktr. for sosialmedisin	Otto Galtung (Hansen)* 1946-1974	1904-1981
Overlege, Sykehuskontoret	Tryggve Hauan 1962-1970 Sverre Harvei 1970-1973	1909-2003 1933-

Kilder: Norges statskalender; Norges Leger (1986).

*CL-K satte inn bindestreken i navnet sitt i 1974. Han fortsatte å arbeide i Direktoratet til 1976, men da ikke som overlege. Galtung tok bort Hansen i 1966.

I sitt notat fra slutten av krigen hadde Evang tenkt seg en adskillig mer omfattende fagledelse, med overleger for sinnssykevesenet, turberkulosevesenet og venerologitjenesten og inspektører for det offentlige legevesen, sykehusvesenet, folkeernæringen, skolelegevesenet, tannlegevesenet (en tannlege) og sykepleien, helsesøstertjenesten iberegnet (en sykepleierske). Hvis Direktoratet også fikk ansvaret for idretts- og friluftsvesenet, kunne enda en fagstilling komme på tale.²⁶³ Han fikk det altså ikke helt som han ville, heller ikke slik.

Denne legegruppen, supplert med de andre leger i Direktoratet, møttes som regel til lunch klokken 11, og holdt på til 11.30, av og til noe lenger. Her ble matpakkene spist. Deltagerne hadde med teposer. Evangs (evige) sekretær, frøken (Ambjørg) Foshaug,²⁶⁴ stod klar med vannkjelen. Lunchene fant sted på Evangs kontor; deltagerne satt rundt hans konferansebord. Evang residerte ved bordenden. Når han var borte, hvilken han ofte var, satt Bjørnsson på hans plass. Lunchsammenskomstene ble en slags fagmøter. Evang tok straks ordet, når han var tilstede, og beholdt det som regel. Bjørnsson kunne komme inn med noen skarpsindige kommentarer, avlevert på dvelende stavangersk. Også Mellbye kunne av og til smette inn, med noen stakkato

²⁶³) Kfr. Evangs *Utkast til en plan...*, *op.cit.*, del 2, s. 3-4.

²⁶⁴) Frk. Foshaug, hun ble bare kalt det, hadde vært Evangs sekretær lenge, men vi har ikke funnet ut når hun begynte. Hun var en ”institusjon” i Helsedirektoratet.

formulerte underfundigheter. De øvrige forholdt seg som regel tause. De lyttet til sjefens orienteringer om hva han hadde foretatt seg siste døgn og om tanker og planer han hadde. Undertiden kom han inn på ”gamle dager, og spesielt krigen. Da kunne lunchene trekke endel ut.”²⁶⁵

Disse lunchene utgjorde en fagpedagogisk institusjon. Evang lærte her opp sine medarbeidere, og det var meget å lære. Selv om det slik ble mye opplæring, ble lunchene aldri kjedelige. Medarbeiderne lyttet, lærte – og ble fascinert. Med sin skarpe, nesten metalliske stemme, sin stringente, godt poengterte, fremstillingsmåte, og sin intense tilstedeværelse, grep han sine tilhørere og medarbeidere på en slik måte at de aldri skulle glemme det. ”Seansene” hadde slik også en annen funksjon: De skapte, vedlikeholdt og bygget kultur. De gamle ledere var der og forble der, og var selv kultur-bærere. De yngre skulle ofte videre, i det offentlige legevæsen, men ble gjennom de oppdragende luncher kulturelt endel av den evangiske orden. Endelig hadde, selvsagt, lunchene en tredje viktig funksjon: De bekreftet og forsterket Evangs autoritet. De fungerte nesten som de ”imponeringsløp” sjefshannen i mange dyreflokker hver morgen gjennomfører – for å markere og reetablere hierarkiet.

Men overfor én person virket ikke imponeringsløpet. Den eldste av Evangs overleger, Otto Galtung (Hansen), den eneste av dem han hadde samarbeidet med siden tredveårene, og den eneste som stod, eller hadde stått, ham forholdsvis nær politisk, fikk etterhvert nok. Den mest temperamentsfulle av Evangs ”kardinaler” holdt seg etterhvert borte fra telunchene. Til en av sine medarbeidere på Tuberkulosekontoret, Kjell Bjartveit, uttalte han: ”Jeg orker ikke å sitte inne og høre på disse kamintalene hans!”²⁶⁶ Betegnelsen Galtung brukte henviser til de taler, ”fireside chats”, president Franklin D. Roosevelt (1882-1945), foran kaminen (peisen) i det ovale kontor, holdt til det amerikanske folk. Galtung ble etter hvert som en vantro på et vekkelsesmøte: Han ble stående utenfor fortryllesen, og undret seg over at andre lot seg rive med.

Bjartveit hadde begynt i Direktoratet i 1957, men allerede fra slutten av førtiårene var Galtungs forhold til Evang blitt distansert, skjønt de beholdt begge respekten for hverandre. For Galtung hadde imidlertid Evang for godt tapt evnen til å imponere og fortrylle, og endog skremme. Galtung var en utpreget fagmann, en mann som gikk i dybden, og lenge veide for og imot før han bestemte seg. Han kunne ”alt” som var å kunne om tuberkulose og styrte tuberkuloseomsorgen med en fast hånd. Han reagerte på Evangs tendens til å popularisere, og til å uttale seg faglig både om dette og hint. Denne reaksjonen var ikke uproblematisk for medikraten Evang, for han baserte jo nettopp sin autoritet på faglig grunnlag.

Evang brukte altså legelunchene også som imponeringsløp. Samtidig var lunchene en slags institusjonelle imponeringsløp: Møtene representerte

265) Vi baserer oss her på Kjell Bjartveits kåseri, *op. cit.*, s. 7, på samtaler med Bjørn Jøldal 15.10.2008, Sverre Harvei 22.10.2008 og Kjell Bjartveit 7.11.2008 og på Trond Nordbys Evang-biografi, *op. cit.*, s. 163.

266) Opplyst av Kjell Bjartveit i samtale 7.11.2008.

legenes imponeringsløp i forhold til resten av staben, men mest utfordrende gjorde de det i forhold til juristene. De representerte jo den andre store faggruppen. Men også overfor farmasøyter og tannleger virket naturligvis legelunchene status- og autoritetsunderstrekende. De markerte at der var noe nesten føydalt over Direktoratet. Vi skal komme tilbake til det.

De andre begynte etterhvert å reagere på de eksklusive lunchmøtene. Tidens atmosfære endret seg og slo inn i Direktoratet. Evang hadde gode antenner og registrerte det, og tilpasset seg. I løpet av høsten 1961 eller våren 1962, gjorde han lunchmøtene om til tverrfaglige luncher. Nå ble alle invitert til de ”oppdragende” luncher, og hver ble invitert en bestemt dag. Faggruppene ble blandet. Men møteformen endret seg ikke så meget, og Galtung lot seg stadig ikke friste til å komme.



Jon Bjørnsson, medisinal-
råd fra 1950 til 1977, ved sitt
alltid ryddige skrivebord.
Bildet er tatt 11. mai 1960.
Bjørnsson var da 51 år.
Foto: Arbeiderbevegelsens
arkiv og bibliotek.

I tillegg til lunchmøtene var der mer formelle ledermøter. Her møtte overlegene, byråsjefene og selvsagt den medisinske og juridiske direktoratsledelse. Møtene fant sted fredag morgen fra 9 til 10. Evang orienterte selv først om hva som var skjedd og skulle skje. Spesielt brukte han tid på å redegjøre for de torsdagsmøter han, sammen med Jon Bjørnsson og Kaare Bjerkomp, senere Knut Munch-Søegaard (1923-2008), hadde hatt med Statsråden (og Statssekretæren). Etterpå lot han ordet gå rundt bordet og hvert kontor redegjorde for ting som kunne ha mer almen interesse. Evang kunne kommentere redegjørelsene, og der kunne undertiden være korte meningsutvekslinger. Fredagsmøtene var nærmere knyttet til beslutningsprosessene enn lunchmøtene, men heller ikke disse møter var formelle beslutningsmøter. De var først og fremst orienteringsmøter. De formelle

beslutningstagere, eller formelle beslutningsinnstillere (overfor departementsledelsen), var jo enkeltpersoner, enten Evang selv, eventuelt etter konsultasjon med de aktuelle medarbeidere, eller de enkelte kontorledere.

Fra tid til annen ble der holdt almannamøter. Når noen, det var alltid leger, hadde hatt et studieopphold i utlandet, fikk de en time til å redegjøre for det for resten av staben.

Omgangstonen i Direktoratet var under Evang lenge nokså formell, men i løpet av sekstiårene forsvant De-formen. Dog ble stort sett etternavn brukt. Når kolleger omtalte hverandre utad ble tittel brukt. Også tiltaleformen reflekterte imidlertid maktforholdene. Legelederne brukte etterhvert fornavn til hverandre.

Evang ledet på en svært tydelig og stram måte, men gav samtidig sine fagledere stor frihet innen de rammer han hadde trukket opp. Det fulgte av hans fagstyresyn: Hvis faglig innsikt skulle legges til grunn, måtte de faglige ledere selv ha vid beslutningsmyndighet. De enkelte kontorledere ble slik også en slags nasjonale fagledere. De kom således også til å få lov til å synes innen sine institusjonelle sfærer: Christofer Lohne-Knudsen innen psykiatrien, Otto Galtung (Hansen) innen tuberkuloseomsorgen, Fredrik Mellbye innen hygienearbeidet, og noe senere Terje Due Strand innenfor legeprofesjonen spesielt, men også innen helsepersonellsektoren mer alment, og Tryggve Hauan og Sverre Harvei (f. 1933) innen sykehusvesenet. Som Evang gav sine fagledere stor fagstyrefrihet, gav også faglederne de fagutøvende ledd ute i helsevesenet betydelig faglig frihet. Også det fulgte av ideen om fagstyre.

Medisinalråd Bjørnsson kunne, som Evang, uttale seg mer generelt på vegne av Direktoratet, men gjorde det alltid på en langt forsiktigere måte enn Evang.

Overlegene var også kontorledere, men fikk altså fagtitler, titler som markerte deres uavhengighet og hva som var det viktigste grunnlag for deres autoritet. Mot slutten av Evangs epoke kunne også de andre faglederne bruke fagtitler: overapoteker og overtannlege. Det reflekterte profesjonsdemokratiseringen. Denne demokratiseringen strakte seg dog ikke så langt som til sykepleien. Der kom ikke noen oversykepleier(ske) under Evang, forsåvidt heller ikke under Mork. De øvrige kontorledere fikk byråkratiske, og linjepregede, titler, altså titler som byråsjef eller kontorsjef, siden også underdirektør.

Overlegenes spesielle posisjon ble også understreket ved at de var høyere gasjert enn byråsjefene: I 1972 var deres årsgasje på 82 580 kroner, mot byråsjefenes 62 840; overlegene tjente altså nesten en tredjedel (31,4 pst.) mer enn byråsjefene. I virkeligheten lå de enda høyere over byråsjefene, siden de som regel hadde inntektsgivende arbeid ved siden av å være direktoratsoverleger. Evang selv hadde en gasje på 95 960 kroner, mens medisinalråden fikk 89 030. Direktører i staten var normalt lønnet som ekspedisjonssjefer, med 85 460 kroner i året.

Som det fremgår av tabell 4.2 ble Evangs overlegegruppe, hans ”public health team”, etter hvert en stabil gruppe. Wilhelm Hoffmann i Psykiatrikontoret forlot ham allerede i 1948 og hans medarbeider fra før krigen, og hans første medisinalråd og stedfortreder, Jonn Caspersen, ”sviktet” ham i 1950; den første for å bli overlege på Gaustad, den annen for å bli sjef på Rikshospitalet. Tapet av Caspersen var følbart. De to andre i den opprinnelige legegruppen, Jon Bjørnsson og Otto Galtung (Hansen), forble lojale. Snart kom to nye til, som også skulle forbli lojale, Christofer Lohne-Knudsen (1948) og Fredrik Mellbye (1950). Disse fem, Evang, Bjørnsson, Galtung (Hansen), Lohne-Knudsen og Mellbye utgjorde altså den stabile, medisinske ledelse i mesteparten av Evangs direktørtid etter krigen. Som vi ser var de også nokså jevngamle. De var alle, bortsett fra Mellbye, født i århundrets første tiår – og døde, igjen bortsett fra Mellbye, i århundrets åttende tiår.



Fredrik Mellbye, overlege for hygiene fra 1950 til 1972, så stadsfysikus i Oslo til 1985. Her er han avbildet i forbindelse med sin 44-årsdag 15. februar 1961. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Om de fem politisk hadde ulike sympatier, bare Galtung hadde politisk stått Evang nær, delte de i mangt hans syn på det offentlige helsearbeid og på betydningen av å forankre det i medisinen, og spesielt den hygieniske medisinen. Alle Evangs legeledere hellet i borgerlig retning, mens Galtung holdt seg til ”Einar og Halvard” – han var en lojal sosialdemokrat.²⁶⁷ De var imidlertid alle medikrater, men altså mer prekliniske enn kliniske sådanne,

267) Galtung hadde sittet i skolestyret for Arbeiderpartiet i perioden 1946-1949 og var siden tilbudt ”sikker plass” på Arbeiderpartiets stortingsvalgliste i Oslo, men hadde avslått. Kfr. Kjell Bjartveit, *Hvit pest, svart tjære*, Michael 2007: 4: Supplement 7, s. 42. Når kolleger undertiden ”konfronterte” ham med hans fortid i Mot Dag protesterte han. ”Jeg var aldri med der. Jeg bare samarbeidet faglig med dem” (altså med Evang). Opplysning gitt av Kjell Bjartveit i samtale 7.11.2008, 10.7.2009.

og, kanskje derfor, mer planorientert enn de kliniske medikrater, særlig praksismedikratene, var. Evang og Galtung var tildels selvlærte folkehelsemedisinere, og hadde publisert faglig betydelige artikler av ernæringsfysiologisk og yrkeshygienisk karakter i sine unge år. Bjørnsson og Mellbye hadde tatt formell folkehelseutdannelse (MPH) ved den fremste av MPH-skolene, Johns Hopkins University; Bjørnsson i 1941, Mellbye i 1950. Terje Due Strand, som kom inn mot slutten av Evangs periode, men tidligere hadde vært i Direktoratet som assistentlege, hadde MPH-grad fra University of Toronto, også en av de fremste MPH-skoler.



Statens overlege for psykiatri 1948-1973, og en av Evangs "kardinaler", Christofer Lohne Knudsen, fotografert i november 1949.

Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Men de fems, eller seks', prekliniske orientering ble også et problem i deres, og Direktoratets, forhold til kjernen av deres profesjon. De fikk tildels et litt anstrengt forhold til profesjonens store flertall, de kliniske leger, og spesielt til de privatpraktiserende leger. De fikk dermed også et litt distansert forhold til den forening de alle tilhørte, Lægeforeningen. Spesielt var det tilfelle for Evang selv. I Lægeforeningen satt Odd Bjercke (1909-2005), generalsekretæren fra 1948 til 1976, altså storparten av Evangs tid, som den virkelige daglige leder og toneangivende person. Han kom fra den private side, og ble valgt til generalsekretær i konkurranse med den offentlige legen Aage Johansen (1901-1964).²⁶⁸ Han gjorde det, skjønt Foreningens president da var Evangs gamle kollega fra SLF, hygieneprofessor Axel Strøm. Det er interessant at selv overfor de offentlige leger fikk Evang og hans direktorat i noen grad vanskelig for å vinne helhjertet oppslutning. De var, de fleste av dem, mere klinikere enn hygienikere. Direktoratet ville at de skulle

268) Bjercke hadde, interessant nok, vært sekretær i Evangs direktorat et drøyt år i 1947-1948, altså like før han overtok som Lægeforeningens generalsekretær.

prioritere hygienearbeidet. Overlege Due Strand gjorde det klart for en gruppe distriktsleger på et møte i begynnelsen av 1960-årene. Distriktslegene fikk beskjed om, beretter distriktslege i Vik i Sogn fra 1957 til 1965 Knut Rein (f. 1919), at de bare var forpliktet til å utføre klinisk arbeid i ”den utstrekning det ikke kom til foretning for offentlig arbeid”.²⁶⁹ Møtets tema var distriktslegenes store arbeidspress.

Evang fortsatte, på medikratiske vis, å understreke betydningen av at legene var aktive nedover og ikke ble rene kontormennesker. Selv om han jo selv var et ”kontormenneske”, og drev saksbehandling og ikke (pre)pasientbehandling, så han ikke på seg som det. Han var lege, og forstod sitt ”kontorarbeid” som praksis innen ”administrativ medisin”. Med juristene forholdt det seg anderledes; de var kontormennesker, som ”Konthorsen” hadde vært det. Han understreket derfor hele tiden hvor viktig det var at legene drev en del ”inspeksjon”, men også at de deltok på fagmøter hjemme som ute; ja, det var også fint om de kunne drive litt praksis: De tilhørte først og fremst preklinikken, særlig den, og klinikken, ikke byråkratiet.

Selv reiste Evang meget, og både inspiserte, foredro og omgikk kolleger på høyt nivå ute, spesielt i WHO i Geneve. Han skrev også gjennom hele sin embedstid ikke så sjelden rent medisinske artikler om teknisk-hygieniske og sosial-hygieniske (han brukte gjerne betegnelsen sosialmedisinske) emner, både i ”Tidsskriftet” og i utenlandske tidsskrifter, blant annet det toneangivende *Journal of the American Public Health Association*. Det betydde mye for ham å kunne vise sine kolleger, og seg selv, at han holdt seg faglig à jour. Hans svært lojale stedfortreder, Jon Bjørnsson, var i mange år bedriftslege i Telegrafverket. De andre i Evangs kjernegruppe hadde også bierhverv, om enn gjerne noe mer ”abstrakte”: Galtung var lenge knyttet til Statens Attføringsinstitutt, Lohne-Knudsen var konsulent for Sentralsykehuset i Akershus og Aker sykehus og Mellbye, den største sosiale begavelsen blant dem, hadde et ”utall” av viktige verv, blant annet i organisasjoner og i Norges almenvitenskapelige forskningsråd.

Også de andre leger i Direktoratet kunne drive, og drev ofte, en eller annen form for medisinsk praksis, klinisk eller preklinisk. Den gamle, uformelle, ordningen om at leger kunne drive litt praksis, seks timer, i praksis en dag, i uken, stod ved lag. Ordningen ble sett på med irritasjon av de andre. De forstod ikke hvorfor det var viktigere for legene å holde seg faglig à jour på denne måten enn det var for andre. Spesielt reagerte den andre store gruppen, juristene, negativt. Nordby viser i sin Evang-biografi forståelse for dem: ”Det ville .. vært utenkelig at juristene drev egen advokatpraksis ved siden av”, skriver han, og man kan få inntrykk av at han, med tilslutning, refererer Bjerkomps etterfølger som ekspedisjonssjef, Knut Munch-Søegaard.²⁷⁰ Den tradisjonsrike ordningen representerte imidlertid en måte å forstå medisinalledelse på som brøt med den tradisjonelle juridiske styrings- og ledelses-

269) Knut Rein opplyste dette i et foredrag holdt 25. september 1990. Foredraget har han sendt Aina Schiøtz, som siterer fra det i sin bok *Doktoren – distriktslegenes historie 1900-1984*, Oslo: Pax, 2000, s. 378, note 31.

270) Nordby, *op. cit.*, s. 162.

forståelse. Legene så på ledelsen som faglig og interaktiv, juristene så på den som distansert og nøytral. Det bør også legges til at mens legene egentlig tilhørte pre/klinikken, og skulle fortsette med det, tilhørte juristene forvaltningen, eller ”andre” deler av rettsvesenet.

Men dette er bare en del av bildet, slik Evang, med rette, så det. I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske lægeforsening* i 1968²⁷¹ kommenterer Evang en tidligere artikkel av dosent ved Rikshospitalet Peter F. Hjort.²⁷² Hjort hadde i sin artikkel foreslått at det skulle opprettes et ”medisinsk fagråd” til hjelp i den faglige prioritering. De raskt økende utgifter til helsevesenet gjorde dette nødvendig, mente Hjort. Evang avviser forslaget og henviser til at Helsedirektoratet har bred kompetanse selv, men i tillegg aktivt bruker *hele* helsevesenet for rådgivende formål. Det har en rekke råd det bruker, som Statens ernæringsråd, Statens råd i strålehygiene og Spesialitetsnemnda for legemidler. Det benytter seg flittig av utredningskomiteer der relevante eksperter deltar. I tillegg konsulterer det stadig eksperter av alle slag, ved fakultetene, ved Rikshospitalet osv., avhengig av behov. Med andre ord, Helsedirektoratet er faglig en integrert del av helsevesenet. I sin åpningstale til fylkeslegene og stadsfysici i februar 1968 føyde han til at Hjorts forslag vidnet om ”en relativt beskjeden innsikt med hensyn til hvordan helseadministrasjon foregår her i landet”.²⁷³

La oss igjen vende blikket mot Direktoratet i vanlig forstand.

Legene i Direktoratet måtte altså, mente Evang, ha en form for ”heisstatus”, også slik at de hadde litt praksis i (pre)klinikken. Men ellers var han også opptatt av at *alle* som arbeidet i Direktoratet i noen grad skulle ta inn over seg den medisinske og helsefaglige virkelighet de var satt til å forvalte. De ”egentlige” byråkrater skulle bringes til å tenke litt medikratisk de også, og til å bli mer lydhøre overfor legenes vurderinger. Han hadde selv erfart, og visste som lege, at kontakt med (pre)klinikken både var saklig og motivasjonsmessig viktig. I sin forvaltningsplan fra forsommeren 1945 betoner han det siste hensynet og skriver at

*Det er meget få mennesker som ikke går trett og mister kontakt med livets realiteter hvis de ikke selv får ansvar innenfor et bestemt område, og ikke får anledning til ved selvsyn i marken å sette seg inn i saker som de avgjør.*²⁷⁴

271) Karl Evang, ”Perspektiver for helsetjenesten”, *Tidsskrift for Den norske lægeforsening*, b. 88, nr. 13, 1968, s. 1305-1310.

272) Peter F. Hjort, ”Tanker om medisinen i fremtidens samfunn”, *Tidsskrift for Den norske lægeforsening*, b. 87, nr. 20, 1967, s. 1311-1312. Artikkelen var basert på en tale Hjort holdt ved Oslo-universitetets årsfest 2.9.1967.

273) ”Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i februar 1968”, *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, september 1968. Vi har ovenfor henvist til Evangs generelle skepsis til Hjort, en skepsis som blant annet skyldtes Hjorts arbeid med å etablere Universitetet i Tromsø.

274) Evang, ”P.M. Sentraladministrasjonen...”, *op. cit.*, s. 35.

Evang markerte også sin medikratiske innstilling ved å bygge ut den medisinske stab. Som vi har sett overtok etter hvert leger alle kontorlederstillinger det var aktuelt for leger å overta. De øvrige innehadde en tannlege (Tannlegekontoret), en farmasøyt (Apotekkontoret), en jurist og sykepleier (Sykepleiekontoret, senhøstes 1971), en jurist (Økonomi- og personellkontoret) og en økonom (Utrednings- og planleggingsgruppen). I tillegg kom en arkitekt-enhet, ledet av en arkitekt. Den var nært knyttet til Sykehuskontoret. De tre første av disse ”andre” kontorene var altså også ledet av helsefagfolk, dog slik at sykepleieren tillike var jurist. Bare to av kontorene var ledet av ”ekte” forvaltningsfolk. Ellers satt der jo en jurist i ekspedisjonssjefstillingen, en stilling som Evang langt på vei hadde gjort til en (lov)rådgiverstilling.

Fra 1970 fikk Evang inn leger som nestkommanderende i de overlegede kontorene, og skjøv slik her de juridiske byråsjefer enda lenger ned. Disse leger fikk selvsagt fagtitlene assisterende overleger. Da han gikk av var det kommet fire assisterende overleger, dertil en spesiallege (1971). Da han startet etter krigen var et flertall av saksbehandlerne, nemlig 13 av 23, jurister; tre var leger, 5 farmasøyter mens to ikke hadde akademisk grad. Etter hvert kom der inn flere, skjønt ikke mange, leger. De ble i endel tilfeller fra 1948 kalt assistentleger; men de byråkratiske titler ble også brukt for leger. Mot slutten av Evangs tid forsvant titelen assistentlege, og inn kom titelen legekonsulent, en kombinert byråkratisk og legelig titel, kan man si; den var dessuten en titel som muliggjorde litt bedre gasjering. Ifølge Statskalenderen kom den inn fra 1968, men den ble benyttet også i femtiårene.²⁷⁵ Da Evang gikk av var det åtte legekonsulenter i Direktoratet. Der var samtidig 24 ”vanlige” konsulenter og 14 førstesekretærer; av disse var tre farmasøyter, én tannlege og én psykolog.²⁷⁶

Evangs direktorat var altså medikratisk, og helsefaglig styrt, først og fremst ved at legene, og noen få andre helsefagfolk, satt i de aller fleste lederstillinger. I 1946 innehadde leger alle stillingene over byråsjefs nivå. Det gjorde de inntil 1956, mens de i 1972 innehadde 12 (67 pst.) av 18 slike stillinger.

En viktig del av Evangs og Helsedirektoratets utøvende apparat, spesielt hva angikk preklinikken og primærklinikken, var den offentlige legeetat, fylkeslegene og distriktslegene. Hvordan fungerte ”heisen” gjennom dette apparat? Av Evangs medisinske kjernestab hadde få særlig erfaring fra legeetaten. Tryggve Hauan, en overlege Evang ikke hadde så lenge, hadde vært distriktslege nordpå, og fungert som fylkeslege i Troms fra 1939 til 1948. De øvrige hadde beskjedne erfaring fra etaten, fra ett til tre år, og fra begynnelsen av karrieren. Evang selv, og Galtung (Hansen) hadde ingen erfaring fra etaten. Evangs ”generalstab” var, av bakgrunn og innstilling, mer preklinisk og administrativt enn klinisk innstilt. Det skapte en viss avstand til etaten og etatskulturen, og mer til distrikts- og stadslegene enn til fylkeslegene og stadsfysiciene.

275) Der var iallfall legekonsulenter fra midten av femtiårene. Kjell Bjartveit (e-brev 24.7.2009) ble således ansatt i et vikariat som legekonsulent I i 1957. Der var da legekonsulenter også i andre kontorer, blant annet Hygienekontoret.

276) Opplysningene er hentet fra Norges statskalender for de aktuelle år.

Som vi har sett tidligere tok det lang tid for legene i medisinalforvaltningen å få bygget ut et kraftfullt lokalt folkehelselag. Først i 1912 kom loven som skapte et mer offensivt grunnlag for utbyggingen. Gjennom loven kom amtslegetillingene, mellomledet, samtidig som antallet distrikts- og stadsleger ble vesentlig øket. Amtslegene, snart kalt fylkesleger, begynte å komme i 1914, nordpå. Men stillingene var til å begynne med kombinerte stillinger. Fylkeslegene måtte også betjene et distrikt. Det bidro til at de kom i en virkelig heispreget rolle. De hadde kontakt oppover, til Direktoratet, men særlig nedover, til preklinikken og klinikken; de tilhørte jo både mellomnivået og distriktsnivået.

De lokale offentlige legene, distrikts- og stadslegene, hadde også en heispreget stilling. De var en slags lokale helseledere, gjennom sitt ordførerskap i Helserådet (tidligere Sundhedskommissionen), samtidig som de drev hygienisk arbeid og hadde klinisk praksis. Ja, deres stillinger var dobbelte i to betydninger. De var det hierarkisk (heisrollen), men de var det også ”horisontalt”: De pendlet mellom den hygieniske og den kliniske rollen. Fagutviklingen, og den almene samfunnsutvikling, gjorde at disse kombinerte rollene kom under press. Der kom krav om større grad av spesialisering. Denne truet i prinsippet grunnlaget for det tradisjonelle medikrati, fundert som det var på rollekombinasjon. Truselen gjaldt både den vertikale og den horisontale kombinasjon. Den pekte mot at den kliniske og hygieniske rolle skulle adskilles og at lederrollen og fagrollen skulle adskilles. For legene, og nå for Evang og Direktoratet, ble de to adskillelser sett under ett, men slik at den første var den viktige.

Distriktslegene og stadslegene burde, som stadsfysiciene, i større grad bli hygienikere. Det innebar at de måtte fritas fra kliniske oppgaver og at der måtte komme flere kliniske stillinger. Men det ville koste meget, så vekten ble istedenfor lagt på å fjerne klinikkoppgaven fra fylkeslegeembedene og å bygge disse ut med nye stillinger. Fylkeslegene burde bli heltids hygienikere og ledere, mente Evang, men slik at den første oppgaven var den primære. De skulle være *helseleger*, ikke *helseledere*. Som vi ser av tabell 4.3 skjedde også det etter hvert. Den første rene hygiene/lederstilling for fylkesleger kom høsten 1945. Igjen startet det nordpå. Gradvis ble alle stillingene gjort ”hele”. Målet ble nådd i 1961. Men mer skjedde. Fylkeslegekontorene ble gradvis bygget ut og spesialisert. Fra 1947 begynte det å komme stillinger for fylkeshelsesøstre, fra 1958 for fylkespsykiatere. Kontorutbyggingen skjød fart fra 1961, da det kom stillinger for assisterende fylkesleger; senere ble disse stillingene til to, én for administrasjon og én for sosialmedisinske oppgaver. Der kom også sosionomer. Slik ble fylkeslegene, som en slags regionale helsedirektører, knyttet nærmere til Evang og Direktoratet, men fikk samtidig litt større distanse til de lokale leger.

Tabell 4.3: Fylkeslegeetatens utvikling 1945-1972: År for innføring av fylkeslegeembeder og for innføring av selvstendige embeder

Fylke	Første innføring	Hele embed.	Fylke	Første innfør.	Hele embeder	Fylke	Første innfør.	Hele embed.
Troms	1917	1945	Møre og Romsdal	1918	1946	Vestfold	1923	1955
Nordland	1915	1945	Akershus	1920	1946	Buskerud	1923	1957
Finnmark	1914	1946	Sør-Trøndelag	1918	1948	Rogaland	1917	1960
Aust-Agder	1929	1946	Oppland	1918	1949	Hedmark	1918	1961
Vest-Agder	1916	1946	Nord-Trøndelag	1929	1950	Telemark	1925	1961
Hordaland	1916	1946	Østfold	1925	1954	Sogn og Fjordane	1918	1966

Kilde: *Fylkeslegeembetet*, innstilling til Sosialdepartementet, avgitt 3. august 1982, s. 20.

Fylkeslegenes tilknytning oppover ble forsterket ved at de i stigende grad kom til stillingene gjennom en amerikansk MPH-utdannelse og, ofte, en viss praksis i Direktoratet. På toppen av det hele kom det forhold at fylkeslegene etterhvert skyldte Evang sin karriereutvikling; de var hans, ofte nokså personlig bevisste, valg. Disse valgene *var* virkelig bevisste, for Evang "plukket" medarbeidere på en personlig og nokså elitistisk måte. Han ville ha de mest folkehelseinnstilte, men blant dem de faglig beste; han likte ikke å måtte ta hensyn til fagforeningskriteriet ansiennitet.²⁷⁷ Men selv til fylkeslegene var der, særlig i begynnelsen, en viss distanse. De gamle fylkesleger hadde vært skeptiske til utnevningen av Evang. De kunne ikke helt godta at en så ung, men også så rabulistisk, mann skulle bli medisinaldirektør.²⁷⁸ De holdt, og beholdt, en kritisk avstand til ham. Denne holdning smittet nok i noen, skjønt varierende, grad over på dem Evang senere selv kunne utnevne. Nordby peker også på at mange fylkesleger etterhvert ble preget av sine fylkers interesser og at det førte til uenighet med Evang.²⁷⁹

Evang hadde regelmessige møter med fylkeslegene, etter hvert minst to ganger pr. år. Møtene varte to dager. De ble av mange omtalt som "generalstabsmøter". Emnene på møtene var valgt både av Direktoratet og fylkeslegene. Evang møtte også fylkespsykiaterne og andre ved fylkeslegekontorene minst en gang i året. Han holdt dessuten årlige møter med

277) På et møte i den norske avdeling av Det Nordiske Administrative Forbund den 16. mars 1961 uttalte Evang at han var skeptisk til arbeidstagerorganisasjonenes innflytelse over forfremmelser; de la så ensidig vekt på ansiennitet: "Ensidig avansement på dette grunnlag (ansiennitet), gir ikke tilstrekkelig mulighet for full utnyttelse av de folk som søker til sentraladministrasjonen og kan heller ikke antas å virke tilstrekkelig selektivt stimulerende når det gjelder rekruttering." "Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren", *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1961, s. 105. Artikkelen finnes på s. 81-111.

278) Kfr. Nordby, s. 165.

279) Nordby, s. 213.

distriktslegene, møter der ca. en tredjedel deltok ad gangen.²⁸⁰ I tillegg kom den mer løpende kontakt, gjennom post, telefon og reiser. Denne kontakt foregikk imidlertid spesielt gjennom legekantoret. Evang kjente selvsagt alle fylkesleger, men i noen grad også de fleste distriktsleger. ”Heisen” fungerte, men den knirket noe, enkelte steder. Hans bevisste rekrutteringspolitikk bar imidlertid etterhvert frukter. Hans medarbeidere i Direktoratet ble virkelig hans ”public health team” fra et nokså tidlig tidspunkt.

Etterhvert som han ble eldre og den offentlige legeetat ble fylt med personer som skyldte ham meget, og meget mer enn stillingen, ble den i noen grad hans utvidede folkehelselag. Men samtidig som dette skjedde, slet han med å få bygget ut det siste ledd i kjeden, lokalledet. Der kom gradvis flere distrikts- og stadsleger, men Evang syntes det gikk aldeles for sakte. Antallet leger i det siste, og viktigste, ledd i hans styringskjede økte bare med vel 19 prosent i løpet av den tiden han virket etter krigen. Tar vi med hele hans tjenestetid er økningen på vel 23 prosent. Forsåvidt som hele legestanden vokste med vel 140 prosent i tiden etter krigen, fremstår veksten som svært beskjeden. Distriktslegestanden, den egentlige bærer av den norske legekultur fra gammelt av, og den eneste virkelig ”særnorske” legestand, var iferd med å bli en liten minoritet i norsk medisin. Dens andel av hele standen gikk ned fra 17,6 prosent i 1946 til 7,3 prosent i 1972. Den var på 23 prosent i 1937, på 19 i 1910 og på 37 i 1872.²⁸¹

Tabell 4.4: Antallet lokale offentlige (statlige) leger, 1939-1972 (Evangs tjenestetid)

År	Stadsfysici	Stadsleger	Distriktsleger	Leger ialt
1939	11	22	344	377
1946	12	21	357	390
1956	14	22	372	408
1962	8	28	405	441
1972	4	28	433	465

Kilde: Aina Schiøtz, *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900-1984*, Oslo: Pax forlag, 2003, s. 455

Evang ville altså ha flere leger, og helst at hvert distrikt skulle ha en heltids leder og hygiesjef. Han ville at denne lederen skulle ha et større personale, alle samlet i et *helsehus*. I dette huset skulle det være plass for omreisende spesialister, helsestasjon for mor og barn, mentalhygienisk rådgivningskontor, helsesøster og jordmor. Huset skulle også tilby laboratorietjenester.²⁸² Evangs tanke var at utviklingen av de lokale helsehus skulle skje innen

280) Kfr. Karl Evang, ”Perspektiver for helsetjenesten”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 88, nr. 13, 1968,

s. 1309. Hele artikkelen finnes på s. 1305-1310.

281) Tallene gjelder alle leger, ikke bare de yrkesaktive. Førkrigstallene baserer seg på Tore Lindbekk, *Mobilitets- og stillingsstruktur for tre akademiske profesjoner*, Oslo: Universitetsforlaget, 1967, s. 242. De nyere samlede legetall er tatt fra Statistisk sentralbyrås historiske legestatistikk. Tallene for distriktsleger er hentet fra Hans Petter Nesvold, ”Det offentlige legevesen i Norge og dets forebyggende oppgaver”, s. 17-22, i Øivind Larsen, red., *Forebyggende medisin*, Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1975.

282) Kfr. Aina Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo: Universitetsforlaget, 2003, s. 333.

rammen av en ny lov; en lov som skulle erstatte den gamle Sunnhetsloven (1860) og den noe yngre loven om de offentlige legeforretninger (1912). Komiteer ble nedsatt og der ble utredet, men loven kom ikke i Evangs tid.

Forholdet var at den offentlige legetjeneste, Evangs viktigste redskap ute i samfunnet, ekspansjonen til tross, mer og mer kom på defensiven. Også det tæret på distriktslegenes lojalitet overfor ham. Men problemene skyldtes ikke bare at Direktoratet ”somlet”, og at det ikke fikk de midler det skulle til å opprette nye stillinger. Det skyldtes også at medisinen spesialisering drev legene inn i sykehusene og bort fra praksis. Legestanden vokste, men ikke raskt nok til å holde tritt med spesialisthelsetjenestens legebehov. Men hvorfor gikk legene i så store skarer til institusjonene? De gjorde det fordi fagutviklingen hadde gitt legene i hendene muligheter som revolusjonerte den virksomhet som tradisjonelt hadde gitt legen hans identitet, det kliniske arbeid. Men disse muligheter kunne først og fremst taes i bruk i den spesialiserte, institusjonaliserte klinikk. Den primære klinikk ble den enkle, mindre spennende, klinikk. Preklinikken, den hygieniske institusjon, fremstod som enda mindre spennende; ja, for mange bent frem som kjedelig og som bare halvmedisinsk.²⁸³

Kjernen i den evangske medisinalpolitikk var altså truet på den mest grunnleggende måte. Truselen skulle heller ikke gli over. Han skulle føre offensivt videre den politikk hans forgjengere helt tilbake til dansketiden hadde arbeidet for å styrke og utvikle, den politikk som hadde det offentlige legevæsen som kjernegruppe. Mot slutten måtte han erkjenne at han ikke bare hadde lyktes. Etter at han var gått av fikk han også se konturene av det som skulle komme. Det var noe helt annet enn han hadde tenkt seg. Han så at han ble stående igjen som den siste representant for det som hadde vært. I en stor artikkel i Aftenpostens aftensnummer den 6. januar 1976, spør han: ”Vil myndighetene ha en svekket helsetjeneste?” Det er en stortingsmelding om de sosiale tjenester som får ham til å spørre.²⁸⁴ Meldingen har store implikasjoner for helsetjenesten lokalt. I en artikkel dagen etter, der han fører sine resonnementer videre, omtaler han stortingsmeldingen som en ”Farlig stortingsmelding”. Vi skal komme tilbake til den.

Evang som helsedirektør: noen tilleggsmomenter

Evang så på seg som en slags øverste, eller nasjonal, overlege. Han var overlege spesielt for preklinikken, men også for klinikken. I noen grad lå det nok i ham et ønske om å bli den samlede og samlende nasjonale overlege for et helt offentlig, planstyrt helsevesen. Han så for seg et helsevesen der penger ikke skulle spille en forførende og forstyrrende rolle på tilbudssiden. Hans sosialdemokratiske kollega i Sverige, Axel Højer (1890-1974), tenkte det samme, og forsøkte seg med sosialiserende fremstøt. Højer fikk ”krig” med sine kolleger i Läkarförbundet, og dets iltre formann Dag Knutsson, og

283) I stigende grad ble det åpenbart at mye av det hygieniske arbeid krever vel så meget kjennskap til miljøet, og hvordan man kan gripe inn i det, som til individene og ”tradisjonelle” medisinske agens. Den ”gamle” hygienes suksess, knyttet til bekjempelsen av epidemiene, hadde dessuten gjort de forebyggende oppgaver mindre spektakulære.

284) *St.meld. nr. 9* (1975-76), Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat.

ble tvunget til å slå retrett. Han ble hjulpet til det av en pragmatisk statsminister, Tage Erlander (1901-1985). Evang antydet ikke engang at han kunne tenke seg en norsk sosialisering. Norsk medisin var vesentlig mer privat enn den svenske, og Evang visste at han ikke hadde noen muligheter for å nå frem med slike radikale tiltak. Hans kolleger ville stanse ham, og hans partifeller ville stanse ham. Han forsøkte seg derfor ikke.



Karl Evang var redaktør og medforfatter av *Populært Tidsskrift for Seksuell Opplysning*. Det kom ut fra 1932 til 1934. Evang skrev selv 13 artikler i tidsskriftet. I 1947 og 1951 kom det ut i bokform. Tidsskriftet var kontroversielt og gjorde straks Evang kjent. Første nummer av tidsskriftet ble trykket i 120 000 eksemplarer. Her minnes han gamle dager. Bildet er tatt av *Arbeiderbladet* 9. juli 1970. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Som vi har sett forsøkte han riktignok å avansere fra medisin til politikk, nemlig da Oftedal døde i 1948, men han ble kontant avvist, og forsøkte seg aldri mer. Han markerte seg nok flere ganger i budsjettkampen, av og til slik at det hørtes utad, men det representerte en noe mer akseptabel aktivisme på egen etats vegne. Men også i dette henseende ble han flere ganger satt på plass, og nesten på en endelig måte av sin gamle beundrer Gudmund Harlem (fra 1955).

Men om Evang ikke kunne få det helt offentlige helsevesen han i prinsippet kunne tenkt seg, kunne han gått ”løs” på det offentlige helsevesen, og det var mesteparten av helsevesenet, med Planen som utgangspunkt. Ja, selv det private helsevesen kunne han i noen grad ha lagt under ”planen”, siden det i så stor grad var offentlig finansiert, spesielt fra 1956. Han hadde også litt almene planer for de fleste deler av helsevesenet da krigen var slutt. Han

hadde også klart å skape det viktigste utgangspunkt for et offensivt styre, nemlig en samlet medisinalforvaltning, under hans lederskap.

Allikevel snudde han på lite. I hovedsak ble han en viderefører av den gamle helsepolitikk, endog en forsiktig viderefører. Vi har nettopp sett at hans forsøk på å modernisere lovene og planene for det offentlige legevesen ikke førte frem som han hadde tenkt seg. De ble ajourført i noen henseender, og vesenet ble noe bygget ut, men det var nesten alt. De nye lovene kom etter at han var gått av, og de representerte ikke det han hadde stått for, en videreutvikling av de gamle lover. De representerte nærmest et brudd med den gamle orden.

Arbeidet med å lage en landsplan for spesialisthelsetjenesten tok til fem-seks år før han tiltrådte. Den nye loven trådte i kraft vel to og et halvt år før han gikk av. Også hva den prekliniske politikk angikk måtte han nøye seg med de mindre fremskritt. For så vidt er det ikke så rart at han etter hvert resignerte noe; ja, nesten følte at ting begynte å gå i "gal" retning. I 1974 var Evang for siste gang med på et WHO-møte i Geneve. Disse møtene, ja den internasjonale virksomhet overhode, var antagelig det som personlig gav, eller hadde gitt, ham aller mest: På den internasjonale scene strålte han og ble møtt med beundring, skjønt også litt angst; han kunne være spiss. Han skrev hjem til sin hustru Gerda fra det siste møtet. Evangs elegante biograf Trond Nordby har fått adgang til Evangs brever og han siterer fra det brevet han sendte henne denne gang: "Den kontakt jeg får, og som kanskje på overflaten ser spennende og (ialfall) 'beskjeftigende' ut, mister mer og mer sitt innhold – med årene og erfaringene om deres overfladiskhet".²⁸⁵

At Evang ikke kom til å "revolusjonere" norsk helsevesen er for så vidt ikke så underlig. "Sosiologien" virker tungt; selv den sterkeste må i større grad bøye seg for den enn han kan forme den. Men han fikk for så vidt langt mer til enn de fleste kunne drømt om, hjemme som ute. Han skapte, iallfall i noen grad, det nye, samlede helsedirektorat og han ble en av de viktigste utformere av Verdens helseorganisasjon. Han ble en viktig, kulturskapende person i Norge fra midt i 1930-årene og nesten til hjerneslaget satte ham ut av spill i mai 1976.

Men at det gikk så sent på mange områder er neppe uten sammenheng med psykologi. Han kunne kanskje i større grad ha tatt de store sakene selv. Han kunne kanskje slik ha drevet dem frem i større tempo, og med mer konsekvens. Hans ideer var jo også mer evolusjonære enn revolusjonære. Han kunne se ut til å ha alle forutsetninger for å klare det. Han hadde en energi som var forbløffende, og som ofte fjettet dem han møtte. Han var skarpsindig og kjapp. Hans skrifter fra slutten av tyveårene og frem til han ble medisinaldirektør reflekterer, også de mest ideologiske av dem, intellektuell briljans. Han kunne blitt en stor professor, og ville antagelig ha løftet hygien og sosialmedisinen til prominens. Det hadde det vært behov for. De var fag som stod, og ble stående, svakt på Fakultetet i Oslo. På talerstolen fløt disse

285) Nordby, s. 278-279.

sidene ved ham, energien og skarpsindigheten sammen, og gjorde ham til en stor taler. Fredrik Mellbye, som stadig fulgte ham på møtene i Genève, sa i sin tale ved Evangs bære i 1981:

Når han talte ble det ganske stille, og han talte slik at tvers gjennom språkbarriere merket man det personlige engasjement, gleden, og også den ekte og dype fortvilelse, og av og til forargelse når emnet ga rom for det. Det var som å overvære uroppførelsen av en stor symfoni. Det gikk kaldt og varmt opp og ned av ryggen på oss som var hans landsmenn.²⁸⁶

Det var først og fremst i talen Evang eksellerte. Her var hans energi, hans skarpsindighet og hans formuleringsevne rene ressurser. Her brukte han hele seg selv, men her fornyet og inspirerte han også seg selv. I unge år hadde han nesten på samme måte kunne utfolde seg gjennom sine skrifter. I noen grad fortsatte han å gjøre det. Han fortsatte å like å skrive, og han skrev meget. Men det han skrev ble etter hvert mer preget av hastverk. Han ble mer erklærende og til dels springende. Tiden tillot ikke den detaljerte argumentasjon og det nitide arbeid med resonnementets linje og språkets form. Han ble også mer ordrik. Igjen var det tiden som ikke tillot ham å komprimere sine resonnementer i tette, slående formler.

I talene derimot forble han seg selv, i all sin storhet. Her spilte resonnementets oppbygning og dokumentasjonens nøyaktighet ikke den samme rolle. Her var energien og ”trykket” viktigere; og begge deler beholdt han. Han forble derfor en talende helsedirektør. Gjennom talene, for så vidt også samtalene, kom hans storhet aller tydeligst frem. Han kunne charmere hvem som helst i samtaler. Aftenpostens Olav Brandt, som fikk intervjuet ham i forbindelse med hans femtiårsdag den 19. oktober 1952, gikk nærmest henført bort fra intervjuet. Han avsluttet med å konstatere at Helsedirektøren er en ”strålende representant for norsk helsevesen”, men også ”et inciterende og hjertevinnende menneske”.²⁸⁷ Medisinerstudenter og unge leger som av og til, litt overmodig, henvendte seg til ham med spørsmål og forespørsler ble tatt imot på en hjelpsom måte. De skulle aldri glemme Helsedirektørens generøsitet overfor dem. Foreninger og lag som henvendte seg til ham ble tatt åpent imot og fikk sjelden nei. Svært mange mennesker skrev brev til Evang, om personlige problemer, ikke minst problemer av seksuell karakter. Evang svarte dem alle. Han var uhyre arbeidssom, men også effektiv. Han hadde for eksempel en egen evne til raskt å finne de rette formuleringer. Det gjorde at han kunne bruke diktafon med stort utbytte. Hans damer, Ambjørg Foshaug og Turid Pramer, sørget for at brevene ble skrevet og sendt.²⁸⁸ Man kan kanskje si at den kontakt Evang slik hadde med kolleger, foreninger og

286) Fredrik Mellbye, *Slit med helsa*, Oslo: Gyldendal, 1989, s. 149.

287) Aftenposten 18.10.1952, s. 3.

288) Evangs sekretærer var svært viktige for ham. Frk. Foshaug var nærmest hans adjutant. Han satte pris på hennes bistand og i 1970, to år før han selv gikk av, sørget han for å forfremme henne til sekretær, altså til saksbehandler. Slik fikk hun ikke bare høyere lønn, men også høyere pensjon. Det var nok et uttrykk for hvor stor pris han satte på henne. Ambjørg Foshaug var født i 1904 og skulle også hun snart gå av. Opplysningene her har vi delvis fra Kjell Bjartveit (e-brev 24.7.2009).

folk flest var uttrykk også for at han hadde en heispreget rolle: Han fikk hele tiden erfaringer ”nedenfra”.

Det hører med til bildet at Evangs omfattende utadvendte aktivitet hyppig gikk utover Jon Bjørnsson, som på den korteste varsel måtte overta et oppdrag eller en oppgave for Evang. Kanskje var det derfor, skjønt ikke bare derfor, han en gang sa til sin overapoteker Bjørn Jøldal: ”Bjørn pass på så du ikke ender som nestkommanderende”.²⁸⁹

Som planlegger måtte han både ha gått mer i detalj og hatt de store, velgjennomtenkte og sammenhengende vyer. I sin ungdom hadde han hatt store og bestemte vyer, vyer som hadde praktisk identifiserbare implikasjoner. Han fant dem i marxismen, i en periode også litt i psykoanalysen, og, i stigende grad i sitt fag, først den ”naturlige” hygiene, siden også den ”sosiale” hygiene. De første kildene ble etterhvert mindre og mindre viktige, selv om han aldri gav tydelig uttrykk for det, og de andre viktigere og viktigere.

Møtet med ”public health”-miljøet i USA ble i så henseende avgjørende for ham. Det var her han fant premissene for sitt senere hygieniske og sosialmedisinske engasjement, premisser som i WHO-sammenheng ble utkrystallisert i det ”utvidede” helsebegrep.²⁹⁰ Dette begrep ble siden svært viktig for ham, og gjorde ham til en utpreget medikrat, dog først og fremst en preklinisk medikrat, til dels også en ”planmedikrat”. Han så tydelig implikasjonene av begrepet for medisinerutdannelsen, og bidro til at sosialmedisinen fikk en større plass i medisinerstudiet og til at det ble innført turnustjeneste for leger (1954). Han så også implikasjonene av begrepet for bemanningen av Direktoratet og til dels for utbyggingen av den offentlige legeetat. Han så i langt mindre grad hva begrepets implikasjoner var for helsepolitikken for øvrig.

Hans mangel på strategisk suksess kan slik sees på som en konsekvens av intellektuell usikkerhet, av tvisyn. Det passet da å overlate mye av planleggingen til andre, til komiteer og til overlegene i Direktoratet. Man kan kanskje tillate seg å tolke Mellbyes ord om at ”Karl Evangs interesse for den nitide fremtidsplanlegging var beskjeden”, som belegg for vår fortolkning. Det samme kan vi kanskje gjøre med Mellbyes og mange andres påpekning av at Evang gav sine medarbeidere stor frihet i yrkesutøvelsen.²⁹¹ Sosio- logien, det vil si den motbør han møtte i den rufsete og interesseinfiltrerte virkelighet, kan ha virket forsterkende på hans usikkerhet. Trukket i mange forskjellige retninger blir man lett stående stille.

Vi vil dog ikke presse poenget om usikkerhet langt. For publikum, både det fjerne og det nære, fremstod han jo alltid som klar og meningsbevisst. Han

289) Bjørn Jøldal i samtale 15.10.2008.

290) Ideen til definisjonen av helse kom fra den canadiske legen Brock Chisholm (1896-1971), et av medlemmene av den komiteen som skulle forberede dannelsen av Verdens helseorganisasjon, og senere organisasjonens første president. I WHOs forfatning kom definisjonen til å lyde slik: ”Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of infirmity or disease”.

291) Mellbye, *op.cit.*, s. 147.

hadde i alle sammenhenger et svar, gjerne et skarpt svar. Antagelig beholdt han troen på Planen og på planstyret, og på det ovenfra, bevisst og rasjonelt integrerte, helt offentlige, gratis helsevesen. Usikkerheten kom etter hvert når det gjaldt konkretiseringen. Den kom på grunn av motstanden, interesse-mangfoldet og, etter hvert, sviktende krefter og mot. Men kanskje var han også, når alt kom til alt, mer en ideenes enn en detaljenes mann? Ja, kanskje hadde det endog vært slik allerede i hans yngre år? Nære medarbeidere av ham fra de senere år av hans embedstid, peker på at han meget raskt grep hovedpoengene i et sakskompleks, og gjerne nøyde seg med dem. En som samarbeidet nært både med ham, og siden hans etterfølger, Torbjørn Mork, sier at Evang ikke forberedte seg så grundig til møter og presentasjoner som Mork. Så snart Evang hadde grepet kjernen i en sak var han fornøyd. Mork gikk til bunns i sakene, nesten som om han skulle være saksbehandleren.²⁹²

Noen av dem som samarbeidet nært med ham mener han mot slutten nesten tapte interessen også for strategisk handling. Tryggve Hauan, Evangs sykehusoverlege fra 1962 til 1969, uttalte til Aina Schiøtz: ”Han (Evang) var ikke interessert i sykehusvesenet”.²⁹³ Utover i sekstiårene følte mange av de yngre distriktslegene at det samme var tilfellet med almenhelsetjenesten. En distriktslege, født i 1936, som Aina Schiøtz har intervjuet, peker på at Evang knapt var ærlig når han ute kunne tale om ”the unique Norwegian system” (distriktslegevesenet): ”Han brydde seg i realiteten ikke en døyt om oss”.²⁹⁴ Nordby tegner også bildet av en helsedirektør som alment kom mer på defensiven de siste ti årene. Men ikke alle så ham slik. På ”scenen” beholdt han sikkerheten og utstrålingen; for så vidt helt til slaget stanset ham. Men Evang var svært følsom i sitt forhold til andre. Han plasserte dem raskt på en av sine to ”lister”, den ene over personer han likte, den annen over personer han ikke likte. Det er ikke underlig at noen av dem som havnet på den annen liste kunne oppleve ham som uinteressert.

Selv om Karl Evang kunne tvile i endel helsepolitiske spørsmål, hadde han hele tiden bestemte oppfatninger om mange hygieniske og sosialmedisinske spørsmål. Han var fra starten av svært legebevisst, og ble en ivrig og meget interessebevisst formann for Yngre Lægers Forening (1934-35). Han ble, og forble, en medikrat. Leger skulle lede. De skulle lede helsevesenet, men de skulle også lede i klinikkene. Han fikk derfor et anstrengt forhold til legenes viktigste forvaltningsrivaler, juristene, forvaltningens skapere og svært lenge nesten ”eiere”, men også til legenes og juristenes overordnede, politikerne.

Hvis Evang hadde klare standpunkter la han ikke skjul på dem, og kunne lett komme på kant med dem som hadde andre synspunkter. Han var også ærekjær og selvbevisst, og tok igjen overfor dem som utfordret ham. Ble utfordringen direkte og preget av ironi, kunne han slå brutalt tilbake. Han glemte heller ikke dem som engang hadde utfordret ham.

292) Tidligere overapoteker Bjørn Jøldal i intervju 15.10.2008.

293) Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke*, op. cit., s. 340.

294) Aina Schiøtz, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*, Oslo: Det medisinske fakultet, doktoravhandling, 2000, s. 168. Kfr. også hele kapittel 7 i avhandlingen.

Under krigen kom Evang på kant med Leiv Kreyberg, patologiprofessoren som nå fungerte som sanitetskaptein i Canada. Evang ville styre Kreyberg, som på sin side gjorde det klart at oberstløytnant Evang ikke tilhørte Sanitetet og at han ikke ville ta imot noen ordre fra ham. De to hadde flere sammenstøt senere og marinelege Thorstein Guthe, som nå (1944) ledet Medisinaldirektørens kontor i Washington, berettet for Trond Nordby om et møte mellom de to. Nordby skriver at ”Guthe nødig ville gjengi de ordene som ble brukt”.²⁹⁵ Kreyberg hadde sittet i Evangs SLF-komité i 1938, men vennskapet var nå gått i stykker. Det forble nok slik. På et møte i Det norske medisinske Selskab 25. april 1962, om masseundersøkelser og cancer, møttes de to og Evang kunne ikke la være å benytte anledningen til å ta igjen med spesielt én av debattantene, professor Kreyberg. Etter å ha konstatert at det var mange som hadde gledet seg over hans ”verdifulle og vel utviklede kritiske sans”, ”når emne og sted var heldig valgt”, måtte han nå ta igjen med professoren. Denne gang var ”sak og tidspunkt... ikke så velvalgt”, og så føyet han til, før han kom til saken: ”Man føler seg også undertiden litt usikker på om Kreyberg er fullt klar over hvordan hans sterkt poengterte stil og ordvalg nødvendigvis må virke på andre, særlig dem det går utover”.²⁹⁶ ”Man” kunne nok gi uttrykk for den samme oppfatning om den som gav uttrykk for dette. Evang fornemmet neppe at han satt i glasshus. Det gjorde nok tilhørerne.

Med sin argumentasjonsstyrke og sin voldsomme energi utøvet Evang en sterk personlig innflytelse. Det var vanskelig der og da å mobilisere motforestillinger mot hans pågående argumentasjon. Folk, men særlig slike som ikke på forhånd var skeptiske til ham, ble revet med, og sa seg, henført, enige med ham. Etterpå kunne fortryllesen slippe taket og motforestillingene melde seg. Når folk var ”kommet til seg selv” igjen, altså hadde funnet tilbake til sine egne stemninger og meninger, ble møtet med Evang en episode, en episode nesten uten konsekvenser. Han kunne derfor selv av og til klage over at personer som hadde erklært seg enige med ham i et møte, og kanskje hadde lovet ham å følge opp enigheten i praksis, ikke så lenge etterpå skiftet mening.²⁹⁷ Evang så på slik oppførsel som svikefull. Han forstod ikke at han hadde ”førført” dem og at de etterpå fant tilbake til seg selv, den de først og fremst hadde å være tro mot.

Man kan nesten si at hans ”magi” kom til å virke mot sin hensikt. Selvbevisste mennesker reagerer på for stor selvbevissthet hos andre. De føler seg gjort små av den store og utvikler skepsis. Det kan bidra til å forklare hvorfor han etterhvert fikk det tungt. Vi har tidligere nevnt hvordan hans gamle kolleger fra SLF, som Hans Gabriel Dedichen, allerede under krigen reagerte på hans ”overdanige” stil. Evang hadde hatt tanker om å bruke sine gamle meningsfeller som diskusjonspartnere etter krigen. Det ble ikke til det. Han hadde skjøvet dem fra seg. Fredrik Mellbye la merke til hvordan Evangs avstand til hans ungdoms venner økte etter krigen: ”For meg som

295) Nordby, s. 103-104.

296) Karl Evang, ”Masseundersøkelser og cancer”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 82, nr. 16, 1962.

s. 1052. Hele artikkelen finnes på s. 1052-1056.

297) Kfr. Nordby, s. 166, også note 52.

politisk utenforstående var det eiendommelig, men også egnet til ettertanke, å iakttå hvordan kløften mellom dem økte, til dels også på det personlige plan”.²⁹⁸ Det tør nok være mer enn politiske grunner til at kløften økte.

Evang ble tidlig sjef. Det forsterket hans tendens til å se saker ovenfra; ja, til å forbli sjef av vesen. Hans ”forførerer” ble slik et distansert, ikke et nært, forførerer. Han fikk derfor knapt virkelig nære venner og medarbeidere. Trond Nordby mener Reidar Eker (1903-1996), som han møtte under studiene, og som siden ble direktør for Det norske radiumhospital, ble Evangs eneste varige venn.²⁹⁹ Han hadde nok, i sin faste overlegestab, et ”utmerket public health team”, men han holdt samtidig avstand til ”teams” medlemmer. Galtung (Hansen) var en tid en unntagelse. De arbeidet nært sammen i tredveårene, både faglig og politisk, i Socialistiske Lægers Forening, og var utvilsomt venner. De fortsatte å være venner etter krigen, men de gled etterhvert, som vi har sett, fra hverandre.



Karl Ingolf Evang, medisinaldirektør/helsedirektør 1938-1972. Evang er den som har sittet lengst som norsk medisinal- eller helsedirektør. Hadde det vært opp til ham, hadde han gjerne blitt sittende enda lenger. Han hadde imidlertid ikke noe valg; han måtte gå av da han fylte 70. Her er han malt av sin jevnaldrende Harald Dal (1902-1972), i forbindelse med at han i 1962 fylte 60 år. Dal var både en portrett- og landskapsmaler. I yngre år var han påvirket av blant annet Henrik Sørensen og kretsen rundt ham og malte farvestærkt. Fra midten av tredveårene begynner han å male mer ”geometrisk”. Bildenes strenge oppbygning gjør at billedflaten løses opp i fasetter og får et prisme- preget uttrykk. Lysspillet får slik en viktig rolle, som vi ser i portrettet av Evang.

298) Mellbye, *op. cit.*, s. 145.

299) Nordby, *op. cit.*, s. 24-25.

Den langvarige nærhet, og det yrkesmessige ”skjebnefellesskap” Evang og hans medledere fikk, kom dog til å sette sine spor. Mellbye bemerker i sine erindringer:

På slutten av vårt fellesskap i Helsedirektoratet betraktet jeg Karl Evang som en venn. Jeg hadde inntrykk av at følelsen var gjensidig. Jeg må uttrykke det på den måten, for vi gikk aldri inn på slike personlige forhold under våre samtaler. Det var mer en gjensidig følelse som vi merket under vårt daglige samvær.³⁰⁰

Mellbye har sikkert rett, også når det gjelder Evang. Samtidig var Evang opptatt av å beholde en viss distanse. Hans lederskap fordret det. Derfor kan nok også, som Nordby hevder, Mellbye ha virket utfordrende på Evang mot slutten. Mellbye var den av Evangs gamle stab som mest hadde beholdt virketringen og overskuddet. Mens de andre på mange måter ”grånet” ble Mellbye nesten mer vital og synlig. Evang kunne nok undertiden synes det ble i meste laget, mener Reidar Bang, gjennom mange år Budsjett- og personalkontorets leder.³⁰¹

Men andre steder, både ”nedad” i det norske helsevesen og til siden, i det internasjonale miljø, kunne hans utstråling virke og føre til en demonstrert begeistring og nesten kjærlighet. Reaksjonene utenfra ble særlig viktige for Evang. Etter WHO-møtet i 1962 skrev han hjem at det var en lettelse å komme i et miljø ”hvor min person er – grovt sett – gjenstand for velvilje, respekt og – til en viss grad – varme følelser”.³⁰² Det er ikke underlig at utlandet etter hvert ble et fluktsted for ham, og kanskje også vemodige møter med muligheter han selv hadde avvist på slutten av og like etter krigen.

Men Evangs reaksjoner demonstrerer også belastningene med den ”suverene” ledelse: Slik ledelse kan gi respekt og kanskje en litt vag beundring, men den gir sjelden den konkrete og ekte bekreftelse også ledere trenger. De får mye imponert bekreftelse, men mindre kjærlighet.

Legenes selvstendighetsbevissthet og krav om at autoritet måtte springe ut av faglig innsikt, gjør at det er vanskelig å lede leger, også for andre leger. Dette kan ha bidratt til de problemer Evang fikk med autoriteten nedover, altså i forhold til fylkesleger og distriktsleger. Det bidro nok også til at han var forsiktig med sine egne overleger. Men mest forsiktig var han nok i forhold til sine kolleger ved sykehusene, særlig de mest spesialiserte sådanne. Han slåss iherdig for å få mer ressurser til sykehusene, men ”styrte” egentlig ikke sykehusene og deres administrerende overleger. Heller ikke fylkeslegene gjorde for øvrig det.

300) Mellbye, *op. cit.*, s. 145.

301) Samtale med Reidar S. Bang, 25.11.2008.

302) Sikkert etter Nordby, s. 210.



Karl Evang i avgangsåret: Han skulle gjerne ha fortsatt, men aldersgrensen var absolutt, også for ham. Foto: Arild Hordnes / NTB / Scanpix.

Den faglige styringen begrenset seg til den medisinske Evang og Direktoratet kjente, den prekliniske, og i noen grad den primærkliniske. Overfor sykehus-spesialistene var Evang og hans folk forsiktige; overfor dem hadde de minst å fare med. Typisk nok var det først i 1962 det kom en overlege til sykehuskontoret, Tryggve Hauan. Tidligere var kontoret ledet av en "byråkrat". Hauan, som aldri lot seg "fjetre" av Evang, ble også bare værende i fem år. Han gikk så, som hans første medisinalråd, Jonn Caspersen, til Rikshospitalets direktørembede, og ble erstattet av kreftregisteroverlege Sverre Harvei. For Evang kan forholdet til sykehuskollegene ha blitt et tiltagende problem, selv om han aldri viste det. Utviklingen gav dem stadig mer status, mens det Evang stod for, det prekliniske, stadig tapte status. Typisk nok ble den sosialmedisin han etter krigen hadde bidratt til å få inn i medisinstudiet etter hvert et lite og isolert lavstatusinnslag i studiet. Han hadde tenkt den etter hvert skulle komme til å gjennomsyre hele studiet.

Den horisontale dimensjon

Departementsavdeling og Direktorat ble altså samlet under krigen og fortsatte som samlet enhet etter krigen. Men mens enheten under krigen var samlet som avdeling ble den etter krigen samlet som Direktorat. Det markerte faglighetens forrang. Det markerte imidlertid også at enheten hadde en dobbelstilling; det var tillike et sekretariat for statsråden og et selvstendig fagdirektorat. Det hadde fått en utpreget heisstatus. "Heisen" fungerte også forholdsvis bra nedover. Utgangspunktet for det var den utpreget helsefaglige sammensetning av direktoratsledelsen. Direktoratet representerte like meget en fortsettelse av pre/klinikken inn i forvaltningen og politikken som den representerte et politisk og forvaltningsmessig utgangspunkt for

styring av pre/klinikken. Det utgjorde det øverste styringsledd i det som var et nokså gjennommedikratisert helsevesen.

Man kan si at den vertikale spesialisering, nettopp på grunn av Direktoratets heisstatus, var ufullstendig, og bare semimoderne. Man kan også si at den horisontale spesialisering Direktoratet fikk var semimoderne. Den førte videre den form for oppgavespesialisering som preget det gamle Medisinaldirektorat, nemlig den institusjonelle. Som vi snart skal se, var der, som under krigen, også et funksjonelt innslag, men det var bare det, et innslag. Det gjaldt Budsjett- og personalkontoret, i 1967 omdøpt til Økonomi- og personalkontoret. Dette innslag fikk imidlertid etterhvert større betydning, og kom slik til å bli en voksende utfordring for ”institusjonskontorene”.

Ja, omdøpningen av Budsjettkontoret representerte nesten et lite regimeskifte; et regimeskifte som dog var ”varslet” med opprettelsen av økonomiinspektørstillingene i 1954 og 1961. Den betydde at det fornyede Økonomikontoret overtok meget av økonomistyringsansvaret fra institusjonskontorene. Institusjonskontorene mistet dermed også litt av sitt institusjonelle og medikratiske preg. De ble utfordret som ”interessentkontorer”. Økonomikontoret, som tidligere bare hadde hatt budsjettansvaret for stats-sykehusene, ble mer av et ”internt” finansdepartement. Ja, man kan nesten si at en finansdepartementsfunksjon ble plassert inn i Direktoratet – tildels med det formål å svekke Direktoratets interessehevdende rolle i forhandlingene med Finansdepartementet. Det ble ytterligere styrket ved opprettelsen av den økonomisk orienterte Utrednings- og planleggingsgruppen i 1971.

Finansdepartementets grep om Helsedirektoratet, som Sosialdepartementet generelt, ble forøvrig ytterligere styrket ved utnevnelsen av økonomen Jan Madsen (f. 1925) til ekspedisjonssjef for planlegging i Sosialdepartementet i 1971. Madsen kom fra Finansdepartementet. Han var ikke, som en del andre økonomer, ”utplassert” der, men den mektige finansråd Eivind Erichsen (1917-2005)³⁰³ trodde Madsen kunne bidra med en ”viss nøkternhet” i Sosialdepartementet.³⁰⁴ Vi skal komme tilbake til det.

Jusen ble ikke samtidig flyttet ut. Økonomikontoret ble ikke tillike et juskontor. Ei heller kom der et eget juskontor. Jusen ble beholdt i kontorene. Hvert kontor hadde sin egen juridiske byråsjef og sine egne juridiske saksbehandlere. Dog kan man si at ekspedisjonssjefen (1956) og underdirektøren

303) Eivind Erichsen var i 1952 blitt ekspedisjonssjef i Økonomiavdelingen i Finansdepartementet. Da juristen Friedrich Georg Nissen (1887-1969), den gamle finansråd, i 1957 gikk av for aldersgrensen, stod det mellom Erichsen og den noe eldre jurist, Sigurd Lorentzen. Lorentzen var sjef for Finansavdelingen. Også Lorentzen var en ”tung” ansøker. Finansministeren, sosialøkonomen Per Kleppe, var imidlertid ikke i tvil. Han ville ha en sosialøkonom, for å ”modernisere” Finansdepartementet. Erichsen var den eneste sosialøkonom i sjefstilling, og nå gikk han altså helt til topps. Man kan si at med Erichsens utnevnelse fikk nyttestatligheten et endelig gjennombrudd i statsforvaltningen. Erichsen ble sittende til han ble pensjonert i 1986. Han ble etter hvert statsforvaltningens kanskje mektigste mann. Om utnevnelsen, kfr. Per Kleppe, *Kleppepakke*, Oslo: Aschehoug, 2003, s. 112. Lorentzen ble siden departementsråd i Samferdselsdepartementet (1960-1972) og til slutt (1972) høyesterettsdommer. Det bør ellers nevnes at ”utplasseringen” av økonomer fra Finansdepartementet, ikke var ensidig. Å ha tjenestegjort i Finansdepartementet, og særlig Finansavdelingen, gjorde en person tiltrekkelig i andre departementer, som i forvaltningen for øvrig. Dyktige FD-økonomer ble slik også lokket til andre departementer. Finansdepartementet kunne da også oppleve at folk som kom fra Departementet ikke bare ble lydige FD-medspillere, men like gjerne dyktige ”spillere” på sitt nye departements vegne. De la imidlertid egentlig sjelden fra seg sin forankring i nyttestatstenkingen.

304) Opplyst av Jan Madsen i samtale 20.11.2008.

(1961) i noen grad spilte en juridisk koordinerende og dermed tverrgående rolle. Men også jusens logikk er slik at den lett blir fanget av helhets- og, selvsagt, konsistenskrav. Den tradisjonelle medisinaljusen var institusjonell, men den som lå økonomikken nærmest, forsikringsjusen (trygdejusen), ble nå trukket med i utviklingen mot økende styringsprofesjonalisering. De offentlige forsikrings- og understøttelsesprogrammer ble gradvis samlet i ett program, Folketrygden. Det skjedde, etter nesten tyve års utredning, i 1966, med virkning fra 1967, dog slik at syketrygden først ble tatt med fra 1971.

Men presset på organisasjonsformen var selvsagt større fra økonomisiden. Økonomi hadde alltid vært en kilde til dragkamp og spesiell oppmerksomhet, men på en forholdsvis enkel og lite faglig preget måte. Det nye var at økonomistyringen i staten i løpet av de første etterkrigsårene ble tatt ut av juristenes hender og profesjonalisert. Mens den gamle økonomiforvaltningen var preget av ”ufaglig” dragkamp om bevilgningene på den ene (og ”planleggende”) side, der budsjettbalanse hele tiden var det overordnede hensyn, og kontroll med pengebruken på den annen (og iverksettende), var den nye økonomiforvaltningen mer ”dynamisk” og profesjonelt resultatbevisst. Den var plan-økonomisk.³⁰⁵ Evang så dette – han var alltid nysgjerrig på det nye – men om han så de mulige implikasjonene av det for organiseringen av Direktoratet, er mer tvilsomt. I et notat til statsråden fra desember 1962 skriver han at

avdelingen <dvs. det kontor han ønsker skal bli Økonomiavdelingen>... i første rekke får med den økonomiske kontroll å gjøre: driftskontroll, investeringskontroll, kurlpengesaker, økonomiske fellessaker, det kontinuerlig løpende budsjettarbeid og den totale rammekontroll når det gjelder den del av statsbudsjettet som går gjennom Helsedirektoratet.³⁰⁶

På tradisjonelt vis understreker han ordet ”kontroll”, men opprømsingen av ”kontrolltiltak” er nokså tilfeldig, og vidner om at han mer fornemmer enn forstår hva som skal komme. Samtidig understreker han i fortsettelsen, på en måte som gir inntrykk av at han iallfall aner at en ny tid er i anmarsj:

De som behandler sakene i fagavdelingene må være under instruksjon om å samarbeide med Økonomiavdelingen om alle saker, slik at Økonomiavdelingen til enhver tid har full oversikt over de økonomiske problemene, både større og små.³⁰⁷

Satt på spissen innebærer disse ord at de institusjonelt organiserte kontorer ikke kan fungere helt institusjonelt. Evang gir her nesten ”Økonomiavdelingen” en rolle nettopp som Finansdepartementets lokale representant, eller kanskje like meget ”fagmotpart”. Han ble samtidig mer og mer oppgitt over Finansdepartementets kontroll med ham og hans saker,³⁰⁸ men denne

305) Kfr. Einar Lie, *Ambisjon og tradisjon. Finansdepartementet 1945-1965*, Oslo: Universitet i Oslo (doktoravhandling), 1995.

306) P.M. til Sosialministeren fra Helsedirektøren. HELSEDIREKTORATETS ORGANISASJON mm., 5.12.1962 (KE/TP), s. 4.

307) *Ibid.*, s. 5.

308) Hans opptatthet av økonomi økte også etter at han var gått av. Det samme gjorde hans irritasjon over Finansdepartementet. Kfr. Karl Evang, *Helse og samfunn*, Oslo: Gyldendal, 1974, s. 303-304.

kontrollen gjorde nok også at han selv ble mer oppmerksom på ressursidens betydning. Han kunne således også fra tid til annen sukke over hvor komplisert økonomien var: Det beløp Direktoratet disponerer er

fordelt på et utall underposter på de mange forskjellige fagområder, dels kan det dreie seg om driftsutgifter, dels om ugifter til nyanlegg og bygg, til vedlikehold, til starting av helt nye virksomheter o.s.v. En slik spredning av beløpet over så mange fagfelter og virksomhetsgrener gjør den økonomiske kontroll og oversikt særlig byrdefull.³⁰⁹

Evangs svar var altså å styrke økonomikompetansen i Direktoratet.

Omdøpingen av Budsjett- og personalkontoret til Økonomi- og personalkontoret, og styrkelsen av Kontoret, representerte altså et lite skritt i styringsmoderniserende retning. Forut for denne styrkelsen av Økonomikontoret hadde det imidlertid vært en dragkamp. Det startet med at Sosialdepartementet hadde bedt om penger til et trygde-ekspedisjonssjefsembede. Finansdepartementet hadde svart med at Rasjonaliseringsdirektoratet først måtte se på Departementet og mulighetene for rasjonalisering. Helse-direktoratet ble tatt med i det oppdrag Rasjonaliseringsdirektoratet fikk. Evang ønsket rasjonaliseringsbistand. Han fikk mer enn han bad om. Arbeidet startet med en "grovanalyse" våren 1963, fortsatte med intervjuer og en omfattende "runde" med Evang. Evang nesten druknet rasjonaliseringsfolkene i notater. Rasjonaliserernes diagnose var klar og utfordrende:

Arbeidsfordelingen mellom kontorene er stort sett basert på et "klientellprinsipp". Dette innebærer at helseadministrasjonens ytre ledd bare skal ha ett kontor å forholde seg til uansett sakens art. Dels er imidlertid også et funksjonelt syn lagt til grunn (for eksempel ved opprettelsen av Budsjett- og personalkontoret). Men prinsippene er ikke konsekvent gjennomført.

I enkelte tilfeller er det sykdommens art som er grunnlaget for spesialiseringen (kontorene for psykiatri, tuberkulose og tannlegekontoret). I andre tilfeller dominerer virkemidlene (legekontoret, hygienekontoret, sykehuskontoret). Noen enhetlig behandling av budsjett- og personalsaker skjer ikke i dag. Hvert av kontorene er i virkeligheten "selvforsørgende" på dette felt.³¹⁰

Folkene fra Rasjonaliseringsdirektoratet konstaterte så at den bestående ordning hadde "visse positive sider", blant annet ved at institusjonene "sikkert" får "en mer personlig preget kontakt med direktoratet".

Det bestående system har imidlertid også svakheter. Fagkontorene er sterkt belastet ved behandlingen av administrative detaljsaker. Dette svekker deres planleggingskapasitet og muligheten for å konsentrere en

309) Karl Evang, "P.M. til Sosialministeren fra Helsedirektøren", *op.cit.*, s. 2-3.

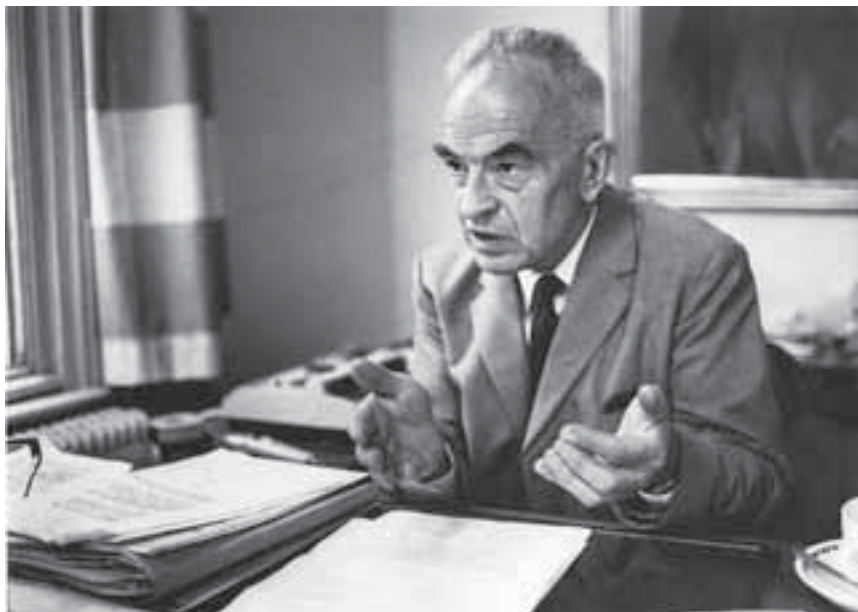
310) Administrasjonsordningen i Sosialdepartementet – del II Helsedirektoratet, R-dir. 003.2 JD-TB/GS S43 15/12-64, s. 3 (begge sitater).

*større del av innsatsen på det rent fagmedisinske felt. **Budsjett- og personalsaker er i realiteten også faglige spesialiteter.** Siden slike saker ikke kan være hovedsaker for fagkontorene, svekkes direktoratets mulighet for effektiv innsats på disse områder.*

Rasjonaliseringsdirektoratet legger ikke skjul på at det mener Helse- direktoratet er modent for en større omordning, i hovedsak etter funksjonelle prinsipper. Den tar derfor utgangspunkt i det det ser som Direktoratets fremtidige styringsoppgaver:

*Helsedirektoratet må i framtiden legge stor vekt på de planleggende, rådgivende og kontrollerende funksjoner. Framtidfunksjonene vil nødvendiggjøre en mer **enhetlig behandling av administrasjons- funksjonene.**³¹¹*

Men rasjonaliseringsfolkene våget ikke å ta konsekvensen av sine almene råd og konkluderte med at det, ”På det nåværende tidspunkt” ikke anses ”aktuelt å foreta en ytterligere innskrenkning av kontorantallet”.³¹² Dets råd var altså det nokså ”ufarlige”, nemlig å bygge ut og profesjonalisere det gamle Budsjettkontoret. Evang hadde ”skremt” dem fra å røre ved hans institusjonelt baserte kontorer, de medisinsk ledede ”heiskontorene”. Forslaget om å bygge ut Budsjettkontoret, og blant annet gi det fire seksjoner, ble altså tatt til følge. Rasjonaliseringsdirektoratets forslag var imidlertid et forvarsel om hva som skulle komme.



Karl Evang ved sitt skrivebord 9. juli 1970, ivrig forklarende. Her ikke bare ser vi hans intensitet, vi føler den. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

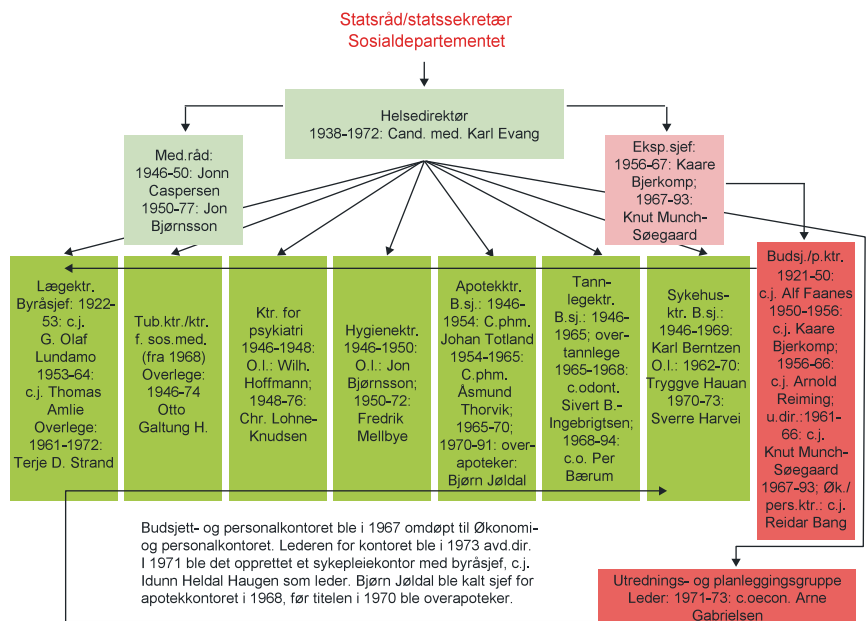
311) *Ibid.*, s. 7.

312) *Ibid.*, s. 10.

Samtidig med dette, nokså puslete, ”regimeskifte” fortsatte, om enn forsiktig, den institusjonelle spesialisering. Dette, samt veksten i Økonomi- og personalekontoret, gjorde at Evang mot slutten av sin direktørtid forsøkte å få gjort kontorene om til avdelinger, og i noen grad å få seksjonert disse. Allerede i notatet til Sosialministeren av 5. desember 1962 skriver han at det var blitt nødvendig å lage et ”avdelingslevel”; Evang tydde etter krigen stadig til anglismer. Han ville beholde de gamle, hovedsakelig institusjonelt definerne enhetene, men altså som avdelinger, og med helsefagsjefer i alle avdelinger bortsett fra i ”Økonomiavdelingen”. Tannlege- og apotekeravdelingene skulle imidlertid, som Økonomiavdelingen, ha en avdelingsdirektør som sjef. Fagtitlene skulle bort for tannlegene og apotekerne. Han fikk ikke sine avdelinger, men reelt ble det kontoret som nå ekspanderte sterkest både i størrelse og betydning, Økonomi- og personalekontoret, en slags avdeling, med seksjoner. Kontoret fikk en underdirektør, ikke en avdelingsdirektør, i 1967. Året før kom det en økonomiseksjon og året etter en personalseksjon.

I figur 4.1 har vi skjematisk presentert Helseidirektoratets organisasjon i årene 1946 til 1972, med vekt på den horisontale spesialisering.

Figur 4.1: Helseidirektoratet 1946-1972



Vi har farvet de institusjonelt organiserte, og helsefaglig styrte, organisasjonsenheter grønne, og de funksjonelt organiserte, i stor grad på tvers fungerende, og administrativt styrte organisasjonsenheter, lyserøde. De øverste, direktoratomfattende stillinger har vi gitt lysere farver, avhengig av om de primært er institusjonelt eller funksjonelt orientert. Selv om medisinalråden

og ekspedisjonssjefen (for Evang: ”lovråden”)³¹³ egentlig hadde konsulentstillinger (stabsstillinger), spilte de også en viss direkte ledende rolle. Medisinalråden gjorde det da, men gjerne slik at det var en arbeidsdeling med Direktøren, overfor helsefagkontorene, og ekspedisjonssjefen overfor Budsjett- og personalkontoret, men i noen grad også overfor juristene i institusjonskontorene. Her bør det imidlertid legges til at Evang gav inntrykk av at også medisinalråden og ekspedisjonssjefen gikk inn i linjen, med den første som nr. to og den annen som nr. tre. Øverst til venstre på konseptarkene, brettete A3-ark, var det således trykt en tabell som viste saksgangen og dermed linjen, fra saksbehandler og oppover.³¹⁴ Sist stod det statsråd, nest sist helsedirektør og så videre, medisinalråd, ekspedisjonssjef osv. Evang ville også at sakene skulle gå den veien; ingen sak skulle normalt nå ham uten at den først hadde vært innom Bjørnsson. Samtidig var det slik at Bjørnsson hadde en konsulentpreget tittel, ikke en hierarkisk tittel; han var *medisinalråd*. Bjerkomp og Munch-Søegaard hadde hierarkiske titler; men som ekspedisjonssjefer hadde de selvstendig adgang til statsråden, og skulle for såvidt vært plassert ikke under, men ved siden av Evang (i et halvt delt direktorat).

På toppen er de politiske ledere markert med rød skrift. Farvene gjør at vi bedre ser hvor sterkt institusjonelt organisert Direktoratet er i denne perioden. Vi kan også si at betoningen av det institusjonelle prinsipp understrekes av at sjefene for de ”grønne” kontorer var lønnet over sjefen for de to røde enhetene. Overlegene var forøvrig lønnet litt over overtannlegen (1965-) og overapotekeren (1965-), men da Evang gikk av var det bare et lønnstrinn igjen i forskjell.

Vi skal til slutt føye til noe hva angår hovedkontorenes institusjonelle preg.

Legekontoret hadde fra starten av ansvaret for legevesenet, i første rekke det offentlige, og sykepleie- og jordmorvesenet (m.m.). Psykiatrikontoret hadde ansvaret for det psykiatriske helsevesen, innbefattet åndssvakevesenet, Sykehuskontoret for det alminnelige sykehusvesen, Tannlegekontoret for det offentlige tannlege- og tannhelsevesen og Apotekkontoret for apotekerveesenet og legemiddelforsyningen. Hygienekontoret, som et helsefremmende

313) Kfr. diskusjonen ovenfor om hvordan Evang i 1956 ble pådyttet en ekspedisjonssjef, istedenfor den lovråd han hadde bedt om.

314) Konseptarkene hadde denne tabellen i øverste venstre hjørne; kfr. nedenfor. Saker som gikk fra Helsedirektoratet, på Helsedirektoratets papir, ble enten undertegnet av Helsedirektøren, eller av en annen som hadde fullmakt til å undertegne, med då på fullmakt. Saker som gikk fra Departementet ble undertegnet av alle andre enn Statsråden etter fullmakt.

Journalnr.		
Arkivnr.		
Saktittel:		
Behandlet av	Dato	Sign.
Saksbehandler		
Byråsjef		
Overlege		
Ekspedisjonssjef		
Medisinalråd		
Helsedirektør		
Statsråd		
Ekspedert		

og sykdomsforebyggende orientert kontor, hadde et noe mindre enhetlig institusjonelt ansvar. Det var opptatt av hygieniske tiltak rettet mot ulike miljøer, av ernæringen (og næringsmiddelkontrollen), av tiltak mot smittsomme sykdommer og kontrollstasjoner for mor og barn. I stor grad arbeidet Hygienekontoret, som Legekontoret, gjennom de offentlige leger. Tuberkulosekontoret hadde ansvaret for tuberkuloseomsorgen, en relativt distinkt institusjon. Vi kan altså konstatere at disse institusjonelt baserte kontorene var det på en profesjonspreget måte. Legene hadde fire kontorer knyttet til fire, forholdsvis distinkte (sett av) medisinske institusjoner. Ett av dem hadde endog et profesjonsnavn, Legekontoret. Det var ikke kalt kontoret for primærhelsevesenet. Ellers hadde altså tannlegene og farmasøytene hvert sitt kontor. De siste var imidlertid underlagt en viss legelig styring.

Sykepleien hadde ikke et eget kontor fra starten av. Den var plassert i Legekontoret. Etter hvert fikk den imidlertid en mer uformell seksjon i Legekontoret, og ble med det i noen grad gjort til en egen institusjon, eller sektor, som de andre helsefagene. Det startet med at det ble ansatt en sykepleieinspektør i 1949. I 1967 ble inspektørstillingen gjort om til en byråsjefstilling for, som det nå het, ”sykepleieadministrasjonen”. Et eget sykepleiekontor kom i 1971. Den adskillelse og frigjørelse av sykepleien fra medisinen som skjedde i pre/klinikken hadde altså sin parallell i den sentrale helseforvaltning. Dog bør det nevnes at de to sykepleieledere som virket under Evang, Gunvor Rørstad (1949-) (f. 1911) og Idunn Heldal Haugen (1967-) (f. 1928), begge hadde juridicum, i tillegg til sykepleierutdannelse. Det hører imidlertid med til historien at juristene mer så på de to som sykepleiere enn som jurister. Evang stilte seg positiv til etableringen av et sykepleiekontor. Han hadde foreslått et slikt i forbindelse med vedtagelsen av sykepleieloven i 1948,³¹⁵ men ikke nådd frem med sitt forslag. Evang forble imidlertid en medikrat, og den etterhvert ”frigjorte” sykepleieadministrasjon måtte, som tannlege- og apotekeradministrasjonen, finne seg i å være plassert under medisinsk ledelse.

I all hovedsak skjedde det altså bare en beskjeden videre institusjonell kontorspesialisering i løpet av Evangs tid. Den var dog viktig nok, både maktmessig og symbolsk: Sykepleien ble delvis adskilt fra medisinen på administrativt nivå. Det hører imidlertid med til bildet at apotekernes og tannlegenes status ble hevet og deres kontorer i noen grad gjort mer uavhengige av medisinen. Der skjedde altså under Evang en viss institusjonell demedikratisering. Etableringen av Økonomiavdelingen i 1967 representerte dertil en særlig viktig funksjonell demedikratisering. Den evangske orden var altså, allerede under Evang, i noen grad i oppløsning, og ikke helt uten Evangs egen medvirkning. Det tør være uklart om han så hva som skjedde, når vi ser bort fra det som skjedde da Gudmund Harlem ”dyttet på” ham ekspedisjonssjefen i 1956.

315) Sykepleierne hadde arbeidet for å få en egen lov siden dannelsen av Norsk Sykepleierskeforbund i 1911, men fikk den altså først i 1948. Loven gir blant annet sykepleiere med tre års offentlig godkjent utdannelse enerett til å bruke titelen ”offentlig godkjent sykepleier”. Utdannelsen av psykiatriske sykepleiere og jordmødre ble samtidig gjort til sykepleiespesialiteter (gitt i de siste åtte måneder av den treårige utdannelsen). Utdannelsen var knyttet til sykehus, men fra 1960, da loven ble revidert ble sykepleierutdannelsen administrativt adskilt fra sykehusene og (fra 1962) mer teoribasert (og mindre praksisbasert).

La oss også legge til at om kontorene ytre sett stort sett forble de samme gjennom Evangs tid, vokste de betydelig. Fagstaben var i 1946 på 39³¹⁶, i 1972 på 84. Dertil kom at der skjedde en videre (horisontal) spesialisering innad i kontorene, en spesialisering som gjorde den institusjonelle integrering av virksomheten vanskeligere.

Profesjonaliseringen

Overvåkning av helsetilstandsutviklingen og tilbudsutviklingen

Som vi har sett var overvåkingen av helse- og sykdomstilstandens utvikling, og av dødelighetsutviklingen, den "første" av de forvaltningspregede oppgaver, overført til det statistisk spesialiserte fagmiljøet i Statistisk sentralbyrå i mellomkrigstiden, til forvaltningslegenes ergrelse. Også oppgaven med å holde oversikt over noen sider ved tilbudssidens utvikling, altså personell- og institusjonstilbudene, var overført til Statistisk sentralbyrå. Men denne statistikken var ikke nok som grunnlag for medisinalpolitikk og medisinalforvaltning.

Der krevdes på behovssiden først og fremst data om sykkelighetens sammenheng og utvikling. Spesielt krevdes der data om de mest sykdomsutsatte grupperes sykkelighet, altså barns og ungdoms, mødres og eldres, altså de grupper som er i de raskeste endringsfasene (generasjons- og degenerasjonsfasene) i livet. Med til disse utsatte gruppene hørte også mennesker med alvorlige kroniske lidelser og ulike typer funksjonshemninger og, om enn etter krigen i synkende grad, de fattige. Denne overvåkingen krevde også at overvåkerne, distriktslegene, og de som skulle bruke overvåkingens resultater, medisinalforvalterne, hadde dypere sykdomskunnskap, det vil si, kunnskap om etiologi, forebygging, behandling og prognose, altså var leger.

På tilbudssiden krevdes der også en kompetanse som gikk utover den statistiske. På den ene siden krevdes der kunnskap for å kunne bedømme tilbudssituasjonen (ressurssituasjonen), det vil si i hvilken grad der var mangel på personell, utstyr og institusjonsplasser. På den annen side krevdes der kunnskap for å kunne forstå og se implikasjonene for ressurstilførselen av den medisinske og medisinsk-teknologiske utvikling. Også dette krevde medisinsk kompetanse, både hos dem som var ute i "marken", distriktslegene, og hos medisinalforvalterne på fylkes- og statsnivå.

Det var i første rekke gjennom distriktslegenes medisinalberetninger at mye av den grunnleggende sykkelighets- og tilbudssideinformasjon ble hentet inn. Der ble imidlertid også gjennomført mer spesifikt rettede helsetilstandsundersøkelser der opplysninger ble ført på egne skjemaer. Dette gjaldt spesielt to av de utsatte gruppene, spedbarna og skolebarna. Slike undersøkelser ble startet rundt og etter Den første verdenskrig, og fulgt opp etter den siste krig.

316) For 1946 omfatter det fire i Kontrollaboratoriet for farmasøytiske spesialpreparater. Tallene er basert på Norges statskalender.

Medisinalberetningene var opprinnelig nokså ”idiosynkratisk” utformet. Etter hvert fikk de en stadig fastere form, og et mer standardisert, tildels kvantitativt preg. De beholdt imidlertid det ”personlige” preget også etter 1945. Det bidro til å gi dem mer ”trykk”. Statistikk gir et representativt og ”riktig” bilde, men ”innramningen”, kasuistikken, bidrar til at mottageren får veiledning og hjelp til å prioritere; ja, til å vurdere de mer presise informasjonenes pålitelighet, gyldighet og (lokale) alvorlighet. Dette gjelder så vel behovssiden (sykelighetsforholdene) som tilbudssiden (bemanningsforholdene og ressursituasjonen ellers). Vi bør føye til at den informasjon, av og til nokså kasuistisk og emosjonelt farvet, som Direktoratet fikk gjennom de faste fylkeslege- og distriktslegemøtene, men også gjennom løpende kommunikasjon med fylkes- og distriktslegene, spilte en rolle.

I tillegg til den informasjon som slik ble innhentet, og så sendt Direktoratet, eller skapt gjennom møter og andre kontakter, var ikke den eneste Direktoratet baserte sin politikk og forvaltning på. Det skaffet seg også informasjon selv, gjennom mer eller mindre systematisk inspeksjon. Som vi har sett ble titelen inspektør brukt i 1930-årene om direktoratsleger. Den ble også brukt etter krigen, om andre enn leger. Det understreker at for overlegene og de andre helsefaglederne til Evang, spilte inspeksjoner, eller besøk, hos de praktisk arbeidende helsefagutøvere stadig en viktig rolle, ja, kanskje en økende rolle. På ett område, det farmasøytiske, var inspeksjonen og revisjonen svært viktig. I 1946 var det to apotekvisitatorer i Direktoratet. En tredje kom til i 1964 og en fjerde i 1970. De brukte meget av sin tid til å reise rundt til apotekene, men når de var i Direktoratet fungerte de som vanlige saksbehandlere. Inspektørene, det vil si kontorlederne eller deres medarbeidere, hadde imidlertid flere oppgaver enn bare den informasjonsinnhentende. De drev også iverksettelse, gjennom en slags spaserende ledelse, og tilsyn og kontroll, eller, en slags mindre formell evaluering.

Overvåkingen var ikke skilt ut som egne oppgaver for enheter eller personer, hvis vi ser bort fra statistikkinnsamlingen, som var flyttet til SSB, og apotekvisitasjonen. Den foregikk som en av flere oppgaver helsefagfolkene i Direktoratet hadde. Som vi har antydnet foregikk den også til dels integrert med andre oppgaver. Kontorene fungerte slik typisk institusjonelt. Hva gjelder innholdet i overvåkningsvirksomheten endret den seg ikke prinsipielt i løpet av Evangs tid. Den ble preget av den relevante fagutviklingen, men metodisk endret den i liten grad karakter. Den kvantitative og det vi kunne kalle kvalitative (historiebaserte) overvåkning ble for eksempel ikke systematisk sett i sammenheng. Det var også noe tilfeldig hvordan den ble utnyttet i neste fase, i planleggingen av nye tiltak.

Som vi har nevnt ble det ansatt en økonomiinspektør allerede i 1946. Der kom en til i 1961, før disse stillingene ble ordinære stillinger i det nyorganiserte Økonomikontoret. Disse inspektører spilte mer en iverksettende og kontrollerende rolle enn en overvåkningsrolle.

Hva tilbudsutviklingen angikk var den på ingen måte systematisert, men spesielt overlegene, overapotekeren og overtannlegen så det som en naturlig

forpliktelse å følge med innen sine fag. De gjorde også det, blant annet gjennom omfattende kontakt med klinikken og preklinikken. Når det så kom til fagpolitikkutvikling og faglig veiledning – det var særlig slik fagpolitikkutviklingen ble iverksatt, brukte de også flittig andre fagfolk. Vi skal legge til at Evang selv fulgte ivrig med i den medisinske utvikling, så langt han maktet, men spesielt var han opptatt av at hans fagledere fulgte med på sine fagområder. Kunnskapsovervåkingen var altså personlig preget. Den systematiske og ”upersonlige” overvåkning av tilbudsutviklingen, med meta-studier og kunnskapsoppsummeringer, tilhørte fortsatt fremtiden.

Planlegging

Planleggings- og strategiutviklingsoppgaven, den ”neste” forvaltningsoppgaven, var heller ikke skilt ut som en egen oppgave, hverken i Direktoratet eller i kontorene, før helt mot slutten av Evangs regjeringstid. Den spesialiserte utrednings- og planleggingsgruppen kom først i 1969. Den fikk som leder en sosialøkonom. For første gang fikk altså en representant for den nye, offensive ”planstaten” en representant inn i Direktoratet. Økonomiinspektørene var ikke sosialøkonomer; for så vidt heller ikke akademikere. Det hører med til bildet at de som hadde et overordnet ansvar for det som måtte være av planlegging som også hadde med seg ressursiden, ekspedisjonssjefen og siden underdirektøren, alltid var jurister, altså utpreget ikke-planleggingsorienterte styringsfagfolk.

Økonomene kom som en ny gruppe, og med en ny, teoritung måte å tenke på. Han hadde hatt en viss forståelse for det han skjønte var den nye faglige inspirator for økonomene, John Maynard Keynes. Keynes var jo planøkonomisk orientert, og det tiltalte ham i prinsippet.³¹⁷ Men han satte seg aldri inn i Keynes tenkning, eller økonomikkens logikk for den saks skyld. Møtet med økonomene i det ”nye” Finansdepartementet ble ikke positivt og han utviklet etterhvert betydelig skepsis overfor økonomene. Han erfarte allikevel at de var viktige, og ville bli viktigere, og endte med å slippe dem, eller én av dem, til i hans eget hus.³¹⁸

Der ble selvsagt drevet planlegging, forberedelse av ny politikk og nye tiltak, i Direktoratet også før utredningsgruppen ble etablert. Den overordnede, politikkutviklende planlegging, var det i første omgang Evang selv som stod for. Han oppfattet slik planlegging som den overordnede funksjon, og som en funksjon som dermed lå til hans embede, iallfall å sette igang. For så vidt ble for ham en egen ”politisk” planleggingsavdeling nærmest overflødig. Det samme gjaldt for øvrig den indre planlegging: Innad var planene først og fremst rutinene og tradisjonene. Skulle det planlegges endringer var det altså en oppgave først og fremst for ham, selv om han erfarte, som vi har sett, at Rasjonaliseringsdirektoratet alltid stod klar til å ”bistå” ham. Generelt kan man kanskje si, at gjennom ham, Evang, var planleggingsoppgaven på et vis skilt ut og spesialisert.

317) Kfr. Karl Evang, *Helse og samfunn, op. cit.*, s. 296.

318) *Ibid.*, s. 303.

Evang lanserte planer for det meste, og gjorde det nærmest kontinuerlig. Hans planer kom som notater, som tidsskriftartikler og som foredrag. Noen var mindre og enklere, andre ganske omfattende, om enn ikke fullt utarbeidede. De var som regel nokså overordnede, men kunne også i en del henseender være ganske konkrete, men mer hva gjaldt det medisinske enn det rent styringsmessige og ledelsesmessige, som vi skal si mer om senere.

Hans planer hang godt sammen. De var uttrykk for en imponerende velgjennomtenkt og konsistent visjon, en stor "Plan", selv om de også inneholdt vage punkter: Han tenkte seg et helsevesen som hele tiden var faglig à jour, som på dette grunnlag var opptatt av å maksimere helseutbyttet (gjennom preklinisk innsats) og minimere uhelseforhold (klinisk innsats). Hva det siste angikk mente han en fri tilgjengelighet (gratis tjenester) for alle var viktig for å oppnå størst mulig grad av uhelseminimering. Disse ambisiøse mål forutsatte et "automatisk" virkende finansieringssystem; han gikk derfor også inn for det, selvsagt for klinikken, men egentlig også for preklinikk.³¹⁹ Preklinikk som klinikk tenkte han seg organisert på en rasjonell, planmessig måte, det vil blant annet si nivådifferensiert,³²⁰ helst som et integrert offentlig vesen. Hans Plans vaghet reflekterte av og til usikkerhet hos ham selv, en usikkerhet som kunne skyldes hans egen mangel på innsikt i et bestemt saksforhold, og av og til politisk forsiktighet. Vi skal nedenfor komme tilbake til ytterligere sider ved hans plantenkning.

Evangs mange planer, utkast til planer, og ideer til planer, var imidlertid ikke omfattende og grundige nok til at de kunne legges direkte til grunn for ny lovgivning, for "operasjonelle" planer og prosjekter og for konkrete beslutninger. Hans ofte "høyttente" planer og planbidrag, av og til påheftet politiserende finter, for eksempel til Finansdepartementet, fikk derfor status som en slags preplanlegging. De skulle legge premissene for den konkretiserende planleggingen. Hans planer kunne ha vært bearbeidet videre umiddelbart i Direktoratet, av ham selv og av andre, men i stor grad ble de, på statstradisjonell vis, sendt ut av huset, til et par "ytre" runder. Først ble de sendt, som mandater, til såkalte utredningsutvalg eller -komiteer. Det var politisk nødvendig å gjøre det slik. Det var, kan man si, en måte å slippe (korporative) politikken til på, litt før den, etter parlamentarisk-demokratiske prinsipper, skulle slippes til. Det var også, som vi skal komme tilbake til, en måte å slippe de spesielt interesserte parter til på tidlig i beslutningsprosessen; de ble gjerne representert i utvalgene.

Direktoratet, og Evang, la ikke bare premisser for den planlegging som skjedde i disse utvalgene gjennom utformingen av utvalgenes mandater; de foreslo også hvordan utvalgene skulle være sammensatt og furnerte hyppig utvalgene med sekretærhjelp. Representanter for Direktoratet ledet imidlertid sjelden utvalgene. Mot slutten av og i etterkant av Evangs tid ledet dog medisinalråd Jon Bjørnsson et helsepersonellutvalg nr.

319) Han pekte på at hvis bare klinikken var "automatisk" finansiert ville preklinikkene uvegerlig bli liggende på et nivå langt under det faglig mulige og normativt ønskelig. Kfr. bl.a. hans bok fra 1974, *Helse og samfunn*, *op.cit.*, s. 304-305.

320) Han antesiperte LEON-tenkningen (at tjenester skal tilbys på det Laveste Effektive Omsorgsnivå, som ble så viktig noen få år etter at han var gått av).

to; det så på sykepleierne og tilsvarende personellgrupper. Vi erindrer at medisinaldirektør Holmboe selv i sin tid ledet den mest omfattende planlegging noe utvalg har foretatt i norsk medisinalforvaltningshistorie, Medicinallovkommissionen af 1898. Direktoratet og Evangs forhåndsplanlegging, men også deres ”overvåkning” av selve planleggingsarbeidet, bidro til at innstillingene knapt kom som ubehagelige overraskelser. Etter at innstillingene kom ble de sendt til uttalelse til de mest berørte grupper; interessepolitikken kunne slik, i en ny omgang, få spille en rolle. Til slutt bearbejdet så Direktoratet utvalgsinnstillingen, enten direkte som en lovproposisjon, med tilknyttede budsjettforslag, eller som en stortingsmelding, før den kom som en lovproposisjon og som budsjettforslag. Direktoratets, eller snarere Evangs, preplanlegging ble altså fulgt av en delvis politisert ytre planlegging, med en påhektet politisk remissrunde, før den endelige planutforming skjedde i Direktoratet.

Da Evang tok fatt høsten 1938 stod de strategiske utfordringene i kø, som han selv ofte påpekte. De ble enda større etter krigen, med et nedslitt helsevesen i et nedslitt land. Spesielt var det behov for å lage planer, som ikke minst skulle materialiseres gjennom lover, budsjetter og eventuelt (nye) finansieringsordninger, for de to basale grener av helsevesenet, primærhelsevesenet og sykehusevesenet (spesialisthelsevesenet). Utvalget som skulle lage planer for primærhelsevesenet begynte sitt arbeid i 1951 og leverte sin innstilling i 1956. Utvalget som skulle ta for seg sykehusvesenet startet sitt arbeid i 1957 og kom med sine innstillinger i 1959 (psykiatri) og 1963 (somatikk).

Det første utvalg skulle ikke minst utarbeide forslag til en lov som kunne erstatte både Sunnhetsloven av 1860 og Lægeforretningsloven av 1912. Det annet utvalg skulle utarbeide forslag til landets første sykehuslov(er), med tilhørende finansieringsordning. Et tredje viktig utredningsutvalg ble nedsatt noe senere, i 1963, og kom med sin innstilling i 1967. Dette utvalg laget planer for tilgangen på og disponeringen av den viktigste ressurs for hele helsevesenet, personellet. Utvalget ble opprettet fordi personellmangelen hadde holdt seg stor og var iferd med å bli en alvorlig hemsko for den videre utvikling av helsevesenet. Nevnes her bør det også at tannhelsevesenet, som ikke ble tatt med i den sykeforsikringsordning som ble vedtatt i 1909 og satt ut i livet i 1911, etter krigen fikk offentlig oppmerksomhet. I 1946 ble et utvalg nedsatt for å vurdere om den mer beskjedne skoletannlegetjeneste fra tiden like før Den første verdenskrig nå skulle utvides og omformes til et mer ambisiøst offentlig tannhelsevesen for alle barn og all ungdom (opp til 18 år). Utvalget kom med sin innstilling i 1947.

Det første utvalget fikk som formann stadsfysikus II i Oslo, Trygve Iversen, en hygieniker og sosialmedisiner som hadde arbeidet hos Evang før krigen (kfr. ovenfor) og delte mye av hans plantanker. Av de øvrige fem komiteemedlemmer var fire leger. Dette utvalget var altså ekstra medikratisk preget i sin sammensetning. Utvalget fikk også et mandat preget av Evangs tenkning. Det neste utvalget, Sykehusordningskomiteen, var et langt mer ”alment” utvalg. Det fikk en politiker som formann, nemlig stortingsrepresentant og

fabrikkarbeider fra Rjukan, Harald Selås (Ap) (1908-1986). Selås hadde sittet i Sosialkomiteen fra 1945, men fra 1950 satt han i Industrikomiteen. Av ni medlemmer var det to leger. Finansdepartementet hadde en representant i utvalget. Evangs direktørvenn og mektige sjef for Rikstrygdeverket, Finn Alexander (1909-1994) satt også i utvalget. Direktoratets byråsjef i sykehuskontoret, Karl Bentzen, var utvalgets sekretær og den som første storparten av innstillingen i pennen. Helsepersonellkomiteen hadde tidligere departementsråd i Sosialdepartementet (1955-1962), juristen Agnar Kringlebotten som formann.³²¹ Utvalget hadde seks medlemmer, fire av dem var helsefagfolk. Lege i Helseinspektoratet Odd Zakariassen (1927-2008) var sekretær, inntil han tidlig i 1964 ble utnevnt til fylkeslege i Møre og Romsdal. Formannen var siden i stor grad også sekretær. Tannhelseutvalget hadde tannlege Jacob Ramm (1890-1982) som formann og ellers hele ti medlemmer til. Fem av medlemmene var leger og tannleger; en av legene var Gerda Evang, Helseinspektorens hustru. Av de øvrige seks var to stortingsmenn og tre byråkrater.

Utvalgene var altså litt ulikt sammensatt. Det første og det siste hadde den mest medikratiske profil. De øvrige var mer sammensatte, og slik sett ”politisk” preget. Alle utvalgene, som utvalg i den tidligere periode, gjorde godt og grundig dokumentarisk arbeid; deres analyser var meget omfattende. Dokumentasjonsarbeidet ble gjerne foretatt i samarbeid med Direktoratet. Mot slutten av perioden ble i noen grad ytre utredningskapasitet benyttet; en del av planleggingen ble slik flyttet enda lenger ut. Politikkutviklingen var grundig og utførlig begrunnet. Den var faglig sikker, spesielt hva jusen angikk, men i økende grad også hva økonomikken angikk. Interessesamfoldet kom til syne her og der, men enigheten dominerte i alle utvalg, skjønt mest i tannhelseutvalget.

Man kan se på denne tradisjonstunge bruken av utvalg som saklig og faglig begrunnet. Medisinalforvaltningen hadde ikke mulighet for å ha en stor nok planleggingsstab til å kunne håndtere alle mulige planleggingsbehov. Men utvalgsbruken var også politisk motivert. På den ene siden representerte utvalgene en måte å styrke Direktoratets ”heisstatus” overfor helsefagmiljøene på. På den annen side representerte utvalgene en måte å slippe til på et tidlig tidspunkt de viktigste interessenter i byråkrati, fagmiljøer og samfunn ellers, til på; slik inkludering gav interessentene mulighet for å påvirke, men også myndighetene en mulighet for å ”binde” og ”ansvarliggjøre” interessentene.

Arbeidsmåten var imidlertid ofte tidkrevende. Tannhelseutvalget brukte bare et drøyt år, men Primærhelseutvalget trengte fem år, Helsepersonellutvalget tre og et halvt år og Sykehusordningsutvalget to (psykiatri) og fire (somatikk) år. Det videre arbeid, med remissprosess og proposisjonsutarbeidelse i Direktoratet, trakk en god del ut. Det gikk raskt med

321) Hordalendingen (Masfjorden) Agnar Kringlebotten var en meget erfaren departementsembetsmann. Han hadde det meste av sin karriere i Sosialdepartementet. Han begynte der som sekretær i 1919, ble byråsjef i 1928 og ekspedisjonssjef i Trygdeavdelingen i 1939, før han ble Departementets første departementsråd. Han hadde et stort antall styre- og komiteverv. Han var også politisk aktiv og satt i Bærum herredstyre for Venstre fra 1934 til 1947, fra 1938 som medlem av formannskapet og som varaordfører og ordfører (1945).

tannhelseproposisjonen; den kunne legges frem i 1949.³²² Det gikk til dels svært sakte med de øvrige. Der kom en lov om psykisk helsevern i 1961, men sykehusloven ble først vedtatt i 1969, helt på slutten av Evangs tid. Enda saktere gikk det med bearbeidelsen av de to resterende innstillinger. De skulle føre frem til en ny lov for primærhelsetjenesten, men førte i Evangs tid bare frem til noen lovendringer i Legeforretningsloven (1960 og 1968) og Sunnhetsloven, og i fremleggelsen av en kort stortingsmelding. I denne meldingen, Om helsetjenesten utenfor institusjon, ble det også vedgått at Iversen-utvalgets innstilling var lagt til side: ”Sosialdepartementet kom.. etter hvert til den oppfatning at det var mer hensiktsmessig å se dette lovutkastet i en noe videre sammenheng”.³²³ Forholdet var, som vi skal komme tilbake til, at grunnlaget for Evangs helsevesen, distriktslegevesenet, nå var iferd med å bli sett i et annet, langt mindre medikratiske lys.

Den sene fremdriften i planleggingen på disse sentrale helsepolitiske områder har nok noe med utvalgene å gjøre, men den har nok mer med Direktoratet og Evang å gjøre. Evang presset ikke spesielt på; den energiske og rastløse mannen satt nesten og ventet. Iversen-utvalgets innstilling ble endog etterlyst i Stortinget i 1954, etter tre års arbeid. Det vil si, Evang ventet knapt. Han var stadig engasjert med noe, med WHO eller med andre oppgaver. Han fortsatte med sin offentlige ”forhåndsplanlegging”, altså med å skrive artikler og holde taler, men lot utrederne og sine medarbeidere ta den tid de trengte. Han ”unnskyldte” seg av og til med at Direktoratet hadde så meget å gjøre; det var alltid overbelastet. Han henviste ikke minst til arbeidet med syke-trygden, Folketrygden og annen sosiallovgivning.

Men kanskje spilte den almene politiske utvikling den største rolle: Det ble tiltagende vanskelig for ham å vinne frem med sin Plan. Han ble mer og mer en fortidens mann, og følte det nok selv også. Vi skal komme tilbake til denne ”storpolitikken”, altså til hvordan tendenser i omgivelsene slo inn over ham og hans direktorat. Her skal vi avslutte med å bemerke at hans største problem hele tiden hadde vært at han ikke bare ville være en embedsmann. Han ville være en slags kombinert helsedirektør og helseminister; altså virkelig være en ”heisperson” oppover. Når han i praksis i synkende grad fikk være det, smuldret etter hvert hans motivasjon og drivkraft bort. Som vi har bemerket tidligere: Sammenlignet med Genève og den internasjonale arena forøvrig, fortonte Norge og arbeidet her seg som smålig og provinsielt for ham.

Evang var, som rasjonalist og tidligere kommunist, positivt innstilt til planlegging. Han henviste fra tid til annen til hvordan det ”som fortjener å bli kalt helseplanlegging startet i Sovjet-Unionen etter den russiske revolusjon som et ledd i den samlede økonomiske og sosiale planlegging”. Han føyer til at han er ”gammel nok til å kunne erindre meget klart hvordan hele planleggingsprosessen i Sovjet-Unionen ble gjort narr av og ble ledd ut i hele den

322) *Ot.prp. nr. 75* (1949), Om lov om folketannrøkt. SF 1949, 3.

323) *St.meld. nr. 85* (1970-71), Om helsetjenesten utenfor institusjon. Her sitert etter Aina Schiøtz, 2003, *op. cit.*, s. 335.

vestlige verden på den tid”. Han fortsetter: ”Nå antar jeg det er meget få land som føler nasjonalt ansvar som unnlater å arbeide ut ”5-årsplaner””.³²⁴

Han beholdt nok en viss kjærlighet for det han også, nesten ”avideologiserende”, omtalte som den ”slaviske” modell,³²⁵ men ble aldri, som vi har sett, noen ”Planlegger”. Han forsøkte aldri å ta initiativet til utarbeidelsen av noen norsk femårsplan for helsevesenet. Han så at en slik plan måtte inngå i en større samfunnsplan, altså være underordnet denne. For ham betydde det å komme under nyttestatens, altså Finansdepartementets, forvaltning. Han ønsket slett ikke det. Han ønsket, som han siden (1974) skrev, en planlegging som gitt ”nedenfra og opp”, ikke ”ovenfra og ned”. Det var hans medikratiske innstilling som slo igjennom og i praksis ble langt viktigere enn hans sentimentalt forankrede ”kommunisme”. At planleggingen skulle skje nedenfra, betydde at den skulle ha fagmiljøene, ekspertene, som utgangspunkt. Det vil skje i økende grad: Etter hvert som samfunnene på denne måten blir ”teknikalisert”, vil nødvendigvis en rekke avgjørelser måtte løftes ut av den politiske sfære og føres over til fagfolkene”.³²⁶ Men denne fagliggjørelse av avgjørelsene skjer for ham rent for sakte.

La oss føye til: Hvis planlegging skulle skje ”nedenfra”, altså som et svar på fagutviklingen, som han ønsket, måtte ”*planleggingsprosessen .. bli kontinuerlig*”³²⁷ (KEs kursivering). Han oppførte seg nesten slik selv, som forhåndsplanlegger. Han tok imidlertid ikke innover seg at den løpende planlegging opphever planen; den gjør planlegging til løpende beslutningsfatning, altså til noe som ikke er planlegging.

Evang ønsket å samle all helserettet virksomhet under sitt Direktorat, og beklaget (i 1953) at skolehelsetjenesten, idretten og deler av utdannelsen av helsepersonell var lagt under andre forvaltningsinstanser. Han ville drive en virksomhetsmessig integrert helseplanlegging, med utgangspunkt i en ”generalstab”, dog ikke med utgangspunkt i en dikterende generalstab, som den militære betegnelse kunne gi inntrykk av, men altså med utgangspunkt i en interaktiv planlegging og ledelse. Man kan så spørre hvordan han så for seg at all sektoriell planlegging og styring skulle samordnes. Var han ikke både fortsatt så meget av en kommunist og så meget av en rasjonalist at han så at selv en interaktiv sektorplanlegging pekte mot en ”interaktiv” (nasjonal) helhetsplanlegging? Så han ikke at den gjorde det såvel hva angikk helsevesenets overlapping og interaksjon med andre sektorer som hva angikk fordelingen av samfunnets samlede ressurser? Kanskje gjorde han i noen grad det, for han viser undertiden at han ser disse ”store sammenhenger”.

324) Karl Evang, ”Forhåndsplanlegging av helsearbeid”, *Tidsskrift for Den norske lægeforsning*, b. 86, nr. 1, 1966, s. 15.

325) I sitt foredrag ved åpningen av det som skulle bli den Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg, 1. august 1953, uttalte han om den ”slaviske” modellen at ”Samfunnets ansvar går her i prinsippet lenger når det gjelder varetakelse av individenes helse enn under noen av de andre systemer. Det synes som om systemet under de sosiale og økonomiske forhold som hersker i disse land har gitt store resultater med *relativt* lave omkostninger”. Foredraget ble trykket under titelen ””Public health” – sosial og administrativ medisin”, *Tidsskrift for Den norske lægeforsning*, b. 73, 1953, s. 767-777. Sitatet er fra s. 769.

326) Evang, *ibid.*, s. 774.

327) Evang, ”Forhåndsplanlegging..”, *op. cit.*, s. 16.

Han avviste allikevel den store plan. Han mente at den sektorielle tilpasning og ressursfordelingsspørsmålene måtte avgjøres etter argumentasjon og dragkamp, altså politisk: Helsemyndighetene må fortsatt, planutvidelsene til tross, ”være forberedt på å slåss for sin andel av nasjonalinntekten, sin del av politikernes gunst og av de bevilgende myndigheters velvilje, sin del av publikums støtte”.³²⁸ Han gjør altså helsemyndighetene til et ”politisk” organ, og seg selv til en slags politiker. Han måtte gjøre det. Hadde han sluppet plantenkningen helt til, og fordrevet nesten all politikk, ville han ha gjort seg selv og sine fagfolk til ”konsulenter” og ikke besluttere. For å redde medikratiet måtte han i noen grad omfavne politikken. Men selv innen sin egen sektor ble altså Evang aldri noen Planlegger, og Direktoratet aldri noe planleggingskontor. ”Karl Evangs interesse for den nitide fremtidsplanlegging var beskjeden”, som vi har sett Fredrik Mellbye konstaterte i sine erindringer.³²⁹

Evang så at ideen om Planen også innebar at planleggingen burde spesialiseres organisatorisk, altså i noen grad adskilles fra de øvrige forvaltningsoppgavene. Han konstaterer at ”helseplanlegging er blitt klarere avgrenset og definert som en egen funksjon”.³³⁰ Han ser også at når det skjer er ikke veien lang til å koble den fra den øvrige helseplanlegging og til ”den alminnelige økonomiske og sosiale planlegging”.

Evang konstaterer:

*Dette kan under uheldige omstendigheter lede til det tragiske resultat at den sakkyndige helseadministrator og andre fagkyndige med spesialisert innsikt på helseområdet gradvis kuttes ut av bildet, eller reduseres til en rent rådgivende funksjon, mens ”heldags helseplanleggere” etterhvert etablerer seg som en slags ny spesialitet i den administrative medisin.*³³¹

Som vi har sett fikk Evang til slutt en egen planleggingsgruppe, ledet av en ”fremmed”, en økonom, men han kunne ikke la den få for stor betydning. Det ville undergrave de institusjonelt baserte, og integrert virkende, fagkontorer, kjernen i hans medikratiske oppbygde helseforvaltning.

La oss avslutte dette avsnitt med å trekke en almen slutning: Å spesialisere forvaltningsoppgavene organisatorisk ville være uttrykk for en styringsmessig modernisering, men samtidig en demedikratisering. Evang så det siste klart, og gikk derfor ikke inn for det, selv om han opprettet en liten planleggingsgruppe. Han argumenterte forøvrig slik at han kanskje ante også det første.

*

328) Evang, *ibid.*, s. 16.

329) Fredrik Mellbye, *Slit med helsa, op.cit.*, s. 147.

330) Evang, ”Forhåndsplanlegging...”, *op. cit.*, s. 15.

331) *Ibid.*, s. 16.

Vi har nevnt at fagkontorlederne var institusjonelle ledere og ikke hadde spesialisert hverken planleggingsoppgaven eller de andre forvaltningsoppgavene. For dem gikk slik overvåkingen (av helsetilstanden), utvikling av planer og iverksettelse av planer og ideer, ja kontroll med iverksettelsen med, meget over i hverandre. De kom allikevel i varierende grad til å interessere seg for selve planutviklingen. Det hang sammen med at den ”store” planlegging gjerne skjedde halvt eksternt, gjennom utredningsutvalg, men også med forskjeller i legning. For de fleste ble planlegging i en del henseender nesten en slags løpende ledelse. Den som kanskje var aller mest opptatt av planlegging var Tuberkulosekontorets leder, Otto Galtung. Galtung ble mindre avhengig av utvalg enn de andre, tuberkuloseomsorgen ble i spesielt stor grad ”hans”. Han tok slik helt kommandoen over utbyggingen av Statens skjermbildeundersøkelser, undersøkelser som var startet av tyskerne under krigen (1943), og gjorde ”Skjermen” til en mønsterinstitusjon. Da streptomycin kom i 1947 varte det ikke lenge før han var i gang med å kontrollere bruken av medikamentet, for å forebygge resistensutvikling. Han fikk satt i gang storstilte tuberkulinundersøkelser; blant annet ble alle folkeskolebarn pirquetprøvet hvert år fra 1951 og syvendeklassinger ble BCG-vaksinert. Utover i femtiårene så han at sanatorieæraen gikk mot slutten og satte i gang etableringen av mer almene lungeavdelinger ved de somatiske sykehus. I 1962 fikk han opprettet Statens tuberkuloseregister, med sosialøkonomen Hans Th. Waaler (f. 1926) som første leder. Galtung trengte dette register for å kunne drive rasjonell planlegging.³³²

Styring, ledelse og iverksettelse

Evang var altså også politiker, og påvirket den øverste, den politiske prosess, så godt han kunne. Et nesten dramatisk uttrykk for det er hvordan han, under regjeringen Borten, lyktes i å få sosialministeren, Egil Aarvik, med på en finansieringsordning for sykehusene (Sykehusloven, 1969) som langt på vei gjorde sykehusfinansieringen ”automatisk”, som praksisfinansieringen var det. Han vant frem i dragkamp med det ellers så mektige Finansdepartement. Dets statsråd, professor ved Norges Handelshøyskole, Ole Myrvoll (1911-1988), måtte gi tapt for legpredikanten Aarvik, og hans ”bakmann”, helsedirektør Evang. Evang burde kanskje skjønt at seieren ville bli midlertidig, for han var forbløffet over at han, i første omgang, lyktes i den grad han gjorde. Den gunstige finansieringsordningen ble gradvis forlatt frem mot midten av syttiårene; for alvor skjedde det fra 1980, da sykehusene fikk en rammefinansieringsordning. Senere fortalte han i et radiointervju at han i 1969 trodde han hadde skutt gullfuglen.

Evang ble altså en viktig deltager også i den politiske prosess. Som leder av iverksettelsen av de endelige politiske beslutninger var han i prinsippet (igjen) forvaltningsmann. Mange beslutningers fullmakts- og rammepreg, betydde imidlertid at han kunne være litt politiker også i denne del av forvaltnings- og beslutningsprosessen. Det ble han. Han hadde knapt noe

332) En nærmere omtale av Galtungs rolle som institusjonsplanlegger og -bygger innen tuberkuloseomsorgen finnes i boken *Hvit pest. Svart tjære*, Michael, 2007: 4, supplement 7, skrevet av Galtungs medarbeider i Direktoratet gjennom flere år (1959-1963) og senere (1968) leder av Statens skjermbildefotografering, Kjell Bjartveit.

valg, men han utnyttet nok valgene mer aktivt enn de fleste av forvaltningsdirektørene. Han gjorde det imidlertid ikke på en dirigerende måte. Som vi har sett gav han sine medarbeidere stor frihet til å utøve skjønn. Det gjaldt også iverksettelsen. Men de visste alltid hvor de hadde ham. Som Fredrik Mellbye siden påpekte i samtale med Trond Nordby: ”Vi arbeidet hele tiden innenfor hans langsiktige mål”.³³³

Selve iverksettelsen var altså ingen ”mekanisk” iverksettelse, en tradisjonell saksbehandling, som vi tidligere har beskrevet den. Den var ikke bare, og ofte heller ikke primært, juridisk subsummerende. Den var i mange tilfeller dynamisk målrettet, selv om den også måtte være juridisk godtagbar. Iverksettelsen skjedde derfor i stor grad gjennom lagarbeid, eller som Evang alltid kalte det, ”teamwork”. Som klinikken var også nå forvaltningen spesialisert, og den samlede oppgaveløsning måtte derfor bli kollektiv. Organiseringen av arbeidet i institusjonelt baserte kontorer bidro til det. Var kontorene blitt spesialisert etter fag og funksjon, og altså iverksettelsen organisert i en egen enhet, ville samordningen, lagarbeidet, blitt det som med et informatisk inspirert uttrykk kalles serielt: de ulike sider ved saken ville blitt belyst etter hverandre. Som det nå var, fikk man en ”parallelt” samarbeid; alle sakens sider ble, iallfall i prinsippet, behandlet samtidig. Legene måtte høre på og ta hensyn til juristene og juristene måtte høre på og ta hensyn til legene; ennå var det i første rekke disse yrkesgrupper det dreide seg om, når vi ser bort fra de andre helsefagspecialistene. ”Mitt inntrykk”, sa han i en tale i 1961, ”er at det så vel for jurister, som for leger, apotekere, tannleger, sykepleiere og andre fagfolk, er en vesentlig berikelse å kunne arbeide sammen”. Han føyde til:

Særlig overbevisende virket det på meg at enkelte av de eldre jurister – ikke alle – som vi hadde overtatt fra Sosialdepartementets medisinalavdeling, etter noen års arbeid under det nye system spontant erklærte at de fant denne nye arbeidsform langt mere givende, interessant, ja enkelte brukte endog uttrykket inspirerende, enn det system med mere eller mindre ”vanntette skott” som man hadde hatt tidligere.³³⁴

Systemet med ”vanntette skott”, altså det gamle system, innebar en større grad av oppgavespesialisering enn det nye system. Det nye system representerte slik sett intet moderniseringsfremskritt. Men Evangs forsvar for det integrerte system er både interessant og godt: Det som fascinerer legen, den (pre)kliniske dramatik, vil også kunne fascinere juristen, hvis han eller hun bare åpner seg for den.

Det (iverksettende, men ikke bare iverksettende) lagarbeid Evang så positivt omtalte var imidlertid ikke egalitært. Det var et ledet, altså hierarkisk, samarbeid, der legen, eller tannlegen eller apotekeren, var den overordnede og juristen den underordnede. Det betydde for så vidt også at kontakten oppover, til sist til politikerne, var forbeholdt legene, og særlig Evang selv. Selv om juristene nok trivdes med lagarbeidsformen som sådan, kan nok det

333) Nordby, *op. cit.*, s. 165.

334) Begge sitater: Karl Evang, ”Noen administrative problemer...”, *op. cit.*, s. 108.

inegalitære i samarbeidet ha irritert. For Evang var det selvsagt at det måtte være slik, altså motsatt av hva det var under den gamle ordning og som det stadig ellers var i forvaltningen, nemlig at juristene satt øverst og med kontakten med statsråden. Fredrik Mellbye viste mer forståelse for juristenes situasjon og synspunkter: ”Legene og juristene var helt avhengige av hverandre..” Han bemerker at det drøyet lenge før juristene fikk sin ekspedisjonssjef og skriver, i sine erindringer, at det ”medførte at vi søkte den juridiske kompetanse blant våre juridiske kolleger som nok hadde kompetansen, men slett ikke en lønn som stod i forhold til den. Legene følte det ubehagelig”. Vi har ikke funnet spor av at det siste også gjaldt Evang. Ei heller er det mange spor av at Evang er fascinert av og begeistret for sine jurister; han nevner dem, etter det vi kan se, aldri med navn.

Mellbye nevner at Evangs andre, og siste, ekspedisjonssjef, Knut Munch-Søegaard, var en ”medisinaljurist av betydelig format”. ”Det er ikke få leger han, uten deres vitende, har fått ut av vanskeligheter som var uløselig knyttet til selve legeyrket”.³³⁵ La oss ellers legge til at også medisinalråden hadde stor innsikt i og respekt for jusen og juristene, og at det i betydelig grad bidro til å balansere forholdet mellom leger og jurister. Bjørnsson var intellektuelt grepet av jusen og representerte på mange måter et medisinsk-juridisk lagarbeid i seg selv. Evang gir aldri inntrykk av på den måten å være intellektuelt fascinert av jusen. Han var og forble en lege. Det er ikke tilfeldig at to av hans fire barn, (Karl) Anders (f. 1935) og Turid (1937-2007), ble leger. De ble ikke dyttet inn i medisinen, men det lå en uuttalt forventning om at de burde tenke alvorlig på den som livsvei. –Av og til ble det nok sagt også, beretter Anders.³³⁶ Det er neppe tilfeldig at Evang offentlig ”alltid” omtalte sin hustru som *dr.* Evang. Hun var tre år yngre enn ham, men de hadde truffet hverandre på gymnasiet (hun gikk to klasser under ham). De ble kjærestere under medisinerstudiet, i 1926.³³⁷

Laget kan ikke selv lede; det må ledes av ett av dets medlemmer. For Evang var altså det legen, men en lege som var spesialist i det han som regel omtalte som (sosial og) administrativ medisin, ikke medisinsk administrasjon. Ofte brukte han dog den engelske betegnelsen ”public health”. For ham omfattet faget offentlige tiltak for å fremme en helsefunksjon, forebygge uhelseutvikling og redusere uhelseomfanget i et samfunn. Det var altså det han kalte et ”applisert” fag.³³⁸ Det omfattet ”bruddstykker fra flere medisinske spesialiteter og fra medisinenes grunnvitenskaper, men i tillegg til det også bruddstykker av sosiologien, den politiske vitenskap og økonomisk vitenskap, ingeniørkunsten osv.”³³⁹ Slik sett var ikke faget rent medisinsk, men tenkte han seg dette faget som et slags aggregatfag eller som et integrert fag, der medisinerne integrerte ”fremmedfagbrokkene” i det nye faget?

335) Mellbye, *op. cit.*, s. 156.

336) Opplyst i samtale 27.10.2008.

337) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 29.

338) Kfr. Karl Evang, ””Public health” – sosial og administrativ medisin”, *op. cit.*

339) *Ibid.*, s. 768.

Han tenkte seg nok faget som et integrert fag, men får ikke klart frem hvordan integrasjonen skal skje og hvorfor den er medisinsk. Mest utførlig går han inn på spørsmålet i en tale han holdt ved det skandinaviske møte av offentlige leger i Larvik 25. august 1950.³⁴⁰ Her definerer han faget, altså ”public health”, i hovedsak på en oppramsende (aggregert) måte. Faget består for ham av disse delfag:

1. *Læren om forholdet mellom helsetilstanden og sosiale og økonomiske kår (“Helsesosiologi”), under dette kommer inn viktige avsnitt av ernæringslæren, yrkemedisinen og bolighygiene (de tre viktigste miljøfaktorer), osv.*
2. *Læren om nettverk av medisinske **institusjoner** og andre medisinske organer som det moderne samfunn betjener seg av.*
3. *Læren om medisinallovgivning og andre lover og regler som utgjør nødvendige ledd i det moderne samfunns helsearbeid.*
4. *Læren om de spesielle tiltak for fremme av helse og forebygging av sykdom.*
5. *Læren om tilbakeføring av syke til normalt liv (attføring).*
6. *Læren om de medisinske minus-varianter i samfunnet (arvelig belastede, skadede, vanføre, gamle, døve, blinde, osv.) og deres varetagelse.*
7. *Læren om helsearbeidets økonomiske struktur.*
8. *Epidemiologien i den utvidede forstand av dette ord.*
9. *Befolknings- og helsestatistikken. Spesialister i public health må stadig og intenst være innstillet på **masseobservasjoner og masse-målinger** av sykdomsopptreden like intenst som klinikerer vil interessere seg for sin kasuistikk.*
10. *Samordning av de forskjellige grener av den medisinske virksomhet. Dette er særlig viktig. Det er selvsagt ikke hensikten at en spesialist i public health samtidig skal være spesialist på alle medisinenes felter. Han kan likeså lite som noen annen gjøre krav på å være encyclopedist. Så spesialisert og i mange henseender oppsplittet som den medisinske og sosialmedisinske virksomhet i samfunnet nå er blitt, trenges det imidlertid avgjort at noen følger med i den samlede virksomhet, søker å danne seg et bilde på hvert enkelt sted av om de forskjellige ledd på en **hensiktsmessig måte griper inn i hverandre**, om noe ledd er overbetonet mens andre frister en altfor kummerlig tilværelse, osv. Det er spesialisten i public health som etter den definisjon jeg her anvender har denne vanskelige og viktige oppgave.³⁴¹*

De ni første ”lærene” presenterer han for så vidt nokså uavhengig av hverandre, selv om de ”ikkemedisinske” fag han nevner, som jus og økonomikk, representerer noen av de (styrings)redskaper Evangs spesialist i praksis må bruke. Anderledes sagt: Evang sonderer ikke prinsipielt mellom styrings- og ledelsesfag og anvendt prekliniske og kliniske fag. Hans siste delfag fremstår imidlertid som et overordnet fag, altså et styrings- og ledelsesfag. Ja, det fremstår som det overordnede styrings- og ledelsesfag: Det er

340) Talen er trykket i *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, årg. 3, nr. 2, 1950, s. 1-12.

341) K. Evang, *ibid.*, s. 2-3.

samordningsfaget. Han ser imidlertid ikke på dette som et fag i seg selv. Det blir en skjønsmessig basert *virksomhet*. Dermed blir rasjonalisten Evang stående på det prinsipielt sett ikkeintellektualistiske standpunkt at styring og ledelse i siste instans forblir en erfarings- og fornuftsbasert virksomhet. Faglige premisser kommer alene inn knyttet til den virksomhet som skal styres og ledes, altså den medisinske. Det er slik sett typisk at han, og leger flest, også idag, omtaler medisinen som ”faget”, mens ledelse og administrasjon er noe annet, noe ikkefaglig. Men i tillegg ville han nok ha sagt at iallfall jusen, kanskje også økonomikken, representerer en slags faglighet, men da en spesialisert, ikke en overordnet, faglighet, altså en styringsfaglighet. Samordneren kan ikke være juristen eller økonomen; han eller hun må være medisineren, den person helsevesenets virksomhet bygger på. Disse, bare halvt moderne, standpunkter skulle altså etter hvert bli utfordret, igjen.



En hustrig høstdag i 1968: Helseidrettsrådgiveren på vei til arbeid, men vesken med tennisutstyret må også være med. Den gamle A. I. F.-mester (Arbeidernes Idrettsforbund) glemte ikke gamle kunster. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Evang reiser i foredraget også spørsmålet om hospitalsadministrasjon er et eget fag eller tilhører ”public health”. Han konkluderer med at ”det er meget som taler for” at hospitalsadministrasjon, ”når det gjelder samordning av,

d.v.s. den *overordnede* administrasjon av medisinske anstalter”, egentlig tilhører ”public health”. Han ser at kirurgene vil protestere. De ser på seg som de naturlige sykehusledere, men det er allerede blitt ”en offentlig hemmelighet” at de ikke egner seg mer enn andre sykehusspesialister. Hvis ikke hospitalsadministrasjon blir en del av ”public health”, fremholder han, ”tror jeg legestanden må avfinne seg med at utviklingen går i retning av at administrasjon av sykehusene tas vekk fra dem og føres over til særlige sykehusadministratorer som ikke er leger”. ”Personlig” ser han på det som ”meget farlig”.³⁴²

I den grad han forstår ”public health” som et *samordningsfag*, er hans standpunkt naturlig. Men hans argumentasjon mot å slippe de kliniske spesialister til som samordnere (ledere) kunne nesten liksom vel vært rettet mot å slippe de prekliniske spesialister, ernæringseksperter, hygienikerne av ulike slag eller epidemiologene, til som samordnere – også i preklinikken, men selv sagt særlig i klinikken. Ja, det naturligste, gitt hans premisser, ville jo være å si at klinikerne burde lede klinikken og hygienikerne etc. preklinikken. Han ser antagelig ikke det, og ved aldri helt å ta innover seg samordning som en *faglig* utfordring, får han ikke skapt et faglig offensivt ledelsesmiljø i medisinen. Når så ledelses(r)evolusjonen når medisinen utover i 1970-årene, står den faglig utsatt til. Man kan nesten si at ”public health”, som han og hans kolleger ellers i Vesten forstod faget, eller fagene, altså medisinsk (hygienisk), ble en hindring for at det medikratiske prosjekt kunne føres vellykket over i det ”supermoderne” helsevesen og samfunn.

De leger han selv satset på i Norge fikk, de fleste av dem, anledning til å dra ut, lenge bare til USA, siden også til England, for å få en ”public health”-utdannelse. Men en utenlandsk utdannelse var ikke nok. Der trengtes også et hjemlig, eller iallfall nordisk, tilbud, for å få utdannet mange nok. Her hjemme klarte han ikke å få i gang mer enn et tremåneders kurs for offentlige leger, det såkalte ”Bygdøy-kurset”. Det kom i gang i 1948, og skulle fortsette lenge etter at han var gått av. På nordisk basis var han imidlertid med på å få i gang en utdannelse som etter hvert skulle bli en full MPH-utdannelse. Den nordiske utdannelsen ble etablert i Göteborg i 1953, ved det som skulle bli Nordiska Hälsovårdshögskolan.

Evang talte om samordning, men altså ikke om *samordningsfag*. Han er også i påfallende grad taus om ledelse, eller ledelse som fag. Han bruker knapt ordet, og slett ikke som et faglig ord. I en engelskspråklig artikkel, skrevet i 1966, viser han dog at han også kjenner til ledelsesfaget. Han nevner at det er utviklet for økonomiske organisasjoners formål, og der kan være til nytte. Han ser at faget i noen henseender kan ha relevans også for helsevesenet, men understreker så at helsevesenets formål ”is not one of economy”. Gradvis blir han så mer kritisk og ser, helt riktig, den fare det nye faget representerer for medikratiet:

342) K. Evang, *ibid.*, s. 4.

It seems to be the goal of management experts to split up the health services in the largest number of small, administratively independent units, headed by nonmedical administrators, and with medically trained persons full-time or – mostly – part-time as advisers.

Han avslutter, nokså spisst og, overfor sine kolleger, advarende:

Besides the administrative lawyer (den gamle rival), the administrative doctor therefore has a series of new competitors; the specialist in administration, per se, the economist, the planner, the coordinator, the "coordinator of planning," and so on ad infinitum. These new variations of Parkinson's law seem to be spreading.³⁴³

Kanskje ante han hva som var iferd med å komme, men reagerte konservativt, og med ironi mer enn argumenter?³⁴⁴ Igjen kan vi konstatere at han slik kan ha latt sjansen til å "fange" fremtiden for sitt prosjekt ha gått fra seg.

*

Direktoratets iverksettelse av helsepolitikken forble slik under hele Evangs tid et medisinsk ledet, men hele tiden noe snevert, lagarbeid. Lagarbeidet omfattet helsefagfolkene og juristene, og fungerte nok slik i mange henseender godt, som Evang selv sier. Men skjevheten i forholdet mellom fagene skapte også problemer, problemer som skulle bli større i neste periode. Sneverheten, særlig mangelen på økonomisk sakkyndighet, var et åpenbart problem, og nok et problem som skulle vokse.

Iverksettelsen var i Evangs periode i stor grad begrenset til det å fatte beslutninger; det var naturlig for juristene og i stor grad også for helsefagfolkene. De siste var imidlertid mer resultatorientert enn de første, og det skjedde derfor også en viss grad av oppfølging, enten direkte eller via fylkeslegene. Hvor pågående denne oppfølgingen var, varierte imidlertid en del fra område til område, ikke minst avhengig av hvem kontorlederne var. Man kan, igjen, si det reflekterer en nokså "praktisk" forståelse av ledelse.

Kontroll og tilsyn

Heller ikke tilsynsoppgaven var, som det vil ha fremgått, på noen måte skilt ut og spesialisert under Evangs medikratiske regime. Hvert "institusjonelle" kontor kontrollerte på sin, skjønnsmessige, ikke metodiske, måte. Også hva tilsyn angikk var altså Evangs direktorat bare premoderne.

343) Begge sitater er tatt fra "The Position of the Medically Trained Person in the Administration of Health Services", *American Journal of Public Health*, Vol. 56, No. 10, 1966, s. 1724-1725. Hele artikkelen finnes på ss. 1722-1733.

344) Peter F. Hjort, som diskuterte planene om medisinerutdannelse i Tromsø med Karl Evang i Medicinsk Selskab i slutten av sekstiårene, sier at Evang var meget skarp i sin avvisning av planene. "Han var norgesmester i ironi". Opplyst av Hjort i samtale 30.10.2008. Det er fristende å føye til at som ved en skjebnens ironi skulle Evang selv, etter at han var gått av som helsedirektør, bli utnevnt til sosialmedisinsk (gjeste)professor i Tromsø.

Som før krigen var det offentlige tilsyn i hovedsak kollegialt preget. Fylkeslegen førte et visst tilsyn med distriktslegen, men et tilsyn som gjerne kombinerte det iverksettelseskontrollerende og det egentlige fagtilsyn. Dette tilsyn var imidlertid basert på det vi kunne kalle lite systematisert ”løpende observasjon”, og den kjennskap den gav. Men dette tilsyn var også preget av vennskap – eller det motsatte. Distriktslegene ble imidlertid påvirket, både som iverksettere av politikk og som (meta)klinikere, av kontrollen og tilsynet, om det var aldri så uformelt: Fylkeslegen og, høyere oppe, Direktoratets folk, hadde kontroll over distriktslegens videre karriere i det offentlige legevesen.

Kontrollen ovenfra, og for så vidt like meget fra Foreningen som fra Direktoratet, med sykehusene og sykehuspersoenllet var beskjeden. Spesialiseringen skapte større kompetansemessig og statusmessig avstand mellom sykehuslegene og andre leger, fylkeslegene iberegnet; det gjorde tilsyn og kontroll fra de siste overfor de første vanskelig. Kollegialt begynte man etter krigen imidlertid å få en kontroll ”den andre veien”, av spesialister overfor almenleger: De første kunne i økende grad se de siste i kortene, og sende mer eller mindre tydelige signaler tilbake. Det må dog nevnes at en del fylkesleger fikk en viss autoritet også overfor sykehusene.

De offentlige leger, og over dem, Direktoratet, skulle drive et mer systemisk tilsyn, blant annet gjennom inspeksjoner, både overfor helsepersonell og institusjoner, i tillegg til overfor ”kvaksalveriet”. Dette skjedde, som før, gjennom apotektilsynet, og for så vidt også gjennom kontrollkommisjonene ved de psykiatriske institusjoner. For øvrig var det imidlertid ikke systematisert. Det skjedde ikke etter bestemte, tilsynsfaglig pregede metoder. Det skjedde mer skjønnsmessig, og litt vilkårlig. Det moderne, systematiske tilsynet lå ennå et stykke inn i fremtiden.

Det tilsyn, eller ”ettersyn”, som fikk mest oppmerksomhet, var klagene, eller besværingene som de tidligere også ble kalt, og behandlingen av dem. Pasienter klager mer. Etterhvert tilpasses så lovgivningen så det blir mer å klage på og lettere å klage.

Pasienter kunne, da Forvaltningsloven var trådt i kraft (1970), klage på underordnede leger til deres overordnede, eller til disses arbeidsgiver.³⁴⁵ De kunne dog ikke formelt klage på overordnede leger eller arbeidsgivere. Psykiatriske pasienter (eller deres pårørende) kunne også klage blant annet beslutninger om tvangsinnleggelse inn for kontrollkommisjonene for de psykiatriske sykehus; grunnlaget fantes i Lov om psykisk helsevern § 8. Pasienter kunne også klage på medisinsk behandling til Sivilombudsmannen (1962); noe som dog svært sjelden skjedde.³⁴⁶ Vi har ikke oversikt over omfanget av slike, myke eller harde, pasientreaksjoner.

345) Siden man knapt kunne si at leger opptrådte på vegne av forvaltningsorganer, skulle det meget til for at slike klager resulterte i noe.

346) Kfr. NOU, 1976: 1, *Leger og tannlegers rettigheter og plikter*, s. 124.

Viktigst for moderniseringen av klagebehandlingen var imidlertid lege- og tannlegelovene. Lægeloven (og Tannlægeloven) av 1927 ble noe revidert i 1957, etter forarbeid av Direktoratets legekantor. Direktoratet hadde villet føye til flere ”styrende” bestemmelser, men etter motstand fra Lægeforeningen begrenset det seg til å foreslå én ny bestemmelse, nemlig om at leger for kortere eller lengre tid kunne frataes retten til å forskrive alle eller enkelte grupper av bedøvende midler (tilføyelser til § 5). Spesielt viktig er det at begrepet ”forsvarlighet” nå ble brukt. I den nye § 5a, kom det til å hete: ”Dersom det er skjellig grunn til å anta at en leges forskrivning av bedøvende midler må anses som uforsvarlig legevirkosomhet, kan departementet etter forgjeves å ha advart ham, bringe saken inn for Kontrollrådet for legers forskrivning av bedøvende midler”. Kontrollrådet ble oppnevnt i forbindelse med denne lovrevisjonen og kom til å bestå av to (”høyesterettsdommerkvalifiserte”) jurister, som formann og nestformann, og to leger. Det fikk ytterst få saker til behandling i resten av Evangs tid.³⁴⁷

Ved at begrepet forsvarlighet ble innført, ble i virkeligheten viktige premisser lagt for den senere omfattende profesjonalisering både av den egentlige tilsynsoppgaven (overfor de offisielt godkjente behandlere og institusjoner) og av klagebehandlingen. Begrepet ble i 1957 brukt på en nokså avgrenset måte. Men introduksjonen av begrepet nærmest pekte mot en generalisering: Hvorfor skal leger bare passes på med hensyn til en bestemt form for u/forsvarlighet og ikke med hensyn til alle former for u/forsvarlighet. Man kunne også spørre hvorfor et domstolslignende organ, Kontrollrådet, og ikke fagforvaltningsorganet Helsedirektoratet, i slike tilfeller skulle vurdere u/forsvarlighetsspørsmålet. Lovendringen i 1957 var sånn sett bare en forberedelse for den nye loven som etter hvert ”måtte” komme. Den kom i 1980. Da kom der selvsagt også en ny lov for tannleger.

I Helsedirektørens instruks av 1927 stod det i § 2 at han skal ”føre tilsyn med ... lægenes virksomhet. Han har å foreta de i den anledning nødvendige inspeksjoner”. Om premissene for tilsynet stod der intet, og hverken Evang eller hans to forgjengere, Heitmann og Wefring, fulgte opp denne bestemmelsen på noen systematisk måte. I all hovedsak forholdt de seg til de klager som kom inn fra publikum. Legelovutvalget av 1971 opplyser at Direktoratet årlig mottok ca. 150 klager; halvparten gjaldt leger. Det sies ikke hvilket tidsrom det dreier seg om, men mest sannsynlig gjelder det begynnelsen av 1970-årene, altså Evangs siste år og noe etter. Klagene gjaldt forskjellige ting, både behandleres adferd og forholdene på (psykiatriske) sykehus. Klagene ble behandlet av de aktuelle fylkesleger før Helsedirektøren tok stilling til dem. Helsedirektøren fant at de fleste klager ikke gav grunnlag for å rette kritikk mot behandlere eller sykehus. I noen få tilfeller anbefalte Helsedirektøren den klagende å ta kontakt med behandleren eller sykehuset for å vurdere å reise erstatningskrav. I enkelte andre tilfeller anbefalte Helsedirektøren den klagende å ta kontakt med advokat for å vurdere hvordan saken kunne forfølges videre. Helsedirektøren gjorde altså ikke meget selv, eller gjennom fylkeslegen, overfor dem kritikken var rettet

347) Kfr. *ibid.*, s. 122.

mot. I noen tilfeller kunne dog han, eller fylkeslegene, gripe inn på en mer kollegial og veiledende måte. De hadde jo knapt noe formelt grunnlag for å gjøre det anderledes heller. Domstolene kunne gjøre noe (reaktivt). En del, og etter hvert litt flere, saker, for eksempel av ertstatningsrettslig art, ble reist.

Kvaksalvertilsynet, altså tilsynet med de ”andre”, med konkurrentene, var en oppgave de offentlige legene fortsatte å ha, også under Evang. Men også dette tilsynet var noe tilfeldig, og nok i noen grad ubehagspreget for legene. Rasjonalisten Evang mislikte imidlertid kvaksalveriet sterkt og reagerte hvis saker kom opp i pressen eller han fikk kjennskap til at legpersoner tok syke i kur på lovstridige måter.

Legeforeningens parallelle ”tilsyn” ble også bygget noe ut etter krigen og fikk et bredere formelt grunnlag. Der kom stadig nye typer regler. I 1961 ble de samlet i ett, større regelsett. Samtidig ble der opprettet et Råd for læge-etikk. Fylkesavdelingene fikk egne kontrollnevnder. I perioden 1962 til 1970 behandlet Etikkrådet 161 saker, bare 12 gjaldt klager over feilaktig behandling. De fleste av klagesakene kom i de siste årene.³⁴⁸

Det er interessant at komiteen som utarbeidet forslaget til nye foreningsregler også omfattet medisinalråd Jon Bjørnsson: I mange henseender arbeidet de to sentrale medikratiske organer, Foreningen og Direktoratet, sammen. Ja, i denne komiteen gikk alle tre sammen, fordi også Fakultetet i Oslo var med, nemlig ved den ”mangestedsnærværende” professor Axel Strøm, Evangs venn fra SLF-årene.³⁴⁹

Etter krigen fortsatte Lægeforeningen også den økonomiske kontrollpraksis den hadde startet i 1930-årene, under generalsekretær Jørgen Berner (1883-1964). Hans etterfølger fra 1949, Odd Bjercke, var svært opptatt av legenes ”økonomiske adferd”, og fortsatte samarbeidet med trygdeetaten – helt opp til den myndige trygdedirektør Finn Alexander. Alexander var streng når det gjaldt bruken av takstene, men Bjercke var nok like streng. I en samtale med Maren Skaset uttalte han at ”det var vår oppgave å sørge for at standen oppførte seg pent”. Han fortsatte med å påpeke at Foreningen ”Alltid holdt styr på standen, og det har ikke vært mulig å forvente en mild behandling av Legeforeningen hvis de (altså legene) først hadde gjort noe galt”.³⁵⁰

Lægeforeningens utbygging av tilsynsvirksomheten skjedde i noen grad for å forebygge en for omfattende ”sosialisering” av tilsynet. Bjerckes strenghet er et uttrykk for det: Det var en forutsetning for at legene skulle få beholde en betydelig grad av autonomi, også når det gjaldt ”styringen” av legene, at de passet på hverandre. Det skulle skje uformelt rundt omkring i klinikken, men det måtte også, og i økende grad, skje formelt, gjennom legenes organisatoriske ”hode”, Lægeforeningen. Samtidig begynte det, og spesielt etter 1957 (loven), å bli klart at ”tilsynssosialiseringen” på denne måten ikke

348) Her referert etter NOU 1976: 1, s. 125. Tallene er hentet fra en artikkel av Axel Strøm, Etikkrådets formann, i *Tidsskrift for den norske lægeforening*, nr. 8, 1970.

349) Kfr. Maren Skaset, *op. cit.*, s. 97.

350) Maren Skaset, *op. cit.*, s. 96.

ble mer enn utsatt. Legene kunne kanskje ”trøste seg” med at den sosialisering som de så komme, skulle skje i regi av et forholdsvis medikratisk organ, Helsedirektoratet. Opprettelsen av Kontrollrådet var imidlertid et varsel om at slik ville det ikke nødvendigvis gå: Juristene ”lukket” nå om ikke ”blod” så (ny) makt. Dessuten var jo også Helsedirektoratet som medikratisk organ i noen grad kommet under attack: Det startet, som vi har sett, med dr. Harlem i 1956.

Tilsynsvirksomheten og delvis klagebehandlingen ble altså i beskjeden grad spesialisert og profesjonalisert under Evang. Tilsynsvirksomheten var kanskje den oppgave som ble aller minst profesjonalisert. De gamle, usystematiske og praksispregede kollegiale kontroll- og tilsynsformene, men også de noe mer institusjonaliserte tilsynsformene man hadde gjennom de psykiatriske kontrollkomisjonene og legemiddelkontrollen, levde i stor grad videre. Direktorat og legeforening arbeidet i noen grad sammen, uten at arbeidsdelingen var klar. Fakultetet (i Oslo) spilte også en viss rolle. Hva tilsyn angikk kan man altså konstatere at Evangs Direktoratet i nesten påfallende grad mer var en del av det gamle medikratiske regime enn av det nye, ”postmedikratiske”, og styrings- og tilsynsmoderniserte, regime. Dog spilte også Helsedirektøren en viss reaktiv rolle.

Det er neppe tilfeldig at Evang i tale og skrift ytret så lite om tilsyn. Det var ikke, ser det ut til, en oppgave som engasjerte ham meget, selv om han kunne reagere skarpt og offentlig i en del saker. Dog berørte han på en interessant måte spørsmålet i et notat han skrev i USA under krigen. Han henviser til den omfattende faglige og tekniske utvikling og sier at det gjør at legen ikke lenger kan sitte for seg selv. Han må samarbeide og han må finne seg i å bli kontrollert av det offentlige:

*Den enkelte individuelle lege som ukontrollert av alle driver sin egen lille legebudrift helt etter eget skjønn, er derved kommet i en vanskelig stilling. Ingen enkelt lege kan lenger beherske det hele felt, men må nødvendigvis, om han skal utføre **forsvarlig** (vår uthevelse) medisinsk arbeid, inngå som ledd i et ”team-work”. De representanter for legestanden som har ønsket å påskynne den pågående utvikling, har derfor pekt på at hvis legestanden søkte å sette seg imot utviklingen, måtte resultatet bli at standen satte seg selv utenfor og mistet innflytelsen over sine egne arbeidsvilkår.³⁵¹*

Vi bør legge til at han etter krigen var meget streng i sitt ”politiske” ”ettertilsyn”, altså i vurderingen og behandlingen av leger som hadde samarbeidet med okkupasjonsmakten under krigen. Streng var for øvrig også Lægeforeningen. Myndighetene ellers, og domstolene, var betydelig mildere.³⁵²

351) Karl Evang, *Norsk helsestell og norske helseproblemer*, notat, Washington D. C., mai 1943. Notatet finnes i Helsetilsynets Evang-samling.

352) Kfr. Aina Schiøtz, 2003, *op. cit.*, s. 298-305.

Spesialiseringen og profesjonaliseringen: noen tall og litt om den indre ledelse i Helsedirektoratet

Som andre departementale organer var Helsedirektoratet delt inn i tre forholdsvise distinkte fagsjikt, den øverste ledelse, byråsjefene og saksbehandlerne; i tillegg kom det kontortekniske personale. Det tallmessige forhold mellom de tre fagsjikt endret seg noe, men ikke meget i løpet av Evangs tid; kfr. tabell 4.5. Det øverste sjikt utgjorde 14 prosent av fagstaben i 1946, sank til 10 prosent et knapt tiår senere, men økte så og var på 21 prosent i 1972. Mellomsjiktet omfattet rundt 20 prosent i førtiårene og sank så gradvis, til 12 prosent i 1970, men gikk litt opp igjen, til 12 prosent i 1972. Saksbehandlersjiktet utgjorde omlag to tredjedeler av fagstaben i 1946. Det økte så og nådde en topp i 1955 på nesten tre av fire fagansatte. Siden gikk andelen litt ned, til 64 prosent i 1972. Man kan si at der skjedde en viss "proletarisering" av fagstaben frem til annen halvdel av femtiårene: Saksbehandlerstabens bemanningsandel vokste mens begge de to ledergruppens bemanningsandel gikk tilbake. Siden er utviklingen gått den andre veien. Saksbehandlerandelen er gått noe tilbake, mens særlig sjefsandelen er gått opp. Ytre sett er på denne måten opprykksmulighetene blitt noe bedre, men mer til de(t) øverste sjikt enn til sjikt nr. to (tre).

Men siden Direktoratet var så flerfaglig, må vi differensiere bildet etter fag. I tabell 4.6. har vi gjort det for de to største gruppene i Direktoratet, legene og juristene. Som vi ser er bildet nokså forskjellig for de to grupper. Med unntagelse av året 1955, og delvis 1960, var det for legene flere lederstillinger enn saksbehandlerstillinger. For juristene var det motsatt for alle år, dog ble andelen opprykksstillinger etter hvert litt høyere og var til slutt i perioden på 37 prosent. Forskjellene mellom de to toneangivende faggrupper forsterkes av at legenes opprykksstillinger var toppstillinger, mens juristenes opprykksstillinger først bare var mellomlederstillinger og siden ble to topplederstillinger. Ser man interesse-byråkratisk på situasjonen, gjør en slik situasjon de underordnede legene lite underdanige; de kunne jo rykke opp "uansett" hva de sa og gjorde. Ja, deres muligheter for å gjøre karriere var enda gunstigere enn direktoratstallene forteller. De hadde også et attraktivt marked utenfor forvaltningen, nemlig i den offentlige legeetat. For saksbehandlerjuristene var karrieresituasjonen langt mer usikker, og for så vidt klassisk byråkratisk. Deres sannsynlighet for å rykke opp i Direktoratet var brukbar, men ikke bedre enn at de måtte strekke seg en del for å komme videre, bl.a. vise lydigheit.

Tabell 4.5: De ulike hierarkiske sjikts andeler av fagstaben i Helsedirektoratet, 1946-1972. Prosent (antall).

	1946	1948	1955	1960	1965	1970	1972
Øverste ledere	14 (5)	12 (4)	10 (5)	15 (8)	19 (10)	20 (17)	21 (18)
Byråsjefer	20 (7)	21 (7)	17 (8)	13 (7)	13 (7)	12 (10)	14 (12)
Saksbehandlere	66 (23)	68 (23)	73 (35)	71 (37)	68 (36)	67 (56)	64 (54)
Tilsammen	100 (35)	101 (34)	100 (48)	99 (52)	100 (53)	99 (83)	99 (84)

Kilde: Norges statskalender. Tallene gjelder litt ulike tidspunkter på året. For de to første år gjelder de slutten av året, for 1950 for mai det året, og for resten av årene til og med 1970 for 31.12. Tallene for 1972 gjelder for 1.1. det året. Personer som har vært i permisjon på registreringstidspunktet er ikke telt med. For 1972 er arkitekt nr. 2 regnet til byråsjefssjiktet; han ble lønnet som byråsjefer. Apotek- og økonomiinspektører er regnet med til saksbehandlersjiktet. De var gasjert lavere enn byråsjefene og på nivå med konsulent I.

Tabell 4.6: Fordelingen av leger og jurister etter hierarkisk sjikt, 1946-1972. Prosent (antall).

		1946	1955	1960	1965	1970	1972
Leger	Sjefer	63 (5)	42 (5)	50 (6)	70 (7)	63 (12)	60 (12)
	Byråsjefer	-	-	-	-	-	-
	Saksbehandlere	38 (3)	58 (7)	50 (6)	30 (3)	37 (7)	40 (8)
	Tilsammen	101 (8)	100 (12)	100 (12)	100 (10)	100 (19)	100 (20)
Jurister	Sjefer	-	-	9 (2)	9 (2)	7 (2)	7 (2)
	Byråsjefer	24 (4)	24 (5)	17 (4)	22 (5)	30 (8)	30 (8)
	Saksbehandlere	76 (13)	76 (16)	74 (17)	70 (16)	63 (17)	63 (17)
	Tilsammen	100 (17)	100 (21)	100 (23)	101 (23)	100 (27)	100 (27)

Kilde: Som tabell 4.5.

Trond Nordby skriver i sin Evang-biografi at sammenslåingen av avdeling og direktorat, og legenes okkupasjon av nesten alle toppstillinger, førte til at mange jurister "fikk sine karrierer ødelagt". Avdelingsjuristene følte at den for dem "fastlåste situasjonen" skapte "nær sagt menneskelige tragedier". Nordby nevner også at mange sluttet i løpet av de første årene.³⁵³ Det er for så vidt riktig, men det var noe som skjedde nokså umiddelbart, og til dels som en følge av det som skjedde under krigen. Av de 13 juridiske saksbehandlerne i Direktoratet i 1946 var bare tre "gamle". Men det neste året sluttet det bare fire, og én av disse rykket opp til byråsjef. Saksbehandlere "skal" ikke sitte lenge, så dramatisk kan vi ikke si denne avgangen var. Heller ikke senere tyder tallene på at de juridiske saksbehandlere følte at deres situasjon var for "fastlåst". I 1955 var tre av 16 juridiske saksbehandlere ansatt før 1950, og én før 1946 (nemlig 1930). Avgangen i løpet av 1954 var imidlertid på bare fire. Bildet endrer seg ikke vesentlig mot slutten av perioden. Av 23 juridiske saksbehandlere i 1965 var to ansatt før 1960, og

353) Nordby, *op. cit.*, s. 154.

fra 1964 til 1965 sluttet hele 11 jurister.³⁵⁴ Av 17 jurister i 1972 var to ansatt før 1967, og 10 før 1970, mens bare fire jurister sluttet i løpet av 1971.

Det var en viss frustrasjon blant juristene over de begrensede karriereutsikter i Direktoratet, men tallene tyder på at det ikke var altfor vanskelig for dem å komme seg ut. De var ikke ”låst” til medisinalforvaltningen. De juridiske byråsjefer var egentlig mer låst. De hadde investert en del i Direktoratet og hadde til å begynne med ingen interne opprykksmuligheter; siden fikk de to. De som fikk disse to stillinger ble imidlertid sittende lenge, så byråsjefene måtte ut for å komme seg videre opp. Kaare Bjerkomp, den første ekspedisjonssjef, satt, som vi har sett, fra 1956 til 1967, mens den annen, Knut Munch-Søegaard (1923-2008) satt resten av Evangs tid, og for så vidt også mer enn hele Torbjørn Morks tid (til 1993). Da Munch-Søegaard overtok som ekspedisjonssjef i 1967 hadde byråsjefene håpet, som de gjorde da Bjerkomp ble ekspedisjonssjef i 1956, at deres stilling skulle bli styrket. Men selv om Munch-Søegaard var en tydeligere og mer offensiv embedsmann enn forgjengeren, forble han også først og fremst Evangs, og siden Morks, og Bjørnsons mann. Han hadde nok mere kontakt med byråsjefene enn Bjerkomp hadde hatt, men hans posisjon nær de to på toppen gjorde at disse nesten alltid henvendte seg til ham og ikke til byråsjefene når de hadde ”byråkratiske” spørsmål.³⁵⁵ Han var også svært lojal overfor de to på toppen. Ekspedisjonssjefembedet fortsatte altså, som vi nevnt, å trykke stillingen for byråsjefene litt ned, og slik i noen henseender å gjøre juristenes og andre ”byråkraters” posisjon i Direktoratet svakere. Ekspedisjonssjefene bidro på den måten snarere til å styrke enn til å svekke legestyret i Direktoratet.



Knut Munch-Søegaard, ”en medisinaljurist av betydelig format”, som overlege Fredrik Mellbye sa. Her er ”Munchen” avbildet 22. november 1960. Han var da byråsjef i Psykiatrikontoret (siden 1957). Han ble underdirektør i 1961 og overtok i 1967 ekspedisjonssjefembedet etter Kaare Bjerkomp. Han ble en viktig medarbeider, og tennispartner, for Evang, og var i mange henseender Torbjørn Morks nærmeste medarbeider gjennom hele Morks direktørtid. Foto: Aftenposten / Scanpix

354) Ytterligere fire var ute en stund, men kom siden tilbake som byråsjefer.

355) Opplysningene her baserer seg på samtaler med flere, men i første rekke med Egil Danielsen, 6.1.2009.

Ser vi på de andre grupper er situasjonen slik: Farmasøytene hadde fra begynnelsen av en byråsjefstilling og fra 1946 til ut 1950-årene fire til seks saksbehandlerstillinger. Helt mot slutten var det syv begynnerstillinger for farmasøytene og stadig bare én opprykksstilling; denne var dog nå en topplederstilling (overapoteker). Situasjonen for saksbehandlerfarmasøytene var altså mer ”trøstesløs” enn for juristene; den ble endog stadig mer trøstesløs. De fleste satt imidlertid også svært kort i sine, for de fleste nokså spesialiserte, stillinger, og forsvant så ut. De tilhørte mer apotekervesenet enn apotekerforvaltningen.

Tannlegene hadde en gunstigere situasjon med stort sett én begynner- og én opprykksstilling hele perioden igjennom. For tannlegene var det på den annen side knapt noe eget fagmiljø; tannhelseforvaltningen var byråsjefen, og siden overtannlegen, og han satt lenge.

Gruppen ”andre” er svært heterogen. Den omfatter både akademikere og personer uten, eller uten full, akademisk utdanning. De siste er i flertall. Ikke-akademikernes opprykksmuligheter var svært begrensede, men Karl Berntzen ble byråsjef i Sykehuskontoret i 1946, og satt lenge, helt til 1969; han kom også, som Sykehusordningskomiteens sekretær, til å spille en viktig strategisk rolle. Det hører med til bildet at mange av de ”nye” akademikere som kom inn helt mot slutten av Evangs periode gikk rett inn i overordnede stillinger. I 1969 ble, som vi har nevnt, en sosialøkonom konstituert som sjef for den nye Utrednings- og planleggingsgruppen; andre økonomer var der ikke i Direktoratet. Året etter kom der en overarkitekt og fra 1972 nok en arkitekt. Den siste ble lønnet over saksbehandlernivå, og skulle etterhvert erstatte den første som overarkitekt.

Tabell 4.6 mer enn antyder hvordan Helsedirektoratet var legestyrt. Medisinaldirektoratet var også legestyrt, men det hadde i en del henseender Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet over seg – og Avdelingen og dens juridiske sjef stod formelt og ofte i praksis mellom Medisinaldirektøren og Sosialministeren. Nå var de juridiske embeds- og tjenestemenn plassert under den medisinske ledelse. Det ble ytterligere understreket ved at legene dominerte linjen. På toppen satt Evang, og til dels, hva mye av den indre forvaltning angikk, Bjørnsson. De fikk fra 1956 en juridisk ekspedisjonssjef å forholde seg til og fra 1961 en juridisk underdirektør. Den første ble imidlertid langt på vei, som vi også har sett, Evangs konsulent, eller ”lovråd”. På samme måte var det i kontorene: De fleste var ledet av overleger, etter hvert også en overtannlege og en overapoteker, og kontorenes tradisjonelle ledere, byråsjefene, ble en slags lovkonsulenter for overlegene, overtannlegen og overapotekeren.

Legestyret var altså formalisert gjennom hierarkiets oppbygning og gjennom avlønningsordningen. Det ble forsterket av at unge leger som kom inn gjerne fikk en rask karriereutvikling, mens andre, særlig juristene, ofte måtte nøye seg med en utvikling på saksbehandlernivå, eller å forlate Direktoratet. Det ble også forsterket gjennom to viktige andre privilegier. Legene ble, ofte nokså raskt, gitt stipendium for å dra til USA, siden også

England, for å ta en magistergrad i folkehelsevitenskap (MPH). Andre fikk ikke denne mulighet. I tillegg hadde, som vi har sett, legene adgang til å ta lønnet arbeid utenfor Direktoratet en dag i uken (egentlig seks timer). Kulturen i Direktoratet ble preget av det. ”Hjemme hos oss pleide jeg å si (om Direktoratet) at først er det Gud, så er det legene, så er det legene, så er det legene og deretter kommer alle vi andre”, forteller overapoteker (fra 1965) Bjørn Jøldal.³⁵⁶

Nederst i Evangs forvaltningspyramide var det altså betydelig bevegelse inn og ut. Det gjaldt for alle grupper, også legene. På toppen var situasjonen den motsatte: Lederne ble stort sett sittende og sittende. Vi har sett at det var tilfelle for de mektigste blant dem, legene. Evang hadde med seg Jon Bjørnsson, Otto Galtung (Hansen), Christofer Lohne-Knudsen og Fredrik Mellbye mesteparten av sin embedstid etter krigen. Overlegene på lege- og sykehuskontorene kom først i 1961 og 1962, og i det siste kontoret ble der også et skifte (i 1970). I disse kontor var det allikevel stor kontinuitet for så vidt som byråsjefene satt lenge. Det gjaldt særlig Karl Berntzen i sykehuskontoret. I legekantoret hadde Evang tre byråsjefer; den første satt til 1953 (fra 1922), den annen til 1964, mens den siste fortsatte lenge etter Evangs tid. Kontinuitet var det også i tannlege- og apotekerkontorene. Tannlegesjefen, Sivert B. Ingebrigtsen (f. 1897) satt, først som byråsjef, så som overtannlege, fra 1946 til 1968, altså nesten hele Evangs etterkrigsperiode. I apotekerkontoret var det tre sjefer; den første satt fra 1946 til 1954, den annen fra 1954 til 1965 og den siste resten av perioden og endog i 19 år til. Flest skiftninger var det i Budsjett- og personalkontoret. Kontoret hadde tre byråsjefer frem til 1966, men fra 1961 var kontoret ledet av en underdirektør. Den første rykket opp til ekspedisjonssjef i 1967 (Knut Much-Søegaard), mens den neste satt langt utover Evangs tid. Som vi har påpekt, satt de juridiske ekspedisjonssjefer lenge; Evang hadde bare to.

Evangs direktorat var altså preget av en påfallende stabilitet på ledernivå og mer normal, og forholdsvis høy, ”gjennomtrekk” på saksbehandlernivå. Det forsterker inntrykket av et topptungt, og godt integrert, direktorat. Ikke alle ledere fant seg like godt til rette med Evang, men Mellbys påstand om at han følte at der etterhvert hadde utviklet seg et (uuttalt) vennskap mellom dem, tør nok være representativ for mange i ledergruppen. Den som blir sittende lenge får jo også interesser i organisasjonen; den blir mer og mer hans eller hennes (historie). Mobiliteten på saksbehandlernivå kan knapt sees på som uttrykk for at organisasjonen bare var lederne og at Direktoratet hadde en ”undertrykkende” klassestruktur. Nokså mange av saksbehandlerne brukte Direktoratet som et springbrett for videre karriere i helsevesenet, men til dels også (for juristene) i andre deler av forvaltningen.

Det var ”spennende” å arbeide i Direktoratet, under Evang, men også under en del av kontorlederne; en del av de siste fikk selv en nesten legendarisk status. Det skal også taes med at helt mot slutten ble nivået like under toppen bygget ut, skjønt særlig for leger. Der kom en

356) Fra samtale med Bjørn Jøldal 15.10.2008.

utrednings- og planleggingsgruppe med en økonom som sjef (1969) og der kom fire assisterende overlegestillinger (1970) og en spesiallegestilling (1971). Selv om ”fortiden” nå var på vei ut, var også noe av fremtiden på vei inn. Også aldersfordelingen forteller noe om det. I 1946 var toppledergruppens medlemmers gjennomsnittsalder på 41,2 år og byråsjefsgruppens (én stilling var ledig) på 50,9 år, men på 45,4 år hvis vi holder utenom de to byråsjefene som hadde sittet siden begynnelsen av 1920-årene. Lederne var altså ganske unge; de var omtrent jevngamle med saksbehandlerne. I 1946 var de sistes gjennomsnittsalder 40 år. To av saksbehandlerne var godt over 60 år og tar man bort dem, blir gjennomsnittsalderen 37,7 år. Når vi ser bort fra de få, litt eldre, byråsjefene, bestod faktisk Direktoratet både på toppen og bunnen av folk i slutten av tredveårene og begynnelsen av førtiårene.

Ved utløpet av 1970 var gjennomsnittsalderen for topplederne, de assisterende overleger medregnet, på 49,3 år. Holder vi utenom de nye ”nesten-topplederne”, blir gjennomsnittsalderen 52,1 år. Byråsjefene hadde i 1970-71 en gjennomsnittsalder på 51,7 år. Saksbehandlerne hadde dette år en gjennomsnittsalder på 45,5 år. Evangs ”utgangsdirektorat” var altså noe eldre enn hans ”inngangsdirektorat”. I 1940-årene var Direktoratet klart på den unge siden, i 1970 var det, om ikke like klart, på den eldre siden. Allikevel kan man knapt si at Direktoratet som forvaltningsdirektorat var blitt uvanlig ”grått”. Det spilte imidlertid en rolle at de gamle, og virkelige, makthaverne, de fem som hadde sittet der siden krigen, eller 1950 (Mellbye), og som i 1970 var på vei ut, hadde en gjennomsnittsalder på 62 år. Der var en betydelig avstand mellom disse og de yngre, også sosialt. Å ta kontakt med dem, innebar nærmest å søke audiens.



Meddelelsesbladet for Helsedirektoratet kom ut med sitt første nummer i april 1948. Bladet, eller heftet, var trykket i A-5-format og var et organ for meddelelser nedover i etaten. Det kom til og med 1952 ut to ganger i året, siden stort sett bare én gang i året. Det siste nummer kom ut i november 1973. Det var det første og siste nummer under den nye helsedirektør, Torbjørn Mork. Han skrev i siste nummer av Meddelelsesbladet at det snart ville komme et nytt blad, med ”en mer interessant lay-out”.

Vi har sett at så vel Evang som Direktoratet som medikratiske organ, etter hvert kom mer på defensiven. Dette skyldtes også indre forhold, ikke minst den vedvarende medikratiske ledelsen av Direktoratet. Ja, det skyldtes også at de viktigste medikrater etter hvert var blitt eldre. De to viktigste, Evang selv og Bjørnsson, var født i 1902 og 1909. Men det var nok vel så meget trykket utenfra som bragte Direktoratet på defensiven. Trykket gjaldt både helsepolitikken og forvaltningspolitikken. Vi skal snart si mer om det.

Før vi gjør det skal vi se på ytterligere noen tall for organisasjonen. Vi skal se på hvordan Direktoratets faglige sammensetning utviklet seg, altså hvilket innhold profesjonaliseringen hadde.

Tabell 4.7: Helsedirektoratets faglige sammensetning, 1946-1972. Ansatte i lederstillinger og saksbehandlerstillinger. Prosent (antall).

	1946	1948	1950	1955	1960	1965	1972
Leger	23 (8)	18 (6)	21 (9)	26 (12)	24 (12)	19 (10)	24 (20)
Jurister	49 (17)	56 (19)	57 (24)	46 (21)	45 (23)	43 (23)	33 (27)
Farmasøyter	17 (6)	15 (5)	12 (5)	8 (4)	8 (14)	13 (7)	10 (8)
Tannleger	3 (1)	3 (1)	2 (1)	4 (2)	4 (2)	4 (2)	2 (8)
Andre akade- mikere	- (-)	- (-)	- (-)	4 (2)	4 (2)	- (-)	8 (7)
Andre	6 (2)	9 (3)	7 (3)	16 (8)	16 (8)	21 (11)	23 (19)
Tilsammen	98 (35)	98 (35)	99 (42)	101 (51)	101 (51)	100 (53)	100 (83)

Kilde: Norges statskalender. For de tre første årene gjelder tallene midt i årene. Fra 1955-1965 gjelder de pr. 31.12. For 1972 gjelder de pr. 1.1. Personer som har hatt tjenestefri er ikke tatt med. Midlertid ansatte er tatt med.

Medisinalforvaltningen var tradisjonelt preget av de medisinske fagspesialister, ”ledsaget” av en mindre gruppe farmasøyter og en enslig tannlege, og de almene forvaltere, juristene. De siste hadde det tallmessige overtak. Etter krigen fortsetter medisinalforvaltningen å være dominert av de samme grupper, fagspesialistene og almenforvalterne, og stadig med den siste gruppen som den tallmessig dominerende. Forskjellen er imidlertid at fagspesialistene, legene, nå har det ”kvalitative” overtak, gjennom toppstillingene og statsrådsadgangen (dog ikke helt alene fra 1956). Tabell 4.7 kan tyde på at det legelige tallmessige overtak konsolideres i løpet av Evangs tid: Legeandelen holder seg forholdsvis stabil på mellom en femtedel og en fjerdedel av alle fagansatte mens juristandelen synker fra i overkant av en halvpart til bare en tredjedel.

Det er først og fremst den heterogene ”gruppen” ”andre” som vokser, og er omtrent like stor som juristgruppen ved begynnelsen av Evangs siste år i Direktoratet. Andregruppen domineres tallmessig av personer uten (full) akademisk utdanning; endel av disse har en ikkeakademisk helsefagutdanning. Vi kan kanskje se på de tallmessige endringer mot slutten av Evangs periode som ett av flere varsler om at en ny tid er i emning? Legene er fortsatt dominerende på helsefagsiden, men de profesjonaliserende ”subakademiske” yrkene gjør seg stadig mer gjeldende. Det hører med til dette bilde at først tannlegene og så farmasøytene fikk sine ”overstillinger”; men også at sykepleierne mot slutten fikk, om ikke en ”overssykepleierstilling”, så iallfall en byråsjefstilling (1967). Den helsefaglige pluralisering har sin parallell i en pluralisering på den styrings- og forvaltningsfaglige

side. Juristene må i disse faghenseender dele noe av makten med økonomer, statsvitere og andre samfunnsvitere.

Evang satte seg ikke imot denne utvikling, men tok, som vi har påpekt tidligere, knapt helt inn over seg de fagpolitiske implikasjoner av den. Han antok, men kanskje vagt, at profesjonaliseringen blant sykepleierne og de andre kvinnedominererte helsefagene, og de nye styringsfagfolkernes inntreden i forvaltningen, og siden i klinikken, skulle representere en alvorlig utfordring for legestyret. Den første utviklingen representerte en utfordring, om ikke angrep, ”nedenfra”, den annen, iallfall i prinsippet, en utfordring ovenfra. Juristene ble nok også utfordret av de nye styringsfagfolkene, men samtidig betydde disses inntreden at ”koalisjonen” som utfordret medisinen ble bredere og ”farligere”. Man fikk et angrep som kom både fra rettsstatligheten og nyttestatligheten, og fra en stadig mer aktiv politikk. Vi skal snart si mer om det. Først skal vi presentere noen tall for utviklingen i Direktoratets kjønns sammensetning under Evang. I noen grad gir de også inntrykk av at en ny tid er i anmarsj.

*

I tabell 4.8 ser vi hvordan kjønnsfordelingen i fagstaben utviklet seg. Direktoratet var, som andre forvaltningsorganer mannsdominert, spesielt på toppen. Først helt mot slutten av Evangs periode (1970) kom det inn en kvinne i en overordnet stilling, som assisterende overlege (Aud Blegen Svindland). På byråsjefsnivå kom den første kvinne inn sent i 1946 og den neste i 1947. Siden holdt kvinneandelen seg forholdsvis høy på kontorledernivået, og da Evang gikk av, var over halvparten av byråsjefene, 6 av 11, kvinner. På saksbehandlernivå var der kvinner allerede fra 1946. Andelen var på 22 prosent og økte til 34 i 1950. Så sank den gjennom femtiårene, og økte så igjen i siste del av Evangs periode. Den nærmet seg fire av ti da Evang gikk av. Samlet var kvinneandelen lav i starten, med 14 prosent, men økte så frem mot 1950, avtok så i de neste ti årene, før den igjen økte og nådde en drøy tredjedel i Evangs avgangså.

Tabell 4.8: Andelen (antallet) kvinner i Helsedirektoratets fagstab, etter nivå, 1946-1972.

	1946	1948	1950	1955	1960	1965	1972
Toppstillinger	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	6 (1)
Byråsjefer	- (-)	29 (2)	25 (2)	38 (3)	29 (2)	43 (3)	55 (6)
Saksbehandlere	22 (5)	22 (5)	34 (10)	27 (9)	19 (7)	33 (12)	38 (21)
Tilsammen	14 (5)	20 (7)	29 (12)	24 (12)	18 (9)	28 (15)	34 (28)

Kilder: Som for forrige tabell.

Inntil litt ut i sekstiårene var det store flertall av kvinner jurister: 75 prosent i 1946, 80 i 1948, 78 i 1950 og 1955 og 86 i 1960. Så sank juristandelen til 58 prosent i 1965 og til 46 prosent i 1972. Det siste året begynte andelen

ikkeakademiske kvinner å gjøre seg gjeldende; den utgjorde 21 prosent. Denne tendensen reflekterer, som vi har bemerket ovenfor, inntoget av representanter for de profesjonaliserende helsefagene. Syttiårene er gjennombruddsårene for disse fagene som profesjonsaspirerende, og medikratiutfordrende, fag. Feminineringen av medisinalforvaltningen er imidlertid først og fremst et uttrykk for den almene utvisking av kjønnsrolleforskjellene som nå for alvor begynte å gjøre seg gjeldende. Men allerede før den slo tungt inn i Helsedirektoratet hadde det hatt virkning at endel, og til slutt et flertall, av byråsjefene var kvinner, eller endog kvinnelige jurister. De fikk en moderlig-påpasselig rolle, og kontrollerte i noen grad andres adgang til "far", Helsedirektøren.

*

Helsedirektoratet under Evang var stadig på flyttefot, og hadde det stadig trangt. Det var mesteparten av tiden plassert forskjellige steder rundt i byen, stor sett et godt stykke unna Departementet og Statsråden. Evang syntes det var greit nok slik. Det understreket hans uavhengighet. Først i 1968/69 flyttet Direktoratet inn i regjeringskvartalet, først i den såkalte høyblokken, senere, men da var Evang gått av, i den såkalte S-blokken, sammen med Sosialdepartementet. Bildet viser Direktoratets ulike lokaliseringssteder, fra 1945 til 1980.



Helsedirektoratet var fra 1945 og helt til 1987 stadig på vandring. Ofte fikk det det også trangt og måtte ha "filialer" andre steder i hovedstaden. Vandringen startet etter krigen på Fridtjof Nansens plass (øverst til venstre). Der oppholdt Direktoratet seg til 1948, men hadde samtidig en filial i Victoria Terrasse 11. Neste stoppested var kringkastingshuset på Marienlyst, i vestre fløy (øverst i midten). I 1960 kom fjernsynet og NRK trengte mer plass. Evang og hans folk flyttet da til Rikstrygdeverkets nye bygg i Drammensveien 60 (Skillebekk), hvor Evangs direktørkollega og venn Finn Alexander var sjef (øverst til høyre). Allerede i 1965 trengte Rikstrygdeverket mer plass og Helsedirektoratet flyttet til Stortingsgaten 2 (Narvesen-gården) (nederst til venstre, men her er en ny bygning avbildet), med filialer i Pilestedet 57 og Københavnergaten på Rodeløkken. I 1968-1969 ble Direktoratet samlet i den nye regjeringsbygningen (høyblokken) i Akersgaten 42 (nederst i midten). Der var Direktoratet da Evang gikk av. Direktoratets siste oppholdssted som samlet organ var regjeringskvartalets S-blokk i Grubbegaten, nå Einar Gerhardsens plass (nederst til høyre). Hit flyttet det i 1980, men hadde en filial i passasjen mellom Torggaten og Storgaten. Foto: Helge Høifødt



Helsedirektoratet og de politisk-administrative omgivelser: angrepene på medikratiet

Forholdet til de politisk-administrative omgivelser ble, særlig fra midt i 1950-årene, tiltagende anstrengt for Evang og det medikratiske direktorat han hadde bygget opp. Juristene reagerte, som vi har sett, da regimet ble etablert i 1945. De skulle fortsette å reagere. Der kom et etter hvert omfattende rettsstatlig angrep på det evangiske direktorat, men et angrep som etter hvert ble like meget et politisk angrep. De nye, meget ambisiøse, økonomene som kom inn i forvaltningen fra 1945, kom også etter hvert til å reagere på, og mer og mer utfordre det evangiske direktoratsmedikrati. Til sammen ble disse angrepene utenfra i lengden umulig å stå imot for Direktoratet, selv om Evang i noen grad klarte det den tid han regjerte. Raknet gjorde direktoratsmedikratiet først under Evangs etterfølger, Torbjørn Mork.

Man kan si at disse angrep ”utenfra” delvis var knyttet til helsepolitikken og delvis til forvaltningspolitikken. De første var særlig planstatlige, de andre både planstatlige, rettsstatlige og politiske. Vi skal starte med å se på det helsepolitiske og planstatlige angrep på Evangs direktoratsmedikrati.

Helsepolitikken og det planstatlige angrep på den medikratiske helseforvaltning

Det gamle helsevesen hadde vært forholdsvis enkelt, lite spesialisert og praksisbasert. Det var også i stor grad styrt og ledet på tradisjonelt medikratiske premisser, offentlig-medikratiske eller privat-medikratiske, og mer jo lenger ned i klinikken man kom. Utviklingen av tilbudssiden, av medisinen og teknologien knyttet til den, skapte snart utfordringer som presset de gamle ordener. Utviklingen førte til spesialisering, og dermed til lagdeling av medisinen. Den førte også til en mer inngripende og derfor institusjonsavhengig medisin. De to store praksissektorer, den offentlige og den private, ble slik til tre, samtidig som den tredje, den institusjonelle, raskt ble videreinndelt og nesten ble til flere sektorer, faglig i stor grad plassert over de gamle sektorer. Denne utviklingen startet i kjølvannet av de skjellsettende medisinske kunnskapsgjennombrudd i annen halvdel av det 19. århundre, altså ved overgangen til det 20. århundre, men skjøt for alvor fart etter Den annen verdenskrig. Utviklingen skapte to utfordringer, en tilpasningsutfordring og en finansieringsutfordring.

Den første utfordringen bestod i å følge opp tilbudssideutviklingen, både slik at de nye muligheter hele tiden var tilgjengelige for befolkningen og slik at de var det på en godt samordnet måte. Denne utfordringen fikk også etter hvert et spesielt innslag, for så vidt som der oppstod faglig uenighet om noen sider ved tilbudet, nemlig om det skulle utvides i sosial retning eller ei. Den andre utfordringen var delvis en følge av den første: tilbudssideutviklingen skapte en betydelig omkostningsvekst. Omkostningsveksten var imidlertid også en funksjon av den svært egalitære etterspørselssidepolitikken: Gjennom

offentlig forsikring ble fra 1911 de økonomiske terskler for adgang til helse-tjenester subsidiert nesten helt ned for stadig flere, fra 1956 for alle.³⁵⁷

Svaret på begge utfordringene ble etter hvert *plan*. Der trengtes en medisinsk plan, vidt forstått, altså en plan for organiseringen av hele helsevesenet; altså, en plan for et tett integrert helsevesen. Det måtte være en plan som særlig tok hensyn til tilbudets dynamiske utvikling, men i noen grad også til endringene i behovet og etterspørselen. Denne planen måtte imidlertid være så rimelig som mulig. Den måtte bli en del av en *økonomisk* plan. Plan-leggingsansvaret lå hos Helsedirektøren, altså fra høsten 1938 til sommeren 1972 hos Karl Evang. Det burde passet ham å stå i spissen for en slik plan-legging. Men den gamle sosialisten skulle ikke få det helt til. Han arbeidet fra begynnelsen av med delplaner, men det tok lang tid før de kom. Sykehus-loven ble, som vi også har sett, først vedtatt i 1969, på tampen av hans direktørtid.³⁵⁸ Loven for almenhelsetjenesten trådte i kraft tolv år etter hans avgang; ja, også etter hans død. Den samlede plan kom vel to år etter hans avgang. Den kom som St.meld. nr. 9 (1974-75), en melding som, litt mis-visende, var kalt *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*.

Evang var i prinsippet en "planmann". Han tenkte keynesiansk medisinsk, eller planmedisinsk. Hygienikerne var også mer tilbøyelig enn klinikerne til å gjøre det: De tenkte "abstrakt" og samfunnstatistisk, ikke, som klinikerne, kasuistisk og tildels kvalitativt. Han presenterte også tanker i foredrag og artikler som pekte i den retning planen av 1975 gjorde. Han tenkte imidlertid ikke *planøkonomisk*. Han ville lage en medisinsk tilbudsplan, nær sagt uten å måtte ta hensyn til omkostningene. Han så på adgang til helsetjenester som en rettighet og ville at samfunnet skulle forplikte seg til å behandle den som det, altså ved å la ressurstilførselen være en følge av den medisinske aktivitet, ikke en ramme for den. Han vant etter hvert frem med det synet når det gjaldt tjenester gitt utenfor sykehus: Sykeforsikringen ble som sagt gjort universell fra 1956. Den virket også "automatisk": Legene kunne skrive regninger, tidligere etter takster de selv hadde bestemt, etter krigen i økende grad etter takster som var blitt til gjennom forhandlinger, og de ble betalt av trygdekassene. Han vant lenge ikke frem når det gjaldt de egentlige sykehustjenester, altså tjenestene som ble ytet til sengeliggende pasienter. Sykehusene ble også betalt av forsikringen, etter kurpengesatser sykehusene selv fastsatte, og hadde slik et "automatisk" preg. Problemet var at den pris-kontroll okkupasjonsmyndighetene innførte ble ført videre etter krigen. Satsene ble slik i noen grad liggende under sykehusenes omkostningsnivå og sykehuseierne måtte enten selv finansiere underskuddet eller dytte det over på pasientene.

357) Forsikringen, siden kalt trygden, ble finansiert gjennom medlemspremier og bidrag fra stat, kommuner og arbeidsgivere. Medlemsandelen var fra starten av 60 prosent. Den økte til 66,7 prosent i 1925 og ble igjen redusert til 60 prosent i 1946. Fra 1956 ble den redusert til 49,5, i 1969 til 45,45 og i 1972 til 33,6.

358) At det trakk ut med de helsepolitiske reformer skyldes også at de lenge kom i annen rekke. Politikerne hadde sin oppmerksomhet rettet mot andre reformer. I 1960-årene gjaldt det ikke minst Folketrygden; loven ble vedtatt i 1966 og trådte i kraft fra 1967. Men også andre saker, som utbyggingen av høyere utdanning og spørsmålet om norsk medlemskap i Det europeiske fellesskap tok oppmerksomheten bort fra helse-politikken. Evang selv ble også en smule distraert. Han ble trukket inn i EF-debatten, på nei-siden.

Med denne ordningen med underfinansiering ble der innført et element av finansiell styring ovenfra. Ved å innføre flere kurpengeklasser, først i 1947 (tre klasser) og så i 1963 (syv klasser) forsøkte staten, i tillegg til å bruke kurpengeordningen til omkostningskontroll, å gi styringen et kvalitetsfremmende innslag (1963-reformen). Hvorom alt er, ordningen innebar at finansieringen ikke bare var bestemt nedenfra, gjennom pasientenes etterspørsel og legenes tilbudsvurderinger. Han fikk altså ikke sine partifeller med på en ordning som innebar at pasientenes rettigheter ble ekte rettigheter og legenes selvstendige fagskjønn ble respektert – fullt ut. Vi kan også uttrykke det slik: Han fikk ikke politikerne med på en ordning som for ham forente det sosialistiske og det medikratiske. Men ironisk nok, der han var blitt stanset av sin sekulære og rasjonalistiske kollega Gudmund Harlem, og hans etterfølgere fra det samme parti, hans eget, ble han hjulpet av den borgerlige Borten-regjeringens fromme og velvillige sosialminister, Egil Aarvik. Med Egil Aarviks avgjørende ”bistand” klarte han, som vi har nevnt, å overvinne motstanden fra både Lønns- og prisdepartementet og Finansdepartementet, da den nye sykehuslovens finansieringsordning ble utarbeidet.³⁵⁹ Kanskje ble han imidlertid også hjulpet av det faktum at Finansdepartementets ledelse på dette tidspunkt var mer eller mindre utslitt etter en lang og krevende prosess med å innføre merverdiavgift: Loven om denne avgiften ble vedtatt omtrent samtidig med Sykehusloven, den 19. juni 1969. Hvorom alt er, gjennom den nye sykehusloven, som Stortinget vedtok under påfallende enighet i juni 1969, ble fylkene gitt eier- og driftsansvaret for sykehusene, men finansieringsansvaret ble i stor grad lagt til staten; ja, det ble det i så stor grad at fylkene nesten kunne bygge ut sykehus uten å løpe noen finansiell risiko. Staten tok på seg ansvaret for 75 prosent av driftsutgiftene, og i disse kunne en like stor andel av anleggsutgiftene legges inn (§ 10).³⁶⁰ Statsandelen skulle økes til 80 prosent etter tre år og til 85 prosent etter fem år.

Evang hadde endelig lyktes, med avgjørende støtte fra den statsråd han kanskje fikk det beste forholdet til, den første ”borgerlige” sosialminister etter krigen, ”mørkemannen” Egil Aarvik. Finansieringen, også av spesialisthelsetjenesten, var nå blitt mer ”automatisert”. Han, eller snarere hans etterfølgere, kunne konsentrere seg om den faglige modernisering. Det er ikke underlig Evang følte at han hadde skutt gullfuglen. Da Sykehusloven

359) Evang hadde, gjennom et ”team” nedsatt av sosialminister Olav Gjærevoll i 1964, utarbeidet en skisse til det sykehusfinansieringsopplegg som ble brukt i Sykehusloven. ”Teamet” kom med sin innstilling 7. januar 1965. ”Teamet” omfattet foruten Evang, hans ekspedisjonssjef Kaare Bjerkomp, hans sykehussjef Tryggve Hauan, Trygdeavdelingens ekspedisjonssjef H. Johnsen og Evangs venn, tryggedirektør Finn Alexander. Byråsjef Karl Berntzen var sekretær. Evangs ”team” fikk møte den nye departementsledelsen, Egil Aarvik og Kåre Kristiansen i et møte 26. juni 1966. Etter referatet fra møtet å dømme fikk Evang overbevist de nye lederne om at de burde gå inn for en aktivitetsstimulerende finansieringsordning. Forslagene fra Evangs gruppe møtte sterk motbør fra Lønns- og prisdepartementet og Finansdepartementet. De var begge engstelige forat forslaget ville bety at helsevesenet i stor grad ville bli lukket for sentral, finanspolitisk styring (høringsuttalelser 11.9.1967 og 6.11.1967). Det fulgte så en tautrekning som fikk sin avslutning på regjeringsplan. Einar Bore, som inngående har studert prosessene bak den nye sykehuslovens finansieringsordning, summerer på dette punkt opp sine undersøkelser slik: ”Sosialminister Aarvik – med solid støtte av Helsedirektør Evang – ser ut til å ha hatt større suksess enn Finansminister Myrvoll med å mobilisere støtte i Regjeringen”. Se Einar Bore, *Sykehuslovens finansieringssystem*, Oslo: Institutt for statsvitenskap, 1975 (hovedoppgave), s. 96; kfr. også mer alment, s. 82-96.

360) Regjeringen hadde foreslått to tredjedeler. Komiteen trakk, i forståelse med Departementet, som opprinnelig hadde villet at alle kapitalutgifter skulle dekkes av staten (det samme ville Sykehusordningskomiteens flertall), generelt lovforslaget i ekspansiv retning. Finansdepartementet tapte altså ytterligere under stortingsbehandlingen. En av de instanser som påvirket Sosialkomiteen i ekspansiv retning var, selvsagt, Norges Byforbund – Norges Herredsforbund. Nærmere om dette, se Bore, *op. cit.*

ble debattert i Odelstinget talte Høyres saksordfører, Jo Benkow (f. 1924), på vegne av mange, ja, alle, da han uttalte:

Med denne lov får institusjonene en gunstig, men helt nødvendig og berettiget særstilling. Tar man i betraktning hvilke uomtvistelige fellesoppgaver – ja nærmest oppgaver av første rang – det her er tale om, må vi uten videre godta den naturlige forrang helseinstitusjonen gjennom denne lov får.³⁶¹

Sykehusloven, med den generøse finansieringsordning, ble vedtatt i en nesten euforisk stemning. Statsråd Aarvik konstaterte til slutt, etter først å ha komplimentert Benkow for hans arbeid som saksordfører:

På enkelte punkter er det som kjent skjedd endringer i forhold til proposisjonen, endringer som er blitt til under samråding med departementet, og som er til det bedre.³⁶²

Loven ble vedtatt uten at det var tatt stilling til hvordan merutgiftene skulle finansieres. Finansdepartementet og dets sjef, Ole Myrvoll, hadde villet se spørsmålet om hvordan finansieringen av de økte utgiftene (for Folkestrygden) skulle skje i sammenheng med vedtagelsen av loven og dens finansieringsordning. Det var et utspill for å gi finanspolitiske hensyn større vekt. Han vant altså ikke frem, av grunner som vi har pekt på. Aarvik og flertallet i Regjeringen ville at sykehusene skulle stilles utenfor den vanlige prioriteringsdebatt. De skulle få midler forlods. Benkow gav igjen uttrykk for det under debatten om utgiftsfinansieringen i Odelstinget i april 1970: ”Det sykehusloven først og fremst sikrer, er at helseinstitusjonene ikke i same grad som før må konkurrere om midlene på det offentlige budsjett”. Johannes Østtveit (f. 1927) fra Kristelig Folkeparti konstaterte det samme: ”Tilbudet innans helsesektoren vil ikkje vere avhengig av i kva grad det lukkast å få prioriteringar på budsjetta”.³⁶³ Men under debatten kom det også frem bekymrede uttalelser fra arbeiderpartihold om finansieringen. De bekymringene ble sterkere da en ny arbeiderpartiregjering overtok makten i mars 1971, med Trygve Bratteli (1910-1984) som statsminister og Ragnar Christiansen (f. 1922) som finansminister.

Evang nådde altså langt på vei frem; ja, han nådde påfallende langt frem. Han ”beseiret” Finansdepartementets embedsmenn og politiske sjef, for første og siste gang. Han klarte å skyve de ekspansive nyttestatsfolkene tilbake. Planøkonomene hadde ikke bare etablert seg i de tre økonomiske departementer, Finansdepartementet, Handelsdepartementet og Lønns- og prisdepartementet, de hadde også bygget ut sine posisjoner ved å få etablert planavdelinger i stadig flere av sektordepartementene, altså utgiftsdepartementene. Her ”utplasserte” de gjerne folk de hadde ”forberedt” i Finansdepartementet. I Sosialdepartementet kom planleggingsavdelingen i 1971,

361) SF, *Odelstingstidende*, 1968-69, s. 443. Lovforslaget var fremlagt i april 1968 som *Ot.prp. nr. 36* (1967-68). Sosialkomiteen la frem sin enstemmige innstilling 27. mars 1969.

362) SF, *Odelstingstidende*, 1968-69, s. 465.

363) Benkow: SF, *Odelstingstidende*, 1969-70, s. 297. Østtveit: *ibid.*, s. 311.

med sosialøkonomen Jan Madsen som sjef. Madsen var dog, som vi har nevnt før, ikke egentlig ”utplassert” fra Finansdepartementet.³⁶⁴ Sosialdepartementet fikk før øvrig stillingen til Madsen utenom tur. Den nye arbeiderpartiregjeringen var blitt meget bekymret over utgiftsveksten både den ferske Folketrygden, og den enda ferskere Sykehusloven, medførte.³⁶⁵ Evang forstod hva som skjedde, og mislikte det. Den nye stillingen var en trusel mot den relative, og svært ferske, fristillelse av den siste del av helsevesenet som ikke hadde vært helt fristilt, sykehusene. Men den var også en trusel mot hans direktorats relative uavhengighet: Via den nye avdelingen skulle Direktoratet økonomisk bringes inn under Departementets administrative ledelse.

Like før Evang gikk av, 30. oktober 1972, ble bestemmelsen i Sykehusloven (§§ 21 og 12) om at den andelen av sykehusutgiftene Folketrygden skulle dekke, altså 75 prosent, ikke skulle økes etter tre og fem år, men, inntil videre, holdes konstant.³⁶⁶ Regjeringen fikk i Stortinget støtte fra Høyre for forslaget, mens Venstre og dets to ”avleggerpartier”, Senterpartiet og Kristelig Folkeparti, gikk imot forslaget. Jo Benkow slo nå an andre toner: ”Vi vet nå mer enn da vi vedtok sykehusloven, og jeg skammer meg ikke ved å gå tilbake på tidligere vedtak.” Han la til at han (nå) ”er sterkt imot å fordele midler vi ikke har”.³⁶⁷ Stemningen var blitt en annen. Det bekreftes av en melding om tiltak for å dempe den statlige utgiftsvekst som regjeringen Bratteli sendte Stortinget høsten 1974. I meldingen antyder Regjeringen at refusjonssatsen bør settes ned til 50 prosent.³⁶⁸ Antydningen ble siden fulgt opp gjennom den viktige St.meld. nr. 9 (1974-75) og konkretisert gjennom et lovendringsforslag i desember 1975.³⁶⁹ Forslaget vedtaes enstemmig i mai 1976, igjen med ureservert støtte fra Jo Benkow.

Men lenge før vi kom så langt skjønte Evang hvilken vei det bar. Han så at seieren i 1969 hadde vært en Pyrrhos-seier. I den avskjedspregede refleksjonsboken han utgav i 1974 konstaterer han, resignert:

Det så en tid ut som om Stortingets enstemmige vedtakelse av Sykehusloven i 1969 endelig skulle skape klarere økonomisk ansvarsfordeling, basert på et noenlunde automatisk virkende og – når det gjaldt rettferdig fordeling – akseptabelt prinsipp. Det varte imidlertid ikke lenge før Stortinget selv ”skar hodet av” dette systemet, og vi lever derfor videre under en lite tilfredsstillende ordning.³⁷⁰

Han trodde nok at seieren i 1969 var ”endelig”; at det sosialistisk-medikratiske vesen var endelig etablert og at angrepet fra nyttestaten og dens menn var

364) Han ble ansatt i Finansdepartementet, i Økonomiavdelingen, i 1952 og hadde siden stillinger også i Planleggingsavdelingen, blant annet som ekspedisjonssjef. Han ble i Finansdepartementet til han gikk til Sosialdepartementet, hvor han forble resten av karrieren.

365) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 263-264.

366) Ot.prp. nr. 61 (1971-72).

367) *SF, Odelstingstidende*, 1971-72, s. 611.

368) St.meld. nr. 8 (1974-75), *Om prinsipper for gjennomgåelse av statsbudsjettet med sikte på å dempe veksten i utgiftene*.

369) Ot.prp. nr. 32 (1975-76).

370) Karl Evang, *Helse og samfunn, op. cit.*, s. 52.

avverget. Så skulle han få se, eller iallfall ane, at nettopp ”seieren” ble grunnlaget for nederlaget: Den utløste en formidabel vekst i sykehus-utgiftene. Men han var nok også ”uheldig”, for såvidt som ”semiautomatiseringen” av sykehusfinansieringen kom bare noen år før Yom Kippurkrigen (6. oktober 1973), og den derpå følgende første ”Oljekrise”. OPEC-landene satte opp oljeprisen med 70 prosent og i desember med nye 130 prosent. Der kom flere prisøkningen og snart var Vesten inne i den største økonomiske krise siden 1945. Prisøkningene skremte regjeringer kloden rundt og utløste en kraftfull sparepolitikk i de fleste vestlige land, en politikk som etterhvert førte over i en bred antipolitisk stemning. Den Keynes-pregede nyttestat ble ikke mindre nytteorientert, men søkte samfunnsnytt på en annen, mer tilbaketrekkende måte. Oljemagnatene beredet også grunnen for fru Thatcher (statsminister 1979-1990) (f. 1923) og herr Reagan (president 1981-1989) (1911-2004).

Det er mulig oppgittetheten over vanskelighetene med finansieringspolitikken bidro til at Evang ble hengende etter også med de medisinske tilpasningsplaner. Hvorom alt er, *Planen* kom først etter hans tid, og da som en integrert medisinsk og økonomisk plan, ikke blott som en medisinsk plan. Den reflekterte hans tanker fra slutten av 1940-årene om spesialisering og nivå-differensiering, men nå var de langt mer utviklet og var preget av at det ble tatt hensyn til de voksende økonomiske bekymringer.

Forvaltningspolitikken og det planstatlige, rettsstatlige og politiske angrep på den medikratiske helseforvaltning

Det planstatlige angrep

Juristene hadde som sagt fra gammelt av sett på seg som den almene statsvitenskap. Da staten måtte spille en mer dynamisk rolle, fra 1840-årene av, og den trengte tekniske spesialister for å kunne styre, ble løsningen derfor å plassere spesialistene i egne organer, under departementene, ofte som direktorater. Å slippe legene inn, slik de delvis ble presset til i 1857 og enda mer i 1875, var for dem uheldig: Det var å slippe særinteressene helt inn i maktens forgård. Fra 1900, altså litt ut i en svært politisert periode i nyere norsk historie, ble det, som vi har sett, vanligere å slippe spesialistene helt inn, ja, nesten gjøre dem til spesialistpolitikere, ved at flere og flere direktorater fikk en ”heisstatus”. Det var en ordning juristene ikke likte.

Det var en ordning de arbeidet for å få slutt på. Etter krigen ble det lettere. Under Arbeiderpartiets flertallsstyre fikk økonomene en dominerende plass, og ønsket egentlig å gjøre departementene om til rene politikktutviklende organer, altså organer for planlegging og beslutningsforberedelse og for iverksettelseskontroll. Den egentlige iverksettelse, men også ”preplanlegging”, kunne da skje på et mer spesialfaglig grunnlag, og helst, skulle det etter hvert vise seg, på et (mest mulig) presist målstyringsgrunnlag. Anderledes sagt, der burde skje en tiltagende spesialisering av de ulike forvaltningsoppgaver.

Når politikken skulle konkretiseres måtte det imidlertid skje på et grunnlag som både var juridisk akseptabelt og som instrumentelt, iallfall langt på vei,

var juridisk. Økonomene trengte juristene i de ”nye” departementene, og juristene så at de ikke lenger kunne være den eneste statsvitenskap. Men både for juristene og for økonomene var det viktig å holde spesialistforvalterne på trygg avstand, i utplasserte direktorater. De representerte bestemt ikke styringsvitenskaper; derimot var de i høyeste grad sektoriinteressenter, altså potensielt farlig sentrifugale krefter.

Medisinaldirektoratet ble, som vi har sett, ”på overtid” flyttet inn i Departementet. Det var den fagstyrelvillige okkupasjonsmakten som sørget for det. Men overtiden ble, som vi også har sett, sterkt forlenget. Den medisinalforvaltning Evang fikk starte med var således fra første stund på kant med den nye tid(sånd). Den ble det i tiltagende grad. Svært synlig ble det i 1955, da Regjeringen Gerhardsen II i sin tiltredelseserklæring meddelte at den, for ”å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene” blant annet ville gå inn for, på litt lengre sikt, å overføre oppgaver av ”teknisk” og ”rutinemessig” karakter til uavhengige direktorater.³⁷¹ Proposisjonen var ikke styringsteoretisk tydelig, men det er heller ikke så vanskelig å få øye på ”teorien”. Tekniske oppgaver er oppgaver som krever en mål-middel-preget arbeidsmåte: Med utgangspunkt i gitte, mest mulig presise mål utarbeides det planer for å maksimere måloppnåelsen. Planene iverksettes så på en teknisk preget måte, altså etter den mer eller mindre detaljerte planen. Direktoratene innen samferdselssektoren er typiske eksempler på teknisk arbeidende direktorater, altså direktorater som lett kan innpasses i en planstatlig styringsform. Rutinemessige oppgaver er typiske ”subsumpsjonsoppgaver”, altså oppgaver som går ut på å fatte enkeltbeslutninger på grunnlag av regler. Trygdeetaten (Rikstrygdeverket) er et eksempel på en (direktoratslignende) institusjon som fungerer ”rutinemessig”. En slik institusjon kan lett innpasses i en rettsstatlig styringsform, men den kan også i noen grad tilpasses den målorienterte planstyringsform. Den nokså ferske Nav-reformen (2006) kan sees på som et skritt i den retning.³⁷²

Regjeringen presenterte, nokså uskyldig, 1955-tiltakene som tiltak for å lette arbeidsbyrden for statsråder. De kan imidlertid også sees på som skritt i retning av å omdanne statsstyringen fra en overveiende rettsstatlig, eller regelorientert, styring til en mer nyttestatlig og målorientert styring. Med utgangspunkt i målformuleringer, og påfølgende resultatmålinger, kan styringsoppgaver i betydelig grad flyttes ut til direktorater. I neste omgang kan de institusjoner som, under direktoratene, direkte realiserer målene nokså radikalt fristilles, altså gjøres til det som siden skulle kalles foretagender (foretak). Disse kan så styres enten ovenfra, gjennom en økende grad av kvantitativ målstyring, kombinert med kontraktsstyring for deres ledere, eller nedenfra, gjennom konkurranseeksponering. Ja, man kan si at den siste måten å gjøre det på er å fortsette, eller fullføre, den fristillelse, ”avlastningsreformen” i 1955 startet.

371) *St.prp. nr. 121 (1955), Om tiltak for å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene m.v. – Tilleggsbevilgninger.*

372) Reformen startet med at de statlige institusjonene, Aetat og Trygdeetaten, ble slått sammen til én institusjon, kalt Nav (NAV). Navnet ble til som et akronym (Ny arbeids- og velferdsetat), men er siden blitt et navn som ikke står for noe spesielt. Reformen skal være gjennomført innen 1. januar 2010, og da omfatte de nevnte etater samt den kommunale sosialetaten.

Til tross for den fristillende utvikling de nye økonomene satte i gang etter krigen, og som fikk et viktig dytt fremover i 1955, klarte Evang å motstå en ”tilpasning” av Helsedirektoratet til den dominerende utvikling. Han merket dog presset, som vi har sett: I 1956 ”prakket” Gudmund Harlem på ham en juridisk ekspedisjonssjef, og gav antydninger om deling av Direktoratet, og utflytting av Evang. I 1971 kom, som vi også har sett, et mer ominøst signal. Finansdepartementet fikk plassert en økonom som ekspedisjonssjef i en ny planleggingsavdeling i Sosialdepartementet. Ekspedisjonssjefen fikk planleggingsansvar også for Direktoratet.

I 1970 kom Forvaltningsutvalgets innstilling. Utvalget ble splittet i flere grupper. Det svekket dets innstillings gjennomslagskraft. Et flertall på (stort sett) ni av 13 representerte imidlertid tydelig, om ikke alltid helt klart, et ”moderniserende” standpunkt: Departementene burde ikke fortsette, ”på samme måte som i forrige århundre”, å behandle ”løpende saker”. Slike burde overlates til direktorater og lokale organer. I stedet bør de organiseres slik at ”departementet får tilstrekkelig kapasitet til planlegging”.³⁷³ De bør altså, etter flertallets mening, i stigende grad gjøres til utviklings- og endringsorganer. Den egentlige forvaltning, altså iverksettelsen, bør så overlates, som spesialisert oppgave, til underordnede og tydelig adskilte organer, i første rekke direktorater. De iverksettende organer må imidlertid, for å fylle sin rolle på ordentlig vis, få klare mandater, beskrevet som konkrete mål og regler. Organene må i tillegg styres gjennom resultatrapportering og resultatkontroll. Flertallet i utvalget peker således på at dets omfattende forslag til forvaltningsmessig oppgavedeling det foreslår fordrer at det ”hvert år blir lagt fram for Stortinget en melding fra (det foreslåtte) Administrasjonsdepartementet om enkelte hovedtrekk i forvaltningsvirksomheten basert på bidrag fra de enkelte departementer og direktorater”.³⁷⁴ Også Riksrevisjonens virksomhet, spesielt etter som den ble og blir mer resultatorientert (gjærne kalt forvaltningsrevisjonsorientert), spiller her en rolle.

Det er utfra dette prinsipielle syn på sentraladministrasjonen ikke overraskende at utvalgsflertallet anså ”Helsedirektoratets nåværende dobbeltstilling som prinsipielt uheldig” og foreslo at Direktoratet ”gis status som direktorat utenfor departementet”. Flertallet understreker at en slik utflytting ikke innebærer å gjenopprette den førevangske ordning, for denne innebar, hevdes det, at Medisinaldirektøren nærmest bare hadde ”konsulentstatus” overfor Departementet.³⁷⁵ Flertallet vil ha et sterkt, men tydelig mandatstyrt, direktorat. Det bør føyes til at flertallet tillike pekte på at Direktørens direkte

373) *Innstilling om Den sentrale forvaltnings organisasjon*, Oslo: Statsministeren, 1970, s. 76 (det første sitat) og s. 78. Kursiveringen i det siste sitat er utvalgets. Utvalgets flertall omfattet blant annet underdirektør i Lønns- og prisdepartementet Jan Debes og avdelingsdirektør i Vegdirektoratet, Rolf Normann Torgersen. De tilhørte to av de aller mest administrasjonsteoretisk interesserte og skolerte forvaltningstjenestemenn da Utvalget var i arbeid og i mange år etterpå. Det er grunn til å tro at de har spilt en viktig rolle i utvalget og kanskje vært de sentrale drivkrefter i flertallsgruppen.

374) *Ibid.*, s. 82.

375) Sitatene i dette avsnitt er fra *ibid.*, ss. 210 og 211. Flertallets omtale av Medisinaldirektoratets konsulentrolle er nok misvisende. Som vi har sett var det først og fremst Medisinaldirektoratet som var det initiativtagende og politikkutviklende organ, ikke Departementsavdelingen. Bruken av ordet ”konsulent” i instruksjonen for Medisinaldirektøren reflekterer delvis en eldre bruk av ordet, men kan også være en betegnelse som passet juristene. Den gjorde det lettere for dem å ”dempe” Medisinaldirektøren. Det var jurister i Avdelingen som hadde utformet instruksjonen. Det het om Medisinaldirektøren i instruksjonen fra 1927, § 14, at ”Han er departementets konsulent i saker vedkommende det civile medisinalvesen”.

adgang til Statsråden, altså fristillelse fra Departementsrådets styring, gjorde at det nærmest ble umulig for Departementet administrativt å samordne helsepolitikken med sosial- og trygdepolitikken. Samordningsoppgaven ble jo under den eksisterende ordning lagt direkte på den overbelastede Statsråd, og i noen grad Statssekretæren.

Flertallet, ja, hele utvalget, har enda et viktig argument for en ”moderne” utflytting av Direktoratet, nemlig den uklarhet som knytter seg til ”dobbeltdirektørers” lojalitet overfor sine statsråder. En ekspedisjonssjef har ikke adgang til ”uten videre å gi uttrykk offentlig for enhver mening han har om statsrådets gjerninger og hans politikk”. En direktør for et ”rent” direktorat kan velges til stortingsmann og kan derfor også ”uttale seg om Regjeringens politikk – også på hans eget fagområde”, men plikter, som embedsmann ”å bruke en *form* som tilfredsstillende rimelige krav til anstendighet og respekt for de foresatte statsmyndigheter”. Direktøren som har et ”dobbeltembede” kommer i en beklemt stilling. Utvalget mener imidlertid at en slik direktør bør forholde seg mer som en ekspedisjonssjef enn som en direktør: ”Man kan nå engang vanskelig uttale seg snart som departementsmann og snart som fagdirektør”. Samtidig legger utvalget til: ”En annen ting er at man vel faktisk vil tillate en slik direktør i større utstrekning å gi uttrykk for selvstendige meninger enn en departementsmann”.³⁷⁶ Utvalget finner at denne lojalitetsuklarhet er uheldig og utgjør et argument for å oppheve ordningen med direktorater i dobbeltstilling. Det var knapt noen direktør i dobbeltstilling i årene frem mot 1970 som tydeligere illustrerte problemene med lojalitetsuklarheten enn Evang. Med sin egen stil gav han politikerne argumenter for hvorfor det var spesielt viktig å oppheve Helsedirektoratets dobbeltrolle.

Mindretallet (mindretallene) syntes også ”prinsipielt” å foretrekke ”rene” direktorater, men gikk imot å flytte ut Helsedirektoratet. Mindretallet, anført av utvalgets formann, fylkesmann i Østfold, Jacob Modalsli (1911-1984), begrunnet sitt standpunkt, nokså pragmatisk-tradisjonelt, men interessant, slik:

Spesielt innen helsesektoren synes faglige og politisk spørsmål å være så sammenfiltret at det er vanskelig å se hvilken kompetanse skal tillegges et helsedirektorat utenfor departementet. Det er jo dette spørsmål som ned gjennom tidene har voldt problemer, og en kan vel si det kompromiss en er kommet fram til med et direktorat i dobbeltrolle stort sett har løst nettopp dette spørsmål, og det ser ut til at så vel departementet som direktoratet setter pris på den nåværende ordning, som gir betydelig fleksibilitet, gir en brukbar løsning på kompetansespørsmålet og som antakelig er arbeidsbesparende.³⁷⁷

Argumentet om ”sammenfiltrering” er viktig, selv om det her ikke er begrunnet nærmere. Sammenfiltreringen har for det første å gjøre med helsevesenets mer diffuse verdiorientering: Det er vanskelig (helt) å oversette

³⁷⁶) Sitatene i dette avsnitt er fra *ibid.*, s. 65.

³⁷⁷) *Ibid.*, s. 212-213.

verdiformemmelsene til konkrete mål eller regler, og slik å gi et direktorat et klart mandat. For det annet er de verdier vesenet er knyttet til så ”dirrende” at det er vanskelig for politikere som vil gjenvelges å abdisere i den grad utflytting krever. Verdienes dirrende status er en viktig grunn til at helsetjenester tilbys ”gratis”, men det at de tildeles ”gratis” er også en tredje grunn til at en direktoratsutflytting er vanskelig: Alle tjenester blir i virkeligheten ikke tilbudt, eller tilbudt ”umiddelbart” (uten venting). Hvis Direktoratet skal flyttes ut av Departementet kreves det derfor en tydelig prioritering, en prioritering det er politisk meget vanskelig å foreta.

Evang leste Modalsliutvalgets innstilling, men ytret seg ikke direkte og offentlig om den. Det gikk mot slutten av hans tid, men kanskje så han også at Utvalgets innstilling ikke fikk særlig oppmerksomhet. Andre, mer utpreget politiske saker, for så vidt hele helse- og sosialpolitikken, men også den nye miljøpolitikken, den gryende likestillingspolitikken og, sist, men ikke minst, EF-politikken, og som en del av den, Bortenregjeringens tiltagende splidaktighet, tok det meste av oppmerksomheten. Den politiske uro fortsatte utover i 1970-årene, ikke minst næret av oljeprissjokkene, og gjorde at utvalgets innstilling heller ikke siden fikk åpenbare virkninger. Det budskap Utvalgets flertall la frem var allikevel uttrykk for en lang og tung tendens, en nyttestatlig moderniseringstendens. Budskapet ville derfor komme på dagsordenen igjen. Det gjorde det også, men det skulle ta tid, mer enn et tiår. Evang skulle ikke få oppleve at hans viktigste suksess, det medikratiske direktorat, ble demontert. Han ante nok allikevel i hvilken retning det bar. Nederlaget i sykehuspolitikken (finansieringen) og de truende angrep på det offentlig-medikratiske distriktshelsevesenet var tydelige signaler om at han, i dobbel forstand, representerte fortiden. Men Modalslis argumentasjon tør han ha hatt sans for; den inneholdt momenter han selv ikke hadde oppdaget, men kunne hatt nytte av.

Det rettsstatlige og politiske angrep

Den forvaltningsstaten som utviklet seg, og blomstret, etter 1814 og frem til 1870-årene, var som nevnt en juridisk stat. Fra slutten av 1830-årene ble den i stigende grad en ”positivistisk” basert juridisk stat. Med Frederik Stang (1808-1884) og Anton Martin Schweigaard (1808-1870) la den norske jus bak seg idealismen og romantikken og begynte å se på seg mer og mer som et redskap for modernisering. De ”gjenoppfant” nesten jusen og gav den en retning den på mange måter siden har beholdt, en instrumentell, særlig statsinstrumentell, og ”snusfornuftig” retning. Det passet derfor at de to jevngamle jurister og venner, den ene etterhvert i Regjeringen, den annen på Stortinget og i Fakultetet, også var sosialøkonomer, ja den norske sosialøkonomikk, og nesten i tillegg den norske rettsvitenskaps, grunnleggere. Torkel H. Aschehoug (1822-1909) førte arven som dobbeltprofessor videre etter Schweigaard. Etter ham ble økonomikken adskilt fra jusen.

Med Ragnar Frischs’ (1895-1973) komme som professor i økonomikk i 1931³⁷⁸ ble faget ”tatt” av den marginalistiske revolusjon og fremstod snart

378) Han var blitt dosent i statistikk og sosialøkonomi i 1928.

som en selvbevisst ”statsvitenskap”, altså som en enda mer instrumentelt innstilt vitenskap enn den hadde vært. Den ble slik også et alternativ og en utfordring til den jus den i Norge var sprunget ut av. Det passet den meget godt at Arbeiderpartiet kom i flertall etter valget høsten 1945. Arbeiderpartiets erobring av makten gav Frisch’s dyktige, selvbevisste og planøkonomisk innstilte elever en enestående anledning til å gå inn i rollen som statens vitenskapsmenn. Fremst blant disse stod den nye finansminister, senere handelsminister, og både jurist og økonom, Erik Brofoss (1908-1979), frem. Men svært viktig var også den statsaktivistiske prisdirektør, og radikale venstremann, Wilhelm Thagaard (1890-1970). Brofoss kom, med sin selvbevisste og belærende stil, til å legemliggjøre planøkonomikken på makronivå. Thagaard kom til å legemliggjøre den mer detaljerte planstyring. Ganske raskt kom det unge, ambisiøse økonomer inn i de ledende stillinger i Finansdepartementet og de øvrige økonomiske departementer. Med politisk støtte og profesjonsmessige ambisjoner sendte de etterhvert ut velopplærte ”misjonærer” til andre departementer. Vi har nevnt at Jan Madsen, som kom til Sosialdepartementet, ikke egentlig var en slik ”misjonær”, men allikevel kunne spille en slags misjonærrolle. Det planøkonomiske regime ble slik forholdsvis snart bygget ut fra toppen og nedover, og fra toppen og utover. Evang så det men likte det ikke.

Planøkonomikken, og særlig deltaljreguleringen (pris- og rasjonaliseringslovene – *Lex Thagaard*), skapte motstand, og nesten ”oppstand”, på borgerlig side, og Høyre talte om at den nye planpolitikken satte rettsstaten i mer klassisk (”ricardiansk”) forstand i fare. I næringslivet reagerte endel enda sterkere og etablerte den liberalistisk innstilte organisasjonen Libertas (1947-1988). De samme holdningene kom til uttrykk i Forretningsbladet *Farmand*, under redaktør Trygve J. B. Hoff (1895-1982). Hoff var inspirert av de antiplanøkonomiske østerrikske økonomer Ludwig von Mises (1881-1973) og Friedrich von Hayek (1899-1992).

Men der kom ikke bare slike høyreliberale reaksjoner på den planøkonomiske styringsoffensiven, der kom også fagjuridiske reaksjoner. Jusens dominerende skikkelse fra tidlig i 1950-årene, professor Johs. Andenæs (1912-2003), reagerte og påpekte at den delegasjon av myndighet til den utøvende makt som den plan- og resultatorienterte styring skapte, innebar en trussel mot rettssikkerheten.³⁷⁹ Også fra juridisk hold innen Arbeiderpartiet kom der reaksjoner, blant annet fra høyesterettsdommer, senere høyesterettsjustitiarius (1958-1969), Terje Wold (1899-1972).³⁸⁰ Denne juridiske reaksjon illustrerer en tvetydighet i den delvis instrumentelle forvaltningsstatsjusen. Klassisk-liberal, rettsstatlig jus fordrer at lovene enten er substansielt normative eller at de er ”passivt” tilretteleggende, altså markeds-skapende, og i begge tilfeller at de er ”stående”, altså mest mulig varige. De

379) I et foredrag i 1953 om ”Domstolenes stilling til Stortingets delegasjon av myndighet”, trykt i *Avhandlinger og foredrag*, Oslo: Universitetsforlaget, 1962, viste Andenæs endog til at fullmaktslover, som den nye resultatorienterte styring krevde, var det legale middel Adolf Hitler og nasjonalsosialistene hadde brukt til å oppheve demokratiet i Tyskland fra 1933 av.

380) Wold hadde vært justisminister i Johan Nygaardsvolds regjering fra 1939 og fortsatte i Nygaardsvolds eksilregjering. Han representerte også Arbeiderpartiet på Stortinget fra 1945 til 1949. Han ble h.r.dommer i 1950.

ble mer enn det, altså mer instrumentelle, allerede under forvaltningsstaten, men da var landet i den situasjon at juristene og økonomene var de samme og spenningene fremstod ikke som så sterke. Nå, i 1940- og 1950-årene, var jurister og økonomer blitt forskjellige grupper og mange toneangivende jurister kom til å uttrykke bekymring for at deres nå alenegående ”arvinger” drev den instrumentelle styringen for langt. Dertil kom ikke minst at denne styringen truet juristenes posisjon som statsvitenskap. Juristene fikk nå standsmessig interesse av å bli mer normative, altså mer rettsstatlige, dog ikke rettsidealistiske.

Andenæs pekte, som Francis Sejersted (f. 1936) viser i sin elegante analyse av styringsdiskusjonen og styringsutviklingen i 1940- og 1950-årene, på to veier å gå for å restaurere det rettsstatlige styresett.³⁸¹ Den ene var den gamle høyreliberale vei, som innebar et mer begrenset, lovbundet styre. Den annen var den venstreliberale, eller sosialdemokratiske, vei, som innebar å ”åpne” og ”demokratisere” både lovgivnings- og lovanvendelsesprosessene. Den annen vei innebar at staten kunne fortsette å være målrettet inngripende, altså aktivt samfunnsomformende, men at måten den var det på måtte gjøres (mer) åpen og demokratisk. Denne vei innebar at juristene igjen ville bli viktigere, men altså mer hva gjaldt beslutnings- og iverksettelsesprosessene enn hva gjaldt styringsinnholdet. Innholdsmessig skulle de først og fremst spille en instrumentell rolle, samtidig som økonomene kunne holde frem som de nå stevnet, som de egentlige innholdsskapere, altså som målformulerere og strategiutviklere.

Veien innebar altså at jusen og økonomikken kunne bli bedre tilpasset hverandre; dog slik at den annen i prinsippet ville bli sittende i førerretet. Økonomikken ville representere dynamikken, utviklingen av den nye politikk og utformingen av morgendagens samfunn. Jusen ville spille rollen som ”underordnet” omformer av politikken til jus og som iverksetter av deler av politikken, altså som lovanvender. Men der er flere parter i dette ”spillet”, ikke minst den politiske, som vi allerede har antydnet. Vi skal komme tilbake til den.

Det var den annen, den andenæsiske, vei som ble valgt. Den passet det styringsinteresserte flertallsparti, Arbeiderpartiet. Den passet selvsagt en svært styringsinteressert økonomikk, og den passet altså også en pragmatisk, og for så vidt nokså regelrelativistisk (norsk) jus. Det passet dem imidlertid ikke alle på samme vis, som vi skal se. ”Problemet” var at Andenæs’ og jusens forsøk på å forlike jusen og økonomikken bragte ”for mye” inn av politikken og slik egentlig ”måtte” velte forlikforsøket.

Forlikforsøket førte til etableringen av en rekke tiltak for å gjøre de offentlige beslutnings- og iverksettelsesprosesser mer åpne og gjennomsiktlige: Sivilombudsmannsembetet kom i 1963; det skulle skape mer åpenhet og, særlig, bedre rettssikkerhet, på iverksettelsessiden. En ny forvaltningslov

381) Francis Sejersted, ”Sosialdemokratiet finner sin form. Kampen om fullmaktslovene etter 1945”, s. 310-346 i F. Sejersted, *Demokrati og rettsstat*, Oslo: Pax forlag, 2001.

kom fire år senere, i 1967; den skulle blant annet sikre åpenhet på beslutningssiden og, ikke minst, at de mest berørte parter ble trukket inn i beslutningsprosessen på et tidlig stadium (§ 37). Det er særlig dette siste som blir viktig for de problemer som snart skulle vise seg.

Prinsipielt sett var det ingen klar demokratisk og åpenhetsmessig fordel å slippe interessentene, forøvrig i mange saker en uklart avgrenset gruppe, (enda) mer inn i beslutnings- og tildels iverksettelsesprosessene. Beslutningsprosessene var jo egentlig allerede fullt indirekte-demokratiske i og med de frie valgene, den forholdsvis rettferdige valgordningen og parlamentarismen. Å invitere de spesialiserte interessenter inn i beslutningsprosessen øket ikke graden av demokrati, men gav de mest interesserte parter i de ulike saker ekstra innflytelse. Det var, kan man videre si, ei heller demokratiutvidende å la de samme interessenter få en viss mulighet til å påvirke hvordan de vedtok de demokratiske valgte organer hadde fattet, skulle konkretiseres gjennom iverksettelsesprosessen.

Man kan videre hevde at siden den korporatisme ”prosessdemokratiseringen” førte til, delvis ville utspille seg i lønnekamre og antagelig med de sterkeste interessenter (”bukker”) nærmest ”havresekken”, ville Andenæs’ annen vei knapt heller bidra til større åpenhet og gjennomsiktighet i prosessene.³⁸² Forvaltningen, som demokratisk sett skulle være et redskap for de demokratisk-representative organer, ble slik i noen grad selv et ”representativt” organ, et organ hvis ”tentakler”, blant annet på grunn av korporativiseringen av prosessene, også strakte seg langt inn i det valgte demokratis hovedorgan, Stortinget, via dets komiteer.³⁸³ La oss legge til at mens interessegruppene særlig kunne påvirke beslutningsprosessene gjennom sin deltagelse i utredningsutvalg og adgang til remissprosesser, kunne de gjøre seg gjeldende i iverksettelsesprosesser såvel gjennom nye, mer eller mindre formelle, remissrunder, som gjennom sin deltagelse i styre og råd for stadig flere forvaltningsorganer, ikke minst direktoratene.

På et vis burde Andenæs’ annen vei ha funnet en viss gjenklang hos Evang. Det fagstyre han representerte kunne jo sees på som et slags interessentstyre. Han insisterte jo også på hvor viktig det var at fagforvalterne også tilhørte (pre)klinikken. Evang representerte imidlertid et fagstyre som *ikke* var et interessentstyre. Det var et ”objektivt” styre, basert på verdier det ikke ”burde” være strid om, helse, sunnhet, omsorg – altså autoteliske verdier – og på en faglighet som var vitenskapelig, og slik sett uangripelig. Å slippe alskens interesser til, altså privat subjektivitet, ville for ham, vil vi mene,³⁸⁴ være å pervertere det ”objektive” fagstyre. Rent ille ville det vært om han skulle hatt slike interessenter over seg, i et styre eller råd. De hørte, som

382) Statsviteren Stein Rokkan påpekte i et innflytelsesrikt arbeid fra 1968, hvordan den norske politiske orden var preget av en blanding av numerisk demokrati og korporativ pluralisme: S.R., ”Norway Numerical Democracy and Corporate Pluralism”, ss. 70–115, i Robert A. Dahl, red., *Political Opposition in Western Democracies*, New Haven og London: Yale University Press.

383) Johan P. Olsen og Per Lægrend lanserte i 1978 uttrykket den representative forvaltning, men i en litt annen betydning enn vi her har brukt, nemlig i betydningen ”å ligne på befolkningen” forøvrig med hensyn til en del egenskaper. Kfr. deres *Byråkrati og beslutninger*, Oslo: Universitetsforlaget, 1978.

384) Vi har ikke sett at han har uttalt seg eksplisitt om disse spørsmål, så våre betraktninger i dette avsnitt er uttrykk for slutninger fra hva han ellers har sagt.

interessenter, hjemme *under* ham. Som det var, hadde han ”interessenter” også over seg, nemlig politikerne. Dem kom han ikke helt utenom, selv om han etterhånden ble mer og mer skeptisk til dem. I alle tilfeller, de var valgt på det egentlige demokratiske grunnlag, og de var ikke til å unngå. Det burde de ”snevre” interessenter være, altså til å unngå. Men, som vi har påpekt, Evang var også preget av den gamle forvaltningsaristokratiske tanken fra det 19. århundre om staten som en koalisjon av nokså uavhengige fagstender, av hvilke medisinen var én. Det var ikke meget aristokratisk over interessegrupper og uoversiktlige korporative arrangementer.

Omkring Evangs avgang, altså utover i 1970-årene begynte troen på Andenæs’ annen vei å forta seg. Demokratiseringen av forvaltningsprosessene ble i stigende grad, men først blant forskerne, sett på som noe som begrenset og konkurrerte med det ordinære demokrati. Stein Rokkan hadde, som nevnt, allerede i 1968 omtalt det norske politiske system som et blandingsystem, som både numerisk-demokratisk og korporativt pluralistisk. Den maktutredningen regjeringen Bratteli satte i gang i 1972 kom til å legge stor vekt på korporatismen, både som et demokratiproblem og som et styringsproblem: den fragmenterte styringen. En av utredningens ledere, Gudmund Hernes (f. 1941), som særlig var opptatt av styringsproblemet, talte, empirisk, men også kritisk, om ”forhandlingsøkonomi” og ”blandingsadministrasjon”.³⁸⁵ Forskerne, de var særlig statsvitere og sosiologer, fikk ingen umiddelbar konstruktiv innflytelse på politikken. De kan imidlertid ha spilt en rolle for å dempe entusiasmen for Andenæs’ annen vei og dermed for at forvaltningspolitikken, også forvaltningshelsepolitikken, for en stund ble skjøvet i bakgrunnen: Heller ikke da Evang gikk av ble det tatt raske initiativ for å omordne Direktoratet.

Men de problemstillinger maktforskerne hadde reist kom til å slå konstruktivt inn i politikken i 1980-årene, men da mer med økonomikken, den *nyklassiske* sådanne, enn med statsvitenskapen som utgangspunkt, og med jusen som applauderende bisitter. Vi skal komme tilbake til det. Her kan vi dog konstatere at i den grad de arbeiderpartiutnevnte, og tildels arbeiderpartisympatiserende, maktforskere øvet innflytelse på den videre utvikling av forvaltningspolitikken pekte den i rettsstatlig og avpolitiserende retning, eller, om man vil, i høyreliberal retning. Nå søkte man altså i noen grad tilbake til den klassiske rettsstatlighet, til Andenæs ”første vei”; det vil si til en vei som selvsagt ikke er hans, men den opprinnelige rettsstats. Det var en vei som gjorde det lettere å forene jus og økonomikk, men på den moderne, ”diskresjonære” politikks bekostning: Politikken måtte begrenses, eller rettere, ”bindes”.

385) Gudmund Hernes, red., *Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon* (Bergen: Universitetsforlaget), 1978.

5. 1972-1983: Den medikratiske ordens begynnende forvitring

Karl Evang var ennå ikke fylt 36 år da han tiltrådte som medisinaldirektør. Han satt til han fylte 70 år, 19. oktober 1972. Han var blitt synlig eldre, men han var ingen trett mann da han gikk av. Egentlig kunne han tenkt seg å fortsette.³⁸⁶ Han ”falt” ikke for aldersgrensen; han måtte gå på grunn av den. Han var meget aktiv til siste dag og fortsatte å være aktiv på så mange måter etter at han var gått av. I sitt avskjedsår ble han en av forgrunnsfigurene i kampen mot norsk medlemskap i Det europeiske fellesskap (EF). Knapt noen kunne tale så engasjert og så engasjerende om EF-spørsmålet som den gamle helsedirektør. I 1973 ble han også engasjert et år som sosialmedisinsk gjesteprofessor ved det universitetsfakultet han var så imot å opprette, Tromsøs. Han fortsatte ellers selvsagt å følge med i helsepolitikken, og skrev og talte med stort engasjement om den. Da Regjeringen presenterte Stortingsmelding nr. 9 (1975-76) om de sosiale tjenester, en melding som innvarslet distriktshelsevesenets omdannelse til et integrert, kommunalt basert, helse- og sosialvesen, tok han, som vi har nevnt, offentlig til motmæle. I to kraftfullt formulerte artikler i Aftenpostens aftennummer 6. og 7. januar 1976 advarte han mot å ødelegge grunnmuren i det norske sunnhetsvesen, ja, det som var typisk, og enestående, for det norske sunnhetsvesen – den kombinerte preklinikk og klinikk. Han etterlyste sin etterfølgers vurderinger i meldingen. De var talende fraværende. Men meldingen, som sprang ut av Sosialreformkomiteens innstilling, var ikke skrevet i Direktoratet, eller med dets aktive medvirkning. Den nye helsedirektør hadde heller ennå ikke tydelig tonet flagg i saken. Han hadde allerede som statssekretær dog uttalt seg, omenn litt vagt, for integrering. Han var nok nå mer i tvil, men hans tvil skulle for alvor komme til overflaten noe senere.

Evang forble altså aktiv, selv om han ikke lenger hadde det ansvar som nesten var gått ham i blodet. Men kanskje opplevde han det også som en lettelse å få slippe ansvaret? Han kom nå til å bli mer opptatt av private sysler. Han fortsatte å spille tennis. Han hadde allerede i 1968 sett seg om etter et ørretvann av en viss størrelse. Han var en ivrig sportsfisker og ville kjøpe et passende vann, gjerne i Trysil- eller Renaområdet. Han avvertete i Østlendingen, og fikk noen ”søte brev”.³⁸⁷ Men det ble med tanken.

386) Opplysning gitt av sønnen Anders Evang i samtale 27.10.2008.

387) Opplyst i VG 11.12.1968, s. 3.

Nesten fire år etter at han var gått av, en søndag i begynnelsen av mai 1976, ble han rammet av et alvorlig slag. Han hadde vært plaget av atrieflimmer og en defekt aortaklaff og var innlagt på Rikshospitalet. Der ble han vellykket elektrokonvertert og var nå hjemme på permisjon. Han skulle ta det med ro, men måtte ta seg av ”våronna” og stod ute i haven og dro opp røtter da det skjedde. Sammen med ham var hustruen, Gerda, eller ”Mons” (”Monseborn”). Hun ringte Legevakten og fortalte hva som var skjedd. Da han som skulle kjøre ambulansen hørte at pasienten var Karl Evang gav han full gass og kjørte mot alle røde lys han møtte. Det gikk svært fort i svingene opp til Måltrostveien i Holmenkollåsen. Da ambulansen nådde frem satt Evang der, fortvilet, uten evne til å tale og med venstre side lammet. Han forstod hva som hadde skjedd. Det gjorde også hustruen, som var minst like fortvilet som sin mann. Hun ble med ned til Rikshospitalet.³⁸⁸ Der ble det raskt konstatert at det var lite å gjøre. Han lå en tid på Aker sykehus, men kom så hjem og ble siden stelt av sin hustru. Han kunne en tid bevege seg litt rundt, og endog spille sjakk. Han kunne også smile og vise følelser, men talens evne hadde han for alltid tapt.³⁸⁹ I fem år måtte denne talens mester leve lukket inne i seg selv. Han døde 3. januar 1981, vel 78 år gammel.

En ny helsedirektør

Våren 1971 brøt den borgerlige regjeringen Borten sammen. Det skyldtes i første rekke EF-spørsmålet, men mer konkret skyldtes det at det ble kjent at statsministeren hadde vist Nei-til-EEC-bevegelsens generalsekretær, Arne Haugestad (1935-2008), en fortrolig rapport fra Norges ambassadør i Brussel. Etter et mislykket forsøk fra Kjell Bondeviks (Kr. F.) side på å danne en ny borgerlig koalisjonsregjering, kunne Trygve Bratteli (1910-1984), Arbeiderpartiets leder, den 13. mars presentere sin mindretallsregjering. Som sosialminister hadde han valgt LOs nestleder, Odd Højdahl.³⁹⁰ Højdahl hadde valgt som sin statssekretær, assisterende overlege ved Kreftregisteret, Torbjørn Mork (1928-1992).

EEC- eller EF-saken tok svært mye av den nye regjerings oppmerksomhet; også for de enkelte statsråder. Selv statssekretær Mork ble trukket inn i EF-debatten. I det sterkt splittede Asker arbeiderparti representerte han, blant annet sammen med Arve Johnsen (f. 1934), ”ja-siden”, og var opptatt av å vise at norsk EF-medlemskap ikke truet noen sider ved norsk helsepolitikk, for eksempel legemiddelpolitikken. EF-debatten bidro til at Mork straks ble en svært synlig statssekretær. Men mer bidro. Højdahl lot Mork ta hånd om mye av helsepolitikken og lot ham også stå frem i mediene. Mork var ikke bare en forsker og fagmann som våren 1971 ble ”funnet” på et bortgjemt laboratorium, og som straks ble fanget og fenget av politikken og den offentlige arena. Han hadde fått interesse for politikk i ungdommen, og engasjert seg i Unge Høyre. Som medisinerstudent i Bergen var han også

388) Opplyst (2.12.2008) av den legen som kom med ambulansen, Else Wiik Larsen.

389) Opplysninger gitt av Evangs eldste sønn, Karl Anders Evang, 27.10.2008.

390) Det vil si, Brattelis forslag var at Odvar Nordli skulle bli sosialminister og Odd Højdahl kommunal- og arbeidsminister. Det var sterke ønsker i stortingsgruppen om at Nordli måtte bli kommunalminister som gjorde at Højdahl ble sosialminister. Kfr. Ragnar Christiansen, *Fra storting og styringsverk – Erindringer fra et liv i politisk arbeid* (Oslo: Forlaget Aktuell), 2006, s. 308.

politisk aktiv. Han var blant de studenter som gjorde seg bemerket på sitt kull, både faglig og sosialt.³⁹¹ Han fremstod som høyremann for medstudentene, men begynte etterhvert å bevege seg mot venstre. Etter studiene, turnustjenesten og studieopphold i London – som førte frem til en PhD-grad i 1960 – begynte han som avdelingslege i Krefregisteret. Han flyttet da til Asker med sin familie, hustruen og legedatteren Anna Brit (f. 1934)³⁹² og en datter, Ingeborg (f. 1957). Snart kom det ytterligere en datter til, Elisabeth (1961) og så en sønn, Jon (1963).

I Asker gikk både han og hans hustru inn i lokalpolitikken, for Arbeiderpartiet. Han ble valgt inn i kommunestyret i 1967 og kom i 1969 med i Arbeiderpartiets sosialreformkomité. Dog fikk han ingen valgbar plass på listen ved stortingsvalget i 1969. I 1971 gikk det oppover igjen og han ble han valgt til nestformann i Akershus arbeiderparti og altså utnevnt til statssekretær i Sosialdepartementet.

Han gikk opp i sitt epidemiologiske arbeid ved Krefregisteret, ennå en svært liten institusjon, men han gikk også opp i politikken. Telefonen ble flittig brukt fra kontoret i Krefregisteret, ikke minst for politiske formål. Den forholdsvis unge mannen var ambisiøs, både faglig og politisk. Han ble assisterende overlege i 1966 og da anledningen bød seg til å gå inn i politikken på nasjonalt nivå trengte han ingen overtalelse. Hans faglige plattform var alene for svak til at han kunne ha håp om å bli Evangs etterfølger, men med den politiske eksponering og erfaring statssekretærposten gav, kunne han ha muligheter.

Da embedet som helsedirektør ble utlyst, uten åremålsbegrensning,³⁹³ like før 17. mai 1972, med ansøkningsfrist 15. juni, var han rede til å anmelde sin interesse. Ja, så vidt profilert, til dels provoserende profilert, var han allerede blitt at avisene begynte å skrive om ham som Evangs mulige etterfølger. Verdens Gangs Turid Beth Hansen konstaterte i et oppslag allerede den 29. mars 1971, like etter at Mork var blitt statssekretær:

Dessverre folkens, hvis dere øyner sjansen til å bli kvitt et stridslysten sosialist med bråstoppsveis når helsedirektør Karl Evang trer tilbake på grunn av oppnådd aldersgrense utpå høsten 1972, må dere tro om igjen. Arvtakeren står klar.

Og arvtakeren er minst like stridslysten, bråstoppsveisen klippet av samme herrefrisør og tategavene nærmer seg Evangs. Den politiske barnetro er det heller ingen ting å utsette på: arvtakeren er sosialist på sin hals.

Hvem arvtakeren er? Nyutnevnt statssekretær i Sosialdepartementet, Torbjørn Mork, selvfølgelig! Det behøves knapt synske evner for å

391) Opplyst av medstudenten Kolbjørn Øygard, i samtale 3.8.2009.

392) Hennes far, Audun Schjøtt (1900-1971), var privatpraktiserende lege i Bergen.

393) Sosialministeren hadde gjort det klart at det ikke var vurdert å ansette den nye helsedirektør på åremål, eller, for den saks skyld, å gjøre noe med Direktørens dobbelstilling. Kfr. Verdens Gang 7.6.1972. s. 3.

*forutsi at denne tidligere overlegen og kreftspesialisten ligger forrest i løypa – så sant regjeringen Bratteli fremdeles sitter ved roret.*³⁹⁴

Med sin høye offentlige profil ble han stadig hyppigere nevnt som Evangs mulige etterfølger. Han lanserte, kan man si, seg selv på denne måten. Han gjorde heller intet for å dempe spekulasjonene om sitt kandidatur. Innad i Departementet gjorde han det endog kjent at han ville søke embedet etter Evang. En slik bekjentgjørelse er ikke offentlig, men kanskje så godt som.

Men også andre navn ble snart nevnt. Spesielt ble Gudmund Harlem, den tidligere sosial- og forsvarsminister, gjennom tilsammen ti år, og en nær venn av Einar Gerhardsen, pekt på som en alvorlig utfordrer til Mork. Harlem var nå direktør for Statens attføringsinstitutt. Men Harlem nølte med å søke, opplyser hans datter i sin første erindringsbok. Kanskje virket Morks ”kampanje” i noen grad til at han kom i tvil? Gro Harlem Brundtland (f. 1939) skriver:

*Fredrik Mellbye, som er en annen aktuell kandidat, har gjort det klart overfor pappa at av de to (Harlem og Mork) vil pappa rangere sterkest på grunn av sin mangeårige statsrådserfaring. Det er mange som legger stor vekt på at han er villig til å ta denne stillingen. Jeg vet han vil bli en god helsedirektør, og sier: ”Selvfølgelig skal du søke, pappa!” ”Ja, men det blir strid om den saken, fordi også Torbjørn Mork har søkt. Det er flere medlemmer i regjeringen som ønsker at jeg skal søke, men som har fortalt meg at det blir strid om avgjørelsen.” ”Gjør det noe?” sier jeg. ”Du må gjøre det som er riktig.”*³⁹⁵

Harlem fulgte sin datters råd og søkte, om enn litt nølende. Mork søkte selv sagt også, som han en tid hadde sagt han ville, dog uten støtte fra familien: Hustruen fryktet at en allerede svært fraværende ektemann skulle bli enda mer fraværende.³⁹⁶

Da ansøkningsfristen var gått ut hadde det meldt seg syv liebhavere til embedet. I tillegg til Mork og Harlem, de eneste politisk markante ansøkere, var det fem ansøkere. De var Evangs nestkommanderende siden 1950, medisinalråd Jon Bjørnsson, fylkeslege Jon Fodnes (1920-1991), Akershus, fylkeslege Tore Heide (f. 1925), Rogaland, professor dr. med. Peter F. Hjort (f. 1924) og ass. fylkeslege Per Holmboe Waage (1918-1991), Akershus. De tre fra fylkeslegeetaten hadde særlig bakgrunn fra den offentlige legeetat og administrativ utdannelse; Waage hadde også en del militær bakgrunn. Waage kan tillike ha vært tiltrukket av muligheten for å få gå i sin morfars, tidligere medisinaldirektør Michael Holmboes, fotspor. Fodnes hadde MPH fra Harvard University, Heide fra University of California, Berkeley, mens Waage hadde diplom i folkehelsevitenskap fra Liverpool.³⁹⁷ De fremstod alle tre som utpregede fagmenn. De hadde ikke markert seg offentlig og var ikke

394) Verdens Gang 29.3.1971, s. 12. Artikkelen har overskriften ”To ”rabulister” i norsk helsestell. Konge og kronprins”.

395) Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986* (Oslo: Gyldendal), 1997, s. 114.

396) Opplyst av datteren, Elisabeth Mork, i samtale 28.11.2008.

397) Det britiske diplomiet i ”public health” tilsvarer den amerikanske MPH.

alvorlige utfordrere til Mork og Harlem. De lignet imidlertid, hva bakgrunn angikk, på Evangs konkurrenter i 1938. Hjort hadde markert seg mer offentlig, siden 1969 ikke minst som formann i interimsstyret for det nye Universitetet i Tromsø, men også helsepolitisk. Han stemte dessuten Arbeiderpartiet på dette tidspunkt. Mange ønsket Hjort i embedet. Han søkte fordi han mente det var en del som burde gjøres med norsk helsevesen, men var klar over at det ville stå mellom Mork og Harlem.

Evang innstilte søkerne slik: 1) Jon Bjørnsson, 2) Gudmund Harlem, 3) Torbjørn Mork, 4) Per Waage.³⁹⁸

Nordby skriver at Evang innstilte Bjørnsson først nærmest som en høflighetsgest.³⁹⁹ Evang var, fortsetter Nordby, klar over at hans innstilling ikke ville bli fulgt. Det kan nok være, men det er ikke åpenbart at hans anbefaling var en ren gest. Evang hadde formelt ikke forberedt noen til å ta over etter seg. Han oppførte seg helt til det siste som om han skulle forbli helsedirektør. Samtidig hadde han, så grundig som det vel var mulig, forberedt sin medisinalråd på embedet som helsedirektør. All post til Helsedirektøren gikk via Bjørnsson. Han var så godt inne i Evangs tenkning, og gjøremål, at han på meget kort varsel kunne overta nesten en hvilken som helst oppgave for Evang. Han hadde også i til sammen to år fungert som helsedirektør. I sin innstilling til statsråd Høydahl av 19. juni 1972, skriver derfor også Evang: "Av de fire sterkeste kvalifiserte søkere, står *medisinalråd* Bjørnsson i en særstilling".⁴⁰⁰ Han begrunner det også enkelt, nemlig i hovedsak med Bjørnssons "arbeid som medisinalråd". Bjørnsson var opplært. Nå var han klar til å ta over etter Evang; det vil si, han hadde nok vært det ganske lenge. Det understreker hvor sikker Evang var i sin sak at han syntes han måtte svare på den "naturlige" innvending mot Bjørnsson, hans alder; Bjørnsson nærmet seg 63. Evang skriver at etter en operasjon for ikke så lenge siden "er hans arbeidsevne økt og stabilisert". Etter Evangs innstilling er det ikke så underlig at Bjørnsson regnet med at han ville få rykke opp. Nr. 2 skulle endelig bli nr. 1.

Evangs uttalelse om Harlem er nøkternt redegjørende. Kanskje preges den noe av hans litt anstrengte forhold til statsråd Harlem i annen halvdel av femtiårene? Han omtaler Mork med noe større engasjement, selv om han har satt ham på tredjeplass. Han fremhever særlig Morks kvalifikasjoner som epidemiolog. Med de prioriteringsproblemer helsevesenet i dag står overfor er det, skriver Evang, "en meget vesentlig fordel av den som bekler stillingen som helsedirektør, selv behersker denne (dvs. den epidemiologisk-statistiske) metodikk".

I avisene stod det at hans favoritt var den unge og radikale "kopien" av ham selv, Torbjørn Mork. Mork fremstod nok som mer sosialt radikal enn

398) Kfr. SF 4c, *Ot.meld.* nr. 1, 1972-73, Embetsutnevnelser m. v. fra 1. juli 1971 til 30. juni 1972, s. 34.

399) Nordby, *op. cit.*, s. 267.

400) "Uttalelse om søkerne til embetet som helsedirektør". Notat til Sosialministeren fra Helsedirektøren, datert

19. juni 1972 (bare denne ref.: KE/Sø; notatet finnes i Helsetilsynets (Riksarkivets) arkiv, boks merket "Ansettelse 1972). Sitatet er fra s. 2. Sitatet om Mork (nedenfor) er fra s. 7.

Harlem, men representerte samtidig den EF-vennlige ”høyrefløyen” i det konfliktredne Asker arbeiderparti. Han var slik ikke helt etter den markante EF-motstanderen Evangs nese. Kanskje så han ham som litt for opportunistisk? Men mer har nok spilt en rolle. Evang kjente Mork godt. Da Mork var ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, og arbeidet med sin avhandling, kom Evang dit for å holde noen forelesninger. De traff hverandre. Evang viste alltid yngre folk ekte interesse; det gjorde han nå også med Mork. Mork ble imponert. Evang fikk også et faglig godt inntrykk av Mork, blant annet la han merke til at Mork fikk tatt doktorgraden i London (1960). Siden fulgte Evang Morks arbeid ved Kreftregisteret med interesse. Da Evang fylte 60 år, høsten 1962, var Mork kjøgemester ved middagen om aftenen.

Men den ytterst disiplinerte Evang forble usikker på den ambisiøse unge mannen. Evang sløste aldri bort tid på ”formålsfremmede” aktiviteter. Han var den legemliggjorte effektivitetet. Han syntes Mork var for lite disiplinert.⁴⁰¹ Da Tryggve Hauan i 1970 sa opp sin stilling som overlege ved Sykehuskontoret, søkte Mork stillingen, men Evang valgte da Sverre Harvei. Harvei hadde en MPH fra University of Minnesota, og hadde noen måneder sittet som spesiallege under Hauan da han fikk stillingen. Harvei og Mork var kolleger ved Kreftregisteret. Mork var fem år eldre enn Harvei og hadde doktorgrad. Evang satte allikevel Harvei først.⁴⁰² Også det kan si noe om Evangs oppfatninger om Mork, og om hvorfor han ikke innstilte ham høyere til helsedirektørembedet.

Han visste selvsagt at det politisk stod mellom Mork og Harlem, men så altså ingen av dem som den ”riktige” etterfølger. Harlem var vel etablert, hadde politisk tyngde, men var for Evang medikratiske ”upålitelig”. Mork var ung og lovende, men altså for Evang for ”udisiplinert”. Han visste heller ikke hvor han hadde ham hva gjaldt legestyret. Da var Bjørnsson, hans ytterst lojale og dyktige nestkommanderende gjennom en mannsalder, et trygt valg. Bjørnsson ville og kunne føre Evangs livsverk videre og han var medikratiske patent. Han var også så disiplinert som det vel var mulig å bli. Han stod nok på den borgerlige side i den almene politikk, men for Evang var de andre hensynene nå langt viktigere. Bjørnsson var riktignok ikke en mann for den lengre fremtid, men en slik kunne jo oppstå i de fem og et halvt år han ville ha igjen. Evang var seg nok svært bevisst hva han gjorde da han satte Bjørnsson først. Han gjorde sjelden noe ”ubevisst”.

Vi skal føye til at Evang altså så på ansøkerne Fodnes, Heide og Hjort som uaktuelle for embedet som helsedirektør. Hjort ble nevnt i flere pressoppslag som en interessant søker. Han hadde allerede markert seg som indremedisiner og hematologisk forsker og var spesiallege og professor ved

401) På middagen etter Bygdøy-kurset litt ut i sekstiårene gav Evang overfor Erik Bjelke, Morks kollega på Kreftregisteret, uttrykk for en viss bekymring over Mork i så henseende, altså hva gjaldt disiplin. Opplysningen er gitt av Erik Bjelke i telefonsamtale 29.10.2008.

402) Mork reagerte nok litt på ”forbigåelsen”, ambisiøs som han var. Også en annen ansøker kan nok ha følt seg forbigått ved besettelsen av overlegestillingen i Sykehuskontoret, nemlig Kjell Bjartveit. Evang syntes nok den ”kulturelle” avstanden til Bjartveit, som hadde lang erfaring fra Direktoratet, var for stor. Bjartveit tilhørte Kristelig Folkeparti.

Rikshospitalet. Siden 1969 hadde han ledet interimsstyret for det nye Universitetet i Tromsø. Som den eneste av ansøkerne presenterte han et punktvis oppsatt program for hva han ville gjøre hvis han ble helsedirektør. Han avsluttet slik:

Det sentrale i mitt syn er at vi for lengst har medisinske kunnskaper til mer enn hva vi har penger til. Helsedirektørens viktigste oppgave er å skaffe best mulig grunnlag for de politiske prioriteringer og best mulig utnyttelse av de ressurser samfunnet gir helsetjenesten.

Hjort hadde ikke tradisjonell forvaltningsmessig erfaring fra helsevesenet på denne tiden, men hans ansøking viste at han forstod hva helsevesenets, og dermed helseforvaltningens, hovedutfordring var – og kunne fange den i en ”formel”. I så henseende gikk han utenpå de andre ansøkerne. Evang nevner at alle ansøkerne hadde laud til embedseksamen, og ”at et flertall av søkerne har oppnådd meget høye poengtal”. Han legger ikke til at Hjort hadde fått innstilling i hovedkarakter (204,5 poeng).⁴⁰³ Som vi har nevnt før hadde Hjort ved en viktig anledning utfordret Evang. At Evang også innstilte Waage, kan skyldes at han, og Bjørnsson, kjente ham fra krigen, i London.

Saksbehandlingen i utnevningssaken var, får man si, først og fremst politisk. Embedet var viktig og svært synlig. Å finne Evangs etterfølger var en stor sak. Mange snakket derfor med hverandre i forbindelse med den forestående utnevning. Statsråden, Odd Højdahl, var en engasjert tilhenger av sin statssekretær, og markedsførte ham ivrig. Han behandlet ansettelsen mens hans statssekretær satt som hans nærmeste medarbeider.

Regjeringens øvrige statsråder, Statsministeren innbefattet, var ikke spesielt aktive i prosessen, men flere av dem ble selvsagt ”snakket med” i sakens anledning, og snakket med noen, som vi har sett. Morks utfordrer, Gudmund Harlem, ser ikke ut til å ha vært spesielt aktiv selv, men hadde altså viktige støttespillere, også i Regjeringen: Cappelen og andre, som Gjærevoll, oppmuntret ham også til å søke. Mork viste sine ambisjoner tydelig, overfor beslutningstagere så vel i regjering som i partiet forøvrig. Han gav, som vi har nevnt, som statssekretær, tidlig beskjed i Departementet om at han ville søke embedet som helsedirektør.⁴⁰⁴ Gro Harlem Brundtland gav overfor Sverre Harvei etterpå uttrykk for at hun syntes Mork hadde drevet en altfor pågående kampanje overfor både regjeringsmedlemmer og stortingsfolk.⁴⁰⁵

Mork gikk dog ikke av som statssekretær for å kunne søke helsedirektør-embedet fra en mer uavhengig posisjon. At han ikke gjorde det, gjorde valget ekstra pinibelt for flere av statsrådene, men mest av alt for Statsministeren.

403) Bjørnsson hadde 194, Harlem 190,5 og Mork 186,5 poeng.

404) Opplyst av Tone Bratteli i telefonsamtale den 8.12.2008. Hun var fra 1. januar 1972 og til litt ut i august personlig sekretær for Sosialministeren.

405) Opplysning gitt av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

Den formelle avgjørelsen ble fattet i statsråd fredag den 30. juni 1972, altså bare to uker etter at ansøkningsfristen var gått ut, og på et tidspunkt da ferien egentlig var begynt. Bare én av statsrådene hadde da, etter det vi kan se, begynt sin ferie, nemlig Inger Louise Valle (1921-2006); hun begynte mandag 26. juni. Siden hun deltok på den avgjørende regjeringskonferanse må den reelle avgjørelsen ha vært fattet uken før, mandag 19. juni eller torsdag 22., med alle de 15 regjeringsmedlemmer tilstede. Sosialminister Højdahl hadde laget et notat om saken og i det begrunnet hvorfor Mork burde velges.⁴⁰⁶ Da saken kom opp på regjeringskonferansen sa statsministeren, Trygve Bratteli, at alle kjente de to fremste kandidater så godt at det ikke var behov for noen debatt om saken. Noen debatt, eller endog meningsutveksling, ble det således ikke. I stedet ble det, etter Brattelis ”beskjed”, en skriftlig avstemning. Ved den fikk de to kandidater begge syv stemmer. Én hadde altså stemt ”blankt”. Statsministeren sa da at han ville henstille til den som ikke hadde stemt ved første avstemning å gjøre det ved den neste, slik at det kunne bli fattet en avgjørelse. Ved annen gangs avstemning ble det avgitt åtte stemmer for Mork og syv for Harlem. Den som ”avgjorde” valget var Finansministeren, Ragnar Christiansen (f. 1922).⁴⁰⁷ ”(J)eg valgte å følge statsråden”, altså Højdahl, har Christiansen siden berettet.⁴⁰⁸ I Statsråd tok ingen av statsrådene dissens.



Torbjørn Mork, januar 1973: Den nye, elegante Helsedirektøren. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

406) Redegjørelsen for måten saken ble behandlet på i Regjeringen bygger på samtale med daværende finansminister Ragnar Christiansen, 5.11.2008. Det er siden i pressen flere ganger nevnt at Mork i annen omgang ble valgt med 7 mot 6 stemmer. Vi har ikke fått opplysninger som viser at statsråder var fraværende (på ferie), men vi kan ikke se bort fra at det var tilfellet.

407) Kfr. Ragnar Christiansen, *Fra storting og styringsverk – Erindringer fra et liv i politisk arbeid* (Oslo: Forlaget Aktuell), 2006, s. 311.

408) Kfr. *ibid.*, s. 312.

Dette var den eneste gang under regjeringene Bratteli at det ble foretatt en skriftlig votering i en regjeringskonferanse. Ansettelsessaken var åpenbart en krevende sak for Regjeringen, og spesielt for Bratteli. Ved å unngå diskusjon, med den noe spesielle begrunnelse at alle kjente kandidatene godt nok, og ved å ha skriftlig avstemning, kunne han sikre at avgjørelsen ble fattet uten at noens stemmegivning ble eksponert. Spesielt viktig kan det ha vært for ham at hans egen stemmegivning forble hemmelig.

Siden er det kommet frem noe om hvordan regjeringsmedlemmene stemte. Højdahl gikk altså inn for Mork, og i annen runde også Christiansen. Ifølge Gro Harlem Brundtland stemte Bratteli for Mork, mens Nordby mener at han stemte for Harlem.⁴⁰⁹ Vi tror Brundtland har rett og at Statsministeren, som den formelt bevisste mann han var, støttet Mork. Det ville vært underlig om han i et slikt spørsmål skulle gått imot sin fagstatsråd.⁴¹⁰ For Mork stemte dessuten iallfall forbruker- og administrasjonsminister Inger Louise Valle og forsvarsminister Alv Jacob Fostervoll (f. 1932).⁴¹¹ For Harlem stemte helt sikkert utenriksminister Andreas Cappelen (1915-2008), industriminister Finn Lied (f. 1916) og miljøvernminister Olav Gjærevoll.⁴¹² Hvordan de øvrige statsråder, Reiulf Steen (f. 1933), Bjartmar Gjerde (f. 1931), Odvar Nordli (f. 1927), Per Kleppe (f. 1923), Oddvar Berrefjord (1918-1999), Magnus Andersen (1916-1994) og Torstein Treholt (1911-1993) stemte, vet vi ikke, men vår antagelse er at de tre første, og yngste, stemte for Mork og de fire siste for Harlem.⁴¹³ De eldste kjente Harlem, men ikke Mork; og var til dels noe mindre sosialradikale enn de yngre statsrådene.

Avgjørelsen var som sagt spesielt vanskelig for Statsministeren. Han følte nok en forpliktelse til å støtte fagministeren, særlig siden denne la så mye tyngde i sitt valg. Samtidig visste han at å velge Mork ville provosere ikke bare Harlem-familien, men også Einar Gerhardsen og andre (enn Harlem) i hans krets. Det siste kunne imidlertid også ha en annen side: Brattelis forhold til Gerhardsen var hverken nært eller hjertelig. At Bratteli ikke sa noe om sin preferanse, og lot avstemningen være skriftlig, gjorde det mulig for ham å begrense belastningen i forhold til Harlem-familien og til Gerhardsen. Men da det *ble* Mork, reagerte Harlem-familien negativt. Gro Harlem Brundtland skriver 27 år senere, i sine erindringer: ”Jeg tror regjeringen Bratteli traff den gale beslutningen med Trygve Bratteli selv som den avgjørende stemmen for Torbjørn Mork.” Hun legger til:

409) Gro Harlem Brundtland uttrykker seg sikkert på dette punkt; kfr. Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986*, op. cit., s. 114. Trond Nordby, op. cit., s. 326.

410) Brattelis datter, Tone Bratteli, er av samme oppfatning. Opplysning gitt i samtale den. 8.12.2008.

411) Opplysning gitt av Alv Jacob Fostervoll i telefonsamtale 4.11.2008 og av Inger Louise Valles sønn Jan Grund i samtale 6.8.2008.

412) Om Brattelis og Cappelens preferanse, se Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv 1939-1986*, op. cit., s. 114-115. Om Højdahls preferanse, se Nordby, op. cit., s. 326, note 73. Opplysningen om Finn Lieds stemmegivning er gitt av Lied i samtale 24.10.2008, og om Olav Gjærevolls av Gro Harlem Brundtland i e-brev 3.11.2008.

413) Kommunalminister Odvar Nordli, samferdselsminister Reiulf Steen og handelsminister Per Kleppe husker ikke hvordan de stemte: Telefonsamtaler 4.11. (Nordli og Steen) og 5.12. (Kleppe) 2008. Kleppe hadde imidlertid kjent Harlem siden 1945 (hvor de traff hverandre i Sosialistisk studentlag), mens han ikke kjente Mork. Daværende kirke- og undervisningsminister Bjartmar Gjerde er syk og ikke tilgjengelig for en samtale. Han ville imidlertid ikke ha husket sin stemmegivning, opplyser familien (4.11.2008). Tre av statsrådene hvis stemmegivning vi ikke kjenner, er døde, justisminister Oddvar Berrefjord, landbruksminister Torstein Treholt og fiskeriminister Magnus Andersen.

Andreas Cappelen hadde vært regjeringskollega med pappa i tidligere år, og hadde fulgt hans arbeid på nært hold. En som møtte ham på Løvebakken i disse dagene forteller hva han svarte da han forsøkte å fritte ham ut på regjeringens syn på helsedirektør-stillingen. "Vet du hvem det blir som får jobben?" "Nei, men jeg vet hvem som burde få den". Han var av dem som gikk inn for pappa som helsedirektør.⁴¹⁴

Vi (forfatteren) traff tilfeldigvis et medlem av "den utvidede" familien Harlem noen dager etter utnevnelsen. Vedkommende gav klart uttrykk for at familien var opprørt over utnevnelsen. Den så på den som Brattelis pek mot "Gerhardsen-klanen".⁴¹⁵

Den egentlige saksbehandlingen av ansettelsessaken var altså politisk. Siden Evang hadde innstilt som han hadde, hadde imidlertid Statsråden et problem, Bjørnsson. Bjørnsson var satt så tydelig først at Departementet måtte begrunne vrakingen av ham. Det gjorde det i én setning: "Departementet finner at man for et så krevende embete som dette bør ta hensyn til søkerens alder, og finner det av denne grunn vanskelig å innstille Jon Bjørnsson". For å begrunne positivt hvorfor Mork skulle flyttes fra tredje til første plass tydde Departementet til Evang, og den vanlige "formel" (om "samlet vurdering") i slike sammenhenger:

Sosialdepartementet har etter en samlet vurdering funnet at statssekretær Torbjørn Mork bør utnevnes. Ved siden av øvrige kvalifikasjoner peker departementet på Torbjørn Morks særlige kunnskaper og erfaring innen feltet epidemiologi. Den epidemiologiske eller epidemiologisk-statistiske metode som særlig er utviklet etter den annen verdenskrig, er kommet til å spille en stadig større rolle også i helse- og sosialtjenesten".⁴¹⁶

Spørsmålet om hvem som skulle bli ny helsedirektør førte til noen, men ikke mange, avisoppslag. Det var særlig de borgerlige aviser som skrev om spørsmålet. Aftenpostens morgenummer hadde 8. mai (1972) et oppslag over fire spalter, med overskriften: "Gudmund Harlem nu sterkest i bildet som ny helsedirektør".⁴¹⁷ I underoverskriften het det: "Økende tvil i ledende kretser om statssekretær Torbjørn Mork som Evangs efterfølger." I den ikke helt nøytrale artikkelen heter det ellers at det er "økende tvil blant ledende folk innen helse- og sosialvesenet og blant ledende Arbeiderparti-politikere om Mork vil være rette mann på en så utsatt plass." Avisen fortsetter: "Det beror først og fremst på at Mork lett kan virke provoserende og stridbar". Harlem blir "stadig oftere bragt på bane som ny helsedirektør". Avisen fortsetter: "Harlem er kjent som en smidig og dyktig administrator, med utpreget samarbeidsevne og med bred erfaring fra politisk arbeide". For Aftenposten står det derfor klart: "Hvis Regjeringen vil legge avgjørende vekt på slike egenskaper og velge Harlem, vil det utvilsomt bli hilst med tilfredshet i vide

414) Gro Harlem Brundtland, *op. cit.*, s. 114-115.

415) Personen var Harlems svigersønn, Arne Olav Brundtland (f. 1936).

416) Statsrådssak nr. 103/30b 1972, s. 3. En kopi finnes i arkivboks (Helsedirektoratet/Helsetilsynet/ Riksarkivet) merket "Ansettelse 1972".

417) Aftenposten, morgenummeret, 8.5.1972, s. 3.

kretser”. Det er ikke gitt at Aftenposten, den gang en tydelig høyreavis, med sitt ”partiske” oppslag gavnet Harlem.

Verdens Gang omtaler den forestående utnevnelsen 20. mai, med overskriften: ”Ny helsedirektør – skal han sitte TIL ÅR 2000?”, men er ellers mer nøytralt rapporterende enn Aftenposten. Avisen nevner at Harlem ”særlig i yngre kretser i partiet (blir) sett på med større tvil – han er ikke ”progressiv” nok i sitt syn på sosial”. ”Til gjengjeld”, fortsetter avisen, har han ord på seg for å være en ganske anderledes glatt og smidig politiker enn den stridbare Mork..⁴¹⁸

I morgenummeret 27. juni, tre dager før avgjørelsen formelt skal falle, skriver Aftenposten at situasjonen er blitt mer klar: ”Regjeringen delt på midten i synet på ny helsedirektør” heter det, ganske riktig, i overskriften.⁴¹⁹ Det er grunn til å tro at den dermed henviser til den, i virkeligheten, avgjørende avstemning i Regjeringen. Men ennå gjenstod den formelle beslutningen. Aftenpostens oppslag kan derfor også være uttrykk for et påvirkningsforsøk, i avisens egen regi eller (også) i regi av noen i regjeringspartiet. Aftenpostens tidligere ”favoritt” Harlem, fremstår nå som mindre sannsynlig. En utnevnelse av Harlem vil, mener Aftenposten nå, kunne fremstå som vanskelig siden en slik vil innebære at Mork, som statssekretær, vil bli Harlems overordnede. Avisen legger til at Mork, som en ”hard politiker”, allerede ”har blandet seg inn i arbeidet i direktoratet på en slik måte at det har skapt irritasjon”. Aftenposten, eller noen Aftenposten har snakket med, synes det da, ”for å unngå strid i Regjeringen” må være naturlig å velge fagmannen Jon Bjørnsson, Evangs kandidat.

Morgenbladets C. C. (redaktør Christian Christensen) advarte eksplisitt mot å velge Mork: ”Blir resultatet av overlegningene i regjeringskollegiet at Harlem, Hjort eller Bjørnsson blir foretrukket, vil vi beholde troen på at faglige kriterier – i hovedsak – har vært utslagsgivende”. Velges Mork er det åpenbart at partiboken er det viktigste grunnlag for utnevnelsen.⁴²⁰ Heller ikke CC hjalp nok Harlem, spesielt ikke overfor de yngre og mer radikale medlemmene av Regjeringen.

Det lojale regjeringsorganet Arbeiderbladet unnlot å delta i spekulasjonene om hvem som ville få stillingen. Avisen ventet til utnevnelsen var offisiell og hadde da, det vil si dagen etter (lørdag), et høflig, men ikke særlig engasjerende, tiltredelsesintervju med Mork.⁴²¹ Avisen hadde ingen egne kommentarer. Også Aftenposten hadde ved utnevnelsen, men først mandag den 3. juli, en mer nøytral presentasjon. Avisen slo opp utnevnelsen på første side, under titelen ”Mork ble ny helsedirektør”, og nevner at det hadde vært strid om utnevnelsen. Overfor avisen er han ikke umiddelbart ”innstilt på å formulere noen programerklæring”.⁴²² Dagbladet hadde på s. 2 en signert og

418) Verdens Gang 20.5.1972, s. 6.

419) Aftenposten, morgenummeret 17.6.1972, s. 3.

420) Morgenbladet, 30.6.1972, s. 2 (”Helsedirektøren”).

421) Arbeiderbladet 1.7.1972, s. 12.

422) Aftenposten, morgenummeret 3.7.1972, s. 1 og siste side.

underfundig poengtert kommentar. Kommentatoren, A. F. (Arne Finborud), nevnte blant annet at ”Når Mork ble utnevnt, vil enkelte hevde det skyldes at han er uhyre sensitiv for fortolkninger av hva overordnede personer vil. Men det er ingen ting å utsette på hans faglige kvalifikasjoner... Han er kjent for sin lynende intelligens, og det påstås at han har klisterhjerne”.⁴²³

Der var altså syv som anmeldte sin interesse for embedet. I spekulasjonene og diskusjonene omkring embedet var der en interessant åttende person. Denne personen hadde ikke søkt stillingen. Personen var Fredrik Mellbye. Han var den yngste, og nå desidert mest dynamiske, av medlemmene av Evangs gamle ledergruppe. I helseforvaltningen, og antagelig også i den offentlige legeetat forøvrig, var han for de fleste favoritten. Ja, han var det også blant mange arbeiderpartifolk som hadde truffet ham, blant annet Højdahls personlige sekretær fra januar 1972, statsministerdatter Tone Bratteli Jamholt. Hvorfor søkte han da ikke? Han skriver intet om det i sine erindringer og har heller ikke offentlig uttalt seg om spørsmålet, etter det vi kan se. Til en kollega uttalte han imidlertid, antagelig våren 1972: ”Jeg ble bedt om å søke helsedirektørstillingen etter Evang og hadde jeg gjort det, ville jeg fått den. Det vet jeg. Men jeg ville ikke.”⁴²⁴ Han sa ikke hvem som hadde bedt ham søke og heller ikke hvorfor han mente han ville fått stillingen. Eldrid Nordbø, som hadde vært sosialminister Højdahls personlige sekretær høsten 1971, og nå var kommunalråd i Oslo, vet ikke hvem som kan ha henvendt seg til Mellbye, men hun er sikker på at Mellbye ville stått meget sterkt hvis han hadde søkt.⁴²⁵ Man kan spørre seg om Mellbye som ansøker kunne gjort det mulig for Regjeringen å unngå det ubehagelige valget mellom Mork og Harlem.

Men ikke bare unnlot Mellbye å søke helsedirektørembedet, han forlot våren 1972 Direktoratet, altså før Evang var gått av. Han søkte emebedet som stadsfysikus i Oslo og fikk det. Han var i grunnen ferdig i Direktoratet. Han kunne ha fortsatt som overlege, som han hadde vært i 22 år, og antagelig rykket opp i Bjørnssons stilling fem år senere, men det ville i hovedsak blitt mer av det samme, dog under en ny mann. Det kunne da fremstå som mer attraktivt selv å bli en slags nummer én, om enn i byen og ikke i landet. Ja, byen kunne endog fremstå som mer attraktiv: Her kunne han raskere se praktiske resultater av sin innsats. I pressen ble det imidlertid antydnet at Mellbytes overgang var en del av det ”spill” som foregikk omkring helsedirektørembedet. Aftenposten skrev, fire dager før utnevnelsen av Mork:

Da det skulle ansettes ny stadsfysikus i Oslo, var det innenfor etaten regnet med at den assisterende stadsfysikus skulle rykke opp. I stedet foretok – etter at innstilling forelå – den politiske ledelse i Sosialdepartementet en henvendelse til kommunalråd Eldrid Nordbø i Oslo kommune om at overlege Fredrik Mellbye burde utnevnes i denne

423) Dagbladet, 1.7.1972, s. 2.

424) Uttalelsen ble gitt til Kjell Bjartveit. Opplysningen er gitt oss av Bjartveit i samtale 10.7.2008.

425) Opplyst i samtale 10.11.2008.

*stilling. På politisk hold ble dette oppfattet slik at man ville rydde veien for Mork i helsedirektør-stillingen.*⁴²⁶

Det kan nok være at Aftenpostens journalist her vil gjøre konkurransen om helsedirektørembedet mer pikant enn den var.⁴²⁷ Kommunalråd for helse- og sosialsaker, Eldrid Nordbø (f. 1942) sier at det ikke kom noen henvendelse til henne fra ledelsen i Sosialdepartementet. Hun var imidlertid blitt kjent med Mellbye da hun var personlig sekretær for Statsråden og var blitt begeistret for ham, hun også. Mellbye hadde dessuten antydnet for henne at stadsfysikusembedet var noe som kunne interessere ham. Hun hadde derfor ikke vanskelig for å oppmuntre ham til å melde seg da embedet ble lyst ut. Noe annet var at det skulle vise seg å bli vanskelig nok å få de politiske myndigheter i hovedstaden med på å innstille Mellbye.⁴²⁸ Han var ikke kjent blant Oslos ledende politikere og mange, i Helserrådet et flertall, gikk derfor inn for å innstille den sittende assisterende stadsfysikus, Aage Haagenrud (1906-1966).⁴²⁹ I Formannskapet argumenterte Nordbø energisk for Mellbye og ved hjelp av ordfører Brynjulf Bull (1906-1993) vant hun frem. Høyre gikk imot Mellbye.⁴³⁰ Det var altså ikke statsråd Højdahl som hadde dyttet Mellbye på Oslo kommune, og Mellbyes overgang til Oslo hadde åpenbart intet med helsedirektørskiftet å gjøre.

Mellbye hadde nok forøvrig selv Harlem som favoritt til helsedirektørembedet. De var venner fra studietiden av og møttes stadig i en doktorklubb.⁴³¹ Det skulle forøvrig også vise seg at Mellbye, som han hadde ventet, kom til å trives usedvanlig godt som stadsfysikus: "Da jeg gikk av i slutten av 1985, hadde jeg hatt mitt livs morsomste og mest givende år".⁴³²

*

Pedro (Salo Grenning (1918-1986)), Verdens Gangs uforlignelige tegner gjennom flere tiår, presenterte den nye helsedirektøren, med sin evangske "piggsveis", som en "kopi" av den gamle; kfr. tegningen. Han var ikke den eneste som gjorde det. Til å begynne med kunne nok Mork virke både usikker og litt preget av Evang-komplekser. Men begge deler skulle snart forta seg. Han ble mer og mer seg selv, også hva sveis, påkledding og væremåte angikk. Det siste skjedde i løpet av 1975, og skyldes ikke minst kvinnelig påvirkning. På den annen side stod han nok, eller kom han mer og mer til å stå, Evang nær hva angikk styringsspørsmålene, til dels også en del helsepolitiske spørsmål. Hva de første angikk hadde han ikke, som Evang, skrevet om medisinalforvaltning før han søkte direktørembedet. Han hadde

426) Aftenpostens morgenummer 27.6.2008, s. 3.

427) VG hadde gjort det samme den 20.2005 (s. 6): Mellbyes "utnevning ble av mange oppfattet som et forsøk på å få ham "plassert" for helsedirektørstillingen ble ledig, for ikke å ha en konkurrent til Højdahls og Evangs trumfkort Torbjørn Mork".

428) De kommunale organer er innstillende instanser. Utnevningen av stadsfysikus skjer i Statsråd.

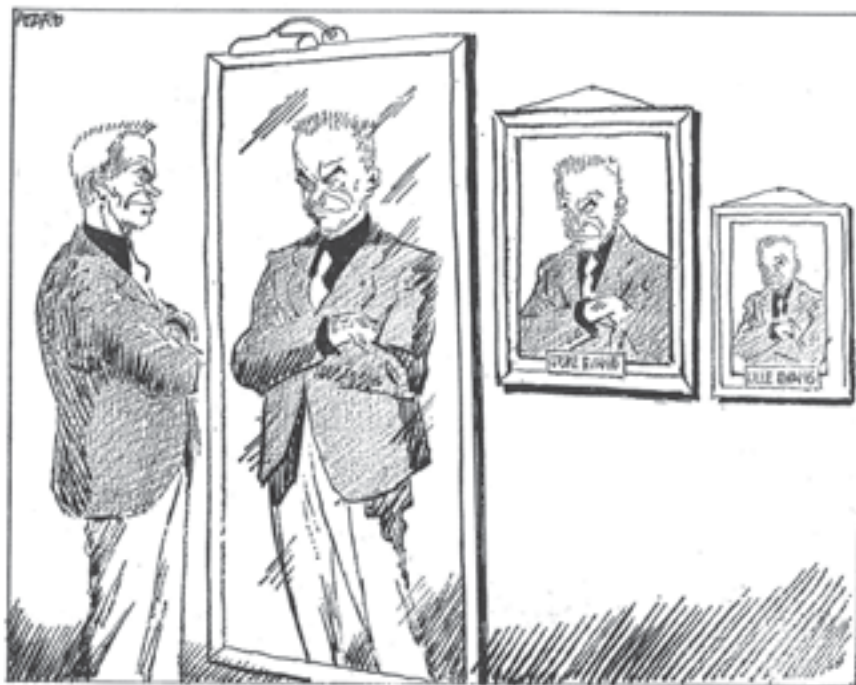
429) Helsedirektør Evang innstilte Mellbye først og Haagenrud på annen plass. Kfr. SF 4c., *Ot.meld.* nr. 1, 1972-73. Mellbye ble utnevnt den 4.2.1972.

430) Opplysningene er gitt av Eldrid Nordbø i samtale 10.11.2008. Det bør for øvrig legges til at Høyres Albert Nordengen siden overfor Eldrid Nordbø beklaget at han hadde stemt imot Mellbye. Mellbye fremstod som partipolitisk nøytral, men det ble antatt at han stod Høyre nærmest.

431) Kfr. Gro Harlem Brundtland, *op. cit.*, s. 114 og 149.

432) Fredrik Mellbye, *op. cit.*, s. 243.

imidlertid eksponert holdninger som pekte i medikratisk retning. Helsepolitisk hadde han i stor grad allerede eksponert seg, skjønt mer på politiske enn på faglige premisser, men også slik skulle han etter hvert nærme seg Evang. For å foregripe begivenhetene kan vi altså si at han personlighetsmessig var nokså forskjellig fra Evang og slapp denne forskjelligheten mer og mer til, mens han nærmet seg Evang hva angikk styring og helsepolitisk planlegging. Vi skal si mer om dette senere.



Ny helsedirektør. —Et lite stenk av grått ved tinnringene nå, så kan ingen se forskjell...

Pedros kommentar til utnevnelsen av Torbjørn Mork til Karl Evangs etterfølger. VG, 1.7. 1972. Gjengitt med tillatelse fra VG.

Gudmund Harlem hadde ikke, så langt vi vet, eksponert noe bestemt syn på hvordan medisinalforvaltningen burde organiseres og ledes i forbindelse med prosessen i 1972. Som vi har sett, gav han imidlertid noen signaler da han var sosialminister i siste halvdel av femtiårene: Ved både å dytte på Evang en ekspedisjonssjef og å antyde at Direktoratet kanskje burde deles, viste han at han, iallfall den gang, tenkte mer "politokratisk", og for så vidt også juridisk, enn medikratisk. Da Harlem i 1980 ble administrerende direktør ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Forskningsråd erstattet han den legendariske tidligere direktør, Robert Majors (1914-2005),⁴³³ utpregede fagstyre, med et mer alminneliggjort "byråkratisk" styre.

433) Robert Major, var administrerende direktør i Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Forskningsråd (NTNF) 1946-1980. Han var brorsønns sønnesønn av Herman Major, psykiatripioneren; kfr ovenfor.

Omtalen i avisene tyder ikke på at kandidatenes syn på styring og organisering spilte noen rolle i forbindelse med vurderingen av kandidatene, enda Arbeiderpartiets sosialministre, og flere til i partiet, etter hvert kom til å ergre seg over Evangs medikratiske egenrådighet. Harlem, som var den første statsråd som tok igjen overfor Evang, kunne ha bragt spørsmålet på bane, men gjorde det åpenbart ikke. At bare Mork og Harlem var aktuelle for Regjeringen viser at den tenkte politisk: der måtte komme en fagmann i embedet, men han måtte også være arbeiderpartimann. Kanskje spilte også, som Aftenposten antyder, politisk-ideologisk profil en viss rolle for en del av statsrådene da de måtte velge mellom Mork og Harlem. Mork ble gjerne sett på som mer sosialradikal enn Harlem. Men også personlighetsspørsmål kan han spilt en rolle: Mork fremstod som skarp i kanten, ja, nesten som kantete, mens Harlem ble omtalt som pragmatisk og samarbeidsorientert. Det siste var neppe helt riktig. Også Harlem kunne fremstå med skarpe kanter, som en del av dem som hadde samarbeidet med ham i Regjeringen under Gerhardsen, hadde erfart. Som lege opplevde noen ham som litt ”røff”. Også privat viste hans temperament seg, blant annet da datteren meddelte ham at hun skulle gifte seg med høyremannen Arne Olav Brundtland.⁴³⁴ Men utad fremstod allikevel den unge som skarp og kantete, den eldre som rund og diplomatisk. De to aspektene ved dem, det politiske og det psykologiske, ble gjerne også sett på som to sider av samme sak. Et tredje aspekt, alder, fikk den samme rolle: Mork var ung, direkte og radikal, Harlem eldre, hensynsfull og moderat. Den stemmegivning vi kjenner, gir støtte til en slik fortolkning.



Den nye Helsedirektøren er klar til å ta fatt. Torbjørn Mork slik Dagbladets legendariske tegner Gøsta Hammarlund (1903-1987) så ham noen dager før han tiltrådte. Av en eller annen grunn har han utstyrt Mork med oppvaskbørste. Tegningen ledsager Anne Lise Refsums tiltredelsesintervju med Mork 28.10. 1972. Det begynte slik: ”– Den Gud gir gråsprenget crewcut, skarpt, mørkt blick og bestemt underleppe, den gjør han til helsedirektør”. Gjengitt med tillatelse fra familien.

434) Både Gro Harlem Brundtland og Arne Olav Brundtland skriver om dette i sine erindringer. Kfr. GHB, *Mitt liv 1939-1986*, op. cit., s. 78-80 og Arne Olav Brundtland, *Gift med Gro*, Oslo: Schibsted, 1996, s. 92.

Hvorom alt er, det valg Regjeringen foretok, foretok den knapt med utgangspunkt i de kanskje viktigste spørsmål i forbindelse med utnevnelsen, styringsspørsmålene. Forsåvidt som disse spørsmål også hadde mange implikasjoner for helsepolitikken som sådan, er det ekstra interessant. Den mann Regjeringen valgte skulle da etter hvert i mange henseender også komme til å bli en sterk og markant forsvarer av "status quo". Han ble en forsvarer av viktige sider ved den evangske orden og skulle få et stadig mer anstrengt forhold til sitt eget parti, et parti som fra vinteren 1981 skulle bli ledet av hans konkurrents datter. Mork forble nok sosialradikal, eller kanskje vi skulle si svært opptatt av "de svake", eller mer alment, av rettferdighet, men ellers forble han nokså tro mot den evangske orden. Satt på spissen: Det var i viktige henseender den konservative, ikke den radikale, kandidat, Regjeringens flertall gikk inn for fredag den 30. juni 1972. Vi bør dog legge til at det knapt var mulig å se det da utnevnelsen fant sted. Mork fremstod som politiker, og som medlem av partiets egen sosialreformkomité, som alt annet enn medikrat. Han *var* ikke medikrat, han *ble* det. Vi skal komme tilbake til det.

Før vi går videre bør vi kanskje modifisere det forrige avsnitts poeng litt. Utnevnelsen skjedde i 1970-årene, de ideologisk mest radikale i etterkrigstiden: "Alt" skulle nå politiseres. Politikerstyret skulle revitaliseres. Mork kunne for så vidt fremstå som en mann som kunne politisere, og åpenbart gjøre det på mer partitro premisser enn det Evang hadde gjort. Men har Regjeringen tenkt slik, tok den feil, som det etter hvert skulle vise seg.

*

Det er interessant å konstatere at Regjeringen i 1972 som i 1938 foretok et skjellsettende valg. I 1938 stod det mellom en som ville fortsette med den eksisterende ordning med en tydelig vertikal arbeidsdeling, og dermed med et adskilt og "avpolitisert" direktorat, Bjelke, og en som ville ha fagligheten helt inn i politikken, Evang. Selv om det ikke var like synlig i 1972, stod Regjeringen antagelig overfor det samme valg da: Harlem kunne tenkes å ville gå tilbake til den førevangske orden, mens Mork snart skulle vise seg å ville føre videre Evangs "politiserte" direktorat. Den restaurering av ordningen fra før 1940 som skulle bli gjennomført av regjeringen Willoch i 1983, skulle Arbeiderpartiet, i maktposisjon aldri forsøke å reversere. Partiet skulle, under Harlems datters annen regjering, endog forsøke å stykke det fristilte Direktoratet ytterligere opp.

*

Utnevnelsen av Mork fikk et etterspill. I Helsedirektoratet reagerte en del av lederne, og noen til, nokså negativt på utnevnelsen. De følte at utnevnelsen var saklig gal, og spesielt at den representerte en forbigåelse av Jon Bjørnsson. Men de bekymret seg også for den nye direktørens stil. Som statssekretær hadde han grepet inn i Direktoratets arbeid på måter fagfolkene, også de mer

radikale, reagerte på. Han hadde dessuten, skriver Aftenposten, opptrådt slik overfor ledere i Direktoratet at de hadde reagert.⁴³⁵

Etter Evangs innstilling skal Bjørnsson ha vært nokså sikker på at han ville bli utnevnt. Han hadde således invitert en del venner til en sammenkomst for å markere den forestående utnevning.⁴³⁶ Utnevelsen av Mork må derfor ha kommet som et sjokk på ham. Han har nok også følt vrakingen av seg som ydmykende. Det er mot denne bakgrunn vi må forstå det som nå skjedde. Bjørnsson sendte straks over helgen sin avskjedsansøking. Verdens Gang slår den 6.7., øverst på side én, saken opp med store overskrifter: ”Storm mot Mork”. I ingressen heter det at ”Det ventes at flere av toppene i direktoratet følger Bjørnssons eksempel. Det betyr i så fall at Helsedirektoratet kan lammes”. Bjørnsson ble oppringt av avisen, men ville ikke uttale seg om saken, utover å bekrefte sin oppsigelse. Mork uttalte at han oppfattet det som et tap for Direktoratet hvis Bjørnsson skulle slutte. Men da avisen spurte: ”Håper De medisinalråden vil trekke sin oppsigelse tilbake?”, svarte han: ”-Ingen kommentarer.”⁴³⁷

Den nye helsedirektør lot seg ikke vippe av pinnen, men bekreftet samtidig at han var nettopp så spiss som han ble beskyldt for å (kunne) være.

Men allerede dagen etter kunne Arbeiderbladet, kanskje litt triumferende, meddele at striden i Helsedirektoratet var bilagt. I en felles redegjørelse fra Mork og Bjørnsson heter det at Bjørnsson, i samråd med statssekretæren, har trukket sin avskjedsansøking tilbake, og at ytterligere kommentarer ikke ville bli gitt. Avisen henviser også til en kommentar fra Arbeidernes Pressekontor der det heter at ”den antydning til protest en har hatt denne gang ikke er noen ting mot den kritikk som kom fra borgerlig hold da Evang ble utnevnt i 1938. Likevel gikk det bra med Evang og ingen våger vel å påstå at vi i disse år ikke har hatt en fremragende fagmann på riktig plass som sjef for Helsedirektoratet”. Pressekontoret legger til at ”embetsmenn som protesterer mot utnevelsen ved å søke avskjed, handler en smule overilt”.⁴³⁸

Selv om det var en del i Direktoratet som reagerte negativt på utnevelsen var det neppe mange som alvorlig tenkte på å følge Bjørnsson, og slik bidra til å ”lamme” Direktoratet. Før Bjørnsson og Mork møttes, oppfordret staben i Direktoratet innstendig Bjørnsson om å bli, også av hensyn til dem og Direktoratet.⁴³⁹ Det hører med til bildet at Bjørnsson skulle bli like lojal overfor Mork som han hadde vært overfor Evang. Embedsmannsrollen var gått ham i blodet.

435) Aftenposten 6.7.1972, s. 1 og 12 (”Går i protest”, var førstesidetitelen, over to spalter).

436) Opplyst av daværende ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet, Jan Madsen, i samtale 20.11.2008. Madsen var ikke selv invitert til sammenkomsten, men hørte om den fra andre.

437) Verdens Gang, 6.7.1972, s. 1 og s. 9.

438) Arbeiderbladet, 7.7.1972, s. 1 og siste side.

439) Opplysning gitt av Kjell Bjartveit 7.11.2008. Bjartveit som tidligere hadde arbeidet i Helsedirektoratet i flere år og på det aktuelle tidspunkt var administrerende overlege ved Statens skjermbildefotografering, kjente Bjørnsson og de andre lederne i Direktoratet godt og ble fortalt om henvendelsene til Bjørnsson.

Men ennå noen måneder satt den gamle helsedirektør, og da Mork i oktober tiltrådte, var den regjering som hadde utnevnt ham, gått av. Regjeringen Bratteli I demisjonerte den 18. oktober 1972, etter å ha stilt ”kabinettspørsmål” mot folket på EF-saken, og tapte (25. september). I det samme statsråd ble den nye regjeringen, mindretallsregjeringen Korvald, utnevnt. Denne dagen ble også Evangs siste dag i Helsedirektoratet. Dagen etter, den 19. oktober fylte han 70 år. Ny sosialminister, og altså Morks første politiske sjef, ble en prestefru fra Fana, Bergfrid Fjose (1915-2004) fra Kristelig Folkeparti. Den nye statsråd og den gamle helsedirektør rakk så vidt å hilse på hverandre. Den hilsenen var imidlertid hjertelig. Statsråd Fjose var tilstede under avskjedstilstelningen for Evang i den lille kantinen i regjeringsbygget. Evang begynte sin inspirerte avskjedstale på denne måten: ”Statsråd! Ja, jeg hadde nær sagt ”Kjære statsråd” – etter den enestående seier som vi nå har vunnet!” Han tenkte på EF-avstemningen. Hun svarte, like hjertelig: ”Eg har hatt stor vørndnad for deg sidan eg – under pulten på gymnaset – las det du skreiv på den tida!” (i tredveårene).⁴⁴⁰



Karl Evang ønsker sin etterfølger som helsedirektør, Torbjørn Mork, velkommen: -Her er nøklene. Evang smiler, men er neppe bare glad for at han må gi seg, etter nesten 34 år som norsk medisinalsjef. Han hadde fylt 70 den 19. oktober. Foto: Vidar Knai/NTB/Scanpix.

Den gamle statssekretær, Torbjørn Mork, og den nye, Kjell Bjartveit (f. 1927) trengte knapt å hilse på hverandre. Som fagkolleger kjente de hverandre godt. De hadde samarbeidet om tobakks spørsmål, blant annet i et utvalg

440) Etter tilstelningen fortalte Bjartveit Statsråden at alle som hadde vært tilstede nå trodde det var *Tidsskrift for seksuell opplysning* hun hadde sittet og smuglest. ”Å, trur dei det?” svarte Fjose, litt forfjamset. ”Nei, det var noko Evang skreiv om Mot Dag, som eg satt og las!” Opplysningene er gitt av Kjell Bjartveit i e-brev 18.8.2009.

Bjartveit ledet i slutten av 1960-årene. Nå skulle de fortsette å arbeide sammen, Bjartveit som statssekretær og Mork som helsedirektør, men noe utpreget *samarbeid* skulle det ikke bli.

Utnevnelsen av Mork fikk intet etterspill på Stortinget. Sosialkomiteen, som nå gikk igjennom Sosialdepartementets embedsutnevnelser, hadde intet å utsette på utnevnelsen.⁴⁴¹

Den vertikale dimensjon

Torbjørn Mork fremstod da han tiltrådte som helsedirektør som en tydelig sosialist, slik sosialisme i 1960- og første del av 1970-årene ble forstått. Helsepolitisk var han derfor opptatt av utjevning i helsetilstand og leveutsikter. Han talte således ofte både omsorgsfullt om, og aktivistisk på vegne av, ”svake grupper”. Utjevningen ville han oppnå gjennom en eller annen form for offentlig planstyre. Han ville blant annet at alle ”helsearbeidere”, han brukte ofte det uttrykket, skulle være offentlig ansatt. I viktige henseender var han slik på linje med sin forgjenger, en person han åpenbart så opp til, uten at han noen gang egentlig presenterte seg som elev eller disippel. Han hadde imidlertid ikke i samme grad som Evang en helsepolitisk ”plan” da han tiltrådte. Han skulle heller ikke komme til å utarbeide noen slik, selv om han gjennom Direktoratet ble endel av den helsepolitiske planutviklingen.

Hva styring og ledelse angikk hadde han, etter det vi kan se, ikke gjort seg opp spesielle meninger. Han var lege, og hadde ikke så lite av legens selvbevissthet i seg. Som medisin hadde vært noe spesielt for Evang ble, og forble, den noe spesielt for Mork. Da to av hans barn viste både evner og interesser for medisin la han ikke skjul på at han likte det; ja, var stolt av det, som Evang hadde vært, da to av hans barn valgte medisin. Det gikk fort ”rundt” for ham, og han ble derfor ”naturlig” en meritokrat, som Evang hadde vært det; også på vegne av egne barn. Veien fra meritokrat til medikrat er ikke så lang for en lege. Den ble antagelig gjort enda kortere av at han jo gikk inn i en orden som var medikratiske.

Der er imidlertid spenninger mellom den helsepolitiske og mer almene sosialisme han bekjente seg til, og som jo også var det egentlige grunnlag for hans utnevnelse, og et medikratiske syn på styring og ledelse. Evang klarte, iallfall på et vis, å forene helsepolitisk sosialisme med medikratiske ideologi, kanskje særlig fordi tiden ennå var så preget av hierarkisk kultur at den tillot det. Som vi har sett var Evangs planmedikratiske utpreget paternalistisk. Men etter de ødeleggende angrep på øvrighets- og avstandskulturen som ungdomsopprøret i slutten av 1960- og begynnelsen av 1970-årene hadde betydd, var den evangske syntese av sosialisme og medikratiske blitt umulig.

441) Inntil 1972 var det Protokollkomiteen som gjennomgikk embedsutnevnelser og kom med instilling overfor Odelstinget, det organ som evt. skulle vedta å reise riksrettstiltale mot for eksempel en statsråd. Da Protokollkomiteen ble opphevet ble sakene fordelt på fagkomiteene. I 1981 kom komiteen i noen henseender tilbake som Kontrollkomiteen.

Statssekretær Mork: "Lefling" med radikalismen

Til å begynne med, det vil si som statssekretær, og som fersk helsedirektør, gav Mork inntrykk av å være mer sosialist enn medikrat. Før han ble statssekretær kom han, som vi har sett, med i Arbeiderpartiets sosialreformkomite. I denne komiteen ble det arbeidet med planer for å samordne det lokale helse- og sosialarbeidet. De samme planer stod sentralt i det offentlige utvalg som snart ble utnevnt. Tankene var tidstypiske: Blant radikale leger, som det forøvrig nå ble synlig flere av, radikale helse- og sosialpolitikere og radikale sosialarbeidere, ble uheldig i tiltagende grad sett på som sosialt betinget, altså som uttrykk for videre sosiale problemer. Den praktiske implikasjon av dette syn var at der krevdes flerfaglig medvirkning både på den diagnostiske og terapeutiske side. Det kunne bare skje, mente sosialradikalerne, gjennom opprettelse av integrerte helse- og sosialsentra og gjennom sosio-klinisk lagarbeid.

Ironisk nok lå slike tanker i kim i det utvidede helsebegrep Evang var med på å utarbeide ved etableringen av Verdens helseorganisasjon (WHO). Men Evangs medisinske paternalisme gjorde at han kunne se på det "team-work" han, naturlig nok, gikk inn for, som et lagarbeid som skulle skje gjennom legelig ledelse. Nå var en slik løsning blitt umulig. Som ung, radikal politiker ble Mork revet med av den nye tidsånd.

Han var som statssekretær med på å legge siste hånd på St. meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Den kom i juni (1971), vel to måneder etter at Regjeringen var tiltrådt. Hovedparten av arbeidet med den var imidlertid gjort under Borten-regjeringen, om enn under overoppsyn av Evang. Meldingen var båret oppe av ideen om lagarbeid, eller "team-work", som Evang sa. Lagarbeidet skulle skje innen rammen av et større helsesenter, og omfatte alle i så vel klinikken som preklinikken, men tillike sosialtjenesten. Som Helsedirektøren i en kommentar til meldingen bemerket, ville det være

hensiktsmessig å få samlet flest mulig av de aktuelle samfunns- medisinske funksjoner på ett og samme sted, slik at ikke bare pasienter i vanlig forstand, men også klienter med sosiale problemer på ett og samme sted kan finne alle serviceorganer de i første omgang kan tenkes å ha nytte av.⁴⁴²

Evang trodde nok at han nå fikk gå videre med sin idé om "team-work", basert på det utvidede helsebegrep. I virkeligheten hadde han plassert seg på en sklie, for parallelt med Direktoratet hadde både Arbeiderpartiets og Borten-regjeringens sosialreformkomite (1969) arbeidet med enda mer radikale lagarbeidsmodeller. Evangs helsesenter kunne fort bli et samlet sosial- og helsesenter, og slik true legenes prekliniske og kliniske supremati på lokalt plan. Det var jo nesten som om han antydte det selv. Han hadde imidlertid et svar på utfordringen: Lagarbeidet måtte, som før, være *ledet*. Bare legen kunne lede lagarbeidet, og for å sikre legens selvstyre måtte han

442) St. meld. nr. 85, op. cit., s. 35.

stadig være statsansatt. Han måtte ha en beskyttende distanse til det nære legmannsstyre. Dette fikk Evang politikerne med på. Men legenes beskyttelse ble skjør, for meldingen tok til orde for en større grad av lokal, folkevalgt kontroll over Helsesrådet.

Som statssekretær reiste Mork rundt og holdt mange foredrag om meldingen og om det nye lagarbeidet. Han gikk i disse foredrag etter hvert lenger enn meldingen og lekte med tanker som gikk utover det legelige fagstyre. Han talte nesten, eller stadig mer, på vegne av de to sosialreformkomiteene enn på vegne av meldingen. I det første foredraget han holdt talte han, som meldingen, formelt om helsesentra, men reelt om helse- og sosialsentra. Han holdt dette foredraget i rådsmøtet for funksjonshemmede 11. juni (1971). I sitt neste foredrag, holdt på et diakonledermøte 6. september, understreker han igjen ideen om lagarbeid og om ”samordning og funksjonell integrering av den tradisjonelle helsetjeneste og den tradisjonelle sosialtjeneste”.⁴⁴³ I et tredje foredrag om integrasjonspolitikken, holdt for sykehussjefene 3. februar 1972, går han lenger. Han tar her til orde for at man må ”komme bort fra et oppsplittet etatsorientert serviceapparat” og henimot et ”integreert tilbud orientert om den enkelte pasient og klient”.⁴⁴⁴

Men – legger han til – det krever at yrkesgrupper som både gjennom ”utdannelse og tidligere praksis i stor grad er innstilt på one-man show”, må lære seg å samarbeide. Han fortsetter, og nå passerer han prinsipielle grenser: ”Det er kanskje ikke minst grunn til å frykte at legene kan ha vanskelig for å akseptere en mer avgrenset rolle på like fot med andre faglige medarbeidere innen et større team”.⁴⁴⁵ I tråd med dette ”fagnøytrale” standpunkt, sier han videre at han ”personlig ikke anser det selvsagt at ledelsen (av de integrerte sentrene) skal ligge hos en lege”. Han legger til, for så vidt i tråd med meldingen, at honoreringen av leger bør bli som for dem legen skal samarbeide likestilt med, altså gjennom gasjering, men han advarer mot å la denne ”detalj” ”bli et hovedpunkt”.⁴⁴⁶

Det er grunn til å legge til: Disse tankene om integrert omsorg peker mot en full integrasjon av legevesenet i den kommunale forvaltning. En slik integrasjon innebærer at legene mister sin halv-selvstendige og halv-medikratiske, status og blir vanlige, fastlønnede funksjonærer. Det betyr igjen at de først og fremst skal styres og ledes av kommunale politikere og forvaltere og ikke av den sentrale, kollegialt pregede, fagmyndighet, Helsedirektoratet. De slutter altså å være distriktsleger i tradisjonell forstand. En slik lokal fag-integrasjonspolitikk representerer derfor også et langt skritt i retning av å kastre Helsedirektoratet. Det mister sitt lokale, utøvende apparat.

Statssekretær Mork stod ikke frem som noen medikrat. Han stod endog stadig mindre frem som det. Vi kan ikke se at hans forgjenger ”arresterte”

443) ”Foredrag på diakonledermøtet”, 6. september 1971. Foredraget finnes i Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek. Her er det sitert fra s. 4.

444) Torbjørn Mork, ”Helsetjenesten utenfor sykehus”, foredrag ved sykehussjefmøtet i Trondheim 3. februar 1972, s. 16. Foredraget finnes i Mork-samlingen (4/72), Statens helsetilsyns bibliotek.

445) *Ibid.*

446) Mork 1972, *op. cit.*, s. 17.

ham for det. Evang skulle dog, nesten fire år etter at Mork hadde holdt sine mest radikale foredrag, gå voldsomt ut mot den avmedikratiserende integrasjonspolitikken. Vi har nevnt det før og skal komme tilbake til det igjen.

Dette morkske integrasjonsresonnementet var ikke relevant bare for den lokale klinikk og preklinikk. Det var også relevant for sentralforvaltningen. Samarbeidet ”der nede” måtte ha sin parallell i et samarbeid ”der oppe”. Resonnementet impliserte en hel integrasjon av Direktoratet i Departementet; ja, en omdannelse av Direktoratet til avdeling, kanskje endog en integrasjon av Helsedirektoratet og Departementets sosialavdeling. Denne avdelingen måtte bli underlagt Departementsråden, og Helsedirektøren måtte bli en langt mer ansiktsløs ekspedisjonssjef for helse- og sosialsaker enn det den gamle Helsedirektør hadde vært. Integrasjonsresonnementet hadde også implikasjoner for fylkeslegeembedet: Det måtte bli et regionalt helse- og sosialembede. Mork pekte aldri på disse implikasjonene av sine sosialradikale tanker om primæromsorgen, men de var der. Han kan også ha oppdaget dem etterhvert, uten at vi har funnet spor av det. Hvorom alt er, den politisk ambisiøse Torbjørn Mork fremstod ikke ved utnevnelsen som noen utpreget medikrat.

Helsedirektør Mork: Medikraten stiger frem

Evang hadde laget utredningen om medisinalforvaltningen før han tiltrådte. Han fortsatte å skrive om medisinalforvaltningen under krigen og nærmest gjennom hele sin tid som helsedirektør. Mork skrev om medisinalforvaltning først i 1978, og gjorde det da historisk. Han gjorde det i form av den Armauer Hansen-forelesningen han holdt i Bergen 13. oktober 1978. Han hadde kalt den ”Fra Collegium medicum til helsedirektorat”.⁴⁴⁷ Den var omfattende og grundig, men i stor grad bygget på utredninger skrevet av Evang. Mork skriver lite om tiden etter at han selv tiltrådte. Men som vi skal komme tilbake til, gir foredraget klart inntrykk av at Mork for lengst og for godt var blitt medikrat.

Et ”mellomspill”: Helsedirektøren får ny instruks

Vi har sett at Evang etter hvert tapte interessen for å gjøre noe med Helsedirektørens 1927-instruks. Det er påfallende at han klarte å unngå at hans overordnede dyttet på ham en ny. Litt påfallende er det også at Departementet ikke benyttet anledningen i forbindelse med direktørskiftet til å lage en ny instruks. Der var både tanker og ønsker i Departementet om å se på ikke bare instruksene, men også helseforvaltningens organisering mer alment. Dette arbeidet kunne ikke startes under Evang, og dermed ikke før den nye helsedirektør var trådt i funksjon. Sommeren og høsten 1972 tok imidlertid EF-avstemningen og dens ettervirkninger all oppmerksomhet. Den nye mindretallsregjeringen Korvald hadde ikke styrke til å ta opp saken, selv om altså statsråd Fjose i prinsippet mente noe burde skje med helseforvaltningen. Da Arbeiderpartiet igjen kom til makten kunne instruks-saken taes opp

447) ”Fra Collegium medicum til helsedirektorat – Trekk av den sentrale helseadministrasjons historie”, Armauer Hansen-forelesningen 13. oktober 1978. Forelesningen er ikke trykket, men finnes i Mork-samlingen i Statens helsetilsyn.

igjen, men nå av den nye Helsedirektøren. Nå var det ”trygt” å gjøre det. Arbeiderpartiet var, som vi har sett, ”dyttet” inn i rollen som forsvarer av den medikratiske helseforvaltning. Det var derfor ikke så vanskelig for Mork nå å få vedtatt en ny instruks for Helsedirektøren. Det skjedde under Tor Halvorsen. Den nye instruksen ble vedtatt 1. november 1975, av Sosialdepartementet, altså ikke av Regjeringen: Noe av embedets institusjonelt opphøyede rolle ble slik svekket.

Den nye instruksen ble nokså generell, men inneholdt noen ”moderniserende” innslag: Den la mer vekt på Helsedirektørens rolle som forvaltningsleder og personalleder. Det viktigste var allikevel at den stadfestet at Direktoratet fortsatt skulle være medikratiske organisert. Instruksen kom til å lyde slik:

Instruks for helsedirektøren

Fastsatt av Sosialdepartementet den 1. november 1975, gjeldende fra samme dag.

§ 1.

Helsedirektøren skal – på vegne av departementssjefen – være den øverste leder og koordinator av arbeidet i Helsedirektoratet som avdeling i departementet. Han skal ellers ta opp og løse de oppgaver som er pålagt ham som helsedirektør ved lov, forskrifter eller særskilt instruks, jfr. Instruks av 11. mars 1927 og 12. mars 1948.

Han skal sørge for at departementssjefen holdes underrettet om arbeidet i direktoratet, og om saker av prinsipiell betydning og særlig viktighet. Han skal til enhver tid holde kontorene orientert om departementssjefens og sitt eget syn på forhold som er av betydning for arbeidet i kontorene.

§ 2.

Helsedirektøren skal sørge for at det til enhver tid foreligger en samlet plan for arbeidet i direktoratet. Han skal ha den overordnede ledelse av arbeidet med opplegg og gjennomføring av større arbeidsprogrammer. Han sørger for at arbeidsplaner og bemanning blir avveid i forhold til hverandre, slik at det er rimelig samsvar mellom oppgaver og bemanning.

§ 3.

Innenfor rammen av Reglement for departementenes organisasjon og saksbehandling kan helsedirektøren bestemme behandlingsmåten for den enkelte sak, og om det gjøres avvik fra vanlig behandlingsmåte.

§ 4.

Viktige saker skal legges frem for departementssjefen til avgjørelse, herunder saker som har en politisk side av betydning. Andre saker kan helsedirektøren avgjøre selv, for så vidt de ikke avgjøres av overlege, byråsjef eller saksbehandler i medhold av reglement for departementenes organisasjon og saksbehandling, og reglement for

økonomiforvaltningen i departementene. Treffer statsråden eller helsedirektøren en annen avgjørelse enn det vedkommende kontor har foreslått skal han så vidt mulig orientere vedkommende kontor før avgjørelsen blir meddelt utad.

§ 5.

Helsedirektøren skal påse at reglementene for organisasjon og saksbehandling, økonomiforvaltningen, personalforvaltningen og andre bestemmelser blir fulgt. Han skal sørge for at avgjørelsesmyndighet blir delegert så langt som forsvarlig, og at sakene ikke behandles gjennom flere ledd enn nødvendig.

Medikraten

Mork oppførte seg nok i praksis, sine radikale uttrykksmåter i helsepolitikken til tross, som iallfall en ”intern” medikrat fra første stund som helsedirektør. Det bekreftes av de av hans medarbeidere fra den første tiden som vi har samtalt med. Gitt hans radikalisme fra statssekretærtiden, kan man spørre hva som skjedde. Kanskje ble han mer fanget enn henført av det medikrati han møtte i Direktoratet? Kanskje var det hans meritokratiske holdninger som slo igjennom og bidro til å gjøre ham til en mer bevisst medikrat? Kanskje så han i første omgang heller ikke sammenhengen mellom de radikale standpunkter han inntok i helsepolitikken og dem han ble endel av som helsedirektør?

Hans start i Direktoratet ble vanskelig, i og med medisinalråd Bjørnssons dramatiske oppsigelse. Det hjalp at Bjørnsson ombestemte seg, etter inn-trengende oppfordringer fra sine medarbeidere. Bjørnsson representerte imidlertid medikratiet. Det gjorde også de andre gamle overlegene, som dog var på vei ut nå, Christofer Lohne-Knudsen og Otto Galtung. Sverre Harvei var nok en forholdsvis fersk sykehusoverlege, men hadde ikke radikale tanker hva den indre styringsform angikk. Det hadde heller ikke de (snart) nye overlegene i sosialmedisin, ”sykehusvesen”, psykiatri og ”legevesen”, Tor Ødegaard (1972), Jo Asvall (1973), Otto Steinfeldt-Foss (1974), Øivin Aarflot (1974). Aud Blegen Svindland, som overtok som hygieneoverlege etter Mellbye i 1972, var, som Mork, politisk profilert (Arbeiderpartiets kvinnebevegelse) og radikal. Tannlegesjef Per Bærum og apoteksjef Bjørn Jøldal var også veteraner fra Evangs tid og også de regimeforsvarere. Juristsjefene Knut Munch-Søgaard og Reidar Bang var blitt endel av den evangiske orden og hadde knapt noen tanker om å utfordre den; skjønt de var også, som vi skal se, jusbevisste og kunne ergre seg over ”legearrogansen”. Også byråsjefene, mange av dem svært erfarne, hadde vendt seg til det medikratiske regime, selv om de ofte, ja, stadig oftere, kunne irritere seg over legenes privilegier. Mork fant seg altså omgitt av en tung, medikratiske sosiologi. Fortiden kastet skygger han snart ble fanget av.



Overapoteker Bjørn Jøldal, Helse-
direktoratets overapoteker fra 1965 til
1991. Her fotografert 20. juli 1972, noen
måneder før hans nye sjef skulle tiltre.
Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og
bibliotek.

Det var på denne måten ingen god ”grunn” for Mork til å utfordre den evangiske orden. Når alt kom til alt passet den nok meritokraten Torbjørn Mork ganske godt også. Han ville gjerne synes. Han ville gjerne bli en riks-overlege, som forgjengeren. Han ville gjerne ha lagarbeid i Direktoratet, men det skulle være et tydelig ledet lagarbeid. Han fikk heller, etterhånden, justere sine helsepolitiske oppfatninger. Det skulle han også gjøre, kanskje endog tilskyndet av forgjengeren.

Forholdsvis tidlig skulle han også utfordres til å tone flagg hva intern styring og ledelse angikk. Foranledningen var et fylkeslegemøte som tidlig på vinteren 1973, altså noen måneder etter at Mork hadde tiltrådt som helse-direktør, skulle arrangeres på Røros. Til møtet var invitert fylkeslegene, de assisterende fylkesleger, fylkeshelsesøstrene og en tyvetalls medarbeidere fra Helsedirektoratet. Den politiske ledelse ble ikke invitert, men fikk høre om møtet og fant programmet så interessant at den bad om å bli invitert. Flere foredrag hadde relevans for den sensitive almenhelsepolitikken. Den nye statsråden hadde bebudet en tilleggsmelding til arbeiderpartiregjeringens St.meld. nr. 85 (1970-71) og arbeidet nå med denne (”nr. 43”). Foranledningen var Kristelig Folkepartis, men særlig Statsrådets, skepsis til den sentralisering den forrige regjeringens melding kunne innebære. Opprettelsen av fler-faglige sentra pekte mot større lokale enheter. Mork var lite innstilt på å modifisere den melding han i virkeligheten selv hadde stått bak, som statssekretær. Møtet fant derfor sted mot en litt ”pikant” bakgrunn. Helse-direktøren svarte Statsråden at hun selvsagt var hjertelig velkommen til å delta på møtet, men føyet til at hvis også Statssekretæren skulle delta ville møtet endre karakter. Han bad derfor å få vite hvilke saker den politiske

ledelse spesielt ville diskutere på Røros. Statsråd Fjose svarte at hun fant programmet svært interessant som det var og ikke ønsket noen endringer i det. Hun la også til at det slett ikke var uvanlig at Statssekretæren var med under fylkeslegemøter. Det siste var en påminnelse til Mork om at han selv for ikke så lenge siden hadde vært med på et fylkeslegemøte, som statssekretær.

Mork var åpenbart ikke begeistret for å få den politiske ledelse med på møtet på Røros. Han og ledelsen hadde et litt, om ikke svært, ulikt syn på spørsmålet om almenhelsestjenestens organisering. Men mer kom nok til. Den nye helsedirektøren hadde begrenset sans for den livsstilsmoralisme Kristelig Folkeparti ble identifisert med av det sekulære Norge. Ja, han hadde nok det i enda mindre grad enn Evang. Evang var jo i endel henseender selv en livsstilsmoralist, en ”medikaliserer”, som Illich kalte det, selv om han hverken var avholdsmann eller helt uten sans for en god sigar.⁴⁴⁸ Mork var mer en epikureer. Blant annet røykte han – meget, som vi skal komme tilbake til, og forlot sjelden et lystig selskap tidlig. Det hjalp knapt på forholdet til den politiske ledelse at Statssekretæren både stod ham nær som ekspert på lungesykdommer og var streng i sitt syn på tobakkens rolle i samfunnet. Bjartveit bekrefter da også at forholdet dem i mellom var preget av avstand fra det øyeblikk han overtok Morks statssekretærkontor.⁴⁴⁹

Like før møtet skulle finne sted uttalte statssekretær ved Statsministerens kontor, Per Høybråten, i et intervju med Kristelig Folkepartis avis, Folkets Framtid, at Regjeringen nå vurderte Helsedirektoratets status og rolle. Høybråten sa blant annet at etter hans syn burde Sosialdepartementet omorganiseres, ”hvor helsedirektørens stilling som ekspedisjonssjef og fagdirektør omgjøres fordi denne i dag skaper uklare forhold.” Han fortsatte:

En mulig løsning er å delegere oppgaver ut til fylkeslegenes kontorer. Det finnes i dag mange oppgaver som ikke behøver å være i sentral-administrasjonen. Dermed kan Helsedirektoratet bli frigjort.

Det som blir igjen bør foregå innen selve Sosialdepartementet, hvor det kan organiseres en egen helseavdeling.⁴⁵⁰

Verdens Gang slo opp intervjuet lørdag den 20. januar. Møtet begynte formelt dagen etter, og intervjuet med Høybråten slo ned som en bombe. Bjartveit kom til Røros søndag, mens Statsråden kom med nattoget. Han fikk ringt henne og informert om intervjuet. Da hun ankom Røros midt på natten, satte hun seg ned og skrev om sitt åpningsforedrag.

448) I 1967 var Evang, og hele Bjartveit-utvalget (røykeutvalget), invitert til American Cancer Society's 1st World Conference on Smoking and Health. Nordmennene var innlosjert på Waldorf Astoria Hotell. En aften inviterte Evang alle de andre nordmenn opp på sitt rom. Deltagerne hadde nok ventet å bli tilbudt en drink, men i stedet bød Helsedirektøren på cigarillos. Det gjorde han ofte ved slike anledninger. (Opplysninger gitt av Kjell Bjartveit, i e-brev 24.7.2009.)

449) Opplysning gitt av Bjartveit i samtale 7.11.2008.

450) Her sitert etter Verdens Gang 20.1.1973, s. 6.

Da møtet formelt startet mandag den 22. januar ønsket Helsedirektøren velkommen og sa så, til merkelig forbauselse, at etter Høybråtens uttalelser kunne han ikke holde det foredrag han hadde planlagt. Statsråden holdt så sin innledning. Hun så utover forsamlingen og sa: ”De trur kan hende at eg kjem med ein brannfakkell. Nei, her trengst eit brannsløkkjingsapparat!”. Statsråden måtte distansere seg fra statssekretær Høybråtens uttalelser, uttalelser han kom med uten på forhånd å ha orientert Sosialministeren eller noen av hennes medarbeidere. Fjose og hennes statssekretær var opptatt av å få et godt forhold til Helsedirektøren, men med sitt utspill hadde Høybråten gjort det vanskeligere.

Statsråd Fjoses foredrag ble meget godt mottatt, men forsamlingen følte seg ille til mote over måten møtet var startet på. Stadsfysikus Mellbye tok da ordet og snakket pent til Statsråden og forsikret om fylkeslegenes lojalitet til Helsedirektøren. ”Takk, Fredrik!”, sa Mork og møtet kunne fortsette under en merkbart bedre atmosfære.⁴⁵¹

Bergfrid Fjose kom forøvrig, som vi skal se, til å få et godt forhold til Helsedirektøren, og Helsedirektøren til henne.

Utspillet fra Høybråten passet egentlig Mork bra. Hans reaksjon tydet nok ikke på det – han ble ganske vred – men ofte er det slik i politikken at funksjonen kan bli en annen enn intensjonen. Da Høybråten, litt høyttenkende – spørsmålet var jo ikke utredet, ei heller drøftet med Sosialministeren – kom med sitt utspill, hadde hverken Sosialministeren eller opposisjonen noe valg. De måtte punkttere Statssekretærens forslag. Det hadde altfor mange sider til at det var mulig for Statsråden å akseptere det ”over bordet”. Hadde hun gjort det, ville det umiddelbart ha lammet Direktoratet. En statsråd i en så mindretallspreget mindretallsregjering kunne ikke leke med ilden på den måten. At også Arbeiderpartiet umiddelbart tok, ja, måtte ta, avstand fra forslaget, bidro til presset på Bergfrid Fjose. Lederen av Sosialkomiteen på Stortinget, Arbeiderpartiets Sonja Ludvigsen (1928-1974), uttalte at hun syntes det var ”nokså dristig av en regjering som bare har vel 30 representanter bak seg i Stortinget, å lansere et forslag av denne karakter..”⁴⁵² Hun fant det underlig at et nedleggelsesforslag ble lansert like etter at en ny helsedirektør var ansatt og mente at en så omfattende omordning av helseforvaltningen som den Høybråtens utspill innebar, først burde forelegges Stortinget.

Med sitt utspill bidro altså Høybråten til å binde så vel mellompartiene som Arbeiderpartiet til å gi den etter hvert aldersstegne ordningen av helseforvaltningen ytterligere år. Men tanker å la dem Høybråten luftet kom jo ikke tilfeldig, og måtte komme opp igjen. Som vi har sett plasserte Høybråten seg bare på den ene side i den historiske diskusjon om forholdet mellom medisinsk kyndighet og juridisk og politisk myndighet, nemlig på den *annen*

451) Denne fremstillingen baserer seg på opplysninger fra Kjell Bjartveit (samtale 7.11.2008, e-brev 24.7.2009).

Vi har snakket med andre som deltok på møtet, men de kan ikke huske hva som skjedde.

452) Verdens Gang 20.1.1973, s. 6.

side. Hans utspill bidro imidlertid til å skyve organisasjonsspørsmålet litt ut i tid. Formelt kom det opp igjen fire år senere, da en borgerlig fraksjon i Stortingets sosialkomité i budsjettinnstillingen høsten 1977 uttalte "at det må vurderes hvorvidt Helsedirektoratet fortsatt bør organiseres som en departementsavdeling, eller om det bør skilles ut og få status på linje med andre direktorater".

Den uro som hadde utviklet seg også i Arbeiderpartiet over den medikratiske ordningen av helseforvaltningen, og som var blitt utfordret av Modalslikomteens flertall (1970), ble ikke mindre etter at Evang var gått av. Morks "evangske" stil som helsedirektør bidro snart også til å forsterke uroen i partiet over den "gamle" ordningen. Men utspill som det Høybråten kom med i 1973, og det den borgerlige komitefraksjonen, med Høybråten som møtende vararepresentant, kom med i 1977,⁴⁵³ "tvang" Arbeiderpartiet og dets regjering til å avvise reformkravene. Sonja Ludvigsen ble sosialminister i Brattelis annen regjering (1973), men hadde allerede med sin uttalelse et drøyt halvår senere bundet seg til den "evangske mast". Hennes etterfølger (1974-1976), LO-mannen Tor Halvorsen (1930-1087), var ikke overvettets opptatt av helsepolitikk, og enda mindre av helseforvaltningspolitikk. Da fraksjonsutspillet kom var nok en LO-person sosialminister, nemlig Ruth Ryste (1976-1979) (f. 1932). Hun var den av Arbeiderpartiets sosialministre Mork fikk det beste forholdet til. Hun ringte ham stadig og fulgte ham nærmest i ett og alt. Hun kunne derfor i den neste statsbudsjettproposisjon, uten overvinnelse, få inn denne klare, om ikke elegante, replikk til direktoratskritikerne:

Når det spesielt gjelder Helsedirektoratets organisasjonsmessige stilling og dets plassering i departementsstrukturen, har Sosialdepartementet etter nøye vurdering ikke funnet grunn til å foreta prinsipielle endringer i departementets organisasjon, og at det for tiden heller ikke er aktuelt å gi Helsedirektoratet status på linje med andre direktorater, slik som nevnt av en fraksjon i Sosialkomiteen.⁴⁵⁴

Helsedirektøren bet seg selvsagt merke i disse ordene og kommenterte dem senere samme høst slik: "Her har Regjeringen etter mitt syn trukket en riktig konklusjon ut fra de historiske erfaringer".⁴⁵⁵

Et medikrati på defensiven

Den evangske orden brøt med det tradisjonelt forvaltningsmessige. Heisstatusen Evang og Direktoratet hadde, kunne lett skape uklare ansvarsforhold. Det var både prinsipielt og praktisk vanskelig å skille mellom "politiske" og "faglige" saker; fagligheten gikk over i politikken "oppover" og tok utgangspunkt i politikken "nedover". Svært mange saker kom slik til å inneholde så vel faglige (medisinske) som politiske premisser. Det var heller ikke laget klare regler for hvem som skulle fatte beslutninger om

453) *Budsj.innst. S nr. 11 (1977-78)*, s. 6. SF 6a.II.

454) *St.prp. nr. 1*, kap. 600 og 3600 Sosialdepartementet, 09.0 Sosiale formål. Administrasjon, s. 2. SF 1a.

455) "Fra Collegium medicum til helsedirektorat", *op. cit.*, s. 24-25. Vi vil nedenfor komme nærmere tilbake til de stadige stortingsutspill om organiseringen av helseforvaltningen.

sakers kategorisering og hvordan denne eller disse skulle gjøre det. Som vi har sett var Helsedirektørens instruks svært vag. Evang ønsket jo også å beholde den slik og hadde i praksis avvist statsråd Aaslands pålegg om å få et forslag til en tydeligere instruks. Det tør også ha fremgått av det vi har skrevet at Evang så på seg selv som den skulle avgjøre hva som var politiske og hva som var faglige saker, og at han strakte fagligheten langt. Vi har nettopp sett at hans etterfølger fortsatte hans praksis; Helsedirektørens møte med fylkeslegene på Røros i januar 1973 ble således forstått som ”rent faglig”.

Det er derfor ikke underlig at de politiske ledere ofte, ja, stadig oftere, følte at Helsedirektøren gikk for langt, og at mange av dem fant hans dobbeltstatus problematisk. En del av statsrådene var selv litt uformelle og ikke så nøye med linjen – legmannspolitikere er ofte selv instinktivt ”heispersoner” – og det varierte derfor med hensyn til hvem som irriterte seg og hvem som ikke gjorde det. ”Ekte” embedsmenn er imidlertid ikke ”heispersoner”. De vil ha juridisk mest mulig klare ansvarsforhold. For Sosialdepartementets øverste embedsmenn var derfor Helsedirektørens (intendert) uklare status iallfall utilfredsstillende. Den gjorde jo også deres eget ansvar uklart. At ordningen vedvarte viste, også overfor det øvrige øverste forvaltningsmiljø, at de ikke fikk det helt til. De fremstod nesten som halvt ”kastrede” administrative departementssjefer. Etterhvert stod over halvparten av deres departements ansatte utenfor deres kommando. Departementsrådene i Evangs tid, Agnar Kringlebotten, og, fra 1962 (til 1973), Ottar Lund, fant seg i situasjonen. Den første var ti år eldre enn Evang, men han tiltrådte først, som Departementets første departementsråd, i 1955, allerede da 63 år gammel. Han var en sindig herre og lite innstilt på å ta opp noen kamp med Evang. Hans etterfølger, Ottar Lund, var tre år yngre enn Evang, men en ytterst forsiktig og vennlig, ja snill, herre. Han hadde vært ekspedisjonssjef i Trygdeavdelingen i Departementet fra 1955, og kjente godt Evang og hans stil og posisjon og var aldri innstilt på å utfordre medisinalsjefen. Som sin forgjenger var han jurist.

I 1973 gikk Lund av og ble etterfulgt av Emil Vindsetmo (1916-1983). Vindsetmo var ingen typisk departementsembetsmann av bakgrunn. Han var cand. mag., med filologiske fag. Han hadde også, som statssekretær for statsminister Per Borten fra 1965 til 1969, politisk erfaring. Men som Kringlebotten og Lund ikke hadde utfordret Evang så ikke Vindsetmo ut til å skulle utfordre Mork. Han kom inn året etter Mork, og fremstod straks som en forsiktig herre. Ekspedisjonssjefene ”prøver” seg gjerne litt når det kommer en ny ”dep.råd”, særlig hvis de ikke kjenner ham. Det gjorde de overfor Vindsetmo og han svarte forsiktig og nesten defensivt. Vindsetmo så ikke ut til, hverken fysisk eller psykisk, å være en mann som skulle kunne utfordre hverken Evangs etterfølger, Mork, eller de andre ekspedisjonssjefer. Men ettersom han fikk satt seg inn i Departementets saker tok han mer og mer kommandoen og ble snart en sterk departementsråd. Han hadde ”lange følehorn”, var flink til å ”sno seg” og var en ”dyktig diplomat”. ”Han var en

mann av format”, sier en av hans ekspedisjonssjefer, og etterhvert stedfortreder, Jan Madsen i Planleggingsavdelingen.⁴⁵⁶

Det viste seg forholdsvis snart at Vindsetmo ikke var innstilt på å bøye av for Helsedirektøren. ”Vindsetmo var den modige av oss”, sier Jan Madsen. ”Jeg ville ikke ha spetakkel og var mer forsiktig”.⁴⁵⁷ Men Madsen fikk ”spetakkel” han også, og ble etter hvert mindre fryktsom. Forholdet mellom Departemetsråden og Ekspedisjonssjefen på den ene side og Helsedirektøren på den annen, ble, og forble, anspent.⁴⁵⁸

Begge ønsket de å oppheve Helsedirektørens heisstatus. De ville gå tilbake til den gamle, eller forrige, ordning. De ville ha en helseavdeling som var sidestilt med de andre departementsavdelingene og med en ekspedisjonssjef som var underordnet Departemetsråden. I den grad der trengtes et fagdirektorat måtte dette flyttes helt ut av, men samtidig være underordnet, Departementet. Begge så de at den politiske støy utspill skapte, som f.eks. Høybråtens, gjorde en rask deling umulig. Men de så også at de hadde den ”lange utviklingen” på sin side. Helsedirektøren sloss i motbakke; de tvilte ikke på det.

De kunne endog, som vi allerede har gjort, konstatere at fagutviklingen på primærhelsevesensnivå gav dem ammunisjon: Hvis helse- og sosialomsorgen skulle integreres på tjenesteytende nivå fordret det at den også ble det på nasjonalt nivå, altså at der kom en ”normal” helseavdeling i Departementet. For Departementets embedshierarki torde det dog være viktigere at de nå så for seg hvordan helsevesenets økonomiske alenegang kunne se ut til å gå mot slutten. Evangs vellykkede forsøk på å få ”automatisert” finansieringen også av sykehusvesenet gikk nå åpenbart mot sin raske slutt: Den finansieringsordning Sykehusloven av 1969 representerte, skapte, som vi har sett, en utgiftsvekst som ikke var ”bærekraftig”. De første oljeprissjokkene, høsten 1973, bare understreket den automatiske finansierings ”umulighet”. Men med en ny, og enda tydeligere, ordning med bevilgningsfinansiering, måtte sykehusvesenet inn i den ikke-skjermede politiske prioriteringsprosess. Som det så ut til på den primære helsevesensside ville der også her snart komme en ordning med ”ovenfra-finansiering”. Slik ville kanskje hele helsevesenet, eller hele klinikken, bli trukket inn i den almene prioriteringsdiskusjon og i viktige henseender bli ”underlagt” Finansdepartementet.

Innad i Direktoratet skjedde det også mye som gikk medikratiet og medikratene imot. En ting var selvsagt at ”Den gamle” var gått fra borde. Det måtte ta tid før den nye fikk etablert seg og bygget opp sin autoritet. Men ikke bare var Den gamle gått av (1972). Sammen med ham gikk (snart) også resten av ”de gamle”. Mellbye sa opp like før Evang gikk av. Galtung fulgte etter samme år. Terje Due Strand, riktignok bare en av ”de halvgamle”, gikk

456) Samtale med Jan Madsen, 20.11.2008.

457) Jan Madsens uttalelse, i samtale 20.11.2008.

458) Madsen hadde en måte å være ”implisitt” ironisk på som ikke alle forstod. Mork kunne også bruke ironi, men var mer eksplisitt. Kombinasjonen av voksende saklig uenighet og denne forskjell i personlig stil gjorde at de to snart fikk et anstrengt forhold til hverandre, forteller flere, blant annet en av hans medarbeidere fra 1972, Andreas Disen (samtale 26.8.2009).

også snart, i 1974, omenn i frustrasjon over en ”forbigåelse”. Bare Bjørnsson ble igjen, i fem år. Mork måtte altså bygge opp et nytt ”personmedikrati”.

Han klarte ikke det. Tiden var preget av mer mobilitet. Folk ble ikke sittende som før. Hverken Mork eller Direktoratet hadde heller den autoritet og status innad i medisinen som Evang og hans direktorat hadde hatt. Det så imidlertid i starten lovende ut. Det gjorde det fordi Evang ”hjalp” Mork. Evang ”gav” Mork det neste legehierarkiet. I tillegg ”gav” han Mork den som gjennom hele hans tid nesten hadde holdt Direktoratet sammen i det daglige, medisinalråd Bjørnsson. Bjørnsson skulle som sagt ennå sitte fem år.



Otto W. Steinfeldt-Foss, satt som Statens overlege for psykiatri, og sjef for Kontoret for psykiatri fra 1973 til 1980. Han var, blant annet gjennom sin medvirkning til ”nr. 9”, med på å definere premissene for det psykiatriske helsevesens videre utvikling. Her er han avbildet ved sitt skrivebord i Helsedirektoratet i oktober 1978. Foto: VG / SCANPIX.

Alle Morks nye overleger var ansatt under Evang, om enn ikke alle ennå i overlegestillinger. De hadde imidlertid alle relevant erfaring og kunne ta kommando i sine respektive kontorer. Samtidig var de så vidt unge, stort sett på Morks alder eller enda yngre, at de i noen grad kunne ”formes” av den nye medisinalsjefen. Hvem var de? Vi har nevnt dem før: -De var epidemiologen og rasjonaliseringsmannen Sverre Harvei, som satt i Sykehuskontoret (1970), psykiateren Otto W. Steinfeldt-Foss (f. 1931) som overtok Kontoret for psykiatri (1972/73) etter Lohne-Knudsen, samfunnsmedisineren Tor Ødegaard, som etterfulgte Galtung i Kontoret for sosialmedisin (1972), den engasjerte og svært bredt orienterte Aud Blegen Svindland (f. 1928) som ble

sjef i Hygienekontoret (1972)⁴⁵⁹ etter Mellbye og den tidligere distriktslegen Øivin Aarflot som etterfulgte Due Strand i Legekontoret (1973).

I tillegg kom altså ”over-overlegen”, Jon Bjørnsson – som den som først og fremst skulle binde sammen fortid og fremtid. Etter at Bjørnsson fikk døyvet skuffelsen over ”forbigåelsen” i juni 1972, og det skjedde raskt, fortsatte han der han hadde sluppet da Evang gikk. Han ble, som vi har nevnt, like lojal og pliktoppfyllende overfor Mork som han hadde vært overfor Evang.

Mork ”fikk” ikke bare sine nye legeledere av Evang. Han fikk også de øvrige øverste ledere fra Evang. Ja, han overtok Evangs egne ledere. Det gjaldt Knut Munch-Søegaard, Direktoratets ekspedisjonssjef, Bjørn Jøldal Apotekerkontorets sjef, Per Bærum, Tannlegekontorets sjef og Reidar S. Bang, Økonomi- og personalkontorets sjef. Disse skulle han også få beholde; ja, de satt der stadig da han døde høsten 1992. Spesielt viktig var det at Munch-Søegaard ble værende. Han fylte i noen henseender Bjørnssons rolle, men bidro ellers til å gi Mork juridisk trygghet. Jøldal ble også viktig for Mork både faglig – Mork interesserte seg meget for legemiddelspørsmål – og personlig. Men at de ikkemedisinske ledere slik ble så viktige for Mork understreker hans problemer med å få bygget opp en tung legeledelse. Vi bør forøvrig føye til at Evang også furnerte Mork med de fleste av hans byråsjefer, 10 av 12.

Det skulle ikke gå som det ”kunne” ha gått for Mork. Evangs legeledere forsvant altfor fort, og da Bjørnsson ”falt” for aldersgrensen i 1977 var den medisinske fortiden langt på vei borte og en ny, gjennomtrekkspreget tid tok til. 1970-årene er tiden for ”gjennomtrekkens” gjennombrudd overalt i samfunnet. Gjennomtrekken var et av mange uttrykk for det supermodernes gjennombrudd. Helsedirektoratet ble ingen unntagelse, spesielt ikke på den medisinske side.

Tre av Morks overleger forsvant nokså tidlig: Harvei gikk allerede i 1973, Svindland i 1978 og Steinfeldt-Foss i 1980. Ødegaard og Aarflot ble værende lenger; den første til 1986, den annen til han døde i 1989. Aarflot gikk dog over i Hygienekontoret fra 1979, altså som Svindlands etterfølger. Harvei ble etterfulgt av kreftforskeren med meget mere, Jo Eirik Asvall (f. 1931). Asvall var også en av dem som var blitt formet under Evang. Da Aarflot forlot Legekontoret overtok primærlegen Hans Ånstad (f. 1932) det (fra 1978), som den første ”post-Evang(el)ist”. Men ingen av disse skulle bli sittende lenge. Asvall forsvant i 1977 til WHO i København. Hans etterfølger fra 1978, den tidligere distriktslege, Ole B. Hovind (f. 1941), var også en ”ny”

459) Aud Blegen Svindland var én av tre ansøkere til ”Mellbyes” embede. De to andre var Terje Due Strand, legevesenoverlegen, og Kjell Bjartveit, Skjermbilledfotograferingens overlege. Evang innstilte Due Strand. Han står, skrev Evang, ”i en særstilling idet han allerede fra 1961 har vært overlege i Helsedirektoratet, Legekontoret”. Evang henviser videre til Due Strand er ”den eneste av søkerne som har skaffet seg grundig kjennskap til norske forhold på helsevesenets område på alle plan”. Han ”ligger etter helsedirektørens mening klart foran de to andre søkere når det gjelder faglige kvalifikasjoner”. Evang nevner også at Due Strand har vist at han har ”usedvanlig gode administrative evner”, ”har meget stor arbeidskraft, har lett for å sette seg inn i saksområder og har en utpreget plikt- og lojalitetsfølelse”. Evang innstilte de to andre ansøkere på delt annenplass. At Departementet allikevel valgte Svindland viser at Evangs innflytelse nå var dalende. Med den tydelige radikale politiske profil Svindland hadde, er det ikke unaturlig å tro at ”politiske” hensyn har spilt en rolle for Departementet. Departementet kan i så henseende meget vel ha vært statssekretær Torbjørn Mork. (Innstillingen finnes i statsrådsak nr. 160, 28.4.1972; boksen for ansettelse 1972 i Helsetilsynets fjernarkiv.)

mann. Begge disse, de to første Mork selv kunne forme, kan man si, ble typiske for den nye tid. De ble ikke sittende særlig lenge. Ånstad gikk allerede i 1983 og var dessuten en periode fristilt for å arbeide med den kommende lov om det kommunale helsevesen. Da han gikk var for øvrig hans forhold til Mork blitt anstrengt; de så ulikt på den kommende loven. Hovind ble sittende til 1986, dog med noen permisjoner.

Mork ”mislyktes” med ”sine” to første leger, Hovind – en mann som stod til høyre politisk, og Ånstad, en mann som stod til venstre. Da Bjørnsson gikk i 1977 fikk han en ny, ekstra viktig anledning, til å bygge opp sin egen legeledelse. Han fikk, mer enn valgte (som vi skal se) fylkeslegen Egil Willumsen (f. 1929), en mann som først og fremst hadde bakgrunn fra det offentlige legevesen, men også hadde en MPH-grad fra University of Minnesota (1971). Han hadde ikke erfaring fra Direktoratet og skulle slett ikke bli noen ny Bjørnsson. Han sluttet som medisinalråd i 1985 og ble fylkeslege igjen (i Rogaland). Mork ”bommet” slik, kan man si, med de tre første viktige legeansettelser. Da bør det dog sies at i Willumsens tilfelle fikk han ikke sitt formelle førstevalg. I den grad Mork spilte en rolle ved utnevnelsen av Aud Blegen Svindland i 1972, ”bommet” han også allerede før han tiltrådte embedet som helsedirektør.

At legene stadig forsvant, mens de andre lederne i større grad ble, bidro til å forstyrre den gamle maktbalanse i Direktoratet. Legene ble svekket, de andre ble styrket. Spesielt viktig var det at Mork ikke fikk noen ny sterk medisinalråd, mens Munch-Søegaard ble værende. Munch-Søegaard var ytterst lojal overfor Mork, men han så samtidig det juridisk problematiske i Direktoratets medikratiske oppbygning og dobbeltrolle.

Vi skal føye til at denne svekkelse av Direktoratets legeledelse i første del av Morks regjeringstid ble forsterket av det som skjedde på lavere nivåer i Direktoratet: Det ble vanskelig å rekruttere og å holde på lege(konsulente)r. Det var åtte legekonsulenter i 1972 og 1973. I 1974 var det seks (én av dem hadde tjenestefri), i 1975 fire, i 1976 fire, i 1977 to, i 1978 fem, i 1979 seks og i 1980 fire. Siden (1981-83) var det ingen legekonsulenter i Direktoratet. Variasjonene reflekterer både gjennomtrekken og rekrutteringsproblemene. Fra 1972 til 1980 satt legekonsulentene gjennomsnittlig i knapt to år. Ialt var det 50 leger innom Direktoratet som konsulenter i denne perioden. Av disse avanserte bare syv til høyere stillinger i Direktoratet. Fallet i medisinske saksbehandlere gjorde for øvrig at legeandelen av de ansatte på konsulentnivå og over var sunket til 15 prosent senhøstes 1982; en nedgang på ca. 38 prosent fra normalnivået i Evangs tid.⁴⁶⁰ Vi skal komme tilbake til det.

460) Vi har tatt utgangspunkt i dem som faktisk var aktive på tellingstidspunktet (1.12.), nemlig 93 personer. 10 hadde tjenestefri, men legeandelen påvirkes knapt av at vi tar disse med. Som vi skal komme tilbake til, tar vi for 1982 bare med ansatte på konsulentnivå og høyere: Etter 1975 gir Norges statskalender, vår kilde, bare opplysninger etter dette mønster. Det skyldes blant annet plasshensyn, men reflekterer også det forhold at førstesekretærstillingen var iferd med å bli en mer kontorteknisk stilling. I 1982 var der ca. 10 slike stillinger i Direktoratet. Det skal legges til at der var en del andre stillinger som lønnsmessig var plassert på konsulentnivå og endog høyere, som bibliotekleder, bibliotekar og skriveleder, tilsammen tre.

Utviklingen gav seg snart utslag i en viss uro i Direktoratet. De etterhvert nokså uerfarne legelederne fikk ikke den autoritet de gamle hadde hatt over ”de andre”. ”De andre” begynte å irritere seg over at unge legekonsulenter raskt kunne rykke opp og forbi dem og over at leger uten forvaltnings-erfaring gikk rett inn i overordnede stillinger. De begynte også å stille spørsmål ved øremerkingen av så mange stillinger for leger og ved de privilegier legene forøvrig hadde, som adgangen til privat praksis en dag (seks timer) i uken.

Det var bestemt blitt en ny ”tid” og en ny atmosfære. Det evangiske direktorat, der det var full medikratiske kontroll, nesten til det siste, ble raskt noe underlig fjernt. Det som nå kom til å skje organisatorisk må sees også mot denne bakgrunn.

Mot en deling av den sentrale helseforvaltning

Den organisatoriske utvikling skjedde ikke alene som en følge av de forhold vi nettopp har redegjort for. De skjedde parallelt med den. Det var tale om en dynamisk, gjensidig påvirkning.

Som vi har sett fant flertallet i Modalsli-utvalget (innstilling 1970) at Helsedirektoratets dobbelstilling gav uklare ansvarsforhold og vanskeliggjorde koordineringen mellom Direktoratet og resten av Departementet. Begge forhold skulle bli utgangspunktet for stadige initiativ til å se på helseforvaltningens ordning. Initiativene var gjennom 1970-årene forsiktlige. Det skyldes, som vi har nevnt, i noen grad at politiske utspill gjorde at Arbeiderpartiet, som satt med makten fra høsten 1973 til høsten 1981, ”låste seg” til den gamle ordning. Men også andre forhold spilte inn, som Helsedirektørens tydelige holdning og det forhold at sosialministrene var opptatt av andre saker og ikke var særlig interessert i forvaltningsspørsmål. Arbeiderpartiets første sosialminister, Sonja Ludvigsen, fikk, som forgjengeren Bergfrid Fjose, et så godt forhold til Mork at organisasjonsspørsmålet ikke fremstod som fristende å gripe fatt i. Ludvigsens etterfølger, LO-mannen Tor Halvorsen, tok bare noe nølende over Sosialdepartementet. Han følte seg ikke beføyet til å gå inn i ordningsspørsmålene; han var mer opptatt av politikken i stort. Halvorsens etterfølger fra 1977, Ruth Ryste, ble snart svært avhengig av Mork og kunne ikke sette igang en prosess han var skeptisk til.

Situasjonen ble en litt annen da Ryste i 1979 ble etterfulgt av jernbanemannen Arne Nilsen (f. 1924). Med ham fulgte også, skjønt først i 1980, en statssekretær som skulle bli viktig, Helen Bøsterud (f. 1940). Nilsen hørte nok i større grad enn forgjengerne på Departementsråden og hans folk i ordningsspørsmålene og fikk slik litt mer distanse til Mork. Det bidro til å skape distanse at Mork ei var noen ivrig samarbeidsmann når det gjaldt utformingen av proposisjonen om primærhelsevesenet. Men også Nilsen følte seg bundet av at Arbeiderpartiet var blitt ”dyttet” inn i en støtte til den evangiske ordning, en ordning som snart også ble morksk, av helseforvaltningen. Han kom aldri til å utfordre Mork, og hadde for så vidt ikke noe ønske om å gjøre

det heller. Arbeiderpartiregjeringene ”tro vannet” fra 1973 til 1981. Det kirurgiske inngrep ble gjort i forbindelse med maktskiftet etter valget 1981.

Men utviklingen gikk, som sagt, mer gradvis enn det kunne se ut til. Skritt for skritt ble Mork og det han stod for presset over på defensiven. Det skjedde åpenbart lenge uten at han tydelig fornemmet det, og uten at det var en politisk intensjon fra arbeiderpartiregjeringene Bratteli, Nordli og tildels Brundtland (I). Mork har antagelig trodd at han hadde mer kontroll enn han faktisk hadde.

Kanskje det viktigste direkte utgangspunkt for det som nå skulle skje, var den tiltagende bekymring for omkostningsutviklingen. Som vi har nevnt skapte ikke minst Sykehuslovens finansieringsordning en sterk omkostningsvekst. Nå stod man overfor en radikal omordning av primærhelsetjenesten. Det var all grunn til å tro at også den, iallfall i første omgang, ville bli kostbar. Utgiftsbekymringen gav seg konkret utslag i at opptrappingen av den statlige refusjon til sykehusene ble utsatt, men også i at effektivisering nå for alvor ble et av de sentrale stikkord i helsepolitikken, spesielt i sykehuspolitikken. I regjeringen Korvalds ”svanesang”, statsbudsjettforslaget for 1974, nevnes det at i den ”landsplan” for sykehusutbyggingen Departementet nå arbeidet med, ville det bli lagt særlig vekt på å sikre ”en mest mulig rasjonell utnyttelse av ressursene..”⁴⁶¹

Mer alment lanseres det et slags program for effektivisering, under overskriften ”Rasjonaliseringstiltak”. Det heter her blant annet at ”økonomi- og personalsektoren i Helsedirektoratet er omorganisert og utvidet. Det er etablert en overordnet sjefstilling..” Dette tiltak er viktig nok. Det innebærer at økonomipremisser får en viktigere rolle i den helsepolitiske planlegging. Dette tiltak settes imidlertid ikke inn i en videre organisatorisk sammenheng. Det er som om Statsrådets avvisning av organisatoriske reformer i januar (1973) er tatt til følge. Samtidig er nok også det som her skrives skrevet i Helsedirektoratet, og der var det ingen ønsker om en dypere omordning. Men ved å legge slik vekt på effektivisering gir Departementet dem som ønsker mer, et utgangspunkt for å foreslå mer.

Det gjorde også, om enn bare som en oppfordring, Stortingets sosialkomite. I sine kommentarer til budsjettforslaget konstaterte komiteen, enstemmig, at ”økonomi- og personalsektoren” var ”omorganisert og utvidet”, og fortsatte:

Komiteen antar at en styrking av disse funksjoner er nødvendig sett i relasjon til de oppgaver som tilligger sektoren, men vil bemerke at det må være riktig å vurdere om ikke departementet burde få en felles økonomi- og personalavdeling etter at Helsedirektoratet og resten av departementet er plassert i umiddelbar nærhet til hverandre.⁴⁶²

Her går Komiteen mer inn på den utøvende makts kompetanseområde enn vanlig er. Forslaget kan samtidig sees på som et forslag som peker mot en

461) *St.prp. nr. 1, 1973-74, Sosialdepartementet, s. VIII.*

462) *Budsjettinnstilling S. nr. 11, 1973-74, SF 6a. II, s. 11.*

integrasjon av Direktoratet, eller en del av det, i Departementet. Og selv om det ”bare” er de økonomisk-administrative funksjoner Komiteen vil integrere, innebærer forslaget at Helsedirektoratet og Helsedirektøren i stadig viktigere henseender vil bli underordnet Departementsråden.

Det er utvilsomt komiteformannen som står bak forslaget. Han var ordfører for det aktuelle kapittel i budsjettet (kap. 600 Sosialdepartementet). Mannen var Kåre Kristiansen, den tidligere statssekretæren for Aarvik, og, sammen med Per Høybråten, Helsedirektøren og Helsedirektoratets fremste oppasser og kritiker. Selv om statsråd Fjose hadde avvist større organisatoriske endringer i januar, kan regjeringsskiftet etter valget høsten 1973 ha gjort det lettere for Kristiansen å komme med dette forslaget. At det var den forrige regjering som stod for budsjettet kan ha gjort det enkelt for de sosialistiske komiterepresentanter å støtte det. For den ”uerfarne” kan imidlertid også forslaget ha virket nokså ”uskyldig”. Blant de åtte sosialister i Komiteen var det ingen egentlig politisk ”tunge” representanter, personer med statsrådserfaring eller partilederverv. Bare én av dem hadde sittet i denne komiteen før, Roald Bye (Ap) (1928-2003).⁴⁶³

Sosialkomiteens 1973-forslag ble forbigått i ”stillhet” av Regjeringen i budsjettproposisjonen for 1975 (presentert høsten 1974). I stedet for omtales, ganske utførlig, de omfattende effektiviseringstiltak Sosialdepartementet har satt i gang innen helsevesenet, og illustrerer slik igjen hvordan effektiviseringspolitikken slår igjennom i helsevesenet i 1970-årene. Om helseforvaltningen sies det bare at ”Rasjonaliseringsdirektoratet vil i løpet av høsten 1974 gjennomgå deler av Helsedirektoratet med sikte på eventuell igangsetting av effektiviseringsarbeid, spesielt på det kontortekniske område”.⁴⁶⁴ Men Sosialkomiteen, det vil igjen si Kåre Kristiansen, var ikke tilfreds med bare dette. I sin budsjettinnstilling henviser Komiteen til sin uttalelse fra året før og føyer, belærende, til: ”Komiteen viser til dette”. Kristiansen fikk hele komiteen med på dette ”stikket” til Departementet.

Politiseringen av ordningsspørsmålet og en rasjonaliseringsundersøkelse og en samordningsutredning som nølende svar

Det var Helsedirektøren som, på grunn av den almene opptatthet av rasjonalisering på den tiden, på grunn av den uro som gjorde seg gjeldende i Direktoratet og på grunn av påtrykket fra Stortinget, høsten 1974 hadde bedt Rasjonaliseringsdirektoratet om å sette i gang denne gjennomgåelsen.⁴⁶⁵ Den foreløpige gjennomgåelse ble foretatt i tre kontorer, Legekontoret, Psykiatrikontoret og Økonomi- og personalkontoret. Rasjonaliseringsdirektoratet konkluderte med at det var behov for å gjøre noe med samordningsspørsmålene i Helsedirektoratet. Det uttalte seg ikke stramt og

463) Fra Arbeiderpartiet satt, foruten Bye, Astrid Murberg Martinsen (nestleder), Edvard Edvardsen, Gunnar Hvasshovd, Thor Lund og Haldis Havrøy, og for Sosialistisk Valgforbund Tor Henriksen og Ola Langset. Fra de borgerlige partier satt, foruten Kristiansen, Jo Benkow (H) – komiteens andre prominente medlem, Sigrid Utkilen (H), Torgeir Andersen (H), Johannes Gilleberg (Sp), Aslaug Fadum (Sp) og Åge Ramberg (Kr. F.).

464) *St.prp. nr. 1, 1974-75*, Sosialdepartementet, s. XIX.

465) Det ble, den 13. juni 1974, avholdt et ”kontaktmøte” mellom Helsedirektøren og Rasjonaliseringsdirektoratet om en mulig organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet. R-direktoratet fikk gjennom brev av 24. oktober samme år i oppdrag å foreta den foreløpige organisasjonsundersøkelse av Legekontoret, Økonomi- og personalkontoret og Kontoret for psykiatri.

prinsipielt, men et både stramt og prinsipielt budskap lar seg lese ut av dets første gjennomgåelse:

Helsedirektoratet var et fragmentert Direktorat i et fragmentert helsevesen. Direktoratet var en løs koalisjon av kontorer som, nokså selvstendig, styrte hver sine sektorer. Det eneste integrerende, eller tverrgående, kontor, Økonomi- og personalkontoret, ble nå styrket, men det hadde ikke tilstrekkelig autoritet overfor helsefagkontorene til å kunne spille en helsefaglig og alment integrerende rolle. Direktoratets øverste ledelse, den annen, og selvsagt primære, integrerende kraft, hadde nå, mente rasjonaliseringsfolkene, fått for stort kontrollspenn. Den fungerte dessuten for ”gammeldags”. Den var første, men særlig siste, instans i den lange (enkelt)saksbehandlingsprosessen. I stor grad fungerte den derfor også ”serielt”: sakene kom til Ekspedisjonssjefen, gikk så til Medisinalråden og endelig til Helsedirektøren. Lederne, ikke ledelsen, kom slik til å virke som flaskehals. Druknet i enkeltsaker ble de (nesten) satt ut av stand til å handle ”parallelt” (som lag) og strategisk.

Gitt de ambisjoner Departementet nå hadde om å samordne særlig helse- og sosialvesenet, kan man si Rasjonaliseringsdirektoratets første gjennomgåelse også hadde implikasjoner som pekte mot å oppheve Helsedirektoratets relative autonomi. Denne autonomi var en del av den fragmentering man så ute i helse- og sosial-Norge.

Når Helsedirektoratet og Sosialdepartementet så, og nå med Sosialkomiteens støtte, lot Rasjonaliseringsdirektoratet få sette igang en almen organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet, så var det ikke så ”uskyldig” som de to førstnevnte instanser kanskje trodde.⁴⁶⁶ Det var uttrykk for at den prosess som førte frem til 1983 for alvor var satt i gang.

I budsjettproposisjonen for 1976, fremlagt høsten 1975, svarte endelig Departementet eksplisitt på Sosialkomiteens utspill om samordning fra 1973 og 1974. Departementet gav nå uttrykk for at en samordning av virksomheten i sosial-, trygde- og helseetatene fylkeskommunalt og lokalt forutsatte en samordning også på det sentraladministrative plan. Den påpasselige stortingskomiteen bemerker at det lenge har pågått ”utredningsarbeid om Sosialdepartementets organisasjon og saksområde” og nevner at den ”har fått opplyst at departementet nettopp har nedsatt et eget utvalg som skal ”utrede, vurdere og komme med forslag til en mest mulig integrert saksbehandling i Sosialdepartementet i alle viktigere helse-, sosial- og trygdespørsmål”. Komiteen legger til at den er tilfreds med at utvalget skal se på ”spørsmålet om en felles økonomi- og personellavdeling...., noe komiteen har tatt opp i to tidligere budsjettinnstillinger”. Komiteen har også merket seg at utvalget skal se på spørsmålet om en felles plan- og utredningsavdeling.⁴⁶⁷

466) Den endelige rapporten, *Rapport fra organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet*, ble lagt frem 1.6.1978 (Sosialdepartementet).

467) Budsjett-innstill. S. nr. 11, 1975-76, SF 6a. II.

Igjen uttrykte komiteen seg irettesettende, uten at noen fra Arbeiderpartiet dissenterte. På ett vis er det påfallende. Komiteinnstillingen ble levert på et tidspunkt da formannen, Kåre Kristiansen, den som ”passet på” saken, hadde permisjon. Dertil kom at komiteen nå var ledet av nestformannen, Arbeiderpartiets Astrid Murberg Martinsen (1932-1991). Men hverken hun eller de andre, nokså anonyme, arbeiderpartirepresentantene var ”våkne”. Det var heller ikke fungerende komiteformann som formulerte uttalelsen om organisasjonsspørsmålene. Det var Kristiansens varamann, hans helsepolitisk ”medsammensvorner”, Per Høybråten. Det bør føyes til at når Statsråden ikke ”varslet” ”sine” komiteemedlemmer skyldes det nok at heller ikke han, Tor Halvorsen, eller hans statssekretær, Kjell Knudsen (f. 1931), var særlig opptatt av organisasjonsspørsmål.

Departementsråden, statsrådets nærmeste administrative rådgiver, og ei heller en arbeiderpartimann, hadde for øvrig knapt noe imot at Komiteen kom med de, en tid, ”årvisse” påminnelser. Han kunne jo endog bruke dem; han var på linje med Kåre Kristiansen og Per Høybråten i spørsmålet om helseforvaltningens organisering. Mens Komiteen arbeidet med budsjettet arbeidet han således med å få oppnevnt et utvalg til å ”utrede, vurdere og komme med forslag til en mest mulig integrert saksbehandling i Sosialdepartementet i alle viktigere helse-, sosial- og trygdespørsmål”, altså det utvalg Komiteen selv henviser til. Utvalget som Sosialdepartementet nedsatte fikk Forbruker- og administrasjonsdepartementets departementsråd, økonomen Bjørn Larsen (f. 1922), som formann og fikk ellers mange ”tunge” representanter: rasjonaliseringsdirektør Leif H. Skare, budsjettetsjef Per Haga, Finansdepartementet, medisinalråd Jon Bjørnsson og ekspedisjonssjef Hans Johnsen, Sosialdepartementet, samt to representanter for de ansatte, konsulent Rigmor L. Luhn og byråsjef Jo Flydal. Utvalget fikk byråsjef Gerd Coward Andersen, Helsedirektoratets økonomiseksjon og byråsjef Per Wahl, Sosialdepartementets personalkontor, som sekretærer. Utvalget ble formelt oppnevnt 26. november 1975. Komiteen ble informert om hva som var i gjerde. Komiteens innstilling forelå 19. november. Komiteen var tilfreds med oppnevningen av dette utvalget, men slappet ikke av på organisasjonstrykket på Departementet:

Komiteen er tilfreds med at utvalget blant annet skal utrede spørsmålet om en felles økonomi- og personellavdeling etter at Helsedirektoratet og resten av departementet er plassert i umiddelbar nærhet av hverandre, noe komiteen har tatt opp i tidligere budsjettinnstillinger.

Komiteen har merket seg at behovet for en felles plan- og utredningsavdeling også inngår i utvalgets mandat, og vil ellers understreke nødvendigheten av en hurtig avklaring av de her nevnte spørsmål.^{468 469}

468) *Budsjett-innstill. S. nr. 11, 1975-76, SF 6a. II, s. 8.* Også sitatet angående utvalgsoppnevningen (avsnittet foran) er tatt fra denne innstillingen.

469) Hensivningen til nærheten skyldes at Helsedirektoratet, etter å ha vært fordelt på flere steder noen år, var blitt samlet i den nye Regjeringsbygningen (høyblokken) i Akersgaten 42.

I budsjettproposisjonen for 1977, fremlagt høsten 1976, redegjør igjen Departementet utførlig for det omfattende effektiviseringsarbeidet som er i gang, ikke minst på helsesektoren, men kommenterer ikke Sosialkomiteens ”påminnelser” fra 1975. Komiteen, men igjen først og fremst dens formann, Kåre Kristiansen, føler seg derfor beføyet til igjen å sende en ”påminnelse” til Departementet. Nå er påminnelsen påheftet et nytt, og enda mer utfordrende initiativ. Etter fornøyd å ha konstateret at Larsen-utvalget, etter Komiteens ”anmodning i to tidligere innstillinger”, er oppnevnt og er i arbeid skriver Komiteen, altså dets leder, Kristiansen:

Komiteen vil be om at det også vurderes hvorvidt Helsedirektoratet fortsatt bør organiseres som en departementsavdeling, eller om det bør skilles ut og få en status på linje med andre direktorater.⁴⁷⁰

”Påheftelsen” var provoserende, for utvalget var nesten ferdig med sitt arbeid og det lå ikke i dets mandat å ta opp det spørsmål Kristiansen og komiteen reiste. I mandatet ble det endog, åpenbart ”styrt” av Helsedirektøren, uttrykkelig sagt at utvalget måtte legge til grunn at Helsedirektoratet skulle beholde egne seksjoner for budsjettutarbeidelse, økonomi- og personalforvaltning og planlegging. Men igjen hadde Kristiansen fått de ”sovende” arbeiderpartimedlemmene med på et ”stikk” til statsråden, og til Helsedirektøren.

Et ”puslete” samordningsinitiativ: Larsen-utvalget

Larsen-utvalget kom med sin innstilling den 23. november 1976, seks dager etter at Sosialkomiteen la frem sin budsjettinnstilling.⁴⁷¹ Innstillingen var, i tråd med mandatet, moderat. Utvalgets viktigste funksjon ble, historisk, å opprettholde og i noen grad forsterke oppmerksomheten om samordningsproblemer. Utvalget pekte, forsiktig, på at Departementet manglet et administrativt samordnende ledd, men kom bare i beskjeden grad med forslag som kunne bøte på denne mangelen. Det måtte jo da ha foreslått å plassere Helsedirektøren under Departementsråden, altså gjøre ham til ekspedisjonssjef helt og fullt. Det hadde Departementets politiske ledelse i utgangspunktet nektet utvalget å foreslå. Utvalget polemiserer selvsagt ikke mot denne restriksjon, men dets almene argumentasjon peker altså, som tidsånden var, i samordnende retning. Det foreslår, men mer ”puslete”, å styrke samordningen styringsfunksjonelt på noen områder.

Det foreslår for det første å styrke den samordnende planlegging, og dermed også å styrke planleggingsoppgaven mer alment. Utvalget tar, mer filosofisk, til uttrykk for at planleggingsarbeidet ”i størst mulig utstrekning bør gjennomføre hele departementsorganisasjonen”.⁴⁷² Man kan si at Utvalget slik, i tråd med den nye offentlige styring og ledelse som begynner å gjøre seg gjeldende, ser for seg et departement som er mer av et sentralisert endringsorgan og mindre av et segmentert forvaltningsorgan. Det passer inn i en slik for-

470) *Budsjett-innst. S. nr. 11, 1976-77, SF 6A. II, s. 7.*

471) Innstilling fra utvalget til å utrede og komme med forslag til en sterkere integrering av saksbehandling og administrasjon i Sosialdepartementet.

472) Larsen-utvalgets innstilling, *op.cit.*, s. 55.

tolkning at Utvalget tar til orde for øket bruk av ”linjeoppløsende” prosjekt-grupper, men forsåvidt både for det formål å utvikle planer og å sette (endel av dem) ut i livet. Men Utvalget foreslår ikke å flytte ut og profesjonalisere planleggingsoppgavene helt. Departementets plan- og utredningsavdeling bør ikke gjøres til den helt almene planleggingsavdeling. Der bør, mener Utvalget, fortsatt være planleggingsenheter knyttet til Trygde- og Sosialavdelingene, og til Helsedirektoratet. Ja, Utvalget foreslår egentlig ikke engang at disse enheter formelt skal underlegges Planleggingsavdelingen. Hva det nokså ”uavhengige” Helsedirektoratet angår, foreslår heller ikke utvalget at Direktoratets planleggingskontor bør sentralisere planleggingen i Direktoratet. Utvalget konstaterer at særlig Sykehus- og Psykiatrikontorene også er aktive planleggingskontorer, og bør fortsette å være det.

Selv om Utvalget tenker i sentraliserende og profesjonaliserende retning omkring planlegging, er dets forslag således mer av pedagogisk-filosofisk enn praktisk-organisatorisk karakter. Det reflekterer det forhold at departementsforvaltningen ennå var svært preget av rettsstatstenkningen. Nyttestatens teori hva planlegging angikk var stadig mer en kommende enn en aktuell idé. Vi ser det også som et uttrykk for det når Utvalget vil formalisere den praksis som hadde etablert seg når det gjelder Planleggingsavdelingens status. Da Avdelingen ble opprettet 1. juli 1971 ble den plassert under statsråden, og altså utenfor Departementsrådets koordinerende ansvar. Det skal ha skjedd fordi Karl Evang insisterte på det.⁴⁷³ I praksis var Avdelingen kommet til å fungere på linje med de tre andre avdelingene, altså som underordnet Departementsråden. Forholdet er imidlertid, men det ser ikke Utvalget, at planleggingsoppgaven ikke er en linjeoppgave, men en overordnet stabsoppgave: Planleggingsavdelingen skulle vært plassert i *stab* enten til Statsråden og den politiske ledelse (den gamle ordning) eller til Departementsråden og den administrative ledelse (den nye ordning). Den, det vil formelt si ledelsen, skal gi de første premisser for alle andre avdelingers virke. Når det i praksis ikke var slik, skyldes det at denne, som så mange andre planleggingsavdelinger var, og tildels stadig er, mer ”filosofisk” orienterte avdelinger, og at storparten av den operative planlegging skjedde, og skjer, enten i de operative avdelinger eller i utvalg.

For det annet foreslår Larsen-utvalget å styrke samordningen, altså sentraliseringen, av pengestyringen. Skal det skje fullt ut bør altså styringen gjennom budsjetter og kontrollen med bruken av pengemidlene sentraliseres til Administrasjonsavdelingens budsjett- og økonomikontorer. Disse skulle da fungere ”på tvers” av de to linjepregede avdelinger, altså Sosial- og Trygdeavdelingene, uten at Utvalgets organisasjonskart gav inntrykk av det.

I 1967 var et utvalg, ledet av ekspedisjonssjef i Finansdepartementets finansavdeling Truls Glesne (1916-1971) oppnevnt for å komme med forslag til hvordan budsjetteringen kunne styrkes i Sosialdepartementet. Utvalget antydte at det burde opprettes en egen budsjettavdeling, men det skjedde

473) Det fremgår av en redegjørelse medisinalråd Jon Bjørnsson gav i Larsen-utvalgets møte den 10. mars 1976.

Kfr. møtoreferatet, ved Per Wahl, (ingen arkivreferanse) s. 2-3.

ikke. Istedenfor ble Budsjett- og økonomikontoret i Administrasjonsavdelingen delt i 1975. Intet ble imidlertid gjort for å integrere Helsedirektoratets budsjett- og økonomiarbeid i Departementets. Larsen-utvalget foreslo å fortsette de budsjettmessige samordningsbestrebelse, men dets forslag var, som for planleggingen ”puslete”. Utvalget ville styrke Administrasjonsavdelingens budsjett- og økonomiroller, men holdt stadig Helsedirektoratet utenfor. Det foreslo bare å legge de felles budsjettsaker til den sentrale avdelingen, slikt som reiseutgifter, utgifter til kommisjoner og representasjon, kontorutgifter etc. Men for å markere Helsedirektoratets uavhengighet skulle det (stadig) være slik at Direktoratet da betalte Administrasjonsavdelingen for dets andeler av utgiftene. I virkeligheten skulle altså Direktoratet bare kjøpe de aktuelle tjenester fra Avdelingen.

For det tredje foreslår Utvalget at (mye av) den indre personalforvaltning sentraliseres og legges til Administrasjonsavdelingen, men at Helsedirektoratet får beholde sin eksterne personalforvaltning. Det er således i første rekke hva angår denne, ”tverrgående”, oppgaven at Utvalget foreslår en mer offensiv integrering. Det gjør det imidlertid nølende; mange praktiske problemer, blant annet knyttet til øremerking av stillinger og fysiske avstander, nevnes.

I det alt vesentlige leverer det ”tungt” sammensatte Larsen-utvalget få og beskjedne integreringsforslag, selv om det leverer hele 119 sider. I all hovedsak foreslår Utvalget at Sosialdepartementet bør få bestå som to departementer med felles politisk ledelse. Man kan si at dets mandat ikke gjorde noe annet mulig. På den annen side preges Utvalget av mindre moderniseringsiver og moderniseringstrykk enn Rasjonaliseringsdirektoratets utredere.

Det er ellers interessant å notere at Utvalget i enkelte partier av innstillingen nærmest preges av ærefrykt for Helsedirektoratet. Utvalget konstaterer at Direktoratet ikke bare utgjør halve Departementet og vel så det, men også at det preges av en helt annen form for tung faglighet enn de to andre avdelinger, og særlig Sosialavdelingen. Direktoratet arbeider på vitenskapelige premisser, Sosialavdelingen har knapt noen vitenskap å basere sin virksomhet på. Og ”der ute” har Helsedirektoratet en diger, prestisjefylt etat, en etat som også delvis er statlig, mens Sosialavdelingen har en liten, statussvak etat, bestyrt av kommunene. Trygdeavdelingen har et direktorat og en stor etat under seg, men den fungerer teknisk-juridisk og har ikke den akademiske status og prestisje som Helsedirektoratet og helsevesenet har. Utvalget peker på noe som er svært viktig, men som man helst ikke skal si, eller sette på papiret. Utvalget sier det da heller ikke så tydelig som vi her har gjort. På dette punkt skriver utvalget ”mellom linjene”.

Det er knapt overraskende at Utvalgets innstilling ikke fikk praktiske konsekvenser av betydning for Helsedirektoratet; ja, knapt praktiske konsekvenser overhode – utover at Planleggingsavdelingen fra oktober 1978 også formelt ble lagt under Departementsråden.⁴⁷⁴

474) Meddelelse fra Administrasjonsavdelingen datert 6.10.1978 (6775/78 II A (RT/AF).

Larsen-utvalgets berensende mandat kan sees på som uttrykk for at irritasjonen over herr Kristiansens stadige ”stikk” utpå høsten 1975 var begynt å gjøre seg gjeldende i Departementets politiske ledelse. Helsedirektøren kan ha vært en ”agent” i så henseende. Det nye ”stikket” i budsjettinnstillingen for 1977 (november 1976), må ha forsterket irritasjonen betydelig, for ved neste budsjettbehandling, altså høsten 1977, var idyllen sprukket, også på Stortinget. Etter valget denne høsten var Kristiansen ute av Stortinget og hans, noe mildere, partikollega Odd With (1921-2006) var blitt formann i Sosialkomiteen. With og resten av de borgerlige representanter i komiteen, et mindretall på syv, fører imidlertid Kristiansens linje videre og minner om 1976-bemerkningen om Helsedirektoratet. De henviser til Larsen-utvalgets innstilling og bemerker at selv om den ble avgitt for nesten et år siden er den ennå ikke offentliggjort; ei heller er den sendt Sosialkomiteen. Denne gang vil altså ikke Arbeiderpartiets medlemmer være med på flere stikk. Partiet hadde nå også med medlemmer i komiteen som var mer bevisst ”stikkenes” sammenheng. En av dem var Helen Bøsterud, som skulle overta som statssekretær i Sosialdepartementet knapt halvannet år senere, og da selv få lede en utredning om Helsedirektoratets organisering. Men Sosialkomiteen fikk den 7. november 1977 oversendt Larsen-utvalgets innstilling, i 16 eksemplarer. I det medfølgende brev skriver statsråd Ruth Ryste, kanskje litt irritert: ”Jeg gjør oppmerksom på at innstillingen er til vurdering i departementet og at det ikke er tatt stilling til den. Vil endelig opplyse at innstillingen ikke er offentliggjort”.⁴⁷⁵

Spørsmålet om Helsedirektoratets organisering var i og med stortingsbehandlingen 1977 på en mer almen måte blitt politisert. De borgerlige partier hadde nå i praksis samlet sluttet seg til Kristiansens og Høybråtens, og Kristelig Folkepartis, standpunkt, mens Arbeiderpartiet i noen grad ”låste” seg til et forsvar for ”det gamle helsedirektorat”. Det er interessant at også Høyres Christian Erlandsen (f. 1926), lege og siden avdelingsdirektør (1985-87) i Helsedirektoratet, (indirekte) skulle gå ”imot” Helsedirektøren. Denne politiske dragkamp ble forsterket høsten 1978. Departementet hadde nå vurdert Larsen-utvalgets innstilling og, som det sier, fulgt opp en del av dens forslag til integreringstiltak. Arbeiderpartiets ”politiserte” komite-fraksjon på Stortinget (flertallet i Komiteen), svarte nå for første gang direkte på den kristiansenske kritikk av organiseringen av Helsedirektoratet. Det gjorde den ved hjelp av argumenter som Spare- og forenklingsskomiteen og mange leger i mellomkrigstiden, blant annet Evang, hadde brukt mot den daværende forvaltningsordning. Den uttalte:

Det alt overveiende antall saker som Helsedirektoratet behandler, er departementssaker. Opprettelsen av et frittstående direktorat innebærer at man også må ha en egen departementsavdeling. Dette vil bety en tilbakegang til tidligere ordning som var gjenstand for betydelig kritikk.

475) Statsråden hadde nølt før hun hadde oversendt innstillingen. Departementet hadde bedt om råd fra ekspedisjonssjef Dag Berggrav (1925-2003) ved Statsministerens kontor om man var forpliktet til å oversende en innstilling som ennå var til behandling i Departementet. Ekspedisjonssjefen hadde svart at det måtte foreligge ”særlige forhold” for at man kunne svare nei. Han anbefalte oversendelse.

Helsetjenesten er etter hvert blitt langt mer penge- og personellkrevende enn tidligere og spiller større rolle i distriktpolitikken. Den økonomiske og politiske betydning av helsestelletts problemer er økt vesentlig. Mens man for de mer rutinemessige detaljoppgaver bør ta sikte på større delegasjon til fylkeslegeinstitusjonen, vil direktoratets oppgave som overordnet og koordinerende planleggingsorgan, øke betydelig. Å løsrive denne virksomheten fra departementets politiske ledelse synes ikke riktig.

Et hovedproblem i denne forbindelse vil også være funksjonsfordelingen mellom et frittstående direktorat og en eventuell departementsavdeling.⁴⁷⁶

Den borgerlige mindretallsfraksjon svarte kort og tradisjonelt "byråkratisk" (à la Modalsli-utvalgets flertall) på regjeringsfraksjonens kritikk av den delte ordningen:

Komiteens medlemmer formannen, .. (de andre navn), finner det lite tilfredsstillende at Helsedirektoratet skal ha en annen status enn andre direktorater og være både departementsavdeling og direktorat på samme tid. Erfaringene syns å ha vist dette.

Da Sosialdepartementets budsjett for 1979 litt senere på høsten ble debattert i Stortinget, tok igjen saksordfører Odd With og andre borgerlige politikere opp spørsmålet om Helsedirektoratets stilling. I sitt første innlegg i debatten påpeker With at Larsen-utvalget gjennom mandatet ble avskåret fra å vurdere Helsedirektoratets dobbeltstilling: "At departementet ikke engang tør utrede dette, viser kanskje aller best hvilken makt helsedirektøren har fått".⁴⁷⁷ Hans komitekollega, Høyres Gerd Kirste (f. 1918), følger opp:

Det blir sagt at man ikke ønsker å løsrive direktoratets virksomhet fra den politiske ledelse i departementet. Jeg vil ikke unnlate å nevne at noen spør hvor den politiske ledelse ligger. Og det er jo lov å spørre.

Også Kristelig Folkepartis parlamentariske leder, Lars Korvald (1916-2006), ytrer seg om Helsedirektoratet. Han mener det er "uholdbart med den dobbeltfunksjonen som direktoratet har" og anbefaler at det "på fritt grunnlag" blir foretatt en "utredning av den sentrale helseadministrasjons organisering i fremtiden". Sosialistisk Venstreparti Hanna Kvanmo (1926-2005) forsvaret status quo og nevner spesielt betydningen av at det er nær kontakt mellom Direktoratet og den politiske ledelse. Arbeiderpartiets Guttorm Hansen (1920-2009) kommenterer også saken og peker spesielt på at en deling av helseforvaltningen igjen ville bringe tilbake dobbeltarbeidet man hadde under ordningen fra 1891 til 1940. Statsråd Ryste kommer i sitt innlegg ikke med nye momenter, men forsvaret Regjeringens standpunkt på en nokså almen måte. Spesielt legger hun vekt på at de fleste av Helsedirektoratets saker er departementssaker og at Direktoratet derfor i all

476) SF 6a. II, 1978-79, *Budsjett-innst. S. nr. 11*, s. 6. Det neste sitat er fra samme side. Fraksjonene omfattet de samme personer som året før, bortsett fra at istedenfor Gunnar Hvashovd (Ap) (1924-2001) møtte vararepresentant, senere partisekretær, Martin Kolberg (f. 1949).

477) SF 7a, 1978-79, *Tidende S*, s. 1361. Sitatene fra Kirstes og Korvalds innlegg, omtalt nedenfor, er fra s. 1365 og 1391. Kvanmos, Hansens og Rystes innlegg finnes på sidene 1394, 1404 og 1428.

hovedsak fungerer som departementsavdeling. Anderledes sagt: Direktoratets særstilling er ikke så sær som mange i opposisjonen gir inntrykk av. Med sin klare standpunkttagen bidrar hun imidlertid til å binde seg, og Regjeringen, enda sterkere til den evangske orden. Hun satte i virkeligheten bom for enhver større reform i inneværende stortingsperiode, altså frem til høsten 1981. Samtidig var det nå like klart at med et regjeringsskifte i 1981 måtte man vente at der ville komme en omordning av den sentrale helseforvaltning. Men alt var ikke låst for denne perioden heller. Der skjedde en bevegelse i den retning de borgerlige partier ville gå. Det sørget blant annet endel viktige byråkrater for, som vi snart skal se.

De to neste budsjettproposisjonene er nå tause om ”direktoratsspørsmålet”, men er minst like effektiviseringsopptatt som før. De vanskeligere konjunkturer i slutten av 1970- og begynnelsen av 1980-årene, blant annet som følge av nye ”oljeprissjokk”, bidrar til å understreke betydningen av effektiviseringstiltak. Men disse effektiviseringstiltakene er ikke bare uttrykk for en teknisk og ”ideologifri” innsats, selv om proposisjonene kunne gi inntrykk av det. De er, viser det seg snart, uttrykk for en dyperegående omlegging av den offentlige styrings- og ledelsespolitikk. De er uttrykk for overgangen fra en intervensjonsbyråkratisk og regelorientert til en mer passivbyråkratisk, forretningsmessig og målorientert styring og ledelse. Overgangen fra det byråkratisk intervensjonsbyråkratisk og regelorientert til det byråkratisk abdiserende viser seg ved at staten i større grad styrer gjennom mer ”stående” lover, og delegerer mye av forvaltningen av lovene til egne, ”frittstående” direktorater, og ytelsen av tjenestene til enda mer frittstående, til dels privatiserte, foretagender eller foretagelslignende institusjoner. Den viktige overgangen til rammefinansiering for sykehusvesenet fra 1980 er ett av mange, men særlig viktig, bidrag til en slik omlegging innen helsevesenet. Gjennom rammebudsjetter fristilles sykehus og deres direktører ”myndiggjøres”. Sykehusene blir delvis til foretagender. Det borgerlige forslag om delvis å fristille Helsedirektoratet fra Departementet hører med i en slik ny styrings- og ledelsespolitikk. Vi skal også her nevne at Kristelig Folkeparti ikke helt gav seg. Til Stortingets spørretime 12. mars 1980 spurte Odd With Sosialministeren hvorfor ikke Helsedirektoratets status hadde vært endel av mandatet for Larsen-utvalget og hvorfor ikke Utvalgets innstilling var blitt offentliggjort. Slik sørget han for at også Rystes etterfølger som statsråd, Arne Nilsen, måtte binde seg offentlig. Statsråd Nilsens svar gav intet nytt, utover å være på norsk.

I et arbeiderparti som var blitt tydelig radikalisert etter 1973 (EF-avstemningen 1972) og gjennom motkonjunkturpolitikken under den økonomiske stagnasjonen i annen halvdel av 1970-årene, var det vanskelig straks å gå inn på en politikk for styrings- og ledelsesmessig modernisering. Men ”under” de høyt profilerte, radikale tiltakene, som den såkalte bankdemokratiseringen, skjedde det en bevegelse i retning av en ny offentlig styring og ledelse, også i helsesektoren.

Larsen-utvalgets innstilling ble sendt til uttalelse i Departementet (bare). Da kom igjen Helsedirektoratets dobbeltstilling opp. Den var blitt berørt under

diskusjonene i Larsen-utvalget, men Utvalget holdt seg unna den i sin innstilling. Nå ble den trukket frem igjen. I Sosialavdelingens uttalelse, undertegnet av Tormod Hermansen (f. 1940) (og H. Helle), beklages det at Utvalgets mandatet var så snevert og synes at de forslag Utvalget kommer med knapt er til noen hjelp. Avdelingen skriver også: "De problemer som knytter seg til Helsedirektoratets spesielle stilling vil fremdeles være uløste".⁴⁷⁸ Også Plan- og utredningsavdelingen henviser til spørsmålet om Helsedirektoratets status, og siterer endog Sosialkomiteens oppfordring fra budsjettbehandlingen høsten 1976 om å vurdere en deling av Direktoratet. Planavdelingen, altså Jan Madsen, mener Departementet ikke kan ta stilling til mange av Larsen-utvalgets forslag før det har tatt stilling til dette spørsmålet. Påpekningen virker pussig utfordrende, for såvidt som jo Statsråden allerede hadde tatt standpunkt til "det store spørsmålet". Trygdeavdelingen føler at Utvalgets innstilling ikke berører den og uttaler seg derfor ikke nærmere om den. Helsedirektoratet uttaler tilfredshet over at delingsspørsmålet er lagt til side som uaktuelt, men kan akseptere at det sees på om det skal instruksfestes hvordan det skal skilles mellom "politiske" og "faglige" saker. Å gjøre det er imidlertid å nærme seg det "farlige" spørsmålet i større grad enn Helsedirektøren ser ut til å ane. Det ser vi av det notat Finn Høvik, Administrasjonsavdelingens sjef, utarbeidet på grunnlag av høringsuttalelsene.

Han skriver i notatet, som ble lagt frem for sjefsmøtet (i Departementet), at en deling er politisk avvist, men at en sortering av sakene som politiske og faglige reiste spørsmålet om hvordan de første saker skulle behandles på departementsplan. Det vil, skriver Høvik, "etter min oppfatning være naturlig at departementsråden får ansvaret for den del av Helsedirektoratets arbeid som ikke kan karakteriseres som "faglige spørsmål".⁴⁷⁹ Madsen har notert på notatet at han slutter seg til "Høviks merknader og forslag". Høvik og Madsen så den åpning en presisering av instruksen gav for å få Mork inn i folden; det vil si, til i all hovedsak å gjøre ham til en vanlig ekspedisjons-sjef. Nå så også Mork hva han først hadde oversett, nemlig at dobbelstillingen krevde vaghet om saksklassifiseringen. I et notat til Statsråden, sendt noe over nyttår 1978 (9.1.), presiserer Helsedirektøren, "for ordens skyld" at han "bestemt må reservere seg mot antydningen i notatet (fra Administrasjonsavdelingen) om at departementsråden skal tillegges ansvaret for den del av Helsedirektoratets arbeid som ikke kan karakteriseres som "faglige spørsmål". Man går ut fra at man ikke går videre med denne sak uten at helsedirektøren blir underrettet". Nå var Helsedirektøren blitt skremt og nærmest alarmerte Statsråden. Han argumenterte dog ikke mot Høviks "skummelt interessante" resonnement.

Der kom ikke noe ut av Høviks initiativ, men det viste at de sentrale byråkrater i Departementets ordinære avdelinger, og for såvidt også Departementsråden, var like stedige i sin "forfølgelse" av Helsedirektøren som de borgerlige, og særlig de kristelig-borgerlige, sosialpolitikere på Stortinget.

478) Uttalelse til Larsen-utvalgets innstilling fra Sosialavdelingen, avgitt 22. mars 1977 (ref.: 1639/77 I MB/TC).

479) Notatet har overskriften "Bjørn Larsen-utvalgets innstilling" og er datert 17.11.1977 (FH/AF). Sitatet er fra s. 2.

De to prosesser, stortingsprosessen og den departementale Larsen-prosessen, var prosesser som var tett vevet sammen. De peker frem mot den neste utredning, Bøsterud-gruppens. Men før vi går inn på den skal vi gå tilbake, nemlig til den undersøkelse Rasjonaliseringsdirektoratet gjennomførte, mer eller mindre parallelt med, men forholdsvis uavhengig av, Larsen-utvalget. R-direktoratsundersøkelsen, som startet før Larsen-utvalget kom igang, og leverte sin rapport etterat Larsen-utvalget hadde levert sin, gav premisser for Bøsterud-gruppens arbeid.

Rasjonaliseringsprosessen: Fortsatt trås vannet

Rasjonaliseringsdirektoratets undersøkelse, som altså startet som en forundersøkelse i 1974 ble utvidet til en mer almen undersøkelse fra høsten 1975.⁴⁸⁰ Mens Larsen-utredningen gjaldt Departementet som helhet, og for såvidt var en følge av politisk ”støy”, gjaldt R-direktoratets undersøkelse bare Helsedirektoratet, og var en følge av et indre ledelsesinitiativ. Mens således Larsen-utvalget var potensielt truende for Helsedirektoratet, var R-direktoratets undersøkelse nærmest problemforebyggende.

R-direktoratets undersøkelsesrapport ble lagt frem sommeren 1978. Rapporten⁴⁸¹ er delt i en mer omfattende beskrivende og ”diagnostisk” del og en mer kompakt ”terapeutisk” del. Hva det siste angår er den tildels strekpunktpreget. Rapporten ble utarbeidet av rasjonaliseringsekspertene, men med medvirkning av en person fra Helsedirektoratet.⁴⁸² Den er på bare 25 sider, med fire vedlegg på tilsammen 22 sider. Arbeidet ble utført under ledelse av en styringsgruppe. Gruppens leder var Direktoratets toppjurist, ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard.⁴⁸³ Rasjonaliseringsundersøkelsen hadde altså ikke bare Helsedirektoratet som oppdragsgiver, den ble utført med betydelig medvirkning fra og styring av Helsedirektoratet.

Styringen, og det probleforebyggende, til tross var Rasjonaliseringsdirektoratets undersøkelse preget av den styrings- og ledelsesfilosofi som nå vokste frem og som vi ovenfor har omtalt. Den var en anelse mer ”moderne” enn Larsen-utvalgets. Den gjaldt nok bare Helsedirektoratet internt og den var preget av den litt teknisk-nøytrale filosofi som karakteriserte den ennå ikke særlig offensive nye offentlige styrings- og ledelsesideologi. Undersøkernes hoveddiagnose kan man si var at Direktoratets ledelse ikke fungerte profesjonelt nok. De rettet ikke pekefingeren mot Helsedirektøren, eller andre ledere; dertil var de, som sagt, for teknisk orientert og for preget av sin oppdragsstatus. De rettet pekefingeren mot Direktøren og til dels de

480) Rapporten fra forundersøkelsen ble lagt frem den 29. april 1975. Den konkluderte med at hele Direktoratet burde undersøkes. Det ble påpekt at det i løpet av de siste ti år bare var foretatt ”partielle” ordningsmessige endringer og at det ”kan ha bidratt til å forsterke visse uheldige trekk ved organisasjonsstrukturen”. Det ble også nevnt at ”ledelsesspennet” for direktoratsledelsen var øket og at det var et behov for ”å avklare og samordne kontorenes saks- og ansvarsområde”. Kfr. Undersøkelsesrapporten, s. 1. Ad rapportens navn, kfr. neste fotnote.

481) Rapport fra organisasjonsundersøkelse i helsedirektoratet, Oslo: Rasjonaliseringsdirektoratet, 1.6.1978.

482) Prosjektleder var konsulent Bjørn Tomten fra Rasjonaliseringsdirektoratet. I tillegg deltok i prosjektgruppen konsulent Jon Oftedal, Rasjonaliseringsdirektoratet, konsulent Magne Lillesest, Helsedirektoratet og en tid konsulent Ivan Børner, Asbjørn Habberstad A/S.

483) De øvrige medlemmer var overlege Otto Steinfeldt-Foss, Kontoret for psykiatri, byråsjef Egil Danielsen, Sykehuskontoret, sekretær Arne Metzner (ansattrepresentant) og rasjonaliseringsleder Harald Ellefsen, Rasjonaliseringsdirektoratet.

andre lederes organisatoriske handlingsbetingelser. De fant at disse betingelsene både hierarkisk og horisontalt var utilfredsstillende.

Det hierarkiske problem, altså på mange måter Direktørens problem, var, som allerede forundersøkelsen viste, at han hadde et så stort kontrollspenn at han ikke kunne ha god oversikt over sitt Direktorat og derfor heller ikke kunne lede det på en godt integrert måte. Hans ledelse ble fragmentert av det mangehodede press han fikk nedenfra. Man kunne også si det slik, men nå trekker vi undersøkelsen en god del lenger enn undersøkerne gjorde – og hadde våget å gjøre, om de hadde kunnet gjøre det: den fragmentering den faginstusjonelle organiseringen representerte slo helt inn i direktørrollen. Direktøren ble ”mange” direktører; eller egentlig, mange over-overleger (etc.). Ja, på et vis ble han nesten overflødig; eller satt enda mer på spissen: overarbeidet og overflødig.

Undersøkerne fant, eller snarere konstaterte, også at Direktøren i stor grad ble sittende som den siste og øverste saksbehandler. Det reflekterte selvsagt det forhold at det var slik storparten av kontorene mesteparten av tiden fungerte, saksbehandlende. Saksbehandlingen var også i hovedsak iverksettende; den dreide seg om å forvalte et oppsplittet sett av lover og forskrifter, ofte kasuistisk. Trykket nedenfra var altså ikke bare bredt (stort kontrollspenn), det var også ekstremt fragmentert og ”prosaisk” iverksettende. Det gjorde ham ”enda mer” overarbeidet og overflødig. Denne ”patologi” ble forsterket av den tretrinns, i hovedsak skriftlige, saksbehandling som foregikk på toppen.

Som følge av denne organisering ble det, mener utrederne, svært vanskelig for Helsedirektøren, og den øverste ledelse av Direktoratet, å fungere strategisk og resultatorientert; ja, det var, med noen unntagelser, vanskelig for Direktoratet mer alment å fungere slik. Det var et ekstra stort problem, tør vi tilføye, i en tid hvor helsevesenet var inne i sitt største hamskifte siden overgangen fra det 19. til det 20. århundre. Men det var ikke bare det strategiske og resultatorienterte som slik måtte lide. Også det internt fellesskapsbyggende måtte lide, påpekte så vel utrederne som de ansatte, i de diskusjonsrunder som fulgte etterat rapporten var levert. De ansatte følte Direktøren, og til dels den øvrige øverste ledelse, som fjern og utilgjengelig. Det var et større problem nå enn tidligere: Det nye, demokratiserte og mobile, samfunn skapte nye tilpasningsproblemer. Som vi har sett, ble det en større ”gjen-nomtrekk”.

I noen, men i varierende grad, var det, fremholdt utrederne, lignende ledelsesproblemer på kontornivå. Nedover i etaten, altså på fylkeslege- og distriktstlegekontorene skapte fragmenteringen og det store saksomfanget i Direktoratet tiltagende frustrasjon: Styringen fremstod ofte som lite samordnet og det tok (alt)for lang tid å få fattet beslutninger. Det er fristende ytterligere å påpeke det uuttalt, og nok også uforstått, kritiske i undersøkelsens diagnostikk: Kritikken av den overveiende forvaltende (iverksettende) – altså trinnvise, rent skriftlige, saksbehandling, er en (implisitt) kritikk av jusens dominans. Kritikken av den fragmenterte både

politikkutvikling og politikiverksettelse er en (implisitt) kritikk av den medikratiske dominans. Ja, kritikken av ”ledelsesfraværet” er en (implisitt) kritikk av den kombinerte juridiske og medikratiske modus operandi i Direktoratet. Den tradisjonelle juridiske saksbehandling og den fragmenterte institusjonalisme representerte, kan man si, et etterhvert nokså institusjonalisert, men stadig med defensivt, kompromiss mellom de to maktgrupper i Helsedirektoratet, den medisinske og den juridiske.

Kompromisset ble også legemliggjort i én person, Jon Bjørnsson. Han kombinerte i sin væremåte det juridiske og det medisinske. Han var, og bar, kompromisset. Han var nok, på et vis, vagt oppmerksom på det. Kanskje var det også derfor han så på seg som Evangs naturlige etterfølger? Kanskje var det også, men enda mer ubevisst, mange av de andre sentrale personene, ”oppmerksom” på det: De støttet hans kandidatur. Men vi tror ikke Evang helt hadde sett det; han var for suveren til det. Vi tror heller ikke Mork oppdaget det. Han ble for raskt hvirvlet inn i distraherende ”begivenheter”. Men det tør være av en viss betydning at Morks, og Direktoratets, problemer for alvor ble store da Bjørnsson gikk av og, i virkeligheten, ble erstattet av ”ingen”. Inntil Bjørnsson gikk av i 1977 forble han, med Munch-Søegaards viktige bistand, en slags garantist for at ”intet” strukturelt skulle skje innad. Samtidig kan man si at det ”kompromiss” han selv ”var” også innebar en maktforskyvning i Direktoratet. Under Evang var balansen medisin-jus svært skjev. Med Bjørnssons kompromiss ble den jevnere. Det manifesterte seg også i at Munch-Søegaards rolle ble styrket og i at Økonomi- og personalekontoret vokste og ble viktigere, spesielt hva angikk budsjettpolitikken. Sjefen for dette kontoret, juristen Reidar Bang, ble også gjort til avdelingsdirektør, en stilling som mer balanserte overlegestillingene i de fleste andre kontorene. Man kan slik si at den institusjonelt konservative Jon Bjørnsson også var med på å starte overgangen fra medikrati til ”post-medikrati”.

Rasjonaliseringsdirektoratets rapport, som ble avgitt en god tid etter at Bjørnsson var trådt tilbake, peker altså utover dette ”defensive” medisinsk-juridiske kompromiss. Der er ”kamouflert” sprengstoff i rapportens diagnostiske del. Der er også litt av det i rapportens ”terapeutiske” del. Rapportens forfattere har imidlertid vært forsiktige med å konkretisere. Den endelige konkretiseringen skjedde først etter en omfattende remissprosess, og da i regi av undersøkelsens styringsgruppe. Rapporten ble diskutert på et arbeidsseminar den 12. juni. På dette seminar deltok, foruten utredere fra R-direktoratet, representanter for de ansattes organisasjoner og for fylkeslegeetaten. I tillegg ble kontorene i Direktoratet invitert til å komme med skriftlige kommentarer til undersøkelsesrapporten. Styringsgruppens endelige konklusjoner, som det etterhvert var skapt stor enighet om, ble lagt frem 8. desember 1978.

I tråd med diagnosen går terapien først og fremst ut på å gjøre Direktoratet til et mer offensivt styrende og ledende organ. Satt mer på spissen: Terapien peker i retning av en styrings- og ledelsesrevolusjon. Den antesiperer den ”nye offentlige ledelse” som snart skal ”velte inn over” også Norges offent-

lige forvaltning, og som i noen grad var foregrepet gjennom St.meld. nr. 31 (1975-76), *Om administrativt utviklings- og effektiviseringsarbeid*.

Den ene, og primære, side ved terapien er å styrke Helsedirektørens og hans direktorats strategiske og resultatbevisste virkemåte. Den annen, og sekundære, side er å bygge et mer offensivt indre fellesskap, gjennom en mer mobiliserende ledelse. Her skal vi særlig omtale styringsterapien. La oss dog først si at hverken rasjonalisererne eller styringsgruppen uttrykker seg utpreget offensivt, ikke engang så offensivt som den allerede tre år gamle stortingsmeldingen om effektivisering. Den vil redusere ”patologien” for å skape fornyelse, ikke fornye for å få bort patologien.

Et av de to viktigste tiltak for å styrke Direktoratets strategiske rolle er således å få ned volumet av enkeltsaker, altså av rutinepreget forvaltning, på øverste nivå, men også på nivåene nedover. Hele Direktoratet, men spesielt dets ledelse, skal altså se færre enkeltsaker. Enkeltsaksvolumet er ”patologien”. Ved å få ned saksomfanget skal det frigjøres tid og oppmerksomhet til en mer strategisk orientert styring og ledelse, til det ”salutogene”, om man vil. Ved kvantitative tiltak skal det skapes en kvalitativ endring.

R-direktoratet, og styringsgruppen, ville få ned omfanget av enkeltsaker delvis ved å stoppe dem på lavest mulige nivåer i Direktoratet og delvis ved å stanse dem i fylkeslegeetaten eller helt ute i selve helsevesenet. Utrederne talte imidlertid ikke om å stanse sakene på lavere nivåer, men om å delegerer dem til lavere nivåer. Man var blitt vant til at de hørte hjemme på toppen. Denne stansingen, eller delegeringen, kan også sees på som begynnelsen på en bredere og mer ideologisk offensiv fristillelsespolitikk. Utrederne så ikke det klart nå, og var gjennom mandatet også nektet å se det. Den videre implikasjon av en politikk for å stanse enkeltsakene lenger nede er jo å dele Direktoratet, altså oppheve dets heisstatus. Utrederne så heller ikke klart at den kommunalisering av så vel primær- som sekundær- og tertiærhelsevesenet, gjorde at hele delegasjonsspørsmålet kom i en ny stilling. Linjen nedover, fra Direktoratet, via fylkeslegene til distriktslegene og, langt på vei, sykehusoverlegene hadde vært en relativt enhetlig, faglig linje. Nå ble den brutt av nye politiske og administrative organer i fylkeskommuner og primærkommuner. Som vi skal komme tilbake til representerte kommunaliseringen om ikke et brudd med, så iallfall en stor utfordring for, den planøkonomiske og delvis planmedikratiske tankegang som preget ”nr. 9”.

Det annet viktige forslag har også noe kvantitativt og derfor patologi-reducerende ved seg. Det går ut på å redusere antallet organer på nivået under den øverste ledelse fra ti til fem. De fem organer skulle kalles avdelinger. De gamle kontorene (som ikke skulle bli avdelinger) skulle, i noen grad, fortsette, men på et nivå nummer tre. Denne reformen skulle delvis virke som den første, nemlig ved at enkeltsaker kunne avgjøres på lavere nivåer enn før, og tid frigjøres for strategisk virksomhet på høyere nivåer. Men dette forslaget skulle bidra til å styrke den strategiske kapasiteten også ved at samordningen begynte på et lavere nivå. Slik skulle Direktoratet som sådant bli mer samordningsorientert. Den gamle

institusjonelle fragmentering skulle bygges ned, selv om denne nedbygging ville bli begrenset av at mange kontorer skulle fortsette å eksistere.

De fem avdelingene skulle, etter styringsgruppens endelige forslag, være avdelinger for forebyggelse (det prekliniske), primærhelsevesen (det primært kliniske), institusjonshelsevesen (det sekundært, tertiært etc. kliniske), legemiddelforvaltning og administrasjon. Gruppen ville altså føre videre det gamle, faginstitutionelle legemiddelkontoret og det delvis tverrgående økonomi- og personalkontoret, men samle de resterende faginstitutionelle kontorer i tre fagoverskridende institusjonelle avdelinger. De fagoverskridende avdelinger, men særlig de to klinikkansvarlige, reflekterte den nye, ”asvallske” helsevesensstrukturen, eller LEON-strukturen, som Stortinget gav sin tilslutning ved behandlingen av St.meld. nr. 9 (1974-75), våren 1975.

R-direktoratets undersøkere foreslo også at saksbehandlingen i større grad ble gjort muntlig, altså mer kollegial og diskusjonspreget. Den skulle, var tanken, slik også bli mer reelt samordningsorientert: I stedet for at ulike saksbehandlere, gjerne med ulik fagbakgrunn, behandlet sakene ”serielt”, etter hverandre, skulle de behandle dem ”parallelt”, altså sammen og samtidig.

Rasjonaliseringsfolkene forslag til reformer var i prinsippet ”nesten radikale”. De reflekterte en annen visjon av Helsedirektørens og Helsedirektoratets rolle enn den de sistnevnte hadde. De reflekterte en visjon om en direktør og et direktorat som fungerte mer strategisk-politisk; ja, som var et sekretariat for statsråden. Men denne visjonen krevde at Direktoratet ble en departementsavdeling og at det ble etablert et nytt sentralt, løpende iverksettelsesorgan utenfor Departementet. Dette organ ville da bli et organ som også kunne ta de enkeltsaker som ikke kunne behandles enten i den ytre etat (hos fylkeslegene) eller i de tjenesteytende institusjoner selv og hos deres (nye) eiere, fylkeskommunene og snart også kommunene. Men å forfølge visjonen så langt var rasjonaliseringsfolkene avskåret fra gjennom mandatet, og de måtte nøye seg med mer ”puslete” forslag. De måtte også avstå fra å presentere den visjon selv de puslete forslag var uttrykk for. Deres rapport forble derfor nokså tørr lesning. Den ”hisset” ikke opp noen, positivt forstått. Derimot skapte den etter hvert, den forholdsvis demokratiserte saksbehandlingsprosess til tross, en del negativ opphisselse. Mange av kontorene, og mange av de ansatte – særlig legene og juristene – reagerte på ”terapien” mer med motforestillinger enn med forestillinger. Det var som om de, og igjen særlig de som legemliggjorde det organisasjonskompromiss Helsedirektoratet var uttrykk for, var låst fast i de mentale former den svært gamle struktur hadde skapt. Det gjaldt også Helsedirektøren selv. Han reagerte på forslagene som til sist kom fra styringsgruppen for R-direktoratets prosjekt først og fremst med motforestillinger. Han reagerte som om han var en passasjer på skuta, ikke som om han var dens skipper.

Det var nå ingen tvil om at det var behov for å gi Helsedirektøren en mer strategisk styrings- og ledelsesrolle, og at det blant annet krevde at han fikk et mindre kontrollspenn og færre enkeltsaker å forholde seg til. Noen tall

angående enkeltsakene illustrerer situasjonen. Rundt 1980 fikk Helsedirektøren årlig til avgjørelse ca. 10 000 enkeltsaker. Siden han ble utnevnt hadde han kommet til å utvide sitt internasjonale engasjement mer og mer og kunne nå være borte fra sitt kontor i Oslo i både fire og seks uker ad gangen. Også innenlandske reiser tok en del tid. Hvis han var tilstede på sitt kontor 200 dager i året, men det var han ikke, betydde det at han måtte avgjøre 50 saker pr. dag, eller én pr. tiende minutt. I tillegg kom så de ”egentlige” direktørsaker, knyttet til den politisk-strategiske styring og den etatlige ledelse. Etter at Bjørnsson var gått av ble hans etterfølger, Egil Willumsen, i noen grad stilt utenfor den løpende saksbehandling, for å arbeide mer ”overordnet”. Enkeltsakene gikk da fra Munch-Søegaard til Mork. Det ble spart noe saksbehandlingstid på den måten, men Direktoratet ble jo ikke mindre forvaltningsorientert av det. Dermed ble den fraværende helsedirektør en alvorlig flaskehals. Den ”intermitterende” helsedirektør, den delvis fristilte Medisinalråden, var ofte ikke tilstrekkelig orientert om sakene til å kunne avgjøre dem raskt. Han hadde heller ikke det fortrolige forhold til Mork som Bjørnsson hadde hatt til Evang.

Rasjonaliseringsfolkenes omfattende prosjekt resulterte ikke i umiddelbare endringer i Direktoratet. Det skyldtes den lunkne og til dels negative mottagelse anbefalingene fikk innad i Direktoratet, spesielt anbefalingene om å innføre et nivå nummer to og om å delegere saker til lokale organer. Men det kan nok være endringene hadde kommet raskere hvis den politiske ledelse hadde dyttet mer på. Sosialministeren, Ruth Ryste, var blitt svært avhengig av Helsedirektøren og hadde ikke kraft til å drive saken. Hun hadde sittet siden Nordli ble statsminister 15. januar 1976, men uten noen gang å bli helt komfortabel i sin rolle. Ja, hennes posisjon ble etter hvert også svekket. Det bidro til det at hun mistet sin første statssekretær, Kjell Knudsen i september 1977 og først fikk en ny, psykiateren Per Nyhus (1927-1989), over nyttår 1978. 8. oktober 1979 gikk hun av og ble erstattet med Arne Nilsen, en mer erfaren og bestemt politiker.

Nilsen var kommet inn i Regjeringen halvannet år før, i Kommunal- og arbeidsdepartementet. Det var imidlertid ikke naturlig for ham straks å engasjere seg i organisasjonssaker. Det var det enda mindre som regjeringen Nordli nå var svekket, etter et svakt lokalvalg (1979) og etter lengre tids indre strid i Regjeringen og partiet (Nordli som statsminister, Reiulf Steen som partiformann, men også statsråd (1979, handelsminister)). Ja, Regjeringen var i virkeligheten i oppløsning. Oppløsningen kom i januar 1981. Regjeringen Nordli ble etterfulgt av den første regjeringen Brundtland. Men det ”distraherte” selvsagt også at Regjeringens svar på den internasjonale økonomiske krise, en offensiv motkonjunkturpolitikk, ikke var vellykket og at det nå ble lett etter andre, mer høyrepregede, svar.

Formelt var det Helsedirektøren som hadde utspillet. Organisasjonsundersøkelsen var bestilt av ham. Først 29. august 1980, over to år etter at ”R-rapporten” forelå og knapt to år etterat styringsgruppen hadde levert sine anbefalinger, sendte Helsedirektøren sin innstilling til Statsråden. Han bad her om at det, så snart Statsråden hadde fattet en beslutning om

organisasjonsstrukturen, ble nedsatt en ”intern arbeidsgruppe” i Helsedirektoratet. Gruppen skulle planlegge gjennomføringen av de reformer som ble foreslått. Helsedirektørens initiativ kommer altså sent og er passivt, nesten abdiserende. Helsedirektøren bekrefter på denne måten at han, hva Direktoratets organisering angår, er blitt en av mange remissinstanser. Men kanskje er han også blitt mer på vakt? Så snart det blir tale om å gjøre noe med organisasjonen, utnytter kritikerne av den evangiske orden, de byråkratiske liksåvel som de politiske, den mulighet som slik tale skaper.

En siste, forsiktig ”runde” om ordningsspørsmålet: Bøsterud-utvalget

Statsråd Arne Nilsen svarte nokså raskt på Helsedirektørens innstilling. *Den 26. november, to måneder etter at han hadde mottatt innstillingen, oppnevner han den arbeidsgruppen Helsedirektøren hadde bedt om. Den ble dog ikke helt intern. Til å lede den satte han sin forholdsvis ferske statssekretær, Helen Bøsterud. Hun var blitt statssekretær i april (21.) samme år, men kom da fra Stortinget og dets sosialkomite og kjente for så vidt godt til kontroversene om Helsedirektoratets organisering. Nilsen fikk en litt mer kritisk distanse til Helsedirektøren enn forgjengeren hadde hatt og ville antagelig sikre seg en viss kontroll med organisasjonssaken. Ved å plassere sin statssekretær som leder for gruppen plasserte han imidlertid også en person som gruppeleder som allerede hadde bundet seg til å forsvare Direktoratets dobbeltrolle. Men hva mer var, han lot i all hovedsak Gruppen få det mandat Helsedirektøren i sin henvendelse av 29. august hadde foreslått, nemlig et mandat som forutsatte, om ikke direkte erklærte, at Direktoratet skulle fortsette i dobbeltstilling og ellers konkretisere de hovedforslag R-direktoratutredningen hadde konkludert med. Med statssekretæren som gruppeleder og med tre medlemmer fra Direktoratets ”ideologiske kompromissgruppe”, medisinalråd Willumsen, ekspedisjonssjef Munch-Søegaard og overlege Hovind, som de viktige gruppemedlemmer, var også denne gruppen derfor nesten ”dømt” til å bli en lite dynamisk gruppe.⁴⁸⁴

Gruppen hadde i alt 15 møter og la frem sin innstilling den 3. juli 1981, etter syv måneders ganske intenst arbeid. Gruppen holdt tre almene informasjonsmøter, hadde møter med alle kontorer og med representanter for fylkelegeetaten og fylkestannlegene. Den inviterte alle til å komme med skriftlige innspill. Gruppen arbeidet, ikke minst tidspresset tatt i betraktning, nokså interaktivt, selv om noen av organisasjonene ikke syntes det. Helsedirektøren selv ble dog stående på sidelinjen. Gruppen møtte ham to ganger, i begynnelsen av juni (5. og 9.), en knapp måned før innstillingen ble levert. Det ser ikke ut til at han har bidratt med skriftlige innspill. Han forble stående på sidelinjen, igjen.

Det var en uuttalt forutsetning for gruppens arbeid at Helsedirektoratets status ikke skulle endres. Det var ikke så overraskende gitt

484) Hovind var formelt fagforeningsrepresentant. Han representerte AF. Også NTL hadde en representant i gruppen, konsulent, cand. mag. Hans Tore Skaug. Byråsjef i Sykehuskontoret (siden 1971), statsviteren Egil Danielsen var gruppens sekretær. Som observatør fra Sosialdepartementets andre avdelinger møtte byråsjef, cand. oec. Bjørn Halvorsen, Sosialavdelingen, og som observatør fra Rasjonaliseringsdirektoratet møtte r-leder Jon Oftedal.

stortingsgruppens standpunkt de senere årene. Statsråd Arne Nilsen var imidlertid også opptatt av kontinuitet. Større endringer skaper unødig uro, mente han.⁴⁸⁵ Han, eller Helsedirektøren, bad ellers i mandatet om at gruppen tok utgangspunkt i Rasjonaliseringsdirektoratets undersøkelse og de anbefalinger som den ledet til. Han bad således om at gruppen måtte legge til grunn for sine øvrige forslag at Direktoratet skulle deles inn i de fem avdelinger ”rasjonaliseringsprosessen” hadde ledet frem til. Han ville for øvrig at gruppen vurderte om der burde knyttes et eget stabsorgan for planlegging til Helsedirektøren. Han, eller Helsedirektøren, ”så” det Larsen-komiteen ikke hadde sett, at planlegging er en stabsoppgave. I hovedsak var imidlertid gruppens oppgave å lage en plan for en realisering av de forslag rasjonaliseringsprosessen hadde resultert i.

Til tross for de begrensninger som ble lagt på Gruppens arbeid, og de ”begrensninger” som lå i Gruppens sammensetning, kom Gruppen til å tilføre organisasjonsprosessen noe dynamikk. Gruppen kom så langt at det nesten gjenstod for dem som skulle overta ”stafetten” etter den å trekke den mer radikale, ledelsesmoderniserende slutning – at Direktoratet burde deles.

Gruppen redegjør i den ”diagnostiske” del for tendenser i den helsepolitiske utvikling, men også i den almene statlige forvaltnings- og styringsutvikling. Hva angår de sistnevnte tendenser påpeker den hvordan utviklingen går mot en tydeligere avgrensning av de ulike styringsfunksjoner, de politisk-strategiske og resultatvurderende på den ene side og de iverksettende, innbefattet de ”kasuistisk” iverksettende, på den annen (s. 32-35). Men Gruppen ”tør” ikke si at dens mandat er i strid med den almene styringspolitikk. Den foreslår derfor ikke det som hadde vært naturlig, gitt styringsutviklingen, nemlig at Direktoratet burde deles. Det fremgår for øvrig av referatene fra Gruppens møter at problemstillingen stadig ble berørt.

Gruppens forslag, innen den ramme den hadde fått, peker dog klart i ”normaliserende” og moderniserende retning. Den legger til rette for den nye offentlige styring og ledelse.

Gruppen vil ikke endre på helsedirektørembedet, eller kravet om at Direktøren skal være lege, men den vil ta bort medisinalråds- og ekspedisjonssjefs-embedene. Disse embeder ble fylt på en noe tveetydig måte. Sett fra én synsvinkel var de linjeembeder: Direktør Medisinalråd Ekspedisjonssjef. Slik ble gjerne organisasjonskartet tegnet. Slik ble det også tegnet av gruppen. Men det var først og fremst oppover at det fungerte slik, iallfall så lenge Bjørnsson var medisinalråd (til 1977): De ”vanlige” sakene ble sendt gjennom denne linjen, fra kontorene via ekspedisjonssjef og medisinalråd til Helsedirektøren. Nedover fungerte ikke Direktoratet slik. I de viktige hen-seender fungerte medisinalråden og ekspedisjonssjefen som egentlige råder, altså som stabspersoner. De var medisinalråd og lovråd, og gav Evang og siden Mork råd. Men disse beslutningene ble iverksatt direkte, altså gjennom kontorene. I en del saker var imidlertid medisinalråden, eller

485) Arne Nilsen la i en samtale vi hadde med ham den 16.12.2008 særlig vekt på kontinuitetshensynet.

ekspedisjonssjefen første og siste ledd i linjen fra kontorene og i disse saker skjedde også iverksettelsen fra dem overfor (de aktuelle) kontorene. Det gjaldt i det første tilfelle helsefaglige, i det annet tilfelle juridiske, økonomiske og personalpolitiske saker. Denne ordningen var tidskostbar, bidro i noen grad til en faglig fragmentering av politikken og gjorde også ansvarsforholdene litt uklare. Som vi har sett ble denne gamle ordningen i noen grad modifisert da Bjørnsson gikk av. Medisinalråden ble nå mer en råd og mindre en linjeperson.

Gruppen foreslo at Helsedirektøren skulle få som sine nærmeste overordnede rådgivere, ”porteføljelederne”, altså lederne for de avdelinger Statsråden hadde gitt Gruppen beskjed om å lage forslag om å opprette. Dog kom Gruppen til å avvike litt fra pålegget for så vidt som den mente det ville holde med fire avdelinger. Gruppen foreslo å legge Statsrådets femte avdeling, Legemiddelavdelingen, inn som et kontor i Avdelingen for forebyggende helsearbeid. De tre øvrige avdelingene ville den da kalle Helse-tjenesteavdeling I – Kommunhelsetjeneste og Helsetjenesteavdeling II – Fylkeshelsetjeneste og Administrativ-juridisk avdeling.

Etter Gruppens forslag skulle de fire avdelingslederne gå inn som Helsedirektørens nærmeste rådgivere. Sammen med ham skulle de utgjøre en øverste ledergruppe, en direksjon. Direksjonen skulle ikke, etter forslaget, bli noe kollektivt beslutningsorgan; beslutningsmyndigheten skulle fortsatt ligge hos Helsedirektøren. Avdelingslederne skulle altså i møtet være ”stabs-personer”, men ved at Direktøren fattet beslutninger, gjerne i møtet, skulle de gjøres om til linjepersoner. Gjennom Direktørens beslutninger skulle de få et mandat de var forpliktet til å realisere. På denne måten skulle Direktoratet vertikalt integreres sterkere.

Gruppen ville understreke avdelingsledernes betydning ved at Helsedirektøren ikke skulle utstyres med noe faglig tungt stabsorgan, for eksempel for overordnet, integrerende planlegging og resultatvurdering. Planorganet ville Gruppen legge til Avdeling for forebyggende helsearbeid, ikke minst fordi den samfunnsdiagnostiske kompetanse lå her. Helsedirektøren ville Gruppen bare gi et sekretariat. Sekretariatet skulle særlig ha kontoradministrative oppgaver, men også ansvaret for internasjonalt arbeid. Man kan slik si at Gruppen tenkte seg et Direktorat som var mer departementalt og mindre direktorataktig. Ja, den ”tenkte” seg nesten et eget Helsedepartement. Helsedirektøren fremstod i Gruppens forslag som en ”mellomting” mellom en ekspedisjonssjef og en departementsråd. Direktoratopp-gavene ville Gruppen egentlig sende ut, i ”spredt orden”, altså til lokale organer, til fylkeslegene og til fylkeskommuner og kommuner. Den måtte det, siden den ikke fikk lov til å foreslå et ”fristilt” direktorat *under* Departementet. Helt departementalt tenkte dog Gruppen ikke. Helsedirektøren forble noe mer enn en ekspedisjonssjef eller departementsråd. Han fikk altså, etter forslaget, beholde litt av sin ”aristokratisk-medikratiske” status; blant annet fikk han være *Lege*. Men Gruppens forslag er enda mer sammensatt: Dens forslag til organisering, og enda mer til arbeidsmåte, hadde tillike konsernaktige trekk.

Organiseringen av avdelingene var også preget av kompromisser mellom gammelt og nytt, eller mangel på systematikk, eller endog mangel på systematisk bevissthet. Vi har sett at de gamle kontorer i meget stor grad var preget av fag-institusjonelle hensyn. Fagligheten ble etter Bøsterud-gruppens forslag tonet svært nede på avdelingsnivå, men ble i noen grad beholdt på kontorplan. På avdelingsnivå forsvant det faglige og rent institusjonelle hensyn ble lagt til grunn. De tre helsetjenestavdelinger fikk av Gruppen ansvar for hver sin store del av helsevesenet, den prekliniske, den primærkliniske og den sekundærkliniske. Innad i avdelingene ble, etter Gruppens forslag, så vel faginstitusjonelle som ulike funksjonelle hensyn lagt til grunn, i noen grad som tilfellet hadde vært med de gamle kontorene. Noen av de gamle faginstitusjonelle kontorer burde fortsette, om enn i litt mer institusjonell forstand, som Legemiddelkontoret (Apotekerkontoret), Tannhelsekontoret (Tannlegekontoret) og Kontoret for legevesenet (Legekontoret), mente Gruppen. Som vi ser av figur 5.1. ble flere av kontorene i avdelingene for primær- og sekundærhelsevesenet foreslått gjort institusjonelle, som kontorene for helsetjenesten for mor og barn, for eldreomsorg, for sosialmedisin (funksjonshemmede) og for helseinstitusjoner.

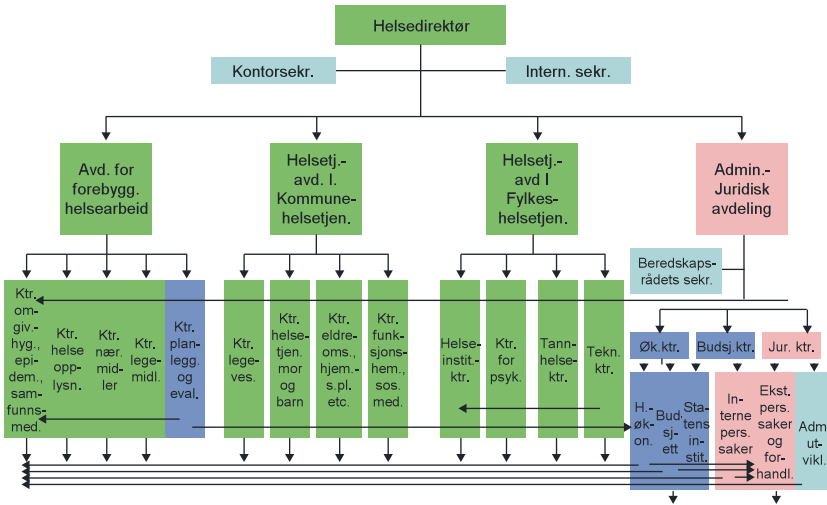
En av avdelingene som ble foreslått, Administrativ-juridisk avdeling, representerte en videreføring av den tverrgående og mer funksjonelt pregede Økonomi- og personalavdelingen. Den fortsatte med tre styringsfunksjonelle seksjoner, en budsjettseksjon, en økonomiseksjon og en juridisk seksjon. Den fikk imidlertid også en delvis institusjonell seksjon, nemlig en seksjon for statens institusjoner (sykehus). I tillegg skulle Avdelingen etter forslaget ha seksjoner for indre og ytre personalsaker, altså seksjoner med et kombinert institusjonelt og funksjonelt preg.

Etter Gruppens forslag skulle avdelingene ledes på den samme ”kollektive” og vertikalt integrerende måte som hele Direktoratet, nemlig gjennom regelmessige ledermøter. I noen grad skulle det samme skje på kontornivå, men her ville møtene som regel omfatte flere enn bare lederne. I tråd med Gruppens normaliseringstenkning skulle alle lederne, bortsett fra Helse-direktøren selv, men også alle saksbehandlerne, gies byråkratiske, eller iallfall ikke fagspesifikke, titler. Avdelingslederne skulle således bli ekspedisjonssjefer. Helsefagfolkene skulle altså få titler som deres ”styringsfagkolleger” hele tiden hadde hatt. Det skulle markeres at også de første, iallfall i prinsippet, tilhørte forvaltningen og ikke pre/klinikken.

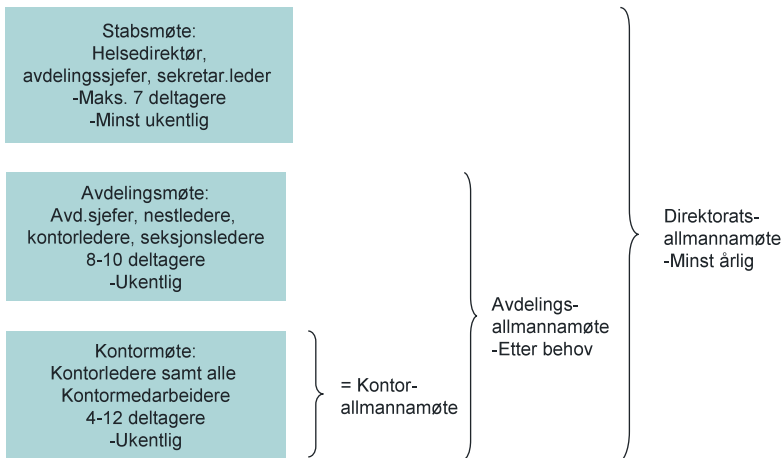
I figur 5.1. er Bøsterud-gruppens forslag til Helsedirektoratets nye oppbygning illustrert, dog på en litt annen måte enn Gruppen selv har gjort det. I figur 5.2. er Gruppens forslag til møter som sammenbindende faktor illustrert.

Figur 5.1: Bøsterud-gruppens forslag til omordning av Helsedirektoratet, juli 1981.

De horisontale piler indikerer at vedkommende enhet (også) fungerer på tvers, innad i Direktoratet. De vertikale piler indikerer at enhetene fungerer ut (nedover) i helsevesenet. De nederste enheter i adm.jur. avdeling er seksjoner. Gruppens egen illustrasjon er gjengitt som vedlegg 2 til rapporten. Helsefaglig pregede enheter er illustrert med grønt, juridiske med rødt og økonomiske med blått. Fargene passer sjelden helt.



Figur 5.2: Bøsterud-gruppens forslag til møteordning i Helsedirektoratet, juli 1981



Det er vedlagt Gruppens innstilling en kort særuttalelse av Knut Munch-Søegaard, Helsedirektoratets juridiske leder siden 1967. Den er datert 16. juni, bare to uker før Gruppen la frem sin innstilling. Munch-Søegaard utvidet etterpå sin uttalelse betydelig, blant annet med oppgaver over hvilke lover kontorene forvaltet og med en uttalelse fra juristgruppen i Direktoratet. Den utvidede særuttalelsen er (for hånd) datert 1. juli.

Det er påfallende at Munch-Søegaard kommer så sent med sin dissens. Man får inntrykk av at han tidlig meldte seg litt ut av Gruppen. I begynnelsen av sin (lange) innstilling har han også en bemerkning som viser at han ikke er helt sikker på hvordan Gruppen skal forstås. Det gjelder spørsmålet om der bør være en assisterende helsedirektør i Direktoratet. Men siden Munch-Søegaards uttalelse er så tydelig dissenterende ”burde” den vært lagt frem tidligere og selvsagt også vært kommentert av flertallet. I forordet til Gruppens innstilling (s. 2) heter det at de synspunkter Munch-Søegaard har lagt frem ”delvis (er) imøtekommet”. Det fremgår imidlertid ikke av rapporten på hvilken måte de er imøtekommet. Det er dessuten åpenbart at det avsnittet i forordet som henviser til Munch-Søegaards særuttalelse er klippet inn. Det har en litt annen typografi. I all hovedsak må nok imidlertid ekspedisjonssjefens særuttalelse ha kommet litt overraskende på de andre medlemmene av Gruppen. De hadde knapt noen mulighet til å kommentere den nærmere.⁴⁸⁶

Munch-Søegaard minner i sin uttalelse om at da ”hans” stilling ble opprettet i 1956 var det med den begrunnelse at Direktoratet var for svakt utbygget på den ”økonomisk forvaltningsmessige og juridiske side av helseproblemene”. Anderledes sagt: Direktoratet var for medikratiske. Som vi har sett var det Sosialministeren, Gudmund Harlem, som så og sa det slik, og dyttet på Evang en embedsmann som skulle ha direkte adgang til statsråden. Munch-Søegaard mener at med fjernelsen av det direktoratsomfattende ekspedisjonssjefembedet, hans eget embede, ville de hensyn Harlem pekte på, igjen bli svekket. Munch-Søegaard minner i tillegg om at en del store økonomiske saker, ved den mindre omordning i 1973, ble tatt ut av et overlegestyrte kontor og lagt til Økonomi- og personalkontoret. Dette skjedde, etter ”pålegg” fra Finansdepartementet, og for å sikre en mer forsvarlig forvaltning av helsevesenets ressurser.⁴⁸⁷ Gruppen fjerner nærmest disse to juridiske og økonomiske forsvarlighetsgarantier, og går tilbake til en både mer medikratiske og mer tungvint ordning, mener Munch-Søegaard. Han er dog mest opptatt av det første: ”Kort og greit, legger modellen etter min mening alt for meget myndighet til leger (enkelte).” Han utdyper sitt synspunkt slik:

For tre av de fire avdelingens vedkommende finnes ikke forvaltningsmessig fagekspertise på beslutende nivå. Det gjelder de tre helseavdelinger. Myndighet er knyttet til plass i hierarkiet og for disse avdelingens vedkommende vil de fire øverste ledd i hierarkiet i praksis bli bemannet med leger (eller til dels andre behandlere): Helsedirektør, medisinalråd, fagssjef (overlege) og ass. overlege. Dermed blir den mest markante forskjell fra dagens struktur at ekspedisjonssjefen er skjøvet ut av hierarkiet ved å bli gitt et sektor-ansvar på avdelingsnivå.⁴⁸⁸

486) Jeg bygger her også på samtale med Gruppens leder, Helen Bøsterud, den 16.12.2008. Munch-Søegaards lange særuttalelse har overskriften ”Omorganiseringen av Helsedirektoratet. –Særuttalelse fra arbeidsgruppens medlem, ekspedisjonssjef Knut Munch-Søegaard”. Uttalelsen har ingen arkivreferanse, men finnes i Helse- og omsorgsdepartementets arkiv. Uttalelsen, med de inkluderte notater, er på 34 sider. Den forkortede og notat- og sitatstrippede versjonen som er tatt med i Gruppens innstilling er på fem sider.

487) Det er Munch-Søegaard som siterer fra Harlems regjeringsnotat; kfr. Munch-Søegaards lange særuttalelse,

s. 17 og den korte, s. 2 (vedlegg 3 i Bøsterud-gruppens innstilling).

488) Det første sitatet er fra den forkortede særuttalelsen, s. 4, det annet fra den lange, s. 21.

Finurlig legger Munch-Søegaard til at med ”en så topp-tung legeorganisasjon”, er det et spørsmål om Statsråden kan anse det som ”forsvarlig ikke å bringe inn sin departementsråd”. Med andre ord: Skal Munch-Søegaard ”ut”, bør Vindsetmo bringes inn. Munch-Søegaard går ellers, iallfall i hovedsak, inn for Fredrik Mellbyes forslag til nyordning av Direktoratet. Mellbyes forslag gikk i stor grad ut på å ordne Direktoratet etter faglige linjer, med en medisinsk, en juridisk og en økonomisk avdeling, men også med avdelinger for *forvaltning* av helsepersonell og for *legemiddel*forvaltning. Munch-Søegaard skriver at ”Hvis en først skal gå over til en smalere organisasjonsstruktur innebærer denne (Mellbyes) plan en meget større mulighet for å få til en rimelig balanse mellom de ulike faggruppers innflytelse, arbeidsoppgaver og avansementsmuligheter”.⁴⁸⁹ Han fremholder at Mellbyes modell må innføres gradvis, siden ”saksmengde og art ennå ikke er slik som modellen forutsetter”.

Men viktigst er det at han, Direktoratets grå eminense, eller sfinx, han ble kalt begge deler, så skarpt, ja, med slikt temperament, går imot flertallsforslaget. Munch-Søegaard har fått legestyret, eller iallfall mange sider ved det, i halsen. Man fornemmer at det er en lenge undertrykket frustrasjon som nå kommer til overflaten. Han kan således ikke dy seg for å nevne at mens den svenske Socialstyrelsen (som dog er mer enn en medisinalstyrelse) har 1 000 ansatte og seks leger i heltidsstilling, har Helsedirektoratet 184 ansatte og 19 leger.⁴⁹⁰

Munch-Søegaard er nok også påvirket, ja ”presset”, av holdningene blant, etterhvert nokså frustrerte, jurister i Direktoratet. Han tar således med juristgruppens Bøsterud-uttalelse i sin egen særuttalelse. Her argumenteres det, meget offensivt, for jusens sentrale plass i helseforvaltningen. Uttalelsen fra juristgruppen er skrevet på bakgrunn av nest siste utkast til Bøsterud-innstillingen (utkast V, 21.5.81). Den tar utgangspunkt i det skille som alltid har spilt slik rolle i helseforvaltningen, skillet mellom forvaltningsorgan og ekspertorgan, eller departementsavdeling og direktoratfunksjon, som juristgruppen uttrykker det. Gruppen skriver, ganske offensivt:

Denne ordning har vært tillagt vekt under diskusjonene om direktoratets fremtidige struktur. Denne sontring bør ikke tillegges stor vekt. Uansett hvilke funksjoner direktoratet utøver er det qua offentlig organ. Det benyttes en offentligrettslig myndighet. Det opptres i henhold til et sett av kompetansenormer. Denne opptreden er i seg selv – uansett dens innhold – underlagt et omfattende normsett.⁴⁹¹

Poenget er godt, og for leger og andre ”empiriske” eksperter utfordrende, men det er også nokså fagimperialistisk. Det er selvsagt riktig at det ”såkalte kliniske skjønn”, som juristene uttrykker det, og som forvaltningsleger utøver, utøves innen rammen av et sett av (formelle) normer. Men det er jo også, og det erkjenner ikke juristene her, tilfelle med det kliniske, og

489) Munch-Søegaards opprinnelige særuttalelse, s. 31. Det neste sitat er fra samme uttalelse, s. 33.

490) Den korte særuttalelsen, s. 4.

491) Notatet fra juristgruppen er datert den 4. juni. Sitatet er fra første side; her gjengitt etter Munch-Søegaards lange særuttalelse, s. 20. Sitatene nedenfor er fra særuttalelsen s. 22-23.

prekliniske, skjønn leger utøver i klinikken eller preklinikken. Forholdet tør være at forvalteren nesten alltid, iallfall i prinsippet, må utøve minst to typer skjønn, et medisinsk (helsefaglig) og et juridisk; dertil kommer selvsagt et økonomisk. Den relative betydning av de to (tre) typer skjønnsutøvelse, eller fagutøvelse, vil imidlertid variere. Juristene skulle altså i sitt notat ha argumentert for at den juridiske skjønnsutøvelse er særlig viktig sett under ett, og kanskje viktigere enn den medisinske. Men at de ikke gjør det, kan nok være et uttrykk for deres irritasjon. De avslutter forøvrig sitt notat med fire karriere- og lønnskrav, krav som også er vidnesbyrd om juristenes standsmessige frustrasjoner. De fremholder at deres krav må sees på bakgrunn av det forhold at ”I det juridiske miljø står Sosialdepartementet statusmessig svært lavt for jurister, med mindre man har en topposisjon”. De kan ikke dy seg for å nevne at dette statusproblem også skyldes at beslutninger taes av ”ikke-jurister selv i .. juridiske saker”. Juristuttalelsen, som Munch-Søegaard slutter seg til, er undertegnet og trolig skrevet, av Direktoratets faglig kanskje fremste yngre jurister, Ingeborg Webster (f. 1940) og Ørnulf Rasmussen (f. 1951).

Det er påfallende at han som gjennom så mange år var en del av Direktoratets medisinsk-juridiske ”kompromiss” reagerer så negativt på statssekretærgruppens forslag. Bak forslaget står ”makten”, innbefattet to av de nye ”maktlegene” i Direktoratet, medisinalråd Willumsen og overlege Hovind. Med sin opposisjon kan man si Munch-Søegaard nesten marginaliserer seg selv. Det er vanskelig ikke å tolke hans opposisjon som iallfall delvis interessebasert. Forslaget fra Gruppen overflødiggjorde ham som ekspedisjonssjef for hele Direktoratet. Han har også åpenbart sett det slik at de tre helserettede avdelinger ville bli legeledet, og med én av legelederne som Helse-direktørens stedfortreder, kan han ha følt at også jusens rolle ville bli vesentlig svekket. Ja, han sier jo også det. Han tolker Gruppens forslag som mer medikratisert enn vi mener det er. For oss er forslaget også demedikratiserende. Det truer det gamle ”kompromisset”. Samtidig åpner det for en juridisk ”restaurasjon”. Munch-Søegaard ser det i noen grad. Det kommer til uttrykk i hans henvisning til at Gruppens forslag krever at Helsedirektøren underlegges Departementsråden. I sin frustrasjon over egen ”degradering”, og over en lenge ”undertrykket” legeskepsis, tar han ikke sin henvisning skikkelig inn over seg. Hans omfavelse av den populære dr. Mellbyes ordningsforslag kan være med på å tone ned det inntrykk han ellers gir av legeanimositet. Samtidig kan det ha fremstått som iallfall litt attraktivt for ham ved at det innebar at styringsfagene, jusen og økonomikken, fikk sine egne avdelinger og ikke lenger skulle være underordnet medisinen i mer institusjonelt definerte avdelinger.

Men kanskje er det mer som spiller inn? Da Bjørnsson gikk forsvant en lege som aldri fattet en beslutning uten at det juridiske var avklart med Munch-Søegaard. Den nye medisinalråd (1978), Egil Willumsen, var ingen juridisk følsom lege. Han var kjappere og mer tradisjonelt legelig og fikk snart et distansert forhold til Munch-Søegaard.⁴⁹² Willumsen satt også, som den

492) Våre tolkninger her bygger på samtaler med flere, men spesielt med medlem av Bøsterud-gruppen, Ole B. Hovind, den 16.12.2008.

sentrale direktoratsmann, i Bøsterud-gruppen, og spilte her tydelig opp til gruppelederen. La oss også legge til at Mellbye hadde vært den av de gamle overlegene som hadde vært mest juridisk bevisst. Han fikk ingen etterfølger som var like juridisk bevisst som han var. Med Mellbyes og Bjørnssons avgang var derfor mye av grunnlaget for det gamle juridisk-medisinske kompromiss borte. Her kan det ligge ytterligere premisser for Munch-Søegaards temperamentsfulle reaksjon på Bøsterud-gruppens flertallsforslag.

Munch-Søegaards særuttalelse inneholder en annen, og i vår sammenheng, viktig bemerkning. Han skriver at ”hovedmengden” av Direktoratets saker er ”departementssaker”. Om det dreier seg om ”70, 80 eller 90 %” er, skriver han, mindre viktig. ”Men det er ganske viktig å holde fast ved at statsråden vil ha ansvaret for forsvarlig saksbehandling i de aller fleste saker”.⁴⁹³ Man kan nok tolke disse synspunkter som uttrykk for en advarsel mot å dele Direktoratet, men de er samtidig uttrykk for at Munch-Søegaard ser på jusen som det overordnede, og kanskje ”egentlige”, styrings- og forvaltningsfag. Staten skal jo styre ved hjelp av lover og på grunnlag av lover. Hans synspunkter peker slik sett utover ikke bare det gamle kompromiss, men mot en ”renormalisering” av Direktoratet som forvaltningsorgan. For så vidt kan det også peke mot en deling, der jusen blir sentral i Departementet, mens medisinen, og 30, 20 eller 10 prosent av sakene, blir flyttet ut. Etter at ”kompromisset”, med Mellbyes og Bjørnssons avgang var gått i oppløsning, kunne kanskje like gjerne også Direktoratet gå ”i oppløsning”.

Munch-Søegaard kom som nevnt så sent med sin uttalelse at Gruppen forøvrig ikke kunne ta stilling til den. Vi vet ikke hvorfor han slik i virkeligheten bare ble sittende som et slags ”assosiert” medlem av Gruppen. Den fremmedgjørelse han begynte å føle overfor mye av det som skjedde i Direktoratet kan ha spilt en rolle.

Gruppens innstilling ble levert da sommerferien var begynt for mange, den 3. juli (1981). Det var imidlertid Gruppens intensjon å la omordningen skje raskt. Innstillingen ble sendt ut i løpet av en uke (28). Den ble sendt til Helsedirektøren, de ansattes organisasjoner, Sosialdepartementets administrative ledelse og fire departementer (KAD, FAD, JD, FD). Uttalelsesfristen var 15. august, men ble forlenget med en uke. Mottagerne av innstillingen fikk altså bare sommerferien til å utarbeide en uttalelse. De fleste remissinstansene uttrykte seg kritisk om det. Noen, særlig organisasjonene, var for øvrig ekstra misfornøyde fordi de mente de hadde fått være for lite med i løpet av den forholdsvis korte utredningsperioden. Gruppen foreslo også at prosessen videre skulle skje raskt. Dens plan gikk ut på at Helsedirektøren skulle ha en gjennomføringsgruppe klar allerede ved remissfristens utløp og at han selv skulle sammenfatte uttalelsene og legge frem et forslag til den videre saksgang før august var til ende (den 29.). Statsråden skulle så ta stilling til saken og fremme forslag til den nye ordning av Direktoratet innen den 18. september. Videre skulle de nye stillinger utlyses

493) Den korte særuttalelsen, s. 1. I den lange uttalelsen skriver han at ”5 % eller kanskje 10 %” er ”helsedirektør” eller ”helsedirektoratsaker”. Kfr. s. 3.

før året var omme og besettes i løpet av januar. Den videre prosess skulle gå utover våren slik at det ”nye” direktorat kunne fungere fra 1. juli (1982).⁴⁹⁴

Det skulle ikke gå slik. Tidsplanen sprakk. Helsedirektørens anbefaling til Statsråden, som skulle ha vært levert innen augusts utløp, kom den 8. oktober, etter valget, og altså på et tidspunkt da det var klart at den sittende regjering dager snart var talte. Valget hadde funnet sted den 13. og 14. september og den nye regjeringen var langt på vei klar. Det ville bli en ren høyregjering, med Kåre Willoch (f. 1928) som statsminister og odontologiprofessor Leif Arne Heløe (f. 1932) som sosialminister. Den nye regjeringen ble utnevnt den 14. oktober. Heløe tok med seg som statssekretær psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936), en person han kjente godt fra før, blant annet som forskningsveileder. Det ble snart klart at den nye ledelse i Departementet ikke var interessert i å gå videre med Bøsterud-gruppens ordningsforslag.

Så vel remissinstansenes synspunkter som Helsedirektørens sammenfattende vurderinger bør imidlertid kort nevnes før vi fortsetter.



Etter valget høsten 1981: Arbeiderpartiets Arne Nilsen forlater Sosialdepartementet og statsrådsposten og ønsker sin etterfølger, Høyres Leif Arne Heløe, velkommen. Foto: NTB/Scanpix.

494) Bøsterud-gruppens gjennomføringsplan finnes i dens rapport, s. 105-106.

Direktoratskontorenes synspunkter spriket noe, men ikke mye. Bare Sykehuskontoret, gruppemedlem Ole B. Hovinds kontor, støttet i all hovedsak Gruppen. De øvrige kontorer var preget av en skepsis til den ”organisasjonskirurgi” det var lagt opp til. Ja, de så nok knapt behovet for å gjøre så meget med den eksisterende orden. De gikk bestemt imot fjernelsen av ekspedisjons-sjefsstillingen (på toppen). Skulle det innføres avdelinger over kontorene, viste de, om enn med varierende tydelighet, mest sympati for Mellbyes modell, med Munch-Søegaards tilføyelser. I flere av uttalelsene skinner skepsisen til den gamle legedominans igjennom. Mange føler at denne dominans føres videre med Gruppens forslag. Økonomi- og personalkontoret skriver ”Trass i at det er påvist at ca. 90 % av saksmengden i Helsedirektoratet er vanlige departementssaker, argumenterer arbeidsgruppen som om det den medisinske ekspertise er den vesentlige på beslutningsnivå i Helsedirektoratet”. Kontoret peker på at Gruppen legger opp til at fem av seks toppledere skal være leger og spør derfor om ”den foreslåtte organisasjonsstrukturen er forvaltningsmessig forsvarlig”.⁴⁹⁵ Ellers henviser Kontoret til at den forutsetning Finansdepartementet la til grunn i 1972-73, i forbindelse med omdannelsen av det gamle administrative kontor til Økonomi- og personalkontor, nemlig at det nydannede kontoret skulle ha et overordnet økonomisk ansvar i Helsedirektoratet, ikke var blitt innfridd. For mye av kontrollen var blitt værende i de institusjonelt baserte kontorene, altså hos legene.⁴⁹⁶

Kritikken av legestyret er selvsagt også tydelig i uttalelsene fra Direktoratets juridisk-administrative forum og fra Juristforbundets gruppe i Helsedirektoratet.

Kontoret for sosialmedisin påpeker at siden de fleste saker Direktoratet behandler, behandler det som departementsavdeling, er det underlig at ”man ikke tar skrittet fullt ut og omgjør direktoratet til departementsavdeling”. Kontoret påpeker ellers at det antar at siden avdelingssjefene, etter forslaget, skal være ekspedisjonssjefer, bør de ha direkte statsrådsadgang. Det vil måtte ha konsekvenser for Helsedirektørens rolle. ”Dette er ikke berørt i innstillingen”, bemerker Kontoret underfundig. Kontorets påpekninger er interessante og viktige. De er formulert av byråsjef, cand. jur. Vidar Wilberg, ikke av overlege Tor Ødegaard, selv om begge har undertegnet uttalelsen.⁴⁹⁷ At Gruppen ikke så de momenter det sosialmedisinske kontor trekker frem er underlig. Det tør ha sammenheng med Gruppens sammensetning. Siden Munch-Søegaard halvveis hadde satt seg på sidelinjen manglet Gruppen helt jurister. Bøsterud selv er ikke-akademiker, to av de øvrige medlemmene, Willumsen og Hovind, er leger, mens den siste, Hans Tore Skaug, er cand. mag. Sekretæren, Egil Danielsen er statsviter.

Tannlegekontoret er gjennomgående kritisk til innstillingen og ser ikke behovet for omordning, men mener at hvis der skal komme avdelinger bør

495) Uttalelse fra Økonomi- og personalkontoret til innstillingen fra arbeidsgruppen, s. 3-4. Dateringen kan være falt ut på den kopi vi har sett, men uttalelsen er antagelig skrevet midt i august (mellom 10. og 15.).

496) Kfr. Økonomi- og personalkontorets uttalelse, s. 10-11.

497) Uttalelsen fra det sosialmedisinske kontor har overskriften ”Omorganisering av Helsedirektoratet”. Den er datert 21.8.1981 og har signaturen VGW/br; hvilket jo betyr at notatet er ført i pennen av Wilberg. Sitatet er fra s. 2.

der være en egen tannhelseavdeling. Ellers bemerker Kontoret at den synes den gamle ”koalisjon” igjen har tatt seg til rette. Det skriver at forslaget innebærer ”at medisinerere og jurister ikke bare skal bevare, men også bygge videre ut sine posisjoner nærmest den politiske ledelsen”. Det legger til: ”Dette finner vi ingen saklig begrunnelse for og rår sterkt imot”.⁴⁹⁸

Også Sykepleiekontorets remissuttalelse er holdt i en kritisk tone. Kontoret finner det, som den helsepolitiske utvikling er, ”underlig” at Bøsterud-gruppen vil ”eliminere Sykepleiekontoret, forøvrig uten noen begrunnelse”.⁴⁹⁹ Uttalelsen fra Apotekkontoret er også faginstusjonelt bevisst. Kontorets ledere synes ikke om at dets avgjørelser skal kunne ”overprøves og omgjøres” av personer med ikkefarmasøytisk kompetanse før de er lagt frem for Helsedirektøren. Hygienekontoret er heller ikke fornøyd med innstillingen og har et eget forslag til avdelingsinndeling, noe inspirert av Mellbyes forslag. Utretningskontoret skriver at det finner mange spørsmål så ”mangelfullt utredet” at det er vanskelig å ta standpunkt til innstillingen.

Mens kontorene og de ansattes organisasjoner stort sett har tatt for gitt – unntagelsen er Kontoret for sosialmedisin – at Direktoratet skal fortsette å ha en dobbeltstilling, har de departementale remissinstanser ikke tatt dette for gitt. De viser slik at i forvaltningen har fagstyreordninger, og spesielt slike som innebærer at et organ kan ha ulik status i ulike saker, liten støtte. Forbruker- og administrasjonsdepartementet skriver således i sin uttalelse, at selv om Gruppens mandat var snevert, er det ”forundret over at forholdet til resten av Sosialdepartementet ikke er særlig berørt”. Det savner også ”en vurdering av om og hvordan det er mulig å sikre en forsvarlig politisk og administrativ ledelse av dette svære felt innenfor en departementsorganisasjons trange rammer. Også andre organisatoriske løsninger enn den nåværende, noe spesielle, direktoratsløsningen burde ha vært belyst og vurdert”.⁵⁰⁰ Også Kommunal- og arbeidsdepartementet nærmest kritiserer Sosialdepartementets politiske ledelse for det snevre mandatet. Det fortsetter:

Gruppen har følgelig ikke foretatt en fri drøftelse av hvilken inndeling som vil være mest hensiktsmessig for å varetæ de oppgaver direktoratet skal løse, eller om det ville være mest hensiktsmessig med en ren departementsavdeling og et direktorat med vanlige direktoratsfunksjoner. Etter vår mening kan det reises berettiget tvil om Helsedirektoratet, med en oppbygning som foreslått, bør ha blandet status som direktorat og departementsavdeling.⁵⁰¹

498) Tannlegekontorets uttalelse har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert 21.8.1981. Det har arkivreferansen 20529/81 H.dir. 8. Sitatene er fra s. 3.

499) Sykepleiekontorets remissuttalelse har overskriften ”Organisering av Helsedirektoratet – utredning avgitt 3. juli 1981 fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Sosialministeren den 26. november 1980”. Uttalelsen er datert den 17.8.1981 og har signaturen EE/FS/RW. EE er førstekonsulent Ester Egebakken (f. 1920) og FS den unge konsulent og jurist Fredrik Staff (f. 1953). Uttalelsen er imidlertid også undertegnet av underdirektør Idunn Heldal Haugen. Hun har nok preget innholdet i uttalelsen.

500) Remissuttalelsen har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert 31.8.1981. Den har arkivreferanse 1311/81 A JG/TB/OL/GK.

501) Remissuttalelsen har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert den 9.9.1981. Den har arkivreferanse 3308/81 D KHo/KE. Sitatet er fra første side. Det neste sitat er fra s. 2.

Kommunaldepartementet er ellers ”noe reservert m.h.t. den sterkt fram-tredende plass som er gitt til de faglig-medisinske hensyn i det foreliggende forslag”. Det er grunn til å merke seg at uttalelsen er undertegnet, om ikke ført i pennen, av Kommunaldepartementets nye departementsråd, Tormod Hermansen. De tanker som kommer til uttrykk i remissuttalelsen nå er i tråd med de synspunkter han nylig hadde gitt uttrykk for, som ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets sosialavdeling.

Sosialdepartementets administrative ledelse uttaler seg, selvsagt, på samme måte som ledelsen i de andre departementene som uttalte seg, nemlig kritisk. Dens ni sider lange uttalelse inneholder mange konkrete innvendinger, blant annet hva angår forslaget om fire ekspedisjonssjefer. Den begynner oppsummeringen av sine kommentarer med å erklære at ”På det grunnlag som nå foreligger synes det vanskelig å tilrå at det treffes noe konkret vedtak om reorganisering av direktoratet”. Den fortsetter: ”Mandatet har hatt en utforming som har medført at helt sentrale spørsmål ikke er blitt utredet, og innen den tidsramme som arbeidsgruppen har hatt til disposisjon, er det en rekke spørsmål som det ikke har vært mulig å gi en tilstrekkelig behandling”. Departementets administrative ledelse går altså langt i retning av å kritisere Statsråden og Statssekretæren. Den følger opp kritikken med å peke på hvilke spørsmål Gruppen ikke fikk ta opp, men som det nå er nødvendig å ta opp: ”Det bør vurderes om det kan være hensiktsmessig å etablere en egen avdeling for rent departementale oppgaver, og et direktorat med vanlige departementsfunksjoner.” Departementsledelsen leverer her det man kunne kalle en ”lissepassing” til den nye politiske ledelse Departementet snart skulle få. Departementsledelsen nevner videre at delegasjonsspørsmålet må vurderes langt grundigere enn det Gruppen har gjort: ”En kan vanskelig ta standpunkt til spørsmålet om hva som er hensiktsmessig organisering av sentraladministrasjonen før en har fått oversikt over hvor stor del av den nåværende saksmengde på nærmere 40 000 saker som i det hele tatt bør behandles av et sentraladministrativt organ – det være seg direktorat eller departementsavdeling”.⁵⁰² Uttalelsen er undertegnet av departementsråd Emil Vindsetmo og ekspedisjonssjef Finn Høvik. Deres ånd preger uttalelsen, selv om den er skrevet av to andre; én av dem er Fredrik Hoffmann, en av de to som skulle være sekretærer for den neste statssekretær, da hun gjennomførte den deling Vindsetmo og Høvik nå eksplisitt anbefaler.

Da de aller fleste remissuttalelser var kommet inn kom Helsedirektøren med sine vurderinger overfor Statsråden. Hans uttalelse er datert den 8. oktober 1981, altså nesten en måned etter valget og like før regjeringsskiftet. I sin uttalelse, kalt ”Omorganisering av Helsedirektoratet”,⁵⁰³ nevner han innledningsvis hvem som har vært remissinstanser og trekker spesielt frem de aktuelle departementer, altså Forbaker- og administrasjonsdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet, Finansdepartementet og Justisdepartementet. Han nevner ikke sitt eget, og viktigste departement,

502) Uttalelsen fra Sosialdepartementets administrative ledelse har overskriften ”Utredning om omorganisering av Helsedirektoratet” og er datert 21.8.1981. Den har arkivreferansen 5310/81 II KB-FrHo/gh. Sitatene er fra s. 7 og 8.

503) Uttalelsen fra Helsedirektøren, som ikke har noen arkivreferanse, utover signaturene TM/aaak/S, er stilet til Statsråden. Det er på nesten syv sider.

Sosialdepartementet. Han nevner at Finansdepartementets uttalelse er kommet sent (7.10.) og at Justisdepartementets ennå ikke er kommet. Han skriver at han ”finner det vanskelig å gi noen endelig tilråding (til Statsråden) før også uttalelsen fra Justisdepartementet foreligger”. Han legger til: ”På grunn av regjeringsskiftet finner Helsedirektøren å ville fremlegge saken for statsråden med en foreløpig uttalelse”. Det ble med den. Men henvisningen til Justisdepartementets manglende uttalelse virker søkt. Han kommenterer i sitt brev overhodet ikke de utfordrende uttalelser flere av departementene, og ikke minst Sosialdepartementet, var kommet med. Ja, han berører bare indirekte og overfladisk andre remissuttalelser. Han konsentrerer seg om å kommentere de sentrale punkter i selve innstillingen. Det gjør han mer på en erklærende enn en analytisk argumenterende måte. Han ber om å få beholde både medisinalråden og ”lovråden”, men går, som han allerede hadde forpliktet seg til, inn for å opprette et avdelingsnivå og for å lage en ledergruppe som også omfatter avdelingslederne. Han går selvsagt også inn for å delegere, uten å være konkret. Han vil ha fire avdelinger, med helst de som opprinnelig var foreslått. Det betyr at han, iallfall på lengre sikt, ville ha én helsetjenesteavdeling, og en egen legemiddelavdeling. Han begrunner det siste med de sterke ønsker fra ”sektoren”, men hans interesse for legemiddelpolitikk og hans gode forhold til apotekersjef Bjørn Jøldal kan kanskje også ha spilt en rolle.

Det er vanskelig å si hvorfor Mork valgte å overse de mer utfordrende kommentarer fra de mektige ”forvaltningskrefter” Vindsetmo & Co. representerte, men kanskje har det med regjeringsskiftet å gjøre. Bøsterud-gruppen skulle være den instans som ”endelig” stanset det borgerlige ”mas” om deling av Direktoratet. Men de for ham tunge og viktige departementer brukte Gruppens innstilling til å forberede det endelige angrep på Det evangske direktorat han hadde arvet og skulle utvikle videre. Det var som om de hadde ventet på regjeringsskiftet. Nå kom det og snart ville politikere som tenkte som Vindstemo, Madsen og Høvik være på plass i Sosialdepartementet. Han visste dessuten at skepsisen til det evangske, og nå morkske, medikrati var stigende også i Arbeiderpartiet, spesielt etter at Gro Harlem Brundtland vinteren 1981 var blitt statsminister og partileder. Hun mente fortsatt at utnevnelsen av Mork var ”gal”. Det hører med til bildet at mektige, medikratiskeptiske forvaltningsledere, som Tormod Hermansen, var arbeiderpartifolk med betydelig innflytelse i partiet.

Men mer gav Helsedirektøren grunnlag for bekymringer og kanskje en viss motløshet. For det første viste remissuttalelsene at der var en viss misnøye i Direktoratet med ledelsen. For det annet, og det var kanskje verre, var uttalelsene vidnesbyrd om at de gamle spenninger mellom leger og jurister var betydelige, ja, antagelig økende. Endog Helsedirektørens nære juridiske rådgiver, Knut Munch-Søegaard, var irritert på juristenes vegne. For det tredje ble det forslag til avdelingsordning Bøsterud-gruppen lanserte, og som delvis var Helsedirektørens, avvist av de fleste kontorer. Ja, det store flertall av kontorer sluttet seg til det mer juridisk akseptable forslag Mellbye hadde fremmet og Munch-Søegaard, med noen tilpasninger, hadde sluttet seg til.

Selv om Torbjørn Mork langt fra skriver så kansellipreget som Karl Evang kunne gjøre, og særlig i yngre år gjorde, er han opptatt av å understreke sitt embedes stadig nokså spesielle status. Han omtaler hele veien seg selv i tredje person, som Helsedirektøren, med stor bokstav. Han henvender seg også til Statsråden i tredje person, men skriver hans tittel med liten S.

Statsråd Arne Nilsen besvarer skrivelsen fra Helsedirektøren fire dager etterat han har mottatt den, altså den 12. oktober.⁵⁰⁴ Svaret fra Statsråden er åpenbart skrevet av ham personlig, med hans form for nynorsk. Svaret viser at han er opptatt av saken, og av Helsedirektøren. Statsråden bemerker at ”kjenner eit sterkt ansvar for å føre denne saka vidare” og vil derfor ”knyta nokre merknader til Arbeidsgruppa si utgreiing og til den førebels fråsegna frå helsedirektøren av 8.10.81”. Statsråden skriver at han forstår Helsedirektørens ønske om, ”inntil vidare” å beholde sine to nærmeste medarbeidere, men mener det på lengre sikt er viktig å unngå at ”organisasjonsstrukturen blir for ”djup””. Når det gjelder avdelingsinndelingen vil han inntil videre ha to helsetjenesteavdelinger, men er enig i at det ”på lengre sikt” bør komme én avdeling. Han godtar Helsedirektørens ønske om å ha en egen legemiddelavdeling. Han mener ellers at planleggingsenheten bør legges i stab til Helsedirektøren, en løsning Helsedirektøren ikke har noe imot. Planlegging er jo også i sin natur en overordnet virksomhet, selv om den ofte på dette tidspunkt var nokså løsrevet fra den løpende beslutningsprosess. Statsråden avslutter med å si at det nå raskt bør taes standpunkt til ”leiar- og hovudstrukturen” og at den vidare organisering bør skje i regi av Helsedirektøren.

Statsrådets notat må ha behaget Mork. Det er skrevet på en vennlig og forståelsesfull måte. Det er uttrykk for det gode forhold den omgjengelige statsråd fra Voss, Arne Nilsen, hadde til Torbjørn Mork.⁵⁰⁵ Men notatet må også ha vært en fattig trøst. Det spilte ingen rolle lenger hva Arne Nilsen mente.

Delingen

Den nye forvaltningspolitikk: Heløe og Heiberg

Da den nye sosialminister, tannlegen og høyremannen Leif Arne Heløe, tiltrådte ble han, som tradisjonen er, av Departementsråden gitt en oversikt over Departementets organisasjon, de viktigste sakene det ble arbeidet med og hvilke saker som det var av særlig betydning å være oppmerksom på når det gjaldt den nærmeste fremtid. I denne oversikten lå også en orientering om organisasjonssaken i Helsedirektoratet. Blant annet lå det et notat fra forgjengeren, Arne Nilsen, med forslag om at Helsedirektoratet burde

504) Notatet fra Statsråden til Helsedirektøren er kalt ”Organisering av Helsedirektoratet”. Det har ingen arkivreferanse.

505) Arne Nilsen opplyser i samtale vi hadde med ham den 16.12.2008 at han hele tiden hadde et godt, om ikke nært, forhold til Helsedirektøren. Han hadde intet ønske om å gjøre radikale forandringer i Helsedirektoratet. Store omorganiseringer koster for mye i forhold til hva de gir, mente han.

omordnes etter Bøsterud-gruppens prinsipper. Nilsen orienterte også Heløe muntlig om ”helsedirektoratsaken” i forbindelse med statsrådsskiftet.⁵⁰⁶

Heløe var slett ikke uforberedt på organisasjonssaken. Han kjente Mork forholdsvis godt og hadde også kjent Evang, om enn mer overfladisk. Evang traff han første gang da han gikk på ”Evangs” Bygdøy-kurs i 1963. I 1968-69 fikk han, som ordfører i Harstad (1968-1969), avgjørende støtte fra Evang i sin kamp for å bevare Harstad sykehus.⁵⁰⁷ Mork hadde han blitt kjent med allerede da han tok Bygdøy-kurset og traff ham siden fra tid til annen, blant annet da han videreutdannet seg i sosialodontologi i begynnelsen av 1970-årene. Da hadde han Mork som lærer i epidemiologi og statistikk. Han fikk siden, ved Morks hjelp, statistisk bistand da han arbeidet med sin doktorgrad.⁵⁰⁸ Han kjente ellers godt til de gamle stridighetene rundt legestyret i Helsedirektoratet og hvordan de var blitt tydeligere mot slutten av 1970-årene. Gjennom Helen Bøsterud, som han kjente fordi de begge satt i Rådet for sosialarbeiderutdanning, hun som formann og han som nestformann, var han blitt satt ekstra godt inn i saken.

Da Heløe ankom Departementet været han fort ”skismaet”, spenningen mellom Departementets administrative ledelse og Helsedirektøren og hans legedere.

Han var også fullt på det rene med at saken allerede var blitt ”politisert”. Han hadde i perioder møtt som vararepresentant på Stortinget i perioden 1977-1981 og merket nå ”pådrivet” både fra Høyres stortingsfraksjon og (den borgerlige) ”storfraksjonen” om å gjøre noe; det vil si, om å dele Helsedirektoratet i en departementsavdeling og et fagdirektorat.

Den nye ledelsen i Departementet kastet seg ikke straks over direktoratsaken. Utad var den saken av mindre betydning. Rene helsepolitiske saker var utad langt viktigere, og nå var det spesielt den nye loven om primærhelsevesenet som tok oppmerksomheten. Men også andre saker, samt det å få oversikt over Departementet og dets brede virkefelt, krevde tid og oppmerksomhet. Direktoratsaken fikk vente litt, men ikke svært lenge. Sent på høsten 1981 og tidlig på nyåret 1982 sørget departementsråd Vindsetmo for å få den høyere opp på ledelsens dagsorden. Statsråden så straks at saken måtte håndteres politisk og at den måtte håndteres raskt. Man kunne ikke sette ned et nytt utvalg; det ville bare få opp alle interessemotsetningene og ta en uendelighet av tid. Det måtte ageres mer ”kirurgisk”. Den politiske ledelse måtte selv drive saken gjennom. Siden Statsråden ikke kunne ta saken, gav det seg selv at det ble Statssekretæren som måtte ta den. Uredd og

506) Vi har i det følgende, i tillegg til det skriftlige materiale, basert oss på samtale med Leif Arne Heløe, 18.12.2008. På en mer generell måte har også disse arbeider av Tom Christensen spilt en rolle: *Styrt endring og planlagte konsekvenser – En studie av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltning i 1983*. Tromsø: Institutt for samfunnsvitenskap, 1985, og *Politisk styring og faglig uavhengighet – Reorganisering av den sentrale helseforvaltning*. Oslo: TANO, 1994.

507) Det passet Evang å støtte Harstad da, for bakgrunnen for truselen mot Harstad-sykehuset var planen om å bygge ut sykehuset i Tromsø som ny universitetsklinikk. Evang var imot Tromsø-planene, som ikke minst Peter F. Hjort stod bak. Som vi har sett var Evang etter hvert blitt på vakt overfor Hjort.

508) Heløe disputerte for den odontologiske doktorgrad i 1974 og ble professor i sosialodontologi ved Universitet i Oslo i 1975.

handlekraftig som hun raskt hadde vist seg å være, passet hun også godt til å ta den.

Saken ble så utpå vinteren tatt opp på en regjeringslunch (som holdes etter statsråd fredager). Det var enighet om å gå inn for deling av Direktoratet, og Departementets administrative ledelse ble bedt om å lage et utkast til et R-notat (regjeringsnotat). Forfatteren ble ekspedisjonssjef Jan Madsen. Statsråden gav beskjed om hvilke punkter han skulle ha med og hva konklusjonen skulle være, og Madsen utformet så notatet. Det ble gjort med med stor iver. Ja, den nye ledelses tanker om omordning av helseforvaltningen virkelig ”tente” Madsen og hans kolleger i de ”ordinære” departementsavdelinger: ”De var som steinbit i fiskekassa”, beretter Statsråden fra nord.⁵⁰⁹

Etter at statsråden hadde sett på og gjort noen endringer i notatet, datert 12.3., ble det drøftet i regjeringskonferanse den 15. mars 1982. I notatet henvises det til at helsepolitikken, særlig siden 1970-årene, er radikalt endret, men at den sentrale helseforvaltning i hovedsak er den samme som den var i 1945/46. Det heter videre at det siden 1974 er ”arbeidet meget med spørsmålet om Helsedirektoratets organisasjon”, men så langt uten resultater. Bøsterud-utvalgets innstilling, den siste så langt, er utilfredsstillende fordi ordningsspørsmålet ikke var vurdert fritt, står det enn videre i notatet, som fortsetter slik: ”På denne bakgrunn er jeg kommet til at man bør få vurdert et alternativ der de naturlige departementsoppgaver skilles ut fra Helsedirektoratet og overføres til en helseavdeling i departementet”.

Til slutt i notatet ber statsråd Heløe

om Regjeringens tilslutning til at statssekretæren gis i oppdrag å legge fram et forslag til hvordan arbeidsoppgavene i den sentrale helseadministrasjon eventuelt kan fordeles på en helseavdeling og et direktorat, og hvordan disse enheter best kan organiseres og bemannes, ut fra de forutsetninger som er skissert ovenfor.⁵¹⁰

Han fikk denne tilslutning og statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg ble straks gitt det oppdrag R-notatet forutsatte. Hun fikk med seg som sekretærer den nyutnevnte assisterende fylkeslege i Akershus, og nylig avgåtte assisterende overlege i Helsedirektoratet, Anne Alvik (f. 1937) og underdirektør i Sosialdepartementet, historikeren Fredrik Hoffmann (f. 1939). De to var valgt ut av henholdsvis Departementet og Direktoratet, ikke av Statssekretæren. For Anne Alvik var det ikke bare enkelt å skulle være sekretær for et utvalg som skulle løse opp det evangske medikrati, men hun sa ja da Helsedirektøren spurte henne.⁵¹¹ Statssekretæren, men særlig de to

509) Fremstillingen er, i tillegg til arkivdokumenter, basert på samtaler med Leif Arne Heløe, 18.12.2008, og Astrid Nøklebye Heiberg, 5.1.2009.

510) Notat til regjeringskonferanse fra Sosialministeren, datert 12.3.1982 (halvannen side). (Ingen arkivreferanse.)

511) Mork hadde først spurt byråsjef i Hygienekontoret, Inger Onsum, men da hun bad om å få slippe, ble Anne Alvik spurt. Alvik skulle begynne som assisterende overlege den 1. april (1982), men Fylkeslegen gikk med på at hun kunne utsette sin tiltredelse med tre måneder (til 1. juli). Opplysningene er gitt av Anne Alvik i samtale 24.11.2008.

sekretærene, skulle få det travelt. De skulle være ferdig før sommerferien. De klarte det. De leverte sin rapport den 25. juni (1982).⁵¹²

Statsråden kritiserte i sitt R-notat den foregående regjering for å ha gitt Bøsterud-utvalget for lite utredningsfrihet. Statssekretær Heiberg og hennes sekretærer fikk enda mindre frihet. Forslaget de skulle komme frem til, var i prinsippet bestemt på forhånd: Helseforvaltningen skulle ”normaliseres”; den skulle deles i en ordinær helseavdeling og et delvis fristilt direktorat. De tres oppgave var å konkretisere det. Man kan si at de slik skulle utvide grunnlaget for de organisatoriske beslutninger som skulle fattes, nemlig ved å peke på hva en ”normalisert” ordning ville innebære. I praksis var det imidlertid ikke tale om å få et bredere beslutningsgrunnlag, men om å legge premissene mer konkret til rette for å gjennomføre den beslutning som var fattet på forhånd. At premissene skulle legges på plass så raskt, er et uttrykk for at beslutningen allerede var fattet. Den var en slags politisk bestilling fra borgerlige stortingspolitikere, ikke minst fra politikere fra Kristelig Folkeparti. Departementsråden og hans ekspedisjonssjefer dyttet raskt ivrig på for å få den politiske bestilling gjort om til formelle beslutninger. I den nye statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg fikk både borgerlige politikere og ”ryddighetsorienterte” byråkrater en meget effektiv eksekutør. Psykiateren var og er en uredde og handlekraftig dame.

Det ble allerede den nesten reelle beslutningsdag, altså den 15. mars, sendt ut en pressemelding om regjeringsbeslutningen. Samme dag gav Statssekretæren en orientering om beslutningen for de ansatte i Direktoratet. Hun fortalte da også at arbeidet med hennes utredning i den første fasen ville skje uten deltagelse av representanter for de ansatte. Norsk tjenestemannslags gruppe styre i Helsedirektoratet mislikte at de ansatte skulle holdes utenfor utredningsarbeidet, og krevde i et brev til Statssekretæren å få delta i arbeidet. NTLs avdeling 2-10 Regjeringskvartalet henviste til at de ansatte var aktive deltagere i de tidligere utredninger. Statssekretæren avviste kravet, og henviste til at Statsråden hadde bedt henne

legge frem forslag om et alternativ der de naturlige departementsoppgaver skilles ut fra Helsedirektoratet og overføres til en helseavdeling. Dette vil evt. innebære en viktig endring i departementsstrukturen. Dette er bakgrunnen for at spørsmålet først har vært tatt opp i Regjeringen. Det er således en sak av klart politisk karakter (jfr. 2.3.3.4 i Hovedavtalen).⁵¹³

Statssekretæren startet sitt arbeid med å utarbeide nærmere retningslinjer for arbeidet og med å engasjere de to nevnte sekretærer, en liberal lege og en radikal historiker. I statssekretærens retningslinjer het det blant annet at

*.. en eventuell helseavdeling i hovedsak skal:
- ha det øverste administrative ansvar for å sette politiske vedtak ut i livet,*

512) Den er kalt ”Organisering av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet” og er på 100 sider.

513) Brevet fra Statssekretæren har arkivreferanse 509/82 og er datert 30.3.1982. Brevet fra NTL har ingen arkivreferanse, men er datert 19.3.1982 og underskrevet av Elisabeth Roll, gruppeleder, og H. Tore Skaug, forhandlingsleder. Dette brevet er sendt i kopi til alle de øvrige fagforeninger, samt til Helsedirektøren og Departementsråden.

- ha ansvar for lovforberedelse,
- ha det øverste planleggingsansvar bl.a. for nasjonale helseplaner, fylkeskommunale helseplaner, normtall m.v.
- behandle spørsmål om rammetilskott for helsetjenesten, langtidsbudsjetter og langtidsprogrammer,
- utarbeide hovedretningslinjer for helsepolitikken,
- i noen saker fungere som klageinstans.

Et eventuelt fagdirektorat bør i hovedsak:

- iverksette tiltak innen de rammer som departementet bestemmer,
- utarbeide årlige budsjettforslag,
- utarbeide forskrifter m.v.,
- behandle enkeltsaker som ikke kan desentraliseres,
- gi faglig opplysning og veiledning til kommuner, fylkeskommuner og statlige helseinstitusjoner,
- føre tilsyn og kontroll med at helsetjenesten planlegges, utformes og drives i samsvar med gjeldende bestemmelser.⁵¹⁴

Hun snevrer med disse konkretiseringene oppdraget ytterligere inn. Innholdsmessig gir imidlertid konkretiseringene i noen grad seg selv. De forteller hva som ligger i ideen om "naturlige departementsoppgaver" og ditto direktoratsoppgaver. Arbeidsdelingen går, i hovedsak, ut på at Direktoratet skal komme inn i den politisk-administrative prosess' første og siste faser – altså på den ene side i de samfunnsdiagnostiske og første beslutningsforberedende faser og på den annen side i de iverksettende og forvaltningsmessig og pre/klinisk kontrollerende faser, mens Avdelingen skal komme inn på de mer beslutningstilretteleggende og de iverksettelsesinitierende og iverksettelseskontrollerende faser. Man kan også si det slik: Direktoratet skal spille hovedrollen i de faser hvor helsefagligheten spiller størst rolle, altså i første og siste instans, mens Avdelingen skal spille hovedrollen der de verdi- og interessemessige, men også strategiske, spørsmål spiller størst rolle, altså i "midtre instans". Politikerne kommer inn helt på "toppen" i den prosess Avdelingen har ansvaret for.

Vi har tillatt oss å gjøre Statssekretærens mer "intuitive" og "diskrete" strekpunkter om til faser i en kontinuerlig prosess. Det gjør det enklere å se logikken i forslaget, men det gjør det knapt særlig enklere å sette de to strekene, den første og den annen strek. Helsefagfolkene er vant med å ta utgangspunkt også i verdier, og indirekte i interesser, og vil derfor ha en naturlig tilbøyelighet til å følge sine saker et stykke inn på det departementale og endog politiske område, og på den måten egentlig gi seg selv de premisser de skal iverksette politikk med utgangspunkt i. Dertil kommer at helsepolitiske beslutninger alltid i større eller mindre grad har helsefaglige, og særlig medisinske, forutsetninger. Det bidrar selvsagt ytterligere til at fagfolkene naturlig vil langt inn, ikke bare i departementsforvaltningen, men i politikken. Som vi har sett, leger er "naturlig" helseaktivistiske, som preklinikere, og pasientaktivistiske, som klinikere. Samtidig er politikere,

514) Rapporten "Organisering av Sosialdepartementet/helsedirektoratet", *op. cit.*, s. 8-9.

og dermed i praksis deres byråkratiske tjenere, vant med å kunne gripe inn både sent og tidlig i prosessen, og endog å gjøre det på svært kasuistiske måter. Omfanget av slik inngripen begynte for øvrig å øke markert i løpet av 1970-årene og har siden holdt seg høyt. Vi skal ellers komme tilbake til hvordan politikernes etter hvert tiltagende tvetydige holdning til politisk-kasuistisk intervensjon kan være med på å forklare den deling som nå, i 1982-83, kommer. Nå skal vi ellers bare legge til at de objektive problemer som er forbundet med å avgrense oppgavene på en tydelig måte skulle skape ”utfordringer” så vel i utredningsprosessen som siden i praksis.

Ettersom arbeiderpartiregimet etter krigen hadde begynt å sette seg, ble Høyre tiltagende kritisk til etableringen av direktorater og lignende organer. Partiet så på dem som symboler på den ekspanderende stat og som uttrykk for Arbeiderpartiets forsøk på å svekke den parlamentariske kontroll med forvaltningen. I noen grad hang nok også holdninger fra mellomkrigstiden igjen: Direktoratene førte til dobbel saksbehandling og dermed også sløseri. Går vi enda lenger tilbake i tid, blir bildet mer nyansert. Det var, som vi har sett, ”før-høyrefolk” innen embedsstanden som tok initiativ til den første etablering av direktorater o.l., nemlig fra 1840-årene av. Deres motiver var statsmoderniserende, og tildels nyttestatlige.

Med demokratiseringen av statsstyret kom fagstyrene under økende politisk styring, og man fikk, som vi har sett, de mellomløsninger Helsedirektoratet, forsinket, kom til å representere etter krigen. Det er den gamle ”avpolitiserende” moderniseringspolitikk som under Arbeiderpartiets flertallsstyre, det nye ”embedsstatsstyre”, revitaliseres. Det skjer under sterk tilskyndelse fra nyttestatsorienterte fagfolk, særlig økonomer, teknologer og endel jurister og filologer, som nå strømmet til Arbeiderpartiet. Den såkalte Rasjonaliseringskomiteen, som ble oppnevnt allerede i 1945, med forsvarsminister Jens Christian Hauge (1915-2006) som formann, reiste spørsmålet om ikke endel av de statlige styringsorganer burde organiseres anderledes enn som departementer. Det var disse tankene som i 1955 resulterte i Regjeringens prinsipperklæring om at det var nødvendig å flytte ut oppgaver av ”teknisk” og ”rutinemessig” karakter fra departementene. Det var også disse tankene som resulterte i at flertallet i Modalsli-komiteen i 1970 foreslo å flytte ut nettopp slike saker fra Sosialdepartementet og Helsedirektoratet.

Da Høyre igjen kom til makten var ”avpolitisering”, blant annet gjennom direktoratsetablering, ikke lenger like farlig. ”Avpolitisering” betydde jo tillike at man kunne få stekket den stadig nokså sosialradikale helsedirektørs ”vinger”. Men mer kom til. Høyre ble nå ble mer og mer påvirket av den avpolitiserende tendens som begynte å prege Vesten, spesielt etter Margaret Thatchers komme som britisk statsminister i 1979 og Ronald Reagans som amerikansk president fra 1981. Staten skulle styre mer i gammel rettsstatlig forstand, og ellers delegere konkretiseringen av politikken til ”fristilte”

organer, og, når det gjaldt produksjon og tjenesteytelse, til privatiserte og private virksomheter, til foretagender. Det var slik meget ved Vindsetmo og Madsens delingsplan som virket tiltrekkende på de to høyrefolk, enda så ”lyseblå de gikk for å være, som nå overtok ledelsen av Sosialdepartementet.”⁵¹⁵ For tannlegen Heløe og psykiateren Heiberg kunne nok den medikratiske integrasjonstanken også ha hatt appell, men de var på dette tidspunkt mer preget av den politiske enn den faglige stemning. For Heløes vedkommende var imidlertid denne holdningen modnet over noe lengre tid, mens den kom bråere til den helt ferske politiker, Heiberg. Hun kom imidlertid snart til å bli nokså medikratikritisk. Hun reagerte negativt på den påvirkning hun nå ble utsatt for fra sin egen forening, Lægeforeningen.⁵¹⁶



Da regjeringen Willoch tiltrådte høsten 1981 valgte den nye sosialminister, psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg som sin statssekretær. Han kjente henne godt fra før. Den nye statssekretæren hadde disputert i 1980, sammen med sin nye sjefs hustru, tannlegen Berit Heløe. Her er de to avbildet på kvinnedagen i 1980. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

De medikratiske ideene hadde heller ikke lenger like overbevisende talspersoner som de hadde hatt i Evang. Helsedirektøren var stadig medikrat, men ingen idébevisst og overbevisende sådan. Medikratene, Helsedirektøren innbefattet, hadde nok mange motforestillinger mot delingsplanen. De hadde

515) Statsråd Heløe var, som vi har sett, en gammel høyrepolitiker. Heiberg hadde ingen politisk bakgrunn da hun ble utnevnt som statssekretær. Ja, hun var ikke engang medlem av Høyre; det ”ordnet” hun med etter utnevelsen. (Samtale med henne, nevnt ovenfor.)

516) Opplyst av A. N. Heiberg i samtale 5.1.2009.

langt færre forestillinger, og de forestillinger de hadde var pragmatiske. Deres ideer reflekterte ingen begeistrende visjon. Dertil kom at endel leger nå, ikke minst offentlige leger (i Offentlige legers landsforening), var blitt skeptiske til de medikratiske ideer, og gav uttrykk for det. Men én hadde ideer og visjoner av mer offensiv medikratiske, eller snarere planmedikratiske, art. Han var imidlertid ikke her ikke lenger. Han var dratt til København. Han var blitt vraket i 1977.

Heiberg-prosessen: fase 1

Statssekretæren og de to sekretærer hadde bare tre måneder på seg. De hadde derfor knapt tid til å samle inn nye opplysninger. De måtte i stor grad basere seg på det materiale som var samlet inn i forbindelse med "Bøsterud-prosessen". Dette materiale ble fylt ut og oppdatert gjennom samtaler sekretærene hadde med alle kontorer i Direktoratet, men også med noen av kontorene i Departementet forøvrig. Sekretærene hadde i tillegg møter med representanter for Helsedirektoratets ytre etat, med endel ledere i det kliniske og prekliniske helsevesen og med to sentrale juridiske embedsmenn. De ytre etater møtte de gjennom det utvalg som var oppnevnt for å utarbeide forslag til utvikling av fylkeslegekontorene, Larssen-utvalget⁵¹⁷ og gjennom Oslo stadfysikus, den alltid tilstedeværende Fredrik Mellbye. Det utøvende helsevesen møtte de gjennom tre fylkeskommunale sykehussjefer, to sykehusadministrasjonssjefer, en sykehusavdelingsdirektør og en overlege ved Statens institutt for folkehelse.⁵¹⁸ Departementsjusen møtte de gjennom to byråsjefer i Justisdepartementets lovavdeling, Knut Brofoss (f. 1948) og Inge (Inger-Else) Stabel (f. 1946).

De to skribentene, Alvik og Hoffmann, kjente ikke hverandre fra før. Anne Alvik var ingen ideologisk bevisst medikrat, men var dog knyttet til den medikratiske kultur og fant det ikke helt enkelt å være sekretær for delingsarbeidet. Det var avgjørende at det var Mork som spurte henne, dog etter at en annen, som nevnt, først var spurt. Men hun sa også ja til å være sekretær fordi hun så at delingen nå var uunngåelig og at utfordringen var å finne en best mulig måte å gjennomføre den på. For så vidt var det jo også en enestående anledning, både for henne og for Fredrik Hoffmann, til å være med på å forme fremtidens helseforvaltning. Hoffmann var mer innstilt på deling enn Alvik og fant det slik enklere å være sekretær. De to samarbeidet godt som sekretærer og hadde også et godt, men ikke tett, samarbeid med Statssekretæren. Sekretærene arbeidet nokså selvstendig, noe tidsfristen gjorde nødvendig og mandatet mulig.

Men selv om Heibergs mandat var nokså tydelig, var det nok av utfordringer hun og sekretærene stod overfor da de skulle begynne konkretiseringen. De måtte for det første ta stilling til hvordan forholdet mellom Departement og

517) Dette utvalg, som ble oppnevnt 5.11.1979 og leverte sin innstilling 3.8.1982, var ledet av fylkeslege i Møre og Romsdal, Arne Victor Larssen, og bestod ellers av fylkeslege Gustav Vig, Hedmark, byråsjef Vidar Wilberg, Helsedirektoratet, kontorsjef Øystein Ruud, Fylkeslegekontoret i Hedmark og rasjonaliseringsleder Jon Oftedal, Statens Rasjonaliseringsdirektorat. Hele utvalget deltok på møtet med sekretærene.

518) Sykehussjefene var Opplands Jan Stolp, Møre og Romsdals Per Roland og Akershus' Arne Vetlesen (han hadde titelen sykehusdirektør), sykehusadministrasjonssjefene Harald Holand, Regionsykehuset i Tromsø og Jarle Øie i Trondheim, avdelingsdirektøren Nils Holm, Det Norske Radiumhospital og SIFF-overlegen Bodolf Hareide. Kfr. Heiberg-rapporten, s. 37.

Direktorat formelt skulle være, altså hvor fristilt Direktoratet skulle gjøres. De måtte for det annet ta stilling til oppgavefordelingen og hvor presis den skulle, eller kunne, gjøres. Endelig, og for det tredje, måtte de ta stilling til hvordan departementsavdelingen og Direktoratet i hovedtrekk skulle organiseres. Omordningen gjaldt i første rekke de to første spørsmål, men den indre ordning av de to forvaltningsenheter var ikke uten betydning for hvordan de kunne og skulle forholde seg til hverandre.

Vi skal føye til her at den rapport Statssekretæren og de to sekretærer skrev til slutt, noe påfallende, ”åpner” mandatet. Det heter nå, i kapitel 8 (fra s. 92) at rapportskriverne ser for seg tre ”alternative organisasjonsmodeller”, nemlig Bøsterud-utvalgets egentlige modell, Bøsterud-utvalgets modell med Helsedirektørens modifikasjoner og ”delingsmodellen”. Forsåvidt som Statssekretærens prosjekt var opprettet fordi den nye politiske ledelse hadde avvist de to første modellene, virker denne ”åpningen” underlig. Det fremgår da også av hva rapporten sier om ”fase 2” at det som nå kalles ”alternativ III” i virkeligheten allerede er valgt – selv om overskriften på rapportens siste kapitel lyder slik: ”Organisering og opplegg av arbeidet med en eventuell omorganisering” (s. 97).

I rapporten fra Statssekretæren heter det om det første spørsmålet, altså spørsmålet om ordningen av forholdet departement-direktorat, at ulike ordninger er valgt i norsk statsforvaltning. Erfaringene har ikke gjort at én ordning har ”seiret”. Forvaltningsjuristene, både praktikerne og teoretikerne, har (derfor) heller ikke klare anbefalinger. Det reflekterer selvsagt det forhold at virkeligheten er nokså heterogen. Når den er det, tar ”prøvingen og feilingen” gjerne over, og da blir de ordninger som velges, varierte.

I rapporten (s. 37-38) nevnes det at fristillelsen er særlig stor for en institusjon som Rikstrygdeverket. Her har man en trygdeavdeling i Departementet og et nokså fristilt verk. Det sies imidlertid ikke hvorfor fristillelsen her er spesielt stor. Det tør ha sammenheng med at Rikstrygdeverket var og lenge forble, en utpreget rutinebasert institusjon. Verket forvaltet trygdelovgivning, og gjorde det ved å fatte et stort antall enkeltbeslutninger. Mange av beslutningene var såvidt rutinepregede at de etterhvert i stor grad nærmest kunne ”fattes” maskinelt. Verket gav nok innspill til videreutviklingen av trygdelovgivning, men gjorde gjerne det på en teknisk-juridisk måte. I hovedsak var Rikstrygdeverket, så lenge det eksisterte som selvstendig institusjon, et iverksettende organ. I rapporten nevnes forøvrig at Rikstrygdeverket hadde et eget styre, som også endel andre fristilte forvaltningsorganer hadde og har. Det understreker fristillelsen, men er også uttrykk for den korporativisering som kom etter krigen, og som delvis var en følge av rettsstatsdebatten fra slutten av 1940-årene. I rapporten nevnes ikke den andre typen institusjoner som er særlig fristilt, nemlig de som spesielt har ”tekniske” oppgaver. Man kan si at dette er institusjoner som arbeider med utgangspunkt i et forholdsvis tydelig mål og hvor den viktigste utfordring er å finne de faglig-teknisk riktige svar. Dette er institusjoner som særlig befant seg på toppen av infrastrukturetater, blant annet i samferdselssektoren. Senere er forøvrig endel av disse fristilt enda mer og er blitt til foretagender av litt ulike slag,

tildels endog delprivatiserte foretagender. Men selv i disse tilfeller, altså for de rettferdighetsstatlige og de nyttestatlige institusjonene, har det fra tid til annen vært vanskelig å holde dem helt utenfor sektorpolitikken. Der var, som vi sett, stadig tautreknninger mellom flere av riksdirektørene i begynnelsen av det forrige århundre.

I rapporten pekes det på at helseforvaltningens ordning under Evang er et eksempel på en spesielt integrert ordning, uten at de saklige grunner til denne ordningen kommenteres. Siden den nå skal gjøres mindre integrert er ikke det overraskende. Siden det ikke var gitt hvor meget integrasjonen nå skulle løses opp, kunne det dog vært nevnt. Enkelt sagt, kunne man si at det var, og er, langt vanskeligere å ”rutinisere” eller ”teknifisere” forvaltningen av helsevesenet enn forvaltningen av trygdepolitikken eller de ulike grener av samferdselspolitikken. Det gjør at den verdi-, og forsåvidt også interessebaserte, skjønnsutøvelsen fortsetter å spille en stor rolle. Denne skjønnsutøvelsen blir ekstra krevende fordi store deler av helsevesenet verdimelessig er så sensitivt.

Det er i dette perspektiv interessant at allerede Sosialministeren forutsatte at det skulle være et nært samarbeid mellom direktorat og departementsavdeling, endog så nært at de to i hovedsak skulle være samlokalisert. I rapporten brukes denne ”nærhet” som en grunn for ikke å foreslå at Helsedirektoratet skal ha et eget styre. Vi skal nærmere komme tilbake til arbeidsfordelingen nedenfor.

I rapporten konstateres det (s. 38) at delingen vil kreve at ”direktoratets myndighetsområde blir definert gjennom delegasjon av myndighet fra departementet til direktoratet”. Det nevnes samtidig at delingen vil kreve endel lovendringer, siden Helsedirektøren gjennom lovgivning er tildelt myndighet i mange saker.

Delingen krevde også at Helsedirektørens instruks ble endret. Det var ikke minst gjennom den Direktørens, og dermed Direktoratets, forhold til den politiske ledelse var bestemt. Spesielt viktig var i denne sammenheng hvordan instruksene skulle regulere forholdet mellom Helsedirektøren og Sosialdepartementets politiske ledelse. Det heter i rapporten (s. 49):

Hovedretningslinjen vil være at helsedirektøren har slik direkte adgang i alle saker hvor avgjørelsesmyndigheten er delegert til direktoratet. Statsråden på sin side vil kunne ta direkte kontakt med direktoratet i slike saker.

Dette forslaget er litt pussig, forsåvidt som det representerer en ”speilvending” av den gamle situasjon. Tidligere kunne Helsedirektøren fatte avgjørelser selv i de aktuelle saker, altså saker som ble betraktet som ”faglige”. I slike saker trengte han ikke å konsultere Statsråden; nå skulle han altså få adgang til det. En slik adgang ville da i prinsippet innebære en begrensning av hans selvstendighet: Statsråden fikk jo gjennom denne adgangen anledning til å påvirke de faglige beslutningene Helsedirektøren suverent skulle kunne avgjøre. Snarere enn et aktivum kunne jo slik

statsrådsadgangen sees på mer som en maktbeskjæring av Helsedirektøren enn som et maktprivilegium, eller statussymbol.

Helsedirektørens gamle adgang til Statsråden gjaldt spesielt saker han behandlet som ekspedisjonssjef. Forsåvidt som han også var ekspedisjonssjef var den adgangen en formell selvfølge. Den ble mindre av en selvfølge da Sosialdepartementet fikk departementsråd i 1955. Den ble dog beholdt og Helsedirektøren ble i praksis en slags helseråd, samtidig som Departementet administrativt langt på vei ble delt. Men ved den deling som skulle komme, ville Helsedirektøren miste ekspedisjonssjefsrollen og dermed den viktige adgang til Statsråden. ”I saker hvor slik myndighet (dvs. avgjørelsesmyndighet) er lagt til departementsavdelingen vil sakene måtte fremmes gjennom denne avdelingen (dvs. den nye Helseavdelingen)”, heter den videre i Heiberg-rapporten (s. 49).

Den noe pussige bestemmelsen om statsrådsadgang må forståes politisk. Mork satte meget inn på å få beholde en viss statsrådsadgang, og så vanskelig som delingssaken straks var blitt, fremstod det å gi en slik adgang som en akseptabel konsesjon for den politiske ledelse. Vindsetmo og Madsen var ikke begeistret for å gi slik adgang. De så den som formelt problematisk, og som vi har sett: det var den. For Mork hadde nok adgangen en viktig statusside. Men han kan også ha tenkt politisk-strategisk. Det sies i rapporten intet om Helsedirektøren kan ha møte med Statsråden uten Avdelingssjefens, eventuelt også Departementsrådets, tilstedeværelse. Indirekte fremgår det at han kan det. Det ville jo også fremstå som underlig om Helsedirektøren skulle ”passes på” av departementsbyråkrater når han skulle drøfte ”faglige” saker med Statsråden. Men forsåvidt som avgrensningen av faglige saker må forbli uklar, betyr også statsrådsadgangen at Helsedirektøren vil beholde en ganske viktig mulighet for å påvirke Statsråden. I praksis kunne ordningen lett komme til å bety at statsråd og direktør kunne snakke om hva som helst. I hvilken grad det ville skje, ville antagelig mer avhenge av personene enn av formene. At de to skulle fortsette å sitte i samme hus, ville forøvrig gjøre det fysisk enkelt å bygge ut kontakten. Det har nok ikke bare vært formelle grunner til at Vindsetmo og Madsen var slik imot Helsedirektørens statsrådsadgang.

Forslaget i Heiberg-rapporten åpnet altså for at det kunne oppstå to linjer oppover, og i neste omgang nedover. Med litt andre ord: Den åpnet for rivaleri om Statsrådets (vel)vilje. Den åpnet imidlertid for mer, nemlig for en tolinjet helsepolitikk, en med Helseavdelingen som utgangspunkt, en annen med Helsedirektoratet som utgangspunkt. I hvilken grad man i praksis ville få et rivaleri og en todelt politikk avhenger imidlertid ikke bare av formen for dobbelt statsrådsadgang, men også av hvor tydelig man ville klare å gjøre arbeidsdelingen mellom direktorat og avdeling.

I rapporten foreslås det videre at Helsedirektøren skal ha adgang til å ta direkte kontakt med andre departementer og andre institusjoner, i saker hvor han har beslutningsmyndighet; i andre saker må han gå via Helseavdelingen. I den grad arbeidsdelingen mellom de to instanser blir uklar, åpner denne

bestemmelse også for en tolinjet ”horisontal” agering. Man kan i noen grad få en dobbel helsepolitikk også til siden.

Det foreslåes enn videre, men det er nokså selvsagt, at Helsedirektøren kan ”ta kontakt med f.eks. fylkeslegene som en ytre etat” (s. 50). Det understrekes at denne kontakten må være direkte og ikke gå via hverken departement eller fylkesmenn. Det sies imidlertid ingen ting om i hvilken grad kontakten nedover, til ytre etat og helsevesenet forøvrig, bare skal gå via, eller fra Helsedirektoratet, altså som én styringslinje. Måten det i rapporten skrives om arbeidsdelingen på, kan tyde på at Helseavdelingen også skal få sin egen linje nedover. Som Direktørens statsrådsadgang skaper doble linjer oppover, vil Avdelingens fylkeslegeadgang skape doble linjer nedover. Som Direktørens statsrådsadgang stadig vil kunne skape dilemmaer for Statsråden, etter som Helsedirektøren ”dytter på”, vil Avdelingens fylkeslegeadgang skape tilbakevendende lojalitetsdilemmaer for fylkeslegene: De vil stadig kunne komme i en situasjon hvor de må ta stilling til hvilken herre de primært skal tjene, både hva tidsbruk og standpunkter angår. Også dette vil lett bidra til å skape og forsterke skjærmyslene mellom direktorat og avdeling, mellom helsedirektør og ekspedisjonssjef.

Hvor store de vertikale ansvarsuklarhetene som Heiberg-rapporten etterlater, blir, og dermed også hvor meget utsatt for dragkamp de nye organene og deres ledere blir, avhenger, som vi har påpekt, i betydelig grad av hvor klart fordelingen av oppgaver mellom avdeling og direktorat blir beskrevet. Vi har sett at det ble gitt en del premisser for oppgavefordelingen i Statssekretærens notat fra slutten av mars, og som i hovedsak innebar at Direktoratets ansvar var knyttet til forvaltningssyklusens tidligere og sene faser, mens Avdelingens ansvar var knyttet til syklusens mest politiserte midtfaser. Disse premisser ble i noen grad konkretisert i rapporten, men ikke på en helt presis og ”autoritativ” måte. De ble konkretisert mest som litt almene beskrivelser og som eksempler. Det ble ikke gjort under en egen overskrift, men i forbindelse med redegjørelsen for forslagene til de to organenes organisering. Oppgaven med å fordele arbeidet mellom de to organer var for komplisert til at det var mulig, innen den tid gruppen hadde til rådighet, å gå nærmere inn på den.

Det ble imidlertid i rapporten understreket hvor viktig oppgaven var – for å unngå kompetansestrid. Det heter således om Direktoratets oppgaver at man i ”fase to” må gå nærmere gjennom

saksområdene slik at det kan bli presist angitt innen hvilke saksområder direktoratet har selvstendig avgjørelsesmyndighet. Denne gjennomgangen bør antakelig konkludere med et brev fra sosialministeren til direktoratet der direktoratets myndighetsområder blir definert gjennom delegasjon av myndighet fra departementet til direktoratet.⁵¹⁹

519) Heiberg-rapporten, *op. cit.*, s. 38.

Statssekretæren og hennes sekretærer foreslår ulike oppbygninger av de to organer. De foreslår at Helseavdelingen bygges opp etter styringsfunksjonelle kriterier, mens de vil at Direktoratet skal beholde sin overveiende institusjonelle oppbygning, dog med en del viktige modifikasjoner.

Helseavdelingen foreslår de å dele inn i tre seksjoner: én for helseøkonomi og personellplanlegging, én for helseplanlegging og organisasjon og én for juridiske saker. Det er altså de dominerende styringsmåter som er lagt til grunn for inndelingen. Den første seksjon er knyttet til den økonomiske styringsfaglighet og den tredje til den juridiske styringsfaglighet. Den andre er knyttet til en slags tredje styringsfaglighet, styring gjennom plan, men for så vidt også organisering. Den siste kan sees på som en slags statsvitenskapelig, eller organisasjonsvitenskapelig, styringsfaglighet, men det er åpenbart at det er planfagligheten som er den viktige. Den representerer imidlertid en faglighet som både er økonomisk, juridisk og mer til, og egentlig går forut for den løpende styring(sfaglighet). Planseksjonen burde slik sett vært en stabsenhet knyttet til avdelingslederen, altså Ekspedisjonssjefen. Den er imidlertid plassert på linje med de andre seksjonene. Det erkjennes imidlertid at den i noen grad har en hierarkisk rolle i forhold til de to andre seksjoner, og særlig den økonomiske. Blant annet ser utrederne grunner for at de to seksjoner burde vært én (kfr. s. 47-48). Samtidig er det åpenbart at utrederne ser på planseksjonen først og fremst som en sideordnet styringsseksjon: Den skal godkjenne (sykehus)planer og utvikle planer, i første rekke basert på medisinske (helsefaglige) tilbuds- og etterspørsels-sideprognoser og -vurderinger. Seksjonen skal altså representere den medisinske og medisinsk-organisatoriske styring. Den skal ikke selv fastsette de økonomiske rammer og mål (ulike effektivitetsmål), og bestemme de juridiske prinsipper, for eksempel av rettssikkerhetsmessig art, som skal legges til grunn, men planlegge innen de rammer og prinsipper som fastsettes i den økonomiske og den juridiske seksjon. Det forutsettes at styringen skal være samordnet før den, via Helsedirektoratet, eller direkte, treffer helsevesenet. Samordningen skal dels skje på tvers, mellom seksjonene, og til dels hierarkisk, gjennom Helseavdelingens ledelse. Avdelingens ledelse skal, etter forslaget, i tillegg til en ekspedisjonssjef, omfatte en nestleder, hvis tittel ikke spesifiseres.

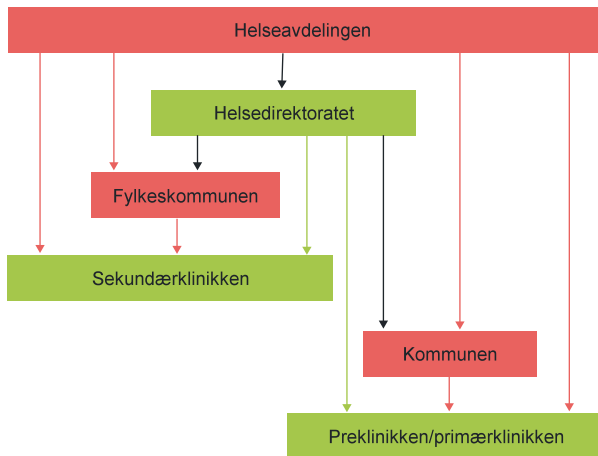
Vi ser altså at Helseavdelingen foreslås organisert med et tydelig utgangspunkt i styringsfaglighet. Også helsefagligheten er tatt med, men er definert som planfaglighet og er ikke knyttet til helsevesenet som helhet. Den må derfor få et nokså abstrakt forhold til helsevesenets ulike institusjoner og dets personell. Styringsfagligheten understrekes ved at Avdelingen er en del av et departement som for øvrig er utpreget styringsfaglig organisert og bemannet og som igjen er en del av den samlede statsforvaltning, altså en integrert del av samfunnets øverste styringsinstitusjon. Man kan også si det slik: Sosialministeren får, som helseminister, et langt mer abstrakt forhold til den konkrete helsevirkelighet enn han eller hun hadde da vedkommende var direkte konfrontert med et helsedirektorat som langt på vei så på seg som en del av pre/klinikken.

Som vi har nevnt foreslår dr. Heiberg og hennes sekretærer at Direktoratet skal beholde en mer institusjonell organisasjonsform. Den ble imidlertid, etter forslaget, noe endret. De fleste av de gamle kontorene hadde, som vi har sett, en faginstitutionell basis. De forvaltet en virksomhet som i hovedsak utgjorde distinkte institusjoner, men som tillike utgjorde en egen faglighet. Nå ble kontorene erstattet som nummer to-enheter med avdelinger, og avdelingene fikk langt større institusjoner å forholde seg til enn kontorene hadde hatt. De fikk nærmest sektorer å forholde seg til. Disse sektorer ble også definert mer rent institusjonelt og mindre faglig. Man fikk på den måten avdelinger for preklinikken, for primærklinikken og for sekundær-, tertiær- etc. klinikken. Utrederne foreslo at de skulle kalles avdelinger for miljørettet helsevern, for kommunehelsetjenesten og for fylkeshelsetjenesten. I tillegg foreslo de at det skulle komme en avdeling for legemidler og en, tverrgående, avdeling for administrative og juridiske saker.

Denne foreslåtte endringen av institusjonell orientering er viktig. Den reflekterer den maktforskyvning fra fylkesleger, distriktsleger og overleger mot de nye ledere, lokalpolitiske og lokalpolitiske institusjonseiere og institusjonsledere som for alvor begynte å gjøre seg gjeldende tidlig i 1970-årene, og som delvis ble formalisert gjennom fylkeskommunaliseringen av sekundærklinikken og den kommende kommunalisering av primærklinikken og deler av preklinikken. Den ville gjøre at legene i Direktoratet, iallfall i prinsippet, ville miste mye av sin heisstatus nedover, sin "livgivende" kontakt med de pre/kliniske miljøer. De måtte, om de skulle holde seg til linjen, men helt skulle de jo ikke det, gå veien om "fremmede", politikere, byråkrater og kanskje "ikkefaglige" institusjonsledere. Dertil ville antagelig komme den andre, konkurrerende linje – den som hadde Avdelingen som utgangspunkt: Avdelingens folk ville i langt større grad enn Direktoratets tale med "likesinnede". Sannsynligheten for at Direktoratet slik også nedover etter hvert kunne bli dyttet stadig mer til side, var, slik Heiberg-forslaget så ut, slett ikke liten.

I figur 5.3. har vi forsøkt å vise hvordan (de delvis konkurrerende) styringslinjene kan bli seende ut etter forslagene i Heiberg-rapporten. De politisk-administrative styringslinjer, som nå kan bli de dominerende, har vi illustrert med rødt, mens de linjene som i størst grad representerer restene av den medikratiske styring, er tegnet med grønt. De svarte styringslinjene representerer en slags mellomform for styring; de har det helsefaglig pregede Helsedirektoratet som utgangspunkt, men har et politisk-administrativt organ som "mellomstasjon".

Figur 5.3: En illustrasjon av styringslinjene etter forslagene i Heiberg-rapporten (1982): en tolkning



Vi kan konstatere at tendensen til forvaltningsmessig avmedikratisering hadde gjort seg gjeldende fra midt i 1970-årene. Dr. Heibergs forslag til organisering av Direktoratet var ikke originalt. Det var en videreføring av forslagene fra rasjonaliseringsfolkene og Bøsterud-utvalgets rapporter. Men Statssekretærens forslag gikk jo vesentlig lenger for så vidt som det også innebar at den helsepolitiske forvaltningsmakt ble lagt til et nytt organ, og et organ som ble forstått og organisert som et byråkratisk, ikke et helsefaglig organ. Helsefagligheten, i praksis medisinen, fikk slik sin operasjonssfære begrenset både oppover og nedover. Forslaget innebar at Helsedirektøren, iallfall i noen grad, ville bli kastret; skjønt det er vel riktigere å si at han ville miste både hode (kontakten oppover) og hale (kontakten nedover). Det gjorde det ikke psykologisk enklere for ham at det skjedde i regi av en kvinnelig (lege)kollega.

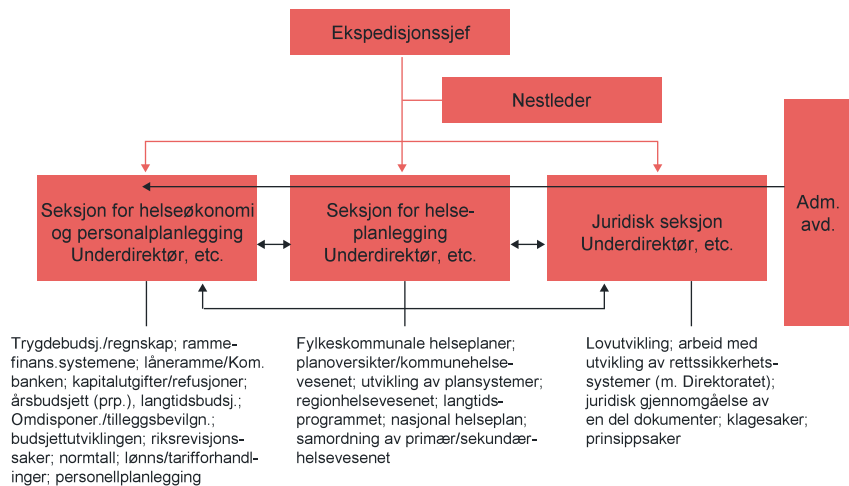
Vi ser at de to organer foreslås ordnet på prinsipielt forskjellige måter, Avdelingen primært på styringsfunksjonelle og Direktoratet primært på institusjonelle premisser. Det vil i seg selv skape et nokså komplekst samarbeidsforhold mellom de to organer. Alle seksjonene og alle avdelingene vil måtte forholde seg til hverandre. Det vil kunne skape en viss avstand, og dermed færre habilitetsproblemer, men også sprikende signaler (begge veier). Seksjonene vil også måtte få et mangelinjet forhold til helseinstitusjonene. Avdelingene i Direktoratet vil imidlertid, bortsett fra den administrative avdeling, få et mer enlinjet og klientilistisk, altså et inhabilitets-skapende, forhold til institusjonene. De problemer denne ulike organisering kan komme til å skape, kan bli forsterket ved at de to organer, som de er tenkt, vil bli preget av ulik faglighet, Helseavdelingen av styringsfaglighet og Helsedirektoratet av helsefaglighet. Det bør i den sammenheng pekes på at selv om Direktoratet foreslås organisert mer institusjonelt og mindre medikratiske, forutsettes det at helsefagligheten, ja, medisinen, fortsatt skal

dominere: Helsedirektøren skal trolig fortsatt være lege; medisinalråds-embedet skal beholdes og de ulike avdelinger vil alle, bortsett fra den administrative, antagelig få helsefaglige ledere, og i første rekke medisinske; kfr. organisasjonskartene i figurene 5.4 og 5.5. Denne forskjellen i faglighet vil også kulturelt gjøre de to styringsorganer nokså forskjellige; men hvor stor den blir avhenger selvsagt av hvordan organene blir bemannet. I rapporten heter det at ”Spørsmålet om en normering av stillingene vil en .. komme tilbake til i en eventuell fase 2” (s. 99). Det heter imidlertid videre at ”lederstillingene normalt ikke skal være øremerket for bestemte profesjoner”. Det er imidlertid stadig grunn til å tro at de to organer faglig vil bli forholdsvis ulike. Vi skal dog komme tilbake til det.

I figur 5.4. har vi ikke plassert nestlederen direkte i linjen, slik det er gjort i rapporten. I praksis vil selvsagt ekspedisjonssjefen ikke bare komme til å lede gjennom nestlederen. I hovedsak vil han komme til å lede direkte, mens nestlederen delvis blir en stabsperson og i noen henseender en linjeopposisjon, mens han midlertidig vil ”bli” ekspedisjonssjef når denne er fraværende.

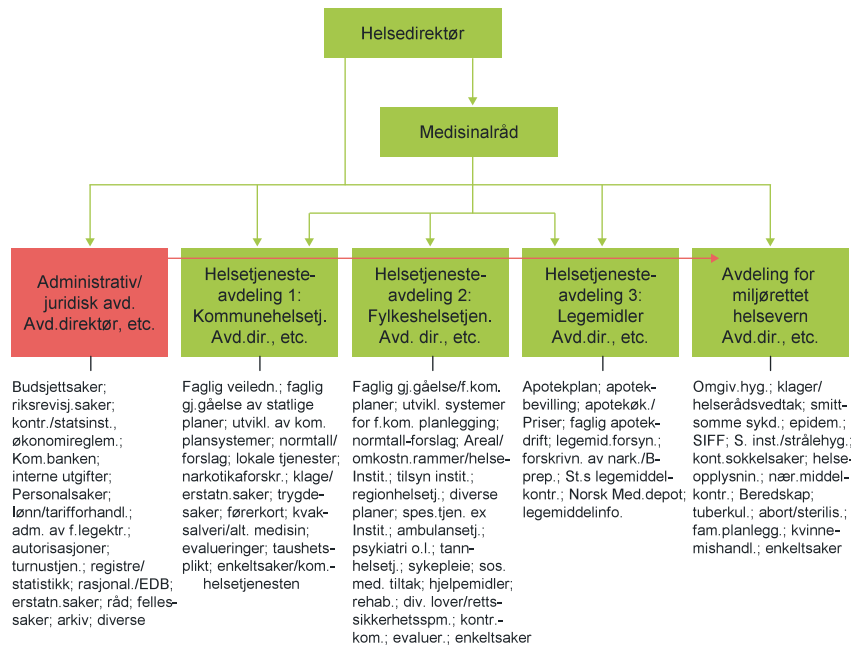
Figur 5.4: Helseavdelingens oppbygning og arbeidsoppgaver, etter Heiberg-rapportens forslag (1982).

Administrasjonsavdelingen, tegnet til høyre, er Sosialdepartementets adm.avdeling. Etter forslaget vil den få ansvar for personalpolitikken også i Helseavdelingen. I tillegg vil den spille en rolle med å samordne Departementets budsjettpolitikk.



Heiberg-rapporten ble avlevert den 25. juni 1982. Den 29. ble den sendt til et stort antall remissinstanser, de fleste som hadde litt interesser knyttet til spørsmålene som var utrede stor mer enn sommerferien på seg til å uttale seg om en organisasjonsutredning. Denne gang hastet det imidlertid mer enn noen gang. Nå var den politiske ledelse innstilt på reform, og rask reform. Den stod heller ikke foran noe valg; den hadde utsikter til å bli sittende iallfall i tre år til.

Figur 5.5: Helsedirektoratets oppbygning, Etter Heibergrapportens forslag (1982)



Det stod intet i remissbrevet om hva Statssekretæren ønsket synspunkter på, men remissrunden ble i praksis først og fremst en runde om prinsippet om deling. Mange uttalte seg imidlertid også om hvordan delingen eventuelt kunne og burde konkretiseres. Uttalelsene var av vekslende så vel politisk som analytisk kvalitet. De fleste var mer opptatt av å markere standpunkter enn av å begrunne dem. Slik sett var også remissuttalelsene et vidnesbyrd om hvor emosjonelt ladet delingsprosessen var.

Fordelingen av holdninger til prinsippet om deling var også et uttrykk for hvor omstridt delingsspørsmålet var. Nesten hele det politisk-administrative miljø, også lokalt, gikk inn for deling, mens de medisinske forankrede organisasjoner nesten like samtonende gikk imot deling. Innen de første miljøer hadde Buskerud fylkeskommune (brev 8.9) en del motforestillinger mot deling. Det tør ha sammenheng med at uttalelsen var skrevet av sykehussjefen, den tidligere statssekretær i Sosialdepartementet, Bjørn Skau (Ap). Andre fylkeskommuner, med arbeiderpartifolk som sentrale administrasjonssjefer, gikk imidlertid inn for deling. Blant yrkesorganisasjonene støttet flere deling, blant annet Norsk Sykepleierforbund (brev 14.9.). Vi kan i Forbundets uttalelse registrere sykepleierne skepsis til legedominansen "overalt" i helsevesenet, men også det forhold at flere av dets ledere stod de borgerlige medikratiske partiene nær. Den sittende leder (1983-1987), Aud Blankholm (f. 1947), hadde vært Forbundets leder fra 1981 til 1983, og før henne hadde Eli Kristiansen (f. 1933), med flere verv i Kristelig Folkeparti, vært leder. En annen forening, Norsk Farmaceutisk Forening var nøytral (brev 3.9.), bare det fortsatt kunne være en egen legemiddelavdeling, mens

Kontaktutvalget for fylkestannlegene (brev 15.9.) gikk imot deling. Særlig interessant er det at Offentlige legers landsforbund, ved Tharald Hetland (brev 10.9.) (f. 1943), gikk inn for deling: I OLL stod på denne tid sosialradikalismen sterkt og mange offentlige leger støttet også forslaget om å avmedikratisere primærhelsevesenet. Interessant er det også at Rikshospitalets styre (7.10) stiller seg positivt til deling. Hospitalets uttalelse er undertegnet av direktør og lege Jacob B. Natvig (f. 1934), en mann med tilknytning til sentrale Kristelig Folkeparti-politikere, og avdelingsdirektør, og neste sosialminister (1986), Tove Strand Gerhardsen (f. 1946).

Blant delingstilhengerne applauderte den administrative ledelse i Sosialdepartementet forslaget om deling, men uten å komme med interessante nye synspunkter. Dog bør det nevnes at Departementets toppbyråkrater, med Departementsråden i spissen, understreket at også en helseavdeling måtte gies "en tverrfaglig bemanning der også høyt kvalifisert helsepersonell inngår".⁵²⁰ Det er forståelig: Uten leger i Avdelingen ville den, nærmest løpende, bli avhengig av bistand fra Direktoratet. Slik ville også delingen bli langt mindre tydelig. Det er for øvrig slik sett ikke overraskende at "medikratene" inntok det motsatte standpunkt: Der burde ikke komme leger i Avdelingen. En del av dem som ikke ønsket deling, blant annet Helsedirektøren selv, fremholdt at hvis det ble deling burde ikke Departementsavdelingen ha leger. Helsedirektøren pekte, i sin uttalelse (21.9., s. 5-6), på at med leger i Avdelingen ville det helsefaglige miljø i den statlige helseforvaltning bli splittet – og svekket. Han henviste også til at de andre nordiske land, som har delt forvaltningen, bare har styringsfagfolk i departementsorganet. Han kunne ha nevnt at det også var situasjonen i Norge før krigen.

I Kommunal- og arbeidsdepartementets uttalelse, som selvsagt er preget av delingsvennlighet, er det en del betraktninger som kaster et interessant lys over noe av grunnlaget for de "typiske" byråkraters skepsis til den medikratiske ordningen av Helsedirektoratet. Det heter at Helsedirektoratet er blitt for stykket opp i nokså selvstendige fagkontorer, som "utvikler og fremmer helsefaglige vurderinger". Det har nok ført til kvalitet på de ulike områder av helsevesenet, fortsettes det, men det har svekket tilpasningen til "de pålegg, retningslinjer og økonomiske rammer som Regjeringen trekker opp". Det har også gjort, heter det videre, tilpasningen til fylkeskommunenes og kommunenes "økonomiske ressurser" svakere. Departementet mener at "den økonomisk/administrative, herunder også den budsjettmessige, *styring av helsesektoren som helhet*" bør "bli oppprioritert". Det advarer videre mot å fortsette å se på spørsmål som både har politiske og helsefaglige sider som "faglige"; Kommunaldepartementet bruker ofte anførselstegn her, og legger vekt på at spørsmål av den aktuelle typen også må bli vurdert politisk i Departementet, "i tillegg til den "faglige" vurdering i Direktoratet". I tråd med dette advarer Kommunaldepartementet mot, som foreslått i Heiberg-rapporten, å organisere Direktoratet så institusjonelt: "Denne strukturen kan i praksis føre til at ulike profesjonsgrupper får en uhensiktsmessig sterk stilling på "sine beslutningsarenaer"". Det heter videre at det faginstitusjonelle

520) Uttalelsen har overskriften "Organisering av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet" og journalnummer 4204/82. Uttalelsen er datert 17.9.1982. Sitatet er fra s. 3.

trykk denne organiseringen kan skape, kan gjøre at ”den politiske ledelse vil kunne få liten manøvreringsfrihet ut fra politiske premisser”.⁵²¹ Kommunal- og arbeidsdepartementet ville altså ikke bare dele helseforvaltningen, det ville også demedikratisere Direktoratet enda mer enn det som foreslåes i Statssekretærens rapport. Det er ikke tilfeldig at den som har signert brevet (e.f.) er Departementets nye departementsråd, Tormod Hermansen. Siden han snart skulle bli forvaltningens mektigste mann, som finansråd (1986) og som utreder for ”den nye staten” i slutten av 1980-årene var hans (departements) uttalelse av særlig betydning.

Finansdepartementet ville ha en helseavdeling i Departementet, men stilte spørsmål ved om der så overhodet trengtes noe helsedirektorat. Det samme synspunkt hevdet Oslos varaordfører, og gamle helsedirektorsoppasser, Per Høybråten i et innlegg i Aftenposten, kort tid etter at Heiberg-rapporten var kommet (13.7.82). Disse synspunktene var interessante, for så vidt som de skulle bli tatt opp igjen på en nesten dramatisk måte åtte år senere, i regi av Vindsetmos etterfølger som departementsråd, Jon Ola Norbom (f. 1923). Man kan imidlertid også si at disse synspunktene, paradoksalt nok, hadde et visst slektskap med synspunkter delingsmotstanderne hadde. I Helsedirektoratets uttalelse til Heiberg-rapporten pekes det således igjen på at de aller fleste, ”ca. 80-90 %”, av Direktoratets oppgaver er departementsoppgaver. Også Helsedirektøren peker i sin særuttalelse på det. Direktoratet antyder at en implikasjon av dette forholdet er ”å gjøre hele Helsedirektoratet om til en ren departementsavdeling...”.⁵²² Helsedirektøren peker ikke på den implikasjonen. Kanskje så han faren i å gjøre det? Å gjøre Direktoratet til en ren helseavdeling ville innebære å plassere ham under departementsråden, men også å skape en ”mastodontisk” departementsavdeling. Avdelingen ville bli så stor at mye, som den rutinepregede iverksettelse, måtte flyttes ut – og man ville igjen få en deling.

De kritiske kommentarer var delvis formelle, og for så vidt juridiske, og delvis medikratiske. De siste var de viktigste. Kritikken var slik uttrykk for at omordningen også var en ideologisk kamp, om medisinske, eller helsemessige, premisser innflytelse i forhold til andre, rettsstatlige og nyttestatlig særlig, og en maktkamp, en kamp mellom leger på den ene side og ”vanlige” byråkrater og, til dels, politikere på den annen. Den formelle kritikken var slik underordnet den medikratiske. Helsedirektoratets institusjonelle uttalelse, skrevet av juristene Knut Munch-Søegaard og Ole Vedeler (17.9.82), var slik underordnet, og en støtte for, den uttalelse Helsedirektøren selv kom med. Juristene kunne slik påpeke både at oppgavefordelingen fortsatt bare var grovt beskrevet og at det var lagt opp til at personell i Direktoratet i betydelig grad skulle brukes også til departementsoppgaver, ja, nærmest i Departementet. Med andre ord: det ville bli ansvarsuklarhet. Ansvarsuklarheten ble forsterket, het det i uttalelsen, ved at begge de store fagmiljøer, det medisins-

521) Kommunal og arbeidsdepartementets uttalelse om Heiberg-rapporten. Arkivref.: 2315/82 D. Uttalelsen er datert 1.10.1982 og sitatene er fra s 1 og 2.

522) Uttalelse fra Helsedirektoratet (H.dir. 2) av 17.9.1982, s. 3. Uttalelsen er undertegnet av Knut Munch-Søegaard og Ole Vedeler (byråsjef i Økonomi- og personalkontoret).

ske og det juridiske, ville bli splittet.⁵²³ Denne splittelsen ville innebære at mange saker skulle behandles begge steder. Det ble selv sagt påpekt at i tillegg til å skape klarhet om saksansvaret ville denne ordningen føre til, kanskje omfattende, dobbeltarbeid.

Helsedirektøren selv påpeker at delingsforslaget ikke er begrunnet i Heiberg-rapporten. Som vi har sett, har han rett i det. Men som vi også har nevnt var delingen i praksis allerede vedtatt. Nå skulle det utredes hvordan den skulle gjennomføres. Helsedirektøren, som Direktoratet, ville gå et skritt tilbake og drøfte om deling var fornuftig. Men ved å gjøre det, satte de seg nok ”utenfor” reformarbeidet. De svekket sin mulighet for å påvirke delingens innhold. Deres uttalelser får derfor delvis preg av ”egenterapi”: Gjennom sine uttalelser får de utløp for den frustrasjonen de føler over den abrupte, meget kort begrunnede, delingsbeslutningen. Spesielt Morks frustrasjon er stor.

I sin uttalelse tar blant annet Helsedirektøren utgangspunkt i et sitat fra rapporten (s. 2): ”En har foreslått lagt til helseavdelingen sakstyper som det er særlig viktig at den politiske ledelse i departementet har styring med”. Helsedirektøren oppfatter nærmest uttalelsen som fornærmende, nemlig som uttrykk for ”at man med den nåværende organisasjon ikke har tilstrekkelig styring med den sentrale helseadministrasjon”. Han henviser så, også han, til at de fleste saker Direktoratet behandler, behandler det som departementsavdeling: ”Helsedirektørens myndighet til å treffe selvstendige avgjørelser er meget begrenset, og gjelder bare saker hvor utpreget medisinsk skjønn anses nødvendig”. Han føyer til at det ikke er han som avgjør i hvilken kategori sakene kommer; det er ”fastlagt gjennom lover, forskrifter og helsedirektørens instruks”. Enn videre nevner han at han, for å være på den sikre siden, ved statsrådsskifter har ”funnet det naturlig å drøfte et større antall saker, delv for å bringe på det rene om den nye politiske ledelse vil legge andre prinsipper til grunn for de daglige avgjørelser, dels for at statsråden kan bli best mulig allsidig orientert om virksomheten i Helsedirektoratet”. Han fortsetter med å si at han ”i sin embetstid alltid (har) forsøkt etter beste evne å være lojal overfor de beslutninger som er truffet av departementets politiske ledelse...”⁵²⁴

*

Remissrunden ble, som vi har sett, i stor grad en ”avstemning” om det spørsmålet som i praksis var avgjort på forhånd, delingsspørsmålet. I Departementet ”tellet” man derfor også uttalelsene etter standpunkt. Man kom til at 13 gikk inn for deling, syv imot, mens 12 ikke tok noe klart standpunkt. I sin oppsummering, datert den 13. oktober (1982), kommenterte Statssekretæren uttalelsene og kom med sine anbefalinger overfor Statsråden. Hun tok spesielt opp fem spørsmål remissinstansene hadde stilt. Det første gjaldt om det var et behov for et eget direktorat hvis mange nok oppgaver ble delegert.

523) Under den ordningen som eksisterte fra 1891 til 1940/41 var fagmiljøene helt adskilt: alle jurister satt i Departementet og alle leger i Direktoratet.

524) Helsedirektørens uttalelse er stilet til Statssekretæren, men har ingen arkivreferanse. Uttalelsen er datert 21.9.1982 og er på 8 sider. Sitatene er fra s. 3 og (de to siste) 4.

Spørsmålet var nevnt både av Norske Kommuners Sentralforbund og Finansdepartementet – og pekte fremover mot den neste omorganiseringsrunde; den skulle komme knapt et tiår senere. Statssekretæren har en viss forståelse for spørsmålet, men henviser til at den eksisterende lovgivning først må gjennomgås og moderniseres. Når det er skjedd, ”bør direktoratets arbeidsoppgaver endres fra behandling av enkeltsaker., til oppgaver som gjelder faglig rådgivning, styring og drift av helsetjenesten innen de rammer som er gitt av Storting og departement” (notatet s. 5). Mens dette første spørsmål reflekterer de mest radikale omordningsønsker, reflekterer de øvrige spørsmål omordningskritikken. Det første av de kritiske spørsmål gjelder om ikke delingen vil skape uklare ansvarsforhold. Hun svarer at hva ansvarsdelingen angår er hennes rapport ikke klar nok. Hun vil sørge for at den blir gjort klarere i konkretiseringsprosessen. Det berørte spørsmål om faren for dobbeltbehandling og kompetansestrid, besvarer hun ved å vedgå at den faren vil være der, men at den neppe vil ”være større enn dem man finner i forbindelse med andre departementsavdelinger/direktorater” (s. 8). Videre besvarer hun spørsmålet om ikke problemene med den nåværende ordning kunne reduseres ved at man fikk et klarere instruksverk for Direktoratet, ved å si at delingen skjer for å fjerne den uklarhet som skapes ved at ”delingen” går ”inne” i en person, Helsedirektøren.

Endelig tar hun opp spørsmålet om omordningen vil svekke den medisinske innflytelse i helsepolitikken. Hun, legen, ser at den kan gjøre det og skriver derfor at hun vil gå inn for at både lederen for planleggingsseksjonen i den nye avdelingen og ledersjiktet i Direktoratet, bortsett fra i den administrative avdeling, skal ha helsefaglig utdanning. Men hun konkluderer med at med de små endringer hun har nevnt, bør det ”treffes et prinsippvedtak om å opprette en egen helseavdeling i departementet og et fagdirektorat i hovedsak slik som foreslått i rapporten” (s. 9).

På grunnlag av Statssekretærens notat ble det allerede dagen etter at notat ble skrevet, laget et utkast til R-notat. Dette ble sendt sjefsmøtets deltagere, med kommentarfrist den 18.10. Der kom ingen kommentarer og notatet ble så tatt opp på sjefsmøtet tirsdag den 19.10. Heller ikke her kom det forslag om omformuleringer og notatet var å betrakte som klarert for oversendelse til Regjeringen. I notatet understrekes det først at delingsforslaget er i tråd med ”de retningslinjer som er trukket opp for forholdet mellom departementet og direktorater i Stortingsmelding nr. 31 (1975-76) kap. 4 (Hovedlinjer for reformer i sentralforvaltningen)”. I notatet legges det videre vekt på at medisinske, økonomiske og andre hensyn må sees i sammenheng både i direktorat og avdeling, og at bemanningen må gjøre det mulig. Det nevnes videre at omordningen også skal omfatte en betydelig delegasjon av oppgaver til de undernasjonale nivåer. De viktigste motforestillinger mot delingen som kom frem i remissrunden, ble gitt tydelig plass i notatet. Notatet konkluderer med at deling bør finne sted og at Avdelingen og Direktoratet skulle organiseres som foreslått i Heiberg-rapporten.

Notatet ble sendt Regjeringen like før helgen og ble behandlet, og vedtatt, på regjeringskonferansen mandag 25.10. Men det notatet som ble sendt og

vedtatt var ikke identisk med det som ble behandlet på siste sjefsmøte, altså den 19.10. Blant annet var disse to setninger tatt ut:

Jeg (Sosialministeren) legger ellers vekt på å få en form som sikrer en samlet avveining av helsemessige, økonomiske og andre sider av problemene. Så vel departementsavdeling som direktorat bør ha tverrfaglig bemanning.

Endringene ble gjort på politisk hold. Helø merket presset fra begge kanter. Fra Departementet presset Departementsråden og hans ekspedisjonssjefer på for å sikre en "tverrfaglig" bemanning av Avdelingen, en bemanning som gjorde at Avdelingen kunne vurdere og eventuelt sette til side Direktoratets anbefalinger. Helsedirektøren, støttet av Lægeforeningen, presset på for å hindre en slik bemanning, og dermed en mulighet for at et "byråkratisk" organ kunne overprøve et "faglig" organ. Statsråden var av "tvende Sind": "Jeg syntes Vindsetmo & Co. gikk vel langt i sine ønsker om makt-konsentrasjon. Samtidig syntes jeg Morks krav om "fullstendig rene linjer" var uoppnåelig". Å skille "fag og politikk" helt, lot seg ikke gjøre, mente Statsråden, "selv om delingen av direktoratet var et langt skritt i den retningen". Før han gjorde endringene i notatet konfererte Helø med Helsedirektøren, med regjeringskolleger og med Høyres fraksjon i Stortingets sosialkomité, i første rekke med Komiteens nestformann, overlege Christian Erlandsen. Etter disse samtaler kom han til at "å låse bemanningen fast" enten til en tverrfaglig eller en rent byråkratisk løsning, ville være uheldig. Han tok derfor, uten å konferere med Departementsråden, de to setningene ut og lot det være "opp til fremtiden" å avgjøre hva som ville være mest hensiktsmessig.

Departementsråden og hans ekspedisjonssjefer reagerte på den beslutning som ble gjort i regjeringskonferansen den 25.10. De skrev samme dag et nesten iltert brev til Statsråden. De reagerte på at det ble "foretatt vesentlige endringer i R-notatet uten at vår del av departementet ble gitt anledning til å uttale seg om disse". Siden de endringer som var gjort var vesentlige, fant de "grunn til å beklage den fremgangsmåte som har vært fulgt". De henviser til at de i sin kommentar til Heiberg-rapporten hadde understreket hvor viktig en "tverrfaglig bemanning", også av Avdelingen, var for "samordning av økonomistyring og fagstyring". Brevet var undertegnet av departementsråd Vindsetmo og de fire ekspedisjonssjefer, Berit Haldorsen (Sosialavdelingen), Finn Høvik (Administrasjonsavdelingen), Alfred Kvalheim (Trykdeavdelingen) og Jan Madsen (Planavdelingen).

Underskriverne bemerket at de var usikre på hva endringen i realiteten innebærer, men deres brev viser at Statsråden måtte "passe seg". Fra før hadde han utfordret Helsedirektøren med delingen. Nå utfordret han toppbyråkraterne i Departementet med å så tvil om behovet for tverrfaglighet i den nye avdelingen. Helø forstod godt at Departementsråden og hans menn var skuffet, men han syntes også brevet var "dumt": "Det var ikke egnet til å

dempe gemyttene i en situasjon der mange var ampre og opposisjonen (Arbeiderpartiet) fulgte med for om mulig å få inn et slag”. Statsråden ”la brevet bort uten nevneverdige kommentarer, og det roet seg fort”.⁵²⁵ Departementssjefene skulle forøvrig siden få se at endringene i notatet ikke fikk de konsekvenser de fryktet. Der kom nok av helsefagfolk inn i den nye avdelingen. Endog dens sjef ble en lege. Landet skulle slik snart få to ”helse-direktører”. Helsedirektøren bidro for så vidt på sin måte til at Avdelingen ble ”tverrfaglig”, ved å ”medvirke” til at noen av helsefagfolkene gikk dit.

Men helt roet det seg kanskje ikke ned? Interessene var sterke, og hukommelsen er alltid noe man må regne med. Kanskje er et notat Jan Madsen skrev knapt tre uker etter regjeringsvedtaket, et vidnesbyrd om det? Notatet, skrevet den 14.12., hadde overskriften ”Tverrfaglig bemanning av helseavdelingen – noen ubearbeidede momenter”. Det var stilet til Thomas Mauritzen (f. 1935) og Fredrik Hoffmann, med kopi til Departementsråden. Hans adressater var altså to departementskolleger, og meningsfeller, som nå skulle være sentrale i fase to, samt deres alles overordnede, Departementsråden. Det hadde nok en instrumentell hensikt, men vel også en moralstyrkende. Det ble ikke vist Statsråden.

Madsens notat er neppe så ”ubearbeidet” som han foregav at det var. Det preges av en skarper argumentasjon enn den man vanligvis finner i raskt skrevne, eller bevisst ”runde”, departementsnotater. Madsen kunne ikke argumentere direkte mot Statsråden, og fant det ei heller tjenlig å rette skytset mot Helsedirektøren. Han vendte det mot Lægeforeningen. Han innleder med å si at han ikke vil argumentere for nødvendigheten av en tverrfaglig bemanning i den nye avdelingen: En slik bemanning er jo en selvfølgelighet. Derimot vil han se på Lægeforeningens argumentasjon imot en slik bemanning, og argumenterer dermed, i det minste indirekte, for tverrfaglighet.

Lægeforeningen skrev at siden det knapt var mulig å skille klart mellom sakers politiske og helsefaglige sider, burde Direktoratet ikke deles. Ble det delt, og ble det lagt en egen helsefaglig enhet til Departementsavdelingen, fremholdt Foreningen, ville Avdelingen bli en overprøvende instans i forhold til Direktoratet. Foreningen la til at Helsedirektøren måtte finne seg i politisk overprøving, men ikke en faglig. Med helsefagfolk i Avdelingen ville man få overprøving og kanskje en inkonsistent politikk.

Madsen starter sine motstøt med noen betraktninger om betydningen av kompetanse. Ordet brukes, skriver han i to betydninger, dels som myndighet og dels som skikkethet (kyndighet). Han skriver videre at utviklingen preges av at myndighet spiller mindre og kyndighet større rolle: Man vil ikke gi myndighet til den som ikke har kyndighet. Lægeforeningen kan vel ”ikke sikte mot å redusere departementets skikkethet til å løse sine oppgaver?”, spør han (s. 2). Han konstaterer at det ville være ”absurd å nekte Trygdeavdelingen trygdejurister, fordi RTV har slike”, og likeledes at

525) Sitatene fra Heløe i dette og det foregående avsnitt er fra hans skriftlige redegjørelse til oss for det som skjedde i det aktuelle tidsrom: E-post-svar 23.1.2009.

Sosialavdelingen må kunne skaffe seg den bemanning det ønsker uten at det skaper problemer i forhold til ”f.eks. Edruskapsdirektoratet”.

Han påpeker videre at Direktoratet har, og skal ha, tverrfaglig bemanning, men det skal ikke skape problemer. ”Hvis derimot departementet også skulle ha helsepersonell, da oppstår problemer” (s. 3). Men er ”problemet” med inkonsistent rådgivning egentlig noe problem? Ofte er fagfolk enige, og da er det greit, men er de ikke det bør jo dette komme frem, også overfor Statsråden, fortsetter Madsen og konstaterer at de helsefaglige spørsmål Departementet skal behandle nettopp er slike ”som helsefaglig personell er uenige om” (s. 4). Madsen konkluderer (s. 4) med at

Lægeforeningens uttalelse er ganske enkelt et uvanlig utilsløret fremstøt for å monopolisere kunnskap, informasjon og kontakter for et direktorat og en profesjon.

Det er dårlig statsskikk om et direktorat eller en profesjon skal diktere et departement hvilken type innsikt det skal ha.

Madsen er kanskje ikke helt presis når han sondrer mellom myndighet og kyndighet. Der er to typer kyndighet staten trenger, den juridiske og den materielle, eller empirisk-vitenskapelige. Den juridiske kyndighet kan man se på som en myndighetskyndighet, altså en kyndighet som også omfatter spørsmålet om hvem som har (formell) kompetanse (myndighet) i ulike saker: Juristen er ekspert på de lover statsstyret utøves med utgangspunkt i. Men forsåvidt som statens styring etterhvert er blitt mer dynamisk samfunnsomformende, er lovene, som vi har sett, blitt mer instrumentelle og mindre ”rent juridiske”. Utformingen av styringsinnholdet krever derfor ikke, som Madsen hevder, mer kyndighet som sådan, men mer empirisk-vitenskapelig kyndighet. Det er tilfelle når det gjelder utformingen av den mest overordnede og strategiske styring, men det er også tilfelle når det gjelder kartleggingen av det samfunnsdiagnostiske grunnlag for styringen og oversettelsen av planer og lover til konkret styring. Slik sett har Madsen rett: der kreves begge typer kyndighet både i avdeling og direktorat. Vi vil imidlertid føye til at når Madsen sondrer mellom myndighet og kyndighet som han gjør, kan det være han er påvirket av legenes tradisjon med å se på sin egen faglighet som den egentlige faglighet. Madsens egen faglighet, den økonomiske, er imidlertid i denne sammenheng av samme type som den medisinske, den er materiell. Ellers kan det være grunn til å spørre om Lægeforeningens, som Helsedirektørens, motstand mot å la Avdelingen bli utstyrt med medisinsk kyndighet er medikratisk heldig: Det vil jo, mest sannsynlig, gi medisinske premisser mindre tyngde i planleggingen.

*

Etter at Regjeringen hadde vedtatt delingen ble det, med utgangspunkt i Heiberg-rapportens skisse for fase to, laget et mer detaljert forslag til organisering av det videre arbeid. Det skjedde i samarbeid mellom Statssekretæren og den ene av rapportens sekretærer, Fredrik Hoffmann, dog

med Departementsråden som en ivrig bidragsyter. I første omgang gikk forslaget, i tråd med Heiberg-rapporten, ut på å oppnevne en styringsgruppe, ledet av Statssekretæren, en helseavdelingsgruppe, ledet av Departementsråden, en direktoratsgruppe, ledet av Helsedirektøren og en delegasjonsgruppe, ledet av en person utpekt av Statssekretæren (notat 5.11.). Forslaget ble videre bearbeidet i departementsledelsen og så sendt arbeidstagerorganisasjonene.⁵²⁶ Det ble holdt møter med representanter for arbeidstagerorganisasjonene den 18. og 23. november, før et endelig, noe justert, forslag ble lagt frem for sjefsmøtet den 7. desember og her konfirmert. Dagen etter, den 8. desember, ble brevene, med oppnevnelser til de ulike fase to-grupper, sendt ut.

Opplegget for fase to ble altså noe justert. Styringsgruppen ble beholdt, men under den kom der et arbeidsutvalg. Det tør være det kom etter Departementsrådets intervensjon; han ble jo til like utvalgets leder. De tre arbeidsgruppene, nå også kalt undergrupper ble beholdt, men fikk en mindre formelt "tung" ledelse enn opprinnelig foreslått.

Styringsgruppen fikk hele 14 medlemmer, Arbeidsutvalget ble også stort, med ti medlemmer. Begge de to overordnede gruppene ble også "tunge", med henholdsvis Statssekretæren og Departementsråden som ledere. Alle de aktuelle maktpersoner ble sittende i en eller begge disse overordnede gruppene. I tillegg kom endel sentrale embeds- og tjenestemenn, samt en bred gruppe av tillitsvalgte.⁵²⁷ Seks personer, blant dem Departementsråden og Helsedirektøren, satt i begge grupper.

De tre egentlige arbeidsgrupper, Helseavdelingsgruppen (undergruppe I), Helsedirektoratsgruppen (undergruppe II) og Delegasjonsgruppen (undergruppe III), fikk åtte, åtte og syv medlemmer. Medlemmene kom i hovedsak fra departement og direktorat, med noen få utenfra. Den første gruppen fikk avdelingsdirektør Thomas Mauritzen fra Departementet som leder, den annen overapoteker Bjørn Jøldal fra Direktoratet og den tredje fylkeslege

526) Arbeidstagerorganisasjonene var gjennom hele Heiberg-prosessen misfornøyde med den "rolle" de fikk spille. I et brev til Statsråden av 4.11. beklaget de lokale organisasjoner for AF, for Lægeföreningen og for NTL at "regjeringen har kjørt fram saken om omorganisering uten at spørsmålet i Hovedavtalens del 2 om medbestemmelse er oppfylt". De skriver blant annet at de ikke ble informert om "høringsuttalelsene eller statssekretærens fremlegg før fredag 22. oktober kl. 15.30".

527) Styringsgruppen kom, foruten Statssekretæren, til å bestå av Statsrådets personlige rådgiver Harald Overvaag, departementsråd Emil Vindsetmo, helsedirektør Torbjørn Mork, rasjonaliseringsdirektør Inger Louise Valle, departementsråd (FAD) Bjørn Larsen, byråsjef Rønnaug Aaberg Andresen (AF-Sosialdepartementet), konsulent May Britt Christoffersen (Norsk Sosionomforbund), konsulent Anne Lise Hem Eriksen (Norsk Sykepleierforbund), førstesekretær Inger Habberstad (STAFØ), overlege Ole B. Hovind (Helsedirektoratet), konsulent Hans Tore Skaug (NTL-Helsedirektoratet), førstekonsulent Jan Tvedt (NTL-Sosialdepartementet) og byråsjef Ingeborg Webster (AF-Helsedirektoratet). I tillegg ble ekspedisjonssjefene Jan Madsen og Knut Munch-Søegaard oppnevnt som stedfortredere for Departementsråden og Helsedirektøren. Det het i vedtaket at de to kunne møte som observatører når Dep.råden og Helsedirektøren møtte. Styringsgruppen hadde slik i praksis 16 medlemmer. Arbeidsgruppen kom, foruten Dep.råden, til å omfatte Helsedirektøren, avdelingsdirektør Bjarne Eriksen (R-direktoratet), avdelingsdirektør Thomas Mauritzen (Sosialdepartementet), overapoteker Bjørn Jøldal (Helsedirektoratet), fylkeslege Arne Victor Larsen, overlege Ole B. Hovind, konsulent Hans Tore Skaug, førstekonsulent Jan Tvedt og byråsjef Ingeborg Webster.

Arne Victor Larssen (f. 1938),⁵²⁸ Byråsjef i Departementet, Jon-Olav Aspås (f. 1944) ble oppnevnt som sekretær for de to overordnede gruppene, førstekonsulent Kjell Bildøy (f. 1947), Departementet, for Helseavdelingsgruppen, førstekonsulent Kåre Tønnesen (f. 1946), Helsedirektoratet, for Direktoratgruppen og byråsjef Vidar Wilberg (f. 1949), Helsedirektoratet, for Delegasjonsgruppen.

Meget, ja det vesentlige, var avgjort på forhånd. Nå skulle den endelige konkretisering skje. Også den skulle kreve betydelig innsats og stadig dragkamp. Spenningen mellom dem som ville ”normalisere” helseforvaltningen og dem som ville bevare den mest mulig medikratisk og ”anderledes” skulle holde seg og komme til å prege arbeidet – selv om de første var ”dømt” til å vinne de fleste dragkamper.

En nest siste ”runde” i Stortinget

Før fase én i Heiberg-prosessen var helt over, ble omordningen av Helsedirektoratet kort berørt i budsjettdebatten i Stortinget. Budsjettet var i hovedsak den forrige regjeringens budsjett, men noen justeringer ble gjort av den nye regjeringen. Da Sosialdepartementets budsjett ble diskutert den 25. november orienterte statsråd Heløe kort om arbeidet med helseforvaltningen. Det var naturlig, siden Stortingets sosialkomité hadde vært så vidt opptatt av saken gjennom mange år, og siden der intet var sagt i proposisjonen om omorganiseringen. Heløe la vekt på å ”avpolitiser” saken. Han uttalte, eller nærmest meddelte:

Regjeringen har besluttet å omorganisere Helsedirektoratet/ Sosialdepartementet i en helseavdeling og et frittstående direktorat slik at direktoratet kan få bedre mulighet for bl.a. å bedre kontakten med primærhelsetjenesten, med institusjonene og med universitetene.

Det vil dermed også bli en klarere grensoppgang mellom faglige og forvaltningsmessige spørsmål og en faglig styrkelse av Helsedirektoratet, som kanskje er den viktigste side av saken.⁵²⁹

Statsrådets tone passet Arbeiderpartiet. Etter at Gro Harlem Brundtland i 1981 var valgt til leder i Arbeiderpartiet hadde partiet dempet den politiske oppmerksomhet om organiseringen av helseforvaltningen. Den nye lederen var, som sin far, ingen varm tilhenger av Direktoratets dobbeltstilling. Det er derfor ikke tilfeldig at partiets talsmann i saken, Gunnar Skaug (1940–2006), tok positivt imot Sosialministerens invitt til avpolitisering. I sitt innlegg, som han holdt umiddelbart etter at Heløe hadde talt, uttalte han:

528) Medlemmene var forøvrig, i gruppe I: stadsfysikus Fredrik Mellbye, byråsjef Kari Holst (H.dir.), underdirektør Fredrik Hoffmann (Sos.dep.), overtannlege Per Bærum (H.dir.), f.konsulent Rune Fjeld (NTL-Sos.dep.), ass. overlege Gurli Gleditsch (DNLH-H.dir.) og f.konsulent

Thor Rogan (NTL-H.dir.); i gruppe II: avd.dir. Reidar Bang (H.dir.), avd.dir. Petter J. Drefvelin (Sos.dep.), ass. overlege Ottar Christiansen (DNLH-H.dir.), konsulent May Britt Christoffersen (Norsk Sosionomforb.), overing. Kjell Johannesen (AF-H.dir.), f.sekretær Vivi Myhre (Norsk Sykepleieforb.) og konsulent Hans Tore Skaug (NTL-H.dir.); gruppe III: byråsjef Vidar Wilberg (H.dir.), byråsjef Jorun Nygård (Sos.dep.), rasjonaliseringsleder Jon Oftedal (R-direktoratet), sykehussjef Arne Vetlesen (Akershus f.kom.), ass. overlege Svein-Erik Ekeid (NTL-H.dir.) og konsulent Dagfrid Solum (AF).

529) SF, 7all, 1982-83, Tidende S., s. 1190.

Som ordfører for kap. 600, Sosialdepartementet, vil jeg si at denne omorganiseringen utvilsomt er hensiktsmessig og nødvendig, og er en ny bekræftelse på at departementets organisatoriske oppbygging må tilpasses utviklingen.⁵³⁰

Men ikke alle var helt med på å depolitisere saken. Igjen var det Kristelig Folkepartis mann i Sosialkomiteen som ikke ville slippe politikken, og polemikken. Odd With, som i forrige periode hadde vært formann i Sosialkomiteen, men nå satt i en annen komité, måtte minne forsamlingen om sakens partipolitiske forhistorie. Han nevnte at alt ikke hadde fungert som det skulle i Helsedirektoratet og at hans parti gjentagne ganger hadde påpekt dette og fått støtte fra en samlet komité for krav om reformer. Han var imponert over at Regjeringen og dens sosialminister nå hadde klart å løse ”et problem mange tidligere arbeiderpartiregjeringer og -statsråder hadde stått maktesløse overfor”. Han kjente ikke sakens detaljer godt nok til å ”kunne si at det nå er et gullegg som er lagt”, men hadde intet å bemerke til at det ble opprettet en helseavdeling i Departementet.⁵³¹

Etter Withs innlegg var det imidlertid umulig for Skaug ikke å ta iallfall litt igjen:

Representanten With sa seg meget glad for den omorganisering som har funnet sted innen Helsedirektoratet. Det er bra for representanten With at han er så skråsikker i sin sak, og det kan også hende at han har rett. Men det gullegg som han legger i organiseringen, vil jeg for min del ta med en klype salt.

Skaug henviser videre til at Regjeringen står fritt til å omorganisere forvaltningen, og at Stortinget normalt bare får befatning med omorganiseringer hvis de krever ekstra bevilgninger. Det gjorde ikke denne. Han kommer imidlertid ”med en forsiktig antakelse om at omorganiseringen sikkert er nødvendig og hensiktsmessig...”⁵³² With hadde ordet rett etter Skaug, men sa da intet om direktoratsaken.

Men om delingen av Helsedirektoratet nå i virkeligheten var tverrpolitisk godtatt, betydde ikke det at ordningen av helseforvaltningen dermed var blitt bare historie. ”Bråket” skulle fortsette.

Heiberg-prosessen: fase 2

Den ”politiske” delingsprosessen ble drevet frem under et betydelig tidspress. Tempoet ble opprettholdt da den konkretiserende del av prosessen tok til. Oppnevnelser til de tre utredningsgruppene skjedde, som nevnt, den 8. desember. Delegeringsgruppen skulle komme med sin innstilling midt i februar; de to øvrige undergruppene en måned senere. Delegeringsgruppen leverte sin rapport den 18. februar (1983), Helsedirektoratsgruppen den 11. mars og Helseavdelingsgruppen den 14. mars. Den sistnevnte gruppens

530) *Ibid.*, s. 1193.

531) *Ibid.*, s. 1207.

532) *Ibid.*, s. 1221.

rapport var, med vedlegg og en del brev, på 162 sider. De to andre rapporter var noe kortere.

Konkretiseringsprosessen ble drevet fremover med stor bestemthet. Nå var det imidlertid ikke først og fremst Statssekretæren som drev prosessen. Hun ledet Styringsgruppen, og den spilte selvsagt en overordnet rolle, men den løpende ledelse lå først og fremst i Arbeidsutvalget, og det ledet Departementsråden.

Som vi har sagt var de viktigste omordningsbeslutninger nå fattet. De prinsipielle uenighetene kom imidlertid også til uttrykk i konkretiseringsprosessen. De mest utpregede ”endringsagenter”, Departementsråden og andre fra Departementet, ønsket å presse Heiberg-rapportens anbefalinger enda lenger i ”normaliserende” retning. De ville at Helsedirektoratet i størst mulig grad skulle bli et faglig-teknisk preget direktorat, mest mulig strippet for politisk-strategiske oppgaver. Som et uttrykk for det mente de at Helsedirektøren ikke burde ha direkte referat for Statsråden. Ja, egentlig burde ikke Helsedirektøren som person gies en institusjonell status (gjennom lov-givningen), som tilfellet ennå var: Statusen burde gies til Helsedirektoratet. Helsedirektøren burde altså egentlig bare være direktør. Det burde dessuten, mente de, ikke være noe krav at denne direktøren skulle være lege. De ønsket videre at Helsedirektørens stilling innad ikke skulle styrkes, både reelt og symbolsk, ved at han fikk prominente nestledere, altså en medisinalråd og en ”lovråd”. Endelig ville de at flest mulig teknisk pregede og rutinepregede oppgaver skulle delegeres fra Direktoratet til lavere nivåer. Tradisjonsforsvarerne forsøkte å bevare mest mulig av Helsedirektørens statsrådsadgang og privilegerte rolle som medisinsk (ene)rådgiver for så vel departement som statsråd. De ville at han skulle være lege og de forsøkte også å beholde flest mulig strategiske oppgaver i Direktoratet og, skjønt i mindre grad, å begrense delegasjonen av oppgaver til lokalt nivå.

Endringsagentene hadde hele veien overtaket, og var stort sett i flertall i de to overordnede organer og i Helseavdelingsgruppen. Tradisjonsforsvarerne stod sterkest i Helsedirektoratsgruppen, mens de som ville ha endring og de som var mer skeptiske til endring stod omtrent likt i Delegasjonsgruppen. Hva angår den siste gruppen vil vi dog nevne at jusen, ikke minst gjennom hovedsekretæren, byråsjef Vidar Wilberg, i denne undergruppen kom til å spille en viktig rolle – og det trakk mer i endrende enn i tradisjonsbevarende retning. Undergruppen foreslo å flytte ned, i første rekke til fylkeslegene (Stadsfysikus i Oslo), en mengde oppgaver.⁵³³ I viktige henseender kom så vel de to overordnede grupper som Helseavdelingsgruppen og Delegasjonsgruppen til å virke endringsfremmende. De tre første kom til å løfte

533) Undergruppen så her bort fra fylkeslegekontorenes kapasitet til å ta på seg flere oppgaver. Fylkeslegekontorene hadde lenge følt seg underbemannet i forhold til oppgavene de hadde. Spørsmål om fylkeslegekontorenes bemanning, kapasitet og organisering var imidlertid nettopp utredet (aug. 1982) av det såkalte Larssen-utvalg, ledet av fylkeslege Arne Victor Larssen. Det var den samme Larssen som nå ledet Delegasjonsgruppen. Byråsjef Vidar Wilberg, hovedsekretæren i Delegasjonsgruppen, var for øvrig medlem av Larssen-utvalget. Larssen og Wilberg var slik godt forberedt for det arbeidet de gjorde i et par hektiske vintermånedene 1982/83. De hadde neppe klart å ha en innstilling klar allerede midt i februar uten det forarbeidet de hadde gjort gjennom Larssen-utvalget. Underutvalgets forslag representerte en avlastning på den kontor-tekniske side på ca. 30 prosent og innen saksbehandling på ca. 14 årsverk. Dertil kom en uspeifisert lettelse i ledernes arbeidsbyrde. Kfr. ”Innstilling fra delegasjonsgruppen”, s. 82.

oppgaver opp og bort fra Direktoratet, den siste til å flytte oppgaver ut av, og ”ned” fra, (det gamle) Direktoratet. Direktoratsgruppen drøftet bare, innadvendt og defensivt, restdirektoratets organisering. Ikke engang de indre lederspørsmål klarte den å gå skikkelig inn i. Den var, kan man si, dobbelt defensiv.

Departementsråden og hans folk, ikke minst avdelingsdirektør Thomas Mauritzen, lederen for Helseavdelingsgruppen, styrte prosessen stramt og var hele tiden på offensiven. Det kunne de være ikke bare fordi de alltid var godt forberedt og hadde møteledelsen, men også fordi de hadde flertallet både i de to overordnede, og avgjørende, organene, og i Helseavdelingsgruppen, med seg. Viktig var det nok også at de var klar over at de hadde de tunge forvaltningsledere i Justisdepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet og Finansdepartementet i ryggen. Helseledelse Mork hadde fra delingsprosessen startet vært på defensiven, og hadde ingen tydelige allierte i sentralforvaltningen. Langt mer enn sine ”motstandere” improviserte han også sin ”kamp”. Hans støtte fra fylkeslegehold var av mindre betydning og støtten fra Lægeforeningen virket nesten mot sin hensikt, særlig overfor departementsjuristene. Det var allikevel ikke tilfeldig hvor Mork tok opp kampen. Han valgte de maktpolitiske og symbolske viktigste saker. Her gikk han etter hvert inn både med tung argumentasjon og tydelige følelser. Det gjaldt særlig to saker, spørsmålet om Helseledelse Morks statsrådsadgang, og dermed om Direktoratets rolle i strategisk-politiske spørsmål, og spørsmålet om det skulle kreves at Helseledelse Mork var lege. Men han var også en del opptatt av å få en medisinalråd som nestkommanderende og en ”lovråd” ved sin side. Endelig var han opptatt av sin innstillingsrett til sykehuslegestillinger, en rett Delegationssjansgruppen i stor grad ville ta fra ham.

De to viktige ”statusspørsmålene” skulle avgjøres gjennom instruks for Helseledelse Mork. Instruksinnholdet ble saksforberedt i Helseavdelingsgruppen, men i samspill med Direktoratssjansgruppen. Når alt kom til alt kom imidlertid flertallet i den første gruppen langt på vei til å få det som det ønsket. Flertallet i Direktoratssjansgruppen ville ha nokså medikratiske formuleringer på de omstridte punkter, men Mauritzen og hans flertall i Avdelingsgruppen avviste nokså bryskt alle forslag fra Direktoratssjansgruppen. Mindretallet i Avdelingsgruppen, med blant annet Fredrik Mellbye, ble etter hvert ”overkjørt”, og Gruppens forslag ble nokså avmedikratiserende. Det sies nå intet om at Helseledelse Mork skal ha statsrådsadgang. Ei heller nevnes det noe om Helseledelse Morks utdannelse.⁵³⁴ Det bør for øvrig påpekes at instruksene nå, etter forslaget, ikke hadde Helseledelse Mork som adressat, som tilfellet var i instruksene fra 1927 og 1975, men Helseledelse Mork. Vi kan ikke se at denne endringen ble drøftet i Gruppen. Man kan kanskje si at Gruppens leder, eller ”endringsagentene” her, på en stillferdig måte, foretok en viktig

534) Forslaget til instruks for Helseledelse Mork fra Helseavdelingsgruppen er datert 15.3.1983 og er et vedlegg til det notat om ”Instruks for Helseledelse Mork/Helseledelse Mork” Gruppen samme dag sendte Arbeidsutvalget. Notatet er tatt med som ss. 21-26 i Helseavdelingsgruppens samlede innstilling. Vedlegget har fått sidetallene 27-28 i innstillingen. Det eneste som står om Helseledelse Morks ”statusforhold” i instruksforslaget er dette, i § 3, første ledd: ”Helseledelse Morks daglige arbeid ledes av helseledelse Mork i samsvar med gjeldende lov og regelverk”.

endring: Han, eller de, bidro til å gjøre helsedirektørstillingen til en mer almen, og mindre institusjonelt tydelig, direktørstilling.

Mauritzen & Co gikk litt for langt. De fikk ikke helt med seg Statssekretæren, og for den saks skyld Statsråden. Etter behandlingen i styringsorganene var to mer medikratiske bestemmelser kommet inn i instruksene. Som instruksene så ut den 18. mars het det om spørsmålet om statsrådsadgang (§ 4): "Helsedirektøren er departementets og sosialministerens rådgiver i alle forhold som krever medisinsk innsikt. Saker som krever slik innsikt og er av særlig viktighet, kan helsedirektøren selv direkte foredra for sosialministeren". Om utdannelsesspørsmål het det (§ 3, annet ledd) at "Helsedirektoratets daglige arbeid ledes av helsedirektøren i samsvar med lov og regelverk. Helsedirektøren skal være lege". Mork vant altså her noen ikke uvesentlige seire. Men instruksens adressat kom ingen på å gjøre noe med.

Endringsagentene i departementsledelsen tok imidlertid straks igjen. I referatet fra møtet i Arbeidsutvalget 22. mars (datert den 29.3.) heter det, i forbindelse med en engasjert meningsutveksling om spørsmålet om Helsedirektørens fagbakgrunn: "Mork sa at han syntes det var en generell linje i forbindelse med dette omorganiseringsarbeidet at man skal redusere Helsedirektoratets stilling. Det ville være helt i tråd med en slik linje at man ikke instruksfestet dette" – altså at Helsedirektøren skulle være lege.

Først i uke 17, siste apriluke, kunne Statssekretæren summere opp drøftelsene og lage sin innstilling til Statsråden. En drøy uke før hun skrev sin anbefaling til Statsråden, nemlig den 21.4., gav Justisdepartementets lovavdeling, i et "underhåndsnote" uttrykk for motforestillinger mot å instruksfeste Helsedirektørens referatadgang til Statsråden. Men Statssekretæren gav ikke etter. Hun la, som hun skrev i sin anbefaling til Statsråden, "avgjørende vekt på at man her kommer frem til en ordning som gjør at de helsefaglige synspunkter kan komme raskt og nyansert frem til sosialministeren,.."⁵³⁵ Samtidig var hun opptatt av at Avdelingen og Departementsråden ble gjort kjent med de synspunkter som slik ble lagt frem av Helsedirektøren. Statssekretæren foreslo altså å gi Helsedirektøren statsrådsadgang og også å kreve legeutdanning for Helsedirektøren.

Men disse spørsmål var ikke avgjort med det. Dragkampen fortsatte utover i mai og juni, hele tiden med endringsagentene på offensiven. I et notat av 29. mai foreslo igjen Mauritzen og Administrasjonsavdelingen å ikke ta inn i instruksene for Helsedirektoratet at Helsedirektøren skulle ha rådgivningsrett overfor Statsråden – med henvisning til notater fra Lovavdelingen og Forbruker- og administrasjonsdepartementet. Men atter en gang støttet Statsråden sin statssekretær og lot bestemmelsen bli stående. Derimot vant endringsagentene frem når det gjaldt utdannelsesspørsmålet. I forslaget til

535) Sitatet er hentet fra et notat datert den 17.6, skrevet av avd.dir. Thomas Mauritzen. Notatet (uten arkivref.) har overskriften "Omorganiseringen av helsedirektoratet – utkast til kongelig resolusjon", s. 4. Vi har siteret fra dette fordi vi ikke fant Statssekretærens notat i Helse- og omsorgsdepartementets arkiv. At vi ikke fant dette dokument er også grunnen til at vi ikke har oppgitt dateringen av det. Vi vet at det ble skrevet i uke 17, og etter alt å domme den 28. eller 29. april. Mye av innholdet kjenner vi gjennom sitater og omtaler fra andre dokumenter.

instruks for Direktoratet av 2. juni het det: ”Helsedirektøren skal ha helsefaglig utdanning”. Det samme stod det om Medisinalråden. Mork reagerte en knapp uke etterpå, nemlig den 8. juni. Han skriver i et brev til Statsråden: ”Stortinget har ved lovvedtak i en rekke tilfeller gitt kompetanse direkte til Helsedirektøren. I mange av disse tilfellene har det vært en bestemmende forutsetning at helsedirektøren er lege”. Han henviser så til endel lover.

Endringsagentene i Departementet henvendte seg så på ny til Justisdepartementets lovavdeling (13.6.) for å få dens mer offisielle vurdering både av rådgivningsspørsmålet og utdannelsesspørsmålet. De trengte tyngre ”ammunisjon” i dragkampen med den politiske ledelse. De fikk det, og slik kom også rådgivningsspørsmålet igjen ”i spill”. Hva angikk utdannelsesspørsmålet hadde imidlertid Lovavdelingen en viss forståelse for Helsedirektørens påpekninger.

Lovavdelingen svarte på henvendelsen fra Thomas Mauritzen, etter bare tre dager, altså den 16.6. Mauritzen fikk det svaret han, og de andre endringsagentene, hadde håpet på, iallfall når det gjaldt det første, og viktigste, spørsmålet, rådgivningsspørsmålet. Om dette uttalte Avdelingen, i tråd med hva den hadde gjort i april:

Etablering av spesielle linjer mellom Helsedirektoratets ledelse og departementets politiske ledelse bidrar til å utviske betydningen av at Helsedirektoratet og departementet separeres. Jo større formell inngang man etablerer for direktøren til å kreve konsultasjoner direkte med departementets politiske ledelse, dess mindre blir avstanden mellom de to institusjoner. Det kan videre pekes på at departementets helseavdeling dermed kan tenkes å få en mindre betydningsfull plass i avgjørelsesprosessen. I det hele tatt synes forskjellen å være liten mellom en modell med slik rådgivningsrett, og dagens system der direktoratet også formelt er en departementsavdeling.

Etter Lovavdelingens mening er det mye som taler for det standpunkt som er tatt av et mindretall i ”Helsedirektoratgruppen” når det foreslår at man ikke skal ha noen særskilt bestemmelse om rådgivningsfunksjonen og begrunner dette med at det ikke kan se ”at det foreligger særlige grunner som tilsier at Helsedirektøren bør tillegges andre rådgivningsfunksjoner i forhold til den politiske ledelse enn det som er vanlig for ledere av direktorater og lignende statslige institusjoner”.

Avdelingen legger til at dens standpunkt ikke innebærer at ikke Helse-direktoratet kan *anmode* om møter med departementsledelsen når det finner det hensiktsmessig. ”Forskjellen vil i første rekke være at slik virksomhet da mer vil skje på departementets premisser, noe som vil skape renere linjer for så vidt gjelder ansvarsspørsmålet”. For sikkerhets skyld anbefaler Lovavdelingen at hvis Helsedirektøren skal gies en direkte konsultasjonsadgang,

bør det taes inn en bestemmelse om at Helseavdelingens leder da skal bli orientert om det.⁵³⁶

Om utdannelsesspørsmålet skrev Lovavdelingen at den var enig med Mork i at mange lover som legger myndighet til Helsedirektøren forutsetter at han er lege. I en del tilfeller, skriver Lovavdelingen, ”må det antas at dette gjelder direktøren personlig, og at myndighet ikke kan overlates til underordnede i direktoratet”.⁵³⁷ Avdelingen anser seg dog ikke kompetent til å kunne avgjøre om det bør stilles krav om at Helsedirektøren skal være lege eller om ”annen relevant helsefaglig utdanning” kan være tilstrekkelig. Avdelingen føyer til at uttrykket ”helsefaglig utdanning” kan synes nokså ubestemt, og vel dekker en rekke utdanningsformer som åpenbart ikke gir den generelle helsefaglige bakgrunn” som etter lov er tillagt Helsedirektøren. Avdelingen mener nok at utdannelsen bør være ”ordentlig” akademisk.

Allerede dagen etterpå, den 17.6. – det begynte å haste nå – skrev Mauritzen et notat der han gav den politiske ledelse råd om hvordan direktoratsaken burde håndteres. Han bruker Lovavdelingens notat, men ikke ukritisk. Ikkejuristen (cand. mag.) utøver et juridisk skjønn også på egne vegne. Han er forsiktig med direkte å foreslå at det ikke bør komme en bestemmelse om Direktørens referatadgang, men ”gjemmer” seg litt bak Lovavdelingens ord. Det er forståelig, siden den politiske ledelse ved flere anledninger hadde vært så eksplisitt. Han advarer imidlertid mot å ta med en bemerkning om at Departementsråden og Helseavdelingens sjef skal informeres om Direktørens statsrådsmøter. Statsråden bør ikke, skriver han behendig (s. 4-5), i en instruks for Helsedirektoratet gies en opplysningsplikt overfor Departementsråden. Denne ”plikten” kan eventuelt omtales i foredraget til den kongelige resolusjon, kanskje også i R-notatet. Hva angikk utdannelsesspørsmålet skjønnte også Mauritzen at det ”f. eks. neppe vil være aktuelt å vurdere noen med bare hjelpepleierutdanning som kandidat til helsedirektørstillingen”. For å antyde noe om nivå foreslo han derfor, også som en liten ”politisk” konsesjon, denne formulering (s. 7): ”Helsedirektøren skal være lege eller ha annen relevant helsefaglig utdanning”.

Statsråden skrev 6. juli et R-notat om saken. Det ble behandlet i regjeringskonferanse dagen etter, en torsdag, dagen før forslaget til kongelig resolusjon skulle behandles i Statsråd. Statsråden skriver om konsultasjonsspørsmålet at det har vært diskutert lenge og vel og at Justisdepartementets lovavdeling er skeptisk til denne adgangen. Statsråd Heløe fortsetter: ”Jeg har likevel funnet det nødvendig å opprettholde en slik utforming av instruksen idet jeg legger avgjørende vekt på at de helsefaglige synspunkter i mer akutte situasjoner skal kunne komme raskt og nyansert frem til sosialministeren”. Han henviste her til den foreslåtte bestemmelsen om at Helsedirektøren i saker som krevde helsefaglig innsikt og var ”av særlig viktighet, kan helsedirektøren selv direkte foredra for sosialministeren”. Hva angår

536) Brev fra Lovavdelingen til Sosialdepartementet 16.6.1983, ”Omorganisering av helsedirektoratet – kongelig resolusjon”, s. 2-3. Arkivref.: 1787/83 E MR/agm. Ref. for Sosialdepartementets brev til Lovavdelingen er 3637/83 II A PBT/Hw.

537) *Ibid.*, s. 4. De videre sitater er fra samme side i notatet.

utdannelsesspørsmålet henviser han til at det i utkastet til instruks stod at ”helsedirektøren skal ha helsefaglig utdanning”. Vi har nettopp sett at Mauritzen, etter Morks intervensjon og Lovavdelingens uttalelse, foreslo en liten konsesjon til medikratiet og medikratene. Heløe forsterker nå konsesjonen en smule, men godtar Mauritzens forslag: ”Jeg mener at det som oftest vil vise seg naturlig å utnevne en lege til helsedirektør, men at det kan komme situasjoner der en person med annen bakgrunn anses best skikket. Instruksen bør da ikke stå i veien”.

Nå burde saken ha vært klar. Det var den ikke. Det ble diskusjon om saken på regjeringskonferansen. Resultatet var at det ble vedtatt å utsette beslutningen om instruksen for Helsedirektoratet. Heløe nådde ikke frem. Foredraget til sak nr. 7 i statsråd den 8. juli var nokså anemisk og det som ble vedtatt var ikke stort mer enn det som var blitt vedtatt 25. oktober (1982). Gjennom den kongelige resolusjonen ble bare ”den sentrale helseforvaltning” omorganisert ”ved at det opprettes en helseavdeling i Sosialdepartementet og et Helsedirektorat under Sosialdepartementet” (punkt I). Det stod videre at omordningen skjer fra ”den tid departementet bestemmer”. ”Fra samme tid oppheves kongelig resolusjon av 12. mars 1948 om opprettelsen av Helsedirektoratet”.

Det annet punkt i resolusjonen gjaldt delegasjon av myndighet fra Kongen til Sosialdepartementet.

Dragkampen fortsatte utover ettersommeren og høsten og ble først bragt til en konklusjon et stykke ut i november. Ved kongelig resolusjon av 11. november ble Helsedirektoratet gitt en instruks. Innledningsvis heter det i punkt I i resolusjonen: ”Med virkning fra den dato omorganiseringen av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet settes i verk fastsettes nedenstående instruks for Helsedirektoratet. Fra samme tid oppheves instruks for helsedirektøren av 11. mars 1927 og 1. november 1975”. Vi ser altså at ”institusjonen” ikke lenger er Helsedirektøren, men Helsedirektoratet. Mork skal nå bli en mer vanlig direktør i et mer vanlig direktorat. Instruksen ble slik:

§ 1

Helsedirektoratet er et direktorat under Sosialdepartementet.

Helsedirektoratet skal overvåke helseforholdene, ha sin oppmerksomhet henvendt på alt som kan tjene til å fremme helseforholdene i landet, føre overordnet tilsyn med helsevesenet og fremsette forslag om de tiltak som finnes nødvendig. Helsedirektoratet skal også føre tilsyn med andre etater som er tillagt myndighet i medhold av den lovgivning som er tillagt Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift, stortingsvedtak eller pålegg fra departementet (jfr. Kongelig resolusjon av ... 1983 og delegasjonsskriv av 1983 vedrørende delegasjon av oppgaver fra departementet til direktoratet).

§ 2

Helsedirektoratet har fem avdelinger:

- Administrativ avdeling
- Avdeling for kommunehelsetjenesten
- Avdeling for fylkeshelsetjenesten
- Legemiddelavdelingen
- Avdeling for miljørettet helsevern

§ 3

Helsedirektoratet er departementets rådgiver i alle forhold som krever helsefaglig innsikt.

Særlig betydningsfulle saker av helsefaglig karakter kan helsedirektøren anmode om å få drøfte med sosialministeren.

Helsedirektoratet skal på anmodning gi råd til de øvrige departementer og andre sentraladministrative organer i saker som krever helsefaglig innsikt.

§ 4

Helsedirektoratets daglige arbeid ledes av helsedirektøren i samsvar med gjeldende lov og regelverk. Helsedirektøren skal være lege eller ha annen relevant helsefaglig utdanning.

Helsedirektøren skal sørge for at det til enhver tid foreligger et samlet arbeidsprogram for direktoratet der det er tatt hensyn til de prioriteringer som departementet og Regjeringen har gitt uttrykk for. Helsedirektøren skal sørge for at arbeidet i direktoratet skjer på en så forsvarlig og effektiv måte som mulig.

Som helsedirektørens stedfortreder utpekes en av avdelingslederne. Stedfortrederen skal være lege eller ha annen relevant helsefaglig utdanning.

Saksbehandling og økonomiforvaltning skal være i samsvar med gjeldende reglementer for departementene så langt det passer.

§ 5

Tilsetting av personale skjer i henhold til eget tilsetningsreglement for Helsedirektoratet. Hva angår lønn, arbeidstid, ferie og arbeidsvilkår for øvrig gjelder det som til enhver tid er bestemt i lov, forskrift og avtaleverk.

Vi ser at Statsråden til slutt fikk det som han hadde lagt opp til i juli. Han fikk med de konsensjoner til Mork han hadde satt en del inn på å få med. Samtidig er det klart at instruksen først og fremst er et uttrykk for hvordan rollen som helsedirektør er blitt "alminneliggjort". Her er, som sagt, noen medikratiske elementer igjen, men de er få og kanskje mindre betydningsfulle. Instruksen lar Helsedirektøren få adgang til Statsråden, men kun i

forbindelse med ”Særlig betydningsfulle saker av helsefaglig karakter”.⁵³⁸ Siden Helsedirektøren i prinsippet skulle fatte avgjørelser i eget navn i helsefaglige saker, representerer adgangen, iallfall formelt, snarere en begrensning enn en utvidelse av Direktørens makt og innflytelse. Det er jo i saker hvor helsefagligheten må konkurrere med andre, særlig økonomiske, hensyn at Direktøren ”skulle” hatt adgang, helst alene, til Statsråden. Men i foredraget til resolusjonen står det endog at når Helsedirektøren skal drøfte saker med Statsråden skal det ”normalt” skje ”i møter med departementsråden og/eller lederen for Helseavdelingen i departementet til stede”. Det legges til at hvis disse ”unntaksvis” ikke er til stede skal departementsråden ”snarest” bli orientert av Statsråden. Denne presiseringen av hvordan bestemmelsen om Direktørens referatadgang skal forstås, gjør nærmest bestemmelsen ydmykende for Helsedirektøren.

Bestemmelsen om Helsedirektørens utdanning er kanskje i større grad uttrykk for et reelt kompromiss. Den gjør medisinsk utdanning til den primære utdanning, men med tillegget utelukker den ikke personer med annen (akademisk) helseutdanning, i første rekke en odontologisk eller farmasøytisk utdanning.

Justisdepartementets lovavdeling hadde også hatt en annen innvending mot instruksutkastet som bør nevnes her. Den henviste til § 1, annet ledd, hvor det heter at Direktoratet skulle føre ”overordnet tilsyn” med andre (helse) etater. Avdelingen fremholdt at ”ordet ”overordnet” her kan synes misvisende, da det må forutsettes at Helsedirektoratet også i denne relasjon skal være underordnet Sosialdepartementet og Regjeringens instruksjonsmyndighet”. Avdelingen ville ha bort ordet ”overordnet”. Som vi ser fikk den her ikke med seg den politiske ledelse.

*

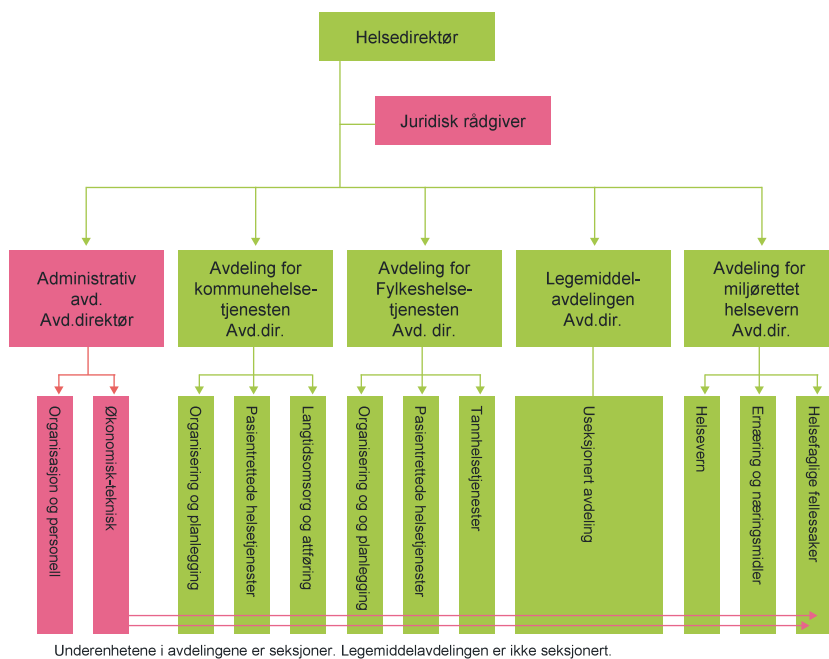
Den nye Helseavdelingen skulle organiseres som foreslått i Heiberg-rapporten; kfr. fig. 5.3. Den eneste lille endring, bestod i at den første seksjonen fikk navnet Seksjon for helseøkonomi/fellessaker. Som det fremgår av instruksen for Helsedirektoratet skulle det ”nye” direktoratet i hovedsak organiseres som foreslått i Heiberg-rapporten, altså med fem avdelinger, fire institusjonelt basert, den femte i hovedsak styringsfunksjonelt organisert. Den sistnevnte fikk navnet Administrativ avdeling, ikke juridisk-administrativ. Helsedirektøren vant imidlertid ikke frem med sitt ønske om fortsatt å ha en medisinalråd som heltids nestleder. Her snudde altså også Statssekretæren. Mork fikk imidlertid igjennom sitt ønske om å ha en ”lovråd” i stabsposisjon til seg selv. Han kunne altså beholde Munch-Søegaard, men med titelen spesialrådgiver, ikke ekspedisjonssjef.

538) Uttrykket ”særlig betydningsfulle saker” er kommet inn i instruksen til erstatning for det uttrykket som opprinnelig var brukt, ”saker av særlig viktighet”. Lovavdelingen mente det siste uttrykket var uheldig, siden ”grunnloven § 28 nytter uttrykket ”saker av viktighet” og for disse saker kreves behandling i statsråd”. Kfr. notatet fra Lovavdelingen, *op. cit.*, s. 3.

I figur 5.6 har vi presentert planen for det ”nye” Helsedirektoratet som den så ut ved utløpet av første halvår 1983 og som ble den endelige plan.

I Helseavdelingen skulle det selvsagt bare brukes vanlige forvaltningstitler. Det skulle det etter omordningen også gjøres i Helsedirektoratet. Også slik, og også i Direktoratet, ble altså helseforvaltningens anderledeshet nå opphevet. Mange av legene, antagelig de fleste, var skeptiske til denne endringen, eller som en sa, dette ”tap av identitet”: ”I hele min sjel var og er jeg lege, ikke byråkrat. Nå ville de gjøre meg til byråkrat”.⁵³⁹ Men det var nå ”politisk” umulig å ta opp en kamp om titlene. Ingen gjorde derfor det, ei heller Helsedirektøren. Helt forsvant de dog ikke. For det første ble titelen helsedirektør beholdt. For det annet kunne alle som hadde fagtitler fortsette å bruke dem, selv om de formelt hadde ”nøytrale” titler, som for eksempel avdelingsdirektører eller underdirektører. Viktig var det imidlertid at den ”gamle” medisinalråd, som nå skulle bli avdelingsdirektør, ville få beholde sin tittel, og for øvrig skulle fungere som Helsedirektørens stedfortreder. Vi må også føye til at titelen spesiallege ble beholdt. Den ble dog bare brukt i noen få tilfeller, som vi skal se.

Figur 5.6: Helsedirektoratets oppbygning, etter omorganiseringen 1983



Fagforeningene hadde, som vi har sett, vært kritiske til sentraliseringen av omordningsprosessen i fase én, men ble trukket aktivt med i fase to. De ansatte var godt representert både i de overordnede organer og i undergruppene. De ansatte ønsket imidlertid enda mer innflytelse, særlig over

539) Vedkommende, som nok uttalte seg på vegne av mange leger, var overlege i det gamle Direktoratet (Ole B. Hovind).

spørsmål knyttet til ansettelsene. Det var ikke naturlig å ta opp slike spørsmål i de ulike konkretiseringsgrupper, bortsett fra når det gjaldt lederstillingene, og etter samråd med de ansattes organisasjoner bestemte Statsråden den 23. februar at det skulle nedsettes en partssammensatt gruppe for å utarbeide et forslag til plasseringen av saksbehandlere og kontoransatte etter delingen.

Det var en forutsetning for omordningen at den eksisterende stillingsramme i Direktoratet på 193 ikke skulle overskrides. Det ble også fra starten av gjort klart at ingen skulle sies opp eller måtte gå ned i lønn. Videre het det at det ville bli tatt hensyn til hva de ansatte tidligere hadde hatt for arbeid og at plasseringene og ansettelsene ville bli basert på ”objektive” hensyn. Diskusjonene, og i noen grad dragkampen, om fordelingen av stillinger utover vinteren og våren førte til at Helsedirektoratet skulle få 156 (siden 155) av de 193 stillingene og Helseavdelingen resten, altså 37 (siden 35). Forslaget til fordeling og lønnsplassing ble sendt til Finansdepartementet og Forbruker- og administrasjonsdepartementet i første uke av mai. Forutsetningen var da at omordningen skulle finne sted fra 22. august.

Dragkampen om de ”politiske” spørsmål, de mange, mer og mindre følelsesbetonte spørsmål av personalpolitisk art som måtte avklares, samt det omfattende organisatorisk-juridiske arbeid som måtte gjøres, førte til at omordningen ble en del forsinket. Den nye ordningen trådte først i kraft fra 21. november (1983).

Bemanningen av de to forvaltningsenhetene skapte en del juridiske og interessemessige utfordringer. Utgangspunktet for Departementet var sedvanen om at ved en saklig velbegrunnet omordning av sentralforvaltningen kan embeds- og tjenestemenn overføres fra et departement til et annet, eller til et sentralt direktorat. I brev av 9. august bekreftet Forbruker- og administrasjonsdepartementet det overfor Sosialdepartementet. Fremgangsmåten ble at alle kunne gi uttrykk for ønsker om stillinger, hvis stillingene lå på det nivå deres nåværende stillinger gjorde. De som var interessert i en høyere plassert stilling måtte søke denne; men kunne selvsagt i tillegg gi uttrykk for ønsker. Når embeds- og tjenestemenn fikk ”samme” stilling som før, ble de *plassert*; når de fikk en høyere stilling ble de *ansatt (tilsatt)*.

Prosessen startet med besettelse av de overordnede stillinger (fra lønnstrinn 27), og først med konstituering av ekspedisjonssjef i den nye Helseavdelingen. Det siste skjedde 22. juli 1983. Valgt ble den nylig avgåtte president i Lægeforeningen, Harald E. Hauge (1936-2006). Valget var Statsrådens. Statsråd Heløe hadde fått et svært godt inntrykk av Hauge. Men Hauge hadde prominente konkurrenter: Per Bærum (f. 1929), Ragnvald Dahl (f. 1938), Bernt Frydenberg, Jan Grund, Idunn Heldal Haugen, Ole B. Hovind, Kjell Marcussen, Ingse Stabel, Egil Willumsen og Tor Ødegaard.⁵⁴⁰ Tre av Morks helsefaglige sjefer, Bærum, Hovind og Ødegaard søkte seg altså bort fra ham. Endog hans medisinalråd, Willumsen, gjorde det. Dette var tydelige markeringer av hvor Morks nærmeste helsefagmedarbeidere trodde makten

540) Se St.meld. nr. 6 (1984-1985), Embetsutnevnelser 1.7.1983 til 30.6.1984, s. 84.

kom til å ligge. Ekstra pikant ville det vært om Mork selv hadde søkt, men det vurderte han ikke å gjøre. Ellers gav en rekke overordnede plasseringer seg selv, som for Helsedirektøren og lederne av de fleste av avdelingene i Direktoratet; det vil si det gjorde det for mange av de siste siden de ikke fikk ekspedisjonssjefembedet. Hauge ble for øvrig endelig utnevnt til ekspedisjonssjef 27.1.1984.

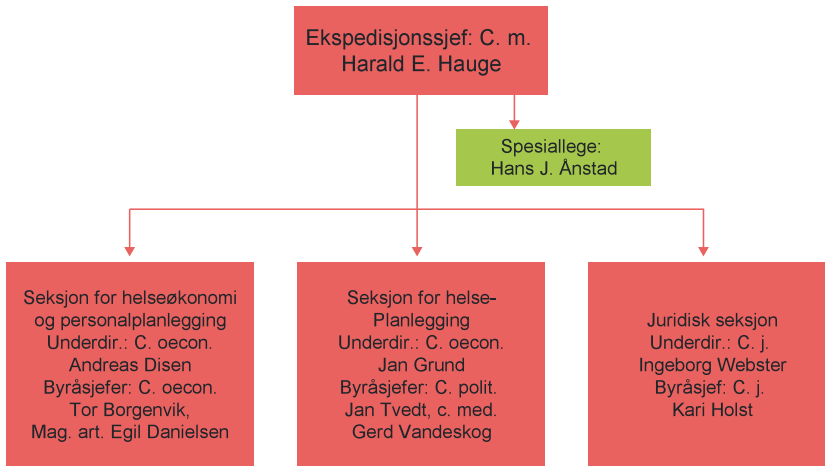
Bortsett fra for ekspedisjonssjefembedet var det bare konkurranse om tre høyt plasserte stillinger, stillingene som underdirektører og ledere for Helseavdelingens tre seksjoner. Det er nok et uttrykk for at den nye avdelingen ble sett på som morgendagens helsepolitiske kraftsentrum, at der meldte seg svært mange ansøkere til de tre stillingene. Til stillingen ved Seksjon for økonomi og fellessaker meldte der seg 19 ansøkere, til stillingen ved Seksjon for planlegging og organisasjon 18 og ved Juridisk seksjon 11. Der kom ansøkere også fra andre organisasjoner enn Helsedirektoratet. Det er imidlertid talende at av ni juridiske byråsjefer i Helsedirektoratet søkte syv stillingen som underdirektør i departementsavdelingens juridiske seksjon. De to som ikke søkte var 63 og 65 år. To av de yngre, ambisiøse assisterende overleger, Svein-Erik Ekeid (42) og Ottar Christiansen (39), søkte også på én (SEE) og to (OTC) av underdirektørstillingene i Departementsavdelingen. Det tør være et uttrykk for noen av de samme maktvurderingene blant saksbehandlerne at der var en viss oversøkning til Helseavdelingen blant dem, en oversøkning som særlig var tydelig blant jurister, økonomer og andre samfunnsvitere. Oversøkningen var også tydeligst blant de mest "fremadstormende" blant saksbehandlerne. Fordelingen skapte en del tautrekning mellom avdeling og direktorat, en tautrekning preget av at Avdelingen og søkerne gjerne stod sammen mot Direktoratet. Der var spesielt en del tautrekning om de økonomi- og budsjettkyndige.

Avdelingen fikk også en spesiell fagstilling, plassert utenfor seksjonene og således i en slags stabsposisjon til Ekspedisjonssjefen, nemlig en spesiallegestilling. Opprettelsen av denne stillingen passet Avdelingssjefen godt, men den skjedde nok også av personalpolitiske grunner: Forholdet mellom Helsedirektøren og en av hans overleger, Hans Ånstad, var blitt anstrengt. Ånstad hadde en periode vært fristilt fra sin overlegestilling for å arbeide med det som nå var blitt den nye loven om kommunehelsetjenesten. Ånstad så gjerne at loven kom; Mork var sterkt imot at den kom. Vi skal komme tilbake til prosessen omkring denne lovens tilblivelse senere.

Ansøkninger og "ønsker" ble behandlet på samme måte. For stillingene i Helseavdelingen var det Administrasjonsavdelingen som behandlet ansøkningsene. Avdelingens vurderinger ble så sendt ekspedisjonssjefene i de andre avdelinger til uttalelse, før de via Departementsråden gikk til Statsråden. Statsråden hørte så hva organisasjonene mente, før han fattet en beslutning. Stillingene i Direktoratet ble behandlet analogt, det vil si i Administrativ avdeling, før innstillingene via de kommende avdelingsjefene, gikk til Helsedirektøren og så til Statsråden.

I figur 5.7. har vi gitt en oversikt over hvordan ledersammensetningen ble i den nye Helseavdelingen.

Figur 5.7: Helseavdelingen etter omorganiseringen 1983

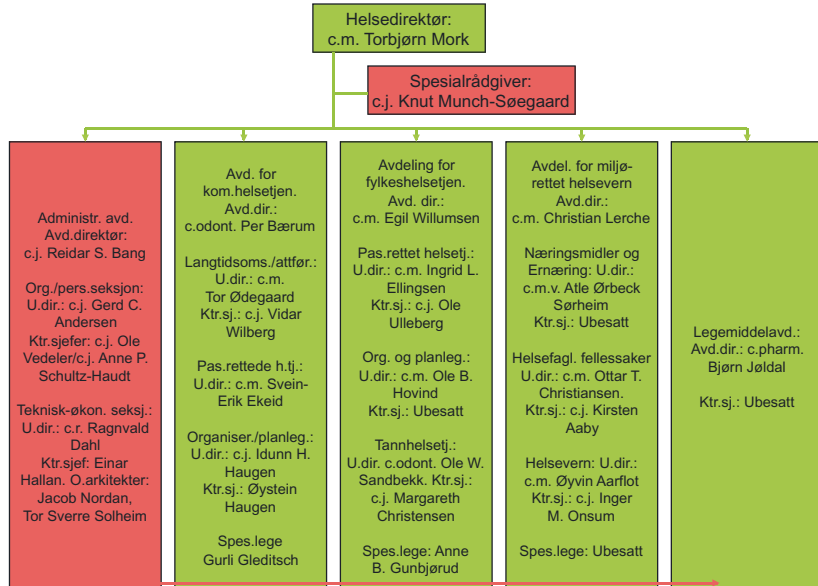


Helseavdelingen fikk altså en medisinsk leder i Harald E. Hauge. I tillegg fikk den en spesiallege i en friere, stabspreget stilling, Hans Ånstad. Også en av byråsjefene, Gerd Vandeskog, var lege. Lederne i seksjonene er ellers samfunnsvitere, det vil si, økonomer (3), statsvitere (2) og jurister (2). I hovedsak fikk Helseavdelingen en ung og litt "utålmodig" ledelse. Bare to av lederne var over 50 år, byråsjef Egil Danielsen (57) og spesiallege Hans J. Ånstad (51). Ekspedisjonssjef Hauge var 47 år, mens underdirektørene var 37 (JG), 38 (AD) og 43 (IW) år. De fem øverste ledere hadde en gjennomsnittsalder på vel 43 år, byråsjefene på 41,6 år.

Hva gjelder lønsplasseringen for de ansatte i Helseavdelingen fremgår den av lønsplasseringen for de direktoratsansatte; se nedenfor. Avdelingen fikk i alt 20 saksbehandlerstillinger: syv førstekonsulentstillinger, åtte konsulentstillinger og fem førstesekretær- og administrasjonssekretærstillinger. I tillegg fikk den fem kontorstillinger. Til sammen fikk altså Avdelingen 35 stillinger. To saksbehandlerstillinger ble overført til Administrasjonsavdelingen.

I figur 5.8 har vi gitt en oversikt over hvordan fordelingen av lederstillingene ble i Helsedirektoratet. Personene er plassert etter organisatorisk tilknytning.

Figur 5.8: Helsedirektoratets ledere etter omorganiseringen 1983



Underenhetene i avdelingene er seksjoner. Legemiddelavdelingen er ikke seksjonert.

Vi ser av figuren at Helsedirektoratet er blitt vesentlig mindre medikratisert både i oppbygning og bemanning. Medisinalråden er forsvunnet som en ren leder på direktoratsnivå; han er nå medisinalråd i en slags bistilling. Egil Willumsen fortsatte i denne (bi)stillingen. På øverste nivå er det nå, foruten Helsedirektøren, bare den juridiske spesialrådgiver. På neste nivå er det blitt langt færre, og bare to av de fem avdelingsdirektørene er nå leger. De stod heller ikke Mork spesielt nær, og skulle forlate Direktoratet om ikke så lenge. De gamle overleger som fortsetter, de er fire, er nå skjøvet ut av ledergruppen og er blitt underdirektører. De to leger som har overtatt gamle overlegestillinger er også blitt plassert på det samme mellomledernivå. Avmedikratiseringen har også skjedd i en videre forstand, som en mer almen nedtoning av fagstyrene. Det viser seg, som vi har nevnt, ved at avdelingene og tildels seksjonene er definert mer tjenesteinstitusjonelt og mindre fag-institusjonelt. Det viser seg også ved at tannlegene og sykepleierne, som tidligere hadde et kontor på nivå nr. to, nå har fått en seksjon på nivå nr. tre.

Direktoratets øverste ledelse (de to på toppen samt avdelingslederne) etter delingen ble ikke en ungdommelig ledelse. Kontrasten til Helseavdelingen er slik tydelig. Alle i direktoratsledelsen hadde passert 50; én, Knut Munch-Søegaard var akkurat fylt 60. Gjennomsnittslederen var 55 år. Mork var selv 55 år. Av de syv var fire (virkelig) gamle "Evang-folk", nemlig Munch-Søegaard, Bang, Bærum og Jøldal. De to Mork hadde vært med på å ansette, Willumsen, som tillike var medisinalråd, og Lerche, var altså også "yngre eldre", men uten tidligere sentraladministrativ erfaring. Lederne fungerte som alderen skulle tilsi, forsiktig og traust. Mork selv var langt mindre

alderstypisk, men hans energi var, som vi skal komme tilbake til, mer rettet i kritisk enn konstruktiv retning. Vi har nevnt at Mork ikke hadde noe spesielt nært forhold til sine legekolleger i ledelsen. De to som stod ham nærmest var juristen Munch-Søegaard og overapotekeren, Bjørn Jøldal.

Helsedirektøren ble også etter delingen plassert i samme lønnstrinn som Departementsråden, nemlig lønnstrinn 37. Medisinalrådsembedet (i.ltr. 35) forsvant som eget embede, mens den juridiske spesialrådgiver lønnsmessig ble plassert på ekspedisjonssjefsnivå, i lønnstrinn 34. Avdelingsdirektørene ble plassert i lønnstrinn 31, underdirektørene og spesiallegene i lønnstrinn 30, kontorsjefene, sammen med overarkitekten og overingeneniøren, i lønnstrinn 27, mens saksbehandlerne ble plassert fra lønnstrinn 26 ned til 18. Kontorpersonalet ble plassert fra lønnstrinn 17 til 7.

Direktoratet fikk, foruten de 34 stillinger som er oppført i figur 5.7, en overarkitekt- og en overingeniørstilling, 69 ordinære saksbehandlerstillinger, tre stillinger knyttet til bibliotek og arkiv og 41 kontorstillinger, til sammen 149 faste stillinger. I tillegg kom seks saksbehandlerstillinger som enten var tidsbegrensede eller hadde overgangsstatus. I alt fikk slik fra 1984 Direktoratet 155 stillinger. To stillinger i den gamle forvaltningen, en byråsjef- og en saksbehandlerstilling knyttet til ILO-samordningsarbeid, ble overført til Kommunal- og arbeidsdepartementet. Siden Avdelingen fikk 35 stillinger, ble det samlede antall stillinger den nye sentrale helseforvaltningen fikk, 190.

*

I brev av 11. november 1983 ble myndighet på en rekke områder delegert fra Sosialdepartementet til det nye Helsedirektoratet. Samtidig ble det gitt retningslinjer for hvordan samarbeidsmønsteret mellom Helseavdelingen og Helsedirektoratet skulle være. De nye bestemmelsene skulle tre i kraft fra "den dato som departementet senere fastsetter", det ble i praksis fra og med opprettelsen av Direktoratet, altså den 21.11.⁵⁴¹

Gjennom brevet ble Direktoratet delegert myndighet til å forvalte 35 lover. For hver lov var det spesifisert for hvilke paragrafer, og ledd i paragrafer, Direktoratet var delegert myndighet. Det var ialt 307 slike spesifikasjoner. Direktoratet fikk ikke et totalt ansvar for en eneste lov.⁵⁴² Det skulle slik ikke på lovstyringens område bli det eneste iverksettende organ. Det betydde også at der ville måtte gå to lovlinjer nedover i helsevesenet, men om linjen fra Departementet skulle gå utenom eller gjennom Direktoratet fremgår ikke av notatet. Det var forøvrig lett å se at det ville ta tid før direktorats- og avdelingsorganene kunne bli fortrolig med arbeidsdelingen på lovanvendelsesområdet. Direktoratet fikk forøvrig samtidig myndighet til

541) Brevet har overskriften "Vedr. Delegasjon av myndighet til Helsedirektoratet samt samarbeidsmønster mellom departement og direktorat", og journalnummer: 6646/83 II A KB/hs. Brevet er på 20 sider og er ikke undertegnet, men er åpenbart ført i pennen av førstekonsulent Kjell Bildøy (KB), Helseavdelingsgruppens sekretær.

542) Som et vedlegg til delegasjonsbrevet var det gitt en oversikt over de myndighetsbestemmelser som ikke var delegert til Direktoratet. Det var til sammen 173 bestemmelser.

fortsatt å fatte enkeltavgjørelser etter forskrifter. Direktoratet selv hadde utformet, selv om ansvaret for bestemmelsene fortsatt skulle ligge hos Kongen, altså i Departementet. Hva lovfortolkning angår, het det i delegasjonsbrevet at de alminnelige regler for forholdet mellom departement og direktorat ville gjelde. Det innebar at Departementet ville ha en almen instruksjonsmyndighet overfor Direktoratet.

I et eget notat på ni sider, kalt ”Retningslinjer og rutiner for behandling av budsjett og økonomisaker etter omorganisering av Helsedirektoratet”, redegjør Departementet nærmere for hvordan den ”økonomiske arbeidsdelingen” vil bli. Den årlige budsjettprosess starter med at Administrasjonsavdelingen i Departementet sender avdelingene retningslinjer ”med opplegg, timeplan m.m. for behandlingen av råbudsjettet i departementet” (s. 2). Etter delingen skal altså den nye Helseavdelingen ha samme ”underordnede” rolle som de øvrige departementsavdelinger: Også det er et uttrykk for reduksjonen i helsepolitikken, og helsesektorens, autonomi. Før delingen stod jo Direktoratet utenfor denne departementale samordningsprosess og forholdt seg direkte til Statsråden, og til dels Finansdepartementet. Helseavdelingen skal sende Administrasjonsavdelingen forslag til budsjett for de få poster den er ansvarlig for, men ellers delta i den videre behandling av de budsjettforslag som kommer nedenfra, blant annet fra Helsedirektoratet. Administrasjonsavdelingen i Departementet sender, også i oktober, men i samarbeid med Helseavdelingen, Helsedirektoratet en budsjettskrivelse, med direktiver for budsjettarbeidet. Direktoratet skal så ”utarbeide budsjettforslag inklusiv stillingsforslag, forslag til byggebevilgninger m.m. for de fleste kapitler og poster under programområde 10, Helsevern i statsbudsjettet” (s. 2). Forslagene skal fremsettes etter svært foreløpige rammer, med eventuelle tilleggsforslag (”rosa ark”), og være ledsaget av forklarende tekst. Når prisomregnede budsjetttrammer foreligger, som regel sent i februar, får avdelingene, og også Direktoratet, beskjed om disse og starter en tilpasningsprosess. Etter at Regjeringen har hatt sin (krevende) budsjettkonferanse (på Hadeland), overtar Finansdepartementet det som nå er blitt råbudsjettet. Råbudsjettet behandles så på nytt i Regjeringen (tidlig i mai), før de mange budsjettkonferanser med Finansdepartementet kommer. Regjeringen sluttbehandler budsjettet i august/september og legger det så frem for Stortinget i oktober. Stortingets endelige behandling skjer i november (og desember). Vi skal føye til, hva gjelder helsebudsjettet, at det er Helseavdelingen som skal utforme innledningene i proposisjonene og avsnittene til omtale i ”Gul bok” for programområdene 10 og 30, Helsevern.

Når så budsjettet er vedtatt i Stortinget, stiller Administrasjonsavdelingen i Departementet de bevilgninger Helsedirektoratet har ansvar for, nemlig de fleste innen helsevern, til disposisjon for Direktoratet. Tilstillingsbrevene blir utarbeidet i samarbeid med Helseavdelingen. Nå kommer altså den andre av de to hovedroller Direktoratet har i budsjettprosessen, den rent iverksettende. En viss kontrollerende rolle skal Direktoratet også ha. Det skal foreta kassakontroller og ettersynsforretninger.

Hva angår planlegging får Helsedirektoratet etter delingen først og fremst ansvar for å vurdere planene fra et rent helsefaglig perspektiv. Direktoratets rolle blir slik ”innspillspreget”. Ansvaret for å utarbeide planforutsetninger, og for å foreta den integrerte vurdering og godkjenning av planforslagene som kommer fra ”klinikken”, flyttes nå opp til den nye Helseavdelingen. Det samme skjer med prioriteringen av byggeprosjekter for lån i Kommunalbanken og med den overordnede nasjonale helseplanlegging.

Etter delingen får Departementet, formelt Kongen, ansvar for alle ansettelser i Direktoratet fra kontorsjefs nivå og oppover. For andre stillinger skal et eget, partssammensatt, ansettelsesråd ha ansvar for ansettelsene. Siden Helseavdelingen nå blir en del av Departementet får Administrasjonsavdelingen ansvaret for personalforvaltningen. De kontoransatte vil administrativt høre under Administrasjonsavdelingen, ikke Helseavdelingen. De ansatte i den nye avdelingen går inn i den departementale avansementskrets. Også på disse vis kan man si helseforvaltningens sektorielle preg svekkes noe. For Direktoratet fortsetter imidlertid personalforvaltningen å være intern. Ansvaret blir liggende i den nye Administrasjonsavdelingen og dens Seksjon for organisasjon og personell.

Vi ser altså hvordan Helsedirektoratet økonomisk og politikkutviklingsmessig fjernes fra politikken og får en innspillrolle og en teknisk-administrativ iverksetterrolle. Direktoratet sendes ut av sin ”heisrolle” i disse viktige henseender. Ja, det gjør det generelt. Det var også noe av hensikten med delingen. Reformatorene ville igjen ha en klarere vertikal arbeidsdeling, altså en klarere arbeidsdeling mellom det politisk-strategiske og det medisinsk-tekniske. Men som vi har påpekt ovenfor: Helseavdelingen overtar ikke helt Direktoratets gamle ”politiske” rolle. Dessuten mister i noen grad helseforvaltningen styrings- og forvaltningsansvaret for det utøvende helsevesen. Der kommer nye, også demokratisk forankrede, styringsorganer mellom den sentrale helseforvaltning og det utøvende offentlige helsevesen. Fylkeskommunene kommer inn når det gjelder sykehusene (1970, 1976) og kommunene snart (1984) når det gjelder primærhelsevesenet. Driften av klinikken trekkes slik tett inn i de lokale politiske prioriteringsprosesser. Det er alt uttrykk for det samme: Som helseforvaltningen avsektoriseres, avsektoriseres det utøvende helsevesen.

Den 21. november 1983 ble den evangsk-medikratiske, sivile og nasjonale helseforvaltning historie. Helseforvaltningen mistet meget av sitt særpreg, sin anderledeshet. Det gjorde i noen grad preklinikken og klinikken også. Dette var ikke noe spesielt for Norge. Det var snarere det typiske i alle vestlige land. Det kunne ha skjedd før, og hadde vel skjedd allerede i årene etter Evangs avgang, hvis Ragnar Christiansen den tidlige sommerdagen i 1972 hadde valgt, ved annen avstemningsrunde, å gi Gudmund Harlem sin stemme. Ingen av statsrådene gjennom 1970-årene hadde mot til å ta opp deling som en problemstilling. Først da odontologiprofessor Leif Arne Heløe kom, høsten 1981, skulle det begynne å skje. Hans statssekretær, psykiateren Astrid Nøklebye Heiberg, var en viktig forutsetning for at han skulle klare det. Hun drev prosessen frem med bestemthet og beslutsomhet. Hun fikk en

høy stjerne hos de embedsmenn i Departementet som lenge hadde ivret for en deling, forteller den som fungerte som departementsråd gjennom de kritiske faser av konkretiseringen våren, sommeren og høsten 1983, Jan Madsen.⁵⁴³

En siste ”runde” i Stortinget

Delingen fikk en avsluttende runde også på Stortinget. Departementet hadde valgt å omtale delingen kort i budsjettproposisjonen, og ellers gi en oversikt over dens stillingsmessige konsekvenser. Arbeiderpartiets fraksjon i Sosialkomiteen, samt Fremskrittspartiets Fridtjof F. G. (f. 1934), var ikke sikker på om omordningen var den beste og var misfornøyd med at delingssaken ikke var fremlagt som egen sak. Hva omordningen angikk pekte de på faren for at den kunne føre til ”unødig dobbeltarbeid, uklare kompetanseforhold samt sviktende samordning med andre sektorer”. Hva fremleggelsen for Stortinget angikk pekte de på at hvis delingen var blitt fremlagt som egen sak kunne man fått anledning til å se den i sammenheng med ”de mange og store utfordringer helsevesenet står overfor...”.⁵⁴⁴

De borgerlige medlemmer av Komiteen støttet omordningen uten motforestillinger. Statsråd Heløe svarte i sitt første innlegg i budsjettdebatten på kritikken fra opposisjonen, men gjorde det uten polemisk snert. Han ville nå avpolitiserer saken så langt det var mulig. Han startet med å konstatere at ”sluttstrek” var satt ”for en rekke utredninger og overveielser om denne sak gjennom de siste ti år”. Han la til at han mente vi nå hadde ”fått en sentral helseforvaltning som er godt tilpasset den utvikling som har skjedd innenfor helsesektoren i løpet av de siste årtier, og som ikke minst er tilpasset de forandringer som sektoren står overfor”.⁵⁴⁵ Han fremholdt så, at siden delingen ikke krevde ekstrabevilgninger var det naturligst å omtale den i forbindelse med budsjettfremleggelsen. Ellers omtalte han i rosende ordelag Gunnar Skaugs betraktninger fra fjorårets debatt. Skaug kunne imidlertid ikke dy seg for å gi Statsråden en liten smekk over fingrene. Han henviste til at han i fjor hadde sagt at Regjeringen stod fritt når det gjaldt departementale ordningsspørsmål, men også til at han ”tok avstand fra den klokkertroen på den modell som den gang så ut til å bli resultatet”. Han nevnte også at mange stilte seg kritiske til omordningen, blant annet Lægeforeningen. For sin egen del fryktet han at delingen hadde fått en slik form at den kunne skape ”kompetansestrid innad, uklarhet utad – kan hende med ineffektivitet som resultat”.⁵⁴⁶ Både Skaug og hans parti sendte slik et signal til Heløe og Regjeringen om at de ville følge med hvordan det nå gikk med helseforvaltningen. De gav slik også Mork en forsiktig oppmuntring: Kanskje hadde han mer støtte i sitt parti enn han hadde fått inntrykk av?

Delingen: et tilbakeblikk på det evangiske medikratis endeligt

Hvis vi ser på utviklingens virkelig lange linjer kan si si at den norske politiske orden har vært preget av politiserings- og avpolitiseringstendenser.

543) Samtale med Jan Madsen 26.1.2009.

544) SF 6a, 1983-84, *Budsjett-innst. S. nr. 11*, s. 14.

545) SF 7a, 1983-84, *Tidende S*, s. 1430.

546) *Ibid.*, s. 1465.

Under embedsmannsstaten var tendensen avpolitiserende, først ved at hele det politiske system så å si var avpolitisert, det var et embedsmannsregime, så fra slutten av 1840-årene (også) ved at forvaltningsoppgaver ble skilt ut fra departementene. Det siste innebar etter hvert at den nye fagpolitikk ble mer skjermet for den nye (venstre)politikk. I neste periode, tiden fra 1884, men særlig 1900, og til 1935 eller egentlig 1940, var tendensen politiserende. Således ble en del direktorater og lignende nå trukket helt eller halvveis inn i departementene: Politikken skulle slik på denne måten nå lenger ned i etatene. Mindre skulle få forbli faglighet. Fagsjefene reagerte først og protesterte, gjennom sin forening, Riksdirektørens forening. Men etter hvert så de også den annen side ved ordningen: Den gav dem som fagfolk lettere adgang til og innflytelse over politikken. Evang så det. Det var således denne halvpolitiserende ordning, han, forsinket, fikk innført for helseforvaltningen under, men først og fremst etter, krigen. Han fikk den imidlertid innført først og fremst fordi den var en forutsetning for medisinsk politisk innflytelse. Erfaringene fra før krigen hadde jo dessuten vist ham at ordningen ville føre til det, til mer fagstyre. Men at den virkelig skulle føre til faglighetens penetrasjon av politikken fordret både en sterk helsedirektør og fagfolkenes suverene autoritetsovertak på legfolket.

Det var fra starten av noe tvetydig over det nye arbeiderpartiregime. Etter valget høsten 1945 hadde Arbeiderpartiet absolutt flertall og en kolossal vilje til å styre, ja, til å planstyre. Slik sett var regimet svært politisert. På den annen side var det opptatt av modernisering, ja kraftmodernisering, etter krigens ødeleggelser og almene utviklingsstagnasjon. Det ville dog ha en modernisering på mest mulig egalitære premisser. En slik modernisering krevde en voldsom mobilisering av fagfolk: planstaten er jo også en fagstat, en fagstat der økonomene sitter i politikken og lager den overordnede plan, mens spesialistene sitter i hver sine etater og institusjoner og gir planen teknisk innhold. Gradvis kom slik det avpolitiserende til å dominere, og den nye (arbeiderparti)staten ble på et vis den nye embedsmannsstaten. Som historikeren Jens Arup Seip sa i 1963, "Etaten er atter blitt til staten".⁵⁴⁷ Det var det som kom til uttrykk med prinsipperklæringen i 1955 om at Regjeringen og departementene i større grad skulle gjøres til politisk-strategiske organer. Å "løfte" den politiske ledelse opp i en slik rolle, krevde samtidig at den mer tekniske saksforberedelse og iverksettelse ble flyttet ut av departementene til mer fristilte organer. Disse prinsippene ble ytterligere fulgt opp, og systematisert, gjennom Modalsli-utvalgets innstilling (1970) om den sentrale forvaltning.

Overfladisk sett passet Evangs direktorat inn i dette bilde av den avpolitiserte (embedsmanns)stat. I virkeligheten kom hans direktorat, iallfall i viktige henseender, til mer og mer å bli en anakronisme. Han kunne ha tilpasset seg utviklingen ved selv å bli mer av en avpolitisert teknokrat, men han gjorde det motsatte. Han politiserte, og fortsatte å politisere, og ble et tiltagende problem for sine politisk foresatte. Men etter hvert, ja, faktisk ganske tidlig, begynte det å butte imot for ham. Det skjedde for alvor da han fikk sin

547) Jens Arup Seip, *Fra embedsmannsstat til ettpartistat*, Oslo: Universitetsforlaget, 1963, s. 25.

gamle beundrer, Gudmund Harlem, over seg som statsråd, i 1955. Fra da av var hans regime på defensiven. Torbjørn Morks forsøk på å føre det videre var nærmest dømt til å mislykkes. ”Dødskampen” skulle vare i ti år. Den varte så lenge fordi Mork var sterk og fordi han nesten fra starten av hadde sine ”egne” over seg. Hans egne kunne ikke så lett ”ta” ham når borgerlige politikere, spesielt Kr. F.-politikere, forsøkte å gjøre det. Kanskje spilte det også en viss rolle at 1955-politikken ble noe svekket under den sterke politiseringsbølge som kom i slutten av sekstiårene og varte et godt stykke ut i 1970-årene?

Morks første tiår var preget av stadige politiske utfall mot Direktoratets dobbeltstilling, og av en ”trå-vannet”-preget utredningsvirksomhet. Men da den kortvarige politiseringsbølge var over ved slutten av 1970-årene og Norge, ja hele Vesten, fikk en ganske sterk avpolitiserende høyrebølge, nyttet det ikke å ”trå vannet” lenger. Den nye Regjeringen Willoch (1981), en ren Høyre-regjering, gjorde kort prosess med det evangske byggverk. Den hadde imidlertid neppe sett for seg at den med det hadde gitt startskuddet for en mer radikal omforming og modernisering av den norske helseforvaltning. Heiberg-prosessen førte etter hvert over i neste prosess, Norbom-prosessen. Jon Ola Norbom, økonomen og den tidligere Venstre-finansminister (1972-73), kom til Departementet som departementsråd i mars 1984⁵⁴⁸ og skulle slik lede den helseadministrative ”avevang(el) isering”. Det ble så vidt krevende at den ene prosess førte til den annen. Denne prosess tilhører imidlertid del 2 i historien om den norske helseforvaltning.

Torbjørn Mork: Helsedirektøren som ”politiker” og leder i ”overgangsfasen” 1972-1983

Å forstå Torbjørn Mork

Alle mennesker forblir nok i noen grad gåter, også for seg selv. De blir det blant annet fordi de hele tiden utvikler seg, eller folder seg ut. De representerer et bredt knippe av muligheter. Noen av muligheten utnyttes mer, andre mindre. Etter hvert kan forholdet mellom de ulike muligheter endre seg.

Dette utfoldelsesperspektivet dikterer i noen grad vår måte å forsøke å ”fange” Torbjørn Mork på. Vi skal ta utgangspunkt i noen av de potensialer vi mener Mork hadde i seg og vise hvordan de gradvis kommer til syne og former, ja, blir, mannen. På den måten lar vi årsakene, eller snarere grunnene, komme først og væremåten etterpå; skjønt, de kommer prinsipielt samtidig: De henviser gjensidig til hverandre – de har et indre, (sub)intensjonalt, ikke

548) Cand. oecon. Jon Ola Hauger Norbom ble utnevnt til departementsråd i Sosialdepartementet den 16.9.1983. Han tiltrådte først i mars året etter. Han ville først gjøre ferdig en utredning han holdt på med om folketrygdens finansiering. Der var flere interessante ansøkere til embedet, som ekspedisjonssjefene Kåre Halden (med bakgrunn som LO-jurist), Rolf Tingvold, Bjørn Treider (1920-2008) og Per Schreiner (1932-2005), videre den allerede sagnomsuste avdelingsdirektør Nils Holm og den profilerte Kr. F.-politikeren, kommunalråd Per Høybråten. En overlege uten spesiell ”byråkratisk” erfaring, Leif Wille, var også blant søkerne. Men ekspedisjonssjef Jan Madsen søkte ikke. De mest erfarne byråkratiske ansøkere stod Arbeiderpartiet nær; Norbom var gammel venstremann. Norbom, som nå kunne tenke seg å komme hjem fra Genève – og lot noen av sine venner få vite det, søkte etter oppfordring fra Sosialministeren (Heløe). Kfr. SF 3a, *St. meld. Nr. 6* (1984-86), Embetsutnevnelser etc., s. 84. (Opplysningene er basert på samtaler med Leif Arne Heløe (18.12.2008) og Jon Ola Norbom (31.7.2009).)

et ytre, kausalt, forhold til hverandre. For mange spenner vi slik kjerra for hesten. Det er imidlertid nødvendig nettopp fordi drivkraft og væremåte på et vis er to sider av samme sak. Ved å ta utgangspunkt i noen få potensialer, og særlig ett, forenkler vi, nesten ubehagelig mye. Vi gjør det for å få tydeligere frem de potensialer vi mener er viktigst.

Vi har tidligere sett at Evang ble oppmerksom på Mork i slutten av femti-årene. Han ble imponert av den unge epidemiologen, men ble også ganske snart litt kritisk. Han fant ikke Mork ”disiplinert” nok, og så ham ikke som sin naturligste etterfølger. Vi skal ta utgangspunkt i denne karakteristikken. Vi vil samtidig utnytte denne karakteristikken til å føye noe til om Evang. Evangs karakteristikkk av Mork var jo samtidig en indirekte egenkarakteristikk: ”Jeg er disiplinert (nok)”.

Den ”disiplinerte” er en gjennomført rasjonalist. Han har et intellektualisert forhold til sine verdier og mål og et utpreget instrumentelt forhold til utvikling og valg av strategier, eller midler, for å nå sine mål. For så vidt som målene er gitt ”på forhånd”, bruker han mest tid og oppmerksomhet på strategiutviklingen. Han fremstår slik også som nokså teknisk orientert. Han resonnerer deduktivt, ovenfra og ned. Den mer udisiplinerte, slik Evang den gangen tenkte, har et mer ekspressivt og eksistensielt forhold til sine verdier. Han lar også i noen grad verdiene forbli verdier. Han konkretiserer dem ikke som presise mål. Hans valg av strategier er ofte nesten ekspressivt-eksistensialistisk det også: Den ”udisiplinerte” ser på strategiene ikke bare som nøytrale virkemidler, men også som verdibærende handlingsmåter. For ham viskes derfor i noen grad skillet mellom verdier eller mål og midler ut, og de første forblir de viktige. Han blir aldri noen tekniker. Han (for)blir en (eksistensiell) kunstner. Han tenker og føler også induktivt, nedenfra og opp.

Evang var ikke bare disiplinert og Mork langt fra udisiplinert. Men i betydelig grad adskilte de seg slik. Den ene hadde svært meget av rasjonalisten i seg, og kunne se på seg som ytterst disiplinert. Den annen hadde også en del av rasjonalisten i seg, men tillike meget av den ekspressive eksistensialisten. Den første oppdaget tidlig seg selv som rasjonalist, og forble det livet ut. Ja, han ble det i tiltagende grad, iallfall som helsedirektør. Han kunne dog hele tiden ta ut noe av den ”udisiplinerte” i seg gjennom deltagelsen i den ”fjerne” politikk, som i den sene deltagelsen i EF-kampanjen i 1972. Men selv som engasjert politiker skinte hans disiplinerte rasjonalisme igjennom. På kaminen oppe i Måltrostveien i Holmenkollen stod det en byste av Voltaire.

Den annen kan nok ha oppdaget ekspresjonisten og eksistensialisten i seg selv tidlig, men han holdt dem lenge ned – så godt han kunne. Han ville lenge gjerne være rasjonalist som Evang, ja, kanskje bli en ny Evang. Han fremstod en stund som en slags Evang, endog hva frisyre og væremåte angikk, men det var bare en stund. Gradvis kom den annen side ved ham frem. Det var ikke lett for ham å slippe denne side frem, genert som han var, og forble, men den kom mer og mer frem. Helt frem kom den imidlertid knapt for andre enn noen få. Helt slapp han heller ikke taket på rasjonalisten

i seg. Det var imidlertid utenkelig for ham å ha noen voltairisk husgud på kaminen. Da den unge familien Mork var på vei vestover for å tilbringe sommerferien i Odda, fylte han bilen med salmesang. Han likte å synge, og sang godt.⁵⁴⁹

Alle er trukket mellom verdier av altruistisk og idealistisk art på den ene side og egeninteresse på den annen. Mange rasjonalister reduserer verdiene til egeninteresse, og ”verdsliggjør” slik rasjonalismen helt. Heller ikke den mest rasjonalistiske av de to, Evang, gjorde det. Evang var og forble ”sosialist”. Hans idealer var egalitære og, til dels, egalitært-felleskaplige. Han var samtidig svært ambisøs på egne vegne, fremfor alt når det gjaldt sitt profesjonelle liv. Han var altså en elitistisk, eller paternalistisk, egalitarist. Det var en spenning i denne ”konstruksjonen”, som der var i den leninske partiteori, men så meget makt at spenningen ble et praktisk problem for ham, fikk han ikke. Noe psykologisk problem ble den selvsagt heller ikke. Dertil var han for selvsikker.

Evangs verdisyn sprang ikke ut av personlige erfaringer. Han stod, både psykologisk og sosiologisk, den ”andre” siden i samfunnet for fjernt til det. Han kom, som vi har sett, fra embedsmannsstanden, den utdannede borgerlige elite. Hans far, byråsjefen, døde tidlig (1914), og familien ble truet av sosialt fall, men den kom seg opp og de fleste av hans søsken ble vellykkede akademikere; én av dem, i tillegg til Karl, Elisabeth (f. 1914), ble lege. De førte embedsmannstradisjonen videre. Selv giftet Evang seg, som nevnt, med en legedatter. To av hans fire barn fulgte i foreldrenes fotspor. Fru Evangs bror ble direktør ved Lilleborg fabrikker. Det er slik sett ikke så underlig at rasjonalisten Karl Evang fant frem til sosialismen mer gjennom kjølige resonnmener enn sosiale erfaringer. Karls hjerne ”klinger av metall”, kunne hans venner i det svært lite proletarisk erfarne *Mot Dag* si.⁵⁵⁰ Med et slikt utgangspunkt ble det å finne veien til, eller planen for realiseringen av, sosialismen også et spørsmål om ”kald” analyse – altså et rent faglig spørsmål.

Morks verdisyn var på et abstrakt vis ikke så ulikt Evangs. Også han ble etterhvert en slags egalitarist og sosialist, skjønt ikke på en så teoretisk tydelig måte som Evang. Også hans syn sprang nok ut av resonnmener, men altså ikke bare abstrakte resonnmener. Også erfaringer, virkelige erfaringer, spilte en rolle. Som for Evang kan sosiologien ha forsterket psykologiens virkninger. Mork vokste opp i en langt mer sosialt spenningsfylt situasjon enn Evang gjorde. Han vokste opp i miljøet som både i ”tid og rom” dro ham i ulike retninger; ja, virkelig dro i ham. Hva tiden angikk ”pendlet” han nesten mellom fortid og nåtid. Han ble født innerst i Sørfjorden i Hardanger, i Tyssedal, men flyttet snart til Odda – og vokste slik sett opp i nåtiden, i industrisamfunnet. Hver sommer, og mer enn det under krigen, var han imidlertid i fortidens samfunn, i småbrukersamfunnet

549) Omtalen av Mork bygger ikke minst på samtaler med hans datter Elisabeth Mork (f. 1961) 29.10.2008 og 28.11.2008 og hans samboer (fra 1975) Wenche Margrethe Myhre (f. 1940) 24.3.2009.

550) Det er Nini Haslund Gleditsch som forteller dette i sin bok *Vær utålmodig menneske!: erindringer*, Oslo: Gyldendal, 1980, s. 51.

på Jæren. Begge hans foreldre, Guttorm og Inga, kom derfra. Han ble svært knyttet til deres hjemsted. Faren var vokst opp på småbruket Mork. Spesielt nær kom han til å stå sin gudmor, morens yngre, ugifte søster. Hun var lærerinne. Det var hos henne han og hans egen familie bodde når de var på besøk ved Sandnes. Han hadde nær kontakt med henne til hun døde i slutten av syttiårene. Han hadde også nær kontakt med flere av sine mange søskenbarn.

Det var fra Jæren, og familien der, han fikk varme. I modernitetens Odda levde han mer ”abstrakt”, uten søsken, uten annen nær familie, og uten nære venner. Han talte knapt den egentlige oddadialekt, men en bergensk-preget versjon av den. Men hjemme ble han dyrket, spesielt av sin elskelige mor. Familielivet ble slik i noen grad en forlengelse av livet på ”Jæderen”. Det var et liv utenfor, eller før, Odda.

Men familien tilhørte selvsagt også det moderne Odda, og kom slik til å ta inn over seg spenningene i Odda-samfunnet, klassespenningene – eller spenningene i ”rom”. Familien tilhørte imidlertid ikke en av de to ”sidene” i industrisamfunnet, ”kapitalen” eller ”arbeidet”. De tilhørte de flytende mellomlagene. Morks far, Guttorm (1897-1976), var ingeniør og driftsbestyrer ved elektrisitetsverket. Han så ikke egentlig sosialt oppover, og for så vidt knapt nedover heller. Men han var blitt preget av tredveårene, og var slik mer opptatt av å forebygge fall enn av å klatre oppover. Han anbefalte sønnen å satse på Posten. Det var trygt. Men Torbjørns skoleprestasjoner var slik at han ingen anledning hadde til å tenke ”forebyggende”. Oppmuntret av sin mor, Inga (1894-1950), født Skadsem, hadde han vendt blikket oppover. Da tiden var inne dro han til Voss og på landsgymnasiet der tok han i 1948, som privatist, examen artium. Han ville gå den akademiske vei. Han ville bli sivilingeniør eller lege. Han ble altså det siste. Han begynte sin vei inn i legeyrket i Oslo, men flyttet etter et par år til Bergen og tok embedseksamen der i 1954.

Torbjørn Morks forhold til Odda ble, og forble, litt abstrakt. Han merket som sagt klassemotsetningene, men de kom ikke til å prege hans samfunnssyn da. Han kom ikke noen nær nok. Istedenfor ble han bekreftet gjennom suksessene på skolen og fikk vekket sine ambisjoner. Han gikk inn i Unge Høyre, nærmest som et abstrakt uttrykk for at han så på seg som lovende. Det var ikke klassesamfunnet Odda som etter hvert skulle drive ham mot venstre. Odda hadde drevet ham mot høyre. Det var Jæren og opplevelsene med det enkle, nøysomme, men kulturelt rike, småbrukerlivet, som skulle gjøre det. Odda var ikke egentlig Vestlandet. Odda var bare det nesten ahistoriske industrisamfunn (mal)plassert i vestlandsomgivelser. Mork var, og forble, dypest sett vestlending, vestlending av det nøysomme og pliktoppfyllende slaget. Men Odda slapp heller ikke helt taket i ham. Han tok også med seg ”høyrearven” derfra. Gjennom studiene fikk den ny næring. Hans ambisjoner vokste og hans rasjonalisme ble tydeligere. Kanskje kan hans studentertilgang til sosialismen sosiologisk sees på som en funksjon av den uhellige sammensmelting av den egalitære og fellesskaplige jærarv og den abstrakte og litt streberske oddaarv?

Vi skal vende tilbake til psykologien.

Å utvikle verdier ”induktivt”, altså gjennom erfaringer, som den følsomme gjør, gir ens verdisyn et mer emosjonelt, et ”varmere”, preg. Det gjør ens verdisyn mer intenst. Det gjør at verdiene tar en og fyller en på en annen måte enn de abstrakte, intellektualiserte verdier – som knapt er ens egne, men noe som eksisterer utenfor en, som noe objektivt. Det gjør en, med andre ord, mindre ”disiplinert”.

Men der følger mer av det: Det gjør at verdiene og følelsene blir viktigere enn strategiene og analysen. Ja, det gjør at også analysen i noen grad verdilades: Strategivalget fremtrer ikke bare som et rent virkemiddelvalg. Det blir også et verdivalg. Strategiene er ikke nøytrale. De er i stor grad bærere av verdier. Som sådanne blir det lettere å velge dem. De kan velges mer spontant; de krever ikke så mye analyse. Slik blir ekspressivisten og eksistensialisten også strategisk mer ”udisiplinert”.

Torbjørn Mork hadde meget av dette ”udisiplinerte”, ”jærsk”, over seg. Evang hadde rett. Men han hadde altså også noe av det disiplinerte, ”oddaske” over seg. Han slapp også denne disiplinerte personen i seg til. Ja, han lot denne personen på mange måter få et overtak. Det skjedde gradvis i løpet av tenårene og forsterket seg gjennom studieårene og særlig utover i tredveårene. Hans karrierestev ble stadig tydeligere. Samtidig strevet han hardt for å holde den andre, mindre disiplinerte, siden i seg nede og skjult.

Han lyktes karrieremessig. Han ble jo først statssekretær og så helsedirektør. Men det kostet, både sosialt og mentalt. Han skapte hoderysten og irritasjon rundt seg. Hans ekteskap gikk i oppløsning, utover i 70-årene, men formelt først fra 1978. Mørke tanker og følelser kom til å plage ham. Men i all sin følsomhet var han samtidig merkelig robust. Han kom seg videre. Alle de problemer han hadde skapt for seg selv, alle de floker han hadde laget for seg selv, ble utgangspunktet for ny utvikling. De bidro til at han gradvis slapp den ”udisiplinerte” i seg mer frem. Han ble mer og mer ”seg selv”, sitt jærske selv. Slik fikk han det på ett vis lettere, særlig med seg selv og sine nærmeste. Men problemene, og motstanden, der ute avtok jo ikke, som vi for så vidt allerede har sett. Også resten av hans liv skulle bli en kamp, en kamp han ytre sett skulle tape, men som han indre sett, om vi kan si det slik, skulle vinne.

De to ”utgavene” av Torbjørn Mork var påfallende ulike. Den ambisiøse, selvhevdende og rasjonalistiske utgave var forunderlig robust. Den ydmyke, hensynfulle og eksistensielt ekspressive utgave var underlig nærtagende. Den første utgave var altså den som syntes best til et stykke ut i 1970-årene. Få så, eller endog ante, den andre utgaven. Hans nærmeste, både privat og profesjonelt, gjorde nok i noen grad det, og kunne nok forbauses over kontrasten. Men det var lenge som om også de tilla den liten betydning. Også privat var han lenge først og fremst ”Odda-mannen”, den ambisiøse og sterke mannen.

Evangs familie, og medarbeidere, var aldri i tvil om at arbeidet, og ettermålet, ”alltid” kom først. Evang levde regelmessig, selv når han var ute og reiste. Han kom på en ”vanlig” dag i Oslo hjem til konvensjonell middagstid, tok seg så en hvil, før han igjen fortsatte å arbeide, på sitt hjemmekontor. Han hadde alltid arbeid med seg hjem. Hans hustru Gerda, hadde, ikke uten en viss sorg, måttet se bort fra egne fagambisjoner og hadde tatt seg arbeid på Mødrehygienekontoret i Oslo. Der arbeidet hun halv dag.⁵⁵¹

Etterat Mork, etter endt utdanning i London (PhD), hadde etablert seg i Asker, kastet han seg inn i karrierestrevet. Det ble dobbelt strevsomt, etter som han valgte å ri to hester, faghesten, med utgangspunkt i Krefregisteret, og den politiske hest, med utgangspunkt i Asker arbeiderparti. Han kunne derfor i disse årene, det vil si sekstiårene, komme hjem til nokså ulike tider. Familien merket at arbeidet, eller snarere, ambisjonene, kom først. Det gjorde hans bibliotekarkone Anna Brit (f. 1934), som derfor satte seg imot at han søkte embedet som helsedirektør. Det gjorde barna, som savnet en far som deltok i deres liv som de syntes mange andre fedre gjorde. Han tok dem riktignok med på turorientering i hjembygda, men det ble snart like meget kompetitiv plikt som eksistensiell glede: De skulle bli beste orienteringsfamilie; noe de for så vidt også ble. Både kone og barn ble slik trukket inn i, og ble en del av, hans livsprosjekt. Dermed måtte de også finne seg i at han var fjern, ikke bare i betydningen fysisk fraværende, men også i betydningen mentalt fraværende. Hans fraværenhet ble på et vis understreket ved at han, når han var tilstede, også var det med en distanserende myndighet og bestemthet. Hans barn ble en smule engstelig for ham.

På Krefregisteret merket hans kolleger hans rastløse streberi. Han utfoldet seg faglig med stor energi, forsket, skrev, deltok i komiteer, men var også stadig i telefonen, for å pleie politiske kontakter og drøfte utspill og strategier. Det gav etterhvert resultater, men skapte også reaksjoner. Mange ble på vakt overfor ham. Da Sverre Harvei, hans fem år yngre kollega på Krefregisteret, i 1970 ble overlege og sjef for Evangs sykehuskontor, merket han sjalusien. Mork hadde selv søkt stillingen. I lokalpolitikken stod han, som vi har sett, til høyre i Arbeiderpartiet. Men han møtte etter hvert også motbør på venstresiden, der Berit Ås (f. 1928)⁵⁵² var en forgrunnsfigur. Hun kunne endog utfordre ham hva gjaldt hans private adferd. Hun fant den ikke særlig likestillende. I forbindelse med helsedirektørutnevnelser utfordret han, som vi har omtalt ovenfor, svært sterke krefter i sitt parti.

Men den andre Mork var der jo også, hele tiden. Noen fikk også se, eller ane, denne siden. Som vi har sett valgte Mork å gå inn i den nesten mest abstrakte del av medisinen. Han valgte epidemiologien, og spesielt kreft-epidemiologien. Han ble også en fremragende epidemiolog. Hans doktoravhandling, lagt frem ved den berømte London School of Hygiene and Tropical Medicine i 1960, hadde titelen “A comparative Study of Respiratory

551) Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 279.

552) Berit Ås var i 1972, etter EF-avstemningen, med på å danne utbrytergruppen Demokratiske sosialister – AIK (Arbeiderbevegelsens informasjonskomité mot norsk medlemskap i EF). AIK gikk i valget i 1973 inn i Sosialistisk Valgforbund og var i 1975 med på å stifte partiet Sosialistisk Venstreparti (SV). Berit Ås ble dette partis første leder (1975-1976). Hun satt på Stortinget fra 1973 til 1977.

Disease in England & Wales and Norway”, se faksimile 5.1. To år senere ble den publisert i Norden.



Faksimile 5.1: Torbjørn Morks PhD-avhandling fra 1960, utgitt i serien Scandinavian University Books, 1962. Den ble også publisert som supplement 384, vol. 172, 1962 av Acta Medica Scandinavica.

Hvorfor valgte han den ”abstrakte” medisin? Var det fordi den appellerte mer til ham enn den kliniske? Den appellerte utvilsomt til ham. Han hadde jo også hatt teknologi og NTH som studiealternativ. Men mer lå under. Den ”andre” Mork lå under. Han valgte bevisst bort klinikken. Han valgte den bort ikke fordi den *ikke* grep ham. Han valgte den bort fordi den *grep* ham. Den grep ham for mye. Han orket ikke de følelsesmessige påkjenninger møtet med lidende pasienter gav ham. Den ”politisk” robuste Mork var for sart for de nære møter med mennesker. Da han var blitt far for første gang, i 1957, kom han en dag hjem, rystet. Han var i turnus på sykehuset i Arendal og hadde fått oppleve konsekvensene av en alvorlig motorsykkelykke. – Hun må aldri sette seg på en motorsykkel, sa han om den nyfødte datteren.

Overfor sine nærmeste la han ikke skjul på at han valgte bort klinikken fordi han ikke klarte de følelsesmessige påkjenninger forbundet med den. Evang tenkte nok ikke slik. Han var snarere for lite enn for meget grepet av klinikens dramatik. Han var først og fremst en politisk samfunnsdoktor.

Kanskje kan man også se Morks private fjernhet i dette perspektiv? Han kan ha fryktet den private nærhet også, ikke fordi han var ufølsom og en instrumentell karrierist, men fordi han ikke følte seg sikker på hvordan han ville reagere. Ville han kunne være nær og samtidig fremstå som sterk og selv-sikker mann? Den siste han personlig stod nær, iallfall inntil han var en moden mann, var kanskje moren. Han mistet henne i 1950. Da var han 22. Han elsket henne, og savnet henne resten av livet. Faren giftet seg siden igjen, men han fikk ikke noe nært forhold til farens neste kone, en kvinne som blant annet var aktiv i Misjonssambandet. Også det kan ha bidratt til at Odda forble noe ”abstrakt” for ham.

Vi har sett at både Evang og Mork kunne ha sans for fysisk utfoldelse, og gjerne tok ambisjonene med seg inn også på den arenaen. Men mens den fysiske utfoldelse ble, og forble, en del av Evangs identitet, var den viktig for Mork bare i hans yngre år. Mens Evang forble en asket, gav Mork etter hvert

opp friluftslivet. Ja, Mork kom i noen grad til å spille opp til bildet av seg som festglad, som røykende og endog natteranglende. -Folk skal leve som jeg lærer og ikke som jeg lever, kom han stadig til å si. Det er ikke så åpenbart at det var ment som en unnskyldning. Han ”feiret” lørdag 19. desember 1987 fremleggelsen av proposisjonen om utvidelsen av tobakkskadeloven av 1973, med å møtes med tre andre ”bohemer” – Alf Nordhus (1919-1997), Kari Simonsen (f. 1937) og Reulf Steen – til en skikkelig ”ut-blåsning”. Ut-blåsningen ble behørig dekket av Verdens Gang, over to sider (s. 34-35) og med et stort bilde. Det Mork og hans røykende kolleger ”blåste i”, var et forslag om å forby røyking i offentlige lokaler og på kollektive transportmidler. Oppslaget hadde overskriften ”-frels oss ikke med makt”. Helse-direktøren uttalte blant annet: ”Jeg tror ikke dette er en sak som passer for lovgivning”. Han kunne heller ikke dy seg for å polemisere: ”Jeg vil også minne om ordet livskvalitet. Det er ikke sikkert at alle foretrekker å leve lengst mulig på youghurt”.

Lovforslaget ble vedtatt av Stortinget utpå vårparten 1988 og trådte i kraft i juli samme år.

Mork startet tidlig å røyke og fortsatte med det livet ut. Det vil si, han sluttet en uke før han døde, knapt 64 år gammel. Han røykte også meget, og mer når han var stresset enn ellers. Han røykte hjemme. Han røykte i bilen, også når barna var med. Han røykte på kontoret. Han røykte også på møtene i Helse-direktoratet; dog ikke som den eneste. Han røykte også offentlig, for eksempel på fjernsyn. Etter hvert som røykemotstanden i samfunnet vokste, kom det kritikk av hans og andres møterøyking. Kritikken ble mer insisterende da Anne Alvik kom inn som medisinalråd i 1985. Da ble det slutt med røykingen under direksjonsmøtene.

Torbjørn Mork begynte å røyke midt i førtiårene, før man visste så meget om røykingens betydning for helsen. Ennå i 1953 røykte 73 prosent av norske mannlige leger. Mork røykte sigaretter. Da medisinen begynte å ane mer, nemlig utover i femtiårene,⁵⁵³ var det kanskje for sent for ham å legge tobakken til side? Han var kanskje blitt både fysisk og psykologisk avhengig av den? Han forsøkte etter hvert, og iallfall fra midt i 1970-årene, å slutte, men klarte det ikke.⁵⁵⁴ Han fulgte imidlertid med i tobakks- og lungesykdomsforskningen, og kjente før de fleste til de gode medisinske grunner for å slutte å røyke. Hans avhandlings avhengige variabel var det som da ble kalt kronisk bronkitt, eller i dag kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Han forstod den, som vanlig var, dynamisk-symptomatologisk. Han brukte den definisjon en studiegruppe, nedsatt av *The Council for International Organizations of Medical Sciences*, lanserte i 1959:

553) Det startet for alvor i 1951 med den store prospektive undersøkelse av røyking og helse blant 40 000 britiske leger. Undersøkelsen ble ledet av Sir Austin Bradford Hill (1897-1991) og Richard Doll (1912-2005), begge ved London School of Hygiene and Tropical Medicine. Resultatene kom fra midten av 1950-årene og viste at det var en sterk sammenheng mellom røyking og lungekreft, kronisk bronkitt, hjerte-karsykdom og flere andre sykdommer. For en oversiktlig redegjørelse for utviklingen se Kjell Bjartveit, Hvit pest, svart tjære, *Michael 2007*, supplement 7, s. 125 og videre. Opplysningen om legers røykevaner i 1953 er hentet fra Bjartveit, s. 129.

554) Opplysning gitt av hans samboer fra 1975, Wenche Margrethe Myhre, i samtale 23.3.2009.

Chronic bronchitis may be defined as a disease which a) is characterized by chronic and persistent cough, b) is punctuated by annual or seasonal exacerbations, c) is associated with the production of purulent sputum, d) leads to increasing breathlessness and disability, e) commonly ends in death by congestive heart failure.⁵⁵⁵

Den prosessuelle definisjonen er en god beskrivelse av det som skulle bli hans egen sykehistorie.

Han er rask til å peke på at de nevnte symptomer kan være en funksjon av ulike tilgrunnliggende (etiologisk definerte) lidelser, men mener han kan gå videre med sine komparative forklaringsstudier, hvis han bare tar en del forbehold. Tidligere, skriver han, var det vanlig å se på disse lungelidelser som ”degenerative and as a part of the process of ageing”. I løpet av de siste ti år, altså femtiårene, måtte man revidere denne oppfatningen, skriver han. Epidemiologiske studier avslørte store geografiske og sosiale variasjoner i sykkelighet, variasjoner som spesielt var relatert til kjemiske faktorer som ”atmospheric pollution and cigarette-smoking”. Studier av de anatomiske forandringer i luftveiene, og av spyttets bakteriologi hos kronisk bronkittsyke, styrket forskernes mistanke om at kronisk bronkitt også kunne skyldes kjemi som kom utenfra. Senere i avhandlingen viser han at de epidemiologiske indikasjoner på (sigarett)røykingens betydning for utviklingen av kronisk bronkitt er mange og sterke. Han viser også at endel eksperimentelle observasjoner peker i samme retning:

These experimental observations may suggest that inhaled tobacco-smoke by a) increasing the mucus production, and b) decreasing the ciliary protection, may be of significant importance in the causation of early symptoms of chronic bronchitis.⁵⁵⁶

I februar 1964, bare en måned etterat den amerikanske helsedirektør hadde offentliggjort sin epokegjørende rapport om røyking og helse, drøftet Stortinget, på grunnlag av en interpellasjon fra Kristelig Folkepartis leder, Kjell Bondevik, den nye situasjonen hva angikk røyking. Bondevik fikk Stortinget med på å be Regjeringen oppnevne et utvalg til ”å planleggja kampen mot den skadelege sigarettroykinga”. Et utvalg ble oppnevnt i 1965, og fikk, etter Helsedirektørens forslag, Kjell Bjartveit som formann. Torbjørn Mork ble medlem av utvalget.

Utvalget la våren 1967 frem sin omfattende innstilling (245 sider). Mork hadde skrevet kapitlet om røyking og helse, og uttalte seg på denne tiden også stadig til pressen om farene med røyking. Han uttalte seg tydelig, men hele tiden saklig – og ikkemoraliserende. Utvalget anbefalte, enstemmig, at man skulle ”rykke frem” etter tre linjer, to forebyggende og én terapeutisk. Forebyggende skulle man gjøre miljøet mindre røykevennlig, i første rekke ved å forby tobakksreklame og gjennom å trykke advarsler på

555) Torbjørn Mork, *A Comparative Study of Respiratory Disease in England & Wales and Norway*, Oslo/Bergen: Scandinavian University Books, 1962, s. 11.

556) Mork, *op. cit.*, s. 48. Sitatet og omtalen foran er fra s. 10.

sigarettpakken, men også, gjennom målrettede opplysningskampanjer, forsøke å påvirke særlig ungdom til å avstå fra å røyke. Terapeutisk skulle man tilby dem som røkte røykeavvenningskurs. Utvalget foreslo også at det ble opprettet et røykskaderåd. Utvalgets innstilling førte frem til Tobakksskadeloven av 1973. Allerede i 1971 ble Statens tobakkskaderåd opprettet. Dermed var også det organ som skulle drive tobakksaken videre, etablert.

På Kreftdagen 13. oktober 1970 deltok Torbjørn Mork, sammen med andre fagfolk, i et fjernsynsprogram om lungekreft og røyking. Programmet var ledet av journalisten og veterinærmedisineren Einar Johannessen. Programmet var ”skremmende”. Et hovedpoeng i programmet var at røyking var den overlegent viktigste årsak til lungekreft. Det ble pekt på at der ikke fantes god behandling og derfor at det måtte satses på forebygging, altså å få folk til å la være å røyke. Ekspertene opplyste at hvis man kunne få bukt med sigarettøykingen, ville hyppigheten av lungekreft gå ned med 80-90 prosent.⁵⁵⁷

Mork visste altså, bedre enn nesten alle, og før nesten alle, hvor helsefarlig hans vane var. Allikevel fortsatte han å røyke. Han fikk råd om å slutte, fra kolleger og – etter at han var blitt helsedirektør – fra ”antitobakkfolket”. I juninummeret 1978 av helse- og miljømagasinet *Vi og Vårt* 1978 oppfordret magasinet meget engasjerte redaktør Lita Heiding (1925-2009), Helsedirektøren til å slutte å røyke. Hun hadde illustrert oppfordringen med en fotomontasje Helsedirektøren fant ”smakløs”.⁵⁵⁸ Lita Heiding mente Mork med sin røyking gjorde det vanskelig for andre å slutte å røyke.

Mork mislikte rådene han stadig fikk. Enda mer mislikte han moraliseringen. Han kunne gi seg selv råd, og gjorde det, men altså til ingen nytte. Hans samboer fra 1975, Wenche Margrethe Myhre røkte også. Så lenge han var gift var hans røyking ikke noe tema hjemme, selv om hans hustru ikke røkte.

Han kan nok, som vi har nevnt, etter hvert ha blitt fysisk og psykisk avhengig av røyken. Der har allikevel fra begynnelsen av ligget et valg til grunn for røykingen. En slags abstrakt sosiologi kan ha spilt en rolle: menn røyker, og mann var han seg svært bevisst at han var. Det er liten grunn til å tro at en mer konkret sosiologi har spilt en rolle: Han tilhørte ikke noe tett guttemiljø i oppveksten. Han var en uvanlig uavhengig og uavhengighetsbevisst gutt og ung mann. Han *valgte* tobakken som en viktig livsledsager. At han siden fortsatte, var slik også et uttrykk for hans uavhengighet. I noen grad *valgte* han altså å fortsette, selv om han på et vis forsøkte å slutte. Det er ikke tilfeldig at han svarte så trassig på den offentlige kritikken av sin røyking. Å fortsette å røyke ble etter hvert for ham også et spørsmål om å bevare sin egen identitet, som uavhengig, som stolt. På et vis var det også det den uforlignelige imitatoren Trond Kirkvaag (1946-2007) i slutten av åttiårene

557) Det er gitt et sammendrag av programmet i Frank Bergan, Torbjørn Mork, Erik Poppe, Olav Torgersen og Einar Johannessen, ”Lungekreft og røyking”, *Liv og helse*, b. 38, 1971, s. 206-208.

558) Uttalelse til *Verdens Gang*, 28.6.1978, s. 11. I intervjuet med VG uttalte han også, på spørsmål om han ikke burde gå foran med et godt eksempel: ”De samme regler må gjelde for meg som for andre mennesker. Det er ingen offentlig sak at jeg røyker”.

fikk frem da han i NRKs fjernsynsprogram ”LørDan” gikk inn i rollen som hostende og harkende helsedirektør: ”Haj du fyj?”

Den amerikanske litteraturprofessor Richard Klein skriver i boken *Cigarettes are sublime* om det å røyke som en måte å vise seg frem, eller ytre seg, på. Å røyke er, skriver han, en ”diskursiv handling – en ordløs, men veltalende uttrykksform”. Slik viser han hvordan røykingen er valgt; at den har en eksistensiell og estetisk side. Slik viser han også hvordan press på den røykende for å få ham til å slutte å røyke – også for hans egen skyld – er et uttrykk for angrep på hans ”ytringsfrihet”, på hans måte å skape og presentere seg selv på.⁵⁵⁹ I 1940-årene vendte tobakksindustrien seg i stigende grad mot kvinner. Kvinnene røkte da i liten grad. De representerte slik sett den mest fristende måte å utvide tobakksindustriens marked på. Noe av det industrien la vekt på i sin markedsføring overfor kvinnene var å fremstille røyking som frigjørende, som sosialt og i noen grad erotisk frigjørende. De hadde, i en ”kleinsk” forstand rett: Røykingen ble et bidrag til, og et uttrykk for, den dypere frigjøring som snart skulle komme, og som, via utdannelse-institusjonene, skulle sende kvinnene ut i de ”ytre” arbeidsmarkedene.

Mork sluttet etter hvert, det vil si midt i 1980-årene, å røyke i møter. Et par år senere sluttet han også å røyke på fjernsyn. Det var i begge tilfeller kvinner som fikk ham til å gjøre det, hans nestkommanderende Anne Alvik i det første tilfelle, hans overordnede Gro Harlem Brundtland og Tove Strand Gerhardsen i det annet tilfelle. Men privat fortsatte han altså å røyke. Røykingen var, som nevnt, også for ham, et spørsmål om ytringsfrihet, om denne friheten etter hvert var blitt en tvangspreget frihet.

Røyking er ikke bare et ”isolert” moment i en livsstil. Den er en integrert del av livsstilen. Ikke minst blir den for mange en viktig måte både å håndtere stress og andre påkjenninger, og å slappe av, ja, å belønne og bekrefte seg selv, på. Det var tidlig blitt slik for Torbjørn Mork: ”Jeg merker selv at jo vanskeligere saker jeg har, jo mer røyker jeg”.⁵⁶⁰ Også av slike grunner hadde han derfor liten anledning til å forsøke å slutte. Han forsøkte da egentlig heller ikke. Røykingen gjorde dertil lenge heller ikke så mye for hans evne til å prestere. Om noe, kan han ha følt, skjerpet sigarettene denne evnen. Annen avhengighetsskapende kjemi, som narkotiske stoffer og alkohol er farligere slik.

Etterhvert som røykingens sykdomsfremkallende virkninger ble bedre og bedre dokumentert, fra 1964 og utover, ble røyking og røykere mer og mer sosialt stigmatisert. Gjennom Tobakkskadeloven av 1973, skjerpet i 1988, ble røyking, og mer og mer også røykere, offisielt ”forfulgt”. Det må ha vært underlig for Mork å oppleve at det omfattende, offentlige antirøykearbeid som etterhvert kom, hadde han vært med på å lansere. Det kan ikke ha gjort det mindre underlig for ham, eller snarere – mindre provoserende – at arbeidet ble drevet frem av det parti han så på som det mest moraliserende

559) Kfr. Richard Klein, *Det sublime sug*, Oslo: Aschehoug, 1996, s. 210. Boken kom ut på engelsk under titelen *Cigarettes are sublime* i 1993 (Durham, NC: Duke University Press).

560) Uttalelse til Verdens Gang, 19.12.1987, s. 34.

og som han stadig var i dispuTT med, Kristelig Folkeparti. Det var dette partis leder, Kjell Bondevik, som tok det første initiativ i 1964. Det var Bondeviks partifelle Kjell Bjartveit som ledet det første ”røykeutvalget” – hvor Mork var medlem – og siden, gjennom Tobakkskaderådet, ble den drivende kraft i antiroykearbeidet. Det var Kristelig Folkepartis statssekretær i Borten-regjeringen, Per Høybråten, som tok imot Bjartveitutvalgets innstilling og sørget for at dets forslag ble fulgt opp.

Virkningene av loven av 1973, men mer alment av den stadig mer alarmende dokumentasjon av røykingens helseskadelige virkninger, ble etterhvert store. Røykehyppigheten begynte å synke. Den sank imidlertid på en sosialt markert måte. Den sank langt raskere blant personer med lang enn blant personer med kort utdanning. Røyking, som tildels hadde vært forbundet med høy sosial status, ble snart et tegn på lav sosial status.⁵⁶¹ Endel akademikere og andre velsituerte, fortsatte å røyke, men på en ny, en ”fest-lig” måte. For dem forble slik røykingen noe frihetlig. Gjennom sin leilighetsvise røyking demonstrerte de kontroll. For andre, altså særlig folk med lavere utdanning og fysisk slitsomt arbeid, fremstod røykingen nå som det motsatte, som uttrykk for deres mangel på selvkontroll og virkelig frihet. Som en sosialt vellykket person skulle Helsedirektøren ha falt i den første gruppen, frihetsgruppen. Han falt istedet i den sosialt utstøtte gruppen av tvangsrøykere.

Hygienikeren Mork så at det forebyggende arbeid, som han selv ved tiltreddelsen sa han var mest opptatt av, gradvis bli mer livsstilsorientert og dermed både medikaliserende og moraliserende. Det gjaldt ernæring, det gjaldt de spesielle nytelsesmidler, tobakk og alkohol, det gjaldt selvsagt de narkotiske midler, det gjaldt fysisk aktivitet og det gjaldt seksualadferd. Han så at denne medikalisering og moralisering særlig gikk utover de sosialt mest sårbare grupper. Han så selvsagt det tvetydige i situasjonen for disse grupper: Hvis ”moraliseringen” lyktes, ville ikke minst de vinne på det. Han var imidlertid usikker på om den ville virke slik på dem, samtidig som han så at den bidro til å gjøre situasjonen enda vanskeligere for dem den ikke lyktes overfor. For den ”jærsk” Mork var det utenkelig å være med på en slik moralisering. Han reagerte instinktivt, og sterkt, når de ”svakeste” kom i søkelyset. Den ytterst disiplinerte Evang ble ikke spesielt tidlig opptatt av røyking som helseproblem, men da han ble det, i 1964, ble han det på en bestemt måte. Den amerikanske helsedirektør hadde den 11. januar lagt frem sin rapport om røyking og helse. Evang kunne innkalle til pressekonferanse den 23. januar, med en norsk rapport som grunnlag, og startet med å erklære: ”Mine damer og herrer! Sigaretten må illegaliseres!”⁵⁶² Det falt ikke den disiplinerte Evang vanskelig å moralisere overfor noen. Det forble

561) Kfr. Kjell Bjartveit, *Hvit pest. Sort tjære*, op. cit., s. 83-84.

562) Foranledningen til pressekonferansen var at sosialminister Olav Gjærevoll i januar 1964 hadde fått et spørsmål til Stortingets spørretime om tobakkskader og trengte Helsedirektoratets hjelp til å utforme svaret. Evang bad Kjell Bjartveit, den gang legekonsulent i Hygienekontoret, om å lage utkast til et svar. Bjartveit var usikker på hvor meget Statsråden visste om tobakkens helsevirkninger og laget et vedlegg om det. Evang ble begeistret for vedlegget og gav beskjed om at det skulle sendes *Tidsskrift for Den norske lægeförening*. Det var dette vedlegg Evang la frem på pressekonferansen og etter noen mindre endringer sendte *Tidsskriftet*, i Helsedirektørens navn. Kfr. Kjell Bjartveit, *Hvit pest, svart tjære*, *Michael 2007*, supplement 7, s. 125, 133.

umulig for Mork, hvis moraliseringen gikk utover de sosialt utsatte. Men han kunne selvsagt moralisere han også, oppover. Spesielt ble det fristende for ham å påpeke de vellykkedes hykleri.

Der var drama over Torbjørn Morks liv. Dramaet reflekterer spenninger i hans personlighet, spenningen mellom den ydmyke og følsomme og den ambisiøse og robuste. Det reflekterer også spenninger i hans sosiale opplevelser, spenningene mellom de nære og konkrete opplevelser fra det gamle, nøysomme småbrukermiljøet på Jæren og de fjernere og mer abstrakte opplevelser fra det moderniserende industrisamfunnet i Odda.

Den politiske helsedirektør

Helsedirektøren og hans politisk foresatte

Torbjørn Mork startet med en borgerlig regjering, regjeringen Korvald. Hans første periode som helsedirektør ble avsluttet også med en borgerlig regjering, regjeringen Willoch. Starten kunne blitt vanskelig. Han fikk en statsråd fra det partiet som fra iallfall midt i 1960-årene hadde vært mest skeptisk til medikratiet og til helsedirektør Evang, Kristelig Folkeparti. Han fikk en statsråd han måtte vente ville være like skeptisk til ham som hennes parti hadde vært til Evang. Men som vi har nevnt ble forholdet til statsråd Bergfrid Fjose ikke bare godt, det ble særdeles godt. Han ble begjært for henne, ja, antagelig glad i henne.

Det krever en forklaring.

Bergfrid Fjose vokste opp i Hardanger og på Voss. Hun var datter av en prest, Jon Mannsåker (1880-1964), som i sin tid hadde vært stortingsmann for Venstre (1928-1933). Hun tok artium på Voss landsgymnas i 1935, 13 år før Torbjørn Mork, og lærerskoleeksamen i Oslo i 1938. Hun giftet seg i 1940 med presten Olav Fjose. Det var han som fikk henne over fra Venstre til Kristelig Folkeparti. Etter krigen virket hun stort sett som lærer ulike steder i Hordaland. Hun ble innvalgt på Stortinget i 1969 og gjenvalgt i 1973.

Bergfrid Mannsåker var fra unge år nokså selvbevisst og selvstendig, ja, litt opprørsk. Da hun ble valgt inn på Stortinget i 1969, som første kvinne for sitt parti, ble hun plassert i den nesten upolitiske Protokollkomiteen. Hun ble ikke ufarliggjort av det, selv om det nok var noe av hensikten. Det lite belastende komitevervet gav henne tid til å sitte i stortingsbiblioteket og lese om og grunne over det idemessige grunnlag for Kristelig Folkepartis politiske standpunkter. Hun tok utgangspunktet i begrepet om den kristne arv, og kom til at man ikke kunne godta samfunnsordninger som riktige bare fordi de hadde en lang historie og nå ble tatt for gitt.⁵⁶³ Den selvstendige damen tenkte, instinktivt kunne man vel nesten si, radikalt. Hun ble derfor, ikke så overraskende, opptatt av likestilling og utenrikspolitisk nyorientering. Hun sa nei til norsk medlemskap i Fellesmarkedet i 1972 og ble en ivrig nedrustningsforkjemper. Hun ble medlem av rådet for Aksjonen mot atom-

563) Kfr. Kåre Olav Solhjell, *Tru og makt – Kristelig Folkepartis historie 1933-2008*, Oslo: Det norske samlaget, 2008, s. 232-233.

våpen i 1979. I 1994 skiftet hun standpunkt i Europa-spørsmålet – og endte slik på det standpunkt Mork alltid hadde inntatt. Hun deltok i *Kvinner for EU*, men argumenterte stadig radikalt: Norge kunne bli et korrektiv til markedskreftene i EU. Hun utfordret det miljø hun kom fra ved å si at vestlendingen hadde gitt seg selv et 11. bud: ”Du skal seia nei til EU”.⁵⁶⁴ Bergfrid Fjose representerte på en tydelig måte de norske ”motkulturer”, legmannskristendom, målsak og avholdssak, men hun gjorde det på sin egen, svært selvstendige, måte, og unngikk all moralisering og all selvhøytidelighet.

Et uttrykk for det er hennes sagnomsuste opptreden på Chat Noir like før jul i 1973, altså noen måneder etter at hun var gått av som statsråd. Dag Frøland bad henne om å stille opp i sitt populære program ”Har du lyst har du lov”, for å syngje duett med Rolf Just Nilsen (1931-1981). Hun svarte straks ja. Programmet ble sendt på fjernsyn lørdag 1. desember 1973. ”Hadde hun sunget før valget, da var det blitt borgerlig regjering”, bemerket revygeneral Einar Schancke (1927-1992) etterpå.⁵⁶⁵

Bergfrid Fjose var en varmhjertet sosialpolitiker. Hun ville derfor, som Mork, gjerne bevilge ”mer”. Hun ble derfor passet litt på fra Finansdepartementets side. Hun var litt for ”slippheint”, forteller daværende finansminister Jon Ola Norbom. Hennes statssekretær, Kjell Bjartveit, fikk også, som statssekretærer gjerne gjør, den ubehagelige oppgaven både å si nei og å ta endel andre vanskelige saker. Men statsråd Fjose tok budskapet fra finansfolkene og kunne si, når hun møtte sykehusfolkene og sykehuspolitikerne ute i fylkene: ”Eg er ingen jolenisse”. Finansministeren var ikke helt enig i det. Han syntes hun var for meget av en ”jolenisse”. Han var opptatt av å holde utgiftsveksten nede og helst mer nede enn hans forgjengere, hans tidligere sjef, Ole Myrvoll medregnet, hadde klart. ”Jeg ble forskrekket da jeg kom tilbake til Finansdepartementet og begynte å se på tallene”, forteller Norbom. Det var blant annet sykehusekspansjonen, en følge av den sykehusloven Borten-regjeringen hadde fått vedtatt, som var skyld i det. Norbom lyktes i å stramme inn finanspolitikken.⁵⁶⁶

Bergfrid Fjoses selvstendighet, hennes venstretilbøyeligheter og hennes åpenhet overfor dem som tenkte anderledes enn henne, gjorde at hun appellerte til Mork. Ja, det gjorde for så vidt at hun, mer enn noen annen i sitt parti, appellerte til hele det sekulære Norge. Et uttrykk for det er ”fjoseposene”. Hun ble sett gående i byen med en av Vinmonopolets første grå, logoløse, plastbæreposer. Snart hadde posene bare navnet ”fjosepose”.⁵⁶⁷

564) Kfr. Solhjell, *op. cit.*, s. 507.

565) Kfr. Verdens Gang, 3.12.1973, s. 32. Hun og Just Nilsen sang til melodien ”Run rabbit”. Fjoses siste strofe lød slik: ”-Nei, her blir det slett ingen strip, strip, strip. –Eg kan gjerne satse på humør, -men heilt uten eggelikør, kør, kør”. Det siste henspilte på hennes muntre sammenstøt med Anders Lange på Stortinget.

566) Opplysningene i dette avsnitt er gitt av Jon Ola Norbom (22.7.2009), Jo Asvall (18.12.2008) og Kjell Bjartveit (24.7.2009).

567) Fru Fjose var heller ikke selv sikker på hvor navnet kom fra. I et avisintervju i 1976 antydte hun at det stammet fra Kastrup: Et norsk par satt og ventet på flyet og da mannen skulle gjøre et ærend bad han sin kone passe på ”fjoseposene”. Men hun nevner i intervjuet at hun selv en tid brukte posen, uten å vite hvor den stammet fra. Kfr. Verdens Gang, 27.7.1976, s. 4.

Men det var mer enn dette som gjorde at Bergfrid Fjose, hans medharding, charmerte Helsedirektøren. Hun bar i seg meget som han kjente igjen fra Jæren, og aldri helt slapp taket i, men gjorde det på måte som tiltalte ham. Hun gjorde det med åpenhet, men også, og det var like viktig, med varme og nærhet. Den selvstendige, og for så vidt stridbare, lærerinne, hadde en evne til å forstå, også følelsmessig, andre, som var påfallende. Hun var ”mer” enn empatisk, så meget mer at det nesten kunne bli en belastning for henne. En ettermiddag da hennes, noe mer mandig kontante, statssekretær, Kjell Bjartveit kom inn på hennes kontor fant han henne gråtende. Bjartveit lurte på hva som stod på og hun viste ham et brev hun hadde fått, åpenbart fra en vred borger. Den vrede borger, en mann, oppfordret henne til å gå bort til et speil, se seg i det og si ”Fy faen, Fjose!” Statssekretæren bemerket, litt trøstende, at det var da intet å bry seg om. Slike brev får statsråder stadig. ”Kast det i papirkurven og glem det!” Hun gjorde som hun ble bedt om; det vil si, hun krøllet brevet sammen og kastet det i papirkurven, men hun glemte det ikke. Kanskje burde det sies slik: Hun glemte ikke mannen og hans situasjon. Da Statssekretæren kom inn på hennes kontor noe senere hadde hun hentet brevet, brettet det ut og satt og så på det. Hun satt fortsatt og gråt. Hun syntes synd på brevskriveren: ”Han må ha da so vondt”. Da gikk det opp for Statssekretæren at hun ikke var fortvilet på egne, men på den vrede mannens vegne.⁵⁶⁸

Kanskje var det ikke minst av slike grunner Mork ble så begeistret for henne? Hun mistrodd ham slett ikke, som han kanskje hadde ventet at en kristelig politiker ville ha gjort. Hun forstod ham, kanskje som han aldri før var blitt forstått? Men syntes hun det var nødvendig, kunne hun også bli bestemt. Ved en anledning ville han ikke paraferer et brev om hvis innhold de var uenige. Da han fikk beskjed om at Statsråden ville ta hans paraferingsnektelse opp i regjeringskonferanse, kom han løpende og undertegnet; dette var ikke noe å lage en stor sak av.⁵⁶⁹

Kan hende var Bergfrid Fjose den som satte i gang den prosess som etter hvert skulle frigjøre mer av det jærskje og mer følsomme i ham, det som hadde gjort at han hadde valgt bort klinikken og pasientene? Hun gjorde det i så fall ikke på en utfordrende måte. Hun åpnet ham ikke med ”makt”. Hun gjorde det, om det da var det hun gjorde, med et forsiktig og avvæpnende nærvær, med en from vestlandsk linnhet, og med et glimt i øyet. Men slik gjorde hun også, er vår antagelse, ”oppgaven” med virkelig å forløse mer av det jærskje i ham, enklere. Den oppgaven skulle snart en annen kvinne ta seg av.

Torbjørn Mork kom alltid siden til å se tilbake på samarbeidet med Bergfrid Fjose med glede. Hun forble hans favorittstatsråd.⁵⁷⁰

568) Opplyst av Kjell Bjartveit i samtale 7.11.2008 og i et e-brev den 24.7.2009.

569) Opplysning gikk av Kjell Bjartveit i e-brev den 24.7.2009.

570) Mange har gitt uttrykk for det, blant annet hans datter Elisabeth Mork (samtaler 29.10.2008 og 28.11.2008) og hans samboer fra 1975, Wenche Margrethe Myhre (samtale 23.3.2009). Da studiet i helseadministrasjon ble startet høsten 1986 ble det hver høst holdt lederseminar med Helsedirektøren. Mork ble på seminaret høsten 1987 (29. oktober) spurt hvilken statsråd han hadde satt mest pris på, og svarte straks Bergfrid Fjose. (Denne forfatter ledet seminaret.)

Det er knapt tilfeldig at han siden fikk et godt forhold til alle de statsråder som møtte ham på en empatisk og forståelsesfull, eller i det minste avslappet og pragmatisk, måte. Det gjaldt de fleste av de arbeiderpartistatsråder han fikk frem til 1981, altså Sonja Ludvigsen, Tor Halvorsen, Ruth Ryste og Arne Nilsen. De to kvinnene hadde mest til felles med Bergfrid Fjose. Sosialt og kulturelt adskilte de seg imidlertid fra henne. Mens hun hadde tatt artium, fått lærerutdannelse og studert litt teologi, hadde de realskole og handelsskole og hadde hatt kontorarbeid. Mens hun var datter av en sogneprest og tidligere stortingsrepresentant, var de døtre av en tømrer og en bonde. Men de hadde allikevel av vesen endel til felles med Bergfrid Fjose, og Mork fikk et godt forhold til dem. Noe anderledes enn til Bergfrid Fjose ble allikevel forholdet. Sonja Ludvigsen fikk Mork knapt blitt kjent med før hun ble syk og døde. Han ble langt bedre kjent med Ruth Ryste, og fikk et godt og tillitsfullt forhold til henne. Forholdet ble imidlertid mer asymmetrisk enn tilfellet var med fru Fjose. Mens Fjose hadde charmert Mork, var det nok mer Mork som charmerte Ryste. Mens Fjose tydelig stod på egne ben, ble Ryste mer avhengig av å "stå" på Morks.

Halvorsen, LO-mannen med rørleggerbakgrunn, var en mer distansert, og ikke altfor saksengasjert statsråd. Morks forhold til ham ble derfor ikke spesielt nært. Vossingen og jernbanemannen Arne Nilsen var en omgjengelig statsråd. Han valgte, som vi har sett, å støtte Mork i hans medikratiforsvar, og Helsedirektøren fikk et godt forhold til ham; iallfall mener Nilsen det.⁵⁷¹ Selv om det var Høyres Leif Arne Heløe som for alvor skulle starte utviklingen av direktoratsmedikratiet, og i tillegg sette endelig strek for det fagstyrepregede distriktshelsevesenet, forble, som vi har påpekt, forholdet mellom de to gamle kjente, godt. Heløe var en dyktig og pragmatisk politisk håndverker. Han utfordret ikke. Han "været" andres mulige reaksjoner, og tok hensyn til dem. Han forstod Morks standpunkter, og viste det. Det gjorde at han og Mork kunne bevare et godt forhold til hverandre – selv om han ble Morks "banemann".⁵⁷²

Mork fikk allikevel, de forståelsesfulle statsrådene til tross, problemer oppover. Problemene skulle også tilta. Statssekretærene, dog ikke alle, skulle komme til å synliggjøre, og til dels forsterke, disse problemene. De som først og fremst skulle legemliggjøre Mork-skepsisen var de tre legekolleger han fikk som statssekretærer i denne første perioden, altså Kjell Bjartveit (1972-1973), Per Nyhus (1978-79) og Astrid Nøklebye Heiberg (1981-1985). Bjartveit var den som stod ham faglig nærmest. De møttes "over" tobakken. Her møttes de etterhvert på en gjensidig utfordrende måte. Men de møttes også i mange andre saker, og dro den gjensidige mistillit med seg. En av de saker de så vidt møttes i var primærehelsevesenspolitikken: Bjartveit og hans parti var mer opptatt av desentralisering enn fagstyremannen Mork. Skepsisen til Bjartveit satte seg hos Mork: Han ble aldri noen talsmann for Tobakkskaderådets ønsker om mer ressurser, og da Bjartveit siden (1985) skulle søke embedet som medisinalråd ble han bange. Men de to neste statssekretærene, psykiaterne Nyhus og Heiberg, ble "farligere" for Mork. De

571) Samtale med Arne Nilsen 16.12.2008.

572) Opplyst av Heløe i samtale 18.12.2008.

skulle spille en viktig rolle for demonteringen av de medikratiske ordninger, det ”kombinerte” (prekliniske og kliniske) offentlige (distrikts)legevesen og det ”kombinerte” helsedirektorat (avdeling og fagdirektorat). Da Nyhus var gått av som statssekretær søkte han i 1980 overlegestillingen i psykiatrikontoret (etter Steinfeldt-Foss). Den gikk til Ingrid Lycke Ellingsen (f. 1933).

De tre statssekretærer så på seg som representanter for noe som måtte gjøres: Desentraliseringen i 1970-årene gjorde en kommunalisering og politisering av primærhelsevesenet ”uunngåelig”. Det var ”lokalpolitokratiet” som krevde sitt. Spesialiseringen av styringsfunksjonene, som for alvor startet i 1955 og ble forsterket i 1970 (Modalsli-komiteen), gjorde delingen av Direktoratet ”uunngåelig”. Det var rettsstaten og den ekspanderende nyttestaten som krevde sitt. Alle de tre leger var villige, og robuste nok, til å sørge for at ”nødvendighetene”, avviklingen av legestyrene, ble virkeliggjort. Mork hadde, som vi har sett, som statssekretær åpnet seg for den lege, sosiale radikalisme og hadde satt den i sammenheng med sosialismen slik han den gang forstod den, som en leg, politisk ideologi. Han var slik nesten en almen fagstyretutfordrer. Han var fortsatt en slags sosialist, hva verdier angikk, men han hadde forlatt det lege, politiske syn på valg av virkemidler – han en stakket stund hadde hatt. Hva de siste angikk, fremstod han snart igjen som fagmann, men som medisinsk langt mer enn som juridisk og økonomisk fagmann. Mot den uhellige allianse av legorienterte politikere og juridiske og økonomiske fagfolk, hadde han ikke sjanser. Men at det var hans egne fagkolleger som skulle legemliggjøre denne spesielle allianse, var ikke så lite av en ironi.

Tabell 5.1. Norske sosialministre i Torbjørn Morks første periode som helsedirektør, 1972-1983

Regjering	Partigr.-lag	Regj.tid	Sosialminister	Minist.-tid	Ministerutdan.	Ministerfødested	Ministerlevetid
Lars Korvald	Kr.F., Sp, V Mindretall	18.10.72-16.10.73	Bergfrid Fjose, Kr. F.	Som regj.	Artium, lærersk.	Ullensvang	1915-2004
Trygve Bratteli II	A Mindretall	16.10.73-15.1.76	Sonja Ludvigsen Tor Halvorsen	- (16.4.) 12.7.74 16.4.74 (6.9.)-*	Handelskole Yrkeskole	Vestby Skien	1928-1974 1930-1987
Odvar Nordli	A Mindretall	15.1.76-4.2.81	Ruth Ryste, Arne Nilsen	-8.10.79 8.10.79-	Handelskole Jernb.-skole	Bamble Bergen	1932- 1924-
Gro H. Brundtland I	A Mindretall	4.2.81-14.10.81	Arne Nilsen	Som regj.			1924-
Kåre Willoch	H til 14.6.83, så + Kr. F., Sp Mindretall	14.10.81-9.5.86	Leif Arne Heløe, H	Som regj.	C./dr. odont.	Harstad	1932-

*Sonja Ludvigsen ble sykepermittert den 16.4., men satt formelt som statsråd til hun døde den 6.9. Tor Halvorsen, som var miljøvernminister, fungerte også som sosialminister fra 16.4. Fra 6.9. fikk han avskjed som miljøvernminister og ble ren sosialminister.

I tabell 5.1. har vi gitt en oversikt over statsrådene (sosialministrene) i Torbjørn Morks første periode som helsedirektør og i tabell 5.2. over statssekretærene, de politiske rådgivere og de personlige sekretærer, altså det politiske juniorsjikt.

Tabell 5.2. Statssekretærer, politiske rådgivere og personlige sekretærer i Sosialdepartementet 1972-1983

Regjering/ statsråd	Statssekretær	Politiske rådgiver(e)	Personlige sekretærer
Korvald/Fjose	Kjell Bjartveit, c.m./ overlege (f. 1927) 30.10.72- Robert Lillestølen, c. psychol./skolepsyk. (1925-2004) 13.11.72-1.9.73 Begge Kr. F.		Eli Kristiansen, forstanderinne (f. 1933) 13.11.72- 28.2.73. Kr. F. Bjørg Malme, 15.3.73-15.9.73. Kr. F.
Bratteli/Ludvigsen, Halvorsen	Kjell Knudsen, jernbane- funksjonær (f. 1931) 5.11.73-	Tor Oscar Rønning, 28.10-73-	Åsa Solberg Iversen 29.10.73-
Nordli/Ryste, Nilsen	Kjell Knudsen -24.9.79 Per Nyhus, c.m./overlege (1927-1989) 23.1.78-8.10.79 Berit Haldorsen (f. 1932) 12.10.79-1.4.80 Helen Bøsterud, spes. ped. (f. 1940) 2 1.4.80-4.2.81	Tor Oscar Rønning 2.2.76-1.8.76 Svein-Erik Oxholm 1.8.76-12.6.77 Leif H. Eriksen 13.6.77-8.10.79	Svein-E. Oxholm 16.2.76-1.8.76 Leif H. Eriksen 1.8.76-13.6.77 Jan T. Hanssen 20.6.77-30.9.77 Inge Staalesen 16.10.79- Anne Lise Andersen 5.11.79-
Brundtland/Nilsen	Helen Bøsterud		Anne Lise Andersen Inge Staalesen
Willoch/Heløe	Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936), c.m./dosent -10.10.85. H Harald H. Overvaag (f. 1940) 16.10.85-	Harald H. Overvaag 1.12.81-31.8.85 Egil Hestnes 29.1.85-31.12.85 Evald Paul Løkken 1.2.86-	Aud Blankholm 2.11.81-28.2.83 Grete H. Nygaard 1.3.83-31.1.85

Vi skal føye noen få kommentarer til tabellene.

Vi ser at antallet politikere under statsråden gradvis økte. Dette var en generell utvikling som startet etter krigen, særlig fra 1946. I 1945 kom den første ”juniorpolitiker” inn. I 1946 var det seks. Hopper vi frem til Korvald-regjeringen var antallet (til slutt) steget til 20. Bratteli-regjeringen (II) hadde til slutt 30, Nordli-regjeringen 37, Brundtland-regjeringen (I) 38 og Willoch-regjeringen 53. De lege ledere, politokratene, ble stadig flere. Det ble de, kan man si, som et svar på både veksten i forvaltningen og profesjonaliseringen

av den: For å kunne møte fagbyråkratene med tyngde og selvtilit måtte politikerne bli flere. Byråkratene, særlig de fremste, mislikte stort sett utviklingen. Evang mislikte den, som vi har sett, svært sterkt. Den styrket, mente han, amatørskapet for meget. Den bidro også til å skape et slags filter mellom fagsjefene og statsrådene. Mork kom jo selv fra dette sjiktet, og hadde vært en særdeles aktiv og inngripende statssekretær. Han kom derfor ikke til å uttale seg offentlig, eller halvoffentlig, om de politiske sersjanter, men det tør være talende at han fikk større problemer med en del statssekretærer enn med statsrådene. Han kunne ta igjen med statssekretærene, som vi har sett. Han gjorde det nødvendig med statsrådene. Han kunne argumentere med dem, men fattet statsråden en beslutning som gikk ham imot, aksepterte han det – selv om han, med et tydelig kroppsspråk, viste hva han syntes. Som Leif Arne Heløe, den statsråd som gav den medikratiske orden dens ulivssår, bemerker: ”Ingen kunne bli så dystert i ansiktet når han møtte nederlag”. Han føyer dog til: ”Men noen vondord kom han ikke med”.⁵⁷³ I neste periode, altså etter delingen, skulle imidlertid Morks forhold til sine politisk foresatte etter hvert bli mer anstrengt. Til slutt kom han i åpen konfrontasjon med dem.

*

To typer av saker kom til å prege Morks ikke bare første, men også siste, periode som ”politisk” helsedirektør. Den ene var de sosiale og kulturelle saker, altså de moralsk følsomme saker. Den annen var de organisatoriske saker. I den første type saker hadde han i hovedsak sitt eget partis støtte. Det er også noe av grunnen til at han ikke fikk for store problemer med arbeiderpartistatsrådene i den første perioden. Han skulle imidlertid få det i sin annen periode. Tobakken ble dermed også et stort *politisk* problem for ham.

Hva gjaldt de moralsk vanskelige saker hadde han på borgerlig side særlig problemer med Kristelig Folkeparti, men etterhvert mindre med det stadig mer sekulære og livsstilsliberale Høyre. I kultursakene fikk han slik få problemer med Leif Arne Heløe og hans statssekretær, Astrid Nøklebye Heiberg. Når det gjaldt medikratisakene har vi allerede sett at han fikk betydelige problemer med de borgerlige politikere hva gjaldt organiseringen av forvaltningen. Ja, i 1983 påførte de jo ham et skjellsettende nederlag i denne saken. Hans egne partifeller stod lenge på hans side i denne saken, omenn uten det store engasjement. De ble endog, som vi har sagt, i noen grad dyttet over på hans side av spesielt endel kristelige politikeres stadige ”hakking” på Helsedirektøren. Arbeiderpartiet hadde jo, som vi har sett, allerede under Evang blitt skeptiske til legestyret. I 1974 kom Gro Harlem Brundtland inn i Regjeringen. Syv år senere overtok hun den øverste posisjon i partiet. Som datter av Gudmund Harlem, den som først for alvor hadde tatt igjen med Evang – og den som i 1972 var blitt ”forbigått” da helsedirektørstillingen ble besatt – var det vanskelig for henne å forsvare det morkske medikrati med noe engasjement. I løpet av 1980-årene skulle også hun og hennes parti i denne saken gå imot Mork. I den andre viktige

⁵⁷³) Leif Arne Heløe, i samtale 18.12.2008.

organisatoriske saken som kom opp i Morks første periode, saken om omordningen av primærhelsevesenet, fikk Mork sitt eget parti imot seg. Ja, han fikk alle partiene imot seg. I en tredje, mindre sentral organisasjonssak, spørsmålet om plasseringen av forvaltningen av bedriftshelsevesenet, fikk han også partiene, og særlig sitt eget, imot seg.

Vi skal først se på noen av de moralsk sensitive sakene, og konsentrere oss om abortsaken – en sak som kom til å spille en betydelig rolle gjennom Morks første periode som helsedirektør. Vi skal se at den også var medikratiske relevant og at Morks måte å behandle den på hadde implikasjoner for de normative (etiske) medikratiske arrangementer.

Helsedirektøren og de kulturelle saker: abortsaken og medikratiet

Abortsaken var siden århundreskiftet blitt en stadig mer omstridt sak. Det var ikke så underlig. Den var verdidirrende. Den gjaldt den alltid vanskelige seksualiteten, og det som skulle være rammen om den, ekteskapet. Men under, eller bak, seksualiteten lå noe dypere og viktigere – livet, eller spørsmålet om når livet begynner, ja, hva liv er. Dette var en sak for Kirken, ja, ikke minst for Kirken, den institusjon som så lenge hadde forvaltet den kultur som omgav nordmenns liv. Dens posisjon i så henseende var begynt å forvitte allerede mot slutten av det 18. århundre og for alvor fra siste halvdel av det 19. århundre. Meget satt allikevel i, og preget nordmenns daglige liv. I løpet av etterkrigstiden, og særlig tydelig fra slutten av 1960-årene begynte det imidlertid å glippe og et voksende flertall levde utenfor den eksplisitte kristne kultur. Abortsaken ble et dramatisk uttrykk for denne utviklingen. Å gjøre adgangen til *abortus provocatus* fri, ville være å tildele Kirken som kulturdannende faktor et ulivssår.

Den ble også tildelt dette ulivssåret, formelt i 1978, reelt allerede i 1960. Den klarte ikke å stå imot det angrep den ble utsatt for både fra det sekulære venstre og det like sekulære høyre. Fra et sekulært synspunkt fremstod ikke livet lenger som hellig, men, som den franske nobelpristager Jacques Monod (1910-1976) sa, som en funksjon av nødvendigheter og tilfeldigheter.⁵⁷⁴ Allikevel stod fortsatt livet som noe "sekulært hellig", som det kommer til uttrykk gjennom Menneskerettighetserklæringen. Abort fremstod derfor fortsatt som etisk omkostningskrevende. Svaret, i tråd med relativiseringen av synet på livet, ble at livet gradvis blir til og at fosterets verdi derfor ikke er absolutt. I den almene diskusjon ble imidlertid ikke dette synspunkt understreket. Istedenfor ble det lagt vekt på mer almene "politiske" hensyn, nemlig hensynet til frihet, eller valgfrihet, og likhet. For høyresiden spilte valgfriheten, altså den gravides valgfrihet, den største rolle. Det uttrykket som etterhvert ble brukt, selvbestemt abort, er typisk for frihetstenkningen, selv om uttrykket formelt ble lansert fra venstre. I abortsaken var og er imidlertid venstresiden liberal, eller liberalistisk. Men for venstresiden spilte også likhetshensynet en rolle. Det ble påpekt at med forbud mot abort ville den sosialt utsatte lide meget mer enn den sosialt velstilte. Ja, den første kunne i mange tilfeller nærmest gå til grunne hvis hun skulle måtte bære

574) Jacques Monod, *Le Hasard et la Nécessité*, Paris: Edition de Seuil, 1970.

frem sitt barn. Begge disse begrunnelsene slo bedre an nå enn de hadde gjort tidligere, i et mer religionsgjennomsyret samfunn.

Abort ”rammer” medisinen. Det er i hovedsak leger som kan utføre abort-inngrep. Faglig sett bør derfor slike inngrep foretaes av leger og på måter som leger har vist er de beste. Legen kan og bør i disse henseender ikke dirigeres av andre. Den medikratiske orden bør gjelde. Det var og er oppfatningen. Spørsmålet om abort skal utføres kan også ha faglige sider, for eksempel i spørsmålet om man står overfor en liv-mot-liv-situasjon. Ellers er det ikke like opplagt at legen, eller medisinen, bør bestemme. Verdispørsmål er ikke åpenbart ”faglige”, om de enn har mange faglige sider. Som vi har sett innebærer imidlertid den tradisjonelle medikratiteori at legen og medisinen bør bestemme også i normative spørsmål: Den ”dydsetiske” legen er den naturlige forvalter av den autoteliske verdien helse, og spesielt i de konkrete (kliniske) situasjoner. Siden det her dreier seg om to liv, er imidlertid situasjonen en annen enn i de vanlige behandlingssituasjoner. Man kan også si at dydsetikken ikke er like ”relevant” i dette tilfelle som den er i vanlige behandlingstilfeller: Dydsetikken vil naturlig favorisere den gravide. I den grad, eller i de tilfeller, man ser på aborttilfellet som et ”behandlingsspørsmål” kan man si at legene og medisinen bør ha det siste ord også i abortspørsmål, og kanskje at det spesielt er de enkelte leger som bør ha det i de konkrete tilfeller. Gjør man det, kan man si at det å innføre (juridisk) rett til selvbestemt abort er å sette medisinen under etisk forvaltning, men i første rekke av ”pasientene”, det vil si de gravide kvinner. En lov om selvbestemt abort kan selvsagt tillike innebære at staten, eller det offentlige, skal garantere at den kvinne som velger å avslutte sitt svangerskap, skal få hjelp til det (av en lege). Hvis det skjer vil leger også kunne bli tilpliktet å gjøre noe de kanskje synes er galt. Det ville, hvis man ser på det å avbryte svangerskap som behandlingslikt, ytterligere understreke hvordan en lov om selvbestemt abort ville gjøre leger moralsk heteronome.

At abort kommer i en litt spesiell stilling også for medisinen, er imidlertid den medisinske etikks historie et uttrykk for. Ved å avlegge den hippokratiske ed må legen sverge at han ikke vil utføre abortinngrep.

Abortpolitikken historie i Norge er også en historie om hvordan medisinen på ett område gjøres stadig mer, og til slutt nesten helt, moralsk heteronom. Helsedirektør Mork skulle, som stadig flere leger, bidra til denne utvikling. Vi skal senere se hvordan den moralske heteronomisering av medisinen etterhvert utvides til å gjelde også den ”egentlige” behandlingsevne, og hvordan helseforvaltningen i så henseende får en spesielt viktig stilling. Innføring av gravides rett til å få utført svangerskapsinngrep kan altså sees på som det første skritt i retning av å oppheve medisinsens moralske, tidels også tekniske, autonomi: Den blir, mer og mer, en yrkesgruppe som handler på bestilling.

Før vi ser på Torbjørn Morks rolle som ”abortpolitiker”, skal vi kort gi et riss av abortpolitikken utvikling i Norge.

I straffeloven av 1902 var det kommet inn en paragraf som normalt gjorde forsterfordrivelse straffbar både for den aktuelle kvinne og for den som utførte fordrivelsen. Etterhvert ble allikevel adgangen til å få utført svangerskapsavbrytelse i praksis liberalisert og i 1949 viste en undersøkelse at det ble utført omlag 6 000 abortinngrep ved norske sykehus. Det ble antatt at antallet illegale abortinngrep var nesten like stort, ca. 5500.⁵⁷⁵ Etter initiativ fra Arbeiderpartiets kvinnesekretariat ble det nedsatt en komité for å se på saken. Den kom med sin innstilling i 1956. 11. november 1960 ble Lov om svangerskapsavbrot i visse høve vedtatt. Den trådte i kraft i 1964. Etter den nye loven, ble det gitt adgang til svangerskapsavbrytelse på visse vilkår. Språklig mindre elegant, het det i lovens første paragraf:

Kvinne som er med barn kan få løyve til å ta fosteret bort. Når det er naudsynleg til berging mot alvorleg fare for livet eller helsa til kvinna. Ved vurdering av slik fare skal det takast omsyn til om kvinna har særlege disposisjonar for organisk eller psykisk sjukdom og likeeins til levekår og andre omstende som kan gjera henne sjuk eller verka til at ho kan få ein fysisk eller psykisk helseknekk.⁵⁷⁶

Kristelig Folkeparti, under Kjell Bondevik, stemte subsidiært for loven. Bondevik, som da var formann i Stortingets sosialkomité, forklarte at han forstod Skriften slik at ”i situasjonar der nauda er skrikande og absolutt for eit menneske har ein lov til å vika bort frå martyrlinja”.⁵⁷⁷ Bondeviks parti tok altså slik, på dydsetiske premisser kan man si, et skritt i ”relativiserende” retning; et skritt som dog senere ble reversert. Etter den nye loven ble en nevnd på to leger gitt myndighet til å avgjøre ansøkninger om svangerskapsavbrudd. Nevndene ble nokså fort svært liberale. I 1972 var innvilgelsesprosenten kommet opp i 91 prosent; i hovedstaden var den på 95 prosent. Praksisutviklingen representerte slik en gradvis innføring av det som etterhvert ble kalt selvbestemt abort. Utviklingen skjedde, ironisk nok, i all hovedsak under den borgerlige regjering Borten, med Kristelig Folkepartis Egil Aarvik som sosialminister. Aarvik tok mot slutten av Borten-regjeringens tid et initiativ for å stramme inn praksis, men kom ikke så langt før Regjeringen måtte gå av. Også Bergfrid Fjose arbeidet for å stramme inn abortpraksis, men heller ikke hun fikk ferdig sin proposisjon før Regjeringen måtte gå av. Men både Aarvik og Fjose hadde den sekulariserende tidsånden, forsterket av den begynnende feministiske ”revolusjon”, imot seg, og visste det. Det hjalp ikke at Arbeiderpartiet utnyttet ”tidsånden”. Det vil si, det var en ung kvinne som på landsmøtet foran valget i 1969 lyktes i å få flertall for et benkeforslag, ikke om videre liberalisering, som partiet hadde gått inn for, men om ”fri abort”.

575) Kfr. Paul Engstad, *Statsmann i storm og stille*, Oslo: Tiden, 1987, s. 56.

576) Det var straffbart å medvirke til abort hvis ikke lovens betingelser for å utføre svangerskapsavbrytelse ikke var tilstede. I straffelovens § 245 het det at ”Den som avbryter svangerskap eller medvirker til det uten at de lovlige indikasjoner for slikt inngrep er tilstede eller uten at vedtak om avbrytelse er truffet av noen som har myndighet til det, straffes...” Det er ellers interessant at loven, etter forslaget, skulle vært kalt ”Lov om å ta bort foster frå kvinne som er med barn”. Loven fikk et annen navn etter forslag fra Kristelig Folkeparti.

577) Siteret etter Kåre Olav Solhjell, *Tru og makt. Kristeleg Folkepartis historie 1933-2008*, Oslo: Det Norske Samlaget, s. 158. Solhjell har ikke oppgitt primærreferansen.

For å følge opp vedtaket nedsatte partiet et utvalg for å komme med forslag til hvordan vedtaket skulle følges opp. En av de stigende stjerner i partiet, assisterende overlege Torbjørn Mork, ble satt til å lede utvalget. Ved å ta vervet som utvalgsleder sa han samtidig at han var for selvbestemt abort. Utvalget leverte, noe forsinket, sin innstilling i 1973. Da var Mork helsedirektør. Regjeringen foreslo i en stortingsmelding året etter at prinsippet om selvbestemt abort (inntil 12. uke) skulle innføres. Motstanderne av forslaget organiserte seg i ”Folkeaksjonen mot selvbestemt abort”, ledet av legen Hans Olav Tungesvik (f. 1936). Folkeaksjonen samlet inn 610 000 underskrifter på et opprop som tok avstand fra forslaget om selvbestemt abort. Et opplysningsutvalg for selvbestemt abort, preget av helsepersonell, blant annet doktor Gro Harlem Brundtland, arbeidet for Regjeringens forslag. Forslaget om selvbestemt abort fikk imidlertid ikke flertall i Stortinget. Sosialistisk Venstrepartis Otto Hauglin (f. 1942), en fremtredende kristen-sosialist, sa nei og flertallet glapp for Regjeringen. Arbeiderpartiets regjering tok konsekvensen av nederlaget og kom året etter, i 1975, tilbake med en lovproposisjon som innebar at gravide kunne søke om svangerskaps-avbrytelse også på sosiale indikasjoner. Etter forslaget skulle nevndsordningen beholdes. Otto Hauglin stemte for loven og den kunne tre i kraft fra 1976.

Forslaget skapte også denne gang en opphetet debatt. Spesielt var biskop i Borg, Per Lønning (f. 1928), skarp i sin kritikk, så skarp at da forslaget ble vedtatt, meddelte han at han ville søke avskjed fra sitt bispeembede. Ved valget i 1977 ble det et knapt sosialistisk flertall og Arbeiderpartiets regjering la i 1978 frem forslag om selvbestemt abort (inntil 12. uke). Forslaget ble vedtatt, i Odelstinget med Presidentens dobbeltstemme og i Lagtinget med et flertall på én.

Vi må nå bringe den abortpolitiske helsedirektør inn i bildet.

I forbindelse med den engasjerte dragkamp om abortsaken i 1974 kom Mork i dispuTT med Per Lønning. Det hele startet med at biskop Lønning i et innlegg i Aftenpostens morgenummer den 7. oktober (s. 4), under overskriften ”Når loven blir gjennom-hullet”, stilte Helsedirektøren tre spørsmål om abortnevndenes praksis. Bakgrunnen for Lønnings spørsmål var et intervju avisen den 3. oktober (s. 19) hadde hatt med psykiateren Berthold Grünfeld (1932-2007). Grünfeld hadde året før offentliggjort en doktoravhandling, *Legal abort i Norge*,⁵⁷⁸ som blant annet viste at kvinners psykiske reaksjoner på abort var beskjedne, så fremt de ikke levde i et fordømmende miljø (som gav dem skyldfølelse). Til avisen uttalte han blant annet at ”En lov om selvbestemt abort vil i realiteten bety en legalisering av den praksis en rekke abortnevnder følger idag”. Lønning hadde tolket Grünfelds uttalelse dithen at mange abortnevner bevisst brøt loven, og spurte nå Helsedirektøren om han hadde ”hatt noen mistanker om at det forholder seg slik dr. Grünfeld hevder”, og om hva han hadde ”foretatt seg for å undersøke saken”. Lønning ville videre vite hva Helsedirektøren hadde tenkt å gjøre for å bringe fakta

578) Berthold Grünfeld, *Legal abort i Norge: Legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse*, Oslo: Universitetsforlaget, 1973.

om praksis på bordet, og hvis det skulle vise seg at påstandene om lovbrudd var riktige, hva Direktoratet aktet å gjøre overfor ”de abortnevnder som med vitende og vilje har sabotert norsk lov”.

Mork svarte den 11. oktober.⁵⁷⁹ Han uttalte her at han selvsagt visste at der hadde skjedd en endring i legenevndenes skjønnsutøvelse siden loven trådte i kraft i 1964. Når han allikevel var ”overbevist om at legenevndene foretar en samvittighetsfull prøving av de saker de får seg forelagt”, skyldtes det at der var gode grunner til endringen i praksis. Den ene grunnen var faglig: Medisinen visste nå mer om ”årsaksforholdene ved sykdom”. Den annen grunn var normativ: Leger la i stigende grad til grunn et videre helsebegrep enn de tidligere hadde gjort, nemlig et ”helsebegrep som omfatter såvel fysiske, mentale som sosiale komponenter”. Med andre ord: Der kunne nå også taes sosiale hensyn ved vurderingen av om abortavslag ville ha alvorlige helsemessige konsekvenser for den abortsøkende. Hans henvisning til det utvidede helsebegrepet innebærer imidlertid også at han så på abortspørsmålet som, iallfall i stor grad, et slags behandlingsspørsmål.

Man kan derfor si at Mork her, iallfall i noen grad, argumenterte innenfor et medikratiske forestillingsunivers. Legene skulle, medikratiske, og dydsetiske, sett, ta utgangspunkt i pasientenes, altså de gravides, situasjon og gjøre det som var best for dem og, i en eller annen grad, fostrene. Hvis situasjonen nå ble forstått videre enn før, ville det bety at legers vurderinger kunne endre seg i mer abortaksepterende retning. Mork henviser altså til WHO's utvidede helsebegrep, og antyder at det kan ha påvirket legene i mer abortliberal retning. Man kan imidlertid kanskje liksåvel se på både WHO's begrep, som legenes vurderinger, som uttrykk for en bredere kulturell utvikling, en utvikling som hadde redusert den mellommenneskelige avstand mellom lege og pasient ganske meget. Pasienter var i større grad iferd med å bli selvbevisste kunder, eller ”bestillere”, og legene tilbydere, eller ”utførere”, endog ”produsenter”. ”Utføreren”, eller ”produsenten” er ikke lenger en standsmann eller standskvinne. Han eller hun har abdisert i viktige etiske henseender. Man kan derfor kanskje si at Morks påpekning er medikratiske i den grad han mener at legene tok utgangspunkt mer i sine legelige moralvurderinger enn i lovens. Det er også sannsynlig at den glidning i praksis som skjedde har dette som en viktig forutsetning. Samtidig er det også åpenbart at han har tatt skrittet over i den ettermedikratiske forestillingsverden: Legene har neppe gjort noe juridisk galt.

Mork understreker sin ettermedikratiske måte å tenke på ved å tale for ”selvbestemt abort” som juridisk, ikke medisinsk, ordning. Den blir altså, for ham, en ordning som innebærer at gravide kan gi leger beskjed om hva de skal gjøre. Dermed oppstår også spørsmålet om hva en bestemt lege skal gjøre hvis han eller hun synes ”bestillingen” faglig eller etisk er gal. Skal han eller hun få en plikt til å handle mot sin samvittighet, altså til å opptre moralsk heteronomt? I remissuttalelsene til St.meld. nr. 51 (1973-74),

579) Aftenpostens morgenummer 11.10.1978, s. 2 (”Biskopen og legenevndene”). Med utgangspunkt i avisdebatten mellom Helsedirektøren og Borg-bispen møttes de forøvrig samme aften (11.10.) til fjernsynsduell.

arbeiderpartiregjeringens familiemelding, advarte to fylkesleger, Odd Lien i Østfold og Kolbjørn Øygard i Finmark, mot i praksis å undergrave *legers* selvbestemmelsesrett. Medikraten Øygard uttalte blant annet: ”Det er også eit vanleg legeetisk prinsipp at ein lege ikkje skal tvingast til å gjere noko han meiner er galt”.⁵⁸⁰ Øygards holdning gjorde at Mork fratok sin gamle studiekamerat retten til å ha med behandlingen av abortansøkninger å gjøre.⁵⁸¹

Som ”ettermedikrat” argumenterer Mork forøvrig både venstreorientert og høyreorientert, altså både likhetlig og frihetlig.

Indirekte viser Mork hvordan den medisinske dydsetikk er forholdsvis påvirkelig, og forsåvidt et ”lett” offer for relativisering. Også jusen er påvirkelig. Lovers sentrale normative begreper endrer seg, selv om ordene forblir intakte, som utuktslovgivningen er et uttrykk for. Jusen har imidlertid en innebygget tregghet, gjennom presedensinstitusjonen: Dommer skal helst være ”like” over tid. Leger er ikke jurister og har tradisjonelt vært mer preget av særlig dydsetikk enn det jusen har: Legen skal se ”hiin Enkelte”, som Søren Kierkegaard (1813-1855) sa. Dommeren skal ikke det: Fru Justitia skal ha bind for øynene. Det er derfor ikke usannsynlig at nevndlegenes vurderinger har endret seg raskere enn det juridiske dommeres ville ha gjort. Mork peker ikke på den muligheten – altså at nevndlegene forsåvidt i noen grad har ”brutt” loven, men ikke sett det slik. Ei heller gjør Lønning det. Den første frikjenner legene, uten dokumentasjon. Ja, han repliserte til Lønning at ”biskopens personlige fortolkning av avisintervjuet med dr. Grünfeld” ikke gav ham noen foranledning til å foreta ”spesielle undersøkelser”. Den annen mener nevndlegene med ”vitende og vilje” har brutt loven, og dømmer dem. Heller ikke han dokumenterer; men kan dog henvise til dr. Grünfelds undersøkelse.

De er begge ”fanget” i polemikkens, og kanskje også det personlige rivale-ri, garn, skjønt Helsedirektøren mer enn biskopen. En slags indirekte støtte får også biskopen fra tre professorer ved Rikshospitalet, først fra gynekologen Knut Bjøro (f. 1925) og sosialmedisineren Per Sundby (f. 1926), så fra sosialmedisineren Axel Strøm. De to første, begge nevnderfarne, skriver i Aftenposten den 8.10. at de i sitt arbeid i abortnevnden ved Rikshospitalet treffer avgjørelser ”som nok går ut over den nåværende lovs premisser og ordlyd”.⁵⁸² De erkjenner altså at de bryter loven, men legger til at de gjør det av gode grunner: ”Vi gjør dette etter møte med hver enkelt kvinne, og ut fra overveielser som vi mener er like etisk høyverdige som dem biskopen gjør seg til talsmann for”. De opptrer altså dydsetisk, og setter denne etikk opp mot en annen etikk, lovens pliktetikk (?). Etter dette er det litt overraskende at de ber biskopen anmelde dem slik at deres praksis kan bli juridisk vurdert. Professor Strøm skriver i Aftenposten den 19.10. at han ikke er begeistret for sine kollegers anmodning om å bli anmeldt, men mener, som dem, at loven

580) Utdrag av Lien og Øygards uttalelser finnes på s. 158-160 i *St. meld. nr. 51* (1973-74).

581) Øygard sluttet i 1978 som fylkeslege. Han ble i 1992 av medisinalråd Anne Alvik bedt om å bli fylkeslege i Finmark igjen, og sa ja til det. Opplyst av Kolbjørn Øygard i samtale 3.8.2009.

582) Aftenpostens morgengnummer 8.10.1974, s. 2 (”Biskopen og abortloven”).

ikke er ”rettmessig”, altså at den bør forandres.⁵⁸³ Ellers redegjør han klart for hvordan han, gjennom nevnderfaring fra starten av (ved Rikshospitalet), måtte endre sin egen praksis, fra å være restriktiv og bokstavlovdig, til å bli liberal. Han argumenterer for hvordan møtet med de gravide (dydsetikk), i en situasjon der det utvidede helsebegrep hadde kommet til å prege mye medisinsk tenkning, ble avgjørende for hans praksis, og ”overskridelse” av loven.⁵⁸⁴

Lønning besvarte Morks svar i Aftenpostens morgenummer den 18. oktober, og påpeker blant annet det uheldige i å anvende et så vidt helsebegrep at ”ethvert ubehag en person kan påberope seg” kan bli sett på som ”et stykke van-helse”, noe som kan gjøre at man i praksis kan ”godta enhver begrunnelse et individ kan anføre for å ønske et svangerskap avbrutt”.⁵⁸⁵ Med henvisning til det utvidede helsebegrepet, repliserer Mork at ”Det er oppsiktsvekkende at biskopen synes å ville avvise betydningen av å ha en definisjon av en ideell helsetilstand som ledetråd for helsearbeid”. Han fortsetter: ”Kristendommens ti bud er, etter min barnelærdom, i likhet med det moderne helsebegrep, et ideal å strebe mot som ingen kan oppfylle til fullkommenhet. Men det har vel ikke falt hverken biskopen eller andre inn at de ti bud av den grunn skulle forkastes”.⁵⁸⁶ Morks poeng er ”besnærende”, det gjør seg som ledd i en polemikk, men er neppe spesielt saklig tungt i en abortsammenheng. Legen kan gjerne ”strekke seg” for å utføre aborten på en både kirurgisk og psykologisk god måte, men det gir ikke samme mening å skulle tale om å ”strekke seg” i forbindelse med en ”binær” beslutning.

Ellers finner Mork det overraskende at Lønning i så stor grad legger vekt på det rent juridiske og finner at ”en fortsatt avisdiskusjon mellom to ”amatørlurister” (noe vel både biskop og helsedirektør må kunne innrømme at de er) kan klargjøre de juridiske avgrensingsproblemer som opptar biskopen så sterkt”. Til slutt skriver han at Lønning synes å ”helle i retning av et system for ”selvbestemt jus”, med biskopen selv i dobbeltrollen som aktor og dommer og hvor avisspaltenes frie forum avløser rettssalens nøkterne objektivitet”.

583) Aftenpostens morgenummer 19.10.1974, s. 2 (“Biskopen, professorene og abortloven”).

584) Professor Strøm skriver blant annet: ”Til å begynne med forsøkte vi å praktisere loven strengt etter det som var blitt sagt i Stortinget under debatten og som vi oppfattet som Stortingets intensjon med loven... Men vi kom meget snart opp i de største vanskeligheter fordi kartet ikke stemte med terrenget. Ved å følge en slik linje ble vi nødt til å avslå søknader hvor alle menneskelige hensyn talte for innvilgelse.... Motsetningen mellom det som var sagt i stortingsdebatten om praktiseringen av loven og de situasjoner som arbeidet i nevnden stilte oss overfor, ble til slutt så sterk at vi fant det umulig å fortsette med å legge til grunn det basante helsebegrepet som Stortinget hadde bygget på,... For å kunne hjelpe søkerne slik som vi ut fra vår samvittighet folte var det rette, og praktisere loven på en human måte, fant vi å måtte utvide vårt helsebegrep og tillegge de sosiale faktorer større betydning enn Stortinget nok hadde tenkt seg”. (“Biskopen, professorene og abortloven”, Aftenpostens morgenummer 19.10.1974, s. 2.)

585) Aftenpostens morgenummer 18.10.1974, s. 2 (“Lov og u-lov i abort-spørsmålet”).

586) Vi har ikke funnet hans svar i Aftenposten i de mest aktuelle dager, men har brukt kopien av det brev han skal ha sendt avisen. Per Lønning utgav i 1975 en bok med dokumentasjon om abortdebatten frem til og med 1975 og om foranledningen til hans avgang som biskop. Her gjengies blant annet Lønnings og Morks debattinnlegg, men ikke Morks siste svar. Kfr. Per Lønning, *Derfor... Dokumentasjoner omkring abortdebatten og en embetsnedleggelse*, Oslo: Gyldendal, 1975. Det kan altså se ut til at Mork ikke har sendt innlegget, eller ikke har fått det antatt av Aftenposten.

Vi bruker det allikevel her, siden det forteller mye om Morks syn og argumentasjonsstil. Kopien av hans siste innlegg, som ikke er datert, og mangler ”cover letter”, finnes i Mork-samlingen i Helsetilsynet. Hans innlegg er gitt overskriften ”Selvbestemt jus” og er på vel 6 ”smale” sider. Sitatet er fra s. 2.

Lønning er imot selvbestemt abort, Mork er for. Lønning forsøker i sine innlegg å vise at der ligger en liberaliseringsbegrensning i den gamle loven. Han er derfor opptatt av å tolke den ”bokstavelig”, altså restriktivt – ut fra et ”stivnet” begrep om helse, eller helseskader. Det er ut fra et slikt han ”dømmer” mange nevnder, og altså uten å ha gjort nærmere undersøkelser og uten å ha sammenholdt mulige kjensgjerninger med en bestemt forståelse av de viktige rettslige begreper. Mork er, av like normative grunner, opptatt av å forstå loven dynamisk, eller tidsrelativt. Han er derfor ”overbevist” om at nevndene ”foretar en samvittighetsfull prøving av de saker de får seg forelagt”. Han ”frikjenner” dem, og altså også han uten å ha gjort noen nærmere undersøkelser, og uten å se noen grunn til å gjøre slike, og uten nærmere å gjøre rede for hvordan det dynamiske helsebegrepet kan legitimere endringen i praksis. Man må slik si at Mork har rett når han hevder at de begge opptrer som ”amatørlurister”. De opptrer imidlertid ei heller som profesjonell lege og profesjonell teolog. De har hentet mye av grunnlaget for sine synspunkter fra sine fag, men de bruker det politisk. At de gjør det understrekes også av den spisse tone begge, men vel mest Mork, anlegger.

I sitt annet innlegg har Mork en kort bemerkning, som han ikke følger opp, men som både sier noe om grunnlaget for hans eget abortsyn og som kan gi et grunnlag for å forstå glidningen i nevndenes praksis. Han bemerker til Lønning at ”perspektivet blir et noe annet når man møter problemene knyttet til svangerskapsavbrudd ut fra den enkelte abortsøkende kvinnes individuelle situasjon, enn når man betrakter det hele mer på avstand fra skrivebordet til biskopen i Borg”. Mork ser altså her den abortsøkende kvinne med kliniske briller og fremstår som sådan som empatisk-kasuistisk. Som sådan fremstår han dessuten som representativ for mange kliniske leger, også de leger som satt i abortnevndene – blant annet de tre rikhospitalsprofessorene vi ovenfor har nevnt. Hans poeng illustrerer imidlertid det problem nevndlegene hadde: De skulle både, som sakkyndige (leger), ta inn over seg den abortsøkendes ”individuelle situasjon” og, kan man nesten si, vurdere hennes sak som om de satt bak et ”skrivebord”, dog dommerens, ikke prelatens. Det er ikke så underlig om de etiske fornemmelser som preget dem som leger slo inn i deres måte å spille den ”dømmende” rolle på. Men Mork peker ikke på det dilemma nevndlegene her stod overfor, og som var innebygget i hans ”stikk” mot Lønning. Lønning kunne ha pekt på at Mork ikke hadde sittet i abortnevnder og kanskje derfor ikke var seg bevisst dilemmaet. Han gjorde ikke det. For de to polemikere var det mer om å gjøre å få frem sine egne standpunkter enn å dvele ved dilemmaene.

Der skjedde nok, som Berthold Grünfeld i sin undersøkelse hadde sannsynliggjort, og Axel Strøm i sitt avisinnlegg hadde bekreftet, en praksisglidning i abortnevndene som har vært større enn om de juridiske dommere hadde skullet felle dommene. Noen leger opptrådte nok, som loven forutsatte, mer ”etisk-juridisk”, altså strengt, men ble derfor i tiltagende grad sett på som ufølsomme. De var juridisk ”lojale”, men bidro slik til å bringe nevndsystemet og dermed loven, i miskreditt i de sekulære miljøer. Vi skal føye til at riksadvokat L. J. Dorenfeldt (1909-1997), etter pressdebatten

etter Lønnings intervensjon, så på saken, men kom til at han ikke ville foreta ”noen videre forføyning” i sakens anledning.⁵⁸⁷

I forbindelse med stortingsbehandlingen av det andre forslaget til lov om selvbestemt svangerskapsavbrytelse forsommeren 1978 sendte landets biskoper ut et svært kritisk hyrdebrev. Hyrdebrevet ble lest opp i (nesten) alle landets kirker ved gudstjenesten søndag 4. juni 1978. Brevet endte med disse ord: ”Vern om det ufødte liv er ikke bare et kirkelig anliggende – det gjelder respekt for menneskeliv og menneskeverd i hele vårt folk”. I Ullern kirke leste Oslos biskop, Andreas Aarflot (f. 1928) opp hyrdebrevet. Det var 75 års jubileumsgudstjeneste i kirken, og Kongen var tilstede. I det biskopen begynte å lese opp brevet tok en gruppe på ca. 20 demonstranter på galleriet til å protestere. De foldet ut to store transparente med slagord, som ”Nei til Kirkens dobbeltmoral”, og pep og ropte slagord. De ble stanset av menighetsmedlemmer og siden ført bort av det tilkalte politiet. Demonstrantene fikk bøter på fra 800 til 1 000 kroner hver. Like etterpå satte ”Støttegruppen for hyrdebrevaksjonistene i Ullern kirke” inn en annonse i flere aviser hvor de protesterte mot bøteleggingen. Gruppen oppfordret samtidig folk om å sende inn penger til å dekke demonstrantenes bøter og eventuelle utgifter til retts sak. Blant dem som, med sin underskrift, støttet aksjonen var landets helsedirektør.

Det vakte en viss oppmerksomhet at Torbjørn Mork opptrådte så politisk. I Verdens Gang ble han kritisert på lederplass, under titelen ”Helsedirektør i affekt”.⁵⁸⁸ Avisens redaktør fant det ”ganske usedvanlig” at Mork gav seg til ”å agitere på denne måten for den selvbestemte abort”. Han skal jo, fremholdt avisen, ”forvalte den lov som striden gjelder”. Mork svarte: ”Jeg skrev ikke under oppropet i affekt. Det skjedde meget veloverveiet – like veloverveiet som jeg går ut fra at biskopene skrev sitt hyrdebrev.”⁵⁸⁹ Han har altså, ikke urimelig, tolket avisens påstand som en påstand om at han ikke visste hva han gjorde da han skrev under. Men avisen kan jo også forstås litt anderledes, for lederen var ikke spesielt polemisk formulert, når vi ser bort fra overskriften. Den kan forstås dithen at Helsedirektøren eksponerte sitt verdisyn på en meget engasjert måte, og at han opptrådte ”politisk” på et område hvor han selv hadde forvaltningsansvar. Hans svar kan også sees på som en bekreftelse av en slik forståelse. Han understreker endog, som allerede innledningen til hans innlegg viser, sin ”politiske” rolle. Slik sett har Verdens Gang rett; han var ”i affekt”. Samtidig har han selv rett: Han visste hva han gjorde. Han kjente sine verdier. Nå viste han, som han så ofte hadde gjort og skulle gjøre, at han kunne argumentere godt med utgangspunkt i sine verdier.

587) Riksadvokat L. J. Dorenfeldt gjorde sin vurdering kjent gjennom en pressemelding datert den 4.11.1974. Den ble referert eller omtalt i dagspressen den påfølgende dag. Riksadvokatens pressemelding er kort og nokså generell. Han henviser til en uttalelse av stadsfysikus Fredrik Mellbye, en aktiv tilhenger av selvbestemt abort, om at indikasjonene for svangerskapsavbrudd har endret seg vesentlig siden 1964, og legger til at dette forhold har vært kjent av regjeringer med grunnlag i forskjellige partier (vel en henvisning til at Kristelig Folkeparti hadde sosialministeren fra 1965 til 1971). Han peker også på at det ikke i forbindelse med nevnden på Rikshospitalet er noe konkret forhold som er påklaget.

588) Verdens Gang, 10.6.1978, s. 2.

589) Verdens Gang, 13.6.1978, s. 4.

Han fortsatte sitt innlegg med å vise frem sine verdier, grunnlaget for sitt engasjement: ”Det er nemlig hyrdebrevet og dermed kirkens offisielle holdning til kvinnen og de svake i samfunnet denne saken gjelder, ikke abortloven”. Kirkens utgangspunkt var, og er, som Per Lønnings hadde vært i 1975, spørsmålet om hva liv er, og da blir spørsmålet om når det begynner, sentralt. Morks og Regjeringens utgangspunkt var i langt større grad et spørsmål om hvordan et uønsket svangerskap kan påføre mange kvinner, og særlig sosialt utsatte kvinner, alvorlige belastninger. For dem ble abortsaken slik nærmest et sosialt fordelingsspørsmål, eller endog et klassespørsmål. Når Kirkens menn hevet pekefingeren mot dem som ønsket å få foretatt abort, altså ”ta liv”, la det ekstra sten til deres byrde. ”Jeg kan hverken tie eller unnlate å vise solidaritet med de kvinner hyrdebrevet rammer sterkest og med dem som står på deres side”, avsluttet Mork sitt innlegg.

Der var, som så ofte, ”snert” i Morks svar. Han forble polemikeren, ironikeren, refseren. Han brukte mandige affekter til å forsvare kvinnelige (fortvilelsens) affekter.

Kanskje man kan si at Morks sosiale identifikasjon med de svake hadde hans egen følsomhet, hans evne til, og nesten behov for, å se den enkelte nød-stedte, som utgangspunkt? Her ser vi igjen hvordan hans dydsetiske legning slår igjennom. Har vi rett i det, kan vi si at hans ideologi, hans tydelige egalitarisme, er en intellektualisering av denne sosiale identifikasjon, og denne dydsetikk. Slik kan engasjementet for den enkelte, og ideologien det gav opphav til, ha forsterket hverandre, og skapt en kraftfull blanding. Denne blanding, altså denne holdning, fikk ekstra trykk og tyngde av den selvbevissthet han også hadde, og som ble forsterket av hans posisjon. Han talte fra ”høyden”, ja, fra ”berget”. Når han refset, og i slike spørsmål gjorde han det, lød han nesten, omenn budskapet langt på vei var det motsatte, som Per Lønning, den biskop som sa fra seg sin bispestol da Stortinget vedtok den liberaliserte abortlov i 1975. Selv stemme og, tildels, tonefall, var nokså like. Mork talte, som Lønning, på en nesten yppersteprestlig måte. Lønnings språk var finbergensk. Morks var ”odda-bergensk”.

Helsedirektør Mork ble fra han tiltrådte sitt embede høsten 1972 og til loven om selvbestemt abort ble vedtatt i 1978 en av landets mest fremtredende abortpolitikere. Det bidro sterkt til å gjøre ham politisk kontroversiell, på den kulturkonservative side. Det svekket ham imidlertid knapt i særlig grad som helsedirektør. I denne, og lignende, saker stod han på flertallets side, endog på et raskt voksende flertalls side. Han seiret, og da var hans politisering ufarlig. Det gjorde han ikke på de andre områder han engasjerte seg. Der tapte han i stor grad. Der undergrov han sin posisjon som helsedirektør.

Situasjonen fortonte seg imidlertid ikke fullt så klar i slutten av syttiårene og frem mot valget i 1981. Kristelig Folkeparti var blitt sterkt provosert av Stortingets abortvedtak og gjorde det klart at hvis partiet skulle gå inn i en ny borgerlig regjering, ville det kreve opphevelse av prinsippet om selvbestemt abort. Abortkritiske synspunkter spilte en rolle også i de andre borgerlige partiene, inkludert i Høyre – det nå stadig mer dominerende

borgerlige parti, og det parti som ville få statsministeren i en eventuell borgerlig regjering. I Høyre var imidlertid sekulariseringsprosessen tydelig. Ikke minst presset Unge Høyre, og partiets fremadstormende unge kvinnelige politikere, som Annelise Høegh (f. 1948) og Kaci Kullmann Five (f. 1951), på for å få partiet til å godta abortloven. Men de kulturkonservative, som Lars Roar Langslet (f. 1936), Sverre Stray (f. 1922) og mye av ”Sydstats-Høyre”, stod fortsatt sterkt i partiet og gjorde abortsaken meget vanskelig også i Høyre. Slaget stod i virkeligheten i Høyre. Det endte med en ”moderat seier” for tilhengerne av fri abort.

Partiets statsministerkandidat, Kåre Willoch, var selv kommet til at loven måtte bli stående.⁵⁹⁰ Han ville ikke ha tilbake nevndene. Willoch var egentlig aldri noen utpreget kulturkonservativ person, spesielt ikke hva gjaldt moralsk sensitive spørsmål. Han var først og fremst en liberaler: For ham måtte ”selvbestemmelsen” i prinsippet ha forrang innenfor den kulturelle liksåvel som innenfor den økonomiske sfære. Selv om det i abortspørsmålet forsåvidt ikke bare dreide seg om ett individ, så han ikke hvordan man kunne lage bestemmelser som på en akseptabel måte begrenset den gravides beslutningsrett. Han løste Høyres problem ved, sammen med den like liberale partiformannen, Erling Norvik (1928-1998), å få Lars Roar Langslet, Georg Apenes (f. 1940) og Per Kristian Foss (f. 1950) til å foreslå at partiet skulle stille sine representanter fritt i abortspørsmålet. Med denne ”liberale” løsningen var abortspørsmålet avgjort i Høyre og dermed i landet: Loven ville bli stående. Abortloven gjorde at Kristelig Folkeparti ble stående utenfor regjeringen Willoch, inntil videre – nemlig til utpå vårparten 1983. Sosialdepartementet, det departement som skulle administrere abortloven, fikk, som vi har sett, en sekulær-liberal ledelse. Statsråd Heløe hadde endog allerede i 1973 ledet et utvalg i Høyre som hadde foreslått at partiet skulle gå inn for en liberalisering av den da eksisterende abortlov. Utvalget nådde ikke frem med sitt forslag og i 1978 stemte hele Høyre imot abortloven.

Men med Høyres skifte av standpunkt i abortsaken var også Mork trygg. Han var på den seirende side. Oppgitt bemerket Høyres kulturkonservative Lars Roar Langslet i sine erindringer: ”Likegyldigheten, den moralske bevisstløsheten, var det som opprørte meg mest. Den var tydelig på fremmarsj over hele den industrialiserte verden. Det virket håpløst å stritte imot”.⁵⁹¹ Den kulturkonservative Langslet bruker sin egen psykologi som belegg for den liberale sekularismes dominans. Jo, Mork stod utvilsomt på ”utviklingens” side.

Det er i dette perspektiv interessant at ikke bare ble det noe avmektig over de moralsk kulturkonservatives moralisering over sekularistenes fremstøt,

590) I bind III av sine erindringer skriver Willoch: ”Jeg hadde i 1980 bestemt meg for at jeg ikke under noen omstendighet – uansett hva Landsmøtet måtte vedta – ville støtte gjeninnføring av abortnemnds-systemet. Det var et standpunkt som var sterkt påvirket av min kone og mine to døtre”. Kfr. Kåre Willoch, *Statsminister*, Oslo: Schibsted, 1990, s. 55. Willoch omtaler abortsaken i et helt kapittel (5), med overskriften ”*Abortsaken kunne ha ødelagt det hele*”.

591) Lars Roar Langslet, *Fra innsiden. Glimt fra et halvt liv i politikken*, Oslo: Cappelen, s. 138. Det er ellers interessant å se hvor forskjellig Willoch og Langslet omtaler abortdiskusjonen i Høyre. De skriver med utgangspunkt i to svært forskjellige kulturer, men representerte altså samme parti. Langslet omtaler abortstriden fra s. 137 til 155.

for eksempel i abortspørsmålet. Sekularistene moraliserte nå tilbake i stigende grad. De rettet et tiltagende kritisk søkelys mot de religiøse miljøers egen adferd, mot deres hykleri og mot det som ble sett på som "usunn" praksis. Mest utfordrende var påstandene om, og etterhvert påvisningen av, ulike typer overgrep i religiøse miljøer, ja, endog i Kirken selv. Et eksempel ble kjent vinteren 1978. Det gjaldt et tilfelle av demonutdrivelse på Vestlandet, som både den person det gjaldt og hennes lege mente hadde overgrepsskarakter. Virksomheten ble anmeldt. Helsedirektøren uttrykte i forbindelse med denne anmeldelsen bekymring over utviklingen og bad om at representanter for Kirken klargjorde hvordan den stilte seg til "demonutdrivelse og lignende religiøs virksomhet". Han fryktet at slik virksomhet kunne få "betydelige medisinske skadevirkninger". I denne og noen andre saker kom Mork i polemikk med Kristelig Folkepartis Odd With⁵⁹² og Per Høybråten.⁵⁹³ Høybråten hadde også kommet inn på en sak som gjaldt forbønn og hadde ytret seg både i Vårt Land og Aftenposten, under titelen "Livssynskampen tilspisser seg". Mork henviste til at han hadde bedt om at forbønnssaken ble undersøkt fordi det var kommet en klage, og at han ikke hadde manet til noen livssynskamp. Han påpekte også til slutt i sitt svar til Høybråten at det kunne være behov for å "gå inn i "livssynskampen" mot endel av de synspunkter Høybråten står for. Dette synes nødvendig, dersom det fortsatt skal være gode veksvilkår for kristendom og andre kulturverdier i vårt samfunn. Og det bør det være".

*

Mork stod nok i hovedsak på den kulturmoderne, sekulære side, men han distanserte seg altså aldri formelt fra kristendommen, som Evang hadde gjort.

Abortsaken og de andre livssynstilknyttede helsepolitiske saker kan sees på som litt spesielle saker. De fremstår som tilhørende en annen ideologisk dimensjon, og andre styringsregimer, enn de medisinske, juridiske, økonomiske og politiske vi har konsentrert oss om. De er det, men ikke bare det, som vi har sett. Som vi har påpekt har medisinen tradisjonelt sett på seg som også etisk "selvdreven". I de medisinsk-etiske spørsmål liksom vel som i de organisatoriske og ledelsesmessige kan man tenke seg at vurderingene foretaes enten av legene selv eller av noen som (eventuelt) står over dem (politikere, administratorer, etiske nevnder) eller under dem (pasienter, pårørende). Medikratisk skal vurderingene foretaes av leger, i siste instans av de nærmeste leger. Slik sett representerte de gamle nevndene med to leger forholdsvis medikratiske ordninger, men den jus de måtte underordne seg brøt med medikratiets krav, blant annet, som Mork påpekte, ved ikke å reflektere medisinsens moderne helsebegrep. Men forsåvidt som Mork gikk inn for at den gravide skulle være beslutningstager, var han ikke en egentlig, og tradisjonell medikrat. Han var snarere, som de fleste som kalte seg radikale, eller sosialister, en liberaler, eller kulturliberalist. Han, og de leger som

592) Aftenpostens aftennummer 2.2.1978, s. 4. Mork svarte samme sted den 4.2., s. 4.

593) Vårt Land 28.1.1978 og Aftenpostens aftennummer 30.1.1978, s. 4. Mork svarte i Aftenpostens aftennummer 6.2., s. 4. Sitatet nedenfor er fra siste avsnitt i dette svaret.

tenkte som ham, var, kan man antagelig si, iferd med å gi opp den tradisjonelle medikratismen på dette viktige punkt, det etiske. Vi skal etterhvert se hvordan de slik åpnet for den utvikling som etterhvert gjorde at etikk- autoriteten langt på vei ble ”frattatt” legene, og plassert enten hos pasientene (borgerne) eller hos myndighetene. Den nye tilsynspolitikken er uttrykk for det siste. La oss føye til: denne avmedikratisering av etikken betyr samtidig jusens, rettsstatlighetens, tilbakekomst – endog hevn.

Hva det helsepolitisk organisatoriske og finansielle angår, gav imidlertid ikke Mork opp de medikratiske prinsipper, selv om han gav noen konsekvenser. Vi skal nå se på to slike saker. Der er flere saker vi kunne se på. Vi skal se på den både symbolsk og innholdsmessig særdeles viktige saken om almenhelsevesenets ordning, og en noe mindre viktig, men symbolsk ikke betydningsløs sak, nemlig saken om bedriftshelsevesenets administrative plassering.

Helsedirektøren og politikken for almenhelsevesenet

Da Torbjørn Mork tiltrådte som helsedirektør høsten 1972 var almenhelsevesenet i stor grad organisert som det var organisert da Karl Evang tiltrådte som helsedirektør, ja, som det var organisert fra riktig gammelt av, som et kombinert distriktslege- og privatlegevesen. Da hans første periode var over, del vi si fra 1984, var den offentlige del av dette vesen, altså distriktslegevesenet, ikke bare omordnet, men borte. Med dets forsvinnen var også den fremste bærer av de norske legetradisjoner, og kjernen i det norske helsevesensmedikrati, gått over i historien. Distriktslegen var siste ledd i Helsedirektørens ”linje”. Han var det også på den ”riktige”, heisaktige måten: Han, etterhvert også hun, var samtidig prekliniker og kliniker og forvalter. Etter omordningen var han, som kommunelege, stadig prekliniker og kliniker, og i noen tilfeller også forvalter. Nå var han det imidlertid, i alle henseender, som kommunal funksjonær. Hans ”livlin(j)e” til Helsedirektøren var kuttet. Han var satt under fremmed, og fremmedgjørende, administrasjon.

Vi har sett at Torbjørn Mork, som medlem av Arbeiderpartiets sosialreformutvalg og som lokalpolitiker og statssekretær, hadde gjort seg til talsmann for de viktige første premisser for denne omordningen. Ja, vi har sett at Karl Evang selv var med på å definere de første premissene for den reform han og, etterhvert også Torbjørn Mork, skulle komme til å gå så bestemt imot. Meget av reformgrunnlaget var, ironisk nok, medisinsk. Medisinen nesten dramatiske utvikling etter de første moderne, reduksjonistisk-medisinske gjennombrudd i siste tredjedel av det 19. århundre hadde ført til en omfattende spesialisering. Spesialiseringen kom etterhvert til å strekke seg utover medisinen selv. Deler av sykepleien ble fra begynnelsen av det 20. århundre trukket inn under medisinen som submedisinske spesialiteter. Noen av dem ble også skilt ut fra sykepleien, som det som etterhvert ble til radiografi og bioingeniørteknikk. I tillegg kom (etterhvert) andre submedisinske eller kombinert submedisinske og subteknologiske spesialiteter til, som blant annet ernæringsfysiologi (dietetikk), fysioterapi, ergoterapi, proteseteknikk,

audiografi, kiropraktikk, manuell-terapi og andre spesielle former for terapi og tildels optikk (som beveget seg i medisinsk retning).

Denne spesialisering krevde, i stigende grad, samordning: Uten god samordning ville man ikke kunne høste spesialiseringens gevinster. Evang talte derfor om behovet for ”teamwork”. Han hadde i første omgang spesielt de ulike deler av medisinen i tankene, men kom snart til å tale om et langt videre ”teamwork”, også et ”teamwork” som strakte seg inn på det sosiale område. I den sammenheng kom ”hans” utvidede helsebegrep til å spille en viktig rolle. Helse ble, i stigende grad, for ham både et (begrep og) fenomen som tillike omfattet det mentale og sosiale og som var mentalt og sosialt betinget. Han ville derfor ”sosialisere” medisinen, altså gjøre den (også) sosial. Han kom av den grunn mer og mer til å se på seg som sosialmedisiner. I disse henseender var Mork på linje med ham.

Samordning og integrasjon er en utpreget ledelsesaktivitet. Spesialiseringen skapte slik behov for ledelse. Den skapte behov for klinisk ledelse rundt den enkelte pasient. Den gjorde det innenfor det kliniske rom, altså rundt pasienten. Den gjorde det også på tvers av rom, altså mellom ulike avdelinger eller lignende på et sykehus og mellom ulike behandlingssteder. Den skapte videre et behov for en ledelse som var mer indirekte klinisk og som gjaldt ledelse i mer almen forstand, for eksempel knyttet til organiseringen av de kliniske enheter og hele det kliniske system.

Evang og hans kolleger i WHO hadde altså forsøkt å ”utvide” helsebegrepet. I praksis lyktes de bare sånn måtelig. De mentale sider ved helse hadde allerede en plass innen medisinen, og ble slik tatt hensyn til, men i kliniske sammenhenger ble psykiatrien sittende halvveis på utsiden og sjelden trukket med i de ”somatiske” behandlingsprosesser. Somatikere kunne ta psykiatriske (psykologiske) hensyn, men som regel på en overfladisk og lite profesjonell måte. De tilkalte, eller konsulterte, imidlertid sjelden mentale eksperter. De sosiale sider ved helse, de sosiale årsaker til uhelse og de sosiale forutsetninger for helse restaurasjon, ble enda mer neglisjert, men leger kunne henvise pasienter til sosiale eksperter, for eksempel for at de kunne få bistand av sosial og økonomisk art. Somatikere forble slik i stor grad nokså rene somatikere. Deres integrasjonsarbeid ble derfor et integrasjonsarbeid somatikere og teknikere imellom, innad i klinikken. Tydeligst så man dette ved somatiske sykehus – som de stadig like ”ensidig” ble kalt.

Det utvidede helsebegrepet krever en ”helt” integrert diagnostikk, behandling og resosialisering, også hva gjelder sykdommer som har en tydelig somatisk ”kjerne”. Det krever en samordning som ikke bare blir en samordning mellom somatiske eksperter, men som også omfatter eksperter på mental helse og sosial mestring og i siste instans pasienters pårørende, ofte nesten medpasienter, og det omgivende samfunn. Den integrerte behandling krever altså også at pasienten blir helt reintegrert i samfunnet. Men for såvidt som reintegrasjonen, eller samordningen mellom pasient og samfunn, skal være gjensidig, krever den at også samfunnet i noen grad må tilpasse seg:

Samfunnet må sees på som i noen grad ”sykt” og derfor som behandlings-trengende, eller endringstrengende.

Karl Evang uttrykte disse poengene slik:

Det utvidede helsebegrep forutsetter klart at legene her er villig til å dele det faglige ansvar med andre spesialutdannede grupper, i første rekke med sosionomer, psykologer, spesialpedagoger, og videre med sykepleiere, helsesøstre, fysioterapeuter, arbeidsterapeuter, miljø-terapeuter o.l.

Like viktig er det å løsrive tjenesten fra den individuelle innstilling, slik at også familien, arbeids- og skolemiljøet helt fra begynnelsen av trekkes inn i undersøkelse, diagnose, behandling, ettervern og attføring i den utstrekning det bedømmes å være ønskelig eller nødvendig.⁵⁹⁴

Gitt medisins historie, og dermed kultur, var og er det naturligst å betone den ”tilbaketrekkende” form for samordning, altså en samordning mellom ”egentlige” spesialister innad i klinikken. Det var også den som i hovedsak ble lagt til grunn for den viktige plan for spesialisthelsevesenet, eller egentlig hele helsevesenet, som ble lagt frem sommeren 1974 og behandlet i Stortinget våren 1975, St.meld. nr. 9 (1974-75), *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*. Den del av denne planen som gjaldt almenhelsevesenet ble antydningvis omtalt i den, men da som om den var endel av den. Det var den ikke. De som mer forpliktende arbeidet med planen for almenhelsevesenet var andre enn de som arbeidet med 1974-planen. De arbeidet i stor grad ut fra de andre, de sosiale, premisser. Mens sykehusplanleggerne (1974-planen) la frem planen under ett, og ”endelig”, slapp almenhelseplanleggerne sine plantanker ut litt etter litt. Mens sykehusplanleggerne hadde arbeidet internt, i Helsedirektoratets sykehuskontor, uten å trekke inn særlig mange andre eksperter og interessenter, arbeidet almenhelseplanleggerne ”eksternt”, blant annet gjennom en rekke utvalg, og trakk inn eksperter og interessenter av alle slag. De to planers innhold kom til å reflektere denne forskjellen i tilblivelsesmåte.

Begge planer var medikratiske utfordrende, men først og fremst var planen(e) for almenhelsevesenet det. Det vil si, det var slik Evang, og siden Mork og mange av legene rundt ham, kom til å se det. Også store deler av legestanden forøvrig ble, etterhvert som almenhelseplanen ble konkretisert, mer og mer bekymret for den. Begge planer innebar at de andre regimer fikk større plass, på medikratiets bekostning. Sykehusplanen slapp nyttestaten mer til. Den tilpasset imidlertid i noen grad medikratiet til nyttestaten. Almenhelseplanen slapp også nyttestaten litt mer til, men først og fremst slapp den politokratiet, legmannsstyret, mer til. Den gav ikke opp fagstyret, men utvidet det drastisk, i sosial retning. Samtidig egalitariserte den det: Legen ble ikke lenger den naturlige dirigent; der skulle samarbeides ”horisontalt”. Denne planen gikk imidlertid enda lenger, for så vidt som den innebar at

594) St. meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsetjeneste utenfor sykehus*, s. 41.

samarbeidet ble utvidet til også å omfatte legfolk. Sykehusplanen, ”nr. 9”, skal vi komme nærmere tilbake til når vi drøfter planleggingsoppgaven mer alment.

Utviklingen, som fikk sin egentlige konklusjon i 1981, startet formelt 28. mai 1971, med fremleggelsen av St.meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsestjeneste utenfor sykehus*. Reelt representerte den imidlertid, som vi har sett, en videreførelse av ideer som var utviklet langt tidligere, ikke minst av Evang, og som i noen grad kom til uttrykk i Helsepersonellkomiteens innstilling (juli 1967). I stortingsmeldingen taes det formelt utgangspunkt i komiteinnstillingen. Den var preget av bemanningskrisen i distriktslegevesenet og det offentlige tannlegevesenet. Da ”nr. 85” ble skrevet var legebemannings-situasjonen blitt bedre. Men når man nå så seg rundt, så man at helsevesenet hadde enda et viktig, ja, viktigere, problem, nemlig fragmenteringsproblemet. Helsevesenet var bygget opp som mange enkeltstående svar på behov og problemer som hadde meldt seg. Behovene og problemene var blitt besvart av ulike instanser – offentlige myndigheter, sentralt og lokalt, frivillige organisasjoner av ulike slag, ”markedene” og folk selv. Disse ”svarene” fortonte seg nå som altfor sprikende, både hva gjaldt det organisatoriske og det finansielle. Nå vendte man derfor oppmerksomheten mot samordningsoppgavene, mot de integrerende planer, lover og finansieringsordninger. Nå kommer derfor de samlede planene; de planene Evang hele sin tid hadde snakket og skrevet om, men aldri hadde klart å utvikle. Sykehusloven er det første utslag av den nye, mer offensive og integrerende tenkningen. Loven er imidlertid bare en forløper for den egentlige sykehusplanen. Den kom som sagt med St. meld. nr. 9 (1974-75). Den lange rekken av meldinger og etter hvert lovforslag, som startet med St. meld. nr. 85 (1970-71), er det annet utslag av den nye integrasjonstenkningen.

Men ”nr. 85” representerer bare en forsiktig begynnelse. Meldingens forfattere begynner som sagt med å drøfte bemanningsproblemstillingene og kommer først i annen halvdel til den nye ”saken”, ideene til en samlede lov om almenhelsevesenet. De gjør det nølende og famlende. Meldingens budskap er derfor ikke tydelig. Noen viktige ideer lanseres dog. Den viktigste er ideen om å samle det offentlige almhenhelsetilbud i helsesentre, tildels omtalt som helse- og sosialsentre. Det heter således at

man tar sikte på en mer hensiktsmessig lokalisering av helse- og sosialtjenesten utenfor anstalt til helsesentra, slik at man oppnår å knytte de forskjellige greiner av denne helse- og sosialtjeneste bedre sammen, og samtidig legger grunnlaget for en høyere grad av integrering av helsestjenesten i tradisjonell forstand – herunder det offentlige tannlegevesen – og tilgrensende deler av sosialtjenesten. Det forutsettes at slike sentra bygges opp med det offentlige legevesen og sosialkontorene som kjerne. (S. 46-47).

Man kan tenke seg slike sentre bygget opp og ledet på iallfall tre måter. De kan, for det første, bygges opp tilnærmet medikratiske, med den gamle distriktslegeetatens som grunnlag. De andre gruppene blir da underordnet

distriktslegene, nesten som en slags underleger (submedisinere). Samarbeidet blir altså vertikalt – eller paternalistisk, ikke horisontalt. De kan, for det annet, bygges opp mer bedriftslig (nyttestatlig) eller byråkratisk. Alle helsefagfolk blir da spesialister, som løpende arbeider nokså meget hver for seg, og der samordningen i noen grad skjer gjennom møter (møtet blir da ledelsesorganet), men ellers skjer gjennom en mer spesialisert ledelse. Som offentlige sentre er det sannsynlig at den byråkratiske (regelbaserte) organisasjonsformen vil bli dominerende. Endelig, og for det tredje, kan sentrene bygges opp på en mest mulig kollektivt deltagende, en sosial-radikal, måte, altså på en måte som toner ned det spesialiserte alenearbeid og betoner det brede gruppearbeidet, både hva angår beslutnings- og iverksettelsesprosesser.

Det er, som vi for så vidt allerede har sagt, de to siste måter å organisere sentrene på som nå trekkes frem: Reformarbeidet peker jo mot en omfattende avmedikratisering av det offentlige almenhelsevesenet, og for så vidt en større grad av sosialisering av det. Men meldingen bryter langt fra klart med fortiden. Således heter det (s. 36) at ”For helsetjenesten utenfor sykehus bør man ta sikte på å opprettholde den offentlige legeetat som en nasjonal etat, hvori distriktsleger i såkalte kombinerte stillinger bør utgjøre hovedtyngden,..” Mere sies egentlig ikke som peker i tradisjonsbevarende retning, men dette er dog ganske meget og ganske viktig. Resten av meldingen peker, om enn ikke tydelig, i avmedikratiserende retning. Noe peker i byråkratiserende og til dels nyttestatlig retning, men minst like mye peker i sosial-radikal retning. Det som tydeligst gjør det siste er det som sies om formen for samarbeid. Vi har ovenfor sitert Evang der han taler om ansvarsdeling og å komme utover den ”individuelle innstilling”. Det første er uttrykk for at ”enemakten” skal taes fra legen og det annet at legens individualistiske innstilling skal erstattes med en kollektivism som mer forbindes med sosialarbeidere og politisk radikale legfolk. I den sammenheng er også Evangs syn på avlønningen interessant.

Siden de fleste i fremtiden bør arbeide i ”team”, argumenterer Evang, bør de også lønnes likt. Stykkprisbetalingen er arbeidsoppstykkende og arbeids-spesialiserende. Dermed er den også individualiserende, ja, privatiserende. Den vanskeliggjør altså lagarbeidet. Ordningen har derfor, fremholder Evang (s. 45), ”som dominerende prinsipp” ”overlevd seg selv og er modent for revisjon”. Departementet (s. 45) ”slutter seg i alle hovedtrekk til helse-direktørens vurdering og mener at man for helsetjenesten utenfor sykehus som hovedprinsipp bør basere seg på en fastlønnsordning”. Både helse-direktør og departement kunne lagt til at samarbeidet ikke bare krever en lik avlønningsform, men også en likere lønn. Begge lot dog være, av åpenbare grunner, å skrive det.

Tanken om å forankre almenhelsearbeidet i helse- og sosialsentre gir lett stordriftsassosiasjoner og dermed også sentraliseringsassosiasjoner. For så vidt gir ordet senter snarere assosiasjoner i byråkratisk enn i sosial-radikal retning. Evang og meldingsforfatterne har derfor tatt med noen ”forebyggende” avsnitt.

I meldingen siteres (s. 35) en dynamisk helsedirektør:

Betegnelsen "helse- og sosialsenter" har i visse kretser skapt den misforståelse at det her dreier seg om en sentralisering hvorved man vil berøve utkantstrøkene den helsetjeneste de har i dag. Det er det motsatte som er hensikten, nemlig å skaffe selv grisgrendte utkantstrøk et bedre tilbud enn det det har vært mulig å skaffe i de seinere år.

Evang utdyper (s. 34-35):

*De lokale hemninger mot helsesentertanken vil bare kunne overvinnes hvis man fra den første tid er i stand til å vise at et helsesenter kan yte en bedre service også til "utkantstrøkene" enn den tidligere mere primitive enmannsbetjening hadde mulighet for. Når den primære **lege-**tjeneste på denne måten erstattes med mer allsidig primær **helsetjeneste** vil også befolkningen i utkantstrøk hurtig kunne oppdage at dette representerer en endring til det bedre.*

Evang føyer dog, megetsigende, til (s. 35) at "Skal dette kunne gjennomføres i praksis vil det imidlertid forstås at transporttjenesten må gis tilstrekkelig prioritet".

Disse synspunktene peker tydelig mot et senter dominert av fagfolk, mot en liten institusjon, mer sosialt avsondret fra omgivelsene enn den "primitive enmannsbetjening". Flere må "transporteres" til senteret, og legen, eller andre fagfolk, vil i mindre grad kunne være en del av sine pasienters sosiale liv.

I meldingen sies det ikke så meget konkret om hvordan sentrene skal være organisert, for eksempel hvordan legekantoret (helsekontoret) skal være koblet til sosialkontoret, og intet om hvordan de politisk skal være "hengt opp". Det siste er ikke minst viktig, siden legevesenet var statlig og nokså faglig-politisk autonomt, mens sosialkontoret var kommunalt og i stor grad politisk legmannsstyrt. Hvis man valgte virkelig å integrere helse- og sosialkontor, men gjøre det på det sistes "premisser", altså "henge" det samlede senter opp i kommunalpolitiske organer, ville man ha torpedert den gamle medikratiske orden. Man ville antagelig også i stor grad, iallfall på bygdene, ha gjort det på sosial-radikale premisser. Det er imidlertid overraskende når det i meldingen heter at planleggingen av "helsetjenesten utenfor anstalt" bør skje i regi av fylkene (s. 46). Passusen reflekterer selvsagt ønsket om å se almen- og spesialisthelsevesenet i sammenheng, og gir slik nyttestatlige assosiasjoner. Den representerer samtidig et så stort brudd med de tanker som ellers preger meldingen at den kanskje mest vidner om Departementets og Regjeringens usikkerhet og forvirring.

Parallelt med at Helsedirektoratet, fra helsesiden, arbeidet med nr. 85 og sin versjon av sentertenkningen, arbeidet Sosialreformutvalget, fra sosialsiden, med sin versjon av sentertenkningen. Nr. 85 ble til i regi av leger og "deres" jurister. Sosialreformkomiteens innstilling (II) ble i hovedsak til i regi av

”sosialfagfolk” og radikale, sosialt interesserte fagfolk av andre slag, som sosiologiprofessor Yngvar Løchen (Tromsø) (1931-1998), sosialskolerektor Audun Ervik (1928-2007) og finansrådmann (Oslo) og tidligere sosialskolerektor og sykehusrådmann, Bernt H. Lund (f. 1924),⁵⁹⁵ samt noen jurister og diverse andre. En av juristene var den i denne sammenheng svært viktige ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets sosialavdeling, medikratiskeptikeren Magne Langholm (1913-2004). Der var tre leger med i komiteen, men bare én fra almenhelsevesenet, fylkeslege i Finnmark, Kolbjørn Øygard (f. 1927).⁵⁹⁶ Formann var finansrådmann Odd With (1921-2006) fra Mo i Rana. Han var, som vi har nevnt, aktiv i Kristelig Folkeparti og ble snart, ved siden av Kristiansen og Høybråten, partiets fremste medikratikritiker.⁵⁹⁷ Det var Borten-regjeringen, med Egil Aarvik (Kr. F.) som sosialminister, som hadde oppnevnt komiteen. Komiteen kom med sin viktige innstilling i juni 1972.

Sosialreformkomiteen skulle delvis se på den økonomiske sosialhjelp som ble ytet gjennom den kommunale sosialomsorg og delvis se på ”samordningsproblemet på det lokale plan”. Det ble fremholdt at Departementet med samordning tenkte på samordningen ”mellom de sosiale organer og andre sektorer som trygdevesen og helsevesen”. Komiteens mandat nr. to var altså uttrykk for at samordningsbehovet mellom helse- og sosialomsorgen ble følt også fra sosialsektorens side. Komiteen drøfter ikke i detalj de faglige former for arbeid og hvordan de bør integreres, men det er åpenbart at komiteen i det minste har forståelse for den sosial-radikale form for samarbeid, altså en kollektivt preget form for klient- og pasientarbeid. Det heter således i innstillingen at der innen ”helsearbeidet” er

en stadig større erkjennelse for en omfattende samhörighet mellom medisinske og sosiale kasus, og på samme måte er behovet for medisinsk ekspertise stadig mer markert i det tradisjonelle sosialarbeid.

Det heter også at de nye sosialsentre vil ”skape et felles yrkesmiljø”, noe som vil gavne både fagfolk og dem som skal hjelpes.⁵⁹⁸ Men det sosial-radikale perspektivet er ikke bare kollektivt preget. Det er også individualiserende. Sosialarbeideren ser den enkelte og forsøker å skreddersy hjelpen. Han eller hun er preget, som legen, av dydsetikken. Denne etikken forstås imidlertid av sosialarbeideren mer sosiologisk, og dermed terapeutisk kollektiviserende, mens den forstås psykologisk, og dermed mer terapeutisk individualiserende, av legen.

Komiteen legger imidlertid mest vekt på det mer formelt organisatoriske, og foreslår at det opprettes ”*sosialsentra* i kommunene og at disse sentra bygges opp med seksjoner for helse-, trygde- og sosialarbeidet i kommunene”.⁵⁹⁹

595) De to siste var medlemmer av Arbeiderpartiet, den første var ikke partipolitisk profilert, men stod tydelig på venstresiden.

596) De to andre var den kirkelig aktive barnelegen (privat praksis) Ragnar Sellevold (1916-2009), Bergen, og psykiatrioverlege ved Regionsykehuset i Trondheim, Peter Chr. Kreyberg (1931-1993).

597) Odd With var vararepresentant på Stortinget i periodene 1961-65 og 1969-73, og var fast representant fra 1973 til 1985, hele tiden valgt fra Nordland fylke. I den viktige perioden 1977-1981 var han formann i Stortingets sosialkomite; kfr. omtalen ovenfor av dragkampen om Helsedirektoratets organisering.

598) NOU 1972: 30, *Sosiale tjenester*, s. 134-135.

599) *Ibid.*, s. 134.

Komiteen understreker hvilken vekt den legger på integrering ved å si at sosialsentrene bør gi plass ved sentrene til sine andre naturlige samarbeidspartnere i kommunene, som arbeidskontor, arbeidstilsyn, pedagogisk-psykologisk rådgivningskontor m.v.

Komiteens forslag innebærer altså at distriktshelsevesenet som et medisinsk ledet, og kombinert styrende og fagutøvende, vesen, nedlegges. Det erstattes av et kommunalt ledet, faglig integrert, sosialsenter. I den forbindelse skilles styring og ledelse fra fagutøvelse. For helsevesenets del betyr det at distriktslegenes kombinerte, heispregede status oppheves. Hvem som skal lede senteret, er ikke gitt: Senterledelse fremstår slik i noen grad som en iallfall potensielt ”fagnøytral” oppgave, selv om det antas at det i de fleste kommuner vil være naturlig at en av seksjonslederne også er senterleder. Komiteen tenker seg at de tre lederne også leder kollektivt, som et sosialutvalg. Over senteret foreslår komiteen å plassere et integrert sosialstyre, et politisk legmannsorgan. Det kombinert faglige og politiske, og forsåvidt kombinert statlige og kommunale, men samtidig faglig ledede Helserådet, vil komiteen ha bort. De teknisk-hygieniske oppgaver vil det legges til kommunens tekniske etat, de epidemiologiske og (andre) forebyggende oppgaver vil det legges til helseseksjonen, mens det altså vil legges de mer styrende oppgaver til sosialstyret. På denne måten vil komiteen gjøre de gamle lokale medikrater, distriktslegene, til kommunale fagfunksjonærer. De skal rapportere oppover til senterledere og via disse til sosialstyret og kommunens overordnede administrative og politiske organer.

Linjen til Helsedirektoratet vil være borte. Den vil, etter forslaget, gå via de kommunale organer. På denne måten vil også Helsedirektoratets forhold til det utøvende offentlige helsevesen bli radikalt endret. Det vil bli mer ”utvendig”, og mer forvaltnings- og tilsynsmessig. ”Utvendigheten” vil bli understreket ved at de nye ansvarlige offentlige organer blir kommunale og ikke statlige. Forsåvidt som fylkeskommunene gjennom Sykehusloven av 1969 fikk ansvaret for spesialisthelsetjenesten, ville Sosialreformkomiteens forslag skape et mer konsistent styrt og ledet helsevesen. Dens forslag ville bidra til at det meste av det utøvende helsevesen ble offentlig-lokalt og privat(-lokalt).

Komiteen foreslår altså en ganske radikal omordning av almenhelsevesenet, men den omordningen er nærmest en konsekvens av sosialvesenets behov og hvordan de forstås. Omordningen av helsevesenet blir ikke vurdert også på helsevesenets egne, historisk betingede premisser. For så vidt kan man si det er den tradisjonelt svake del av omsorgsvesenet, sosialvesenet – arvtageren etter fattigvesenet, som setter den tradisjonelt sterke på plass. Helsevesenet usynliggjøres nesten også, for så vidt som det mister sitt tydelig synlige navn og blir en del av *Socialsenteret*. Sosialreformatorene har opptrådt, tør man si, en smule arrogant, eller kanskje vi skulle si, ”oppoverarrogant”. Det kan være et uttrykk for det at komiteen hele veien taler om det publikum som skal betjenes, som ”klienter”. Vi hører intet om pasienter. Komiteens toneangivende, og alt annet enn svake, personligheter kan ha nok ha godtet seg litt over å kunne sette legene på plass på denne måten. Men tre leger ble

altså med på ferden. De kan ha blitt for ”små” i denne sammenheng, men de kan også ha følt at komiteens forslag på mange måter kunne se ut som implikasjoner av de ideer Evang lenge hadde gjort seg til talsmann for, og som også preget ”nr. 85”.

Vi har fremstilt Sosialreformkomiteens forslag som sosial-radikale: De pekte mot et lokalpolitisk styrt, kollektivisert, klientmobiliserende omsorgsvesen. Slik sett passet komiteens forslag i en tid hvor fattigdommen og de svake ble ”gjenoppdaget” ikke bare i Norge og Norden, men overalt i de velstående vestlige land. Det er imidlertid fristende tillike å se på reformforslagene som ”høyreforbereidende”. De innebar at staten i noen grad trakk seg tilbake fra ansvaret for å yte hjelp og selv gikk over i en slags kombinert bestiller- og kontroll- eller tilsynsrolle. Kommunene og fylkeskommunene ville, etter forslagene, bli de utføreransvarlige. De ville bli det, enten ved selv å sørge for all hjelp, eller ved å sørge for at en del av hjelpen ble ytt av private hjelpeinstanser. Det er slik ikke så underlig at Finansdepartementet hadde meget til overs for kommunaliseringen av utføreransvaret. Der var imidlertid et problem for dem som tenkte i disse baner, nemlig utførerinstansenes lave grad av skjerming fra den løpende, folkelige politikk. Dette problem skulle komme på dagsordenen i åttiårene, men først få større betydning for helsevesenet et stykke ut i nittiårene.

”Ved siden” av, og nokså uavhengig av, sosialreformatorene ble det arbeidet videre på helsesiden, med utgangspunkt i ”nr. 85”. Sentertankene fra ”nr. 85” ble fulgt opp gjennom forsøksvirksomhet, ja, slik forsøksvirksomhet ble til dels satt i gang før meldingen kom. Etter hvert ble forsøksvirksomheten mer systematisert.⁶⁰⁰ Den fikk også i 1976, to år forsinket, et eget lovgrunnlag.⁶⁰¹ ”Nr. 85” ble ellers fulgt opp mer direkte gjennom Korvald-regjeringens tilleggs melding til ”nr. 85”, St. meld. nr. 45, *Tillegg til St. meld. nr. 85 (1970-71)*. ”Nr. 45” brøt lite med ”nr. 85”. Det viktigste var at betoningen av desentralisering ble styrket, endog i en slik grad at meldingsforfatterne fant det nødvendig å drøfte det ”skumle” ordet ”senter”. Forfatterne antydte at et ord som ”helsetun” eller ”helsehus” kanskje hadde vært bedre, men innså at senternavnet var for innarbeidet allerede til at det lot seg bytte ut.⁶⁰² Det bør også nevnes at Korvald-regjeringen modererte omtalen av spørsmålet om å plassere leger på fast lønn.

600) Med utgangspunkt både i ”nr. 85” og Sosialreformkomiteens innstilling nr. II, ble det 12.10.1972 nedsatt et ”prosjektutvalg” for å utarbeide en plan for ”forsøksvirksomhet i den primære helse- og sosialsektor”. Utvalget fikk overlevere i Helsedirektoratets sosialmedisinske kontor, Tor Ødegaard, som formann, og omfattet ellers både helse- og sosialfolk. Kfr. NOU 1973: 56, *Rammeplan for forsøksvirksomhet i den primære helse- og sosialsektor*. 17. januar 1973 ble det nedsatt et ”prinsippvalg” for å ”drøfte de spørsmål av administrativ, økonomisk, politisk og etisk karakter som knytter seg til ulike stadier i planlegging, gjennomføring og avvikling av forsøksvirksomhet innen Sosialdepartementets interesseområde”. Utvalget fikk stadsfysikus Fredrik Mellbye som formann, og blant andre forskningsstipendiat i odontologi, senere sosialminister, Leif Arne Heløe, som medlem. Kfr. NOU 1973: 35, *Systematiske tiltak for en bedre primær helsetjeneste*. Som en del av forsøksvirksomheten ble det nå også satt i gang rasjonaliseringsarbeid. En gruppe, ledet av den på den tiden meget eksperimentervillige distriktslege i Alta, Jan-Ivar Kvamme, som leder, ble 15.2.1973 nedsatt for å lage en oversikt over mulige rasjonaliseringstiltak av både organisatorisk og teknisk art som kunne være aktuelle i primærhelsevesenet.

601) Midlertidig lov av 11. juni 1976 om planlegging, organisering og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon. Lovproposisjonen (*Ot.prp. nr. 44*) ble fremmet i april 1974, men Stortinget ville vente med å behandle den til det hadde fått meldingen om Sosialreformkomiteens innstilling. 602) *St. meld. nr. 45 (1972-73)*, s. 28.

I ”nr. 45” refereres Sosialreformkomiteens anbefalinger, men uten at Regjeringen Korvald tar stilling til den. Det gjør derimot regjeringen Bratteli vel to år senere, gjennom St. meld. nr. 9 (1975-76), *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*. Tor Halvorsen var da statsråd. Med denne meldingen beveger vi oss igjen tilbake til ”sosialsiden” og ”klientene”, og helsevesenet trekkes med, og iallfall i noen grad som en ”implikasjon” av de ”sosiale” forslag. Bare i ett av 15 kapitler, kapittel 9, får helsevesenet en mer spesialisert oppmerksomhet, men under den megetsigende overskrift ”Samordning av sosialtjenesten og helsetjenesten m.v. på lokalplanet”. Akkurat som hovedforfatterne i 1972 var sosialfolk, er åpenbart hovedforfatterne av denne meldingen sosialfolk: Den var Sosialavdelingens ansvar. Samtidig er meldingen mindre ideologisk offensiv enn Sosialreformkomiteens forslag hadde vært. Indirekte forklarer meldingsforfatterne sin forsiktighet slik:

*Sosialreformkomiteens forslag om en vidtgående integrasjon har (derimot) vakt sterk motstand fra mange hold. Det er også divergerende oppfatning av **hvor stort** behovet for samarbeid er og **hvordan** samarbeidet bør organiseres og fungere. Det framgår av uttalelsene at de fleste mener at det på lengre sikt vil være en fordel å samle flest mulige servicetiltak i et helse- og sosialsenter, og at samling i et bygg nok kan være en fordel, men ikke nødvendig for samarbeidet. Dessuten pekes det på at det er forbundet med store utgifter å reise slike fellesbygninger hvor det ellers ikke er et slikt behov til stede. Det er heller ikke alle etater som ønsker å etablere bygningsmessig fellesskap.*⁶⁰³

Vi skal se på integrasjonen på det administrative og fagutøvende nivå først.

Remissuttaalelsene viser at trygdesiden raskt og bestemt ”meldte” seg ut. Rikstrygdeverket påpekte at mens helse- og sosialhjelpen i hovedsak ytet personlige tjenester, tok trygdekontorene ”stilling til forvaltningsrettslike spørsmål om hvorvidt en søker fyller betingelsene i lov og forskrifter til å få *rett* til til økonomiske trygdestønader”. Denne forskjell var ”et viktig argument mot den foreslåtte integrering”, fremholdt Rikstrygdeverket.⁶⁰⁴ Fra helsehold, som fra Lægeforeningen og fylkeslegene, var det også mange motforestillinger. Lægeforeningen mente at ”trygdeadministrasjonen og helseadministrasjonen i prinsippet bør opprettholde sin organisasjon”.⁶⁰⁵ På den annen side mente en del sosialfagfolk, som Sosionomforbundet, at utredningen var for lite radikal og integrasjonsorientert: ”Man mener at det må skje en fullstendig integrering av behandlingstilbudet på det lokale plan”.⁶⁰⁶

Departementet nærmer seg de normative spørsmål på en forsiktig måte. Det starter med å konstatere at ”alle” synes et nærmere samarbeid er viktig, og skriver så, nærmest henstillende, overfor de kanskje noe samarbeidsskeptiske

603) *St. meld. nr. 9*(1975-76), s. 73-74.

604) *Ibid.*, s. 76.

605) *Ibid.*, s. 75.

606) *Ibid.*, s. 74.

fagfolkene, at de gjennom samarbeid ”vil kunne utvikle seg faglig, utvide sin horisont,..”. Departementet legger beroligende til: ”Det skulle ikke være fare for at man mister sin faglige identitet ved å utvide sin horisont”. Etter å ha trukket frem remissinstansenes motforestillinger, slutter Departementet at ”en må ta sikte på et integrert samarbeid mellom de berørte etater,..”. Det konstaterer samtidig at ”komiteen går for langt i sitt integreringsforslag”.⁶⁰⁷ Det gir således uten videre opp å ta trygdesiden med i de nye sentre, men vil stadig at helse- og sosialomsorgen skal integreres, og foretrekker at det skjer gjennom sentre som befinner seg i de samme bygninger.

Hva angår integrasjonen på politisk plan, vil Departementet ha en ”full integrasjon”. Det vil således at også trygdekontoret skal legges inn under det nye helse- og sosialstyre, selv om dette var noe for eksempel Rikstrygdeverket gikk imot. Forslaget om å opprette et eget politisk styre for de tre etater, innebærer at det kombinert faglige og politiske organ, Helserådet, må nedlegges. Departementet antyder dog at der kan opprettes et kommunalt hygieneutvalg for å ta seg av ”smitteoppgaver” og teknisk-hygieniske oppgaver.

Vi kan ellers konstatere at Departementet ennå ikke tar opp til vurdering spørsmålet om å overføre distriktslegene til kommunene. Det er litt overraskende, siden Departementet vil samle helse- og sosialetatene under et kommunalt politisk organ. Fortsatt stod imidlertid den gamle distriktslege-etaten for sterkt som egen, statlig etat, også kulturelt, til at det var naturlig, eller mulig.

Den nokså brede enighet det hadde vært om de nye ideer for almenhelsepolitikken fra slutten av sekstiårene, begynte imidlertid nå å gå i oppløsning. De mange kritiske høringsuttalelser til Sosialreformkomiteens innstilling, var et første tegn på det. Departementet forsøkte gjennom sin melding å ”redde” den brede enighet, men lyktes ikke helt. Det viste seg i noen grad da meldingen ble behandlet i Stortinget, men enda mer da en del prominente medisinerer ”sprakk”. På Stortinget kom ikke motsetningene spesielt tydelig frem, når man ser bort fra den kritikk fra venstre som Sosialistisk Venstreparti kom med. Der kom også litt ”høyrekritikk” på Stortinget, men ikke meget. Den engasjerte ”høyrekritikken” var det medisinerne som stod for, ikke minst de to ”radikale” helsedirektører, Karl Evang og Torbjørn Mork. Den første, den forhenværende, gikk straks offentlig ut med sin kritikk. Den annen, den sittende, ventet ennå litt og holdt seg mer til ”interne” føra.

På Stortinget gav de borgerlige representanter i Sosialkomiteen uttrykk for et litt mindre integrasjonsvennlig standpunkt enn de sosialistiske. De ville for eksempel beholde de gamle fagstyreorganer, Helserådet medregnet. Dog ville de ha et samlende helse- og sosialstyre. Arbeiderpartiets representanter støttet Regjeringens forslag i disse henseender, men gav uttrykk for at det helseutvalg som var foreslått i meldingen burde beholde det tradisjonsrike navnet helseråd.⁶⁰⁸ Venstrestandpunktet kom for alvor frem først under

607) *Ibid.*, s. 85-86.

608) SF 6a, Innst. S. nr. 260 (1975-76), s. 14-16.

stortingsdebatten. Her tok sosialskolerektor Otto Hauglin, som ikke satt i Sosialkomiteen, til orde for en langt sterkere integrering enn Regjeringen hadde lagt opp til. I en polemisk tone spurte han hvem det var som var de ”viktigste bremseklosser for en effektiv samordning til klientens beste”. Han ”antydte” også svaret: Er det ”legene som fremdeles på en ufaglig måte er bremseklossene..?” Komitéformannen, Kåre Kristiansen, langt fra noen medikratiforkjemper – som vi har sett, repliserte at han syntes Hauglin mer talte som sosionom enn som stortingsrepresentant og syntes han kunne spart seg parket til legene.

Også Sosialkomiteens medlemmer hadde imidlertid fornemmet legenes voksende skepsis til Sosialreformkomiteens, og Departementets synspunkter. Den mottok mange henvendelser fra leger, blant annet fra landets fylkesleger. Fylkeslegene drøftet meldingen om de sosiale tjenester på et møte den 26. og 27. september 1975. Etter møtet formulerte fire av dem det brev som ble sendt Sosialkomiteen den 16. oktober. Hovedforfatter var stadsfysikus Fredrik Mellbye. Mellbye hadde temperament, og her viser han det. Fylkeslegene åpner sitt brev med å si at de støtter forslaget om å styrke sosialtjenesten, men ”advarer .. på det sterkeste mot de fremsatte forslag om omorganiseringen av det offentlige helsevesen” (s. 1). De fremholder at det er en klar tendens i meldingen ”til å ville rive opp og til dels avvikle det nåværende offentlige helsevesen utenfor sykehus i kommunene og fylkene” (s. 3). Siden det dreier seg om et vesen som under vanskelige og vekslende vilkår, ”gjennom 375 år” har ”medvirket til resultater som målt med tilgjengelige kriterier tilhører de aller beste i verden og i enkelte tilfeller er de beste i verden”, må det ”foreligge en høy grad av sikkerhet for at den nye organisasjon vil virke bedre enn den nåværende” (s. 3-4). Fylkeslegene advarer også mot forslaget om å nedlegge Helserådet:

(M)an setter ikke en ubegrunnet strek over det organ som på det lokale plan og i hver by og hver bygd, i hvert tettsted og i hver krok av dette land har gjennomført og opprettholdt de tiltak som eksempelvis har fjernet lepra, tuberkulose, kopper, difteri, poliomyelitt, tyfoidfeber, flekktyfus, skjorbuk, engelsk syke og de dødelige spedbarnsdiaréer fra den befolkning det arbeider blant og som det er en del av. (S. 4)

Det er interessant at fylkeslegene nå forstår at de, og deres tidligere sjef, Karl Evang, ikke helt så implikasjonene av det sosialmedisinske integreringsprosjekt de ikke bare ble med på, men drev frem. De skriver (s. 8):

Den enighet som for noen år siden syntes å foreligge om utbyggingen av den lokale helsetjeneste og lokale sosialtjeneste henimot en integrert helse- og sosialtjeneste, er ikke lengre tilstede fordi man i det praktiske arbeid har høstet vidt forskjellige erfaringer.

Fylkeslegene nevner så at der innen ”den medisinske vitenskap” nå ”avtegner seg tendenser som ikke kunne forutsees” da sosialmeldingen og de tidligere meldinger ble skrevet. ”Stortingsmeldingen er derfor i dag ikke i pakt med utviklingen, og heller ikke med det praktiske livs erfaringer”

(s. 8-9). Men fylkeslegene er allikevel ikke sikre på at ikke mer ”galt” kan skje. De skriver således at den offentlige legeetat ”antakelig” er ”forutsatt opprettholdt som statsetat” (s. 5).

Deltagerne på Bygdøy-kurset for offentlige leger høsten 1975 sendte også brev til Sosialkomiteen og gav i det uttrykk for at de syntes sosialmeldingen var ”eit dårlig grunnlagt diskusjonsinnlegg” og la til at det ”blir møtt med stor og temmelig samstemmig skepsis og motvilje av alle personellgrupper innafor det off. helsevesenet”.⁶⁰⁹

Statsråd Ruth Ryste la i stortingsdebatten stor vekt på å understreke enigheten mellom de borgerlige partier og Arbeiderpartiet. Hun mente de integrerte helse- og sosialstyrer fikk komme etter hvert og uttrykte glede over at det var enighet om at legene skulle beholde sin nåværende status og ha det faglig medisinske ansvar for helsetjenesten i kommunene. Hun var endog glad for at det ikke er noe ønske om en ”total integrering av de etatene vi har i dag”, og så frem til at ”man gjennom forskjellige tiltak skal søke å bedre samarbeidet mellom etatene”.⁶¹⁰ Statsråden forsøkte nesten å modere sin egen, allerede modererte, melding ytterligere. Hun hadde hørt på sin helsedirektør, men våget, eller kunne, ikke helt ”bønnhøre” ham. Det var nå politisk umulig.

I januar 1976 ble dragkampen om den offentlige legetjeneste for alvor offentlig kjent. Som nevnt før går den gamle helsedirektør, Karl Evang, i to store artikler i Aftenpostens aftennummer, 6. og 7. januar (s. 4), til et krasst angrep på St.meld. nr. 9 (1975-76). Den første artikkel, over fem hele spalter, har overskriften ”Vil myndighetene ha en svekket helsetjeneste?” Den annen artikkel, som nesten dekker en halv side av den tids storformatavis, har overskriften ”Helsepolitikk på tvers av positive strømninger”.

Evang konstaterer i den første artikkel at det dreier seg om en melding om sosialtjenesten, og fortsetter: ”Det forbausende, ja, man har vel lov til å si oppsiktsvekkende, er at Sosialdepartementet har valgt å ”henge på” meldingen flere dyptgripende endringsforslag når det gjelder det offentlige helsevesen”. Forslagene vil, fortsetter han, rive opp ”hele vår distrikts- og fylkeslegetjeneste”. Forslagene er ”ikke, eller meget kort og løst, begrunnet”. Evang ser at begrunnelsene for endringene innen helsevesenet ikke er formulert i Helsedirektoratet, men ”av folk med – for å bruke et parlamentarisk uttrykk – minimalt kjennskap til den måten helsearbeidet drives på”. Evang konstaterer også at ”Noen uttalelse fra helsedirektøren leter man ... forgjeves efter i meldingen”.

”Den gamle” omtaler meldingsforslagene om å frata fylkeslegene samarbeidspartnere, blant annet fylkeshelsesøstre, og oppgaver, for ”en faktisk kastrasjon av fylkeslegen”. Det vil bidra til ”kastrasjonen”, mener Evang, at fylkeslegen får ”udefinerte oppgaver” og at

609) Brevet, som bare er datert høsten 1975 var undertegnet av 13 offentlige leger, og ført i pennen av distriktslege i Marnardal, Kristian Hagestad (f. 1946). Sitatene er fra siste side (5).

610) SF 7c., *Tidende S.*, s. 3411. Debatten fant sted den 14.5.1976, og er gjengitt på sidene 3392-3429.

ansvars- og myndighetsavklaringen i forhold til ”det nye ”fylkeshelsevesen” som foreslåes” blir uklare. Hva gjelder forslagene som berører distriktslegene, mener han at de vil svekke rekrutteringen til distrikstlegestillingene. Meldingen er kommet som ”et sjokk i vide kretser av de offentlige leger”. Spesielt har legene reagert på forslaget om å nedlegge helserådene, skriver han i artikkel nr. to. Han konkluderer med at meldingens forslag vil føre til en svekkelse av primærhelsevesenet, den del av helsevesenet det ellers er enighet om spesielt å styrke.

Evangs skarpe inserater avfødte en del reaksjoner, men hverken fylkeslegene, han eller andre leger lyktes i å påvirke den politiske stemning, som vi har sett. Den forholdsvis brede enighet om veien videre bestod. Den veien pekte, som fylkeslegene ante, mot en oppløsning av det medikratiske oppbygde statlige distriktslegevesen.

Torbjørn Mork var påfallende lenge forsiktig og tilbakeholden. Det tør ha sammenheng med hans ”gamle” sosialradikalisme. Han hadde vært en pågående integrasjonsforkjemper, og kunne ikke brått snu helt om. Gradvis ble han imidlertid mer av en medikrat, og forsvarer av det bestående, også på dette område. Evangs offentlige intervensjon kan ha vært det som fikk ham til å vise ansikt på en tydeligere måte. Evangs artikler var jo nesten ydmykende for ham: De eksponerte hans avmakt. Morks synspunkter kom jo ikke engang til uttrykk i stortingsmeldingen. Men han snudde ikke umiddelbart, som vi har sett. Den i dette henseende ”nye” Mork trådte først frem høsten 1977, vel halvannet år etter Evangs alvorlige advarsler og mer enn to år etter at fylkeslegene og mange av distriktslegene var begynt å reagere. Da Mork ”sprakk”, var Evang helsemessig forlenget satt ut av spill.

I foredrag han holdt i de tre-tre og et halvt første år som helsedirektør fremstod han i spørsmålet om almenhelsevesenets organisering som en forsvarer av desentraliserings- og integreringspolitikken, og som en sindig embedsmann. Den ideologiske ”snert” han ofte hadde som statssekretær, var nå stort sett borte. I et foredrag i Kristiansand medisinske selskap 4. april 1973 konstaterte han således bare at det var ”bred enighet både blant fagfolk og politikere om at man må komme frem til et nærmere samarbeid mellom den tradisjonelle helsetjeneste og tilgrensende deler av sosialtjenesten”.⁶¹¹ I en artikkel han samme år skrev i tidsskriftet ”Sykehuset”, nevner han på en helt nøytral måte Sosialreformkomiteens forslag om en ”høyere grad av samordning av helsetjenesten og sosialtjenesten i lokalsamfunnet”.⁶¹² 20. februar 1974 taler han i Stavanger Medisinske Selskap om ”Samarbeid i helsetjenesten” og viser at han stadig, og uten reservasjoner, står på ”integrasjonslinjen”: ”Tendensen synes heldigvis å gå i retning av utviklingen av et lokalt samarbeidende serviceapparat, som i stigende grad er pasient-og-klientorientert i motsetning til det etatsorienterte tilbud som hittil har vært fremherskende”.⁶¹³

611) Foredraget har overskriften ”Den videre utbygging av vårt helsestell”. Det finnes som nr. 4-1973 i Mork-samlingen i Helsetilsynet. Sitatet er fra s. 5.

612) Torbjørn Mork, ”Fremtidens helsetjeneste – perspektiver og problemer”, *Sykehuset*, nr. 5, 1973, s. 287. Hele artikkelen finnes på s. 282-297.

613) Foredraget finnes som nr. 2-1974 i Helsetilsynets Mork-samling. Sitatet er fra s. 8.

På sitt foredrag på distriktslegemøtet 6. og 7. juni 1974 redegjorde han særlig for arbeidet med reformene i primærhelsevesenet, og gir fortsatt inntrykk av å identifisere seg med den politikk som drives. Dog røper han en viss utålmodighet, og bemerker også at Sosialreformkomiteens innstilling reiser noen ”problemer”, problemer han vil komme tilbake til når stortingsmeldingen foreligger. Til slutt i sitt foredrag sier han også at ”vi arbeider i en tid med betydelig usikkerhet også når det gjelder (distriktslege)etatens fremtidige stilling.” Han fortsetter dog, nesten litt pussig, slik: ”Det som imidlertid synes helt sikkert er at det offentlige helsevesen, og dermed distriktslegene, vil få en langt mer sentral stilling i det fremtidige helsevesen”.⁶¹⁴ På fylkeslegemøtet i Oslo 4. desember 1974 er han fortsatt politisk ”lojal”, men hans utålmodighet kommer nå enda tydeligere frem. Igjen kritiserer han Stortinget for å vente med å vedta noe, her forsøksloven (for reformvirksomhet), fordi det venter på meldingen om Sosialreformkomiteens innstilling. Han bemerker: ”..og mens vi venter på beslutninger fra de politiske myndigheter fortsetter en relativt ukoordinert utbygning av helsetjenesten utenfor sykehus..”⁶¹⁵

Gjennom hele 1975 og første halvdel av 1976 uttaler han seg ikke, etter det vi kan se, offentlig om arbeidet med almenhelseplanene. Nå er det sykehusplanen han dveler ved. Den var lagt frem høsten 1974, som St.meld. nr. 9 (1974-75), og ble drøftet, og gitt tilslutning, av Stortinget, våren 1975. Planen vekker oppmerksomhet, både fordi den intellektuelt er av et helt annet kaliber enn andre utredninger, meldinger og planer og fordi den har et så tydelig praktisk program. Den var også, i all hovedsak, blitt til i Direktoratet. Han var stolt av den, og talte gjerne om den. Den gav dessuten svar også på spørsmålet om almenhelsevesenets innpassning i det samlede helsevesen. Vi skal komme nærmere tilbake til planen når vi omtaler Direktoratets planleggingsoppgave.

Sykehusplanen er preget av moderne, rasjonalistisk-utilitaristiske tanker. Dens skapere har forsøkt å kombinere det nyttestatlige med det medikratiske, dog slik at dynamikken i planen mer preges av det første enn det siste. Den bryter slik med det dydsetiske egalitære, altså med den sosialmedisinske ”svakhetsromantikken”, som hadde hatt appell til politikeren Mork, og som i stor grad preget Sosialreformkomiteens innstilling. Som helsedirektør hadde han i økende grad sluppet rasjonalisten i seg selv, til; dog uten helt å slippe taket i sosialradikaleren. Det kan være derfor han så lenge nøler med å bryte med denne radikalismens implikasjoner. Høsten 1976 ”flirter” han fortsatt med den. Det kommer tydelig til uttrykk i den åpningsforelesning han holdt ved Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg 16. august. Han foreleste over det ”farlige” emne samarbeid. Igjen betoner han ideen om et tjenestetilbud som er både ”pasient- og klient-orientert”, og kritiserer den ”etatsorienterte” måten å tenke og handle på, altså den som preget medisinen, og dermed også medikratiske. Det er ”eksempelvis” også, legger han forklarende til, ”mange

614) Foredraget finnes som nr. 8-1974 i Morksamlingen i Helsetilsynet. Sitatene er fra s. 6 og 19.

615) Foredraget finnes som nr. 1-1975 i Helsetilsynets Morksamling. Sitatet er fra s. 2.

leger som fremdeles ikke innser eller avfinner seg med at denne stand ikke lenger har monopol på helsearbeid..”

Han fortsetter med å tale halvt teoretisk om samarbeid, og nevner at samarbeid både kan være forhandlings- og integrasjonspreget. I det første tilfelle er samarbeidet ofte ”relativt formelt og upersonlig”, og er gjerne preget av ”maktinteresser, prestisje og ensidig særprofesjonell opprustning”. Han omtaler slik samarbeid som ”fremmedgjort”. Det er åpenbart ikke hans foretrukne samarbeidsform. Det integrerende samarbeid omtaler han på en mer omfavnende måte, tør vi si:

Samarbeidsformen er uformell, preget av åpenhet og personlig innlevelsessevne... Maktbalansen er mindre interessant, personlig prestisjebetonede vanskeligheter tas opp og bearbeides, mistenksomhet motarbeides og deltakerne føler seg trygge mer fordi de føler tilknytning til gruppen og støttes av de andre, enn fordi de har sørget for sin egen profesjonelle opprustning.⁶¹⁶

Dette foredraget, hvor han bekreftet sin oppslutning om den ”sosialradikale” integrasjonstenkningen som stadig preget almenhelsevesenspolitikken, holdt han tre kvart år etterat Evang var kommet med sine to avisartikler. Men så ble Mork tausere en tid. Han brøt ”tausheten” gjennom et ”halvoffentlig” foredrag i november 1977. Han talte på en konferanse i Tromsø, arrangert av Norske Kommuners Sentralforbund. Konferansens tema var ”primærhelsetjenesten”. Han hadde satt som overskrift på sitt foredrag ”Problemer omkring primærhelsetjenesten”.

Mork åpnet sitt foredrag med å konstatere at ”Helsetjenesten utenfor institusjon befinner seg i en akutt krisesituasjon”. Han illustrerte det med å peke på at 38 av 141 distriktslegestillinger i nord stod ledige. Han fortsatte med å si at han ville ”trekke frem endel mer generelle problemer i forbindelse med helsetjenesten utenfor institusjon, kanskje på en litt ukonvensjonell og provoserende måte”.

Han ”forberedte” tilhørerne. Nå ville de ikke få høre den lojale embedsmann som redegjorde for politikken, og gjorde det på en tilsluttende måte – som de gjennom hans fem første år var blitt vant til.

Han starter sin egentlige redegjørelse med å peke på at krisen ikke er ”kommet uventet på de sentrale helsemyndigheter”. Allerede da ”nr. 85” ble fremlagt var Departementet klar over at krisen nærmet seg. Den hadde rykket enda nærmere da Stortinget i 1973 behandlet ”nr. 85” og tilleggsmeldingen, ”nr. 45”. ”Man må jo da spørre seg hvorfor det har skjedd så lite senere”, sier landets helsedirektør på en nesten distanserende måte. Men mer enn sommel er roten til problemene. Det er vel så viktig, fremholder han, at myndighetene startet i den gale enden, nemlig med spesialisthelsevesenet: Etter vedtagelsen av sykehusloven skjedde sykehusutbyggingen raskt. Den

616) Forelesningen har overskriften ”Tanker omkring samarbeid i helsetjenesten” og finnes som nr. 7-1976 i Mork-samlingen i Helsetilsynet. Sitatene er fra s. 8, 13 og 14-15.

tok storparten av bevilgningsveksten og stakk dermed også av med de leger almenhelsevesenet trengte. ”Det vi har gjort”, konstaterer han, ”er å bygge 2. etasje og taket på en bygning, mens grunnmuren holder på å rase sammen”.⁶¹⁷

Vi kan konstatere at Helsedirektøren karakteriserer den politikk han forsåvidt selv har vært med på å utvikle, som strategisk uheldig. Han kan imidlertid i noen grad ha følt at denne strategiske svikten skyldes det som skjedde under Evang: Planleggingen av den nye almenhelsepolitikken trakk svært meget ut; det vil si, den trakk enda mer ut enn planleggingen av spesialisthelsevesenspolitikken. Men gamle synder forklarer ikke helt de nye. De forklarer ikke hvorfor ikke ”nr. 85” straks ble fulgt opp med en proposisjon. Grunnen til det er, skriver han, åpenbart inspirert av sin forgjenger, at man måtte vente på Sosialreformkomiteens innstilling og så på meldingen om den. Akkurat som Evang påpeker han at ”man”, altså Departementet, brukte meldingen om sosialvesenet til å omordne helsevesenet – på en måte som ”gikk langt ut over hva som var nødvendig for å sikre den faglige og administrativt ønskelige samordning”, og som skapte uro og ytterligere forsinkelser (s. 3).

Men Helsedirektørens misnøye skyldes ikke bare forsinkelsen, den skyldes også innholdet i politikken – en politikk han selv lenge og helhjertet hadde stått bak. Han vendte seg nå mot viktige sider ved integreringspolitikken og mot kommunaliseringen og politiseringen av meget av styringen av almenhelsevesenet. Spesielt vender han seg mot integreringspolitikken. Han nevner at ”man i begynnelsen av 1970-årene hadde en meget sterk tro på nødvendigheten av en såkalt integrering av helse-, trygde- og sosialsektoren” (s. 2). Det var en overtro. Behovet for integrering er idag langt større ”innenfor de forskjellige ledd i den tradisjonelle primærhelsetjeneste, og mellom helsetjenesten i og utenfor institusjon, enn mellom helsetjenesten på den ene side og andre etater og service-kontorer” (s. 9). Ydmykt fortsetter han: ”Jeg er klar over at dette kan lyde etterpåklokt. Jeg har selv for en del år tilbake vært en ivrig talsmann for en sterk grad av samordning... De erfaringer vi senere har høstet, har ført til at jeg har moderert mitt syn. Jeg tror ikke at tiden er moden for integrering. Jeg tror erfaringen har vist oss at det faglig sett ikke er ønskelig og ikke er nødvendig” (s. 9). Oppgitt konstaterer han at det ”fremdeles er .. noen som styrer etter det opprinnelige kartet” (s. 10). Integrering, som Mork selv hadde gått så helhjertet inn for bare et drøyt år tidligere, fremstod altså nå for ham som et dobbelt onde: Den svekket klinikken og den bidro til å forsinke ”byggingen” av helsevesenets ”underetasje”.

De sosial-radikale stemninger som brøt frem mot slutten av sekstiårene, og som kom til å prege syttiårene, gav seg også utslag i krav om en større grad av politisering, altså folkeligjøring, av styringen. Størst folkeligjøring ville man få ved å desentralisere styringen mest mulig, altså ved å føre

617) Foredraget ble holdt i Tromsø i november 1977. Noen presis dato er ikke angitt på foredraget. Det er imidlertid renskrevet, men neppe endret særlig, senere, nemlig den 17. februar 1978. Sitatene i dette avsnittet er fra s. 1 og 2. Det finnes i Helsetilsynets Mork-samling som nr. 5-1977.

styringsmakt ned til fylkeskommuner og, særlig, kommuner, og der helst også ved å involvere befolkningen mest mulig i den løpende styring. Slik kunne demokratiseringen av styringen også møte de mer faglig funderte integreringstiltak, altså tiltak for å kollektivisere omsorgen.

Stemningene førte til nedsettelsen av Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, Komiteen ble nedsatt 29. oktober 1971, ”for å samordne og forberede reformer i lokalforvaltningen”. Den ble nedsatt av regjeringen Bratteli I, altså den regjering Mork var knyttet til som statssekretær. Målene for reformvirksomheten var ”å oppnå en desentralisering og demokratisering” av det politiske Norge, men også en effektivisering av forvaltningen. Da Mork holdt sitt skjellsettende foredrag hadde ikke Hovedkomiteen ennå levert sin utredning om helsepolitikken. Den kom først på nyåret i 1979.⁶¹⁸ Komiteen var imidlertid en ”desentraliseringsmaskin” og bidro selvsagt, endog før den hadde avlevert sin innstilling, til å forsterke både desentraliserings- og politiseringstrykket i almenhelsevesenet. Den var altså en trusel mot det statlig baserte fagstyret. At den ikke skulle bli en så stor trusel som Mork trodde da han holdt sitt foredrag, er en annen sak: Komiteens flertall ville beholde det statlige distriktlegevesen og i hovedsak også Helserrådet.⁶¹⁹ Det siste var imidlertid allerede i stor fare, siden hans eget departement hadde fulgt Sosialreformkomiteen og anbefalt å nedlegge det venererte faglig-politiske råd. Snart skulle det også vise seg at det gamle legevesen var i ytterste fare: Hans eget departement var iferd med å nedsette et utvalg, ledet av statssekretær Per Nyhus, for å se på blant annet almenlegevesenets plassering. Det var for øvrig en utvalgsnedsettelse han selv ikke hadde stor innflytelse over.

Helsedirektøren var helsepolitisk iferd med å bli satt på sidelinjen, av ”sine egne”. Der skulle han forbli sittende. Den nybekjennende medikrat var iferd med å bli en opposisjonsmann.

Morks tiltagende oppdagelse av seg selv som medikrat fører etter hvert til at han utvikler en viss skepsis til de alternative regimer, spesielt det politisk-lege, men i noen grad også det nyttestatlige. Han vender seg mindre mot jusen. Han blir, og forblir, slik en mindre bevisst medikrat enn Evang, og tillike mindre på vakt overfor økonomer og jurister enn sin forgjenger. Men nå var det særlig politikken, og den lokale gren av den, som provoserte ham. Han talte derfor om ”myten om nærdemokratiets velsignelse og evne til å finne de beste løsninger” (s. 10). Politikken, ikke minst lokalpolitikken, er ofte for preget av interessementalitet til at de gode fellesskapsløsninger finnes, mener han, og nevner som eksempel hvordan lokalpolitikere kan kreve at to distriktsleger i en kommune skal ha boliger og kontor i hver sin

618) NOU 1979: 10, *Helsepolitikken*. Komiteen var hele tiden ledet av Dagfin Juel (1909-1985), en embedsmann med bakgrunn fra flere departementer, og fra utenlandske oppdrag. Han var cand. oecon. fra 1932, og stod fra ungdommen av på den politiske venstreside. Han var statssekretær ved Statsministerens kontor fra 1956 til 1965 (med unntagelse av intermezzoet med Lyng-regjeringen i 1963). Juel ledet selv sekretariatet for Hovedkomiteen og ble en dynamisk leder av Komiteen. Komiteen leverte 12 utredninger, med en rekke underutredninger.

619) Tre av Komiteens medlemmer ville kommunalisere distriktshelsevesenet, nemlig Kristelig Folkeparti Bergrfid Fjose, SVs Per Eggum Mauseth (informasjonssjef) og Senterpartiets Sverre Krogh (fylkesvaraordfører).

del av kommunen, med det resultat at kommunen ikke får noen lege. Men han peker også på at fagfolk, med sine profesjonsinteresser, bidrar til å interesseinfiltrere politikken. Hva angår økonomene og nyttestatsfolkene er han enda mindre konkret, men eksponerer iallfall en del skepsis når han, inspirert av legendariske stortingspresident C. J. Hambros utfall mot de nye cand. oecon.er, sukker over ”at planleggere og økonomer slippes løs på en vergeløs helsetjeneste og på vergeløse lokalpolitikere” (s. 13).

Vi har sett at Torbjørn Mork ”leffet” med sosialradikalismen som ung politiker. Som nyutnevnt helsedirektør sa han til Arbeiderbladet at han ville bygge ut primærhelsevesenet og samordne det bedre med sykehusvesenet ”oppover” og med sosialvesenet ”til siden”. I tillegg ville han forskyve innsatsen over mot å forebygge at skader og sykdom oppstod.⁶²⁰ Han ville altså, kunne man si, forskyve (relative) ressurser fra sekundær- og tertiærklinikken til primærklinikken og preklinikken – altså ”nedover” og ”utover”. Vi har sett at han, ikke så unaturlig, ville sende ”makten” den samme vei, altså i retning av ”vanlige” leger, sosionomer og andre ”paramedisinere” og legfolk. Men som vi også har sett, trodde han han i så henseende stod på Evangs linje. Evangs utvidede helsebegrep og tanker om ”teamwork” pekte jo i denne retning. ”Nr. 85” gjorde det samme, og den var blitt til under Evangs overoppsyn. Evang oppdaget litt sent, det vil si, for sent, hvilke skumle implikasjoner hans tanker hadde. Mork oppdaget det enda senere. Kanskje var det også vanskeligere for ham å ta innover seg hva som skjedde. Han hadde i 1971-72 gått lenger enn Evang i medikratikritisk retning.

Men da Mork oppdaget hva hans gamle politikk førte til, snudde han, og snudde nokså bestemt. Han sier ikke så meget om hvorfor han snudde. Han henviser først og fremst til erfaringer, særlig med integrasjonen: Den virket ikke som han hadde tenkt. Det kan være at møtene med mange distriktsleger hadde påvirket ham. De kunne berette om hvordan integrasjonen i noen grad førte til møter, avtaler og rapporter, altså til en slags kollektivisering og byråkratisering av omsorgsytelsen. De kunne illustrere hvordan integrasjonen truet de nære, personlige og fortrolige relasjoner mellom leger og pasienter. De kunne appellere til den følsomme, dydsetiske jærbu i ham. De kunne få frem mer av den egentlige lege i ham. Kanskje så han nå også hvordan den sårbare kliniske relasjon krevde en styring og ledelse som var preget av intim forståelse for denne sårbarhet, altså en styring som hadde et nedenfra-og-opp-preg” over seg?

Man kan selvsagt også snu resonnementet og peke på at han må ha blitt alarmert av de styringsimplikasjoner han så at hans gamle tanker hadde: De var iferd med å ta fra ham det siste, og viktigste, ledd i hans styringsapparat. Ja, kanskje så han at han holdt på å miste mye av ”taket” på hele klinikken: Sekundærklinikken var allerede lagt under fylkeskommunen og nå kunne primærklinikken og preklinikken snart følge etter. Han så også hvordan bedriftspreklinikken nå var iferd med å gå helt tapt for helsevesenet. Hadde han ant den deling av hans direktorat som skulle komme i 1983, ville han

620) Kfr. Arbeiderbladet 1.7.1972, s. 12.

blitt enda mer bekymret. Han ville ikke engang sitte på det viktigste helsepolitiske styringsorgan. Men tenkte han nedendra-og-opp, som vi tror han i stor grad gjorde, kan man si at hans styringsbetyrninger like meget hadde en idealistisk og altruistisk som en maktpolitisk side. Helsedirektøren burde være en indirekte (pre)kliniker. Han burde ha en heisstatus, ja egentlig se noen pasienter innimellom.

Mork så, etterhvert, hva som var iferd med å skje. Hadde han vært mer maktpragmatisk, endog maktopportunistisk, hadde han tilpasset seg de rådende stemninger. Han var, som høy embedsmann, en del av Makten i Norge. Skulle han forbli det, ”burde” han jo ha tilpasset seg. Det lå ikke for ham. Han var, og forble, tro mot sine overbevisninger. Han var en ”lutheraner”; han kunne ikke annet. Han hadde endret oppfatning, men ikke fordi det ”lønnet” seg, eller var mest bekvemt. Han hadde endret oppfatning av grunner som for ham var gode. De var, iallfall i stor grad, ”kliniske” og ”prekliniske”.

Hans tale høsten 1977 var også en advarsel. Den var en advarsel som falt for døve ører. Som vi har nevnt foreslo det nye utvalget som skulle se på helsevesenet utenfor institusjon, og det lokale sosialvesenet, å kommunalisere hele primærklinikken, også legevesenet.⁶²¹ Ideen om integrering nærmest krevde jo, var den vanlige oppfatning, at de integrerende etater hadde den samme institusjonelle forankring.

Nyhus-utvalget ble nedsatt våren (21.4.) 1978 og leverte sin innstilling den 28. mai 1979. Innstillingen var delt hva angikk klinikkommunaliseringen. Tre av utvalgets 11 medlemmer, medisinalråd Egil Willumsen, avdelingssjef Bergljot Gudim og underdirektør Olav Heltne, ville la legeetaten få forbli statlig. Willumsen var, foruten formannen, den eneste lege i utvalget. Siden utvalget fikk to arbeidsgrupper, hvorav én for helsevesenet, ble imidlertid langt flere leger trukket med i utvalgsarbeidet. Willumsen ble leder for helsegruppen, og fikk med seg blant annet innflytelsesrike forvaltningsleger som tidligere medisinalråd Jon Bjørnsson, fylkeslege Edvard Fjærtøft (1929-1992), overlege Øivin Aarflot og assisterende overlege Anne Alvik. I tillegg kom Direktoratets toppjurist, Knut Munch-Søegaard. Det hører med til bildet at denne gruppens noe påfallende sammensetning, og for så vidt det at utvalget fikk en slik arbeidsgruppe, hang sammen med at den var en ”overtagelse” av en gruppe Mork noe tidligere hadde nedsatt for å forberede arbeidet med en ny lov for almenhelsevesenet. Willumsen fikk de fleste i arbeidsgruppen med seg i sitt forsøk på å ”redde” det statlige distriktshelsevesen, men ikke alle. Både Øivin Aarflot og Anne Alvik, samt den siste lege i gruppen, distriktslege Jo Telje (f. 1940), ville kommunalisere legevesenet. Men Willumsen og flertallet i hans arbeidsgruppe fikk altså det store flertall av hovedutvalget mot seg.

Hovedutvalget var også satt sammen for å levere en ”riktig” konklusjon. Det var ledet av en ”politisk” lege, men omfattet også

621) NOU 1979: 28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*.

innflytelsesrike, medikratiske folk som stortingsrepresentant Gunn Vigdis Olsen-Hagen (Ap), ekspedisjonssjef Tormod Hermansen (i mars erstattet av byråsjef Petter J. Drefvelin) og Nils Holm, byråsjef i Finansdepartementets mektige finansavdeling. Hovedutvalgets sekretærer var også ”lojale”, ja, ivrige, reformatorer fra Sosialdepartementet – økonomen Bjørn Halvorsen (f. 1947) og statsviteren Jon-Olav Aspås, samt stadslege i Tromsø, Hans J. Ånstad.⁶²² Også Ånstad var ”pålitelig”, som Nyhus så det. Han hadde gjennom sine sentererfaringer i Tromsø blitt en tilhenger av de nye integreringstankene.⁶²³ Han hadde tidligere arbeidet i Helsedirektoratet og tiltrådte i 1979 embedet som overlege i Legekantoret. Han ble først rekruttert som sekretær for Morks og Willumsens arbeidsgruppe mens han fortsatt satt som stadslege i Tromsø.

Nyhus-utvalget var preget av de sosial-radikale ideer om integrering, men disse ideer spilte ikke den samme rolle for dette utvalget som de hadde gjort for Sosialreformkomiteen. Utvalget, myndig og bestemt ledet av statssekretær Per Nyhus, tonet ned betydningen av den faglige integrering, til dels også den etatlige. Det gikk imidlertid inn for politisk og overordnet integrering. Forslaget om kommunalisering av hele almenhelsevesenet er et uttrykk for det. Den form for overordnet integrering utvalget gikk inn for hadde innslag av det sosial-radikale ved seg: De ville slippe de lege folkevalgte til. De ville imidlertid trekke dem unna den løpende ledelse og fagutøvelsen: Der skulle være en hierarkisk oppgavespesialisering, altså en styringsmessig modernisering. Samtidig ville de i noen grad profesjonalisere den overordnede og integrerende styringen. De ville gjøre den mer keynesiansk planbasert og nyttestatlig, i tråd med de tanker som var lansert gjennom den allerede ”klassiske” St.meld. nr. 9 (1974-75). Det almene helsevesen skulle utvikles og drives innen rammen av sektorielle planer, som fortsatt i den midlertidige plan- og forsøkslov (1976). For å få det til, mente utvalgsflertallet, måtte ikke bare legeetaten kommunaliseres, men helst også gjøres til en funksjonæretat (en etat av fastlønnede ansatte). Flertallet fant det imidlertid politisk umulig å gå så langt, så det anbefalte at det private almenlegevesen ble beholdt, men slik at det i noen grad ble bragt inn under planstyret. Det foreslo at legene fortsatt skulle få trygderefusjoner, men at kommunene skulle refundere trygden disse utgifter basert på den nasjonale gjennomsnittsutbetalingen pr. legeårsverk.⁶²⁴ Også pasientbetalingen skulle, etter forslaget, beholdes. Plantenkningen impliserte nok at utvalget skulle gått lenger i retning av å styre, og ”disiplinere” legene.

622) Aspås og Halvorsen arbeidet særlig med finansieringsordningen, mens Ånstad særlig arbeidet med det helsefaglige og organisatoriske knyttet til det. Der var en fjerde sekretær i utvalget, juristen Bjørn Formo (f. 1949), men han arbeidet bare med sosialvesenet.

623) Integreringstenkningen var ført ekstra langt ved to helse- og sosialsentre i Tromsø: Sentrene ble ledet kollektivt, av almannamøter, og et arbeidsutvalg med to medlemmer, valgt for et halvt år ad gangen av almannamøtet. Denne ordningen er det ytterste uttrykk for hva integrasjonsprinsippet impliserer – det kollektivt styrt legmannsstyre, eller det direkte demokrati. Den er slik sett også en trussel mot enhver form for fagstyre. Fagstyre innebærer at en bestemt type innsikt, faginnsett, skal settes over annen innsikt, leginnsett. Ordningen i Tromsø er kort omtalt i Departementets remissnotat av 24.1.1979, s. 97-98.

624) Der var en del uformell kontakt mellom utvalget, særlig gjennom Hans Ånstad, og Lægeforeningen, ved den nye generalsekretær, Harry Martin Svabø (f. 1937), og forhandlingssjefen, Sverre Strand. Lægeforeningens sentrale folk mente at kommunaliseringen av legevesenet knapt var til å unngå, og var derfor opptatt av å redde så meget av legeautonomien, faglig og økonomisk, som mulig. Den finansieringsordning Nyhus-utvalget foreslo reddet kanskje nok for legene, nok til at de ikke laget spesielt mye ”bråk” da utvalginnstillingen kom. Kfr. Maren Skaset, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (doktoravhandling nr. 424), 2006, s. 247-251.

Vi skal legge til at utvalget så det som umulig å gi kommunene hele det økonomiske ansvar og foreslo derfor statlige, objektivt baserte, rammetilskudd til driften. Ved at kommunene fikk rammetilskudd kunne de planlegge og lede som om de også hadde det samlede økonomiske ansvar.

Nyhus-utvalget, som Hovedkomiteen, foreslo at den nye loven for almenhelsevesenet skulle bli en ”lov om distriktshelsetjenesten”. Det navnet som lenge hadde vært brukt om det legeledede vesen, ville den altså beholde. Forslaget innebar for så vidt også at der skulle komme adskilte lover for helsevesenet og sosialvesenet.

I Departementet ble arbeidet med en lovproposisjon for almenhelsevesenet startet ennå mens Hovedkomiteen og Nyhus-utvalget arbeidet med sine utredninger. Ja, Departementet hadde ferdig et utkast til ny lov før de to komiteene kom med sine utredninger. Departementets utkast var ferdig 24. januar 1979, like før Hovedkomiteen kom med sin innstilling og ca. fire måneder før Nyhus-utvalget leverte sin innstilling. Men de to komiteene og Departementet arbeidet nokså parallelt og til dels i samarbeid. Hans Ånstad, som var deltidssekretær for Nyhus-utvalget, var hovedforfatter av Departementets lovutkast, gjerne bare omtalt som ”kladden”, men også av den rapport helsegruppen i Nyhus-utvalget laget. Ja, ”kladden” og rapporten var til dels de samme dokumenter.

Men selv om utvalget og Departementet arbeidet parallelt, og til dels gjennom samme person, ble produktene litt forskjellige. I Departementets januarnotat ble, i prinsippet, Nyhus-utvalgets flertallssynspunkter lagt til grunn. Allikevel ble departementsnotatet mindre radikalt enn Nyhusutvalgets flertallsinnstilling hva angikk legevesenets plassering. Departementsnotatet, som helsegruppens, var mer nedenfra-og-opp-resonnerende, og mindre alment planbasert og ovenfra-og-ned-resonnerende, som Nyhus-innstillingen var. Mens Nyhus-innstillingen tok utgangspunkt i den gamle ordens fragmenterte preg og oppgaveoverlapping, la departementsnotatet mer vekt på hvordan det gamle distriktshelsevesen var blitt tilpasset behov (nedenfra) gjennom lang tid. Distriktslegene ble omtalt på en nesten heroiserende måte. Notatforfatterne idylliserte dog ikke situasjonen i almenlegevesenet. De understreket hvordan distriktslegevesenet, særlig nordpå og nordvestpå, var kommet på defensiven, men at det i stor grad var det fordi det ressursmessig var blitt hengende etter institusjonshelsevesenet. Den midlertidige lege-reguleringslov, som trådte i kraft 1. januar 1980, var et defensivt tiltak for å begrense krisen i almenhelsevesenet. Hva ”plasseringsspørsmålet” angikk, konkluderte notatforfatteren med å si at ”Departementet ikke har tatt endelig standpunkt til dette spørsmål”.

Notatet var i stor grad skrevet under Helsedirektørens ledelse. Da Nyhus-utvalgets innstilling skulle sendes ut til uttalelse, bad Helsedirektøren om at også ”notatet” ble sendt ut. Det skjedde.

Da proposisjonen skulle skrives ble Hans Ånstad igjen kallet på, men nå av Departementets politiske og administrative ledelse. Ånstad hadde stått under

krysspres da han samtidig hadde måttet arbeide med den nye loven både for Helsedirektoratet og for Nyhus og hans utvalg. Nå skulle han bare arbeide for Departementet, men var stadig ansatt som overlege i Direktoratets legekontor. Han ble dog permittert fra den stillingen da han skrev lovproposisjonen. Han ble knyttet til Planavdelingen og arbeidet slik under dens bestemte og viljesterke sjef, Jan Madsen. Han arbeidet, igjen, sammen med Jon-Olav Aspås. De to ble ellers bistått i et viktig henseende av en eldre herre, den pensjonerte høyesterettsdommer Trygve Leivestad (1907-1994). Han var en mann Departementet nå stadig konsulterte. Leivestad hadde fattet stor interesse for helserett, og ble den som i all hovedsak formulerte det nye lovforslaget.

”Bestillingen” til de ”gamle” utrederne var tydelig, og den gikk Mork imot. Det var ikke lenger slik at Departementet ikke hadde tatt stilling til ”plasseringsspørsmålet” og i prinsippet også Helserrådets skjebne. Det hadde tatt stilling, men i første rekke gjennom Madsen, men også hans fagkollega og innflytelsesrike planlegger i Direktoratet, Jan Grund. Madsen, og Grund, ”fornemmet” hva regjeringspartiet ønsket og sørget for at ønsket ble omsatt til praksis. Statsråden, Arne Nilsen, spilte en mer distansert rolle. Helse-direktøren var satt helt på sidelinjen.

Ånstad ikke bare godtok den nye bestillingen, ”Madsens bestilling”. Han var enig i den. Slik gav det god mening for ham å være institusjonsreformator. Samtidig følte han at han, som embedsmann, opptrådte illojalt.⁶²⁵ Av Jan Madsen og andre administrative ledere i Departementet fikk han imidlertid, til trøst, høre at han nå var ansatt i Departementet og at han, i en utpreget departementssak (en politisk sak), i første og siste instans arbeidet på oppdrag fra Statsråden. Forholdet til Mork gikk imidlertid i stykker med dette, og ved delingen senhøstes 1983 gikk Ånstad til departementsavdelingen, som spesiallege.

Proposisjonen til de nye lovene, en helselov, en planleggingslov og endringer i sosialtjenesteloven, ble skrevet i løpet av halvannet år og lagt frem den 6. mars 1981.⁶²⁶ Den var omfattende, på nesten 250 sider med vedlegg. Den var også mindre prøvende, altså mer offensiv, enn de gamle utredninger. Den var preget av to styringsfilosofier, den lokaldemokratiske (den politiske), og den planhierarkiske (nytteorienterte). Man kunne kanskje samlet si at den var preget av det nyttekommunale. Det kombinert lokaldemokratiske og planstyrende viser seg i at Departementet, gjennom proposisjonen, ville samle mest mulig av makten i kommunene. Dermed måtte det statlige distriktslegevesen bort og det private legevesen måtte i det minste bringes inn under planstyre; helst burde også det bort. De halvoffentlige statslegene burde også helst bli heloffentlige, kommunale arbeidstagere. Det kombinert statlige og kommunale, og faglige og politiske, helseråd måtte bort. Bruddet med fortiden ble nå også gjort språklig tydelig: Der ble utarbeidet forslag til en lov for en *kommune*helsetjeneste.

625) Opplyst av Hans Ånstad i samtale 19.11.2008.

626) *Ot.prp. nr. 36* (1980-81) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Helt slik ble dog ikke proposisjonen lagt opp. Departementet måtte, av makt-politiske grunner, gi noen midlertidige konsesjoner. Uttalelsene, spesielt fra flertallet av fylkeslegene (15 av 19) og distriktslegene (2/3),⁶²⁷ og fra Lægeforeningen, var såvidt reformkritiske at Departementet hverken foreslo noen umiddelbar sosialisering av privatlegevesenet eller en almen "sosialisering" av finansieringen av de fleste offentlige legers kliniske virksomhet. Det måtte også, av juridisk-praktiske grunner, utsette integreringen av helserådsarbeidet i helt kommunale organer. I begge henseender, men særlig i det siste, var det åpenbart at konsesjonene var midlertidige. Vi skal her bare se på de første konsesjoner, de "private".

Departementets langsiktige preferanse var altså at almenlegene skulle bli fast ansatte kommunale arbeidstagere, ikke bare halvveis ansatte (være i kombinerte stillinger). Bare slik, mente Departementet, kunne legenes virksomhet styres ut fra samlede lokale behov, for eksempel slik at de brukte mer tid på forebyggende arbeid og på sosialmedisinske oppgaver; i det siste tilfelle særlig innen eldreomsorgen. De leger som ville fortsette å virke som selvstendig næringsdrivende, også på deltid (som sykehusleger), kunne gjøre det, men da måtte de inngå avtale med kommunene, avtaler som kunne inneholde bestemmelser om hvordan de skulle fordele sin arbeidsinnsats på ulike virksomheter og hvor meget de skulle gjøre (og dermed koste). Også nye leger kunne, var forslaget, inngå avtaler med kommunene om å drive privat praksis, dog ikke tidsavgrensede avtaler (bare inntil 10-årige). Lovforslaget innebar ikke at avtaleløs praksis ville bli forbudt. Den som vil drive slik praksis "må da få sin betaling av sine pasienter, som ikke vil få sine utlegg refundert av trygd eller kommune". "En antar", heter det videre, "at det neppe vil være mulig for mange å drive privat praksis på dette grunnlag".⁶²⁸

Som lovforslaget var utformet ville kommunene nærmest kunne gjøre privatlegene til ansatte. Avtaler skulle således avverteres og avtaleinngåelser fikk nærmest karakter av å være ansettelser. Avtalene skulle tildeles på faglig grunnlag, het det i lovforslaget.⁶²⁹ Departementet ønsket altså at kommunene skulle styre planhierarkisk, men kunne ikke pålegge dem å gjøre det, uten å bryte for meget med prinsippet om lokaldemokratisering.

Departementet fulgte Nyhus-utvalget når det gjaldt statens ansvar for finansieringen av almenhelsevesenet: Staten skulle bidra med et rammetilskudd til driften. Dette reiste noen tekniske problemer. Siden kommunene

627) Tre fylkesleger gikk inn for kommunal ansettelse, mens én var "nøytral" til ansettelsesspørsmålet. Stadsfysikus i Oslo, altså Fredrik Mellbye, gikk, påfallende nok, inn for fylkeskommunal ansettelse av distriktslegene. 105 av distriktslegene sendte remissuttalelse; 2/3 av disse foretrakk statsansettelse. Kfr. *Ot.prp. nr. 36, op. cit.*, s. 71-72.

628) Departementet peker på denne implikasjonen av den foreslåtte § 4-1, langt ute i *Ot.prp. nr. 36* (1980-81), på s. 163. Den gies ikke mye oppmerksomhet. Den ble underkommunisert. Den skulle imidlertid få stor oppmerksomhet da proposisjonen ble lagt frem. Departementet kunne ikke la bestemmelsen få helt almen gyldighet; da ville den komme i strid med legelovsbestemmelser om legers behandlingsplikt i visse situasjoner. Det het derfor at når en lege eller jordmor yter øyeblikkelig hjelp, som de var forpliktet til, "vil utgiftene på vanlig måte bli dekket av folketrygden eller av kommunen på stedet..." (s. 164). Dog åpnet ikke lovforslaget for at private leger kunne basere (hele) sin virksomhet på (regulær) øyeblikkelig hjelpvirksomhet.

629) Kfr. § 4-3. De gamle almenleger ville imidlertid, etter forslaget, automatisk få fast avtale med kommunene.

skulle ha nesten det samlede finansielle ansvar for almenhelsevesenet – unntagelsen gjelder pasientenes egenbetaling – oppstod der noen teknisk-politiske utfordringer. De gjaldt både oppgjørsformen for legenes arbeid og beregningen av rammetilskuddene. Her skal vi bare nevne at Departementet foreslo at legene, iallfall inntil videre, skulle fortsette å sende sine tariff-baserte regninger for sin kliniske virksomhet til trygdekontorene og at kommunene så skulle refundere trygden dens faktiske utgifter. Forslaget i proposisjonen var, som det heter, mer i tråd med prinsippet om ramme-finansiering enn Nyhus-utvalgets. Den ville gi kommunen et mer direkte finansielt ”tak” på de enkelte leger enn Nyhus-utvalgets mer ”upersonlige” refusjonsforslag. Vi skal legge til at gjennom redegjørelsene for de ”tekniske” utfordringer privatpraksis representerer, fikk Departementet godt frem hvor mye greiere det er med funksjonærleger. At praksis siden skulle vise at det ikke bare var enkelt å ha funksjonærleger heller, er en annen sak.

Torbjørn Morks rolle i arbeidet med proposisjonen ble altså først og fremst den kritiske observatørs og remisstans’. Som vi har sett var det etter hvert også den rolle han kom til å spille i organisasjonssaken. Det ”passer”. Det var først og fremst de to reformer som gjorde slutt på det gamle helseforvaltningsmedikrati, men som også markerte begynnelsen på den bredere avmedikratisering av hele (pre)klinikken. Gjennom organisasjonsreformen mistet forvaltningsmedikratiet meget av sitt ”hode”. Gjennom almenhelse-reformen mistet forvaltningsmedikratiet meget av sin ”kropp”.

Reformprosessene førte imidlertid også til at Helsedirektøren ”vokste frem” som mer og mer av en medikrat, en veltalende og pågående representant for ”fortiden”. Han ble dog ingen ”hovedstrømsmedikrat”. Han beholdt meget av sin sosialisme og sin oppatthet av ”de svake grupper”, og forble derfor kritisk til de tradisjonelle legers kulturelle og økonomiske ”overdanighet” og til den private klinikk. Denne ”sosialismen” hos ham, gjorde at han ikke ble helt godtatt av sine egne og av Lægeforeningen, selv om de nå oftere skulle støtte ham. Hans utvikling gjorde altså at han ble stadig mer isolert. Med sin tiltagende medikratisme distanserte han seg fra meget av den brede forvaltningsmakt, men også fra partimakten. De borgerlige politikere, spesielt i Kristelig Folkeparti, hadde lenge vært skeptiske til det evangsk-morkske legestyre. Arbeiderpartiet ble det senere og mer gradvis, men fra rundt 1980 var det blitt nokså tydelig. Antagelig bidro holdningene i forvaltningen til det. Mange av de mest toneangivende forvaltningsledere var arbeiderparti-folk. Et godt eksempel på det er Tormod Hermansen, som var en meget aktiv bidragsyter både til organisasjonsreformen og almenhelsereformen. Kanskje kan også maktskiftet i Arbeiderpartiet våren 1981 ha spilt en rolle. Gro Harlem Brundtland mente fortsatt, og fortsatte å mene, at utnevnelsen av Mork til helsedirektør var saklig ”gal”. Hun var nok påvirket av at Morks konkurrent var hennes far, men som faren, var hun heller ingen utpreget medikrat.⁶³⁰ Hun skulle siden ikke gjøre noe for å reversere de avmedikratiserende reformer. Snarere kom hun, og hennes regjeringer, til å fortsette

630) I flere stortingsdebatter om omorganiseringen av Helsedirektoratet ”minnet” Fremskrittspartiets (nye) leder Carl I. Hagen (Gro H. B.) flere ganger om at Mork var blitt innstilt som nr. 3 av Evang og blant annet plassert etter Gudmund Harlem.

avmedikratiseringspolitikken. Hennes forhold til Mork, og Morks forhold til henne, forble distansert.

I løpet av årene fra 1977 til 1983 fremstod altså Helsedirektøren som en utpreget helseopposisjonell. Den rollen skulle han beholde sin tid ut. Han ble imidlertid knapt noen leder av ”helseopposisjonen” i Norge. Der eksisterte ingen slik distinkt opposisjon, og han var for meget av en ”lutheraner”, og en *Einzelgänger*.

At forvaltningsmedikratiet nå mistet både hode og deler av kroppen gjorde også at Helsedirektoratet endret profil. Det tapte meget av sin rolle som planleggende og politikktutviklende organ. Også den iverksettende oppgaven begynte å bli truet. Tilbake stod særlig tilsynsoppgaven, en oppgave som tidligere hadde vært mindre sentral og som i stor grad hadde bestått i kontroll med ”de andre”, med ikke-legene. Reformene i begynnelsen av åttiårene la de viktigste premisene for Helsedirektoratets senere omdannelse til helse-tilsyn. Mork skulle etter hvert ane, men ikke stort mer enn det, at tilsyn kunne bli et utgangspunkt for en ny offensiv for ham og hans folk. Nå var det imidlertid nederlaget som preget ham. Den som formaliserte det, sosialminister Leif Arne Heløe sier i dag dette:

Hans problem var at han så på seg som den rettmessige arving etter Evang og følte vel at hvis han ikke klarte å opprettholde og bygge videre ut det medisinske imperium som var skapt, og som var kjent og ble sett opp til i utlandet, hadde han forspilt veldig mye av arven. Han ble derfor grenseløst skuffet da han ikke klarte å holde skansen.⁶³¹

Som vi skal se førte skuffelsen til at han forsøkte å ”hevne” seg etterpå. Ved å reagere slik, som vi også skal se, forble han værende på defensiven.

*

I slutten av august 1980 var et utkast til proposisjon klart og Statsråden bad i brev av 25. denne måneden Helsedirektoratet og andre interne instanser om kommentarer til utkastet. Helsedirektøren valgte, med henvisning til sin (gamle) instruks av 1927, å avgi en egen uttalelse. Uttalelsen er svært formell, og slik bare av denne grunn distanserende. Den er således konsekvent skrevet i tredje person. Han refererer til seg selv bare som ”Helsedirektøren” eller endog ”man”. Men distanseringen kommer selvsagt mest til uttrykk i innholdet: Han er gjennomgående kritisk. Her og der er han endog en smule ironisk.

Han begynner sin uttalelse, datert 8. september 1980, med å kommentere måten proposisjonens skribenter har gått frem på. Først bemerker han at utkastet er ”svært ordrikt” og har ”en rekke gjentakelser”. Så trekker han frem den skjeve presentasjonen av remissuttalelsene (bemerk hvordan alle instanser omtales som ”man”) (s. 1-2):

631) Uttalt av Leif Arne Heløe i samtale 18.12.2008.

Uten at man har gått igjennom alle høringsuttalelsene....., har man et inntrykk av....., at man i proposisjonsutkastet i langt større grad har sitert høringsuttalelser som støtter Nyhus-utvalgets flertalls tilrådinger, enn de som har gitt uttrykk for et avvikende syn eller sterke betingelser for det standpunkt man har tatt til hovedspørsmålene. Man merker seg også at viktige høringsinstanser..... som f.eks. Lægeföreningen og Sykepleierforbundet, ikke er sitert på en rekke områder der disse både har betydelig faglig innsikt og sterke interesser som arbeidstaker-organisasjoner. Man finner og grunn til å peke på at det høringsnotat med utkast til lov om distriktshelsetjeneste som ble utsendt fra departementet i meget liten grad er blitt omtalt, idet prosjektgruppen i det alt vesentlige har lagt Nyhus-utvalgets innstilling til grunn.

Mork fortsetter så med å se på sider ved diagnostikken i proposisjonen, og legger særlig vekt på at proposisjonsforfatterne "ikke har maktet å se dette i et historisk perspektiv, og kan gi inntrykk av at den samfunnsutvikling vi har gjennomløpt og står midt oppe i, i all hovedsak er problemskapende" (s. 2-3). Han fortsetter med å peke på at det i proposisjonen nærmest sies at "de nåværende ordninger stort sett bare har negative sider", men at forslagene som nå fremmes "vil kunne løse de fleste problemer". Han legger til at han synes Departementet bør vurdere "hvor hensiktsmessig det er for en regjering utsprunget av et parti som har sittet med regjeringsmakten praktisk talt sammenhengende i 40 år, å tegne et bilde av dagens helse- og sosialtjeneste som i all hovedsak fokuserer på de svake sider.." (s. 3).

Hva "terapien", altså reformforslagene, angår begynner han med igjen å kritisere forslaget om nedleggelse av disktriaktslegevesenet. Han henviser i den sammenheng til en sak som hadde tatt mye av hans oppmerksomhet i slutten av syttiårene, og gitt ham mange bekymringer, den såkalte Reitgjerd-saken (om den uforsvarlige behandling av farlige sinnssyke). "Jeg tolker Reitgjerd-kommisjonens rapport slik at det statlige tilsynsansvar kanskje går lenger enn hva man hittil har lagt til grunn" (s. 4). Hvis det gjør det, legger han til, vil det oppstå store tilsynsutfordringer innen det psykiske helsevern og innen omsorgen for de psykisk utviklingshemmede. Begge omsorger stod nå forøvrig overfor en desentralisering. Disse tilsynsutfordringer ville det være vanskelig for kommunalt ansatte å ta seg av (habilitetsproblemer); alternativet måtte bli en kostbar utbygging av fylkeslegekontorene.

Helsedirektøren kommenterer så forslagene til hvordan myndighetene kan sikre en større grad av likhet i tilgangen på helsehjelp, og er gjennomgående kritisk. Han nevner videre at Departementet i proposisjonen burde sagt tydeligere at det det siktet mot var en "permanent kommunal reguleringslov når det gjelder etablering av privat praksis" (s. 7). Mork nevner at dette er et "stort politisk stridsspørsmål som man verken kan skyve foran seg eller forsøke å pakke inn i til dels uklare formuleringer" (s. 7). Interessant nok sier ikke den gamle sosialist hva han egentlig mener om dette forslaget, altså om den underkommuniserte "nesten-sosialisering" av almenlegevesenet. Han antesiperer imidlertid den voldsomme kritikk som på dette punkt skulle

bli rettet mot proposisjonen. Han hadde i så henseende en finere ”nese” for hvordan ikke minst legene ville ta imot proposisjonen enn det mange av dem som stod bak proposisjonen hadde.

Han peker enn videre på at reformen vil innebære at det må bygges opp en ikke ubetydelig kommunal helse- og sosialforvaltning. Helsedirektøren bemerker at han ”for sitt vedkommende ikke anser at mangelen på en egen administrasjon på kommuneplanet er blant hovedproblemene i distrikts-helsetjenesten”.

Han har en rekke kritiske kommentarer til finansieringsordningen, og peker blant annet på at Departementet ”sterkt” har ”undervurdert de praktiske problemer” forbundet med alle avtalene som må inngås mellom kommuner og privatleger, særlig i og rundt de større byer, hvor leger i stor grad brukes over kommunegrensene (s. 10). Også på dette punkt antesiperte han den kritikk som skulle komme.

Mork har flere innvendinger, som vi ikke skal gå inn på her. Dog nevner vi at han avslutter med å påpeke at ”en rekke fylkesleger” har gjort ham oppmerksom på at med den usikre økonomi mange kommuner har, er det mange distriktsleger som ikke vil basere sin fremtid på almenlegevesenet (s. 12).

Det er noe påfallende konservativt over Morks reaksjoner. Han påpeker, som den irsk-britiske politiker og filosof Edmund Burke (1729-1797) hadde gjort etter den franske revolusjon, hvordan gamle institusjoner bærer i seg en fornuft lang tids prøving og feiling har skapt.⁶³² Han etterlyser de rastløse, og hodeløse, reformatorers søken etter denne fornuft. Han etterlyser også deres vilje til å forsøke å reformere for å bevare, altså å lete etter de små, og dermed reversible, forbedringer i det etablerte system. Han ser deres påpekning av oppstykkelede ansvarsforhold og ulike delfinansieringsformer som uttrykk for en administrativ ryddighetstenkning, og nærmest planmani, som mer synes å være teoretisk enn praktisk begrunnet. Således påpeker han flere ganger hvordan det for reformatorene synes å være mer om å gjøre å få plantenkningen til å gå opp enn å finne faglig, altså medisinsk, gode løsninger. Han hadde selv vært en radikaler, som trodde han gjennomskuet institusjonene og de ordninger de inngikk i. Han var det ikke lenger. Han ble urolig når han så hvor mange svakheter han, bare på teoretisk grunnlag, fant i den plan som nå var iferd med å bli lagt frem. For ham var lovmakerne for blendet av logikken i de planideer de tok utgangspunkt i, til at de kunne se en del av de problemer lovforslaget var beheftet med, og dermed også en del av den kritikk forslaget skulle bli møtt med. Dog så han heller ikke selv at meget av det han nå mislikte med den plantenkningen, og lokalpolitiseringen som lå under lovforslaget, hadde sitt utspring i ”nr. 9”, en melding han stolt hadde vært medansvarlig for, men som altså nå var fem-seks år gammel.

Proposisjonen ble lagt frem av den første regjering Brundtland. Gro Harlem Brundtland hadde overtatt som statsminister etter Odvar Nordli den 4.

632) Edmund Burke, *Reflections on the Revolution in France*, 1790.

februar 1981. Da var proposisjonen på det nærmeste ferdig. Stemningen hadde vært laber i Arbeiderpartiet etter flere års personstrid. På toppen satt en syk og utslitt statsminister, Nordli, og en stadig ”indisponert” formann, Steen. De så skjevt til hverandre. Både parti og regjering var på defensiven. Med Gro Harlem Brundtlands overraskende innsettelse som statsminister kom det nytt liv inn i både parti og regjering.⁶³³ Meningsmålingene ble bedre og partiet øynet muligheten for valgseier.

Snart satte imidlertid hverdagen inn for den nye statsminister og hennes regjering, og ettersom valgkampen foran høstens valgkamp kom igang viste det seg snart at den unge og energiske nye statsminister hadde problemer med å håndtere en ”ertelysten” og dreven dialektiker som Høyres statsministerkandidat, Kåre Willoch. I en rekke fjernsynsmøter lyktes han i å bringe henne ut av fatning, blant annet ved å spille på en rekke saker av økonomisk-politisk og utenrikspolitisk sak som i lengre tid hadde skapt splid innad i Arbeiderpartiet. Men det var ikke bare dialektisk dugelighet som ble avgjørende for den politiske stemningsutvikling. Vel så viktig var det skifte i ideologisk tone som begynte å utvikle seg i slutten av 1970-årene. Oljekrisene og de påfølgende økonomiske vanskeligheter gjorde at troen på statens evne til å styre, og på statlig planstyre og offentlig ”formynderi” overhodet, begynte å svekkes både blant styringsfagfolk, særlig økonomer, og politikere. Gro Harlem Brundtland fornemmet de nye ideologiske stemninger og begynte å tale om modernisering av staten og styringen. Det skulle imidlertid ennå ta noen år før hun satte igang ”frihetsdebatten” i Arbeiderpartiet. Det skjedde etter 1985, men for alvor fra 1987. Hennes parti kom rent på defensiven i ”frihetssakene”, og forble der altfor lenge, mente hun. Hun så hvordan Høyre etter 1979 gikk frem ved å gå til kamp mot ”Forbuds-Norge”. Hun så hvordan partiet fortsatte å ha suksess etter at det hadde overtatt regjeringen, blant annet med sin kampanje for ”et åpnere Norge” (Astrid Gjertsen), med sine initiativ for å liberalisere boligomsetningen og med sin forsiktige oppmykning av Kringkastingens radiomonopol (Lars Roar Langslet). Det ergret henne: ”Sosialdemokratiet og fagbevegelsen var nok for konservative og tradisjonelle, og greide ikke å reformere sin tenkning i tide”, skriver hun i sine erindringer.⁶³⁴

Da proposisjonen ble lagt frem i mars 1981 skapte den kraftige reaksjoner blant endel av de sterkest berørte parter, særlig legene. I spissen for kritikken stod Lægeforeningen og dens president, Harald E. Hauge, mannen som vel to år senere skulle bli sjef for den nye helseavdelingen i Departementet. Spesielt gjaldt kritikken forslagene til finansieringsmåte for det private almenlegevesen, altså nesten-sosialiseringen. Foreningen klarte å skape stor

633) Avisoppslag i arbeiderpartiavisene vinteren 1981 bidro til å fremskynde Nordlis avgang, og til å gjøre den ydmykende. Utpekningen av den nye statsminister skulle skje på et partiledermøte hjemme hos Trygve Bratteli den

1. februar. Der var satt i gang en aksjon i partiet for at nestformannen, Gro Harlem Brundtland, skulle velges, men de etablerte mannlige ledere i partiet ønsket slett ikke henne og trodde de hadde funnet en kandidat i LOs Rolf Hansen. Av de seks partiledere som møttes hjemme hos Bratteli i Ullevålsveien den søndagen gikk fem inn for Hansen som ny statsminister, bare Brundtland hadde en annen preferanse. Men da Hansen, særlig til Nordlis overraskelse, sa nei og anbefalte Brundtland, ble det henne. Prosessen er utførlig omtalt i Steinar Hansson og Ingold Håkon Teigene, *Makt og mannefall. Historien om Gro Harlem Brundtland*, Oslo: Cappelen, 1992, s. 91-116. Kfr. også Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv, op. cit.*, s. 262-267.

634) Gro Harlem Brundtland, *Mitt liv, op. cit.*, s. 379.

medieoppmerksomhet om sine synspunkter, og fikk støtte fra borgerlig politisk hold. Motstanderne av ”sosialiseringsforslagene” ble hjulpet av det ideologiske klimaskifte. Proposisjonen berørte ikke bare tilbudssidefriheten, altså næringsfriheten, den berørte også etterspørselssidefriheten, altså pasientenes (forbrukernes) valgfrihet. Proposisjonen bygget således på regionaliseringsprinsippet. Det innebar at pasientene ble bundet til *stedet* og stedets leger. Å velge lege fritt, spesielt på tvers av kommunegrenser, ville bli vanskeligere. Leger kunne dessuten peke på at når deres frihet til å praktisere ble begrenset gjennom avtaler, og eventuelt mangel på offentlig betaling, ville det mange steder bli tilbudt færre legetjenester. Legene, og borgerlige politikere, kunne slik fremstille lovforslaget som et forsinket bidrag til Arbeiderpartiets ”Forbuds-Norge”-politikk.

Regjeringen, og dens sosialminister, ble forskrekket over reaksjonene, og gikk straks med på å ”ikkebehandle” proposisjonen i vårsesjonen. Partiets planterkere skjønte at på noen avgjørende punkter var deres forslag nå døde. Det gikk mot regjeringsskifte og dermed mot en liberalisering av lovforslaget.

Høyre-regjeringen og dens sosialminister, Leif Arne Heløe, satte straks i gang arbeidet med å revidere Brundtland-regjeringens forslag til ny lov for almenhelsevesenet. Den godtok imidlertid meget i den ”gamle” proposisjonen. Den proposisjonen innebar langt på vei at legevesenet, både det offentlige og det private, (og litt til) skulle sosialiseres, eller iallfall kommunaliseres. De offentlig utnevnte leger hadde i en del henseender langt på vei vært fagstyrt (medikratiske). Nå skulle de legges under en langt tydeligere legpolitisk og lokaladministrativ styring. De private leger, men også de ”offentlige”, for så vidt som de økonomisk arbeidet for trygden som klinikere, skulle nå gjøres til nesten-ansatte, altså nesten-sosialiseres. De hadde ikke vært økonomisk autonome før heller, men finansieringen av deres virksomhet fungerte forholdsvis automatisk og ikkestyrende. Den foreslåtte avtaleordningen ville bringe dem under en langt sterkere grad av direkte styring. Lovforslaget åpnet imidlertid for at det kunne vokse frem et helt autonomt, altså et helt privatmedikratiske, legevesen, selv om det i proposisjonen ble sagt, og måtte bli sagt, at det var usannsynlig.

Den nye regjeringen godtok kommunalsosialiseringen av de offentlige leger. Ja, Høyre hadde for lengst gjort det, som alle de andre partiene bortsett fra Fremskrittspartiet.⁶³⁵ Nå var utfordringen å finne en måte å modifisere sosialiseringen av privatlegevirksomheten på. Det var litt av en utfordring, for Regjeringen ville ikke fortsette med den gamle automatiske refusjonsordningen. Det var en forholdsvis sterk vekst i legebefolkningen og med en automatisk finansiering av legevirksomhet var det lett å se at utgiftsøkningen ville bli formidabel. Det var også åpenbart, mente ikke minst Sosial-

635) Partiet ble stiftet i 1973 som Anders Langes Parti til sterk nedsettelse av skatter, avgifter og offentlige inngrep. Det skiftet navn til Fremskrittspartiet i 1977. Partiet passet på denne tiden godt på hva som skjedde i helsepolitikken. Det skyldtes nok ikke minst at partiets sosialpolitiske talsmann var den skarpskodde jurist, og liberalistisk-ideologisk offensive, Fridtjof Frank Gundersen. Gundersen var imidlertid i denne perioden formelt valgt som uavhengig representant fra Akershus. Gundersen hadde mange og interessante dissenser og innlegg i de helsepolitiske forhandlinger på Stortinget i perioden 1981-1985. En følge av hans helsepolitiske engasjement i denne perioden er boken *Helse og politiske styringsmekanismer*, Oslo: Tanum, 1989.

ministeren, at de aller fleste nye leger som gikk inn i praksisvirksomhet, ville komme til å gjøre det i de mest folkerike strøk, særlig i og rundt østlandsbyene.

Da arbeidet startet med å revidere proposisjonen så ikke Sosialministeren hvordan han skulle finne ordninger som sikret en viss utgiftskontroll, forebygget sterk sentralisering, men samtidig gav leger incentiver til å yte noe ekstra og pasienter mulighet til fritt å velge lege. Rundt seg hadde han rådgivere som hadde vært med på å utvikle den proposisjonen som nå skulle endres. De var alle, Hans Ånstad, Tor Borgenvik og i noen grad Jan Grund, planorienterte, og hadde vanskelig for å ”tenke” seg ut av den ordningen de hadde vært fødselshjelpere for. Løsningen, eller mellomløsningen, ble utviklet ikke minst gjennom samtaler mellom Statsministeren, Kåre Willoch og Sosialministeren. Borgenvik kom imidlertid også til å spille en løsningsorientert rolle. Statsministeren engasjerte seg sterkt i saken, og fulgte den nøye til den nye ordning ikke bare var vedtatt (høsten 1982), men også til den var endelig satt ut i livet (april 1984). Den løsning som kom ut av disse samtaler, særlig vinteren og våren 1982, var å dele honoreringen av leger og fysioterapeuter i tre deler, en fastlønnssdel, siden kalt driftstilskudd, en refusjonsdel (trygden) og en pasientdel (egenandel). Rammefinansieringen skulle, etter denne ordningen, beholdes, men begrenses: Refusjonsdelen skulle holdes utenfor. Det ville (kunne) gjøre det mulig for leger å praktisere privat uten å ha avtale med en kommune og for pasienter å gå til den lege de måtte ønske.

Denne mellomløsningen fortonte seg som attraktiv. Den gav, kunne det se ut til, en god balanse mellom styrings- og (omkostnings)kontrollhensyn⁶³⁶ på den ene side og frihets- og effektivitetshensyn på den annen. Men hvor god balansen ville bli, ville avhenge av vektfordelingen mellom de tre finansieringskomponenter. Fikk fastlønnskomponenten en stor vekt, ville styrings- og kontrollhensynene bli dominerende. Fikk de andre komponenter, men særlig trygdekomponenten, stor vekt, ville frihets- og effektivitetshensynene bli dominerende. Heløe trakk i den første retning. Han ønsket en fastlønnssandel på minst 50 prosent. Finansdepartementets embedsmenn ville gå enda lenger, til 100 prosent: De ville ha full kontroll med utgiftene og det gav bare fast lønn mulighet for. De, formodentlig særlig Nils Holm, fikk endog Finansministeren, Rolf Presthus (1936-1988), til å sette sitt navn under et notat som foreslo fast lønn for legene.⁶³⁷ Lægeforeningen trakk i motsatt retning og kunne tenke seg en andel på 20 prosent, men meningene var delte innad i foreningen. Blant privatlegene ville mange ha fastlønnstillegget helt bort, mens der i Offentlige Legers Landsforening var mange som ville ha bare fast lønn.⁶³⁸

636) Styringshensynene gjaldt som nevnt omkostningsutviklingen, men også, og for Heløe var det særlig viktig, den geografiske fordeling av legene, det forebyggende arbeids plass og den sosialmedisinske innsats (for de svake grupper) plass.

637) Dette skjedde nok for Presthus var helt klar over hvor følsom saken var. Notatet skapte umiddelbart litt uro i Sosialdepartementet, men da Finansministeren ble satt nærmere inn i saken, gikk han ikke videre med fastlønnstandpunktet.

638) Kfr. Maren Skaset, *op. cit.* 2006, s. 255.

Før noe standpunkt var tatt, og før tredelingen egentlig var tydelig lansert, ble saken tatt opp på et nokså uformelt møte på Høyres konferansested på Reistad i Lier den 2. og 3. januar 1982. Tilstede på møtet var, foruten Statsråden og Statssekretæren, representanter for Høyres ledelse og Høyres gruppe i Stortingets sosialkomité. Heløe redegjorde da for den forrige regjerings forslag og la frem sine og Regjeringens tanker om hvordan arbeiderpartiforslaget burde revideres. Han var ledsaget av to tjenestemenn som arbeidet med revisjonen, Hans Ånstad og Jon-Olav Aspås.⁶³⁹ Statsråden pekte først på hva det var Regjeringen kunne bruke av ”nr. 36”, og det var, sa han, det meste, ikke minst det at almenhelsevesenet skulle kommunaliseres. Han pekte videre på at man kunne tenke seg at de fleste leger ble fast ansatt, og at det ville gjøre det lettere å realisere det viktige høyreprinsippet om omkostningskontroll. Han knyttet ikke noen prestisje til standpunktet, men ønsket prinsipielle avklaringer. Etter at han hadde orientert og antydnet løsningen med en stor andel heltidsansatte leger, var det en stund helt stille. Så brøt Jo Benkow, stortingsgruppens fremste sosialpolitiker, stillheten og sa: ”Det her Ibo, det klarer du aldri!”⁶⁴⁰

Benkow tenkte på legene. De ville blokkere en løsning med en stor andel ”funksjonærleger”. Det hadde Benkow rett i og det skulle Heløe snart få merke. Han fikk både presidenten (1983-1988), Bengt-Lasse Lund (f. 1945) og Foreningens forhandlingssjef, Sverre Strand (f. 1939) på døren privat. Etter dette ble ordningen med den tredelte finansieringen utviklet og konkretisert, med Statsministeren som den fremste aktør. Regjeringen endte med å foreslå at fastlønnsandelen skulle være på ca. 40 prosent (og inngå i rammetildelingen), trygdeandelen på ca. 25 prosent og pasientandelen, som før, på ca. 35 prosent.⁶⁴¹ Dog gjorde den tredelte modellen det mulig å variere fastlønnsstilskuddets størrelse, for eksempel av distriktpolitiske grunner. Forslaget representerte en utpreget mellomløsning. Det lå lenger til ”høyre” enn Statsråden hadde tenkt seg og lenger til ”venstre” enn Lægeforeningen gikk inn for, men omtrent der Statsministeren hadde tenkt seg.

Det var trygdekomponenten som representerte den viktige endringen. Den skulle, som før, innebære at leger fikk refusjoner ”automatisk”, uten at deres medisinske praksis ble utsatt for styring. Den skulle også gjøre det mulig for de leger som ikke ville underkaste seg noen form for kommunal styring, å drive helt privat. Departementet forutsatte at de allikevel ikke kunne ta høyere egenandel (enn avtaleleger), og at slik, ”rent” privat, virksomhet derfor ville få lite omfang. Trygdekomponenten gjorde det også mulig for ansatte leger å drive en forholdsvis lønnsom ”fritidspraksis”.

Endringen representerte et skritt i medikratiske retning. Statsråd og statsminister var klar over det. De mente de ”måtte” finne en ordning som

639) Fremstillingen her bygger på samtaler med Ånstad (4.5.2009) og Heløe (18.12.2008 og 7.5.2009). Møtet er også omtalt i Leif Arne Heløe og Hans Ånstad, ”Striden om kommunehelse(tjenesteloven): Hvor ble det av forebyggingen?”, *Michael* nr. 4, 2007, s. 567-590. I artikkelen står det at de to byråkratene presenterte modellen, mens intervjuene har gitt inntrykk av at det var Heløe som presenterte den.

640) Leif Arne Heløe var ”attpåklatt” og hadde en 14 år eldre søster. Hun kalte ham bare ”Lillebror”. Til å begynne med uttalte han selv det ”Ibo”. Det forble siden hans kjæleavn. Opplysningen er gitt av Heløe i samtale 18.12.2008.

641) Kfr. *Ot.prp. nr. 66* (1981-82), s. 14.

Lægeforeningen kunne godta. Men selv tenkte de neppe primært medikratiske. Iallfall gjorde ikke Statsministeren det. Han tenkte som økonom. Derfor gikk han imot å gå videre med den gamle, automatisk virkende finansieringsordningen.

Medikratiske sett skal ikke den automatiske finansieringen føre til en ukontrollert omkostningsvekst. Tilbyderne, legene, ”utnytter” ikke en slik ordning. De er forpliktet av sine egne etiske regler til å opptre ansvarlig. Men for en ny-klassisk økonom er tredjeparts-betalingen et formidabelt problem, ja, hovedproblemet. Den skaper en ukontrollerbar og altfor høy omkostningsvekst. Det gjør den fordi nyttemaksimerende leger (tilbydere) og pasienter (etterspørrere) skaper en ”uovervinnelig” utgiftskoalisjon. ”Tredjeparten”, i dette tilfelle staten (og bak den de anonyme, uorganiserte skattebetalere) er håpløst svak. Det var derfor Willoch mente at ”en fortsettelse av den gamle ordningen etterhvert ville bli for dyr for Folketrygden,..”⁶⁴² Men tredjeparten, myndighetene, kunne styrkes, ikke minst ved at finansieringen kom ovenfra som en forhåndsbestemt sum og at tilbyderne, legene, ble gjort til funksjonærer. Slik sett er det ikke så overraskende at Finansdepartementet foreslo ansettelse av leger. Willoch så nok logikken i forslaget, men var altså kommet til at det ikke kunne følges. Han gikk delvis imot det som økonom: Man ville miste altfor mye legekapasitet hvis legene ikke ble fristet til å bruke mer av sin tid til å se pasienter. Men han gikk også imot det som ”markedspolitiker” – partiet ville tape velgere på å hindre dem i å velge lege, og som ”maktpolitiker” – legene var sterke nok til å kunne sabotere en ordning de mislikte.

Den løsning Willoch og Heløe etter hvert valgte reflekterte således også kontakter med legene, som vi har nevnt. Å forsøke en mer medikratiske måte å begrense legenes bruk av trygdemidler på, for eksempel ved at Lægeforeningen fikk (mer) ansvar for å ”passe på” sine medlemmer også økonomisk, falt nok ikke økonomen Willoch inn; ei heller andre. Selv om Lægeforeningen, som vi har sett, hadde erfaring med slik ”påpassing”, foreslo den heller ikke selv å bygge denne form for kontroll ut. Det var blitt tiltagende vanskelig for Foreningen å holde kustus på sine medlemmer.

Proposisjonen ble lagt frem den 16. april 1982. Den ble utarbeidet i Departementets planavdeling, men under tydelig politisk ledelse og med en utlånt direktoratsmann som sentral forfatter. Helsedirektøren, som stadig også var ekspedisjonssjef i Departementet, og under hvem alle helsesaker hørte, var holdt utenfor. Men før proposisjonen gikk i statsråd gjorde Mork et siste forsøk på å påvirke dens innhold. Han møtte opp hos sin gamle bekjente, Leif Arne Heløe, ledsaget av stadsfysikus Fredrik Mellbye. Heløe beretter: ”Han kom på mitt kontor, med Mellbye, og tryglet meg på sine knær om at legene måtte få forbli statlige”. Heløe fortsetter: ”Jeg hadde sympati for det, men måtte bare si at toget var gått og at det ikke var noe å gjøre med det. Vi skiltes i vemod”. Heløe sier også at Mork ”ble dyster, grå,

642) Kåre Willoch, *Statsminister*, Oslo: Schibsted, 1990, s. 275. Willoch omtaler arbeidet med loven for det nye kommunehelsetvesen nokså utførlig i denne erindringsboken. Vår fremstilling bygger i noen grad på Willochs redegjørelse; kfr. kap. 26, Konfrontasjon om helsereform (s. 271-281).

snakket ikke, tungsinndig”.⁶⁴³ Heløe hadde tidligere i samtalen nevnt at hvis landet skulle ha et kommunalt helsevesen, og noe annet var nå politisk umulig, kunne ikke de viktigste offentlige helsefagfolk, legene, være halvt selvstendige statsleger. Den desentralisering reformen tok sikte på, fremholdt Heløe, var dessuten helt i tråd med de råd WHO hadde gitt for det primære helsevesen. Disse råd hadde Mork selv stilt seg bak. Mork opplevde slik ikke bare å få sitt ønske avvist, han ble også satt litt på plass.

Regjeringen og statsråd Heløe fikk vedtatt sin proposisjon. Det skjedde endelig den 19. november 1982, altså midt i ”budsjettssesjonen”.⁶⁴⁴ Regjeringens endringer i den forrige regjeringens forslag, gjorde imidlertid at det ble politisk uro omkring almenhelsereformen. Endringene gikk i høyre-liberal retning, og forsåvidt var det ikke underlig at de skapte politisk strid. Striden fortsatte imidlertid etter at loven var vedtatt. Striden bidro til at deler av loven ikke kunne settes ut i livet som planlagt, nemlig fra 1. januar 1984. Den del av loven som gjaldt legevesenet og fysioterapitjenesten trådte først i kraft 1. april 1984, og selv det holdt hardt. Regjeringen måtte slåss på to fronter. På den ene siden måtte den slåss med Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti, som i denne saken opptrådte med stort polemisk trykk. Det gjorde det ikke lettere for Regjeringen at der var folk i de mindre borgerlige partier som viste en viss forståelse for sosialistenes argumentasjon. På den annen side måtte den slåss med Lægeforeningen, skjønt for alvor først etter at loven var vedtatt. Helsedirektøren deltok ikke i denne striden, og kunne knapt gjort det. Men han hadde sine oppfatninger og la ikke skjul på dem innad, som vi skal komme tilbake til. Han kom til å angripe loven *både* fra høyre og fra venstre.

Stortingsbehandlingen av proposisjonen ble selvsagt preget av striden om den private praksis. I noen grad bidro den til å heve temperaturen i debatten om reformen, men spesielt ”spiss” ble allikevel ikke tonen. Ei heller bragte stortingsbehandlingen frem interessante nye momenter, med én unntagelse. Fridtjof Frank Gundersen (uavhengig/Frp) skrev en utførlig særuttalelse, og fulgte siden den opp i plenumsdebatten.

Gundersen argumenterte først og fremst markedsøkonomisk. Han var således mer opptatt av å la lege- og fysioterapitjenester bli mer private og mer styrt gjennom pasientenes frie valg og ”bortvalg”. Siden han ikke ønsket helt å privatisere betalingen, og slik skape mer ekte markeder for helsetjenester, fikk han imidlertid et problem med en mulig overretterspørsel. Hans svar er interessant, og forsåvidt hva vi kunne kalle medikrativt: Han ”antar nemlig at det under enhver omstendighet bare vil være et lite mindretall som oppsøker lege selv om de ikke føler seg syke”. Han legger til at egenandelen på hele 35 prosent vil bidra til det samme. Ellers pekte han også på at med den rene bevilgningsstyring Arbeiderpartiet hadde lagt opp til i ”nr. 36”, ville der etter alt å dømme, hvis bevilgningsrammen ble fastholdt, oppstå køer, som man nå begynte å få i det (siden

643) Uttalelsene ble gitt i en samtale vi hadde med Heløe 18.12.2008.

644) Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66. Odelstinget vedtok loven den 4. november og Lagtinget den 12. november.

1980) bevilgningsstyrte sykehusvesenet. Gundersens synspunkter ble ikke ordentlig kommentert av andre. Han ble på mange måter både oversett og ”overhørt”. Spesielt hans siste synspunkt, om bevilgningsstyring, var imidlertid viktig også for ”den kompakte majoritet”. Denne majoritet var svært opptatt av omkostningsveksten i helsevesenet, og håpet å få begrenset den gjennom mest mulig faste budsjetter. De tok ikke innover seg Gundersens poeng om at når man implisitt lover alle ”alt” (de synes de har behov for), til en nokså lav pris, og når de nesten frie tilbud blir flere (flere leger), må det bli vanskelig å drive stram budsjetttrammepolitikk. Men Gundersens poeng rammer også hans egen posisjon. Publikums etterspørsel vil drive utgiftene raskere oppover enn hva som økonomisk-politisk er ”forsvarlig”. I noen grad innrømmer han det. Han taler om at den økning man ser i utgiftene til legetjenester mer representerer en ”helsemessig nødvendig utgiftsøkning” enn en unødvendig, kanskje legeutløst, pasientpågang.⁶⁴⁵

Regjeringen fikk sin proposisjon ”uskadet” igjennom i Stortinget, selv om debatten hadde polemiske ordvekslinger mellom proposisjonens forsvarere og opposisjonen til venstre. Opposisjonen gjøv forøvrig ikke bare løs på Regjeringen, den utfordret Senterpartiet og Kristelig Folkeparti og hakket på legene, som neppe ville ”sulte ihjel uten særrettigheter”.⁶⁴⁶ Som nevnt gav ikke venstreopposisjonen seg etterat loven var vedtatt heller. Resten av 1982, gjennom hele 1983 og utover vinteren og våren 1984 fortsatte polemikken, en polemikk hvor partene investerte betydelig prestisje. På venstresiden ledet Gro Harlem Brundtland an i angrepene på Regjeringen, mens statsminister Willoch spilte en sentral rolle på ”forsvarssiden”. Regjeringen fikk det ekstra vanskelig for såvidt som de små borgerlige partier, og særlig Kristelig Folkepartis Odd Holøs (1922-2001), ikke var helt ”pålitelig”, og for såvidt som Lægeforeningen utnyttet Regjeringens ”tvangssituasjon” i de vanskelige lønsforhandlinger som måtte være avsluttet før loven kunne tre i kraft.

*

Mork holdt seg, som sagt, i bakgrunnen. Innad gav han imidlertid uttrykk for sin frustrasjon. På et fredagsmøte (ledermøte), antagelig umiddelbart etterat loven var vedtatt, gav han uttrykk for at den forrige regjeringens lovforslag var en ”ulykke”, men at den lov som nå var vedtatt, var en ”katastrofe”.⁶⁴⁷ Ulykken bestod i at distriktslegevesenet ble underlagt politisk-administrativt nærstyre. Katastrofen bestod i at det sosialiserte, og dermed på alle måter bundne, og i stor grad prekliniske, legevesen, nå ville komme i en umulig konkurransesituasjon overfor det halvt medikratiske privat- eller avtalelegevesen. Det ville på en alvorlig måte svekke det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid: Det skulle finansieres innenfor rammer, rammer som etterhvert kunne bli nærmest universelle (almene

645) Kfr. SF 6b., Innst. O. nr. 7 (1982-83). Sitatene fra Gundersen finnes på s. 20 og 21 i innstillingen.

646) Arbeiderpartiets talskvinne, Grete Knudsen, forsøkte i debatten i Odelstinget blant annet å vise hvordan Høyre var ”styrt av særinteresser, ved den sterkeste profesjonen”. Hennes innlegg i debatten finnes i SF 8 Tidende O. og L., s. 53-56. Sitatene er fra s. 54.

647) Diskusjonen her er empirisk basert på samtaler med Hans Ånstad den 4. mai 2009. Kfr. også hans ”Kommunehelsetjenestereformen i Norge på 1980-tallet – personlige betraktninger”, *Michael*, nr. 4, 2007, s. 557-566.

kommunale remmebevilgninger) og ville slik bli svært konkurranseutsatt i den kommunale budsjettprosess. Den (private) kliniske virksomhet var på den annen side sikret en tilnærmet skjermet finansiering. Avtalelegene skulle nok, som endel av avtalen med kommunene, utføre noen prekliniske oppgaver. Disse oppgaver ville imidlertid for legene fremstå som økonomisk mindre gunstige enn de kliniske oppgaver de ellers skulle bruke tiden på. Ettersom leger flest foretrekker klinikken fremfor preklinikken, ville det ytterligere bidra til svekkelsen av det prekliniske arbeid og, indirekte, til svekkelsen av kommunelegerollens status.

Mork var nok nå blitt en bestemt medikrat, men han var, som Evang, mer en offentlig enn en privat medikrat. Hans poeng om at hvis bare den offentlige legeetat ble sosialisert, mens den private fikk forbli halvt medikratiske og liberal, ville den første tape i konkurransen med den annen, var viktig, men det ble ikke endel av den åpne politiske disputt om den nye loven. Hans standpunkt til loven, kan imidlertid også sies å implisere at hvis man skulle kommunalisere den ene del av legevesenet, måtte man også kommunalisere den annen. Da ville man nok ende i ”ulykken”, men man ville unngå katastrofen. Arbeiderpartiets lokalsosialistiske forslag var altså for ham noe bedre enn Høyres halvliberale og halvmedikratiske forslag.

*

Våren (1983) gikk, og 8. juni måtte Willoch, uten begeistring, skifte ut syv av sine statsråder og ta inn like mange fra Kristelig Folkeparti (4) og Senterpartiet (3). Det gikk trått med forhandlingene med legene, forhandlinger som også omfattet Norske Kommuners Sentralforbund. 1. september brøt de sammen. I slutten av måneden kom derfor Statsministeren til at deler av den nye kommunehelsetjenesteloven måtte utsettes. Det bød Heløe imot å gå inn for en utsettelse, men han måtte gå med på det; dog skjedde det motstand og polemikk fra venstresiden. Regjeringen fikk 13. desember flertall (de borgerlige stemmer) i Odelstinget for en utsettelse til 1. april.⁶⁴⁸ Da var kontakten mellom legene og arbeidsgiverne igjen tatt opp.⁶⁴⁹ Noen dager senere, den 16. desember, kom partene til enighet.

Avtalen innebar blant annet at de leger som ikke inngikk avtale med kommuner, kunne ta høyere egenandel enn hva som var forutsatt i den tredelte finansierungsordningen. Arbeidsgiverne var ikke helt fornøyd med det, men Statsministeren så ikke på denne konsesjonen som alvorlig. Han syntes ikke det var urimelig at leger uten avtale kunne ta noe høyere egenandel. ”Konsesjonen” skapte imidlertid politisk uro utover vinteren. Arbeiderpartiet, og ikke minst Gro Harlem Brundtland, kritiserte Regjeringen for at den nå ville

648) Forslaget ble besluttet fremsatt på regjeringskonferansen den 1.12. I det politiske miljø gikk det rykter om at det hadde vært dragkamp om saken og at Heløe hadde truet med å gå av. Forslaget om at utsettelsen av ikrafttreddenen bare skulle gjelde deler av loven, ble omtalt som et kompromiss mellom Willoch og Heløe. Heløe benektet imidlertid allerede dagen etter regjeringskonferansen at han hadde satt saken på spissen; kfr. Aftenpostens morgennummer 2.12.1983, s. 4.

649) Statsministeren var stadig involvert, til dels på grunn av det nokså nære forhold han hadde til Lægeforeningens president, høyremannen Bengt-Lasse Lund.

innføre et ”toprissystem” for legetjenester.⁶⁵⁰ Partiet gjorde også det det kunne for å hindre at fylkeskommuner og kommuner sa ja til avtalen, skjønt partiets representanter i NKS enstemmig hadde anbefalt avtalen.⁶⁵¹ Da så flere fylkeskommuner sa nei til avtalen, ville Arbeiderpartiet utsette lovens ikrafttreden hva gjaldt den private lege-, fysioterapi- og psykologdelen, ytterligere, men Stortinget vedtok avtalen den 29. mars. I forbindelse med behandlingen av avtalen i Stortinget fremsatte Sosialistisk Venstrepartis Hanna Kvanmo (1926-2005) mistillitsforslag mot Sosialministeren. Leif Arne Heløes ”trillepike” fra tredveårenes Harstad fikk imidlertid bare sin ene partikollegas støtte.⁶⁵²

*

De saker vi har omtalt, og brukt for å kunne tegne et bilde av Torbjørn Mork som politiker, er bare noen av de saker han engasjerte seg i. En del av de andre saker, som Reitgjærde-saken, Gro-saken,⁶⁵³ saken om den forvaltningsmessige plassering av bedriftshelsevesenet og den mangefasetterte saken om sykehusutviklingen, skal vi i noen grad komme tilbake til senere, i forbindelse med behandlingen av forvaltningens oppgaver.

I sine mange foredrag viser Mork at han var opptatt av utviklinglinjer og hadde almene tanker om hva som kunne og burde gjøres. Det var imidlertid som om han ikke helt så at de tanker han slik luftet hadde mer praktisk-strategiske implikasjoner og at det var en del av hans oppgave å skissere disse. Han ble derfor ikke en aktiv politikkkutvikler. I sine yngre år ”hektet” han seg bare på Arbeiderpartiets sosialradikalisme. Han bidro ikke til å konkretisere denne radikalisme. Det gjorde en rekke utvalg, mens han ble sittende som en mer og mer kritisk remissinstans. Innad i hans direktorat ble den nye mønsterplanen for hele helsevesenet, men spesielt for sykehusvesenet, utviklet. Det var en plan som blant annet kombinerte plantenkning og medikratisme. Planen ble utviklet under ham, men i liten grad av og med ham. Planens far ble først og fremst Direktoratets mest bevisste strateg siden krigen, Jo Asvall. Vi skal komme tilbake til denne planen nedenfor. Mot slutten av Morks første periode ble det utarbeidet en noe mer abstrakt, men

650) Statsminister Willoch og Arbeiderpartiets leder, Gro Harlem Brundtland, møttes den 2. mars 1984 til en livlig fjernsynsdebatt om legeavtalen. Willoch pekte da på at Brundtland-regjeringens proposisjon også ville ha ført til et toprissystem, bare med større forskjell mellom prisene, siden proposisjonen innebar at de helt private leger ikke ville fått noen trygderefusjon. Brundtland mente Willoch ”bløffet”, for såvidt som hennes regjeringes forslag knapt ville ført til at det ble noen helt private leger. Kfr. Willochs omtale av denne debatten i Willoch, *op. cit.*, s. 277. Brundtland har ikke omtalt striden om kommunehelsetjenesteloven i sine erindringer.

651) I Aftenpostens morgennummer den 24. februar (s. 24) het det: ”Formannen i Stortingets sosialkomite, Gunn Vigdis Olsen-Hagen (A), har i en telefonkonferanse med Arbeiderpartiets representanter på fylkesplan anbefalt dem å forkaste avtalen om legenes lønns- og arbeidsvilkår, får NTB opplyst”. For dette ble offentlig kjent hadde Bengt-Lasse Lund fortalt Statsministeren at Arbeiderpartiet arbeidet i kulissene for å få avtalen vellet. Willoch skriver i sine erindringer (*op. cit.*, s. 278): ”Det var antagelig meget viktig at vi, takket være Bengt-Lasse Lund, kom så raskt ”på banen” med vår motoffensiv”.

652) Under en samtale i rotunden på Stortinget bemerket fru Kvanmo, litt ertende, overfor den Statsråden hun i sin tid hadde passet på at ”Æ skull ha trijla dæ på sjen!”. Opplysningen er gitt av Heløe i samtale den 7.5.2009. Debatten i Stortinget fikk et markert polemisk preg. Gro Harlem Brundtland og Arbeiderpartiet understreket igjen hvordan Sosialministeren hadde gitt etter for ”overmakten”, altså Lægeföreningen.

653) Den gjaldt en pike med avvikende sosial adferd. Hun bodde på Klæbu pleiehjem, hvor hun ble behandlet adferdsterapeutisk. Journalist Gerd Benneche ble oppmerksom på piken og den behandling hun fikk gjennom et omtale i et psykologisk tidsskrift i 1973. Hun, og Arne Skouen, skrev om ”Gro” i Dagbladet. Deres oppslag vakte stor oppmerksomhet og førte til en omfattende diskusjon om behandlingen av psykisk utviklingshemmede.

samlet, helseplan. Den ble aldri en offisiell plan, men ble publisert som bok i 1982, som *Helseplan for 1980-åra*.⁶⁵⁴ Den var redigert av Morks planleggingssjef Jan Grund og hadde en rekke ”medforfattere”, Mork innbefattet.

Man merker ikke meget til Mork i boken. Den er primært ført i pennen av Grund, men det er ikke minst en av medforfatterne, Grunds mentor Peter F. Hjorts, tanker som preger planen. Vi skal komme tilbake til den når vi omtaler planleggingsoppgaven.

Mork ble ikke politiker i denne strategiske forstand, først og fremst med utgangspunkt i ”forhåndstenkning”. Han ble det reaktivt. Han forholdt seg til planene når de forelå. Likte ham dem ikke, sa han fra, ofte spisst formulert og med et tydelig følelsesmessig trykk. Det var for så vidt slik han ”oppdaget” medikraten i seg. De ”andres” tiltagende ”mas” om oppløsningen av det styringsmessig integrerte Direktoratet, og de ”andres” konkretisering av hans politiske ideer om integrert primærbehandling, fikk ham til å bli en mer bevisst (forvaltnings)medikrat. Han fortsatte også å være en reaktiv ”strateg”. Han lærte slik sett ikke så meget av nederlagene i årene fra 1981 til 1984. Han grov seg ned i forsvarsposisjoner, og ville nærmest hevne seg litt på dem som hadde spent ben for ham.

Han var imidlertid ikke bange for å reagere, og reagere skarpt. Det var nesten som om kontroversen vekket ham til live. Han nesten trivdes i kamp, og var da ofte en elegant, men ironiserende, kombattant. Aller mest ”seg selv” ble han i saker som angikk de ”svake”, som tilfellet (for ham) var i abortsaken. Kanskje kan det ha bidratt til at hans trivdes i slike kamper at han fra midt i syttiårene skulle få mer applaus fra sitt nye private miljø? I alle tilfeller, i disse saker vant han, som vi har påpekt, frem. Han befant seg ombord i tidsåndens tog. Han trivdes ikke på samme måte i de organisatoriske saker. I disse saker representerte han fortiden. ”Toget er gått”, som Heløe måtte meddele. Det var gått både i direktoratssaken og i almenhelsesaken.

Med sin politiske profil ble Mork i slutten av sin første periode en nokså kontroversiell helsedirektør. Han kom tidlig på kant med de kultur-konservative kretser, i første rekke Kristelig Folkeparti. Etter hvert kom han på kant med de øvrige borgerlige partier og fra rundt tiårsskiftet for alvor også med stadig flere toneangivende folk innen sitt eget parti. Også slik var premissene lagt for den neste, hans siste, periode: Han skulle slåss med ryggen mot veggen resten av sin tid, selv om han ikke skulle komme til å lide det totale nederlag, som det en tid så ut til.

Torbjørn Mork som leder

Torbjørn Mork kom inn i en svært etablert, ja ”satt”, institusjon. Den var på den ene siden preget av forvaltningskulturen, i en medikratiske og politisk tapning. På den annen siden var den preget av det evangske. Som vi har sett var det mange, både embedsmenn i Direktoratets omgivelser og politikere,

654) Jan Grund m. fl., *Helseplan for 1980-åra*, Oslo: Gyldendal, 1982.

med og uten makt, som mente at institusjonen var overmoden for endring. Mange ville gjøre kulturen mindre medikratiske og politiske og institusjonen som sådan mindre personlig preget. For så vidt som også det første, det medikratiske-politiske, var uttrykk for en evangelsk holdning, kan man altså si at ”mange” ønsket å ”avevangelisere” Helsedirektoratet mer alment.

Mork var ikke innstilt på å ta inn over seg denne, nokså uformelle, ”bestilling”. Vi har sett at han etter hvert satte seg imot forsøkene på avmedikratisering. I noen grad har vi også sett at han heller ikke var innstilt på å bli en mer anonym helsedirektør. Han ble en ”politisk” helsedirektør, nesten i enda større grad enn Evang hadde vært det. Men hvordan var han som daglig leder av Direktoratet?

I noen grad hadde han ikke særlig valg. Den løpende saksbehandling var stadig preget av den nokså weberske forvaltningspraksis, hvor den øverste leder satt som en post- og saksfordeler og som den endelige beslutningstager og beslutningsformaliserer. Han deltok imidlertid også ofte i selve saksbehandlingen, både i større almene saker, som lov- og budsjettsaker, og i krevende enkeltsaker. Det gjorde han både ved at han gav noen premisser for saksbehandlingen og ved at han engasjerte seg i arbeidet med sakene, altså ble en medsaksbehandler. Han var imidlertid mest engasjert i de tidlige faser av saksbehandlingen, altså frem til beslutningsfatningen. Iverksettelsen gikk han mindre inn i, men i noen ekstra følsomme saker kunne han også gå inn i den. Helsedirektørens arbeid var slik i betydelig grad ”systemstyrt”. Helsedirektøren var en forvaltningsleder. Slik hadde det vært under Evang og slik fortsatte det under Mork.

Men forvaltningsprosessene rullet ikke bare slik, styrt av indre rutiner. De ble stadig, ja, mer og mer, innfiltrert i prosesser som gikk på tvers av forvaltningsorganer. Der var slik stadig kontakt ikke bare med ledelsen i Sosialdepartementet, men også med andre departementer og forvaltningsorganer, med fagorganer, fagforeninger og WHO og andre utenlandske organisasjoner. I tillegg kom alle ”forstyrrelsene”, eller ”hendelsene”, Helsedirektøren raskt måtte forholde seg til, og overfor pressen kommentere. Det løpende indre saksarbeid ble slik stadig avbrutt og forsinket.

En del av de ”forstyrrelser” i de vanlige arbeidsrutiner som slik oppstod hadde sammenheng med Direktoratets nokså politisk pregede profil. Evang, og nå Mork, var slik selv opphav til noe av den pågang og politikk de fikk i retur. For den som var faglig orientert, og kanskje mer den som var medisinsk enn den som var juridisk, orientert, var en del av forstyrrelsene utenfra virkelig forstyrrende. De var nok med på å frustrere enkelte slik at de forlot Direktoratet. Sverre Harvei, som hadde begynt under Evang og var Morks første sykehussjef, var således én av dem.

Evang var forekommende overfor journalister og besøkende forøvrig; for så vidt også overfor ”vanlige folk” som henvendte seg til ham om saker som lå dem på hjertet eller problemer de hadde. Mork hadde ikke Evangs svært elskverdige måte å møte andre på. Han kunne være noe morskere, og var

også langt mer genert. Allikevel viste han stor tålmodighet overfor journalister og en rørende oppmerksomhet overfor dem som ringte eller skrev til ham. Spesielt stilt overfor ”saktmodige”, men nødstedte borgere, ble han myk: Da kom den følsomme jærbuen i ham frem. Han kunne besvare flere henvendelser fra pasienter og pårørende i uken.

I en dagbok han skrev for uken 19. til 24. oktober 1987 heter det fra tirsdag den 20.: ”0925: Gjennomgang av morgenposten. Dikterer svar på et par brev stilet til meg personlig fra mennesker som har det vondt i velferdssamfunnet”. Om fredag kveld (23.) heter det: ”Fredelig kveld bortsett fra telefon fra en journalist kl. 2115 om legesituasjonen i Nord-Norge og en åpenbart beruset person som ved midnatt hadde drukket seg til mot til å ta rikstelefon for å fortelle hvilken ulykke jeg var for fedrelandet”.⁶⁵⁵ Disse dagboksnotedtegnelsene er fra hans neste periode, men er neppe, etter det hans medarbeidere fra 1970-årene forteller, urepresentative for hvordan han opptrådte i første periode heller.

Ser vi ellers på hans dagbok fra denne uken i 1987 går det tydelig frem hvilken rolle eksterne henvendelser spiller, og antagelig spilte også ti år tidligere. Der ringte journalister hver dag denne uken, tidlig og sent. Ellers kom det henvendelser fra departementsledelsen, andre departementer, fylkesleger, andre forvaltningsorganer, NAVF (almenforskningsrådet) og fra diverse steder i utlandet.

Den ordinære saksbehandlig i forvaltningen er først og fremst skriftlig, men innslaget av muntlighet var nokså stort under Evang. Hvis en sak opptok Evang, og han var hjemme, kunne han gjerne gripe direkte inn i saksbehandlingen. Det skjedde gjerne ved at han kalte sjefen for det aktuelle kontor, eller endog en saksbehandler, inn til seg, gjerne for å gi en kort ordre. En mer institusjonalisert kollektiv saksbehandling var det ikke tale om. Som vi har sett, var Evangs kollektive møter ikke egentlige ledermøter, men orienteringsmøter, hvor han førte ordet mesteparten av tiden. Også Mork likte å gripe direkte inn i saksbehandlingen i saker han var opptatt av. Også han gjorde det ved å kalle inn ledere og saksbehandlere. Men han gav ikke bare beskjeder. Han hørte også på. Saksbehandlingen ble slik mer preget av meningsutveksling enn den hadde vært. Den ble demokratisert. Demokratisert ble også de kollektive møtene. De fortsatte som orienteringsmøter – der ordet gikk til lederne etter tur, med innslag av almen saksdiskusjon. Mork hadde disse møtene fredag morgen, gjerne fra kl. 0900, i slutten av syttiårene også tidligere.

Under Evang nådde sakene ham skriftlig alltid etter at de hadde vært innom, og ofte var ferdigbehandlet av Bjerkomp – siden Munch-Søegaard, og så Bjørnsson. Slik fortsatte det de første årene under Mork. Men da Bjørnsson gikk av (utløpet av 1977) ble den nye, og da selvsgatt uerfarne

655) Dagboken skrev Mork forut for et seminar Senter for helseadministrasjon hadde med ham torsdag den 29. oktober 1987. Han skrev dagboken etter forespørsel fra denne forfatter. Den skulle brukes i helseadministrasjonsstudentenes forberedelser til seminar med Helsedirektøren. Dagboken er ikke datert, så om den er fra den nevnte uke (mandag-lørdag) eller fra uken før, er usikkert.

medisinalråden, Egil Willumsen, nærmest sideordnet Munch-Søegaard. Sakene nådde da gjerne Mork via én av dem. Bjørnsson hadde, som vi har nevnt, vært nesten like meget jurist som medisiner. Willumsen var bare medisiner, til dels også bare almenmedisiner og prekliniker, og fikk derfor ikke den posisjon Bjørnsson hadde hatt. Meget av den medisinske rolle han skulle spille, særlig overfor spesialisthelsevesenet og legemiddelsiden, spilte Mork vel så godt selv. Willumsen kunne ikke overprøve Munch-Søegaard. Ja, Munch-Søegaard ble i mange, og stadig flere, henseender den egentlige nr. to. Det reflekterte personlige forhold, men også en mer almen maktforskyvning i Direktoratet: Juristene kom nå sterkere tilbake, og Mork lot dem gjøre det. Han hadde større faglig respekt for dem, som for andre ikke-medisinere, enn det Evang hadde hatt.

Karl Evang var, som vi har påpekt, en utpreget rasjonalistisk-paternalistisk leder. Ble han presset kunne paternalismen gå over i den rene autoritarianisme, enten en kald og upersonlig sådan eller en ”varm” og ubehagelig sådan. Torbjørn Mork begynte også slik, som en slags ny Evang. Det ble endog, som vi har nevnt, markert med den rasjonalistisk-mandige sveisen. Men, som vi dessuten har sett, Mork hadde ikke Evangs personlige styrke, ikke hans nesten usårbare selv. Han klarte derfor ikke helt å leve opp til det evangske. Etter hvert gikk det opp for ham og han ble stadig mer seg selv.

Den rasjonalistiske ledelse baserer seg på det offisielt målrettede og det konkrete. Den neglisjerer i stor grad den aktivitet som preges av andre mål, som gjerne sees på som forstyrrende og helt eller halvt private. Den legger, blant annet derfor, mindre vekt på deltagerens psykologi, og den sosiologi som gjerne ligger bak den. Den ser altså i stor grad bort fra det ledelsesforskere ofte omtaler som det relasjonelle. Denne, ofte litt uregjerlige og ”rufsete” virkeligheten spiller dog en rolle i praksis. Mange rasjonalistiske ledere forsøker å fjerne den ved å stramme til den rasjonalistiske, målrettede styringen, gjerne ved bruk av ”rasjonalistiske” følelser, altså irritasjon, sinne og lignende, samtidig som de omtaler den uregjerligheten de vil ha bort som utslag av ”følelser”. Når det oppstod skjermysler av et eller annet slag, eller noen ble fortvilte og kanskje tydde til tårer, hadde slik Evang en tendens til å skyve det unna som et problem som var ham uvedkommende. Folk fikk ordne opp i den slags selv, sa han. Det var sløseri med hans tid å gå inn i småkrangler og andre vanskeligheter, altså aktivitet som ikke var målrettet, men målødeleggende. Mork var på samme måte i sin første periode: fjern og forholdsvis autoritær. Mange var litt engstelige for ham.

Evangs avvisning av å gå inn i ”irrasjonelle situasjoner”, var rasjonelt begrunnet: Å gjøre det ville være å sløse med hans tid. Samtidig var hans ”neglisjering” av ”uro” også et signal: Rasjonelle mennesker oppfører seg ikke slik! Mork var nok også preget av slike tanker, men neppe så bevisst som Evang. For Mork kom der imidlertid noe annet, og ikke-evangsk, til: generthet og, særlig, frykt for nærheten. Som han var engstelig for ”pasienten” som nært medmenneske, var han engstelig for medarbeideren som nært medmenneske. Når han gikk i gangene i Direktoratet så han ned, engstelig for å møte andres blikk. Han satte seg ikke, belevent, ned ved

hvilket som helst bord i lunchen. Han ble gjerne sittende med Munch-Søegaard og Bjørnsson, siden Willumsen. Det var tryggest, og enklest, slik. Oppstod der konflikter det måtte gjøres noe med, overlot han etterhvert gjerne disse til andre..

Mork visste, av egen erfaring, det ledelsesteoretikere alltid hadde sagt, at nærhet lett skaper sympatier og antipatier og at slike fort kan påvirke evnen til profesjonalitet. Han holdt derfor, som teoretikerne for så vidt anbefalte, en viss avstand til de fleste av sine medarbeidere. Dog slappet han mer av, og ble mer nær, når han var på reise med sine medarbeidere, særlig i utlandet. Slik lignet han også på Evang. Ja, han kunne for så vidt gå lenger enn Evang. Han deltok gjerne mer ivrig i det lystige lag enn det Evang hadde gjort. Men slikt fikk ikke videre konsekvenser. I hverdagen var han Helsedirektøren. Han pleiet ikke særlig privat omgang med sine nærmeste medarbeidere og kom ikke egentlig til å stå noen av medarbeiderne i sin første periode virkelig nær, når vi ser bort fra et spesielt tilfelle. I begynnelsen av perioden spilte imidlertid et par av legene en viss privat rolle for ham, som vi skal se.

Evang hadde vært svært opptatt av å bygge opp sitt eget ”public health team”, og forsåvidt også sitt ”eget” fylkes- og distriktslegekorps. Det var endel av hans paternalistiske måte å lede på. Denne personalpolitikken bidro til å skape og befeste den evangske orden. Etterhvert gjorde den imidlertid Direktoratet mer defensivt og konservativt. Der kom nok nye folk til, men de kom til under det gamle kardinalsystem, og forvaltningssystem, og hadde få muligheter for å utfordre kursen.

For Mork måtte det bli anderledes. Han arvet jo Evangs gamle folk, og endel yngre. Det ble en svakhet da endringene og fornyelsene kom utover i sytti-årene. Det ble en ekstra svakhet forsåvidt som Mork ikke var så paternalistisk rekrutteringsbevisst som Evang hadde vært. Ja, det var forsåvidt en ekstra svakhet at Mork ikke helt visste hvor han ville, hverken med Direktoratet eller helsevesenet. Vi kan også, samlende, si det slik: Det var en særlig svakhet siden han ikke var noen bevisst strateg. Med det mannskap han overtok var det derfor nokså sannsynlig at han ville utvikle seg i systembevarende retning. Som vi har sett, gjorde han det.

De gamle Mork arvet var gjennomgående blitt systembevarere. De fremste systembevarere var på legesiden Jon Bjørnsson, på juristsiden Knut Munch-Søegaard. Bjørnsson skulle etterhvert gå av, men han ble sittende i halve Morks første periode, ut 1977. Han, som ville gå da Mork ble utnevnt, bidro nok ikke så lite til å ”oppdra” sin nye sjef i tradisjonens ånd. Men Bjørnsson ble etterhvert mindre sentral og Mork forholdt seg i større grad direkte til overlegene. Munch-Søegaard ble han derimot, som vi har nevnt, stadig nærmere knyttet til, og avhengig av.

De nye ledere som nettopp var kommet, eller snart skulle komme, var, som vi har sett, alle folk som hadde begynt i Direktoratet under Evang. De nye overlegene var stort sett på Morks alder og således en tyve-femogtyve år yngre enn dem de etterfulgte. Aarflot var eldst, født i 1923, mens Ødegaard

og Svindland var født i 1927 og Asvall og Steinfeldt-Foss i 1931. Apotek- og tannlegesjefene, Bjørn Jøldal og Per Bærum, var erfarne Evang-folk, men var jevngamle med de nye legelederne, født i 1932 og 1929. De juridiske byråsjefene var gjerne noe eldre enn de nye helsefaglederne. Seks av dem var født i 1920 eller tidligere, de øvrige tre var født i 1922, 1928 og 1940.

De aller fleste av de yngre lederne var blitt endel av den gamle orden. For de eldre byråsjefene var det for lengst blitt tilfelle, men også et par av de nye overlegene hadde vendt seg til den gamle orden. Den passet dem forsåvidt også legningsmessig. Det gjaldt Ødegaard og Aarflot. Asvall spesielt, men også Steinfeldt-Foss, tilhørte de ivrige og iderike reformatorer. Særlig var Asvalls sykehuskontor et offensivt kontor. Den offensive tonen var kommet med Harvei, og ble fulgt opp og forsterket av Asvall. Steinfeldt-Foss ble en ivrig bidragsyter under arbeidet med den skjellsettende St.meld. nr. 9 (1974-75). Innen rammen av ”nr. 9” satte han i gang den omfattende overgangen fra den gamle asylopsykiatri til en mer aktiv, behandlingsskjedeorientert psykiatri.⁶⁵⁶ Sykehuskontoret og Psykiatrikontoret ble slik nyskapingsskjernene i Direktoratet. Der var imidlertid også andre endringsagenter i Direktoratet. Evang var nesten blitt pådyttet en utredningsgruppe på slutten av sin tid. Den ble snart (1975) til Helsedirektoratets utredningskontor. Den kom til å representere det nyttestatlige endringsinnslag i Direktoratet. Med den tiltagende økonomiske bekymring for (blant annet) helsevesenet fikk denne gruppen, fra 1973 ledet av økonomen Alfred Kvalheim (f. 1932), en viss innflytelse.

Rundt midten av syttiårene fremstod slik Direktoratet som ideologisk delt. På den ene siden hadde man de utålmodige reformatorer, spesielt knyttet til Sykehuskontoret og i noen grad Psykiatrikontoret, og til Utredningskontoret. På den utålmodige siden var der også jurister som Ingeborg Webster og sykepleiesjefen Idunn Helldal Haugen, og, på sitt vis, hygienesjefen Aud Blegen Svindland. På den annen side hadde man langt på vei resten, de som representerte det gamle regime, flere av legelederne og nesten hele det juridiske ledersjikt. De systembevarende stod sterkest. Reformatorene var for splittet. Asvall og hans folk drev med sitt, og blandet seg ikke inn i de andre kontorens arbeid, selv om de laget en generalplan for hele helsevesenet. Den plan de laget hadde, som vi skal se, viktige økonomiske premisser. Planen var nesten en industrialiseringsplan. Men Asvall og Steinfeldt-Foss var samtidig bevisste medikrater: Deres plantanker hadde et medisinsk, tildels et personlig medisinsk grunnlag. Kvalheim og økonomenene var ikke medikrater, men nærmest representanter for nyttestaten, altså Finansdepartementet. Legenes og økonomenes tanker lot seg imidlertid på dette tidspunkt forenes i den planen ”nr. 9” ble. De andre reformatorene vi har

656) Steinfeldt-Foss hadde allerede i 1970 offentliggjort en plan for hvordan den psykiatriske helsetjeneste, i et ”public health”-perspektiv burde bygges ut; kfr. hans ”Psykiatriske helsetjeneste i ”public health”-perspektiv”, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, b. 90, 1970, s. 1267-1271. Planen ble i hovedtrekk lansert ved Norsk psykiatrisk forenings ekstraordinære årsmøte 1. november 1969. Den innebar blant annet at det psykiatriske helsevesen burde omfatte poliklinikker (med for- og ettervern), øyeblikkelig hjelpetjeneste, dag- og natthospital, sengeavdeling, rehabiliteringsenhet og vernet sysselsettingsvirksomhet, konsultasjons- og opplysningsvirksomhet samt undervisning, utdanning og forskning.

nevnt hadde til dels andre ”ærender”. De ”utålmodige” utgjorde altså en sprikende gruppe; ja, egentlig ikke en gruppe.

Mork ble begeistret for Asvalls spennende planer, men så ikke at skulle planene bli til virkelighet stilte det krav blant annet til hans lederskap. Han gav Asvall armslag, men gjorde lite for å sørge for at han ble. Da Asvall, som i yngre år hadde tilbragt noen år i Afrika,⁶⁵⁷ og blitt preget av det, fikk tilbud om stilling som rådgiver ved WHO's regionalkontor i København, lot han seg friste. Mork gjorde intet for å få ham til å bli.⁶⁵⁸ Snart skulle Bjørnsson gå av. Mork kunne ha forberedt Asvall for medisinalrådsemetet, og sammen med ham lagt grunnlaget for å bygge opp et nytt, morksk ”public health team”. Han gjorde ikke det.⁶⁵⁹ I stedet forsøkte han å få fylkesleger interessert. Han trengte bistand i ”kampen” om den kommende loven for almenhelsevesenet, mente han. Spesielt forsøkte han å få sin mann i Nord-Trøndelag, Edvard Fjærtøft, til å søke. Men ”Eddie” ville ikke.⁶⁶⁰

Medisinalrådsemetet ble utlyst tidlig i august 1976, med ansøkningsfrist 31. august. Der meldte seg i første omgang fire habile ansøkere, fra Direktoratet Jo Asvall og Tor Ødegaard, og utenfra fylkeslege Tore Heide, og OLL-formann og Utposten-stifter, Harald Siem (f. 1941). Der skjedde imidlertid ingen utnevning denne høsten. I oktober skrev Helsedirektoratet til de fire ansøkere og opplyste at embedet ville bli lyst ut igjen senere, og at det regnet med at de ville bli stående som ansøkere. Embedet ble lyst ut igjen den 10. mai 1977, med ansøkningsfrist 31. mai. Der kom nå én ny ansøker, endog litt forsinket, nemlig fylkeslege Egil Willumsen.

Det er uklart hvorfor embedet ble utlyst på nytt. De fleste av dem som skulle ha kjent svaret er døde; de som ikke er døde husker ikke. Hvorom alt er ble det forholdsvis kort tid etter at ansøkerlisten forelå besluttet å utlyse embedet på nytt. Formelt tok Statsråden initiativ til utsettelsen. Den 20. september skrev statsråd Ruth Ryste til Helsedirektøren at ”Medisinalråden har på min anmodning samtykket i å utsette sin fratredelse fra embedet inntil videre. Spørsmålet vil bli tatt opp igjen neste sommer”. Statsråden hadde neppe anmodet Bjørnsson om det hvis det ikke var etter oppfordring fra Helsedirektøren og Medisinalråden. Bjørnsson fikk knapt heller plutselig lyst til å fortsette et år til. Det virker mest sannynlig at de to på toppen har ønsket å få flere ”sterke” ansøkere. Direktoratet har således ingen gode offisielle grunner for å utlyse embedet på nytt. I et første utkast til brev til de gamle ansøkere har saksbehandleren, Knut Munch-Søegaard, 16.9. skrevet: ”P.g.a. inntrufne omstendigheter vil embedet som medisinalråd i Helsedirektoratet likevel ikke bli ledig før om et år.” Bjørnsson har straks sett at ”inntrufne omstendigheter” ikke var noen god begrunnelse og har (20.9.) satt en strek

657) Han ledet fra 1959 til 1963 WHO's lag for utryddelse av malaria i Togo og Dahomey. For han gikk ut i felten hadde han et halvt års opplæring. Den opplæringen kom til å bety mye for ham som helseplanlegger i resten av hans karriere. (Opplyst av Asvall i samtale 4.8.2009.)

658) Det var en generell holdning Mork hadde. Når noen kom og sa at de ville slutte tok han bare det til etterretning. Han forsøkte ikke å overtale dem til å bli. Han gav også uttrykk for det, bl.a. til Eilif Rytter. (Opplyst i samtale 10.10.2008.)

659) Jo Asvall bekrefter det i samtale 21.7.2009.

660) Anne Alvik mener (samtale 24.4.2009) at Mork hadde fortalt henne at han hadde kontaktet Fjærtøft, men at Fjærtøft ikke ville dra fra Nord-Trøndelag.

over Munch-Søegaards forslag og selv, for hånd, satt inn denne, helt formelle, formuleringen: ”Medisinalråd Bjørnsson kommer først til å fratre sitt embete sommeren 1977. Utnevning til embetet vil derfor foreløpig bli stillet i bero.” Neste år kom det altså bare én ny ansøker. Om Willumsen søkte helt etter eget initiativ eller om han ble oppfordret til å søke, vet vi ikke.

Mork skrev en lang innstilling (datert 30. juni 1977). Han fant bare tre aktuelle for embedet, Asvall (45), Willumsen (48) og Ødegaard (49). Om Asvall skriver han (s. 6) at han ”skiller ... seg helt klart ut når det gjelder så vel teoretisk utdanning som praktisk erfaring når det gjelder planlegging og evaluering”, mens de to andres styrke er knyttet til deres ”inngående kjennskap til helsetjenesten utenfor institusjon” (s. 7). Han nevner kort at Asvall også kjenner sykehusvesenet godt. Han skriver at han finner ”avveiningen mellom de .. to hovedområder vanskelig, men finner etter en samlet vurdering, ... å måtte prioritere en styrking av planleggings- og evalueringssektoren” (s. 8). Han setter altså Asvall først. På annen plass setter han Willumsen, fordi han har ferskere erfaring fra ”den ytre offentlige helseetat” enn Ødegaard. Ved å tale om ”hovedområder” gir Mork inntrykk av at Asvall og de to andre sammenlignes med henvisning til lignende forhold. Man kan altså si at han setter Asvall først fordi han mestrer en styringsoppgave særlig godt, og har viktig institusjonskunnskap, mens de andre bare krediteres for en bestemt institusjonskompetanse. Han vurderer dem ikke med hensyn til deres forutsetninger for ”indre” ledelse, altså ledelse av Direktoratets stab og fylkeslegekontorenes staber.

Den type kompetanse Willumsen og Ødegaard spesielt besatt, var den som hadde preget lederne også under Evang, den tradisjonelt-medikratiske. Asvall representerte den mer styringsprofesjonelle kompetanse; altså en kompetanse som reflekterte den langsiktige tendens i utviklingen. Slik sett var beslutningen om hvem som skulle bli medisinalråd svært viktig, og viktigere enn Mork, gjennom sin innstilling, gir inntrykk av at den var. Han får frem at ansøkerne hadde nokså ulik profil, men peker ikke på implikasjonene av ansøkernes profil for den fremtidige helsepolitiske styring. Han skriver slik at han nesten høres ut til å være litt i tvil. Derfor kan også Statsråden, i sitt foredrag til den kongelige resolusjon skrive:

Sosialdepartementet er i det vesentlige enig i helsedirektørens vurdering av søkerne, men finner at det ved utnevning i embetet som medisinalråd bør legges større vekt på praksis og erfaring fra det offentlige helsevesen. Helsedirektøren har selv pekt på betydningen av å få styrket Helsedirektoratets stab direkte fra den ytre etat. Departementet finner således at fylkeslege Egil Willumsen bør innstilles foran overlege Jo Asvall.⁶⁶¹

Selv om Mork uttalte seg slik at Statsråden fikk et valg, er det påfallende at hun snudde hans innstilling. Det er desto mer påfallende som Ruth Ryste var svært lydhør overfor Mork. Embedsmenn i Departementet kan ha påvirket

661) Kongelig resolusjon. Statsrådssak nr. ? (ikke oppført på den kopi av resolusjonsforedraget som befinner seg i Helsetilsynets arkiv – boks for ”Ansettelses 1977”), datert ?.7.1977. Sitatet er fra s. 6 (siste side).

Statsråden, men iallfall en del av dem, og spesielt ekspedisjonssjef Jan Madsen, men trolig også departementsråd Emil Vindsetmo, skulle hatt mer sans for den planleggingsorienterte Jo Asvall enn for den mer tradisjonelle medikrat, Egil Willumsen. Det er vanskelig å finne en god forklaring på hvorfor Willumsen ble valgt. Det er noe lettere å finne en forklaring på hvorfor Mork lot henne få et valg.

Som den meritokrat Mork var, ”måtte” han innstille Asvall først. Men han kunne la være å sette meget inn på å få Asvall. Vi har ikke kunnet konstatere om så var tilfelle, men vi kan se noen grunner til at han skulle være tilbakeholden med å insistere på sitt førstevalg. Asvall hadde nettopp gjort ferdig det som kunne blitt generalplanen for utviklingen av det norske helsevesen og stod nå klar til å sette den ut i livet. Selv om også Mork så det perspektivrike i planen, var den ikke hans plan. Skulle den gi premissene for Helsedirektoratets videre rolle i norsk helsevesen, ville lett Asvall, som nr. 2, kunne komme til å overskygge Mork. Det er også grunn til å tro at dem han hadde nærmest omgang med i Direktoratet bidro til at han ikke satte meget inn på å få Asvall. Den gamle medisinalråd, Jon Bjørnsson, var ytterst skeptisk til Asvall og hans tanker. Asvall og hans yngre, nokså utålmodige, åndsfrender hadde allerede bidratt til å svekke noe av Bjørnssons maktgrunnlag. Det ville være ydmykende for ham å få den mannen som var ansvarlig for hans begynnende marginalisering som sin etterfølger. Å ta et år ekstra som medisinalråd var en liten ”omkostning” for å slippe Asvall. De meget etablerte toppjurister, Munch-Søgaard og Bang, men særlig den første, var nok også skeptiske til å få Asvall som ny medisinalråd. Hele Morks, etter hvert, vanlige ”lunchgruppe”⁶⁶² var altså trolig imot å få Asvall som ny medisinalråd, og har neppe unnlatt å si fra om det. Det vil si, de sa nok fra allerede etter første gangs utlysning. Den nye utlysningen er, når alt kommer til alt, kanskje også det klareste indisium på at en del av ledelsen i Direktoratet nølte med å satse på Asvall. Willumsen ble slik deres ”redning”. Uten hans sene ansøking hadde de ikke kunnet komme utenom Asvall.

Meget kunne gått anderledes hvis Mork hadde fått Asvall, og kanskje også hadde lyktes i å beholde Steinfeldt-Foss. Hvis Mork hadde handlet høsten 1976 kunne han kanskje fått Asvall. Da var ikke Asvall begynt ved WHO i København. Det skjedde 1. desember 1976. Et halvt år senere var Asvall mer interessert i å fortsette å arbeide internasjonalt enn i å dra hjem igjen.⁶⁶³ Han merket at han trivdes i København og i WHO.

662) Til å begynne med spiste Mork gjerne lunch med to kvikke og offensive damer, sykepleiesjef Idunn Heldal Haugen og hygieneoverlege Aud Blegen Svindland. Ettersom hans forhold til begge disse ble mer anstrengt, ble de nevnte herrer hans foretrukne lunchpartnere gjennom hans første periode. Da Bjørnsson gikk av inntok Willumsen Bjørnssons rolle, også ved lunchbordet.

663) Våre betraktninger i dette avsnittet har et indirekte belegg. Ingen av dem vi har snakket med har hørt Mork gi uttrykk for hvorfor han valgte som han gjorde. Bang, den eneste av lederne på toppen som lever, husker ikke hvordan saken om ansettelsen av ny medisinalråd ble behandlet eller hva Mork sa i den anledning. Asvall selv var i København da saken ble avgjort, og kjenner ikke Morks beveggrunn for å velge Willumsen. Han sier også at han hadde hatt, og fortsatte å ha, et godt personlig forhold til Mork (samtaler 18.12.2008, 20.12.2008 og 15.7.2009). Andre i kretsen rundt Asvall, som Ole B. Hovind og Steinar Hagen, en kreftspesialist fra Ullevål sykehus som Asvall hadde engasjert i 1975-76 for å arbeide med etableringen av Helsedirektørens rådgivende spesialitetsgrupper, er nokså sikre på at ”ikkevalget” av Asvall var bevisst fra Morks side. (Samtaler med Hovind 17.12.2008 og Hagen 14.7.2009.)

Asvall ble etterfulgt i Sykehuskontoret (1978) av Ole B. Hovind (f. 1941), en tidligere distriktlege, som hadde arbeidet sammen med Asvall om ”nr. 9”. Hovind hadde tatt Bygdøy-kurset i 1972 og en MPH ved Harvard i 1977 og begynte som legekonsulent under Asvall i 1975. Han var en intellektuell nysgjerrig og ”leken” lege, som fulgte ivrig med i de ledende medisinske tidsskrifter. Han var sterk som idéutvikler. Få var som ham opptatt av å omsette medisinske nyvinninger til politiske planer. Han hadde imidlertid ikke den bakgrunn i sykehusmiljøet som Asvall hadde, ei heller Asvalls gjennomføringskraft. Gjennomføringsevne var viktig, for ”nr. 9” skulle nå følges opp i praksis. Endel permisjoner førte også til at Hovind ikke kunne spille den iverksettende rolle planen nå krevde. Hovind bidro imidlertid aktivt i omorganiseringsarbeidet i 1982-83 og var som Asvall, og Mork, en bevisst medikrat; ja, han var det kanskje i enda større grad enn dem. Han sluttet for godt i Direktoratet i 1986.⁶⁶⁴ Asvalls kollega, også i ånden, Steinfeldt-Foss, sluttet ved utløpet av 1980, men skulle allikevel, i kraft av en rekke verv, komme til å følge opp sin gamle overlegerolle.⁶⁶⁵ I noen grad bli han en slags ”etter-overlege” for psykiatrien. Steinfeldt-Foss ble etterfulgt av Ingrid Lycke Ellingsen (f. 1933), en kliniker og fagperson uten spesiell forvaltningsbakgrunn og også uten en tydelig forvaltningsfilosofi. Hun ble sittende til 1987, da hun gikk tilbake til klinikken.

Aud Blegen Svindland var en radikal, idérik og svært aktiv hygieenesjef. Hennes radikalisme skulle ha passet den unge Mork; han hadde jo også vært med på å utnevne henne – mot Evangs innstilling.⁶⁶⁶ Men hun ble ikke endel av det offensive planmiljøet omkring Asvall. Hun ble en *Einzelgänger* i Direktoratet. Med sin kontante og utfordrende stil ble der endel uro omkring henne. Hun var ikke spesielt underdanig overfor noen, heller ikke overfor sin sjef. Hun ble derfor nesten en større utfordring for ham enn han for henne. Personalpolitisk keitete som han var, visste han ikke hvordan han skulle behandle henne. Lettere ble det ikke da hun snart også kom på kant med ham fagpolitisk. Hun ble sittende i sin stilling til 1976, men sluttet formelt først to år senere. Hun gikk, som overlege, til Statens arbeidstilsyn, der Morks gamle statsråd, Odd Højdahl nå var direktør. Hun tok, med LOs, Arbeiderpartiets og Højdahls støtte, i noen grad med seg bedriftshelsevesenet. Vi skal si litt om det. Det er også med på å kaste lys over Morks rolle som helsedirektør og leder i tiden frem til 1983.

664) Hovind tok permisjon allerede etter et år som sykehussjef for å arbeide som overlege hos Sykehusrådmannen i Oslo. Han var hos Sykehusrådmannen et år. Han gikk på Forsvarets høyskole i 1984-85, var helsebyråd (H) i Oslo 1986-1988 og ble medisinsk direktør ved Volvat medisinske senter i 1989. Mens Hovind hadde permisjon fra Direktoratet fungerte Bodolf Hareide som sykehussjef.

665) St. meld. nr. 9 la viktige premisser for den videre utvikling av det psykiatriske helsevesen, bl.a. for St. meld. nr. 25, *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, som førte frem til den nye Lov om psykisk helsevern i 1999 (trådte i kraft fra 2001) og Opptappingsplanen for psykiatri (1999-2008) (lansert gjennom St.prp. nr. 63 (1997-1998), *Om opptappingsplan for psykisk helse 1999- 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Steinfeldt-Foss var med i referansegrupper for disse og andre meldinger og proposisjoner, og har også vært en ”kulisstrateg” gjennom sine verv, blant annet i Norges almenvitenskapelige forskningsråd (1975-1992), og som formann i Norsk Psykiatrisk Forening (1988-1991).

666) Karl Evang innstilte overlegen i Legekantoret, Terje Due Strand, til overlegeembedet i Hygienekantoret. Evang hadde satt Aud Blegen Svindland og Kjell Bjartveit, de to øvrige ansøkere, på delt andre plass. Evang skriver i sin innstilling at Due Strand står ”i en særstilling i det han allerede fra 1961 har vært overlege i Helsedirektoratet, Legekantoret”. (Statsråds sak nr. 160, 28.4.1972.)



Aud Blegen Svindland overtok som hygieneoverlege i Helsedirektoratet etter Fredrik Mellbye i 1972. Hun var radikal og handleglad, men fikk det ikke så helt som hun ønsket under Mork og gikk i 1978 over til Statens arbeidstilsyn. Dette bilde er tatt 8. august 1977. Da var hun 49 år. Foto: Arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek.

Dragkampen om bedriftshelsevesenet

Alt fra virkelig gammelt av var der også økonomisk-funksjonelt (korporativt) baserte helsetjenester, spesielt ved verk, bruk, gruver og fabrikker. Det andre helsevesen, det geografisk baserte, ble imidlertid helt dominerende etter hvert. Etter krigen skulle imidlertid den økonomiske ordningen i en del henseender få økende betydning. Det hang sammen med at den ”økonomiske” tradisjon ble koblet til en annen, mer ”arbeidssosial” tradisjon. Landet fikk den første arbeidervernlovgivning i 1892, en lovgivning som også førte til etableringen av et arbeidstilsyn.⁶⁶⁷ Landsorganisasjonen i Norge ble etablert i 1899 og ble den viktige pådytter i det arbeidssosiale reformarbeid. LO var særlig opptatt av lønn og arbeidstid, men også stadig mer opptatt av verne-spørsmål, eller, som de etter krigen mer og mer ble kalt, arbeidsmiljø-spørsmål. Det mer ambisiøse arbeid med å etablere en bedriftslegetjeneste, som kom i gang mot slutten av krigen, og som ble gitt tyngde gjennom en avtale Norsk Arbeidsgiverforening, Landsorganisasjonen og Lægeforeningen i 1946 inngikk om å samarbeide om å utvikle en bedriftslege-ordning. Ordningen ble i 1974 utvidet og omdøpt til en bedriftshelsetjeneste. I 1977 kom en egen lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester ved bedrifter.⁶⁶⁸

Landsorganisasjonen og mange i Arbeidstilsynet var opptatt av å knytte det medisinsk-hygieniske arbeid i bedriftene nærmere til det arbeidssosiale generelt. Det fordret at bedriftshelsevesenet i størst mulig grad ble skilt ut

667) Karl Evang arbeidet, som vi har nevnt, som assistentlege ved Chefinspektoratet i Statens arbeidstilsyn da han ble utnevnt til medisinaldirektør i 1938. Evang og Inspektoratets sjef, Olai Lorange, var de eneste leger i Inspektoratet. Inspektoratets inspektører var ofte ingeniører, eller de hadde ingen spesiell (teoretisk preget) utdannelse.

668) Lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester ved bedrifter av 10. juni 1977, nr. 86.

fra det geografisk baserte helsevesen og organisert som en særomsorg, forvaltningsmessig lagt under Arbeidstilsynet. Arbeidstilsynet under Odd Højdahl, og med Aud Blegen Svindland som ”operatør” og LO som pågående kulisseeaktør, presset i slutten av syttiårene og i begynnelsen av åttiårene hardt på for å få kontroll over det fornyede bedriftshelsevesenet og bygge det kraftig ut – med 550 leger og 900 sykepleiere frem til utgangen av 1985. Arbeidstilsynets seksårige utbyggingsplan ville, mente Helsedirektoratet vinteren 1982, gjøre at det ble behov for 900 legeårverk, en seksdobling i forhold til 1982-situasjonen.⁶⁶⁹ Arbeidstilsynet presset på med grunnlag i den ferske Arbeidsmiljølovens § 30.⁶⁷⁰ Helsedirektøren, hans folk, og trolig det store flertall av leger i den offentlige legeetat, gikk imot dette og insisterte på at bedriftshelsevesenet måtte bli en preklinisk del av det kommende lokale helsevesen, med Helsedirektoratet som overordnet forvaltningsorgan.

Det var åpenbart en revirstrid mellom Arbeidstilsynet og Helsedirektoratet, men en strid som ble forsterket av personspenninger. Aud Blegen Svindland holdt hele tiden en både bestemt og konsistent tone, en tone som provoserte i Helsedirektoratet. Hun gjorde det fordi hun var som hun var, og kanskje hadde en viss glede av å sette Helsedirektøren litt på plass. Men hun kunne vinne frem, nesten i en påfallende stor grad, også fordi hun hadde støtte fra sin sjef, den gamle LO-mann og statsråd Odd Højdahl og hele LO: LO, som lenge anbefalte å innpasse bedriftshelsevesenet i almenhelsevesenet, hadde nå snudd. LO-kongressen 1981 støttet således Arbeidstilsynets utbyggingsplan og konstaterte at ”Bedriftshelsetjenesten er en integrert del av bedriftens miljøarbeid”.

Men striden er også prinsipielt interessant. De fleste hadde etterhvert fått både en økonomisk og en geografisk forankring. Å legge bare den ene forankring til grunn er for mange formål uhensiktsmessig, enten det gjelder prekliniske eller kliniske tjenester. Dertil kommer at det å gjøre bedriftshelsevesenet helt kommunalt styrt, kanskje endog drevet, i noen henseender ville begrense arbeidsgivernes styringsrett (på en politisk vanskelig måte), gjøre det vanskeligere å se bedriftshelsearbeidet i sammenheng med annet arbeidsmiljøarbeid og reise spørsmålet om offentlig finansiering. Arbeidstilsynet, og LO, valgte nå å gå inn for at bedriftshelsevesenet skulle være arbeidsgivernes ansvar, men at Arbeidstilsynet kunne pålegge (mange) bedrifter å innføre bedriftshelsetjeneste. LO-kongressen (mai 1981) sa det tydelig: ”Bedriftshelsetjeneste kan (derfor) ikke betraktes som en del av primærhelsetjenesten. Det er et arbeidsmiljøtiltak og derfor et

669) Notat fra Sosialdepartementet, trolig Helsedirektoratets legekontor, datert 17.2.1982 (s. 2). Notatet er ikke påført adressat; ei heller arkivreferanse. Anne Alviks arkiv.

670) Lov av 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø. I § 30 heter der: ”Verne- og helsepersonale.

1. Når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåkning av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne, skal det være verne- og helsepersonale ved virksomheten, så som bedriftslege, bedriftssykepleier, verneleder m.v.

2. Verne- og helsepersonale skal bistå arbeidsgiveren, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalget og verneombudet i deres arbeid for å skape sunne og trygge arbeidsforhold. Verne- og helsepersonale skal samarbeide med og bistå Arbeidstilsynet. 3. Verne- og helsepersonale skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

4. Kongen (etter kgl. res. av 26.10.1979, Direktoratet for arbeidstilsynet) kan gi nærmere regler om når, og i hvilken utstrekning, det skal være verne- og helsepersonale ved virksomheten, om hvilke faglige krav som skal stilles til slikt personale, og om hvilke oppgaver de skal utføre.”

arbeidsgiveransvar”. I et intervju med Aftenposten sommeren 1981 uttalte Aud Blegen Svindland at ”.. de helsemessige sider ved arbeidsmiljøet best kan ivartaes når helsepersonellet ”tilhører” arbeidsplassen”.⁶⁷¹

For Arbeidstilsynet var det da naturlig å bli ambisiøst på bedriftshelsevesenets vegne, og, litt ”egoistisk”, se bort fra hvilke negative konsekvenser en rask utbygging av bedriftshelseordninger kunne få for det geografiske helsevesen. Torbjørn Mork var stadig en prinsipiell planmann og ville se alle helsetjenester under ett, med geografien som utgangspunkt. Han ville spesielt se disponeringen av alt helsepersonell under ett. For ham representerte den særomsorgsorganiseringen av bedriftshelsevesenet som hans sosialistiske motparter stod for, en slags ”privatisering” av den. Men han, og hans folk, så også på særomsorgsorganiseringen som faglig fragmenterende: Den ville i noen grad kunne føre til at familiemedlemmer i en del henseender fikk ulike leger, bedriftslegen og almenlegen. ”Grunnlaget for allsidig almenpraksis må ikke uthules”, uttalte Helsedirektoratets fremste ”våpen- drager” i saken, ass. overlege Anne Alvik, i 1981.⁶⁷² Hun og andre var også bekymret for at en rask utbygging av bedriftshelsevesenet ville forsterke denne virkningen: Mangel på almenleger ville gjøre at flere gikk til bedrifts- leger, også for å få behandling.

Arbeidstilsynet og Aud Blegen Svindland vant langt på vei frem. De strakte § 30 i Arbeidsmiljøloven langt og lenger en langt, også lenger enn Justisdepartementets lovavdeling i en uttalelse, som først kom 9. februar 1983, mente var holdbar. De strakte den også lenger enn det utgiftsbekymrede finansdepartement likte.⁶⁷³

Der kom med noen få, nesten ”puslete”, bestemmelser om bedriftshelsevesenet i den nye kommunehelsetjenesteloven; én (§ 1-4) om at Departementet kan pålegge en offentlig lege eller andre i det kommende kommune- helsevesen å delta i bedriftshelseordninger og én (§ 6) om at kommunene

671) Aftenpostens morgenummer 1.6.1981, s. 26. Oppslaget har overskriften ”Arbeidstilsynet: Bedriftshelsetjenesten et arbeidsgiveransvar”. Foranledningen til oppslaget var at overlege Anders Lund ved Bergen helseråd var blitt stanset av Arbeidstilsynet da han og Bergen ville tilrettelegge fellesordninger for mindre bedrifter som ikke selv kunne ha egne ordninger. Der kom forøvrig stadig oppgitte brev til Direktoratet fra fylkesleger og distriktleger som mente at Arbeidstilsynet opptrådte helt urimelig, ja av og til ”molboaktig”, i spørsmål som gjaldt bedriftshelsetiltak. Der oppstod også en del konflikter mellom Arbeidstilsynet, som kunne pålegge bedrifter å innføre bedriftshelsetjeneste, og Helsedirektoratet, som med hjemmel i den da gjeldende legeruleringslov nektet bedriftene å ansette leger.

672) Anne Alvik, ”Bedriftshelsetjenesten”, *Utposten*, årg. 10, nr. 2/3, 1981, s. 3. Dette nummer av Utposten var et spesialnummer om bedriftshelsevesenet, med artikler av blant annet overlegen ved landets eneste yrkesmedisinske sykehusavdeling (i Porsgrunn), Sverre Langård, ass. overlege Harald Siem, Oslo helseråd og distriktlege Ivar Sonbø Kristiansen, Kvæfjord. Alle artiklene var skeptiske til Arbeidstilsynets ekspansive planer. Utpostens redaksjon hadde forjeves forsøkt å få et bidrag fra, eller et intervju med, overlege Aud Blegen Svindland: ”Utpostens redaksjon er ”djupt såra og vonbroten” over den uteblivende reaksjon fra overlege Aud Blegen Svindland”, heter det i en redaksjonell kommentar, s. 28.

673) Lovavdelingens uttalelse ble avgitt 9.2.1983, for øvrig etter at Knut Much-Søegaard hadde måttet etterlyse den. Henvendelsen fra Helsedirektoratet var sendt i 1981 (jnr. 15271/81). JDs arkivreferanse er 3756/81 E KB/GK/ml. Finansdepartementet skrev i brev til Kommunaldepartementet, ufullstendig datert (ennå ikke datert) 7.2.1981, at ”En finner det svært uheldig at Direktoratet for arbeidstilsynet viser så liten forståelse for nødvendigheten av å samordne ressursbruken i bedriftshelsetjenesten med den øvrige helsetjenesten, og vil derfor be Kommunaldepartementet om å påse at de regler og rutiner som er lagt opp for å sikre slik samordning blir fulgt”. Finansdepartementet fortsetter, i samme tone, slik: ”I tillegg vil en be om departementets vurdering av den omfattende framdriftsplan som Arbeidstilsynet har utarbeidet, og da spesielt spørsmålet om arbeidsmiljøloven gir hjemmel for et så omfattende pålegg.” Brevet har referansen 738/81 C Aa/ømh. Det er undertegnet av eksp.sjef Odd Solbraa.

skulle ”utarbeide en plan for organisering og gjennomføring av helse-tjenester ved bedrifter”.

Det var nok mer maktens ”sosiologi” enn dens psykologi som førte til Morks tap av meget av bedriftshelsevesenet. Men psykologien var ikke uten betydning. Aud Blegen Svindland fikk, med sin både stramme og offensive stil et psykologisk overtak på Mork, og andre med ham, som i noen henseender ikke var uten betydning. Mork argumenterte tydelig, men opptrådte samtidig både forsiktig og nesten resignert, blant annet på noen lite avklarende avklaringsmøter med Højdahl og Svindland. Men mest holdt han seg litt i bakgrunnen. Andre, som Anne Alvik og Lisbeth Hårstad fikk ta mer av støytten. Disses påtegnelser på notater vidner av og til om at det å ta ”støytten” undertiden kunne koste meget.

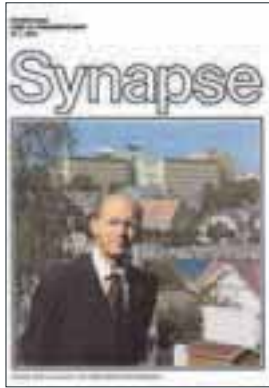
Morks nederlag i saken om bedriftshelsevesenet ble altså enda ett av hans prinsipielt viktige nederlag i tiden frem mot 1983. Og igjen var det én av hans (tidligere) egne folk, nemlig Aud Blegen Svindland, som skulle styre den prosess som førte frem til hans nederlag. Som vi har sett spilte hans legekontorsjef Hans Ånstad en lignende rolle i (den viktigere) saken om primærhelsevesenet.

Gjennom tapet av bedriftshelsevesenet tapte Helsedirektoratet og Mork en viktig bit av det hygieniske arbeid; den som hadde med arbeidsmiljøet å gjøre. Hygienearbeidet, eller medisinalpolitiet, hadde vært kjernen i medisinalforvaltningens virksomhet fra gammelt av. Nå var endog denne kjernen truet. Det var nemlig ikke bare arbeidsmiljøet som nå holdt på å glippe for Direktoratet. Også næringsmidlene var truet; ja, kom først denne utviklingen igang kunne meget ryke: Miljøekspertisen kunne skyve legemsekspertisen til side. Svindlands sorti fra Helsedirektoratet ble slik på mer enn én måte ydmykende for Mork.

En ny tid: det var ikke lenger like lett å være den suverene sjef

Sosiologien, tidsånden, gjorde at Mork ikke kunne lede helt som Evang hadde gjort det. Allikevel forsøkte han å fortsette i Evangs spor og stil. Der hadde vært elementer av kollektiv ledelse under Evang. Hans ”public health team” spilte en rolle. Samtidig var hans ledelse nokså individualistisk. Han hadde ikke noen formell ledergruppe som han møttes med og hvor beslutningene ble fattet (av ham). Møtene hadde mer en styrende og kulturbyggende rolle. Der ble utvekslet informasjon i møtene, og mer etter hvert, men ikke diskutert. Mork fortsatte med møtene, etter hvert som fredagsmøter (om morgenen). De ble preget av informasjonsutveksling, og litt meningsutveksling. Han var ikke så enetalede som Evang hadde vært. Slik sett tilpasset han seg en ny tid. Men disse møtene, som var møter for lederne, var ikke ledermøter. Der var ingen dagsorden, ei heller noen egentlig overordnet saksbehandling og beslutningstagning. Beslutningene fattet Mork, som Evang, alene, eller i direkte møter med de aktuelle ledere og eventuelt saksbehandlere. Det var også i slike saklig avgrensede møter at den egentlige ”kollektive”, overordnede saksbehandling og beslutningsfatning skjedde. Den mest overordnede kollektive ledelse skjedde under Mork,

som den hadde skjedd under Evang, i de hyppige, skjønt ikke egentlig planlagte og faste, møter mellom Mork, Medisinalråden og Ekspedisjonssjefen. Som vi har nevnt spilte deres hyppige lunchmøter en viktig rolle.



Meddelelsesbladet ble, forsinket, erstattet av "kontaktoorganet" Synapse i 1975. Det skulle være et toveis kontaktoorgan, men ble ingen suksess. Nr. 1 ble først fulgt opp med et nytt nummer i 1978. "Vi prøver igjen", skrev Mork i en slags leder. Det ble med prøven.

Tonen var altså nå blitt mer uformell, og titelfri, enn den hadde vært under Evang, særlig den tidlige Evang. Mork var samtidig opptatt av å være en tydelig og synlig sjef. Han ville gjerne bli en institusjon, som Evang var blitt. Det gjorde at han opptrådte med en bestemthet og selvsikkerhet som må kunne kalles autoritær. Det viste seg ved at han i de fleste saker hadde bestemt seg på forhånd og i samtaler og diskusjoner raskt markerte hvor han stod. Han markerte det både verbalt og legemlig. Men hans bestemthet var også saklig basert. Han hadde som regel satt seg godt inn i sakene, så godt at mange av overlegene og de andre lederne i den første tid fikk noen overraskelser: Han kunne nesten sakene bedre enn dem. Han opptrådte litt slik som kliniske og andre overleger tradisjonelt hadde opptrådt, både som suveren sjef og som den fremste fagmann; ja, som en sjef hvis autoritet ikke minst sprang ut av faglig suverenitet.

Men han var ikke så suveren som Evang hadde vært. Utviklingen hadde gjort det umulig å være det. Som avdelingsoverlegene, som de nå het, opplevde, nemlig at en del av deres underordnede leger kunne mer enn dem på sine områder, opplevde Mork at stadig flere av hans underordnede både kunne meget mer enn ham innen sine spesialer og kunne tenke på en mer overordnet måte enn ham om dem. For de fleste av faglederne var han jo den første tiden også å betrakte som en novise. Hans bestemthet til tross, så de fleste også ofte hans usikkerhet og hans avhengighet av dem. Hans usikkerhet ble forsterket av de psykologiske forhold vi har nevnt: Han var nok en robust Odda-mann, men han var også en følsom og litt selvsikker jærbu. Begge forhold, sosiologien og tidsånden og hans psykologi, gjorde at han ikke fikk det "tak" på sine ledere som Evang hadde hatt. De gjorde også at noen, som vi har sett, direkte kunne utfordre ham.

Under Evang ble det gitt ut et Meddelelsesblad for Helsedirektoratet. Det var som en liten bok, med halvtstive, blekg grønne permer. Det inneholdt mange av Evangs taler, blant annet på fylkeslegemøtene, andres foredrag og artikler og

meddelelser av alle slag. Det var virkelig et grundig ”meddelelsesblad”, et blad som det var nyttig å beholde for folk i etaten og som kunne stå på normal vis i bokhyllen. Det kom forholdsvis regelmessig. Mork kom snart til at det ikke lenger, ”hverken i form, innhold eller ”layout””, møter ”dagens krav til et effektivt informasjonsorgan”. Han tok derfor initiativ til å erstatte det med ”kontaktorganet” *Synapse*. Sitatene ovenfor er fra hans lederartikkel i første nummer av *Synapse*. *Synapse* kom med sitt første nummer våren 1975.

Synapse ble altså kalt et kontaktorgan. Organets navn gir jo lignende assosiasjoner: organet skal skape kontakt eller forbindelser. Mork skriver: ”Med ”*Synapse*” vil vi forsøke å skape et nytt organ for *flervegskommunikasjon* innen det offentlige helsevesen”. Han skriver videre at *Synapse* skal skape ”Et fruktbart samarbeid mellom periferi og sentrum i det offentlige helsevesen”.⁶⁷⁴ *Synapse* var nok mer moderne i format og form, men det viktigste var altså at det skulle være et organ for *gjensidig* informasjon og meningsutveksling. Det var uttrykk for en ny, mer demokratisk, stemning. Det var imidlertid også uttrykk for en mer rastløs stemning. *Synapse* ble trykket i A4-format og kunne ikke oppbevares stående i bokhyllen. Det måtte snart bli en ”lefse” som havnet i papirkurven.

Det første nummer hadde et innhold som lignet på Meddelelsesbladets, med Morks tale på distriktslegemøtet denne våren, med artikler av Arne-Birger Knapskog om hva ”community medicine” er, av fylkeslege Odd H. Lien om ”Østfold nettopp nå” og av Utredningskontoret om den fremtidige tilgang på og etterspørsel etter leger og sykepleiere. For øvrig inneholdt dette nummer de mer tradisjonelle formelle opplysninger etaten kunne ha nytte av. Det første nummer hadde ingen utgivelsesdato og ingen opplysninger om hvem som redigerte organet. Det første innslaget, Morks tale, var presentert bare med overskriften ”Helsedirektør Morks tale”. Der stod intet om når og hvor den ble holdt eller for hvem, skjønt det siste fremgikk av åpningsordene i talen. Kontaktorganet gav slik et ”raskt” og rotete inntrykk.

Det gjenstod imidlertid å se hvor meget det nye blad ville bli preget av toveiskommunikasjon. Helsedirektøren kunne meddele i neste nummer av kontaktorganet at det første nummer hadde fått ”en god mottagelse”. Ellers bekreftet dette nummer det tilfeldige inntrykk det første nummer gav. Det kom nemlig tre år etter det første, som nr. 1, 1978. Også det manglet dato og redaktøropplysninger. To tredjedeler av dette nummer var fylt av de foredrag som ble holdt om ”rettssikkerhetsproblematikk” ved Direktoratets og Departementets arbeidskonferanse om fylkenes helseplaner, en konferanse for landets psykiatriske overleger og fylkespsykiatere.⁶⁷⁵ Konferansen ble holdt på Geilo i oktober 1976, altså halvannet år før de ble trykket.

674) *Synapse*, Kontaktorgan utgitt av Helsedirektoratet, nr. 1, 1975, s. 1. Også sitatene ovenfor er fra denne siden.

675) Fra midt i syttiårene arrangerte overlegen i Psykiatrikontoret, Otto W. Steinfeldt-Foss, årlige møter for alle landets psykiatriske overleger og representanter for kontrollkommisjonene (for psykiatriske sykehus). Her ble tankene i ”nr. 9”, hva psykiatrien angikk, fulgt opp gjennom faglige oppdateringer og orienteringer om planenes oppfølging og videreutvikling. Møtene hadde også som funksjon å bidra til å skape en felles nasjonal kultur omkring moderniseringen av det psykiatriske helsevesen.

I sin lederartikkel, ”Vi prøver igjen!”, beklager Mork at Synapse har ”latt vente på seg – altfor lenge”. Han skriver at det var etterlyst flere ganger. Noen har foreslått å endre organets navn til ”Syncope”, legger han til. Han forklarer forsinkelsen med ”den vanskelige bemanningssituasjonen” i Direktoratet, men legger til at ”Mye av skylden for forsinkelsen får jeg ta på min egen kappe”. Så tar han sats igjen og understreker betydningen av å ha ”et to-vegs kontaktorgan”, ikke minst i disse reformtider. Han avslutter med å si at et slikt organ krever ”en sterkere felles innsats for å holde åndedrettet vedlike etter at det nå er gjenopplivet etter syncope-tilstanden”.

Det mislyktes. Der kom ikke flere numre av Synapse. Bladet gikk inn i en varig synkope.

Kanskje sier også dette noe? Evangs Meddelelsesblad kom jevnt og trutt. Det gav inntrykk av styring og kontroll. Morks moderne Synapse skulle være et bilde på et fornyet og mer gjensidighetspreget helsedirektorat. Istedet ble det et uttrykk for at styringen og kontrollen mer holdt på å glippe; ja, på at Helsedirektøren og Helsedirektoratet var på defensiven. Det fylkeslegeutvalg som gav sin innstilling i 1982 uttaler således: ”Det bør legges vekt på å samle prinsipielle uttalelser i et nytt ”Meddelelsesblad”. Så lenge det ikke synes å være mulig å få utgitt ”Synapse”, er det bedre å gå tilbake til den opprinnelige ordningen”.⁶⁷⁶

Privat og profesjonell

Vi har nevnt at Mork fikk et anstrengt forhold til to av sine sentrale medarbeidere, hygiesjefen Aud Blegen Svindland og legesjefen Hans Ånstad. Det anstrengte forholdet til Svindland kom til å spille en rolle gjennom hele hans første periode, for så vidt som hun ble hans motspiller også etter at hun hadde sluttet i Direktoratet (og gått til Arbeidstilsynet). Gnisningene mellom Mork og Ånstad oppstod mot slutten av syttiårene og i forbindelse med arbeidet med proposisjonen om primærhelsevesenet. Også disse gnisningene fortsatte å spille en rolle en tid etter at Ånstad var sluttet i Direktoratet og gått over til Helseavdelingen (i Departementet). Mork fikk også relasjonelle problemer med ytterligere en av lederne i Direktoratet, nemlig lederen for Sykepleierkontoret.

Hun var både jurist og sykepleier og var blitt byråsjef i 1967. Hun fikk titelen underdirektør i 1974, altså under Mork. Hun var sterk og tydelig som sykepleiesjef, og ble av de andre juristene mer sett på som sykepleier enn som jurist. Hun hadde også kontakter i det politiske miljø, spesielt i det parti hun selv tilhørte, Senterpartiet. Hun hadde stor personlig charme. En av dem som ble fanget av den, var Helsedirektøren. Igjen kunne Evang konstatere, hva han også gjorde overfor bekjente i Direktoratet, at Mork ikke var ”disiplinert” nok, ikke var i stand til alltid å være bare rasjonelt målorientert. Mork var for menneskelig.

⁶⁷⁶) *Fylkeslegeembedet*, innstilling fra Utvalget til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning m.v., *op. cit.*, s. 323.

Den private nærheten mellom Helsedirektøren og en av hans undernede, endog ganske ambisiøse underordnede, forrykket maktforholdene i Direktoratet. Det skapte uro, en uro som tiltok ettersom forholdet mellom de to ble mer og mer anstrengt. Sykepleiesjefen begynte å utfordre Helsedirektøren, utfordre ham på måter han ikke så godt klarte å mestre. Arbeidsatmosfæren lederne imellom ble utover i 1974 svært preget av det stadig vanskeligere forholdet mellom Helsedirektøren og lederen for Sykepleierkontoret. På et ledermøte en gang utpå høsten 1974 sa den eneste som hadde autoritet til å gjøre det, psykiatrisjef Steinfeldt-Foss fra om at det ikke kunne fortsette på denne måten. Medisinalråd Bjørnsson hadde da fått signaler fra Statsministeren, via Statsråden, om at han måtte ”rydde opp” i de relasjonelle problemene som var oppstått i Direktoratet. Bjørnsson hadde vegret seg, men Steinfeldt-Foss, som hadde et godt personlig forhold til Mork, vegret seg altså ikke. Det nære forhold mellom Mork og sjefen for Sykepleierkontoret tok med dette slutt. Men at nærheten nå ble til skeptisk fjernhet, løste jo ikke problemene. De ble andre. De ble konfliktp problemer, konfliktproblemer som skulle vare hele Morks første periode ut. Sykepleiesjefen forlot Direktoratet i 1984, etter 23 år i Direktoratet.

Det ”nærhetsproblem” Mork fikk fra han begynte som helsedirektør hadde som en parallell et ”fjernhetsproblem” til familien, et problem som også ble en betydelig belastning. Han og hans kone ble i praksis separert relativt tidlig, men ble formelt skilt først i 1978. I 1975 kom der en annen kvinne inn i hans liv, journalisten Wenche Margrethe Myhre (f. 1940). De ble snart samboere og holdt sammen resten av Morks liv. Wenche Margrethe Myhre var en bevisst feminist og sosialradikaler. Hun var det på en intens måte. Det bidro til intensiteten at hun var empatisk, åpen og, ikke minst, mobiliserende. Overfor henne kunne han ikke bare si ja på en uforpliktende måte. Han kunne heller ikke skyve det private livet til side for å konsentrere seg om det profesjonelle. Han måtte, med hele seg, se de to liv i sammenheng. Det var ikke bare, som det kanskje hadde vært, et spørsmål om den kvantitative prioritering av de to liv, og av den ambisiøse, nesten bergenske Odda-mann og den mer følsomme jærbuen. Det var også, og først og fremst, et spørsmål om å ta med seg mer av jærbuen over i den profesjonelle verden.

Hun uttrykte seg ikke med slike ord, men vi tør påstå – etter en samtale med henne – at hennes budskap, og krav, kan tolkes slik. Han syntes hennes ”krav” virket skumle, men samtidig var det noe i dem som appellerte til ham, nemlig til den mer vare og sarte jærbuen som også gjemte seg i ham. Hun trakk ham inn i et radikalt, humanistisk-sosialt, journalistisk og kunstnerisk miljø og fikk slik mobilisert flere ”oppdragere”. Hun fikk ham etter hvert til å slappe av, og til å trives. Det syntes også snart på ham. Han gav avkall på den strenge, evangske hårsveis, påkledning og stil og lot håret bli lenger og skjegget gro. Han skiftet ut den hvite skjorten og det konvensjonelle slipset med kulørte skjorter og strikkede slips. Han så stadig ordentlig ut, men hans nye apparisjon stod bedre til hans sosialradikale standpunkter.

Det var som om han demonstrerte at han ikke lenger var så, nesten strebersk, opptatt av å tilpasse seg det embedselitistiske samfunn som han tidligere

hadde vært. Han fant det kulturradikale miljø like inspirerende, og mer avslappende. Han fikk venner på en annen måte enn han hadde hatt før, ikke minst kvinnelige venner. Han fikk også, hvilket var spesielt viktig, et nærere forhold til sine barn igjen, og særlig til datteren, Elisabeth.

Torbjørn Mork ble nå en sterkere, og mer ”hel” mann. I Direktoratet merket hans medarbeidere at han fikk lettere for å slippe av. Han ble dog ikke straks en spesielt ”myk” leder. Det tok i så henseende tid for ham å komme ut av skallet. Hans genanse gjorde det også vanskelig for ham å slippe seg altfor løs. I tillegg kom alle kampene han nå ble involvert i, og stort sett tapte. Også de bidro til å lokke frem igjen den steile og harde Mork. Men det som skjedde med ham privat fra midt i syttiårene, gjorde sin virkning, om enn tydeligere et stykke ut i åttiårene. Som vi har sett fikk han det ikke lett etter 1975 heller. Ja, det var særlig fra da av det begynte å butte imot for ham som helsepolitiker og leder. Men at han ”stod han av”, da og senere, skyldes nok ikke minst den intense bergenserinne han hadde tatt inn hos i Thomas Heftyes gate på Frogner. Det bør føyes til, hun og hennes venner gjorde det ikke bare enklere for ham heller: De mer enn applauderte hans sosialradikale politiske utspill.

Helsedirektoratets lokale arm: fylkeslegene

Helsedirektoratet fortsatte, kan man nesten si, gjennom fylkeslegekontorene. De var først og fremst de lokale iverksettere av den nasjonale politikk. De spilte også en rolle på den (pre)politiske side forsåvidt som de hadde et ansvar for det samfunnsdiagnostiske arbeid og, med det som utgangspunkt, gav innspill til den videre politikktutvikling. Endelig spilte de, som vi skal komme tilbake til, en voksende rolle som kontroll- og tilsynsorgan. Allikevel, først og fremst var fylkeslegekontorene, også gjennom denne perioden, iverksettende organer.⁶⁷⁷

Fylkeslegenes virksomhet ble, som før, fulgt opp av distriktslegene, som, som vi har sett, både var forvaltere og (pre)klinikere – altså befant seg i en klassisk medikratiske heisposisjon. Deres virksomhet skulle også vært fulgt opp av et ”korps” av offentlige, helst statlige, legespesialister, eller sykehusoverleger. Man skulle, som Evang var klar over, også hatt et slikt korps, men fikk det aldri. Overfor spesialisthelsevesenet måtte fylkeslegene ha hele forvaltningsrollen, mens sykehusoverlegene var nokså frie, rent kliniske, selvledende overleger. Fra 1976, da den nye fylkeskommunen trådte i funksjon, mistet fylkeslegene også meget av sin styrings- og forvaltningsrolle overfor sykehuslegene, og dermed sykehusene. Den nye fylkeskommunen bygget opp sin egen forvaltning, med en fylkesrådmann og en sykehussjef som sykehusenes umiddelbart overordnede. Da så, som vi har sett,

677) Empirisk er den følgende diskusjon i første rekke basert på Larssen-utvalgets meget grundige innstilling, *Fylkeslegeembedet*; kfr. *op. cit.* Selve innstillingen, som ble avlevert 3.8.1982, er på 350 sider. Med vedlegg etc. er den på 429 sider. Utvalget var kalt Utvalg til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, herunder kontortekniske problemer m.v. Det ble oppnevnt 5.11.1979. Utvalgets leder fylkeslege Arne Victor Larssen, Møre og Romsdal, var også utvalgets sekretær. Innstillingen er i stor grad hans (monumentale) verk. De øvrige medlemmer av utvalget var den fylkeslege som på dette tidspunkt hadde lengst ansiennitet (fra 1950), Gustav Vig, Hedmark, vurdere kontorsjef Ingar Mjaaland – som etter et år ble erstattet av kontorsjef Øystein Ruud, førstekonsulent Jon Oftedal, Statens rasjonaliseringsdirektorat og byråsjef Vidar G. Wilberg, Sosialdepartementet/Helsedirektoratet.

de offentlige almenleger i 1984 ble kommunale, gikk endog den gamle, medikratiske styringslinjen i stykker, og fylkeslegene mistet meget av sin forvaltningsrolle også overfor almenhelsevesenet.

Kommunaliseringen av klinikken, ja, begge klinikker, gjorde at det medikratiske helsedirektorat, og dermed fylkeslegene, i viktige henseender fikk undergravet sin styrende og iverksettende rolle. Iverksettelsen av den nasjonale politikk ville nå, iallfall i de viktige henseender, bli en iverksettelse som måtte gå via to folkevalgte sett av institusjoner, fylkeskommunen og primærkommunen. Da var det naturlig å la iverksettelsen skje i regi av de nasjonale politiske organer, med Departementet, og fra sent på høsten 1983, dets nye helseavdeling, som primær utøver. Om et fristilt direktorat, og dermed også (delvis) fristilte fylkesleger, fortsatt skulle spille en iverksettende rolle, måtte de gjøre det på lydig vis, under Departementet. I den grad de ikke ville klare å opptre lydig, ville de begge måtte finne, eller få, andre oppgaver. Her pekte oppgaven som kontroll- og tilsynsorganer seg ut.

Men gjennom storparten av Morks første periode kom fylkeslegene først og fremst til å spille en iverksettende rolle, dog mest overfor preklinikken og primærklinikken, mindre overfor sekundærklinikken. Iverksettelsen omfattet både den direkte politikkiverksettelse og den indre ledelse, altså utøvelsen av arbeidsgiverfunksjonen. Fylkeslegene fortsatte, som nevnt, å spille en viss samfunnsdiagnostisk rolle, men den rollen ble nå stadig mer profesjonalisert og overtatt av spesialiserte overvåkningsorganer, eller epidemiologiske organer, særlig Statens institutt for folkehelse. Enda mer spesialiserte overvåkningsorganer, som Kreftregisteret og andre registre, spilte også en slik epidemiologisk rolle. I tillegg spilte fylkeslegene selvsagt en tilsynsrolle. Vi skal komme tilbake til den.

Fylkeslegenes iverksettende rolle var i noen grad overflødig. Helsepolitikken ble jo vedtatt av nasjonale og lokale politiske organer og ”traff” de utøvende organer direkte. De siste kunne lese og tolke vedtakene og derfor også sette dem ut i livet. I betydelig grad måtte imidlertid vedtakene konkretiseres. Noe av konkretiseringen, nemlig utarbeidelsen av forskrifter, skjedde også politisk, men på grunnlag av forvaltningsmessig utredning. Meget av den fikk imidlertid karakter av direktoratlig veiledning av ulike slag og av presendensskapende forvaltningsvedtak. De siste var ofte en følge av henvendelser nedenfra, fra for eksempel fylkes- eller distriktsleger. Fylkeslegene fulgte så, omenn i varierende grad, opp den veiledning de fikk ovenfra, nedover i det utøvende helsevesen, men særlig i preklinikken og primærklinikken. Denne oppfølging var imidlertid preget av hyppigere, nærere og mer gjensidig kontakt enn kontakten mellom direktorat og fylkesleger.

Kontakten mellom Direktoratet og fylkeslegene skjedde i stor grad på en spesialisert måte, altså med utgangspunkt i de enkelte kontorer i Direktoratet. Fylkeslegekontorene var imidlertid ikke i samme grad spesialisert. De hadde to assisterende fylkesleger, en for administrativ sektor, som det het, og en for sosialmedisinsk sektor. Enkelte fylker hadde også en

fylkespsykiater eller en kombinert fylkespsykiater og områdeoverlege. Alle kontorer, bortsett fra Stadsfysikatet i Oslo, hadde også en fylkeshelsesøster og (minst) en assisterende fylkeshelsesøster; disse var imidlertid fylkeskommunalt ansatt. Forskjellen i oppbygning, og tildels arbeidsgiverforankring, mellom Direktoratet og fylkeslegekontorene, gjorde at den lokale oppfølging kunne bli av varierende kvalitet. Ikke minst spilte det en rolle at folk ved fylkeslegekontorene i all hovedsak var helsefagfolk (og sosialfagfolk); kontorene manglet (til 1974) juridisk kompetanse. Men problemene som oppstod mellom nivåene skyldtes også at direktoratskontorene, som vi har sett, var svært selvstendige og selvstendighetsbevisste. De mange styringslinjer nedover virket derfor for fylkeslegekontorene ofte som fragmenterte og tildels spenningsfylte.

Disse saklige problemene ble ved fylkeslegekontorene også sett på som en funksjon av økende avstand til Helsedirektoratet. Direktoratets ledere reiste mindre på besøk til fylkeslegene. Lederne skiftet også hyppigere. Fylkeslegene ble slik mindre kjent med dem. Fylkeslegene fikk heller ikke kompensere for utskiftingene i Oslo ved at de selv hospiterte der.

Fylkeslegene følte også at Helsedirektørens opptatthet av dem og deres ve og vel var synkende. De møtte ham på to årlige møter, et om våren, der også andre fra kontorene deltok, og ett om høsten, der fylkeslegene var ledsaget enten av en assisterende fylkeslege eller kontorsjefen. Fra slutten av syttiårene ble der også holdt enda mer avgrensede møter, der bare fylkeslegene og direktoratsledelsen møtte. I noen grad ble det holdt særskilte temamøter. Men disse møtene var for store og for "styrte" til at de egentlig skapte den nærhet de eldre følte at det hadde vært i "gamle" dager. For å bidra til å bedre den mer løpende kontakt kom det derfor fra midt i syttiårene også et fylkeslegeutvalg, bestående av tre fylkesleger, valgt for tre år, i funksjon. Det skulle være et mer løpende kontaktorgan for fylkeslegene og Helsedirektøren, men det møttes snart mest på initiativ av fylkeslegene, og bekreftet slik fylkeslegenes følelse av at Mork ikke var overvettets opptatt av dem.⁶⁷⁸ Man kan imidlertid si at denne "avstandutviklingen" ikke var helt ny. Den var begynt under Evang, og hang sammen med veksten i oppgaver og personell. For Mork hang den imidlertid også sammen med at alle konfliktene, både av politisk og personalpolitisk art som kom til å prege hans første periode – ja, hele hans tid som helsedirektør – tok meget av hans oppmerksomhet. Han begynte dessuten tidlig å gi en annen relasjon, den utad og på et vis oppover, høy prioritet. Han var ofte på utenlandsopphold, særlig i WHO-regi. Hans statsråd fra 1981 til 1986, Leif Arne Heløe, så på hans reisevirksomhet også som uttrykk for en viss eskapisme. I dette henseende fulgte Mork i noen grad i Evangs fotspor.

Det hører ellers med til bildet av fragmentering at fylkeslegekontorene ikke hadde meget med apotekervesenet å gjøre, og også relativt lite med tannlegevesenet å gjøre. Her, men særlig hva angikk apotekervesenet, skjedde både iverksettelsen av lovene og annen politikk og tilsynet (inspeksjonen) i

678) Kfr. Larssen-utvalget, *Fylkeslegeembedet, op. cit.*, s. 70-71.

regi av Direktoratets aktuelle kontorer. Bjørn Jøldal var en slags apotekerdirektør og Per Bærum en slags tannhelseledende direktør.

Medikratiske sett skulle fylkeslegene sortere direkte under Helsedirektøren. I mange, gjerne kalt faglige, henseender, gjorde de det. Den opprinnelige uklarheten som bestod i at de administrativt var knyttet til Fylkesmannen og gjennom ham til Justisdepartementet, fortsatte imidlertid å eksistere, og skapte undertiden misforståelser og gnisninger. De ble dog færre fra 1976, da Fylkesmannen mistet ansvaret for fylkesforvaltningen til den nye fylkeskommunale forvaltning. Men forsåvidt som fylkeslegene fortsatt var statlige, bestod det gamle, ikke helt klare, ansvarsforholdet mellom fylkesmann og fylkeslege. Skulle den skriftlige, og kanskje også den muntlige, kommunikasjon, opp så vel som ned, gå via Fylkesmannen? I praksis skjedde ikke alltid det, men fylkeslegene forsøkte i det minste å sende gjenparter av brev (oppover) til Fylkesmannen. De var forsåvidt også forpliktet til å gjøre det; bare i faglige spørsmål, uten at det ble klargjort hva de bestod i, kunne de kommunisere direkte med Direktoratet. Linjeproblemene var imidlertid mer omfattende. Fylkeslegene opplevde ofte at kontorer i Direktoratet henvendte seg direkte til distriktsleger og sykehus (eller fylkeskommuner), uten å informere den aktuelle fylkeslegen (og Fylkesmannen). Distriktsleger og sykehus kunne gjøre det samme oppover. Linjeproblemer skapte det selvsagt også at blant annet fylkeshelsesøstrene var fylkeskommunalt ansatt.

Helsedirektoratets lokale kontorer het ikke Helsedirektoratet i Akershus, Østfold osv, men Fylkeslegen i Akershus, Østfold osv. Titelen markerte at kontorene hadde en viss autonomi. De var ikke rene underavdelinger av Direktoratet. Helsedirektøren kunne på ett vis se på dette som et problem. Han ville gjerne at de skulle være hans lydige iverksettere. Men både Evang og Mork var forsiktige med å behandle fylkeslegene autoritært. Etter den medikratiske tradisjon skulle ikke forholdet mellom ledere på ulike nivåer være rent hierarkisk. Lederen på det lavere nivå skulle ha betydelig frihet til å utøve skjønn, som den erfarne legen som kliniker også skulle ha. Forholdet kunne gjerne være paternalistisk – hierarkiforholdet måtte ikke helt ”spise opp” kollegialitetsforholdet – men ikke formelt dikterende. De fleste av fylkeslegene så også slik på det, og slik forsøkte de å forholde seg til dem de hadde under seg i preklinikken og klinikken. Dette, litt løse og uklare, tildels dialogiske, forholdet skapte noen gnisninger, sjønt sjelden de store. Evang kunne dog av og til føle at endel fylkesleger i vel stor grad tok seg til rette, ja, nærmest var preget av den gamle (middelalderske) lenshermentaliteten. Det økte under Mork. Det bidro til det at selv mot slutten av hans første periode (i 1981) var flertallet av fylkesleger Evang-utnevnte folk (11 av 20). Åtte var utnevnt før 1970 og to var utnevnt i begynnelsen av femtiårene.⁶⁷⁹ Mork klarte ikke å bygge opp fylkeslegekorpset som et korps som var ”hans”. Det skulle bli tydeligere i neste periode, da fylkeslegene begynte å ”svikte” ham.

679) De to var Gustav Vig (1950), som nå satt i Hedmark, og Knut Torgersen (1953), som nå satt i Buskerud. Opplysningene er hentet fra Larssen-utvalget, *Fylkeslegeembedet, op. cit.*, s. 43.

Men fylkeslegene fikk nå, som Helsedirektøren, voksende problemer med å beholde sin faglig baserte autoritet overfor sine kolleger, legene. Evang hadde forsøkt å holde seg bredt orientert, men måtte, som vi har nevnt, akseptere at han, særlig, ble hengende etter innenfor spesialistklinikken. For Mork, og hans (over)leger, var dette i enda større grad tilfellet. De rekrutteringsproblemer Mork og Direktoratet for alvor fikk i hans første periode var et uttrykk for det: Direktoratets faglige status var synkende. Direktoratet var kanskje et sted å begynne, for noen, men bare for en tid. Fylkeslegenes autoritetsproblemer overfor sykehusene og sykehusoverlegene var uttrykk for det samme. Uten spesialistbakgrunn, som de fleste var, fikk de knapt autoritet overfor sine spesialistkolleger. Sykehusenes integrering i fylkeskommunene bidro, som vi har sett, til at fylkeslegene ble skjøvet bort fra sykehusene, men det viktigste var det faglige. Men selv overfor distriktslegene, og almenlegene mer generelt, fikk nå fylkeslegene økende autoritetsproblemer. Fylkeslegene var for lengst blitt rene kontorleger – de hadde oppgitt sin ”heisstatus” – og fikk slik økende avstand til almenlegene, særlig i kliniske spørsmål. Anderledes sagt, grunnlaget for deres rolle som faglige rådgivere, eller faglig-pedagogiske iverksettere, ble mer og mer svekket. Istedet ble de, akkurat som Helsedirektøren og hans fagledere, i stigende grad mer forvaltningspregede iverksettere: De ble mer byråkrater. Det vil si at deres autoritetsutøvelse hentet mer fra jusen, etikken, økonomikken og politikken og mindre fra medisinen.

Fylkeslegene hadde fortsatt denne, medikratiske-klingende, tittel, men ble i praksis mer og mer ledere for statlige fylkeshelsekontorer. De kunne gjerne hatt en tittel tilpasset det. Men ennå hang meget av den gamle kultur i, så tittelen ble beholdt. Den ekspansjon som nå kom var også i det alt vesentlige helsefagbasert. Vi har nevnt de nye legene, som selvsagt kom inn i nr. toposisjoner, og fylkeshelsesøstrene. I tillegg kom der noen få (ikkeledende) leger, ergoterapeuter og psykologer og en god del sosionomer (sosialkonsulenter). Ikke før i 1974 begynte folk med styringsfaglig kompetanse å komme. De som kom var lenge bare jurister. De ble kontorsjefer, og fikk delvis virke på tvers, altså stabsmessig i forhold til de ulike fagpersoner. Deres rolle ble imidlertid raskt viktig, i takt med at helsefaglighetens betydning sank og styringsfaglighetens økte. Med kontorsjefenes komme fikk forøvrig fylkeslegekontorene mer av det preget Helsedirektoratet under Evang fikk, som et medisinsk-juridisk organ. Fylkeslegekontorenes juridiske, og økonomiske, rolle ble dog enda mer preget av enkeltsaker enn tilfellet var for Direktoratet: Fylkeslegekontorene befant seg lenger ute i iverksettelseskjeden. Kontorsjefene ble for øvrig i utpreget grad det, (interne) kontorsjefer. I tillegg fikk de en rolle i legalitetskontrollen med helsrådsvedtak.

Tilsynsoppgaven, som alltid hadde vært viktig for helseforvaltningen, kom mot slutten av perioden 1972-1983 til å bli viktigere. Den begynte også å endre karakter. Tidligere gjaldt meget av kontrollen, eller tilsynet, ”andre”, som farmasøyter, tannleger og kvaksalvere, men tillike institusjoner av ulike slag (sinnssykeinnretninger, leprainstitusjoner og tuberkulosesanatorier blant annet), selv om de hadde leger knyttet til seg. Særlig etter 1927 kom tilsynet, som vi har sett, også til å omfatte leger og personer som arbeidet

under dem. Det gamle tilsynet med de ”andre” fortsatte, men noe av det ble mindre aktuelt, men først og fremst økte nå tilsynet med kjernepersonellet, ikke minst legene, og med institusjonene (arbeidsgiverne). Vi skal komme tilbake til det, men her kort nevne noe. Det var fylkeslegene som i første instans stod for tilsynet med leger og annet ”offisielt” helsepersonell. De fortsatte imidlertid å utøve dette tilsynet på en reaktiv, tildels passiv måte også gjennom perioden frem til 1983. Det vil si, de reagerte som regel først når der kom klager. De hadde adgang til å inspisere for eksempel legekontorer og sykehusavdelinger, men gjorde det i mindre grad og langt fra planmessig og regelmessig. Praksis varierte imidlertid i så henseende fra kontor til kontor.

Larssen-utvalget ”så” at tilsynsoppgavene ville få øket betydning, også for fylkeslegene, men mente at ”En bør være oppmerksom på svakheter ved for sterkt utviklet tilsyn og kontroll”. Vi skal komme tilbake til disse ”svakheterne” når vi ser nærmere på tilsynsoppgaven. Dog bør vi nevne her at Utvalget ikke la vekt på den spenning det er mellom å iverksette, gi råd og å kontrollere eller føre tilsyn. Utvalget argumenterte endog forat veiledning og tilsyn burde kombineres mest mulig; ja, nesten at veiledning kunne erstatte ”skummelt” tilsyn.⁶⁸⁰

Fylkeslegene begynte nå allikevel å ane at de ”skumle” tilsynsoppgavene fort kunne komme til å bli meget omfattende. På fylkeslegemøtet i Fredrikstad våren 1981 drøftet de nærmere fylkeslegenes tilsynsrolle. De ytret i den forbindelse et ønske om å få nærmere retningslinjer for hvilke tilsynsoppgaver fylkeslegene burde gi høyere og lavere prioritet. Det ble fremholdt at ressursene på langt nær strakk til for en mer omfattende, og ”lik” tilsynspraksis.⁶⁸¹ Men hvordan den tilsynsrevolusjon som nå skulle komme skulle være med på å endre fylkeslegerollen på en radikal måte, så ikke fylkeslegene, og forsåvidt heller ikke Larssen-utvalget.

Den horisontale dimensjon

Den overveiende faginstusjonelt baserte spesialiseringen, eller kontorinndelingen, av Helsedirektoratet, ble, i hovedsak beholdt gjennom Morks første periode – som et av flere uttrykk for hvordan Helsedirektoratet gjennom hele denne perioden beholdt sin gamle, evangske, og tildels før-evangske, form; kfr. figur 5.9. Sykepleiekontoret var, også det som et nokså faginstusjonelt basert kontor, skilt ut fra Legekontoret på slutten av Evangs tid (1971). Der skjedde allikevel en viss, skjønt forsiktig, utvikling i styringsfunksjonell retning.

Økonomi- og personalkontoret fikk åpenbart voksende betydning som funksjonelt basert kontor. Det ble formelt markert ved at Reidar Bang, dets underdirektør, i 1974 ble avdelingsdirektør, og lønnsmessig ble plassert på nivå med overlegene (sjefreg. 4). Reelt ble det også markert ved at dette juristdominerte kontor i stigende grad kom til å påvirke de institusjonelle

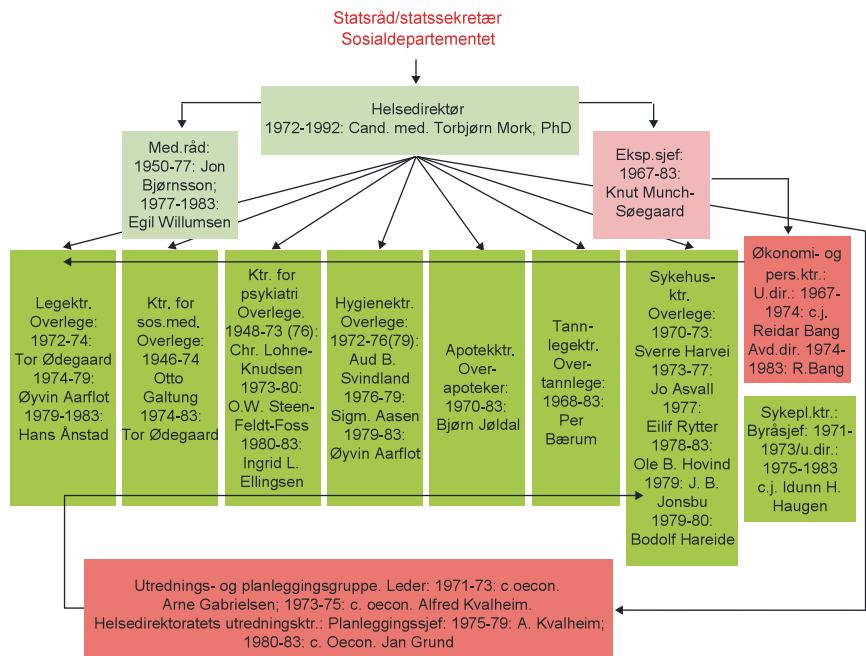
680) Larssen-utvalget, *Fylkesmannsembedet*, op. cit., s. 228.

681) Kfr. Larssen-utvalget, *Fylkeslegeembedet*, op. cit., s. 228-229.

helsefagkontorene, og forsåvidt også ved at kontorets ”over-overordnede”, Knut Munch Søegaard, fikk større innflytelse over Mork (enn han hadde hatt over Evang). Sammen med økonomene i Helsedirektoratets utredningskontor (fra 1975), tidligere Utrednings- og planleggingsgruppen, spilte Økonomikontoret også en stigende rolle som en vokter av økonomiske hensyn. Spesielt kom deres synspunkter til å påvirke Sykehuskontoret og Psykiatrikontoret: Arbeidet med ”nr. 9” ble, som vi har sett og skal se, påvirket av samfunnsøkonomiske hensyn.

Økonomi- og utredningskontorenes stigende betydning var også uttrykk for at styringsfagene, særlig jusen, men også økonomikken, var kommet mer på offensiven, og at Helsedirektoratets (medikratiske) anderledeshet var kommet under et visst press.

Figur 5.9: Helsedirektoratet 1972-1983



Vi skal imidlertid ikke legge stor vekt på denne tendens. Den er mer funksjonell enn strukturell. Økonomi- og personalkontoret var allerede blitt formelt spesialisert på slutten av Evangs tid. Det var organisert i en budsjettseksjon, en personalseksjon, en teknisk seksjon og en økonomiseksjon. Det var det også i 1983. Kontoret var det klart største i 1972, men dets andel av direktoratstaben endret seg ikke meget i løpet av perioden. Det hadde hele tiden om lag en fjerdedel av den samlede kontorstab fra konsulentnivå og oppover.



Jo E. Asvall, spesiallege og overlege i Sykehuskontoret i Helsedirektoratet fra 1971 til 1976. Han var hovedarkitekten bak den skjellsettende "nr. 9", sykehusmeldingen som Stortinget gav sin tilslutning våren 1975. Asvall dro senhøstes 1976 til København og WHO's regionale kontor for Europa. Fra 1985 til 2000 var han WHO's regionale direktør for Europa. Dette bilde er fra hans WHO-tid (november 1993). Foto: Gunnar Lier / Scanpix.

Direktoratets helsefagkontorer hadde under Evang utviklet seg til nokså selvstendige kontorer, med til dels meget selvbevisste ledere. Heller ikke i dette henseende skjedde det store endringer i tiden frem til 1983. Apotek- og tannlegekontorene fortsatte som svært selvstendige kontorer. I forholdsvis stor grad gjorde også Legekontoret, Kontoret for sosialmedisin, Hygienekontoret og til dels også det relativt nye, og nokså lille, Sykepleiekontoret det. Sykehuskontoret og Psykiatrikontoret samarbeidet dog noe, spesielt i forbindelse med "nr. 9", og hadde, som nevnt, også en del samarbeid med Planleggingskontoret. Man kan nesten si at til sammen utgjorde disse tre kontorer, iallfall frem til tiårskiftet, Direktoratets strategiske kjerne. I noen grad bør vi inkludere i denne kjernen Helsedirektøren selv, men han var mer en interessert og positiv støttespiller enn selvstendig strateg. Sykehuskontorets dynamiske rolle skapte en viss sjalusi i de andre kontorene, særlig i de kontorene som ikke ble trukket med i arbeidet, mener Ole B. Hovind, Kontorets overlege i siste del av perioden.⁶⁸² Men ved utløpet av Mork's første periode var også de tidligere strategiske kontorer falt tilbake i "selvstendighetsfolden". I dette henseende tålte ikke Direktoratet Jo Asvalls avgang. Asvalls avgang eksponerte slik også hvor lite offensiv Mork var som strateg og samordner.

Vi har nevnt at fylkeslegene oppfattet helsefagkontorenes selvstendighet som et problem: Den styring de ble utsatt for var ikke alltid særlig samstemt. Vi har nettopp pekt på en grunn til at dette problem kan ha økt mot slutten av perioden. Det kan imidlertid ha økt også av andre grunner: De voksende bemanningsproblemer og den derav følgende lavere kontinuitet i stillingene, i første rekke i legestillingene, gjorde at Direktoratets medarbeidere kjente dårligere til hvordan kollegene i de andre kontorer tenkte. Hvorom alt er, de fleste av dem vi har samtalt med fra denne perioden understreker hvor fragmentert Helsedirektoratet var og hvor meget hvert kontor levde sitt eget liv. "Kontorene var hver sine verdener. Jeg var (bare) opptatt av mitt nærmiljø i Sykehuskontoret", forteller Eilif Rytter i dag. Han var den gang legekonsulent, assisterende overlege og fungerende overlege i Sykehuskontoret.⁶⁸³

682) Samtale 7.10.2008.

683) Samtale 10.10.2008.

Profesjonaliseringen

Der skjedde altså intet grunnleggende med Helsedirektoratets indre oppbygning. Kontorsammensetningen ble som den hadde vært. Det vil si at de fleste kontorer, altså helsefagkontorene, forble forholdsvis integrerte kontorer. De styrte og forvaltet i stor grad hver sine deler av helsevesenet. Gjennom Økonomi- og personalkontoret var noe av styringsfagligheten flyttet ut. Det betydde at helsefagkontorene ikke var helt integrerte. De ble ”passet på” av Økonomi- og personalkontoret, særlig hva angikk jusen og økonomikken.

Denne organiseringen begrenset, som den hadde gjort under Evang, også muligheten for å profesjonalisere forvaltningsoppgavene. Det gjaldt for så vidt også Økonomi- og personalkontoret, som jo representerte spesialisert styringsfaglighet, ikke ”hele” styringsoppgaver. I hvilken grad de ulike oppgaver derfor ble profesjonalisert under Mork, som under Evang, avhang av personer. Det avhang selvsagt i første omgang av Helsedirektøren, til dels også av Medisinalråden og Ekspedisjonssjefen, men så i neste, og i praksis viktigste, omgang, av lederne i kontorene.

Evang hadde, som vi har sett, mange tanker om hvordan en helhetlig helseforvaltning, skulle utøves, men disse tanker pekte bare i noen grad mot en egentlig forvaltnings- og styringsfaglig profesjonalisering. Faglig sett forble Evang en paternalistisk medisiner langt mer enn profesjonell forvaltningsleder. Mork skrev intet faglig, etter det vi kan se, hverken om folkehelsevitenskapen eller forvaltningsvitenskapen, og da selvsagt intet om forholdet mellom dem. Han presenterte heller ikke, så vidt vi kan se, mer almene tanker om disse vitenskaper, eller deres anvendelsesimplikasjoner, hverken før han ble helsedirektør eller etter at han var blitt det. Det er for så vidt derfor han ble en reagerende meget mer enn en agerende leder da hans direktorat ble delt i 1983 og nesten løst opp i den neste omorganiseringsprosessen fra 1990. Begge dreide seg jo også om oppgavespesialisering og oppgaveprofesjonalisering: I 1983 ble, i prinsippet, planleggingsoppgavene og de politiske beslutningsoppgavene lagt til Departementet, mens Direktoratet ble sittende igjen med overvåkningsoppgavene, iverksettelses- og tilsynsoppgavene. Ved den neste omordning, ca. et tiår senere, ble tilsynsoppgavene løftet høyere opp, og Direktoratet gjort til helsetilsyn.

Mork kom altså ikke selv til å spille en egentlig drivende rolle hva gjaldt oppgaveprofesjonaliseringen. Også slik kom, og meget derfor, hans direktorat til i stor grad å gå videre i de gamle spor. Allikevel skjedde det en viss utvikling. Der kom allerede på slutten av Evangs tid inn folk som var opptatt av å profesjonalisere planleggingen. Det gjaldt særlig Sverre Harvei og Jo Asvall i Sykehuskontoret. Også en annen mann fra Evangs tid, byråsjef i Sykehuskontoret, Egil Danielsen, var opptatt av planlegging. Snart kom også legen Ole B. Hovind og saksbehandleren, statsviteren, Kjell Hole (først i Legekontoret), begge opptatt av strategi og planlegging. Psykiatri-

kontorets sjef, Otto W. Steinfeldt-Foss, var også, som vi har sett, en planleggingsentreprenør.

De desentraliserende reformer som nå kom, til dels mot Morks motstand, bidro til at tilsynsoppgaven kom i et nytt lys og ble viktigere. Men også ytre forhold kom til å spille en rolle for å løfte opp tilsynsoppgaven, som de mer kritiske pasienter, det større antall klager på helsepersonell og den fremvoksende helsetjenesteforskning. Den siste var viktig blant annet fordi den ”avslørte” store variasjoner i medisinsk praksis og begynte å stille spørsmål ved virkningene av mange former for undersøkelse og behandling. Helsetjenesteforskningen var imidlertid dermed viktig også fordi den var med på å legge premissene for å profesjonalisere overvåkingen av tilbuds- sideutviklingen. Ja, den var viktig fordi den la premissene for den mer aktive styringsbruk av kunnskap som vi for alvor skulle få mot slutten av århundret.

Vi skal særlig konsentrere den videre omtale av profesjonaliseringen om planleggingen og tilsynet.

Overvåkning av helsetilstands- og tilbudsutviklingen

Overvåkingen av helse- og sykdomstilstanden, eller behovssituasjonen, fortsatte i stor grad som før. Den systematiske overvåkingen skjedde utenfor Direktoratet, i mer faglig pregede organer, mens den mer kasuistiske også skjedde i regi av distriktslegene, fylkeslegene og Direktoratet; i det siste tilfelle skjedde det i de ulike helsefagkontorer. Men noen systematisering av behovsopplysningene for styringsformål skjedde knapt i Direktoratet. Det hadde enten fordret en større grad av samarbeid på tvers av kontorene, eller etablering av en egen enhet for slik arbeid, altså en spesialisering av denne forvaltningsoppgaven. Etter hvert ble den allikevel i noen grad tatt opp av den nye Utredningsgruppen, den som ble til Planleggingskontoret i 1975. Det var for så vidt ikke så unaturlig: En slik systematisering av behovsdata er et viktig grunnlag for planlegging, ja, kan også sees på som begynnelsen av planleggingen. Det var imidlertid først mot slutten av perioden, da Jan Grund var blitt planleggingssjef, at dette skjedde. Grund brukte behovsinformasjonen i den *Helseplan for 1980-åra* som ble presentert våren 1982, og som vi har nevnt ovenfor. Her skal vi bare nevne at Grund og hans medarbeidere, Torbjørn Mork inkludert, konstaterte at behovene hadde forskjøvet seg fra behov knyttet ikke minst til begynnelsen av livet (barn og unge), til behov mer knyttet til siste del av livet. Spesielt trakk Grund og hans medarbeidere frem det de kalte ”samfunnssykdommene”, sykdommer som reflekterer vantrivsel i det moderne samfunn. De nevnte som eksempler på slike sykdommer avhengighet av narkotika og andre rusmidler. Narkotika var ellers et problem Direktoratet gjennom mediene, medisinalberetningene og på andre, mer kasuistiske, vis, også var blitt oppmerksom på.

Dette systematiseringsarbeidet foregikk imidlertid nesten på siden av Direktoratet, og skulle ikke bli fulgt opp på en god stund.

Overvåkningen av tilbudsutviklingen, altså utviklingen av kunnskap og teknologi, var enda mindre systematisert. I den grad tilbudsutviklingen ble ”overvåket” skjedde det i regi av de rene fagmiljøer, i første rekke ved universitetene. Disse arbeidet imidlertid stadig mer spesialisert og foretok knapt annet enn spesialisert systematisering, eller oppsummering som det heter i dag. For så vidt kan man si at det gjorde faglederne og deres fagmedarbeidere i Direktoratet også. Det kanskje mest utpregede eksempel på det var en av Evangs menn, som satt litt inn i Morks første periode, Otto Galtung. Galtung var nesten tuberkuloseomsorgen i Norge, og kunne mer enn noen om tuberkulosen, dens etiologi, profylakse og behandling.

Men som tilbudsutviklingen nå var, var i grunnen de fleste i Morks direktorat akterutseilt. Det viktigste grunnlag de baserte sin autoritet på, fagligheten, var nå for de aller fleste nokså skjør. Den kunne jo også bare bli skjørere og skjørere. De så ikke at den nye fagutfordring ikke var å være a jour i teknisk faglig forstand, men å være trent i å kunne bruke den nye kunnskap. De skulle ha et indirekte, eller meta-preget, forhold til kunnskapsutviklingen. De skulle jo ikke selv praktisere, klinisk eller preklinisk, men mobilisere dem som skulle praktisere. Men noen i Direktoratet hadde begynt å se det, sykehusplanleggerne, og i første rekke supersystematikerne Jo Eirik Asvall. Han så hvordan fagutviklingen gjorde at kunnskapen, den brukte sådanne, ble mer og mer standardisert, og at anvendelsen av de ulike diagnostiske og terapeutiske prosedyrer krevde ulike store befolkningsgrunnlag. Det impliserte, så han, at man for eksempel kunne klassifisere de kliniske prosedyrene etter ”volumbehov” og dermed også inndele helsevesenet på en presis måte etter slike behov. Man fikk da en primær-, sekundær- osv. klinikk. Men han så også at han og andre forvaltningsleger hverken kunne eller skulle beherske den egentlige kunnskap selv. Den kunne og skulle være fagutviklernes ansvar. Forvalterlegene skulle vite hvem de var og hvor de var og bruke deres kunnskaper på en systematisert måte. Asvalls måte å tenke på pekte slik frem mot etableringen av de svært spesialiserte kunnskapssentrene som begynte å komme i 1990-årene. Men som vi har sett, tok han noen viktige skritt: Hans forslag om å opprette en rekke Helsedirektørens rådgivende spesialitetsgrupper pekte i den retning. Gruppene skulle følge med i den vitenskapelige litteratur, og på det grunnlag gi råd om hvilke medisinske tjenester som skulle tilbys og på hvilke premisser.

Hans etterfølger i Sykehuskontoret, Ole B. Hovind, en lege som også hadde bakgrunn som helsetjenesteforsker, førte i noen grad Asvalls tanker videre. Gradvis skulle de imidlertid komme i bakgrunnen igjen og tilbudsovervåkningen gled etterhvert tilbake i de gamle, mer individualistiske og kasuistiske spor.

Planlegging

Også hva planlegging, eller politikktutforming, angikk tilhørte Helsedirektoratet under Morks første periode den ”gamle” helseforvaltning. Planlegging foregikk, uspesialisert i de enkelte kontorer, dog i svært varierende grad. I mange, ja, de fleste, av kontorene dominerte driften,

preget av gamle ”planer”, det vil si, tradisjoner og rutiner. Nå representerte 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene på mange måter ”slutten” på det tyvende århundre, og begynnelsen på det enogtyvende. De dypere endringene begynte å komme, også, som vi har sett, i helsevesenet: Klinikken ble således kommunalisert og helseforvaltningen delt og mer spesialisert. Det ”burde” ha ført til mer omfattende og mer offensiv planlegging i flere av kontorene. Som vi i noen grad har sett, skjedde ikke det.

Mye av den planlegging som gav grunnlag for reformene, skjedde utenfor Direktoratet. Det var ikke noe nytt. Planleggingen fortsatte i stor grad å skje i et slags møte mellom interessenter av ulike slag. Den skjedde korporativt-politisk, som vi har sett. Men denne komparativt-politiske planlegging måtte følges opp forvaltningsmessig, før den ledet frem til de endelige parlamentarisk-politiske avklaringer og beslutninger. Også her fungerte den på litt ulik vis i Direktoratet. Legekantoret stod bak den første stortingsmeldingen om reformen i almenhelsevesenet (nr. 85 (1970-71)). Den meldingen var nokså åpen og lite avklarende. Den var også analytisk enkel. Den videre planlegging på dette område skjedde først gjennom utvalg (Sosialreformkomiteen), så gjennom meldingsutforming i Departementets sosialavdeling (nr. 9 (1975-76)), så igjen gjennom utvalg (Hovedkomiteen) og endelig gjennom lovforberedelse i regi først av Legekantoret, men snart i regi av Departementets planavdeling (ved Legekantorets ”utlånte” leder).

Reformen i almenhelsevesenet er ikke helt representativ for planleggings-situasjonen i Morks første periode, men den er heller ikke helt urepresentativ. På ett område var dog situasjonen en annen, som vi har nevnt. Det gjaldt planleggingen av sykehusutbyggingen, eller utbyggingen av spesialisthelsevesenet mer alment. Vi skal se nærmere på den. Den representerte det første innslag av en svært moderne, profesjonalisert planlegging i Helsedirektoratet. Den bidro ikke straks til å revolusjonere planleggingen i Direktoratet mer alment. Den kom imidlertid til å resultere i en plan som antesiperer meget av den videre utvikling, og som fortsatt gir viktige premisser for norsk helsevesens utvikling. Den viste, tydeligere enn noen tidligere plan, hva implikasjonene av ideen om klinikkens industrialisering er.

Det hele begynte da Sverre Harvei i 1970 kom til Sykehuskontoret som overlege. Harvei var da bare 37 år. Han var gutteaktig og uformell. Han var full av virketrang og med mange ideer om hvordan sykehusevesenet kunne moderniseres. Han var også godt forberedt. Allerede i 1963 hadde han tatt Bygdøy-kurset, to år deretter tok han et kurs i medisinsk statistikk og epidemiologi ved London School of Hygiene and Tropical Medicine, det påfølgende år arbeidet han en tid i Rasjonaliseringsdirektoratet og tok umiddelbart deretter flere kurs, også i utlandet, i rasjonalisering og EDB. Han avsluttet sin omfattende ”medisinske planleggingsutdannelse” med en magistergrad i offentlig helsearbeid (MPH) ved University of Minnesota i 1968. Evang hadde møtt Harvei i USA og lagt merke til hans tanker om EDB og rasjonalisering. I 1970 fikk han opprettet en spesialilegestilling i EDB og rasjonalisering og fikk Harvei til å søke, dog etter litt press. Evang likte Harvei og allerede senere på året ble Harvei utnevnt til overlege og sjef

for Sykehuskontoret. Evang var blitt fascinert av Harveis tanker om EDB og rasjonalisering og valgte ham, den yngste av tre ansøkere.

Harvei stod i den rasjonaliseringstradisjon, og vitenskapelig ledelses-tradisjon, som skjøt ny fart, særlig i (forsvaret i) USA, under og etter Den annen verdenskrig, med operasjons- og systemanalyse som de viktigste verktøy. Faglig sprang tradisjonen ut av de teknologiske disipliner. Grunnleggeren av den vitenskapelige ledelse, Frederick Taylor (1911), var således ingeniør. Denne tradisjonen slo også rot i Norge. Et tidlig uttrykk for det er den første store rasjonaliseringskomiteen (1945-46), ledet av en av landets mektigste menn på den tiden, forsvarsminister Jens Chr. Hauge, og med Karl Evang som medlem.⁶⁸⁴ Tradisjonen ble ført videre gjennom blant annet Norsk produktivitetsinstitutt (1953-85) og Statens rasjonaliseringsdirektorat (opprettet 1947). Det teknologiske miljø knyttet til Norges teknisk-naturvitenskapelig forskningsråd (Robert Major), Forsvarets forskningsinstitutt (Finn Lied), Institutt for atomenergi (Gunnar Randers) og forsvarsbedriftene (Kongsberg, Raufoss), spilte også en viktig rolle. Marshall-hjelpen kom videre til å bli av betydning, særlig for det som skjedde i næringslivet. Den amerikanske ledelsesrådgiveren, George Kenning (1913-1988), mannen som kom fra "gulvet" i GM, og som kom til å prege mange norske næringslivslederes bedriftsforståelse fra 1950-årene og ut 1980-årene, var en "brikke" i denne amerikanske ideologiekspert til Norge.⁶⁸⁵

Harvei satte i gang med stor entusiasme, og fikk blant annet etablert det Økonomisk/Medisinske Informasjonssystem (ØMI), i samarbeid med Rasjonaliseringsdirektoratet, Rikstrygdeverket, Statistisk sentralbyrå og Norske Kommuners Sentralforbund. Harvei trengte aktivitetstall for å kunne drive mer avansert planlegging. Han var også med på å starte Norsk Institutt for sykehusforskning⁶⁸⁶ (1970) og var sekretær for Statens sykehusråd,⁶⁸⁷ der professor Olav Hilmar Iversen var formann. Men Harvei kom ikke til å trives i Direktoratet, spesielt ikke etter at Evang var sluttet og Mork var

684) Komiteen, kalt R-komiteen, ble oppnevnt av Statsministeren den 20.11.1945 og kom med sin innstilling den 15.6.1946. Den er trykt som vedlegg til *St.prp. nr. 1*, tillegg 5, 1947. Komiteen hadde foruten Hauge og Evang, som medlemmer justisminister O. C. Gundersen, kontorsjef T. Meidell Johnsen, eksp.sjef Marius Nygaard, salgssjef Johs Sæther, eksp.sjef Lars Walløe og direktør Rolf Waaler. Komiteens mandat gjaldt rasjonalisering og effektivisering av sentraladministrasjonen.

685) Kenning understreket ledelsens praktiske karakter og presenterte sin "lære" som en rekke praktiske prinsipper, de såkalte "praxes". Kenning betonte først og fremst ledelsens personlige ansvar; hans "lære" ble derfor av og til omtalt som "ansvarsledelse". Han la også vekt på at ledelse var en uavhengig virksomhet, og derfor at en god leder kunne lede hva som helst. Kenning hadde utviklet sin lære gjennom mange år i Alfred Sloans GM, en lære Peter Drucker siden videreutviklet og formidlet gjennom skribentvirksomhet og undervisning. Kenning og hans rolle i utviklingen av synet på bedriftsledelse i Norge er blant annet omtalt i Nils Schjander jr., *Hvis jeg bare hadde en bedre sjef*, Oslo: Hjemmets forlag, 1989, Ragnvald Kalleberg, "Kenning-tradisjonen i norsk ledelse", *Nytt Norsk Tidsskrift*,

8. årg., nr. 3, 1991, s. 218-244, Paula K. Martin, *Discovering the WHAT of Management – The complete guide to The Kenning Principles of Management*, Flemington, NJ: Renaissance Educational Services, 1990, Rolf Petter Amdam og Ragnhild Kvalshaugen, "George Kenning – An American Management Consultant in Norway, from the 1950s to the 1990s", papir presentert på EBHA Conference 2001: Business and Knowledge, 2001.

686) Instituttet ble etablert som et ledd i "planfolkens" arbeid for å skape en mer planleggingsorientert helseforvaltning. Det ble plassert ved SINTEF i Trondheim.

687) Statens sykehusråd var blitt etablert i oktober 1946 (den presise dato fremgår ikke av instruksjonen). Rådet hadde sitt første møte 18.11.1946. Det skulle være (instruksjonen, § 3) "rådgivende for Sosialdepartementet i saker vedrørende landets sykehusvesen, herunder prinsippene for landsplanen for sykehus, innpassning i landsplanen av planer for fylker eller andre geografiske deler av landet og medisinsk og teknisk vurdering av enkeltplaner for sykehusbygg". Rådets første formann var kirurgioverlege ved Drammen sykehus, Knud D. Nicolaysen (1891-1973); sekretær var Karl Berntzen.

kommet. Innad i Direktoratet savnet han en mer offensiv forståelse for planlegging; spesielt var Medisinalråden skeptisk til Harveis nye ideer. Men viktigere var det at politikken slo slik inn i arbeidet. Harvei ville arbeide medisinsk og planfaglig, men fikk ikke ro på seg til å gjøre det. Han ville ta utgangspunkt i den nye sykehusloven og, på et analytisk grunnlag, lage sykehusplaner innen de rammer den satte. Snart oppdaget han imidlertid at sykehusplaner ikke bare ble sett på som det, planer for en rasjonell utbygging og dimensjonering av sykehusene, men også som planer for bevaring og utbygging av byer og distrikter. Sykehusplanlegging kom slik nesten like mye til å dreie seg om geografipolitikk som helsepolitikk. Og ingen steder spilte geografien større rolle enn i det sentrumsløse, spredtbebygde og uveisomme fylket Sogn og Fjordane. Da statsråd Aarvik skulle gå av, kom han på besøk til Harvei. Han la merke til et tresnitt, med en labyrintisk figur på, som hang på veggene hos overlegen og bemerket med et smil: -Å, er det sykehusplanen for Sogn og Fjordane som henger der!⁶⁸⁸

Sogn og Fjordane skulle sykehusforvalterne måtte fortsette å ”slite” med også siden, men nå kom snart en annen type politikk til å forstyrre minst like meget, den økonomisk-politiske. Det viste seg snart at sykehusloven, med dens generøse finansieringsordning, førte til en ”for stor” vekst i sykehusutbyggingen. Bremsene måtte settes på. Det startet allerede under Højdahl og skulle fortsette siden. Ja, økonomiske bekymringer skulle siden bli det viktigste grunnlag for ”politisering”. Højdahl var en mann som hørte på dem som ville spare, og deltok selv med en nesten ”pampeaktig” iver. Han kunne for eksempel en dag bare gi planleggerne, både legene og arkitektene, beskjed om at rommene på sykehjem måtte reduseres fra 10 til 8 kvadratmeter. Harvei og hans arkitekter måtte da bruke tid på å demonstrere hvordan en slik reduksjon ville gjøre det umulig å få inn løfteapparater mellom sengene.⁶⁸⁹

Men der var nok av annen politikk som grep forstyrrende inn også, så Harvei fikk etter hvert nok og dro tilbake til Kreftregisteret:

Du ble stadig avbrutt av nye bestemmelser og nye økonomiske beskrankninger. Hadde du planlagt noe for en dag kunne du få telefon fra statsrådets kontor og fikk beskjed om at det skulle skrives en tale for statsråden i forbindelse med et eller annet – et institusjonsbesøk eller lignende... Du kunne ikke styre din egen arbeidsdag. Det var departementsbiten som kom inn. Direktorsbiten kom i annen rekke. Det politiske dominerte over det faglige.⁶⁹⁰

Mange helsefagfolk følte som Harvei, men mange vendte seg til det og ble, tross alt. Et eksempel på det er Bjørn Jøldal, overapotekeren som satt og satt, i over tre tiår: ”Jeg skrev foredrag for begge (Evang og Mork) og for stats-

688) Opplyst av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

689) Opplyst av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

690) Uttalelse av Sverre Harvei i samtale 22.10.2008.

rådene. Det tiltok. Vi følte i (apotek)avdelingen at vi ble en avdeling for taler og sanger.”⁶⁹¹

Harveis gamle kollega, den nye Helsedirektøren, gjorde intet for å skjerme planleggerne, eller fagfolkene ellers. Han var for meget av en politiker til det, og for lite av en planlegger.

Harveis skepsis til politikken, men i første rekke den løpende, kasuistiske, politikken, er interessant. Han var slik en representant for en ny form for medikratisk tenkning, en tenkning som lignet mer på teknokratens, og som innebar at ekspertene skulle arbeide skjermet, innenfor politiske, men langsiktig opptrukne, retningslinjer og, særlig, resultatkrav. Dette var en form for tenkning som skulle få større autoritet ettersom klinisk praksis skulle bli sett på mer som standardisert ”produksjon”.

Harvei ble altså etterfulgt av sin spesiallege, Jo Asvall, i 1973. Under Asvall nådde plantenkingen et høydepunkt i Direktoratet, et høydepunkt helseforvaltningen i Norge siden ikke har nådd opp til.

Jo Asvall ”oppdaget” kanskje planleggeren i seg litt senere enn Harvei gjorde; skjønt et ”glimt” av den hadde han fått da han som ung lege arbeidet for WHO i Togo og Dahomey. Han oppdaget også planleggeren i seg mer gjennom refleksiv praksis enn gjennom planlagt utdanning. Det hele startet for alvor da han kom til Reidar Ekers radiumhospital, skjønt en del skjellsettende erfaringer hadde han allerede gjort gjennom sin distriktsturnus i Vikna i Nord-Trøndelag høsten 1957. Etter fire år i Vest-Afrika, som malarialege, kom han til Radiumhospitalet våren 1963 og ble der til oktober 1971. På Radiumhospitalet virket han som klinisk onkolog, på professor Erik Poppes (f. 1905) alminnelige avdeling. Asvall forteller:

Da jeg hadde vært der en stund, først som kandidat og ass.lege, og hatt en del pasienter og sett behandlingen – slo det meg at det var så liten systematikk i hele den medisinske behandlingen av pasienter. De hadde alle slags cancere, men 30-40 av dem utgjorde 95 prosent av pasientene. Som yngste lege undersøkte man pasienten, snakket med pasienten og de pårørende kanskje, så skrev man journalen og rekvirerte så de røntgen- og lab.undersøkelser man tenkte måtte være passende for denne pasienten. Neste dag kom kanskje ass.legen på legevisitten og så på pasienten og sa at jeg tror vi tar noen prøver til. Så kom reservelegen, så kanskje adm. overlege og kanskje professor. Hver gang ble det rekvirert nye undersøkelser og det resulterte jo i at pasienten og laboratoriet måtte til på ny og på ny. Det samme skjedde med røntgen. Men mer alvorlig var det jo at folk ble behandlet helt forskjellig og ofte tilfeldig. Men det skal også sies at det var en god rutine med at behandlingen for nye pasienter ble presentert for legemøtet og diskutert. Og det var ikke det at det ikke var flinke og seriøse folk, men det var usystematisk.

691) Fra samtale med Bjørn Jøldal, 15.10.2008.

På et tidspunkt sa jeg til Poppe at dette er urasjonelt, ja, uetisk. Vi burde diskutere hva vi i vanlige tilfeller gjør og burde gjøre av standardundersøkelser. Så kan man legge til nye undersøkelser i spesielle tilfeller. Men i tradisjonelle tilfeller, med ca. mammae for eksempel, så burde man bli enig om en standard behandling. Det syntes Poppe var en god idé og tok den opp med dir. Eker... Jeg ble kalt inn til Eker. Han ville høre om det jeg hadde sagt.⁶⁹²

Det ene tok så det annet. Asvall tok kontakt med overlegene og spurte dem om hvordan de gikk frem under ulike omstendigheter. Han oppdaget at det ikke var så lett å få generelle og forpliktende svar; det kom alltid an på det og det, og det..., men klarte allikevel etterhvert å få enighet om endel maler for hvordan undersøkelser og behandling burde foregå. Eker fikk ham så inn som formann i en rasjonaliserings- eller utviklingskomite. En dag kalte Eker ham så inn og gav ham beskjed: –Du skal skrive en bok. –Hva slags bok? –En bok til ”Stortinget” (overlegerådet). Eker ville utvide DNR. Asvall skulle begrunne utvidelsen. –Men hvorfor vil du utvide, spurte Asvall. –Han så på meg, overbærende. –Nå har du arbeidet her i fire-fem år og du vet at vi har fått --- kjemoterapi, pasientene ligger lenger. –Det er jo enkelt. Asvall sa OK, men la til: –Skal jeg gjøre det må jeg ha facts. Har du noe imot at jeg lager en retrospektiv undersøkelse over virksomheten de siste 20 år, for eksempel ved å gå inn og se på virksomheten hvert femte år..., med hensyn til en rekke parametre. Eker svarte at det var greit.

Da Asvall en tid hadde gransket journalene og tallet, viste det seg at aktivitetsøkningen i hovedsak skyldtes gjeninnleggelser for å se på pasientenes utvikling. Pasientene gikk gjennom en standardisert undersøkelse, men uten at denne særlig ofte førte til at noe ble gjort. –Vi brukte kapasiteten helt feil, og feilen lå hos overlegene. –Det var ingen management som passet på dette.

Undersøkelsen forskrekket, men Radiumhospitalet fikk sin utvidelse. Eker hadde for lengst oppdaget Asvalls talenter, og gjorde det klart for ham at han gjerne ville ha ham som sin etterfølger; Eker fylte 70 i 1973. Asvall svarte at før han kunne ta på seg lederoppgaver måtte han ha en bredere kjennskap til ”public health”. Det var greit, og Asvall dro til USA, hvor han tok sin MPH ved Johns Hopkins University i 1969. Da han kom hjem følte han at han trengte å vite mer om hvordan norsk helsevesen fungerer og hvordan DNR passer inn i det. Han ville gjerne ha et år i Helsedirektoratet, hvor Ekers nærmeste venn, Karl Evang fortsatt satt ved roret. Også det var greit, men slik kom også systematikerens Asvall til å glippe av ”kroken” for Eker.⁶⁹³

Han etterlot seg imidlertid synlige resultater på Montebello. Der kom manualer for en 14-15 kreftgrupper.

692) Fra samtale med Jo Asvall 18.12.2008. Asvall-sitatene som følger i avsnittene nedenfor er også fra denne samtalen.

693) Asvall gjorde også andre ting før han forlot Radiumhospitalet. Etterat han hadde mistet en leukemipasient, ikke på grunn av leukemien, men på grunn av en infeksjon, begynte han å se nærmere på dette. Det viste seg at både leukemi- og lymfompasienter oftere døde av infeksjoner enn av sin kreft. Asvall dro til USA og besøkte et par sykehus der de hadde etablert ”germ free” enheter. Han sørget for at også DNR fikk en slik. Men også i andre henseender engasjerte han seg i faglig utviklingsarbeid på Radiumhospitalet.

Da Asvall tiltrådte som sykehussjef i Direktoratet hadde den nye sykehusloven virket noen år og fylkenes sykehusplaner var begynt å komme inn. Sykehusloven innebar, som vi har vist, at sykehusfinansieringen ble nesten ”automatisk”, og dermed meget ekspansiv. At ordningen var ekspansiv viste seg umiddelbart. Sykehusutgiftene steg med ca. 20 prosent pr. år de første årene. Siden de offentlige budsjetter også generelt nå hadde steget, og fortsatte å stige, i høy takt, gjorde det at regjeringene Bratteli I og Korvald ble bekymret. Bekymringen ble, som vi også har sett, vesentlig forsterket høsten 1973, da den første av de kraftige oljeprisøkningene kom, og Regjeringen bestemte at refusjonssatsen på 75 prosent ikke kunne økes, som planen hadde vært.⁶⁹⁴

Evangs ”automatiske” finansieringsordning betydde at utgiftene ble bestemt ”nedenfra”, av en rekke aktører, som alle handlet hver for seg. Alle der ”nede”, de potensielle etterspørere (pasienter og deres primærleger), tilbydere (sykehusene/sykehuslegene) og sykehuseierne var utgiftsdrivere, og bare det. En slikt sentrifugalt og ekspansivt virkende finansieringsordning, kunne samfunnet ikke i lengden ha, spesielt ikke når statsbudsjettene nå ble trangere. Der var imidlertid flere grunner til at finansieringsordningen nå ble uakseptabel. For det første viste det seg at ordningen gjorde at de sykehus og sykehusområder som fikk den største veksten var de som på forhånd stod sterkest: Ordningen virket altså sentraliserende. For det annet førte den til at de mer spesialiserte tilbudene ble bygget ut på en måte som heller ikke var faglig forsvarlig: For en rekke undersøkelses- og behandlingsformer var der mange steder for få pasienter til at legene kunne få den erfaring de måtte ha for å holde seg kvalitativt på topp.

Sykehusloven gav ansvaret for sykehusene til fylkeskommunene, men gav dem ikke særlig sterke premisser for å bygge dem ut på en samordnet og nasjonalt og faglig forsvarlig måte. Der var ikke utarbeidet noen landsplan for sykehusutbyggingen som fylkeskommunene hadde å forholde seg til og som Departementet kunne bruke som grunnlag for å vurdere og eventuelt godta fylkeskommunenes planer. Istedet var det laget en finansieringsordning som oppmuntret fylkeskommunene til å bygge ut sine sykehusvesener mest mulig ”egoistisk”. Stortingets sosialkomité hadde sett dette da den behandlet odelstingsproposisjonen (nr. 36 (1967-68)) våren 1969, og sa at den nye loven forutsatte en landsplan. Direktoratet hadde utarbeidet noen premisser for denne plan, som fylkeskommunene fikk som veiledning for sin egen planlegning. Premissene gikk blant annet ut på at sykehus skulle nivå-differensieres: Der skulle være lokalsykehus, sentralsykehus og region-sykehus. Men veilederen hjalp ikke det enkelte fylke så meget, spesielt hjalp den dem ikke til å holde igjen.

694) Økningen i sykehusutgiftene fikk en dag Knut Munch-Søegaard til å foreslå overfor statsråd Fjose at den mangfoldige sivilingeniør og boligbygger Olav Selvaag burde spores om han hadde tanker om hvordan sykehus kunne bygges billigere. Hun sa ja til det og Selvaag ble invitert til et lunchmøte på Bristol. Fra Departementet møtte statsråd Fjose og statssekretær Bjartveit. Selvaag likte ikke komiteer, så han fikk en liten gruppe av sakkyndige med seg på å lage en skisse for hvordan billigere sykehus kunne bygges. Skissen ble presentert på et møte på Klekken, blant annet med Finansministeren til stede. Selvaag var villig til å bygge et prøvesykehus. Departementet forsøkte å få en fylkeskommune til å være med på eksperimentet, men snart gikk regjeringen Korvald av og Selvaag-ideen forble en idé. Den møtte forøvrig motstand både fra arkitekt- og helsefaghold. (Opplysningene er gitt av Kjell Bjartveit, e-brev 24.7.2009 og Ole B. Hovind, 7.10.2008.)

Asvall så straks dette og gikk til Evang og sa at der måtte utarbeides en plan og mente den burde presenteres som en stortingsmelding. Evang sa, -sett igang! Da Mork tok over høsten 1972 gav han full støtte til det planarbeid som var satt igang. Så politisk sensitiv som sykehuspolitikk var, spesielt nå, hadde det ikke vært unaturlig om planarbeidet var overlatt til et korporativt preget utredningsutvalg. Asvall var ikke oppmerksom på at han kanskje "burde" ha foreslått det. Hvorom alt er, arbeidet ble satt igang og gjennomført i Sykehuskontoret, etterhvert med bidrag også fra Psykiatrikontoret og mer alment fra Utredningskontoret. Arbeidet ble imidlertid i all hovedsak konsipert av Jo Asvall. Det fremgår også av formen: Meldingen er skrevet på en svært enhetlig måte. Den holder hele veien et analytisk nivå knapt noen annen norsk helsepolitisk melding har gjort. Den er meget velskreven, uten å være maniert.

Meldingen er ikke kalt en landsplan. Betegnelsen "landsplan" brukes heller ikke i meldingen. Den er, mer byråkratisk, kalt "Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen". Den er imidlertid, eller inneholder, en plan, eller en rammeplan og premisser for en mer operasjonell planlegging. Rammeplanen er imidlertid ikke bare en sykehusplan. Den er en rammeplan for hele helsevesenet. Dog konkretiseres den først og fremst hva angår den spesialiserte del av helsevesenet.

Ideen er, som det heter i meldingen, en idé om regionalisering. Vi kunne, mer presist, si det er en idé om medisinsk territorialisering og "demografisering". Det første innebærer at primærhelsevesenet og de ulike sykehus får medisinsk ansvar for å yte bestemte typer tjenester for en territorielt definert befolkning. Sykehusene deles inn i de tre kategorier som allerede var lansert. Lokalsykehusene blir da i all hovedsak bare lokalsykehus og har én befolkning å forholde seg til. Sentralsykehusene får to befolkninger (områder) å forholde seg til, for såvidt som de både skal være lokalsykehus for en mindre befolkning og sentralsykehus for et større befolkning. Regionsykehusene får tre, og tildels fire, befolkninger (områder) å forholde seg til, for såvidt som de, med unntagelse av blant annet Rikshospitalet og Radiumhospitalet, blir såvel lokalsykehus som sentralsykehus og regionssykehus, og i noen tilfeller også landssykehus. Ideen om regionalisering innebærer altså at folks bosted bestemmer hvilke helsetjenesteytende enheter de hører "under". Den innebærer således i noen grad en form for medisinske "stavningsbånd": Skal noen behandles i enheter utenfor sitt område er de "gjester" ("gjestepasienter"). Ideen er altså, i noen grad i motsetning til den idé om "automatisk" finansiering som preget det regime Sykehusloven representerte, "paternalistisk".

Etter den nye planen skal altså helsetjenester deles inn etter medisinske nivåer. Nivåene er delvis definert med utgangspunkt i hvor mange innbyggere som trenges for at det personale som skal utføre en tjeneste får nok erfaring til å kunne utføre den på en kvalitativt god måte. I tillegg kommer hvor faglig-teknisk krevende og kostbart det er å utføre tjenestene. I praksis vil det ofte være et spørsmål om hvor teknologikrevende undersøkelsene, behandlingen og rehabiliteringen er. På laveste nivå, på almenhelsenivå

utføres alle tjenester, medregnet det hygieniske arbeid og omsorgsarbeidet (for eldre og funksjonshemmede), som ikke krever et (videre)spesialisert personale og bruksmessig komplisert og kostbart utstyr. Tjenestene skal ytes på en samordnet måte innen et distrikt. Et distrikt skal omfatte en befolkning på inntil 15 000 innbyggere, men det sies i meldingen at distriktet, av politiske hensiktsmessighetsgrunner i de fleste tilfeller vil omfatte en kommune.⁶⁹⁵ De minst spesialiserte tjenester, det vil i hovedsak si akutt hjelp og generell kirurgi og indremedisin, med tilhørende støttetjenester skal, etter planen, ytes av lokalsykehusene, eller fylkessykehus type II. Planen er her forsiktig og definerer ikke befolkningsgrunnlaget presist, men understreker at de lokalsykehus som er tatt med i de eksisterende fylkeshelseplaner, bør få bestå. Indirekte fremgår det dog at disse sykehus vil ha et befolkningsgrunnlag på opptil 100 000 mennesker, tildels 150 000.

Sentralsykehusene, som blir fylkenes hovedsykehus (fylkessykehus type I), vil ha et befolkningsgrunnlag som bør være høyere enn 150 000, og iallfall ikke under 100 000.⁶⁹⁶ Sentralsykehusene, eller egentlig de kombinerte lokal- og sentralsykehus, vil tilby tjenester innen alle hovedspesialiteter og endel grenspesialiteter, altså både ”sekundære” og ”tertiære” tjenester. Regionsykehusene får, i tillegg til mindre spesialiserte tjenester, ansvaret for de mest spesialiserte (befolkningskrevende), kostbare og kompliserte tjenestene, de ”kvartære” og ”kvintære” (landsoppgaver). Disse sykehus vil ha et befolkningsgrunnlag fra henimot en halv million og oppover.

Da planarbeidet startet dominerte på det somatiske område de to- og tredelte lokalsykehus sykehusbildet. Der var i 1972 tilsammen 75 slike sykehus, med 9 851 plasser. Sentralsykehusene var det 12 av, altså mindre enn ett pr. fylke. De hadde 5 600 plasser. Region- og landssykehusene var der bare tre av, men i tillegg kom 24 spesialsykehus, sykehus som hørte hjemme på de øvre nivåer. De første sykehus hadde 3 808 plasser, de siste 2 144 plasser. Innen psykiatrien var det i 1972 19 institusjoner med 8 323 plasser og 24 klinikker (avdelinger) med 1 252 plasser.⁶⁹⁷ Disse institusjoner var ikke nivåklassifisert.

Rammeplanen forutsatte at medisinsk behandling og omsorg i stigende grad ville bli ”brutt ned” til standardiserte, stadig mer presist beskrevne, tjenester, eller prosedyrer. Slik sett antesiperte den den ”evidensbaserte” eller kunnskapsbaserte medisin; ja, den industrialiserte klinikk, eller iallfall den industrialiserte spesialistklinikk. Standardisering var viktig for å kunne overvåke og lede tjenesteytelsen og for å kunne nivåplassere de ulike tjenestene. Planen gikk dog ikke spesielt langt i denne retning, og gav konsesjoner både til det gamle medikrati og til den legmannspolitik som omgav, og ville komme til å fortsette å omgi, sykehusutviklingen. Det første, tildels også det annet, kom til uttrykk gjennom forslagene om å ha ulike flerfaglige råd, tildels med administrative innslag, både i distrikts- og fylkeshelsevesenet samt på nasjonalt helsepolitisk nivå. Spesielt viktig

695) Kfr. *St. meld. nr. 9* (1974-75), s. 67.

696) Kfr. *ibid.*, s. 86.

697) Tallene for somatikken, kfr. *ibid.*, s. 111 (tabell 1), for psykiatrien, kfr. *ibid.*, s. 113 og 114 (tabellene 21 og 22).

var forslaget om å opprette nasjonale rådgivende spesialitetsgrupper for de viktigste medisinske spesialer.⁶⁹⁸ Disse grupper skulle gi Helsedirektøren råd. Men viktig var også forslaget om å omdanne Statens sykehusråd til Statens fagråd for helsevesenet.

De nasjonale spesialitetsgrupper skulle, etter forslaget, særlig bestå av de fremste fagfolk ved universitetene. Slik sett antesiperer de i noen grad den rolle de institusjoner for kunnskapsoppsummering og kunnskapsforvaltning som skulle begynne å komme en knapp generasjon senere. Men nå skulle fagfolkene gi råd mer med utgangspunkt i det de selv hadde i sine hoder enn i noe de hadde samlet inn systematisk, og som de kunne gå god for var ”dokumentert”. De skulle gi råd med utgangspunkt i sin personlige fagautoritet. De var fortsatt også litt medikrater. Det ”modne” moderne og industrielle prinsipp om helt fagliggjort rådgivning ble i forslaget forøvrig ytterligere modifisert, ved at det ble foreslått at faggruppene skulle ha representanter fra fylkes- og distriktshelsevesenet.

Som vi har sett innebar rammeplanen at helsetjenestene skulle nivå-differensieres. De rådgivende spesialitetsgruppene, dominert av fagfolk fra det høyeste nivå, skulle både definere tjenestenes innhold og anbefale nivå-plassering. Også dette var uttrykk for en forholdsvis tradisjonell hierarkisk-medikratiske tenkning: Utviklingen startet på ”toppen”, med utgangspunkt i professorenes egen forskning, men særlig gjennom deres ”import” av utenlandske forskningsresultater. Den ble så formidlet nedover, blant annet på den måten at ettersom prosedyrene ble mer standardisert og teknologien rimeligere, kunne tjenester omdefineres fra kvartære til tertiære og kanskje endog sekundære og primære. Men etterhvert skulle det vise seg at det ikke bare var slik utviklingen skulle bli. Det meste av ny kunnskap skulle fortsette å komme fra utlandet, men veien fra oppdagelser og påvisninger til kliniske retningslinjer skulle etterhvert komme til å gå via meta-forskningsinstitusjoner, eller kunnskapsinstitusjoner, gjennom mer og mindre entreprenøraktige myndighetsorganer og klinikkeiere og klinikkledere, og videre utover i en klinikk uten tydelige nivåer.⁶⁹⁹ Dette var en klinikk hvor de gamle autoriteter, professorene, ville tape posisjon, og måtte konkurrere løpende om den, som forskningsarbeidere og som helsearbeidere. Det var ikke lett å antesipere denne utviklingen i begynnelsen av syttiårene. Vi kan dog konstatere at gjennom ”nr. 9” ble mange premisser lagt, og bevisst lagt, for den industrialiserende utvikling som siden skulle komme også i Norge. Påpekningen i meldingen av den dynamiske overførsel av oppgaver ”nedover” i klinikknivåene, og ”utover”, fra sengeavdelingene til poliklinikkene, er forøvrig nokså konkrete uttrykk for at der i meldingen ble lagt mange premisser for den ”industrialisering” som skulle komme.

Vi har ovenfor nevnt at plasseringen av oppgaver, etter rammeplanen, burde bestemmes mindre av distriktspolitikk og annen interessepolitikk og mer av ”matematikk”. Ettersom fagene og teknologien ble utviklet ville det i

698) Kfr. *ibid.*, s. 105-107.

699) Disse betraktninger er inspirert av en samtale med Ole B. Hovind, en av skaperne av ”nr. 9”, den 7.10.2008.

stigende grad bli mulig å regne ut hvor de ulike tjenester burde tilbys. Det vil si, man kunne regne ut, istedenfor å ”slåss” om hva som var det Laveste Effektive Omsorgsnivå (LEON). LEON-prinsippet skulle ta vare både på de medisinske kvalitetskrav og de økonomiske sparekrav. De siste krav betydde at oppgavene ble skjøvet nedover, mot billigere nivåer, de første at oppgavene ikke ble skjøvet for langt ned, altså til et for lavt kompetansenivå.

*

Lovgivningen for primærhelsevesenet inneholdt ingen bestemmelser om planlegging. Den nye sykehusloven inneholdt noen enkle bestemmelser; den litt eldre psykiatriloven gjorde det samme. Disse bestemmelsene i sykehuslovene var uttrykk for at planleggingsoppgaven begynte å få en fastere og mer profesjonalisert plass i norsk helsevesen, og dermed også i forvaltningen. Etterat Sykehusloven var trådt i kraft, sendte som sagt Helsedirektøren ut en veileder til fylkeskommunene. Den hjalp ikke fylkeskommunene så meget, og de planene som etterhvert begynte å komme til Helsedirektoratet var av varierende innhold og kvalitet. I ”nr. 9” ble det derfor laget retningslinjer for hvordan den videre sykehusplanlegging burde drives: Der skulle lages ett-årsplaner for forandringer i virksomheten. I Direktoratet skulle behandlingen av disse planer erstatte de tidligere detaljerte budsjettprosesser. Årsplanene skulle inngå i fireårige programplaner, og være en slags supplementer til Regjeringens langtidsprogram og langtidstrygdebudsjett. Sentral godkjenning av disse planer var en forutsetning for at fylkeskommunene kunne sette igang den detaljerte institusjonsplanlegging. Fireårsplanene skulle endelig sees i et lengre perspektiv, og for det formål skulle der utarbeides perspektivskisser for en lengre periode. Direktoratet skulle samle skissene i landsskisser.

I meldingen heter det at planarbeidet skulle skje gjennom to faser, en informasjonsfase og en plan- og godkjenningsfase. Der gies mange antydninger om hva fasene skal inneholde, samtidig som det sies at det nye planleggingssystemet må detaljeres før det kan brukes. Det må ellers heter det, gjøres til gjenstand for en kontinuerlig videreutvikling. Vi skal legge til at det nye planstyret, etter forslaget, skal følges opp av et system for driftskontroll og evaluering.⁷⁰⁰

Både rammeplanen og omtalen av den nye planlegging innen sykehussektoren viser at ”nr. 9” representerer en viktig omlegning av Helsedirektoratets og dermed statens styring av helsevesenet. Den medikratiske-juridisk-politiske styring og forvaltning skal erstattes av en mer resultatorientert, nyttestatlig styring og forvaltning. Da systematiker og radikaleren Jo Asvall kom til Helsedirektoratet hadde han ventet å finne at systematiker og radikaleren Karl Evang hadde bygget ut et velutviklet planstyre. Han ble overrasket. Han fant knapt spor av noe slikt. Planstyret ble det hans oppgave å forsøke å innføre, i det minste hva angikk spesialisthelsevesenet. Hadde Asvall lyktes ville meget av Helsedirektoratets

700) Planleggingssystemet er omtalt i meldingen, *op. cit.*, s. 107-110.

virksomhet kunne ha blitt omdannet fra det medisinsk-juridiske, med innslag av det lempolitiske, til det mer alment mål- og resultatorienterte, eller om man vil, fra det medikratiske-rechtsstatlige til det nyttestatlige. Hele Direktoratet ville ikke ha blitt nytteorientert, men meget ville det. En slik orientering ville også kunne ha fremskyndet spesialiseringen og utskillelsen av tilsynsoppgaven – eller for den saks skyld, den nyttestatlige oppgaven. Det var jo, som vi skal se, det siste som skulle skje, i 2002, etterat en antydning var gitt i 1994.

Sykehusplanen var preget av at den var skrevet av medisinere. Den tok utgangspunkt i de medisinske oppgaver (kalt funksjoner) og foreslo en mer systematisk gjennomtenkt fordeling av dem (mellom nivåene). Det er derfor ikke så underlig at en annen side er mindre utviklet, nemlig den overordnede styringssiden. Planen er ikke formulert på noen rigid og utfordrende måte. Den er skrevet med betydelig grad av politisk *Fingerspitzengefühl*, av en mann, Jo Asvall, som hadde politisk teft og trivdes godt blant politikere. Sommeren 1974 ledsaget han medlemmene av Sosialkomiteen på fagtur til Tyskland, Sveits og Nederland. Han beskriver idag turen som svært hyggelig og svært nyttig. Stemningen var god, allerede fra busstart i Oslo, og Asvall ble godt kjent med politikerne. Etter noen dager sammen, bemerket han nå, merket man ikke hvilket parti de ulike representanter tilhørte.⁷⁰¹

Men skulle planen gjennomføres på en nesten ”matematisk” måte, krevdes det en bestemt, politisk skjermet styring og ledelse. Planen krevde en ledelsesprofesjonalisering. Helsevesenet hadde alltid, omenn i varierende grad, vært preget av politikk og til syvende og sist av maktfordelingen i de politiske organer. Nå måtte, om planen skulle bli til praksis, politikken i stor grad bort, bortsett fra når det gjaldt de overordnede beslutninger, inkludert de viktigste verdi- og interesseavveininger. Disse beslutninger gjaldt ikke minst ressurstildelingen til (spesialist)helsevesenet og prinsippene for planen. Det første, pengene, ble stadig viktigere, siden helsevesenet fikk en nesten dramatisk vekst utover i syttiårene, og siden den økonomiske krisen i Vesten (verden) skapte betydelig bekymring for den almene vekst i de offentlige utgifter.

I meldingen ble det lagt opp til at den ”sentrifugalt” og ekspansivt virkende kurpengeordningen måtte erstattes av en ”objektivt” basert finansiering, basert på rammebevilgninger, hva gjaldt statens bidrag. En slik finansieringsordning ville gi staten en viss kontroll over de totale utgifter, en mulighet for å begrense de geografiske skjevheter i tildelingene og et grunnlag for en mer bestemt økonomiledelse fra fylkeskommunenes og sykehusenes side. Hva det siste angikk, bør vi legge til at ved at pengene i hovedsak skulle komme ovenfra ville det styrke de sentripetalt virkende ledere og svekke de sentrifugalt virkende helsefagfolk og deres pasienter og støttespillere.

Rammeplanen tok imidlertid ”taust” utgangspunkt i at kommuner og fylkeskommuner nå skulle overta det direkte styringsansvaret for almen- og

701) Jo Asvall i samtale 18.12.2008.

spesialisthelsevesenet. Det måtte gi politikken bedre kår. Fra 1976 ville også fylkeskommunene bli et "normalt" politisk nivå, og fungere med utgangspunkt i et direkte folkevalgt fylkesting og en egen fylkeskommunal administrasjon. Det skulle da også snart vise seg at politikken kom til å spille stor rolle. Det førte igjen til at utgiftene fortsatte å stige mer enn forutsatt, og ellers til at planens strukturimplikasjoner (etter LEON-prinsippet) ikke ble realisert. Fylkestingene og de interessegrupper som trykket på dem fikk en svært ekspansiv funksjon. Innad i sykehusene støtte de nye direktører – "alminnelige" direktører erstattet nå de administrerende overleger og deres forvaltere – på store problemer med å hevde sin autoritet overfor selvbevisste overleger. I tillegg kom striden mellom leger og sykepleiere, som ble uttalt fra 1972-1973 av, til ytterligere å svekke sykehuslederne.

Innad i Helsedirektoratet slo også politikken ut. Der ble dragkamp mellom de noe mer ekspansive leger og de unge økonomer, Alfred Kvalheim, Jan Grund og Per Eikeland. Økonomene hadde god kontakt med både Finansdepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet. De fikk også støtte av Reidar Bang og Økonomi- og personalkontoret. Legene hadde laget selve Planen. Da fylkeskommunenes planer skulle behandles i Direktoratet, tok økonomene (og juristene) igjen.⁷⁰² Deres innflytelse økte nå. Den kulminerte med innføringen av rammefinansieringen i 1980. Rammefinansieringen ble innført på grunnlag av en utredning laget av et utvalg ledet av nettopp ekspedisjonssjef Alfred Kvalheim. Kvalheim var nå gått til Departementets trygdeavdeling, men representerte den nyttestatlige tenkning økonomene i Direktoratet og Finansdepartementet stod for.

Rammefinansieringsordningen virket faktisk tilstrammende, skjønt i mindre grad omkostningseffektiverende. Den førte imidlertid også straks til at sykehuskøene begynte å vokse. Sykehuskøer ble et viktig tema i valgkampen foran valget i 1985, og bidro til at Regjeringen måtte gå bort fra den stramme budsjettpolitikken overfor sykehusene. Politikken "seiret" igjen.

Politikken undergrov på mange måter grunnlaget for "nr. 9". Rammepånen forutsatte en langt mer avpolitisert styring og ledelse enn den man fikk, og forsåvidt kunne få. Men "nr. 9" var ikke dø med dette. Den fortsatte å "gjelde". Den gjelder på et vis fortsatt. Vi skal komme tilbake til det.

"Nr. 9" legges frem

"Nr. 9" ble lagt frem den 21. juni 1974. Den 16. april 1975 leverte Sosialkomiteen sin innstilling.⁷⁰³ Arbeiderpartiets Gunnar Hvasovd var saksordfører. Innstillingen ble tatt opp til behandling i Stortinget 6. mai 1975. Innstillingen er lang og grundig, men nokså prosaisk. Dens forfatter får nok frem de prinsipper som lå til grunn for pånen, men på en slik måte at han tar mye av det styrende "trykk" ut av pånen. Istedenfor tilpasser han meldingen og pånen til politikken logikk, altså en logikk preget av enkelt-

702) Vi baserer oss her på intervjuer med flere av de ansatte fra Direktoratet i disse år, blant annet Jan Grund, Reidar Bang (25.11.2008), Jo Asvall (18.12.2008), Kjell Hole (10.11.2008) og Ole B. Hovind (7.10.2008).
703) *Innst. S. nr. 236 (1974-75)*, SF 6 a1.

saker, interessepolitikk og ”løpende” beslutningsfatning. Han gjorde en ”stor” melding ”liten”.

”Asvalls” rammeplan hadde som et uttalt formål å profesjonalisere den helsepolitiske styring, altså ”avpolitiserer” den: Gjennom rammeplanen skulle politikken, og dermed fremtidige politikere, i betydelig grad bindes. Den løpende politikk skulle begrenses og erstattes av profesjonell iverksettelse (planrealisering). Man kan nok si at det var denne ”avpolitisering” og binding sakens ordfører, på vegne av Komiteen, advarte mot, da han skrev:

Komiteén vil peke på at det knytter seg mange usikre omstendigheter til den videre samfunnsutvikling og mener at dette tilsier at man ikke binder de langsiktige løsninger altfor sterkt til konkrete prognoser og virkemidler som er preget av dagens situasjon. Komiteén mener derfor at det er viktig å legge opp til et fleksibelt system som gjør det mulig å ta hensyn til lokale variasjoner og fremtidige vedtak som vil få direkte betydning for den videre utvikling.⁷⁰⁴

Både resten av innstillingen og storparten av den omfattende stortingsdebatten 6. mai 1975 ble preget av meldingens tilpasning til den konvensjonelle politikk. Det er derfor typisk at de små sykehus skjebne får stor oppmerksomhet, en vernende oppmerksomhet, tør vi si. Saksordføreren understreker også det i sitt innlegg i stortingsdebatten. Han begynner sitt innlegg slik:

Under sakens behandling i sosialkomiteen har komiteen mottatt en rekke skriftlige henvendelser, i alt 38, fra offentlige myndigheter, organisasjoner og privatpersoner. Jeg finner ikke grunn til å nevne hver enkelt henvendelse, bortsett fra at det blant dokumentene foreligger vel 26 000 underskrifter som ble innhentet av Aksjonskomiteen for oppretthaldning av lokalsjuehusa i Sogn og Fjordane, innhentet i tiden 5.-14. mars 1974.⁷⁰⁵

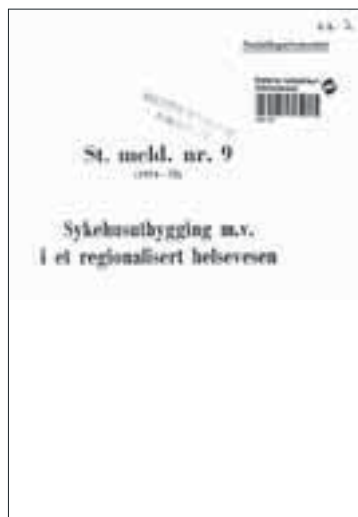
Mange av dem som tok ordet fulgte, selvsagt, opp komitéformannens ”invitt”. Ikke én representant gikk til ”angrep” på småsykehusene, eller for den saks skyld til forsvar for de store, men mange forsvarte de små, alle de små. Statsråden måtte også stadig opp på talerstolen for å bekrefte at han ikke ville nedlegge noe sykehus fylkeskommunene tok med i sine planer, nemlig alle. Siden det var en debatt om en generell plan unnlot dog de fleste å tale spesielt for ”sine” sykehus. Noen tok imidlertid, på stortingstypisk vis, opp svært lokale og spesielle saker, uten å sette dem inn i et mer alment perspektiv. Jo Benkow, Høyres prominente sosialpolitiske talsmann, spurte således Statsråden om de store kapasitetsproblemer ved Rikshospitalets røntgenavdeling.

Både innstillingen og debatten gav ellers Finansdepartementet lite å glede seg over. Begge hadde en utgiftsekspansiv mer enn en besparende tone.

704) *Ibid.*, s. 2.

705) *St.tid.* 1974-75, s. 3982. SF 7c.

Selv om innstillingen og stortingsdebatten viste at politikerne i viktige henseender undergrov planen, sluttet de seg formelt, og nesten uten dissenser, til meldingens prinsipper. To av komitéens medlemmer, begge SVs representanter, hadde noen almene dissenser. De konstaterte, og man må si – på en måte som sier mer om dem enn om meldingen – at ”meldingen generelt er meget diffus og uforpliktende på en rekke viktige punkter”.⁷⁰⁶



Forsiden på den berømte ”nr. 9”.

Der kom imidlertid i stortingsdebatten nesten en dissens, endog fra en representant for regjeringspartiet. Dissenteren tok utgangspunkt i de ”politiserende” bemerkningene i komitéinnstillingen. Han mente at de var mer alvorlige enn forfatteren og hans komitékolleger hadde gitt inntrykk av. Bemerkningene burde egentlig ha gitt opphav til en prinsipiell debatt om Stortingets tro på planstyringens velsignelse. Som regjeringsmann foreslo han ikke en eksplisitt avvisning av planen, men han stilte så mange spørsmål med dens styringsfilosofi at han nesten kunne ha foreslått avvisning. Han ville føre videre det politiske legmannsstyres styringsfilosofi, og ikke for eksempel frata morgendagens politikere friheten til å ombestemme seg, eller bestemme noe annet. Politikken var i sin natur løpende, og det burde den fortsette å være, mente han.

I sitt innlegg nevner han innstillingsforfatterens advarsel mot å binde seg til planens langsiktige løsninger, og fortsetter:

Dette er kloke ord og eit nødvendig tillegg til St.meld. nr. 9, som mange stader kan verke svært planorientert og planleggingsoptimistisk. Dette er i så fall ein optimisme som det etter mitt syn berre er måteleg grunnlag for.

....

706) Innst. S. nr. 236, op. cit., s. 4.

*Eg har merka meg at SV kritiserer meldinga for at ho er for diffus og lite forpliktande. Eg vil heller seie at meldinga på noen punkt går for langt i å stille opp eksakthet. Planlegginga vil ofte kontrollere utviklinga og helst programmere ho. Ei sentral målsetting, som komiteen også siterer, er "optimal utnytting av ressursane". Dette er vel og bra. Men det er berre **eitt** som er sikkert ved dei mange planane som her er lagde opp, og det er at prognosane ikkje kjem til å halde, og at politikarane må bu seg på stor overraskingar. Denne planlegginga omfattar så mange usikre faktorar at det ville vere reine slumpen om vi idag kunne legge fullt ferdige planar for sjukehusbygginga her i landet.⁷⁰⁷*

Han går vidare i sitt anrep på planleggingen som binding av morgendagens politikk og politikere:

Planlegginga skal derfor ikkje låse fast alternativ, men snarare halde alternativ opne og gi oss utveggar for alternative val. For politikarar er det viktig å vere klar over at det ikkje berre er føresetnadene som endrar seg undervegs, men også målsettingane. Den som er i tvil om det skal berre prøve å gå tilbake til den heitaste debatten om sentralsjukehusa for noen år sidan, og bli slått over kor forskjellig den debatten på mange måtar var frå den som blir ført i dag.

Som vi ser, her advarer han ikke bare mot den planlegging som gjør at politikere må binde seg til masten for ganske lang tid, han vil, "politokratisk", at planleggerne skal bidra til at politikere blir enda friere til å drive "løpende" politikk. De nyttestatlige representanter bør, mener han åpenbart, mest mulig underkaste seg legmannspolitikken logikk.

Han er ikke uvitende om hvem som står bak "prognosane" og dermed planen. Bak dem har som regel "lækjarar" stått, men

Det er ingen ting som tyder på at lækjarar er utdanna som planleggarar. Det er tvert om svært mykje som tyder på at lækjarar er dårlege planleggarar også innafor sitt eige felt.

Han legger til at dette mer er ment som som påpekning av begrensningene i denne type planlegging enn som kritikk av leger. På denne tiden var forøvrig hans yngre søsken, en bror og en søster, på vei inn, eller ut, i en medisinsk karriere.

Dissenteren må få ordet et par ganger til. Først skal han igjen få uttale seg om legmannspolitikken forrang for nyttstatslogikken (planleggingslogikken):

For oss politikarar, er det viktig å sjå edrueleg på den planlegginga som her blir presentert, også fordi det med omsyn til det samla resultatet kan vere ein føremon at vi følgjer vårt lenge innarbeidde prinsipp om å ta problema etter kvart som dei oppstår. Dersom langsiktige, spesifiserte

707) *Ibid.*, s. 4027. De to neste sitater fra denne dissenter er fra samme side og de to siste fra s. 4028.

planar bygger på mangelfulle føresetnader, blir det trueleg eit betre resultat om vi framleis bygger på dei nokså generelle målsettingane som politikarane opererer med, og justerer kartet etter terrenget i den løpande prioriteringsprosessen.

Han avslutter sitt innlegg med å peke på spenningen mellom Planen og desentraliseringen av den helsepolitiske makt, en spenning vi ovenfor har understreket:

Og eg trur at vi må sjå i auga at dette kravet til lokal styring vil bli enda sterkare i året som kjem. Det tyder at vi ikkje kjem til å få ei optimal utnytting av ressursane, men noe heilt anna, fordi desentraliserte avgjerdsler vil ha så sterk eigenverdi at dei vil slå gjennom.

Ingen kommenterte hans prinsipielle, og egentlig dramatiske, betraktninger, ei heller Sosialministeren. Hans kolleger forstod ikke at det var dem og deres måte å drive politikk på han forsvarte, men forsvarte på en måte ingen av dem hadde noen dypere prinsipiell forståelse av. Derfor kunne de gi Planen sin tilslutning, samtidig som det var åpenbart at de ikke ville komme til å ta den alvorlig, som dissenteren spådde.

Stortingsrepresentant Einar Førde (A), syttiårenes mest begavede parlamentariker, ble ”sannspådd”. Planen kom, i denne omgang, til å drukne i lokalpolitikk. Det skulle ha hjulpet at det sentrifugalt virkende kurpengesystemet fra 1980 ble erstattet av en langt mer sentripetalt virkende rammefinansiering. Det gjorde ikke det, ikke mer enn en kort stund – nemlig inntil sykehuskøene var blitt for lange. Hva han ikke forutså, eller iallfall nevnte, var at den også kom til å drukne i sykehusintern (legmanns)politikk: legene kom på kant ”oppover” med sine nye, ofte svært fremmedartede, foresatte, og ”nedover” med sine tidligere så lydige tjenerinner, sykepleierskene, eller nå snarere sykepleierne.

Drøyt to år etter denne debatt forlot Asvall Helsedirektoratet. Med ham forsvant også meget av trykket bak planleggingsprofesjonaliseringen. Litt etter litt ble det han hadde bragt inn av ny profesjonalitet oppløst i ”løpende planlegging”, en planlegging som snart heller burde kalles tradisjonell forvaltning. I en viss forstand var ikke det altfor farlig. Senhøstes ble meget av planleggingsoppgaven sendt med dem som forlot Direktoratet og skulle bygge opp den nye Helseavdelingen. De møtte der en sjef som iallfall hadde noe til felles med deres forrige, nemlig at han var en politiserende lege. At planleggingen slik ble adskilt fra iverksettelsen og tilsynet, var allikevel et skritt i retning av en større grad av oppgavemessig spesialisering og i prinsippet profesjonalisering av helseforvaltningen.

Vi kan ikke la være å legge til at det hadde vært spennende om de to store fra den gang, plansosialisten Jo Asvall og ”politikkosialisten” Einar Førde hadde fått møte hverandre i ”åpent lende”.

Utredningskontoret som planleggende organ og "Helseplan for 1980-åra" – den grunnske plan

Vi har nevnt at legene som utarbeidet LEON-planen satt i Helsedirektoratet, og at de hadde et visst samarbeid med de spesialiserte planleggere i Direktoratet, de som satt i Utredningskontoret. Legene forutsatte at deres plan skulle integreres med en økonomisk plan, altså at regionaliseringsideene skulle settes ut i livet innen en ordning med objektivt basert rammefinansiering: Ikke bare skulle matematikk "bestemme" den romlige fordeling av de medisinske funksjoner, den skulle også "bestemme" fordelingen av ressursene – om ikke det samlede ressursomfang, altså den samlede prioritering av helsehensyn. Det var også, ut fra det moderne, og stadig mer aktuelle, styringsperspektiv, målstyringsperspektivet, nødvendig å integrere medisin og økonomikk: Helseutbyttet måtte sees i sammenheng med omkostningene, det vil si, med hensynet til alle andre verdier (enn helse). Man kunne også si det slik: legens arbeid er både medisinsk, det vil si legende, og økonomisk, det vil si ressursforbrukende, og nå måtte man, på en systematisk måte, se de to sider ved legearbeidet i sammenheng. LEON skulle og kunne kombineres med objektivt basert rammefinansiering.

Det konkrete arbeidet med den økonomiske del av den integrerte plan startet like etter at Stortinget hadde gitt sin tilslutning til LEON-planen, nemlig høsten 1975. Dette planleggingsarbeidet ble imidlertid delvis flyttet ut av Direktoratet. Det skjedde nok i stor grad i Utredningskontoret, men formelt skjedde det gjennom et formelt utredningsutvalg. Det ble oppnevnt 7. november 1975 og kom med sin innstilling den 9. februar 1977.⁷⁰⁸

Utvalgets leder ble, som vi har nevnt, lederen for Utredningskontoret, Alfred Kvalheim. Slik sett skjedde mye av planleggingsarbeidet internt i Direktoratet. Utvalget var allikevel et vanlig, halvt korporativt, utvalg, med interesse-representanter, to fra Norske Kommuners Sentralforbund, én fra Oslo kommune og en fra hver av de viktigste statlige interessenter, Finansdepartementet, Kommunal- og arbeidsdepartementet og Rikstrygdeverket.

Utvalget leverte det som var bestilt, et vel gjennomarbeidet forslag om rammefinansiering. Som vi har nevnt ble forslaget akseptert av Regjering og Storting og gjennomført fra 1980. Finansieringsordningen var viktig for å få LEON-planen til å virke. Men som vi har sett, den var ikke nok. Både LEON-planen og rammefinansieringen skulle etterhvert bli til mer staffasje enn virkelighet. Som Einar Førde hadde spådd: Politikken og politikerne lot seg ikke dressere i den grad planleggerne hadde forutsatt.

Da Direktoratet ble delt og mye av planleggingen ble flyttet til Departementet, flyttet mange av planleggerne med. Alfred Kvalheim dro før delingen, til Trygdeavdelingen i Sosialdepartementet. Hans etterfølger som planleggings-sjef, Jan Grund, dro ved delingen og ble, for en stakket stund, underdirektør i den nye planseksjonen i Helseavdelingen i Sosialdepartementet.

708) NOU 1977: 22 Finansiering av helseinstitusjoner.

Men før Jan Grund dro, utarbeidet også han, sammen med noen andre, en plan, endog en ”altomfattende”, nasjonal helseplan. Den var, som vi har nevnt, ikke egentlig en offisiell plan. Den ble ikke lagt frem for Stortinget som en melding. Den ble, som vi har nevnt, publisert som en debattbok på Gyldendal Norsk Forlag. Sosialministeren hadde skrevet forord til boken og understreker at ”Alle konklusjoner står for forfatternes regning”. Han legger til: ”Noen av dem (konklusjonene) vil det være alminnelig enighet om – andre er mer kontroversielle”. Han håper boken ”vil stimulere til bred og fruktbar debatt om helsetjenestens utvikling”.⁷⁰⁹

Grund skrev boken, eller utarbeidet planen, i Direktoratet, men i samarbeid med Peter F. Hjort, Christian Lerche, Torbjørn Mork, Trine Normann, Martha Quivey og Harald Siem. Han skrev den på en slags oppdrag, men for så vidt et oppdrag han selv hadde bedt om å få, av sin øverste sjef, og medarbeider, Helsedirektøren, og av sin forrige sjef, overlege Peter F. Hjort i Gruppe for helsetjenesteforskning.⁷¹⁰ St.meld. nr. 9s plan var medisinsk-organisatorisk programmerende. Meldingen om sykehusfinansieringen var økonomisk-strategisk. Begge disse planene var målorienterte og forholdsvist nyttestatlige. Til sammen utgjorde de et slags hele, men manglet, som helhet, det tydelig prioriterende. De var preget av at økonomien var iferd med å bli en alvorlig bekymring, men løftet ikke bekymringen opp til toppen av dagsordenen. Grunds plan kombinerte det medisinsk-organisatoriske og det økonomisk-strategiske i ett grep, og gav prioriteringsspørsmålene første-prioritet. Slik sett reflekterte planen tidsånden.

Nå var ”blåmandagen” etter motkonjunkturpolitikken, eller ”Kleppe-pakkene”, kommet. Noe måtte gjøres. Regjeringen hadde for så vidt allerede begynte å gjøre noe. Da rammefinansieringen kom i 1980 brukte Nordlis regjering straks den til å stramme inn overfor sykehusene. Den politikken ble fortsatt av regjeringene Brundtland I (1981) og Willoch (1981-). Grund stilte seg, med sin plan, bak denne politikken. Men han gikk videre; han (og hans medarbeidere) pekte på hvordan helsevesenet burde tilpasse seg en lavere vekst: Det må ”vri kursen”. Det spesialiserte helsevesenet burde fortsatt få en liten vekst, men altså liten. Det almene helsevesenet, med tidlig behandling, forebyggende innsats og ulike typer omsorg, burde få en høyere vekst. Ja, som syttiårene hadde vært sykehusenes tiår, burde åttiårene bli distrikts-helsevesenets tiår. Umiddelbart kunne en slik omprioritering høres brutal ut: Den innebar, om man ser bort fra omsorgsopptrappingen, at man skulle ta fra de mest syke og gi til de mindre syke eller de ennå ikke syke. Grund og hans rådgivere mente imidlertid at det ikke behøvde å bli slik: Hvis helsevesenet kunne ta seg av flere tidligere, og helst før de ble syke, kunne man på lengre sikt dempe etterspørselen etter kostbarere spesialisttjenester. Man kunne slik få i pose og sekk: Man kunne få mer helse(tjeneste) for pengene.

Der hadde lenge vært talt om at politikken burde legges om i en slik retning, men ingen regjering hadde lyktes med denne omleggingen. Grund & Co. pekte nå på hvordan man kunne gjennomføre den, om de enn ikke var

709) Jan Grund m.fl., *Helseplan for 1980-åra, op. cit.*, s. 9-10.

710) Gruppen ble etablert i 1975, på grunnlag av bevilgninger fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd.

spesielt konkrete. De la vekt på *viljen*. På ett punkt var de imidlertid konkrete: For å redusere og vri veksten burde utdanningskapasiteten reduseres for noen av helsefaggruppene, til dels betydelig; for leger burde den straks reduseres med 10-15 prosent og for hjelpepleiere burde den reduseres med 25 prosent umiddelbart og med ytterligere 25 prosent fra 1985. For de øvrige grupper ville ikke Grund foreslå noen reduksjon i antallet utdanningsplasser.

Grund's plan avvek fra de to andre planene ved å være mindre tydelig nyttestatlig. Den brøt ikke med nyttestatligheten, men den var mindre programmerende og mer åpen for politikk, altså for den logikk som preger politikken og som Einar Førde var en så interessant talsmann for våren 1975. På s. 23, under titelen ””Spillet” om helsetjenesten”, skriver Grund og hans medforfattere således:

Utviklingen i helsetjenesten formes ikke gjennom rasjonelle valg, men i et ”spill” mellom mange interessegrupper – pasientene og deres interesseorganisasjoner, fagfolk og deres interesseorganisasjoner, kommunene, fylkeskommunene, staten, som alle har som oppgave å fremme sine egne interesser.

I mange tilfeller gir dette ”spillet”, fremholder de, utfall som for alle parter er dårligere enn et annet, mer samarbeidspreget, utfall. Spillet er altså i mange tilfeller et avmaktsspill. Grund & Co. skriver så: ”Vi ser på denne boka som et forsøk på å påvirke spillet ved å legge fram forslag til en samlet plan for helsetjenesten”. Som de formulerer seg ønsker de imidlertid knapt å påvirke ”spillet”. De ønsker å ”velte” spillet, altså erstatte ”spillet” med argumentasjon, eller rasjonelle valg, det de noen avsnitt tidligere nærmest har sagt er umulig. Der Førde mente man hverken kunne eller burde ”overskride” politikken, mente Grund & Co. at man iallfall burde *forsøke* å overskride politikken. Deres plan og bok utgjorde deres forsøk. De utgjorde et, intellektuelt sett, godt forsøk. Men det viste seg nokså raskt at boken ikke kom til å virke spillveltende. Det gikk som Einar Førde hadde spådd, og for såvidt som også Grund og hans medarbeidere hadde åpnet med å si: Makten vil rå. Interessentene, særlig de lokale, sørget for at spillet, etter forholdsvis kort tid, tok seg opp igjen. Den grunnske plan ble således viktig først og fremst fordi den fremholdt at planlegging ”må” være strategisk, og spesielt maktstrategisk: Det er spilt møye å lage planer som det er politisk ”umulig” å få vedtatt.

Jo Asvall kom til å introdusere en mer ambisiøs form for nyttestatlig planlegging i helseforvaltningen. Han ble ikke sittende lenge nok til at denne planleggingen fikk slå rot og bli til tradisjon. Dog fortsatte hans plan å spille en helsepolitisk rolle. I det nokså ferske Utredningskontoret vokste det også, naturlig nok, frem en mer systematisk planleggingsvirksomhet, først en forholdsvis tradisjonell økonomisk planlegging, siden, under Jan Grund, en mer politisk-økonomisk, eller som hans og hans rådgivere kaller den, en

strategisk planlegging.⁷¹¹ Den fikk, mer enn den tidligere planlegging, et personlig preg: Grund fremstod som en ”politisk” planlegger. Hans modus operandi og bakgrunn bidro til det. Han var iderik, hadde pedagogisk ”trykk”, var sosial og omgjengelig og var stadig på farten – på farten for å spre sitt litt spenningsfylte budskap, om maktsillet og prioriteringens nødvendighet. Han syntes i det helsepolitiske landskap og kunne lett ha blitt enda mer av en ”spiller” selv. Han hadde ”dynastisk” tilknytning til Arbeiderpartiet og ble ved iallfall én anledning vurdert som en mulig statsråds kandidat.⁷¹²

Grunds rolle som planlegger ble enda mer personlig enn Asvalls, og, delvis derfor, mindre tradisjonsskapende. Det siste skyldes dog også at den helsepolitiske planlegging ved delingen av helseforvaltningen ble overført til Departementet, som Grund selv ble.

At planleggerne i Morks første tid fikk spille en så sterkt personlig rolle skyldtes ikke minst at planleggingsfunksjonen var så lite utviklet i Direktoratet. Der var ingen tradisjon som ”passet på” planleggerne. I Utredningskontoret var det ikke tradisjoner av noe slag, og der fikk planleggerne utfolde seg friest. Dem, altså planleggerne, kunne folk i de etablerte kontorene se på som mindre relevante. De kunne i praksis se bort fra dem. Endog en mann fra det mest planleggende fagkontoret, Sykehuskontoret, Eilif Rytter, konstaterer at ”Planleggingen var litt utenfor systemet”. Utredningskontoret var ferskt og uferdig. Deres planer ble litt abstrakte.⁷¹³ Men heller ikke Sykehuskontoret hadde ”satt seg” slik de andre kontorene hadde. Her var det derfor mulig å bygge opp et eget planleggingsmiljø, for en tid. Mange så imidlertid også på dette miljøets planlegging som nokså teoretisk. En av dem som gjorde det var Jon Bjørnsson.⁷¹⁴

*

Driften av Direktoratet selv var i all hovedsak, under Evang som under Mork (1972-1983) preget av evolusjonært utviklede tradisjoner. Endringene ble i begrenset grad planlagt, og i den grad de ble det, kom de utenfra, for eksempel fra utredningsutvalg eller Rasjonaliseringsdirektoratet, eller ovenfra, fra Departementet. En del endringer skjedde innenfra, men mer med utgangspunkt i de enkelte kontorer enn i Direktoratets ledelse. Der var ingen innad som før 1983 talte om målstyring og virksomhetsplanlegging. Den viktigste ”indre” endringen, organisasjonsreformen i 1983, kom, som vi har sett, med utgangspunkt i planer som ble utarbeidet over Direktoratet, i Departementet.

711) Grund, *op. cit.*, s. 25-26.

712) Grund er sønn av Inger Louise Valle (1921-2006), statsråd i flere departementer både i Brattellis (I og II) og Nordlis regjeringer. Grund var aktuell som statsråd i Brundtland III-regjeringen.

713) Fra samtale med Eilif Rytter 10.10.2008.

714) Mange av medarbeiderne i Direktoratet fra denne tiden bekrefter det, blant annet Bjørn Jøldal, Eilif Rytter, Ole B. Hovind og Kjell Hole.

Styring, ledelse og iverksettelse

Som vi har sett var Torbjørn Mork, som Karl Evang, intenst opptatt av politikk, og ”politiserte” ikke så rent lite. Evang var nok, som vi har påpekt, noe mer ”kontrollert” i sin politisering, men politiserende var han ikke desto mindre. Den heisstatus Helsedirektøren hadde, gjorde det også enklere for ham å politisere, på medikratiske premisser, enn om han bare hadde vært sjef i et ”uavhengig” direktorat, som de fleste andre ”riksdirektører” var.

Evang klarte, som vi har sett, å bygge opp en medikratiske forvaltning. Men han måtte også se, som vi har påpekt, at denne forvaltning etterhvert kom på defensiven. Da Mork kom var det for sent. Fra sent på året i 1983 var ikke lenger Mork sjef for et direktorat som forberedte politikken som skulle drives. Hans direktorat var ”avpolitisert”. Vi skal snart se at det klarte ikke Mork helt å ta inn over seg. Han skulle forbli en politiserende, men helsepolitisk stadig mer avmektig, helsedirektør.

Morks politiserende stil oppad og utad ble i beskjeden grad fulgt opp av hans medarbeidere. De fleste av dem var slik forsiktige byråkrater. Tildels forsøkte de også, forgjeves, å få Helsedirektøren til å bli politisk forsiktigere. Av og til kunne nok yngre, ivrige direktoratsfolk uttale seg litt uforsiktig til pressen, eller de kunne være litt friske i et foredrag. Det skjedde blant annet i sykehuspolitikken fra midt i syttiårene, og senere skulle det skje i HIV/AIDS-politikken. Det ble påtalt, av og til også av Helsedirektøren selv. Helsedirektøren var imidlertid i slike situasjoner forståelsesfull og utad forsvarte han alltid sine medarbeidere. De kunne stole på ham, selv om de hadde opptrådt uskjønsomt.

Hvis vi går videre fra planleggingen og ”oppoverpolitikken” til iverksettelsen og det vi kunne kalle nedover-politikken, engasjerte Mork seg mer episodisk, nemlig i saker som kunne skape oppmerksomhet og uro, altså i iverksettelsens politikk. Han var ikke, som vi har sett, noen utpreget forvaltningsleder, som Bjørnsson eller Munch-Søgaard, eller Bang. De var mer opptatt av å iverksette politikken, ja, av å forvalte, politikken enn av å utvikle og endre den. Det var også endel av helsefaglederne, men på en måte som kombinerte det juridisk forvaltningsmessige og det helsefaglige. Tydeligst gjaldt det de to mest erfarne lederne, Bjørn Jøldal, overapotekeren og Per Bærum, overtannlegen. De hadde opparbeidet seg en posisjon innenfor apotek- og tannlegevesenet som lignet den posisjon Evangs ”kardinaler” hadde (hatt) innen de områder de hadde bestyrt, og i noen tilfeller bestyrte litt inn i Morks første periode. Noen av de nye overlegene, særlig Øyvind Aarflot og Tor Ødegaard, inntok litt av den samme holdning, selv om de ikke straks kunne få den posisjon deres forgjengere hadde hatt. Sykehus-sjefene, Sverre Harvei, Jo Asvall og Ole B. Hovind, var mer planleggere og tildels ”politikere” av legning enn de andre helsefaglederne var, og forsåvidt deres forgjengere under Evang, hadde vært. De brukte mye tid på utviklingsarbeidet, og kunne også opptre litt ”politisk” på iverksettelsessiden: De var idédrevne og klarte ikke å være forsiktige, ansiktsløse forvaltere.

Forhandlingene om lønns- og arbeidsvilkår, særlig for legene, men også for de andre yrkesgruppene var en halvt politisk, men viktig, oppgave. I vår sammenheng var den særlig viktig fordi den gjaldt utformingen av legerollen, og de andre gruppers roller. Som vi har sett var medikraten Evang skeptisk til den helt liberale varianten av legerollen. Han ville at legene skulle være offentlig ansatt, men allikevel faglig og ledelsesmessig frie, altså selvstyrte. Mork hadde overtatt Evangs holdninger også på disse punkter. Han kom imidlertid ikke, som helsedirektør, til å spille en så aktiv ”rollepolitisk” rolle som Evang. Denne rollen var det nå i langt større grad de offentlige arbeidsgiverorganer som spilte, altså det nettopp (1972) ”konsoliderte” Norske Kommuners Sentralforbund, Oslo kommune og staten ved det nye Forbruker- og administrasjonsdepartementet.⁷¹⁵ I tillegg spilte, hva refusjonene angikk, Rikstrykdeverket en rolle, skjønt en synkende sådan. Sosialdepartementet, ved Helsedirektoratet, spilte en rolle på den statlige side i forhandlingene, men uten å ha det egentlige ansvar. Helsedirektoratet spilte også en rolle gjennom deltagelse i en del forberedende arbeider, som da det var representert i det såkalte ”Nimannsutvalget” (1972-1974), et utvalg som skulle se på prinsippene for normalansettelsesvilkårene for sykehuseleger.⁷¹⁶ Men Direktoratets rolle var ikke stor. Helsedirektørens ønske om ”sosialisering” av legevesenet gjorde også at han og hans direktorat ikke så det alment demedokratiserende over den rollen arbeidsgiverne nå spilte. Arbeidsgiverne, med NKS i spissen, presset på for å gjøre legerollen mer til en arbeidstagerrolle, og vant i løpet av 1970-årene frem på noen viktige punkter; blant annet oppnådde de at normaltariffen ble forhandlingsgjensstand (1974), at underordnede leger gav opp poliklinikken som privat praksis (1976-1977) og måtte underkaste seg tjenesteplaner og skrive timer (”portøravtalen”) og endelig at overordnede leger gav opp, eller solgte, retten til privat poliklinikkpraksis, og gikk med på at de legelig bestemte normalansettelsesvilkårene ble erstattet av en tariffavtale.⁷¹⁷ Men ved at leger flest slik gjorde seg til arbeidstagere, eller kontraktører (overfor det offentlige) tapte også de og deres forening retten til ”ensidig” å styre seg selv.⁷¹⁸ Lægeforeningen startet med det omdannelsen fra hovedsakelig å være en standsforening til å bli en ”vanlig” fagforening.

Helsedirektøren var nok skeptisk til noe av det som nå skjedde, spesielt i det offentlige helsevesen. Han var således skeptisk til utviklingen av det som

715) Norske Kommuners Sentralforbund ble dannet i 1972, ved at Norges Byforbund og Norges Herredsforbund gikk sammen. Samme år overtok det nye Forbruker- og administrasjonsdepartementet statens arbeidsgiveroppgaver fra Lønns- og prisdepartementet (etablert 1955), et departement som nå ble nedlagt.

716) For en mer generell omtale av forhandlingspolitikken hva angikk legene på denne tiden, se Maren Skaset, *I gode og onde dager*, op. cit., s. 176-191. I Nimannsutvalget var Helsedirektoratet representert ved spesiallege Eilif Rytter.

717) De underordnede leger begynte også selv å tenke mer arbeidstageraktig nå: De begynte ikke minst å reagere på den lange arbeidstiden, den store vaktbelastningen osv. På denne tiden stod også arbeidstidsreduksjoner generelt på den politiske og ”faglige” dagsorden. Den offisielle ukentlige arbeidstid var blitt redusert fra 48 (innført 1919) til 45 timer i 1959 og til 42,5 timer i 1968. Ved tariffrevisjonene i 1970 ble ukearbeidstiden for skift- og turnusarbeidende redusert til 40 timer; den ble i 1977, gjennom Arbeidsmiljøloven, redusert til 40 timer for alle arbeidstagere. Overlegene gav opp sine rettigheter som frie profesjonelle fordi de merket at presset økte, og ønsket å selge seg dyrt – før det var for sent og, hva poliklinikkavtalen angikk, fordi den skapte kollegialt uheldige inntektsforskjeller mellom spesialitetene. Om dette, se nærmere Skaset, 2006, op. cit., s. 267.

718) Maren Skaset har utførlig redegjort for denne utviklingen i sin avhandling, *I gode og onde dager*, op. cit., s. 334-369.

skjedde på sykehusnivå, der de ”nye” arbeidsgiverne, fylkeskommunene, erstattet de gamle administrerende overleger, legerådene og forvalterne, med direktører som rapporterte til dem, men kunne lite gjøre. Vi har sett at han forsøkte å forhindre avmedikratiseringen av distriktslegerollen, men mislyktes. Det som ellers skjedde gjennom det endrende forhandlingssystemet, forholdt han seg mindre tydelig til. Det var for ham spørsmål arbeidsgiverne og legene, ikke han som forvalter, fikk ta seg av. Men som andre kunne han konstatere at legenes oppgivelse av sin standsstatus ble solgt dyrt, altså for penger

*

Helsedirektoratets økonomikontor fikk i Morks første periode nye, kombinert politiske og forvaltningsmessige oppgaver knyttet til den vanskelige kurpengefastsettelsen og til godkjennelsen av sykehusbudsjettene. Det hang sammen med at staten nå overtok brorparten av finansieringsansvaret for sykehusene.⁷¹⁹ Hva kurpengefastsettelsen angikk, sier Reidar Bang, sjefen for Økonomikontoret: ”Vi trodde det skulle gå greit og at det bare ble arten av utgifter det skulle bli strid om, ikke beløpenes størrelse. Men der tok vi feil.”

*

Der skjedde ikke store endringer i forvaltningspraksisen i tiden etter Evang. Praksisen var, som før, i stor grad saksbehandlende. Den var også stadig i stor grad skriftlig. Den bestod i ”seriell” behandling av enkeltsaker: Sakene ble fordelt ovenfra, til saksbehandlerne som enkeltpersoner, og gikk så oppover for avgjørelse og kontroll. Innslaget av muntlig, kollektiv saksbehandling, gjennom formelle og uformelle møter, økte nok, men den tradisjonelle saksbehandlingen forble den dominerende. Evang hadde, som vi har sett, talt om sitt ”public health team”, og om å arbeide i ”team”. Den praktiske saksbehandling var imidlertid ikke ”teamaktig” i betydningen kollektiv og møtebasert. Slik fortsatte det under Mork. Saksbehandlingen reflekterte allikevel et slags innslag av muntlighet og kollektivitet. De påtegninger de ulike personer som behandlet sakene gjorde, var ofte mange og tildels muntlige, endog frimodige, i stilen: Sakenes behandlere ”pratet” sammen skriftlig.

Går vi nærmere inn i saksbehandlingen ser vi at der skjedde en viss utvikling; eller, snarere, at den utvikling som var startet under Evang fortsatte under Mork. Saksbehandlingen taper noe av sitt medikratiske preg. Den medisinske og helsefaglige skjønnsutøvelse, den personlig-paternalistiske styring og forvaltning svekkes noe. Den svekkes ved at helsefagforvalterne i stigende grad ”temmes” av en mer offensiv rettsstatlighet. De gamle lovene var gamle, åpne og bandt lite. De var også medikratiske fundert. Nå ble de erstattet av mer rettsstatlige, mindre medikratiske lover. Det gjaldt psykiatri-loven, som kom under Evang. Det gjaldt ikke minst sykehusloven, som kom helt på slutten av Evangs tid. Det gjaldt også en rekke mer spesialiserte lover

719) Opplyst av Reidar Bang i intervju den 25.11.2008.

som kom i løpet av syttiårene. Lovmoderniseringen kulminerte med loven om kommunehelsetjenester og den første tilsynsloven. Begge kom ved overgangen fra Morks første til andre periode, og var forsåvidt ett av uttrykkene for denne overgang. Lovene ble konkretisert gjennom et voksende, og mer og mer rettsstatlig preget, forskriftsverk. Denne nye lovgivningen gav juristene kraftigere virkemidler, og bragte legene – og som sagt, mange av dem nokså uerfarne – på defensiven. Skulle de utøve medikratiske skjønn ble de stadig stanset av de erfarne juristene, særlig byråsjefene, som nå kunne markere seg tydeligere. ”Jeg husker at Herseth ofte var betenkt over endel av de skriv som utgikk fra Sykehushuskontoret”, sier Eilif Rytter idag. Han fortsetter:

Det ble begått en del juridiske feil. Skrivene var preget av folk som ville bygge ut sykehusvesenet og var mindre opptatt av formalia i den sammenheng. Det ble nok sagt ting man ikke hadde hjemmel for. Det var kanskje ikke så farlig så lenge man var i en utbyggingssituasjon. Det ble verre da linjen ble mer restriktiv, av økonomiske grunner.⁷²⁰

Ole B. Hovind, en tid Direktoratets sykehussjef, fikk også merke at byråsjef Margarete (Grete) Herseth var streng hva gjaldt jusen. Hun ”sa jeg måtte huske at det jeg skrev også skulle (kunne) leses om 20 år”.⁷²¹

Hvis legene og de andre helsefagfolk nå skulle innta mer ”heroiske” standpunkter, basert på helsefaglige vurderinger, fikk de i stigende grad bevisbyrden.

Juristene og rettsstatlighetens tilbakekomst viste seg altså stadig mer i iverksettelsesprosessen. Men det var ikke bare tale om å ”normalisere” helseforvaltningen som forvaltningsgren. Som vi har vist tidligere gjorde etter krigen nyttestatligheten, og dens viktigste representanter, økonomene, seg mer og mer gjeldende. Det viste seg nå i stigende grad også i helseforvaltningen. Ved vedtagelsen av Sykehusloven, og forsåvidt også ”nr. 9”, ble Direktoratets, og særlig Sykehuskontorets, i noen også Psykiatrikontorets, oppgave ikke bare å forvalte loven i tradisjonell forstand, men også å delta i å sette planer ut i livet. Sakene ble slik i dette kontoret ikke bare enkeltsaker i vanlig forstand, men planer – planer som skulle vurderes, korrigeres, godkjennes og følges opp. De skulle behandles fra en arkitektonisk og teknisk, fra en medisinsk, og fra en økonomisk og tildels også juridisk synsvinkel. Her var det, som i tradisjonell forvaltning ikke så meget tale om juridisk subsumpsjon som om mål-middel-vurderinger av ulike slag. Ikke så sjelden spilte også politiske, altså maktmessige, forhold en rolle: Sykehusutbyggingssakene ble ofte politisert også på iverksettelsessiden. Denne saksbehandlingen kunne nok i noen grad foregå skriftlig, individuelt og ”serielt”, men ofte var det nødvendig å ty til møter og annen form for muntlig og tildels uformell saksbehandling. Vi skal føye til at møtevirksomheten i Sykehuskontoret i noen grad omfattet lokale møter. Utrederne og saksbehandlerne, og deres ledere, reiste noe, skjønt ikke mye. Kjell Hole, som

720) Fra samtale med Eilif Rytter 10.10.2008.

721) Fra samtale med Ole B. Hovind 7.10.2008.

arbeidet som saksbehandler i Direktoratets sykehuskontor under Asvall, forteller at han en gang satt med sykehusplanen for Finnmark: ”Vi strevet med planen, med sykestuer etc. – hummer og kanari. Jeg hadde vært en gang i Finnmark, men det var ikke snakk om å reise dit og ha møter med dem. Det var liten interaksjon. Vi behandlet på grunnlag av papirer.”⁷²²

Sykehusloven førte også til at Økonomikontoret fikk store nye oppgaver. Det måtte gå igjennom sykehusenes budsjetter.

Utredningskontoret spilte en beskjeden rolle på iverksettelsessiden. Det befant seg, som vi allerede har antydnet, i all hovedsak på utrednings- og planleggingssiden. Det var i stor grad et tenkeorgan og et politikktutviklingsorgan.

Kontroll og tilsyn

Som vi har sett var tilsynet med legene og det øvrige ”offisielle” helsepersonell gjennom hele Evangs tid pedagogisk-kollegialt preget. I de fleste tilfeller ble det utøvet, formelt, men vel så ofte uformelt, gjennom fylkeslegene. Man kan si at det var preget av at forholdet mellom helsedirektør og fylkesleger og mellom fylkesleger og distriktsleger, tildels også mellom disse embedsleger og andre leger, og via disse tildels gjennom annet personell, var dialogisk og ”overlappende”. Disse relasjonsforhold, eller kulturelle forhold, hadde sin organisatoriske parallell i kontrollørens ”heisstatus”. Kontrollørene var altså ikke habile i juridisk forstand. Kontrollen, eller tilsynet, ble også utøvet på en skjønsmessig måte. Det var ikke profesjonalisert, hverken juridisk eller tilsynsfaglig.

Helsedirektoratets, og fylkeslegenes, tilsyn og kontroll hadde hatt en parallell, som vi også har sett, i Lægeforeningens tilsyn og kontroll. Direktoratets tilsyn gjaldt særlig den faglige skikkethet, i noen juridisk nærmere avgrensede henseender, men i noen grad også etiske forhold. Lægeforeningens tilsyn og kontroll gjaldt i mindre grad det faglige og i større grad det etiske, innbefattet det økonomisk-etiske. De to tilsyn fylte hverandre slik ut, og hadde samme, kollegialt-pedagogiske preg. Lægeforeningen opptrådte imidlertid gjennomgående mer formelt og strengt enn det Helsedirektoratet gjorde. Foreningen hadde sitt eget etisk-kollegiale regelverk, som det i annen halvdel av Evangs tid skjerpet. Dette regelverk brukte Foreningen, med dets generalsekretær Odd Bjercke som drivende kraft, aktivt.

Det regelverk Direktoratet hadde var offentlig og lite kraftfullt. Det var nå gammeldags. Evang ble ingen pådriver for å modernisere det. Mork skulle heller ikke bli det. Både psykologi og sosiologi har nok spilt en rolle for at der var disse forskjeller: Bjercke var mer opptatt av å ”passe på” sine medlemmer enn Evang og Mork, som var mest opptatt av den ”egentlige” (helse) politikken. Samtidig var det nok ekstra viktig for Bjercke og Lægeforeningen å sørge for orden i rekkene: Autonomien, som Bjercke var meget opptatt av, var avhengig av at legene oppførte seg skikkelig. Evang og Mork var nok også opptatt av legenes autonomi, men ikke i samme grad som

722) Uttalelse av Kjell Hole i samtale 10.10.2008.

Bjercke. De satt i styrende og ledende stillinger, og ville gjerne styre og lede, om enn kollegialt. De hadde et paternalistisk forhold til sine ”vanlige” kolleger, ikke, som Bjercke, et beskyttende og derfor potensielt tuktende.

Men også hva tilsyn angikk ble syttiårene skjellsettende. Nå ble spirene til tilsynets profesjonalisering, og sosialisering, for alvor sådd. Det hang sammen med samfunnets tiltagende borgerliggjørelse, eller med forbrukerrevolusjonen. Samfunnet hadde sosialt og økonomisk endret karakter. Utdannelsesnivået var blitt høyt, for begge kjønn, og flertallet av landets økonomisk aktive innbyggere befant seg nå i de tertiære og kvartære næringer, altså utenfor landbruket, fiskeriene og industrien. Som sådanne tenkte de i en langt større grad enn bøndene, fiskerne, og særlig arbeiderne, individualistisk – enten de formelt plasserte seg til høyre eller venstre politisk. En konsekvens av dette var at presset ”nedenfra” i samfunnet ble sterkere, men mer omskiftelig, sprikende og individualistisk; altså ikke så kollektivt, så klassekamppreget. Legene begynte slik å merke at deres pasienter ikke så like meget opp til dem som før, og var mer kritisk-spørrende til dem og deres kompetanse: En økende andel av deres pasienter var like selvbevisste som de selv var, og hadde like høy sosial anseelse som de selv hadde. Ofte enn før gikk pasientene sammen med stadig mer autoritetskritiske aviser. Der kom hyppigere oppslag i pressen om pasienters uheldige erfaringer med leger og sykehus.

Den tiltagende kritikk av det formalistiske, øvrighetspregede ”byråkratiet” var endel av forbrukerrevolusjonen. Forsåvidt som mange leger var offentlige leger, eller arbeidet i offentlige institusjoner, som sykehus, kom byråkratikritikken også til i noen grad å ha betydning også for dem. Mange så på ”øvrighetslegene”, særlig sykehusoverlegene, som mer arrogante og ”overdanige” enn privatlegene, særlig arvtagerne etter de gamle, venererte huslegene.

Helsevesenet og legene kunne ha svart på de utfordringer forbrukerne, det vil si, de mindre pasientlige (tålmodige) pasienter, ved å si at pasientene selv kunne stå for kontrollen og tilsynet, eller rettere, for kvalitetsvurderingen av legene. Som nevnt, pasientene kunne jo bare skifte lege, eller annen behandler, altså ty til Hirschmans ”exitus”, eventuelt også ”vox” (klaging, endog rettssak), hvis de var misfornøyde. I den grad det dreide seg om ”øvrighetsleger” var imidlertid ikke det enkelt. Øvrighetslegene måtte man i noen grad se på som byråkrater, og altså som uunngåelige og derfor også som vanskelige å klage på. De måtte altså kontrolleres av en tredje part, helst en profesjonell og uavhengig sådan. Men mer talte for en slik form for kontroll, nemlig det forhold at pasientene har en alvorlig kunnskapsunderlegenhet i forhold til legen og at konsekvensene av slett legearbeid kan være så alvorlig (så uopprettelig). Men her behøvde det ikke være tale om et enten-eller. Tilsynet ovenfra, som andre, almene forbrukermobiliserende tiltak, kunne brukes både som en ovenfrakontroll og som et bidrag til å styrke kontrollen nedenfra: Den kunne, iallfall i noen grad, brukes til å gi pasienter informasjon de trengte for å foreta valg av behandlere og sykehus. Slik sett ser vi hvordan det nye, profesjonaliserte tilsynet, kan bli endel av

det nye fagstyreutfordrende styringsregime innen medisinen og helsevesenet forøvrig. Det er et regime som utsetter legene og andre helsefagfolk for en ”knipetangsmanøver”: Helsefagfolkene ”taes” både ovenfra, av myndigheter og arbeidsgivere, og nedenfra, av pasienter. Ja, man kunne ta med trykket utenfra, fra medier, interesseorganisasjoner og bedrifter og endog tale om en ”360 graders manøver”. Legene, og endel av deres kolleger, kommer i denne nye virkelighet på defensiven ikke bare som selvkontrollerende enkeltfagfolk, men også som stand. Den kollegiale, delvis foreningsbaserte, kontroll svekkes, og underordnes den offentlige.

*

Tilsynsprofesjonaliseringen og tilsynssosialiseringen i helsevesenet startet for alvor med nedsettelsen i 1971 av Ryssdal-utvalget. Det var et utvalg som skulle foreslå en revisjon av lege- og tannlegelovene av 1927. Utvalgets innstilling, som kom i 1975, førte i 1980 frem til de nye lege- og tannlegelovene. Profesjonaliseringen og sosialiseringen fortsatte med vedtagelsen i 1984 av den første tilsynsloven for helsevesenet.

Ryssdal-utvalget var preget av jurister. Dets leder, Signe Marie Stray Ryssdal (f. 1924), var høyesterettsadvokat, fra 1972 sosialrådmann i Oslo. Hun hadde med seg blant annet regjeringsadvokat, og fra 1972 høyesterettsdommer, Hans M. Michelsen (f. 1920) og Helsedirektoratets sjefjurist, Knut Munch-Søegaard. Spesielt viktig var det at hun hadde med seg konsulent i Rikstrykdeverket, senere professor i rettsvitenskap, Asbjørn Kjønstad (f. 1943) som sekretær. Som leger hadde hun med seg to tidligere legeföreningspresidenter, professorene Martin Seip (1921-2001) og Axel Strøm. Som tannlege hadde hun med seg Tannlægeföreningens generalsekretær Arne Sollund (1922-1998). Utvalget leverte sin innstilling 17. juni 1975, med forslag til ny legelov og ny tannlegelov. Etter at innstillingen var sendt til uttalelse til de mest interesserte parter, og kommentarer var mottatt, utarbeidet Sosialdepartementet de endelige lovforslag og la det frem for Stortinget våren 1980. Lovene ble vedtatt samme vår.⁷²³

Det offentlige kunne kalle en leges autorisasjon eller lisens tilbake. Etter den gamle lov (1927, § 16) måtte imidlertid det skje gjennom domstolene, altså på en nokså tungvint måte. Kongen, i praksis Departementet (Direktoratet), avgjorde om sak om tilbakekalling av autorisasjon skulle reises og Regjeringsadvokaten var statens prosessfullmektig under rettssaken. Kravet for tilbakekalling av autorisasjonen var, som vi har sett, at legen (tannlegen) var uskikket til å praktisere som lege (tannlege). Han kunne siden søke om å få autorisasjonen (lisensen) tilbake (§ 4). Sak mot leger ble reist i ytterst få tilfeller. Som vi også har nevnt kunne myndighetene, via et kontrollråd, begrense en leges frihet i et bestemt henseende, nemlig hva angikk retten til å forskrive bedøvende legemidler. Bestemmelsen (§ 5 b) om dette kom inn i loven i 1957.

723) Lov om leger av 13. juni 1980 nr. 42 og Lov om tannleger av 13. juni 1983, nr. 43.

Som vi har sett skulle der svært meget til for å ta fra en lege (tannlege) autorisasjonen. Der krevdes ikke bare at legen hadde vist seg *uskikket* til å virke som lege, men også at han var uskikket av *bestemte grunner*. Han kunne frataes retten til å praktisere på grunn av sinnssykdom, sjelelig svekkelse, alkoholbruk eller misbruk av bedøvende midler. Ryssdal-utvalget holdt fast ved at grunnvilkåret for autorisasjonstap måtte være uskikkethet, men føyet til flere viktige grunner. Noen av dem reflekterte åpenbart legens *evne* til å praktisere på en tilfredsstillende måte, nemlig fysisk svekkelse og langvarig fravær fra yrket (§ 8). Det ble nå også innført en regel (§ 6), som reflekterte, omenn på en standardisert måte, kriteriene fysisk og psykisk vekkelse, nemlig at autorisasjonen eller lisensen automatisk skulle falle bort når leger fyller 75 år. En lege kunne få fortsette for en tidsbegrenset periode (få begrenset lisens), hvis han kunne godtgjøre at han var skikket til det. Man kan si at disse grunner alle henviser til legens (in)kompetanse: Legen kan ”avskiltes” hvis han utviser mangel på kompetanse, av bestemte grunner.

Men viktigere var ytterligere tre grunner som nå ble tatt inn som grunner forat en lege kunne karakteriseres som uskikket til å virke som lege. Den første gjaldt ”grov mangel på faglig innsikt”. Den annen gjaldt (utvist) ”uforsvarlig legevirkosomhet” (mala praxis). I Ryssdal-utvalgets utredning heter det, forsiktig presiserende, at ”Vanligvis vil det ikke være nok med en enkelt tabbe. Det skal meget til før et forhold kan karakteriseres som ”uforsvarlig”” (s. 36). Utvalget hadde forøvrig også vurdert å bruke uttrykket ”grov udugelighet” istedenfor (utvist) ”uforsvarlighet”. Begge disse grunner er (in)kompetansegrunner. Kanskje kan man si at den første henviser til den teoretiske kompetanse, den annet til den praktiske, eller ferdighetsmessige? Slik sett er de uttømmende, og kunne ha erstattet de ovennevnte (kompetansegrunner). De ”gamle” grunnene, som beruselse og sinnssykdom, ble jo nevnt i den gamle loven fordi man antok at de gjorde en lege inkompetent til å virke som lege. Men lovkonsipistene valgte altså å la lovparagrafen få et ”geologisk” preg; de fortidige ”lag” skulle synes, selv om de nå var gjort overflødige.

I kapitlet om legers plikter kom der, interessant nok, inn en helt generell bestemmelse (§ 25) om at ”En lege plikter å utøve sin virksomhet forsvarlig”.

I tillegg til den litt ”uelegant” oppsatte listen over inkompetansegrunner til tilbakekalling av autorisasjon, kom der i § 8 inn en moralsk grunn, nemlig ”atferd uverdigg for en lege”. Utvalget hadde foreslått formuleringen ”adferd som gir grunn til å anta at han (legen) ikke har den tillit som er nødvendig i legeyrket” (s. 136). Heller ikke denne moralske bestemmelsen er entydigg. Grunnlaget for inngripen overfor leger, faglig eller moralsk svikt, ble derfor nå både videre og vagere. Det bragte den profesjonaliserende tilsynsmyndigheten på offensiven og forsåvidt standen på defensiven.

Det bragte tilsynsmyndigheten ytterligere på offensiven at det nå ble Departementet (Helsedirektoratet) som skulle fatte beslutning om tilbakekalling av autorisasjon eller lisens (§ 10). Departementet skulle imidlertid, før det fattet sin beslutning, normalt innhente uttalelse fra det nye Statens

legeråd (en jurist som formann og to leger) (§ 49).⁷²⁴ Man kan si at det styrket tilsynsmyndigheten ytterligere at den nå også ble gitt adgang til å differensiere reaksjonene overfor behandlerne: De kunne, i tillegg til å kalle tilbake autorisasjon eller lisens, også gi tilrettevisning og advarsel. Det var ikke unaturlig at det kom en slik utvidelse av reaksjonsgrunnlaget. I mange tilfeller ville det jo ikke være åpenbart at den faglige eller moralske svikt var så stor at den burde resultere i tilbakekalling av autorisasjon, og kanskje også politianmeldelse (kfr. § 53). Tilrettevisningen eller advarselen skulle gies skriftlig, etter at den aktuelle lege hadde fått anledning til å forklare seg, muntlig eller skriftlig.

Under kapitlet om legers plikter kom der inn en bestemmelse (§ 28) om at myndighetene kunne bestemme at leger skulle delta i legevaktordninger der de bodde.

Men vel så viktig var det, fra vårt perspektiv, at der kom inn denne bestemmelse, som dog ikke var ny (§ 42): ”En lege skal, ved organiseringen av sin virksomhet, ved undersøkelse og behandling av pasienter, ved forskrivning av legemidler, ved reiser og ellers påse at pasienter, folketrygden og andre ikke påføres unødig utgift eller tidsspille”. Bestemmelsen er utformet mer alment enn den gamle (§ 13 i 1927-loven). Spesielt er det viktig at det nå også henvises til selve legevirkomheten, altså undersøkelse og behandling. Legene får med dette en nokså almen plikt til å utvise sparsommelighet, av hensyn til både myndigheter og pasienter.

Det sier seg selv at kravet om sparsommelighet lett kan komme i konflikt med kravet om at praksis skal drives faglig forsvarlig. Til slutt i § 42 heter det derfor at ”Hensynet til sparsomhet må ikke gå ut over det faglig forsvarlige”.

Den nye legeloven, som altså blir et viktig grunnlag for det profesjonaliserende offentlige tilsyn, er spenningsfylt, men ikke mer enn at lovgiveren gir det ene hensyn forrang: Rettsstatligheten og fagstatligheten, symbolisert ved forsvarlighetskravet, settes foran nyttestatligheten, symbolisert ved kravet om sparsommelighet. Slik sett kan man si tilsynspolitikken fremover kommer til å representere en nesten venstreliberal motvekt mot den stadig sterkere posisjon den mer høyreliberale og målrettede nyttestatligheten (økonomiseringen) får over helsepolitikken forøvrig. Det passet Mork godt at det ble slik.

La oss legge til: hadde hensynet til rettsstatligheten, så vel hva angår forsvarlighet som likebehandling (gitt behov), og nyttestatligheten vært mer eksplisitt avveiet i forhold til hverandre i lovgivningen kunne det blitt utgangspunktet for å omdanne tilsynsvirkomheten til en mer almen evalueringsvirkomhet.

724) Et mindretall, som omfattet formannen samt Seip og Sollund, ønsket at avgjørelser om der forelå uforvarlighet i yrkesutøvelsen skulle foretas av Legerådet, men at reaksjonsmåten skulle bestemmes av Departementet. Kfr. NOU 1976: 1, s. 131.

Legeloven, og den kommende Tilsynsloven, representerer i noen grad et brudd med det legelige selvstyre, for såvidt som kontrollen og tilsynet med legene i stor grad sosialiseres, altså overtas av myndighetene. Legene forbyr slett ikke å drive egentilsyn. Tvertimot blir det, gjennom den senere Tilsynsloven, en plikt for dem å gjøre det. Som det heter i begrunnelsen for lovforslaget kan og bør ikke myndighetene ”føre detaljtilsyn med virksomheten til den enkelte utøver av helsetjenester”, men bidra til ”etableringen av gjensidig faglig kollegial kontroll”. Det legges til: ”Denne type av kontroll er den mest effektive blant helsevesenets utøvere”.⁷²⁵ Men det som før var en slags *kollegialt* basert plikt blir nå i større grad en *offentlig* basert plikt. Den blir endel av det nye, sosialiserte tilsynsregime. Myndighetene tar altså fra legene det virkemiddel de først og fremst hadde benyttet seg av, formaliserer det, og bruker det som et utgangspunkt for å sosialisere kontrollen med legene. Også Lægeforeningen, og de legekollegiale fellesskap, kan selvsagt fortsatt spille en tilsynsrolle, uten at lovene gir dem spesielle plikter i så henseende. De settes i virkeligheten på sidelinjen. Det reflekterer det forhold, som vi har nevnt ovenfor, at Lægeforeningen, under den nye forhandlings-sjef, Sverre Strands, ”kommando” nå endrer karakter fra å være en standsforening, med indre reguleringsoppgaver, til å bli en mer ”egoistisk” fagforening.⁷²⁶

Tilsynsmyndigheten ble nå overført til offentlige organer som ennå var forholdsvis medikratiske pregede, Helsedirektoratet og fylkeslegene. Disse organenes medikratiske preg skulle dog snart bli vesentlig svekket, nemlig ved direktoratsdelingen i slutten av 1983. Dertil kom at loven gjorde tilsynsoppgaven mer juridisk og mindre medisinsk preget. Tilsynsprofesjonaliseringen skulle slik bli et ledd i avmedikratiseringen av helseforvaltningen.

I noen henseender kan det se ut til at Legeloven representerer en styrkelse av fagstyret. I § 16 heter det således:

Legers virksomhet skal organiseres i slike former at den er medisinsk forsvarlig, og slik at legen er selvstendig og uavhengig overfor andre i medisinsk faglige spørsmål. For dette formål kan Kongen gi nærmere forskrifter om organisering av legevirkosomhet, og forby slike former som finnes uheldige.

Det heter videre, i § 17:

En lege kan i sin virksomhet nytte annet helsepersonell i den utstrekning det er forsvarlig ut fra personellens kvalifikasjoner, arten av de oppgaver det gjelder, den instruksjon som gis og den kontroll som føres.

725) *Ot.prp. nr. 33* (1983-1984), Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, s. 7.

726) Den skogteknikerutdannede Sverre Strand kom i 1970, via Forsvaret, til Kommunenes Sentralforbund, hvor han snart utmerket seg som en god forhandler. Han ble fristet over til Yngre Legers Forening i 1974, som kontorsjef, og ble forhandlingssjef i Lægeforeningen i 1977. I den stillingen satt han til 1997, da han ble spesialrådgiver i Foreningen. Strand kom altså til Lægeforeningen i de skjellsettende omdannelsesårene og var, til å begynne med sammen med president (1976-1979) Dagfinn Gedde-Dahl (f. 1937), drivkraften bak omdannelsen.

Den første bestemmelsen begrenser arbeidsgiveres myndighet overfor leger, mens den annen gir leger myndighet over medhjelpere, ikke minst sykepleiere. Forsåvidt som begge på denne tiden var på offensiven overfor leger, kan loven virke som en støtte til legenes forsvar for sine posisjoner.⁷²⁷ I noen grad ble den også tolket slik i Lægeforeningen. Spørsmålet er imidlertid om myndighetene nå hadde andre utveier. Noe måtte gjøres overfor mer rettighetsbevisste pasienter.

Alternativet til å understreke, og gjøre til et offentlig påbud, det pasientansvar legene alltid, men uformelt, hadde hatt, var å gjøre det til et arbeidsgiveransvar. I den grad legene var sine egne arbeidsgivere var det greit, men i de fleste, og stadig flere, henseender var nå arbeidsgiverne offentlige, og særlig lokale, myndigheter. Det var ikke fristende for myndighetene nå å ta på seg dette ansvaret. De ville hverken ha praktiske muligheter eller kapasitet til å passe på i den grad et slikt ansvar ville kreve. Ved at legene ble personlig ansvarliggjort ville ”trykket” på dem bli langt større og mer bydende. Slik sett kan den nye loven sees på som uttrykk for et statlig forsøk på å gjøre ledelsen av leger mer inngripende, altså som en mer raffinert ”hersketeknikk” enn staten tidligere hadde hatt til sin disposisjon. Sett fra statens side var der imidlertid et problem med loven. Vi har antydnet det ovenfor: Den ville ”hisse opp” leger til å bli enda mer påpasselige, forsiktige – og, dermed, kostbarere. Som vi har påpekt: den nye tilsynspolitikken som nå vokser frem er venstreliberal og utgiftsdrivende.

Forslaget til tilsynslov ble lagt frem av Regjeringen Willoch den 3. februar 1984. Sosialkomiteen behandlet saken raskt og hadde ingen innvendinger. Lovforslaget ble vedtatt uendret og enstemmig i Odelstinget den 22. og i Lagtinget den 27. mars. Loven ble sanksjonert den 30. mars 1984, som lov nr. 15.

Tilsynsloven, en utpreget fullmakts- og rammelov, er på bare åtte paragrafer; dertil kommer endringer i tre andre lover. I første paragraf i den nye loven heter det at

Helsedirektoratet har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt ved lov, forskrift eller pålegg fra departementet.

Videre defineres fylkeslegens oppgaver og rolle i tre paragrafer, blant annet én om kontroll med behandlernes egenkontroll (§ 3), før det, i § 5, erklæres at

Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte uheldig eller uforsvarlig, kan Helsedirektoratet gi pålegg om å rette på forholdene.

727) Med arbeidsgivere tenkte Legelovutvalget ikke først og fremst på offentlige arbeidsgivere. Det tenkte på private, som aksjeselskaper, bedriftshelsetjenesteinstitutter (og lignende), helsesentre osv. Kfr. NOU 1976: 1, s. 45-50.

For øvrig overlates det (§ 7) det til Departementet å gi ”nærmere bestemmelser til gjennomføring og utfylling av denne lov”.

Gjennom loven åpner myndighetene for den tilsynsprofesjonalisering som skal komme, men tar ikke mange og radikale skritt nå. De tar knapt nok skritt i retning av å skille ut, eller spesialisere, tilsynsvirksomheten. Således understreker Departementet i sin presentasjon av lovforslaget at tilsynsvirksomheten *ikke* bør skilles ut fra forvaltningen av helsepolitikken mer alment. Helsedirektoratet forblir jo både forvaltnings- og tilsynsorgan, endog også i noen grad planleggingsorgan; det samme er tilfelle med fylkeslegene. Departementet forsøker også å tone ned det spesielle og det rendyrkede, eller profesjoniserte, ved tilsynet, ved å si at det mer skal bestå med rådgivning enn kritisere og gripe straffende inn. Etter at det har redegjort for hvordan tilsynet, eller kontrollen, kan foregå, blant annet ved inspeksjoner, skriver det:

Men fylkeslegens tilsyn skal ikke bare ha karakteren av kontrollvirksomhet. En meget vesentlig del av tilsynsoppgavene vil være å gi råd, veiledning og opplysning, herunder å gi råd til fylkeskommunene og kommunene i saker som gjelder helse- og helsetjeneste.⁷²⁸

Departementets skribenter er klar over at blandingen av planleggings-, forvaltnings- og tilsynsoppgaver, kan skape habilitetsproblemer. De skriver således:

Fylkeslegen må ikke gjøre seg inhabil i sin overordnede tilsynsvirksomhet ved å engasjere seg for sterkt i planlegging av og den daglige drift av fylkets og kommunenes helsetjeneste.⁷²⁹

Departementet befinner seg altså et sted mellom i går og i morgen, eller mellom den gamle integrerte, medikratiske styringsform og den fremvoksende oppgavespesialiserende og etter-medikratiske styringsform.

Det fylkeslegeutvalg som ble oppnevnt 5. november 1979, og som var ledet av fylkeslege Arne Victor Larssen, uttaler: ”I alle tilsyns- og kontrolloppgaver bør det legges vesentlig vekt på veiledning og rådgivningsfunksjonen”. Det fortsetter:

En bør være oppmerksom på svakheter ved for sterkt utviklet tilsyn og kontroll. Ved siden av at dette vil bli meget ressurskrevende, kan det føre til at primærleddet lettere fraskriver seg egenansvaret. En bør heller bidra til å innskjerpe primærsystemets ansvar for egenkontroll og føre tilsyn med hvordan denne egenkontrollen virker. Sentrale myndigheters bidrag til dette bør i første rekke være å gi retningslinjer for slik egenkontroll. Det bør for eksempel ikke gis nye bestemmelser om hvor hyppig fylkeslegene bør inspisere de enkelte institusjoner. En større

728) *Ot.prp. nr. 33* (1983-1984), s. 2. Bindestreken etter helse i tredje siste ord står i originalteksten, men skulle formodentlig ikke vært tatt med.

729) *Ibid.*

inspeksjonshyppighet enn det tilgjengelige ressurser skulle tilsi, vil lett føre til overfladiskhet. En annen fare er at en for omstendelig og nærgående kontroll vil kunne føre til at den kontrollerte instans ensidig konsentrerer seg om å unngå å gjøre feil, og at de av den grunn mister evnen til positivt engasjement og selvstendig innsats for å løse sine arbeidsoppgaver.⁷³⁰

Også dette utvalg befinner seg et sted mellom i går og i morgen, men kanskje noe nærmere i går enn Departementet. Vi merker oss dog at utvalget, på vegne av ”fortiden”, peker på et problem som skal tilta ettersom tilsynsvirksomheten, særlig overfor personell, profesjonaliseres: Den avkreftelse som ligger i det kritiske blikk, og enda mer i den eventuelle påfølgende kritikk, skaper lett defensivitet – bestrebelse på å unngå å gjøre det man kan bli ”tatt” for. Samtidig undergraver den offensiviteten, den ambisiøse streben etter nye seire, og nye anledninger til å bli bekreftet og til å få sin selvtillit styrket.

Fylkeslegeutvalget bekrefter at tilsynet med helsepersonell har vært og er (rundt 1980) nokså begrenset: ”Det har fungert mer som en passiv kontroll, d.v.s. at en mer eller mindre tilfeldig er blitt kjent med utilfredsstillende forhold”. Utvalget legger til at kontrollen særlig har vært rettet mot leger. Men for så vidt som annet personell gjerne er underordnet legen, ser ikke utvalget noe alvorlig i det.⁷³¹

Vi legger merke til at synet på tilsyn ovenfra og klager nedenfra har endret seg. Mens tilsynet ovenfra fra gammelt av særlig var rettet mot ”de andre” er det nå i større grad rettet mot legene (og tannlegene). Det reflekterer ikke minst det vi nettopp har påpekt: at tilsynet i synkende grad skjer kollegialt og i voksende grad offentlig. Vi legger også merke til at selv om tilsynet i større grad retter seg mot leger, balanseres den utviklingen i noen grad av at det også i stigende grad retter seg mot arbeidsgivere. Det reflekterer det forhold at legene i større grad blir arbeidstagere og i mindre grad frie profesjonelle. Vi skal se at denne ”balanseringen” etter hvert skal skape utfordringer for myndighetene.

Mot ”den nye staten”: utfordringene fra jusen og økonomikken

Vi har sett at de nyttestatlige økonomer av venstreliberal, til dels sosialistisk, innstilling kom på offensiven i statsstyret etter krigen, og hvordan rettsstatligheten i betydelig grad ble tilpasset denne: Lovstyringen ble mer instrumentell. Vi har også sett hvordan politikken dog hele tiden spilte en ”forstyrrende” rolle for fagstyrerne. Allerede i den forrige periode begynte imidlertid motforestillingene mot den nyttestatlige planstyringen å gjøre seg gjeldende, blant juristene og blant politikerne, særlig til høyre. Det gav seg, som vi har sett, utslag i en byråkratitemmende forvaltningslov

730) *Fylkeslegeembedet*, innstilling fra Utvalget til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, ..., 1982 (*op. cit.*), s. 228.

731) *Ibid.*, s. 236.

og en borgerbeskyttende sivilombudsmannsordning. Denne utviklingen ble forsterket utover i syttiårene, i den grad at den politiske stemning mot slutten av tiåret var blitt nesten antibyråkratisk, og mer alment, antiøvrighetspreget. Finansminister fra 1973 til 1979, og planleggingsminister fra 1980 til 1981, Per Kleppe (f. 1923), skriver i sine erindringer at Odvar Nordli hadde tatt opp "byråkratiproblemet" da han tiltrådte som statsminister i 1976. Men

*I praksis hadde det vist seg vanskelig å få til vesentlige endringer i måten statens og kommunenes administrasjoner arbeidet på. Det var oftest en fornuftig begrunnelse for den enkelte regulering. Det var **summen** av reguleringer og skjemaer som var problemet, og ikke minst den stadige veksten i dem.*

Han legger til, at

I "høyrebølgen", som nådde et høydepunkt omkring 1981, var propagandaen mot de offentlige reguleringene en hovedsak. Det var en agitasjon det ikke var så lett å verge seg mot. Folk flest syntes at systemet burde gjøres enklere.⁷³²

"Byråkratiproblemet" kan betraktes som et problem som berørte både den venstreliberale nyttestatlighet og den ditto rettsstatlighet. Troen på statens evne til å målstyre, ved hjelp av en plan, ble nå utfordret av stadig flere, også stadig flere økonomer. De høyreliberale økonomer, med Friedrich Hayek og hans venner i The Mont Pelerin Society⁷³³ i spissen, argumenterte, som vi har sett, for at staten ikke kan ha den oversikt over økonomien som trenges for at den kan planstyre på mer enn svært kort sikt. Den er evneløs. De fremholdt at hvis den forsøker å planstyre, vil den tvinges til å ty til mer og mer tvang og slik kvele skaperviljen og skaperevnen i samfunnet (for øvrig), ja mer alment sagt, friheten. Den sovjetiske erfaring var ikke irrelevant for oss i Vesten heller, hevdet de.

Hadde de vært mindre ideologisk engasjert, kunne de påpekt at i det stadig mer borgerliggjorte samfunn, måtte et slikt øvrighetsstyre mislykkes. Andre, mer "tekniske" økonomer, som James Buchanan (selv et MPS-medlem) og hans "public choice"-orienterte kolleger, påpekte at det skortet ikke bare på statens utøvende evne, men også på dens utøvende vilje. Staten er ikke en enhetlig og rasjonell styrer, plassert over og utenfor resten av samfunnet. Den er splittet opp og er en del av et like oppsplittet samfunn, som den vil bli "erobret" av, bit for bit. Den vil bli erobret også fordi de som er staten, mange politikere og enda flere byråkrater, tenker "privat" (karrieristisk) og derfor er erobrbare. Hadde de vært mer "ideologisk" opptatt, kunne de pekt på at samfunnets borgerliggjøring gjorde presset på den fragmenterende stat, nedenfra-og-opp-presset, ekstra sterkt: Rundt 1970

732) Per Kleppe, *Kleppepakke*, Oslo: Aschehoug, 2003, s. 349.

733) The Mont Pelerin Society ble stiftet i Mont Pelerin nær Montreux i Sveits i 1947, etter initiativ av Friedrich von Hayek. 36 deltok på det første møte, de fleste av dem økonomer, blant annet Ludwig von Mises og Milton Friedman. Også Farmands redaktør, økonomen, dr. philos. Trygve J. B. Hoff deltok og ble siden et aktivt medlem i samfunnet. Mange av samfunnets medlemmer, inkludert von Hayek, Friedman, George Stigler, Gary Becker, Ronald Coase og James M. Buchanan har fått minneprisen i økonomi.

passerte andelen sysselsatt i de mest borgerlige næringer, de tjenesteytende (tertiære) og de administrative (kvartære), 50 prosent.⁷³⁴

Man kan si at ”byråkratiproblemet” var et styringsproblem. Det var knyttet til politikken realisering. Det ble forsterket av et annet, nært forbundet problem, problemet med å skaffe tilveie de ressurser som trengtes for å realisere statens, eller politikernes, ambisiøse mål. Politisk skortet det altså ikke på viljen. Der var for meget av den, og så meget at det blant annet gikk utover de iverksettende viljer. Viljen gjaldt særlig velferds- og infrastrukturprogrammene, programmer som lett lot seg ”selge” i velgermarkedet. Disse programmer var bygget sterkt ut i etterkrigsårene og særlig fra 1960-årene av. Regjeringen Borten ble slik, sammen med de arbeiderpartiregjeringer som etterfulgte den utover i syttiårene, den mest offentlig-ekspansive etterkrigsregjering. I 1960 utgjorde de offentlige utgifter ca. 30 prosent av landets brutto nasjonalprodukt. Andelen var økt til 42 prosent i 1970 og videre til 51 prosent i 1980. Men de norske regjeringer i 1960- og 1970-årene var ikke alene. De fleste vestlige lands regjeringer oppførte seg på samme måte, endog USAs, som satte i gang en betydelig velferdsutbygging i 1960-årene (”The Great Society”) – men også fikk en ny krigsbyrde (Vietnam). ”Blåmandagen” kom utover i 1970-årene. Formelt kom den i oktober 1973, med den første oljekrisen. I løpet av et år firedoblet de oljeutvinnende landene oljeprisen, og skapte økonomisk stagnasjon, og inflasjon, i Vesten, ja, i mesteparten av verden.⁷³⁵

I Norge var der funnet olje i 1969 (Ekofisk) og de inntektene den etter hvert gav, gjorde at regjeringen Bratteli, ulikt andre lands regjeringer, kunne drive en motkonjunkturpolitikk, altså fortsette den offentlige, venstre-liberale ekspansjonspolitikken ennå en stund. Virkemidlet ble de såkalte ”kleppepakker”, statlige bidrag som ble gitt for å ”smøre” lønnsoppgjørene (midt i syttiårene). Politikken hindret imidlertid ikke at de internasjonale problemene slo inn også i Norge, den bare utsatte innslaget. Den venstre-liberale politikken ble gitt opp i 1977. I kjølvannet av denne oppgivelsen kom den høyre-liberale skepsis til statens evne til å mobilisere ressurser, og til å bruke dem fornuftig, til å prege både fagdebatten og den politiske debatt.

Et interessant fagøkonomisk uttrykk for stemningsskiftet kom allerede i 1977, gjennom en artikkel publisert i *Journal of Political Economy*. Artikkelens to forfattere, Finn E. Kydland og aas, hadde kalt sin artikkel: ”Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans”. I 2004 fikk de Nobels minnepris i økonomikk for (blant annet) den. Forfatterens budskap var summert opp i første del av overskriften: Staten burde gi lover, og så trekke seg tilbake – binde seg til masten (som Odysseus). Den burde ikke, fristet av alskens interessenter (”sirenenes sang”), fatte løpende, eller diskresjonære, beslutninger. Den burde styre passivt, ikke aktivt. Det ble ”programmet” for stadig flere vestlige lands regjeringer, også den norske, i de to neste tiår.

734) Kfr. Stein Kuhnle, *Velferdsstaten*, Oslo: Tiden, 1983, s. 92.

735) De såkalte OPEC-land satte i oktober prisen opp med 70 prosent og i desember med nye 130 prosent. I desember ble det også igangsatt en blokade av utskipning av olje til havner i USA og Nederland.

Den høyre-liberale teori hadde to viktige implikasjoner for samfunnsstyringen, én samfunnsøkonomisk og én bedriftsøkonomisk. Den første, og viktigste, implikasjon var at staten burde gi mest mulig av de "produktive" oppgaver fra seg, altså privatisere dem og slippe dem løs i de konkurransepregede markedene. Kunne den ikke privatisere dem, for eksempel av politiske grunner, måtte den iallfall fristille dem mest mulig; altså gjøre dem til egne, kun rammeregulerte, foretagender, som så skulle ledes og virke på bedriftsøkonomiske premisser, og kanskje også være konkurransutsatte. I noen grad kan man også tale om en tredje implikasjon: Selv den "nøytrale" regulering staten skulle drive burde i størst mulig grad drives på bedriftsøkonomiske premisser. Etter hvert ble denne styring og ledelse av de mer eller mindre fristilte offentlige virksomhetene omtalt som ny offentlig ledelse, eller "new public management". For så vidt som den imiterte de private måtene å styre og lede på, kunne man like gjerne omtalt den som (ny) "privat offentlig ledelse".

Denne høyre-liberale og nyttestatlige, eller samfunnsnyttige, politikken kom til å slå tydelig inn også i norsk politikk. Vi kan se de første almene sporene av dem i Nordli-regjeringens langtidsprogram for perioden 1978-1981.⁷³⁶ De blir tydeligere i den første Brundtland-regjeringens program for perioden 1982-1985⁷³⁷ og enda tydeligere i Willoch-regjeringens program for perioden 1986-1989. Willoch-regjeringen fulgte også opp den høyre-liberale tenkningen over en bred front, gjennom et dereguleringsprogram, blant annet hva åpningstider for forretninger angikk, og gjennom liberalisering av en rekke markeder, som boligmarkedet og finansmarkedene. NRKs kringkastingsmonopol ble også opphevet. Som vi skal komme tilbake til ble denne politikken ført videre mot slutten av 1980-årene gjennom programmet for "den nye staten".⁷³⁸ Premissene for politikken ble lagt, eller snarere videreutviklet, av utvalget som skulle drøfte hvilke tilknytningsformer som burde benyttes i statsforvaltningen. Utvalget ble ledet av daværende finansråd Tormod Hermansen, mannen som i 1991 skulle overta ledelsen av det som hadde vært Telegrafverket (til 1969) og som skulle bli først til statsaksjeselskapet Telenor (1994, navneskifte 1995) og så til det delprivatiserte aksjeselskapet Telenor (2000).⁷³⁹ Hermansen-utvalget ble oppnevnt av Brundtland-regjeringen II. Den litt forsiktige, høyre-liberale politikken skulle snart bli et nokså bredt forankret politisk prosjekt, inntil noe av luften gikk ut av det fra omlag 2002.

Som vi har vist hadde den mer høyre-liberale og nyttestatlige politikken påfallende tidlig slått inn i helsepolitikken. Det skjedde gjennom St.meld. nr. 9 (1974-75). Nr. 9-planen var imidlertid, som vi også har sett, ikke bare høyre-liberal. Den hadde mye av det venstre-liberale over seg. Den var

736) St.meld. nr. 75 (1976-1977), *Langtidsprogrammet 1978-1981*. Kfr. spesielt kap. 8, kalt "Frihet, demokrati og rettssikkerhet".

737) St. meld. nr. 79 (1980-1981), *Langtidsprogrammet 1982-1985*. Kfr. spesielt kap. 18, kalt "Styring og demokrati". Her er det blant annet i underkapitlet om den offentlige forvaltning, avsnitt kalt "Fortsatt innsats for effektivisering og forenkling", "Forenkling av forvaltningens oppgaver", "Forvaltningen og den enkelte" og "Effektivisering i offentlig virksomhet".

738) *Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen*. Oslo: Forbruker- og administrasjonsdepartementet, 1987.

739) NOU 1989: 5 *En bedre organisert stat*.

nokså planøkonomisk, og den la til grunn den venstre-liberale forutsetning om likebehandling. Den brøt også tydelig med det venstre-liberale og nyttestatlige ved ikke å foreslå at sykehusvesenet ble fristilt. Den foreslo, eller aksepterte, at sykehusene skulle være ikke bare politisk-diskresjonært ledet, men endog lokal-politisk-diskresjonært ledet. Den representerte et skritt i politiserende retning hva angikk sykehusstyringen.

Planen, hvis man kan kalle den det, for det nye almenhelsevesenet hadde, som vi har sett, lite av det høyre-liberale og nyttestatlige over seg. Den innebar også en full politisering av styringen av et vesen som hadde vært relativt fristilt og fagstyrt.

Det som måtte ligge av fristillelsespremisses i ”nr. 9” forsvant nokså fort da planen skulle settes ut i livet. Sykehuspolitikken ble straks svært politisert, i Sogn og Fjordane som i de fleste andre fylker og i landet som helhet. Nyttestatligheten hadde, viste det seg allerede i slutten av syttiårene, lite å stille opp med i møtet med den engasjerte legmannspolitikken.

Helsepolitikken fikk fortsette å utvikle seg som en politikk som gikk mot tidsånden. I 1950 hadde 2,3 prosent av brutto nasjonalprodukt gått med til helsetjenester. Andelen var gått opp til 3,2 prosent i 1960 og videre til 4,0 prosent i 1970. Den spratt så opp til hele 6,4 prosent i 1980, og pilene pekte fortsatt oppover (SSB).

Helsevesenet fikk altså fortsette å være et anderledes vesen. Men mens det tidligere særlig var anderledes fordi det var halvt fristilt, på medisinske premisser, var det nå anderledes fordi fristillelsen var blitt opphevet – i en tid med tiltagende fristillelse. Opphevelsen av fristillelsen var ikke Helse-direktørens verk. I viktige henseender gikk den politiserende helsedirektør imot denne politikken, mens han intet hadde å innvende mot den ”løsslupne” ressursveksten.

Men ”under overflaten” virket de tunge utviklingskrefter, også i helsevesenet. De virket ikke minst på medisinsk plan. Gjennom medisinsens utvikling ble premissene lagt til rette for en videre industrialisering av undersøkelse og behandling, en viktig forutsetning for fristillelse og for en mer målrettet og forretningsmessig styring og ledelse. Det var slik nyttelegikken, både i høyre- og venstre-liberal tapning, skulle slå igjennom. Men helsevesenet er stadig ikke helt som andre vesener, og disse faglogikker (for)følges av sin skygge, den interessepregede legmannspolitikken. Ja, de følges også av den gamle forvaltningslogikk, rettsstatlighetslogikken.

Spesialisering og profesjonalisering: noen tall

Helsedirektoratets markerte vekst i Evangs periode fortsatte i Morks første periode. Under Evang vokste Direktoratets fagstab med 62 prosent fra 1960 til 1972. I løpet av Morks første periode vokste den med 63 prosent. Veksten reflekterer mange forhold, men også det forhold at det statlige ansvar for og (dermed) den statlige styring av helsevesenet har øket sterkt.

Helsedirektoratet var hierarkisk organisert omtrent på samme måten gjennom hele Morks første periode, som det var under Evang. Den tendens vi så på slutten av Evangs periode, nemlig at der kom nye stillinger på et slags nivå nr. to, ble forsterket noe i begynnelsen av Morks første periode; kfr. Tabell 5.3. De nye stillingene er i første rekke stillinger som assisterende overleger og spesialleger, men også en del andre. Sjefsandelen gikk noe opp frem til 1977, til 15 prosent, men gikk så litt tilbake, til 11 prosent i 1983. Saksbehandlerandelen var på 54 prosent, 67 prosent hvis vi tar med førstesekretærene, i 1973. Den holdt seg på dette nivå for de to gruppene frem til 1982, men gikk noe opp det siste året, nemlig til 72 prosent. Det samlede inntrykk er altså at Direktoratet i denne perioden fortsatte å vokse, men uten at forholdet mellom sjiktene ble særlig endret.

Tabell 5.3. De ulike hierarkiske sjikts andeler av fagstaben i Helsedirektoratet, 1946-1972. Prosent (antall).

	1973	1975	1977	1979	1980	1982	1983
Øverste ledere	12 (10)	15 (15)	15 (15)	12 (14)	13 (15)	12 (15)	11 (15)
Ledere nivå 2	6 (5)	10 (10)	10 (10)	11 (13)	9 (10)	10 (12)	8 (11)
Byråsjefer	14 (12)	12 (12)	12 (12)	10 (12)	10 (11)	12 (14)	10 (13)
Saksbehandlere	54 (45)	48 (49)	47 (48)	50 (62)	52 (60)	52 (63)	56 (75)
Førstesekretærer	13 (11)	17 (17)	17 (18)	15 (18)	17 (19)	14 (17)	16 (21)
Tilsammen	99 (83)	102 (103)	101 (103)	98 (119)	101 (115)	100 (121)	101 (135)

Kilder: Statskalenderen og Telefonkatalogen for regjeringskvartalet. Det er brukt den årgang som står oppført på kalenderen/katalogen, selv om registreringstidspunktet kan variere. Med "øverste ledere" menes ledere de tre toppledere og de øverste kontorledere (over byråsjef). Med "ledere nivå 2" menes ass. overleger, spesialleger, overarkitekter og lignende. Saksbehandlerne omfatter den øvrige fagstab til og med konsulenter. Førstesekretærer er ikke tatt med i Statskalenderen fra 1975 og er derfor ført opp som egen kategori (etter telefonkatalogen). Også sekretærer fungerte til dels som saksbehandlere, men er ikke tatt med i tabellen. Titelen forsvinner også etter hvert og er borte i 1983. Tallene for 1983 gjelder for vinteren 1983, altså før delingen.

Som i forrige periode er fordelingen mellom nivåene forskjellig fra faggruppe til faggruppe. I tabell 5.4. har vi vist hvordan bildet er for de to dominerende faggruppene, jurister og leger. Vi ser at legene fortsatt har en langt "gunstigere" nivåfordeling enn juristene. Gjennom hele Morks første periode ser vi at legene har langt færre høyere stillinger enn lavere. I 1973 var saksbehandlerandelen på nesten 50 prosent. Siden svinger den noe, men hovedsakelig faller den. I 1983 er det ingen legekonsulenter igjen. Situasjonen for leger som ville begynne i Direktoratet var altså at opprykksmulighetene var svært gode. De var også blitt bedre enn de var under Evang. Det skyldtes imidlertid ikke "maktforhold". Det skyldtes rekrutteringsproblemer. Samtidig var det stadig slik at makten lå hos legene: De hadde 7 av 11 toppledere og 8 av 15 ledere på nivå nr. to ved periodens utløp. Som vi har pekt på tidligere, var imidlertid ikke makten så godt institusjonalisert som før. Mork fikk ikke en stabil gruppe av legeledere rundt seg, som Evang hadde hatt. Av dem han hadde i 1983 var det bare to som hadde fulgt ham fra starten av, Tor Ødegaard og Øyvind Aarflot; den siste dog først fra 1974.

Tabell 5.4. Fordelingen av leger og jurister etter hierarkisk sjikt, 1973-1983. Prosent (antall).

		1973	1975	1977	1980	1983
Leger	Øverste ledere	35 (6)	44 (8)	50 (8)	41 (7)	47 (7)
	Nivå 2-ledere	18 (3)	33 (6)	38 (6)	35 (6)	53 (8)
	Saksbehandlere	47 (8)	22 (4)	13 (2)	24 (4)	-
	Tilsammen	100 (17)	99 (18)	101 (16)	100 (17)	100 (15)
Jurister	Øverste ledere	4 (1)	9 (2)	8 (2)	8 (2)	8 (2)
	Nivå 2-ledere	4 (1)	5 (1)	4 (1)	4 (1)	-
	Byråsjefer	33 (9)	36 (8)	33 (8)	25 (6)	40 (10)
	Saksbehandlere	59 (16)	50 (11)	54 (24)	63 (15)	52 (13)
	Tilsammen	100 (27)	100 (22)	99 (24)	100 (24)	100 (25)

Kilder: Som for tabell 5.1. Kategorien saksbehandler omfatter her bare konsulentgruppen, vidt definert. Førstesekretærene er altså ikke tatt med. Vi har ikke tatt med dem som hadde tjenestefri. En del av variasjonene fra år til år skyldes at det er ulike mange som har tjenestefri fra år til år.

Egil Willumsen, som ble medisinalråd, ble sittende til litt ut i neste periode, men hverken han eller Ødegaard og Aarflot ble Morks virkelig fortrolige, som vi har nevnt. De ledere han stod nærmest var noen av ikke-legene, som Munch-Søgaard og Jøldal. Den mest utpregede strateg av de legeledere han hadde, Jo Asvall, våget han kanskje ikke å satse på som medisinalråd? I en del henseender kan man slik si at noe av grunnlaget for legestyret i Helsedirektoratet ble tydelig svekket i løpet av Morks første periode. Han måtte i sin neste periode starte med å bygge opp et nesten nytt "public health team".

Hva så med den "andre" gruppen, juristene? Tabellen viser at de hadde omtrent samme nivåfordeling i Morks første periode som i Evangs tid. Flertallet av juristene befant seg gjennom hele perioden på saksbehandler-nivå. Det flertallet ville vært større om vi også hadde tatt med førstesekretærene. Det skulle også vært større: Fra 1975 er det hvert år en del juridiske saksbehandlere som har tjenestefri. Rekrutteringsproblemer var begynt å melde seg for Helsedirektoratet også i juristmarkedet. Men en rolle spilte det også at der var liten utskiftning i byråsjeffstillingene, omtrent de eneste opprykksstillinger for jurister. Der ville snart komme muligheter, for der satt personer på over 60 år i syv av de 14 stillingene, men ennå kunne det drøye litt før det ble flere opprykksmuligheter. Allikevel tør vi si at juristenes stilling slett ikke ble svekket i denne perioden. Munch-Søgaard fikk nå "svinge" seg mer enn under Evang og Bjørnsson. Mork viste dessuten en større, og voksende, interesse for jusen. Det ble slik mer faglig givende å være jurist, selv om juristene fortsatte å besvære seg over de urutinerte, men ofte selvbevisste, legenes utfoldelse og raske avansementer, og over en del av de privilegier de stadig hadde.

For de andre tradisjonelle grupper i Direktoratet, farmasøytene og tannlegene var situasjonen som før: Jøldal satt, og ville ennå sitte en stund, som overapoteker. Slik blokkerte han opprykksmulighetene for farmasøytene på inspektør- og saksbehandlernivå. Det samme var situasjonen på tannlegesiden: Per Bærum satt og ville bli sittende som overtannlege, mens de få tannlegekonsulenter, som deres farmasøytiske kolleger, måtte innstille seg på å se etter opprykksmuligheter utenfor Direktoratet.

Vi har sett at innslaget av andre enn de ovennevnte, og tradisjonelle grupper, begynte å øke på slutten av Evangs tid. Denne økningen fortsatte gjennom Morks første periode. I 1973 var der i Direktoratet syv med en "utradisjonell" akademisk utdanning og 11 uten akademisk utdanning, i konsulentstillinger og høyere. Ved periodens utløp var antallene øket til 22 og 22. Blant de første var der i 1983 ni økonomer av ulike slag. Direktoratet hadde altså flere "utradisjonelle" akademikere enn leger i 1983, og bare litt færre slike enn jurister. Nyttestatligheten begynte å vise seg også i fagstabens sammensetning. Noe annet som også hadde begynt å vise seg, om enn bare så vidt, var at de "aspirerende" helsefaggruppene, blant annet sykepleierne og fysioterapeutene, hadde begynt å få flere representanter. Der var fem av dem i 1983. Sykepleiesjefen var jo dessuten allerede i begynnelsen av Morks første periode blitt underdirektør. Også dette innslaget var et uttrykk for at en ny tid var i emning, selv om de "aspirerende" gruppene ikke, små som de var, kunne markere seg overfor legene som de nå gjorde i klinikken.

I tabell 5.5 har vi presentert en oversikt over sammensetningen av fagstaben etter utdanning.

Tabell 5.5. Helsedirektoratets faglige sammensetning, 1973-1983. Ansatte i lederstillinger og saksbehandlerstillinger. Prosent (antall).

	1973	1975	1977	1980	1983
Leger	24 (17)	24 (18)	20 (16)	18 (16)	15 (15)
Jurister	37 (26)	25 (19)	30 (24)	29 (26)	24 (23)
Farmasøyster	11 (8)	8 (6)	7 (6)	10 (9)	9 (9)
Tannleger	1,5 (1)	4 (3)	5 (4)	4,5 (4)	4 (4)
Arkitekter/ingeniører	3 (2)	5 (4)	5 (4)	5,5 (5)	5 (5)
Økonomer	1,5 (1)	8 (6)	7 (6)	9 (8)	10 (10)
Andre akademikere	4,5 (3)	7 (5)	6 (5)	6 (5)	8 (8)
Sykepleiere/sosionomer etc.					6 (6)
Ikke-akademikere	17 (12)	20 (15)	20 (16)	18 (16)	18 (17)
Tilsammen	101 (71)	101 (76)	100 (81)	100 (89)	99 (97)

Kilde: Norges statskalender. Personer som hadde tjenestefri er ikke tatt med, mens personer som var midlertidig engasjert er tatt med.

Vi ser at legeandelen går ned. Den var på i overkant av 20 prosent under Evang fra 1950-årene av. Gjennom de fire-fem første år under Mork holdt den seg stadig litt over 20 prosent, men sank så til 15 prosent ved utløpet av Morks første periode. Den andre av de to dominerende grupper, juristgruppen, hadde ligget noe over og noe under 50 prosent under Evang, men kom ned på en tredjedel mot slutten av Evangs tid. På slutten av Morks første periode var juristandelen gått ned til en tredjedel. De to gruppene hadde under Evang hatt over eller rundt 70 prosent av fagstaben inntil 1960 og hadde i 1972 noe under 60 prosent. I 1983 var denne andelen sunket til i underkant av 40 prosent. Tar vi med de to andre ”tradisjonelle” grupper i Helsedirektoratet, famasøytene og tannlegene, hadde disse litt over halvparten av fagstaben (52 prosent). Den var på nesten tre fjerdedeler i begynnelsen av Morks tid. Under Evang var den lenge på over 90 prosent.

Også på denne måten ser vi hvordan Helsedirektoratet blir et annet. Den gamle kulturen utfordres – sakte, men sikkert. Den utfordres i stor grad nedenfra. De nye kommer inn der ”nede”, og kan ikke lett avansere mye. I den grad de avanserer, eller kommer inn i organisasjonen på et høyere nivå, er det på nokså avgrensede områder, som tilfellet er for arkitektene, og i noen grad økonomene. De siste, nyttestatens ”trojanske hester”, kommer i stor grad inn i det ennå lite integrerte, men til dels (politisk) ambisiøse, Utretningskontoret. De resterende akademikere utgjør en sammensatt gruppe. De fleste er samfunnsvitere av ulike slag. Gruppen omfatter til dels også en del i den ikke-akademiske gruppen. Noen her har litt akademisk utdannelse, som regel samfunnsvitenskapelig. Et eksempel på det er den allsidige og etter hvert nokså innflytelsesrike konsulenten Finn Aasheim (1946-2008). ”Restgruppen” omfatter også noen få psykologer, og de siste årene én eller to veterinærmedisinere. Ellers ser vi at sykepleierne og sosionomene, og noen til, først begynte å komme inn helt på slutten av perioden.

Hvorom alt er, Direktoratet får et mer mangfoldig preg i løpet av Morks første periode. Dermed får det også en mer mangfoldig styringsprofil; ja, det får en mer oppsplittet og nesten mer diffus profil. De fleste av de nye gruppene, bortsett fra økonomene, representerer ikke en distinkt styringsprofil, som legene og juristene gjør og gjorde.

Denne endringen av Direktoratet gjennom rekrutteringen var knapt uttrykk for noen gjennomtenkt strategi. I stor grad bare skjedde den. Det ble vanskeligere å få gode leger og jurister, og når så dyktige ”andre” meldte seg, så ble de sluppet inn. Statsviteren Egil Danielsen (f. 1926) var en som hadde sluppet inn allerede under Evang. Han hadde, som den første tids statsviter hadde, fått en utdannelse med et betydelig innslag av offentlig rett. Han kunne derfor tidlig gå inn i juridisk pregede oppgaver. Senere, under Mork, kunne han, hvilket passet en statsviter vel så godt, gå inn i planleggingsarbeid i det planorienterte Sykehuskontoret (1971).⁷⁴⁰ En annen, og langt yngre, statsviter, Kjell Hole (f. 1945), kom først (1974) til det nokså tradisjonelt fungerende Legekontoret – og fant seg faglig bortkommen der. Da han snart

740) Etter delingen i 1983 gikk Danielsen til departementsavdelingen og ble der karrieren ut, som byråsjef og seniorrådgiver.

kom over i Sykehuskontoret til Asvall, og kunne arbeide både med planer og som sekretær for Statens sykehusråd, fikk han utfolde seg på en måte som passet ham langt bedre.⁷⁴¹

*

I tabell 5.6 ser vi hvordan kjønnsfordelingen utviklet seg i Morks første periode. Vi legger merke til at andelen en forholdsvis konstant, og ligger til sammen rundt en tredjedel. Den er høyest, hele tiden, på byråsjefsnivå og svært lav på øverste nivå. Den er nokså høy, og litt stigende, på saksbehandlernivå.

Tabell 5.6. Andelen (antallet) kvinner i Helsedirektoratets fagstab, etter nivå, 1946-1972. Prosent (og antall) på hvert nivå.

	1973	1975	1977	1980	1983
Øverste led.	11 (1)	8 (1)	8 (1)	-	9 (1)
Nivå 2-ledere	-	23 (3)	23 (3)	23 (3)	33 (5)
Byråsjefer	58 (7)	50 (6)	50 (6)	50 (5)	58 (7)
Saksbehandlere	16 (17)	34 (14)	33 (14)	42 (21)	43 (21)
Tilsammen	35 (25)	32 (24)	30 (24)	33 (29)	33 (29)

Kilder: Som i tabellene ovenfor. Personer som hadde tjenestefri er ikke tatt med.

Hva fagstabens kjønns sammensetning angår, kan det altså se ut til at Morks helsedirektorat inntil 1983 ikke var særlig forskjellig fra Evangs, som det var på slutten. Vi må imidlertid ta hensyn til at tallene for Evangs direktorat ikke er helt sammenlignbare med tallene fra Morks direktorat. I tallene fra Evangs tid har vi tatt med også saksbehandlere under konsulentnivå. Hadde vi tatt med førstesekretærene i Morks første periode ville kvinneandelen ligget endel høyere for saksbehandlere og dermed også litt høyere for hele fagstaben. I 1973 var for eksempel kvinneandelen blant førstesekretærene 60 prosent. Hadde vi tatt med førstesekretærene i tabellen hadde den samlede kvinneandelen dette året gått opp til 40. Gjennom Morks første periode er det dog ingen særlig forandring på toppen. Den virkelige makten ligger fortsatt, som den gjorde under Evang, i all hovedsak hos menn. Dog kan vi merke at flere av de nye kvinnelige lederne utfordrer makten mer enn noen av de eldre, ”evangske” damer, gjorde, og gjør (i Morks første periode). Mange av de eldre kvinnelige byråsjefer, som Aslaug Figenschou (f. 1912), Grete Herseth (f. 1914), Aase Trovik (f. 1916) og Inger Onsum (f. 1919) var og er bestemte, som vi har nevnt, men ikke utfordrende. En del av de unge og ambisiøse kvinnelige lederne som nå kommer, som legen Aud Blegen Svindland (f. 1928) og juristen Ingeborg Webster (f. 1940), er mer utfordrende enn deres eldre medsøstre var.

741) Hole fungerte en periode som sekretær for Stortingets sosialkomité, tok så helseadministrativ utdanning i England og forlot Direktoratet for godt i 1981. Han gikk til Oslo kommune.

Vi har sett at da Evang kom i gang igjen i Norge etter krigen, var lederne og saksbehandlerne i Direktoratet nesten jevngamle; de første vel 40 år og de siste rundt 40 år, i gjennomsnitt. Da Evang gikk av var ledernes gjennomsnittsalder steget ca. ti år, og saksbehandlernes ca. fem år. I 1973 var toppledernes gjennomsnittsalder, omtrent som under Evangs siste år, på vel 52 år. Lederne på nivå to hadde en gjennomsnittsalder på 47 år og byråsjefene en gjennomsnittsalder på vel 51 år. Saksbehandlernes gjennomsnittsalder var på 43,5 år, bare litt under det den var da Evang sluttet. I 1983 var de øverste ledes gjennomsnittsalder steget litt, til 53,5 år, nivå to-ledernes sunket litt, til knapt 44 år, byråsjefenes steget ytterligere, til nesten 55,5 år og saksbehandlernes holdt seg nesten helt jevn, på 43,3 år. Aldersmessig skjer det altså ikke så meget med fagstaben i løpet av Morks første periode. Staben domineres maktmessig av eldre middelaldrende (menn), som på slutten av Evangs tid. Der var kommet inn noen yngre folk på nivå nr. 2, men bortsett fra én, Anne Alvik, ble de ikke en del av fremtidens direktorats-hierarki. De yngre "klatrerne" var på "gjennomreise" i Direktoratet. Byråsjefene var altså blitt enda eldre, fordi de eldre damene fortsatt satt i sine stillinger. De fire yngste, samt den aller yngste – som nå hadde tjenestefri, skulle også alle snart videre. Saksbehandlergruppen var aldersmessig heterogen, men med et tyngdepunkt nederst: 49 prosent var under 40 år og 26 prosent over 50 år. En nokså stor andel av de første skulle også vise seg å være på "gjennomreise".

*

Vi skal til slutt her nevne at Helsedirektoratet i Morks første periode, som i hele Evangs, var sterkt preget av enkeltsaksbehandling. Det håndterte således i 1983, reaktivt, 33 346 saker (journalnumre). Antallet saker hadde holdt seg nokså konstant siden Evangs tid. Ellers spilte også det pedagogiske, både det juridisk-pedagogiske og det medisinsk-pedagogiske, en betydelig rolle. I 1970 sendte Direktoratet ut 110 rundskriv, særlig angående lov- og forskriftsfortolkning. Antallet var 135 i 1975, 116 i 1980 og 77 i 1983 – året da delingen distrahererte så meget. Direktoratet sendt også hele tiden ut en rekke helsefaglige veiledninger (veiledere), brosjyrer og kommentarer, uten at vi har kunnet klare å få en oversikt over det samlede antall. Eksempler på titler på slike skrifter er "Vaksinasjoner i barne- og ungdomsalder" (flere utgaver opp til 1983), "Kontroll av tuberkulose" (ved Kjell Bjartveit, 1977, 1981 og 1996 (kalt Smittevernloven. Kontroll av tuberkulose", K.B., red.), "Beskyttelse av drikkevannskilder" (samarbeid med SIFF) (1975), "Hygienisk vurdering av kloakkslam. En veileder til helserådene" (1976), "Føllings sykdom – Veiledning for foreldre" (ved Elisabeth Kindt) (udatert) og "1+1=3 – om svangerskap, fødsel og det første leveåret" (ved Ragnhild Engeseth og Thor-Øistein Endsjø) (1973).

6. 1809-1983: Noen sluttord

Helseforvaltningen var, som helsevesenet selv, svært liten, svært lite spesialisert og ikke spesielt profesjonalisert i starten, altså i tiden omkring adskillelsen fra Danmark. Veksten var lenge beskjeden, men etter hvert tiltar den, og med den kommer spesialiseringen og profesjonaliseringen. Man merker det for alvor under Michael Holmboes lange tid som medisinaldirektør (1893-1918). Det fortsetter under hans mer kort fungerende etterfølgere og forsterkes markert etter Den annen verdenskrig, under Karl Evangs myndige og dominerende lederskap.

I starten (1809) var det legene som tok initiativet og forsøkte å bygge opp en forvaltning som reflekterte selve klinikken ved at den var legedrevet, ja, var en forlengelse av klinikken og preklinikken inn i forvaltningen. Det tok ikke lang tid før det halvfrie Norges fremste makthavere, juristene, plasserte sunnhetsforvaltningen der de mente den hørte hjemme, under seg. Der ble fra legehøld fra tid til annen, men mest energisk i 1830- og 1840-årene, under professor Frederik Holsts førerskap, gjort forsøk på å ta tilbake makten over "eget" vesen. Det lyktes bare i noen grad (1858-1891). Legene måtte i stor grad underordne seg juristene og rettsstatligheten, og fra 1850-årene av også det politiske legmannsstyre. Sunnhetsforvaltningen ble delt fra 1891 og den medisinske del lagt til Medisinaldirektoratet, et direktorat som måtte rapportere til den juridisk ledede Medisinalavdelingen i Departementet. Etter Den annen verdenskrig lyktes det imidlertid Karl Evang å samle sunnhetsforvaltningen i et helsedirektorat, ledet av ham og hans legelige "public health team". Evang hadde forberedt den medikratiske samlingen under krigen, men fikk også god hjelp av okkupasjonsmakten, som hadde integrert Direktoratet og Medisinalavdelingen i en samlet helseavdeling.

Det evangske regime kom etter hvert under press. Evang så presset, men svarte med å "ta igjen". Hans etterfølger fra 1972, Torbjørn Mork, kom etter hvert til å følge opp Evangs "motstandslinje". Han skulle få det langt verre enn Evang og måtte til slutt konstatere at han ikke lyktes. Hans direktorat ble delt i 1983. Den egentlige moderne spesialisering av forvaltningen skulle nå for alvor ta til. Med delingen ble planleggings- og politikk-oppgavene flyttet ut av Direktoratet og lagt til en ny helseavdeling i Sosialdepartementet. Helsedirektoratet ble sittende igjen med iverksettelses- og tilsynsoppgavene.

Både Evang og Mork slåss i stor grad mot ”tidsånden”. Evang bygget opp en integrert forvaltning, basert på medikratiske premisser, og forsvarte den mot et tiltagende press fra legenes gamle motstandere, juristene og deres rettsstatlighet og politikerne og deres ”politokrati”, men nå også fra en ny motstander, økonomene og deres nyttestatlighet. Mork måtte gi etter for denne ”koalisjon” av jurister, politikere og økonomer.

Med Morks nederlag i 1983, eller rundt 1983, var det på mange måter også slutt med den gamle striden mellom legene og ”de andre”. Skulle legene nå komme tilbake måtte de gjøre det på premisser tilpasset den nye tid; det vil si, den nye maktvirkelighet. Det var en maktvirkelighet hvor styrings-spesialiseringen og -profesjonaliseringen var iferd med å nå et nytt nivå. Men hvordan Torbjørn Mork og hans medarbeidere skulle reagere etter 1983 skulle også bli avgjørende for om hans neste, og siste, periode skulle bli en forlenget kamp for fortiden eller en mer skapende tilpasning til fremtiden. Det skulle bli det første, men det skal vi komme nærmere tilbake til i del 2 av historien om den norske helseforvaltning.

Kilder

Fremstillingen er basert på mange andre forskeres arbeider, som det delvis fremgår av henvisningene. En rekke selvbiografier, særlig av politikere, er også benyttet. I tillegg er fremstillingen basert på dokumentarisk materiale av ulike slag, som trykte dokumenter – ikke minst stortingsforhandlingene, arkivmateriale (saksbehandlingsmateriale) og aviser og på intervjuer. Det er løpende henvist til det materiale som er benyttet.

Nedenfor gies en oversikt over de personer som er intervjuet. Intervjuene er tatt opp på diktafon og skrevet av etterpå av forfatteren. Intervjuene varte fra 10-15 minutter til 3-4 timer. Noen personer er intervjuet flere ganger. I flere tilfeller er intervjuene fulgt opp av kortere telefonintervjuer. I oversikten over personer som er intervjuet har vi ikke tatt med dem som bare ble stilt et eller noen få korte spørsmål om faktiske forhold. Vi har bare tatt med dem som kunne uttale seg om perioden før 1983.

De intervjuede:

Alvik, Anne: Lege, ass. overlege i Helsedirektoratet 1977-1982; fortsatte i Direktoratet/Helsetilsynet som medisinalråd/helsedirektør 1985-2000. 24.11.2008, 24.4.2009, 29.6.2009

Alsrød, Marie: Begynte på kontoret hos Evang i januar 1945 (arkivet) og ble siden i Helsedirektoratet/Statens helsetilsyn til 1996, den siste tiden som førstekonsulent. 11.12.2008

Asvall, Jo Eirik: Lege, spesiallege og overlege i Helsedirektoratet 1971-1976. 18.12.2008, 20.12.2008, 15.7.2009, 21.7.2009

Bang, Reidar S.: Jurist, fra 1954 saksbehandler (noen permisjoner), siden byråsjef og avdelingsdirektør i Helsedirektoratet; fortsatte etter delingen i 1983 til pensjonering. 25.11.2008

Bjartveit, Kjell: Lege, saksbehandlerstillinger i Helsedirektoratet i deler av perioden 1957-1963, siden spesiallege og adm. overlege Statens skjermbildefotografering/ Statens helseundersøkelser. 7.11.2008, 10.7.2009

Bjelke, Erik: Lege, sønn av Harald Bjelke, kst. medisinaldirektør 1938.
4.2.2009

Bratteli, Tone: Journalist, datter av Trygve Bratteli, statsminister 1971-1972,
1973-1976. Personlig sekretær hos sosialminister Odd Høydahl 1973.
8.12.2008

Christiansen, Ragnar: Politiker (Ap), bl.a. finansminister 1971-1972.
5.11.2008

Danielsen, Egil: Statsviter, førstekonsulent Helsedirektoratet 1958-60, byrå-
sjef 1970-1983, fortsatte etter delingen i 1983 i Helseavdelingen. 6.1.2009

Disen, Andreas: sosialøkonom, saksbehandler, Plan- og utredningsavdelin-
gen, Sosialdepartementet 1972-83. Siden underdirektør, avdelingsdirektør og
ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet. 26.8.2009

Evang, Anders: Lege, sønn av Karl Evang. 27.10.2008

Grund, Jan: Sosialøkonom, planleggingssjef Helsedirektoratet 1979-1983;
fortsatte etter delingen i Helseavdelingen. 11.2.2009

Gunbjørud, Anne Berit: Lege, konsulent/ass. overlege Helsedirektoratet
1981-1983; fortsatte etter 1983 i Direktoratet/fylkeslegetaten/Helsetilsynet.
15.6.2008

Hagen, Steinar: Lege, spesiallege Helsedirektoratet 1975-1976. 14.7.2009

Harvei, Sverre: Lege, spesiallege og overlege Helsedirektoratet 1970-1973.
22.10.2008

Heiberg, Astrid Nøklebye: Lege, statssekretær Sosialdepartementet 1981-
1985. 5.1.2009

Heløe, Leif Arne: Tannlege, sosialminister 1981-1986. 18.12.2008, 8.5.2009

Hjort Peter F.: Lege, gründer, helsetjenesteforskning, 1974-. 30.10.2008

Hole, Kjell: Statsviter, konsulent i Helsedirektoratet 1974-1980. 10.10.2008

Hovind, Ole B.: Lege, saksbehandler og overlege Helsedirektoratet 1973-
1986 (med permisjoner). 7.10.2008, 16.12.2008

Jøldal, Bjørn: Farmasøyt, saksbehandler, byråsjef og overapoteker,
Helsedirektoratet 1958-1991. 15.10.2008

Madsen, Jan: Sosialøkonom, ekspedisjonssjef i Plan- og utredningsavdelin-
gen, Sosialdepartementet 1971-1991. 20.11.2008, 26.1.2009, 28.1.2009

Mauritzen, Thomas: Filolog, avdelingsdirektør Administrasjonsavdelingen i Sosialdepartementet fra 1981 og karrieren ut. 11.8.2009

Mork, Elisabeth: Lege, datter av Torbjørn Mork. 29.10.2008, 28.11.2008

Myhre, Wenche Margrethe: Journalist, samboer med Torbjørn Mork fra 1975. 23.3.2009

Nilsen, Arne: Politiker (Ap), bl.a. sosialminister 1979-81. 16.12.2008

Nordbø, Eldrid: Statsviter, personlig sekretær, Sosialministeren 1971, kommunalråd Oslo 1972-1979, ekspedisjonssjef Kommunal- og arbeidsdepartementet 1981-1986, statssekretær for Statsministeren 1986-1989, handelsminister 1990-1991; departementsråd Sosialdepartementet 1992-1996. 10.11.2008, 21.8.2009

Norbom, Jon Ola: Sosialøkonom og politiker (V), statssekretær Finansdepartementet 1967-1969, finansminister 1972-1973, departementsråd Sosialdepartementet 1984-1992. 21.7.2009, 24.7.2009, 3.8.2009, 9.9.2009

Ofstad, Jarle: Lege, ass. lege hos fylkeslege Harald Bjelke 1953-1954, samarbeidet med Torbjørn Mork, bl.a. i NAVF. 6.2.2009

Rytter, Eilif: Lege, legekonsulent, spesiallege, overlege Helsedirektoratet 1971-1977. 10.10.2008

Steenfeldt-Foss, Otto W.: Lege, ass. overlege 1968-1971 og overlege 1974-1980 Helsedirektoratet. 17.11.2008, 3.8.2009

Øygard, Kolbjørn: Lege, distriktslege (fra 1958), ass. fylkeslege (1965-1967) og fylkeslege (1968-1978, 1992-) det meste av karrieren. 3.8.2009

Ånstad, Hans J.: Lege, konsulent 1974 og overlege Helsedirektoratet 1979-1983, spesiallege Sosialdepartementet, Helseavdelingen etter 1983. 19.11.2008, 4.5.2009

Litteratur

Litteraturen som er benyttet er ført opp i fotnotene. Dette er gjort for at leserne enkelt skal kunne se hvilke skriftlige dokumenter som er brukt, og eventuelt lese hvordan de er brukt. Det meste av denne litteraturen er også ført opp her i litteraturlisten, slik at leserne lett skal finne igjen referansene. Litteraturlisten omfatter bøker, artikler, utredninger, viktigere offentlige dokumenter, skrevne og lett tilgjengelige foredrag som spiller en viss rolle i arbeidet. Mindre viktige publikasjoner, mindre notater og annet arkivmateriale er utelatt.

Alvik A. Bedriftshelsetjenesten. Utposten 1981; 10(2/3): 3.

Andenæs J. Domstolenes stilling til Stortingets delegasjon av myndighet. I: Avhandlinger og foredrag. Oslo: Universitetsforlaget, 1962.

Austad A-K. Gaustad asyl reiser seg. I: Austad A-K, Ødegård Ø, red. Gaustad sykehus gjennom hundre år. Oslo: trykt hos J. Chr. Gundersen, 1956: 39-120.

Benum E. Sentraladministrasjonens historie. Bind 2. 1845-1884. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.

Beretning og Indstilling fra en til at undersøge de Sindssvages Kaar i Norge og gjøre Forslag til Forbedring i Aaret 1925 naadigst nedsat Kongelig Commission. Christiania, 1825.

Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge i 1853. Oslo: Departementet for det Indre, 1853. Beretningene for 1853 og fra 1860 for hvert tiår fremover, finnes nå elektronisk tilgjengelig på Statistisk sentralbyrås vevsider. http://www.ssb.no/vis/emner/historisk_statistikk/artikler/art-2006-12-04-01.html (7.10.2009)

Bergan F, Mork T, Poppe E, Torgersen O og Johannessen E. Lungekreft og røyking. Liv og helse 1971; 38: 206-208.

Berner J. Den norske lægeforening 1886-1936. Oslo: Den norske lægeforening, 1936.

- Bjartveit K. De 15 første årene – 40 år i den offentlige helseforvaltning. Kåseri holdt ved fylkeslegemøte, Statens helsetilsyn, Soria Moria, 26.11.1997.
- Bjartveit K. Hvit pest, svart tjære. Michael 2007; 4(Supplement 7): 42.
- Blom I. Den hårde dyst. Oslo: Cappelen, 1987.
- Bore E. Sykehuslovens finansieringssystem. Hovedoppgave. Oslo: Institutt for statsvitenskap, 1975.
- Bremer J, Ødegård Ø. Statistikk. I: Austad A-K, Ødegård Ø, red. Gaustad sykehus gjennom hundre år. Oslo: trykt hos J. Chr. Gundersen, 1956: 179-192.
- Brundtland AO. Gift med Gro. Oslo: Schibsted, 1996.
- Brundtland GH. Mitt liv 1939-1986. Oslo: Gyldendal, 1997.
- Bu S. Sykehusene i Norge. Oslo: Medisinaldirektoratet, 1940.
- Bull T. På tvert. Oslo: Cappelen, 1983.
- Burke E. Reflections on the revolution in France. London: printed for J. Dodsley, 1790.
- Bø O. Folkemedisin og lærd medisin : norsk medisinsk kvardag på 1800-talet. Oslo: Det norske samlaget, 1972.
- Bøhmer AM. Helsevesenet 1940-1983: en administrasjonshistorisk oversikt. Norsk arkivforum 1988; 8: 108-226.
- Christensen T. Politisk styring og faglig uavhengighet: reorganisering av den sentrale helseforvaltningen. Oslo: TANO, 1994.
- Christensen T. Styrt endring og planlagte konsekvenser: en studie av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen i 1983. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, 1985.
- Christiansen R. Fra storting og styringsverk – erindringer fra et liv i politisk arbeid. Oslo: Forlaget Aktuell, 2006.
- Christophersen HO. Eilert Sundt : en dikter i kjensgjerninger. Oslo: Gyldendal, 1962
- Dahl D. Lægens rettslige ansvar. Tidsskrift for rettsvitenskap 1946; 241-66.
- Debes J. Organisasjon – realiteter og illusjoner i statsadministrasjonen. Oslo: Universitetsforlaget, 1961.

Debes J. Sentraladministrasjonens historie : Bind 5. 1940-1945. Oslo: Universitetsforlaget, 1980.

Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen. Oslo: Forbruker- og administrasjonsdepartementet, 1987.

Eger C. Læge- og Pharmaceut-Kalender for Norge med Angivelse af dets Medicinalinddeling. Arendal: J. S. Fabritius's Forlag, 1864.

Engstad P. Statsmann i storm og stille. Oslo: Tiden, 1987.

Esmarch L. Det civile Lægevæsens udvikling efter 1814. Bilag 2, II til Tillægsindstilling angaaende Ordning af Medicinalstyrelsen, til Indstilling fra den kongelige Lagekommission af 1898. Trykt som vedlegg til Ot.prp. nr. 39 (1911), Om udførelsen af de offentlige Lægeforretninger, Stortingsforhandlinger 1911, 3b.

Evang K. Forhåndsplanlegging av helsearbeid. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1966; 86(1): 11-17.

Evang K. Fødselsregulering - dens berettigelse og dens praktiske gjennomførelse. Oslo: Fram, 1930.

Evang K. Helse og samfunn, Oslo: Gyldendal, 1974.

Evang K. Helsedirektørens foredrag ved åpningen av møtet for fylkesleger og stadsfysici i februar 1968. Meddelelsesblad for Helsedirektoratet, september 1968.

Evang K. Masseundersøkelser og cancer. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1962; 82(16): 1052-1056.

Evang K. Medicinalvesenets centraladministrasjon. Tidsskrift for Den norske Lægeforening 1938; 58: 1319-1334.

Evang K. Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren. Nordisk Administrativt Tidsskrift 1961; 81-111.

Evang K. Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og det norske helsevesen. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1945; 65: 266-271.

Evang K. Norsk helsestell og norske helseproblemer. Notat, Washington D. C., mai 1943. Notatet finnes i Helsetilsynets Evang-samling.

Evang K. Norsk sykehuspolitikk. Trykt foredrag. Oslo: Den norske sykehusforening, 1946.

Evang K. Perspektiver for helsetjenesten. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1968; 88(13): 1305-1310.

Evang K. The Position of the Medically Trained Person in the Administration of Health Services. American Journal of Public Health 1966; 56(10): 1722-1733.

Evang K. "Public health" - sosial og administrativ medisin. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1953; 73: 767-777.

Evang K. Rasepolitikk og Reaksjon. Oslo: Fram, 1934.

Evang K. Sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen etter krigen. Manuskript, mai-juni 1945. Finnes i Evang-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek.

Evang K. Statens sykehuspolitikk. Meddelelser fra Den Norske Sykehusforening 1949; 5.

Evang K. Utkast til en plan for folkehelse og helsestell i Norge etter krigen. Manuskript, 1944-45. Finnes i Evang-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek.

Fivelsdal E, red. Makt og byråkrati - essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier. Oslo: Gyldendal, 2000.

Foucault M. Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical. Paris: Presses universitaires de France, 1963.

Fylkeslegeembedet. Innstilling fra Utvalget til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning m.v. Oslo/Hamar/Molde, 1982.

Gleditsch NH. Vær utålmodig menneske!: erindringer. Oslo: Gyldendal, 1980.

Gokstad AC. De store utfordringenes år – helseforhold fra okkupasjon til selvstendighet da krigen i Norge var slutt i 1945. Michael 2005; 2: 311-323.

Gokstad AC. Helse og hakekors: helsetjeneste og helse under okkupasjonsstyret i Norge. Bergen: Alma mater, 1991.

Gokstad AC. Slange og sverd – hjemmefront og utefront, leger og helsetjenester 1940-1945. Bergen: Alma Mater, 1995.

Grund J. Helseplan for 1980-åra. Oslo: Gyldendal, 1982.

Grünfeld B. Legal abort i Norge: legalt svangerskapsavbrudd i Norge i tidsrommet 1965-1971: en sosialmedisinsk og sosialpsykiatrisk undersøkelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1973.

Grøn F. Christian Thv. Kierulf. Norsk Biografisk Leksikon: Bind VII: 306-307. Oslo: Aschehoug, 1936.

Grøn F. Michael Holmboe. Norsk Biografisk Leksikon: Bind VI: 262-263. Oslo: Aschehoug, 1934.

Gulick LH, Urwick L. I: Papers on the Science of Administration, New York: Institute of Public Administration, Columbia University, 1973: 15-30

Gundersen FF. Helse og politiske styringsmekanismer. Oslo: Tanum, 1989.

Hansson R. Norges civile medisinalvesen – dets styre. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1930; 50: 1422-1434.

Hansson R. Norges medisinalvesen – dets styre. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1931; 51: 180-183.

Hansson S, Teigene IH. Makt og mannefall. Historien om Gro Harlem Brundtland. Oslo: Cappelen, 1992.

Haukeland R. Herman Wedel Major. I: Retterstøl, N, red. Gaustad sykehus 140 år. Oslo: Universitetsforlaget, 1995: 38-64.

Heiberg-gruppen. Organisering av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet. Sosialdepartementet 25.6. 1982.

Heløe LA og Ånstad H. Striden om kommunehelse(tjeneste)loven: hvor ble det av forebyggingen? Michael 2007; 4: 567-590.

Hernes G, red. Forhandlingsøkonomi og blandingsadministrasjon. Bergen: Universitetsforlaget, 1978.

Hirschman A. Exit, Voice and Loyalty. Cambridge: Harvard University Press, 1970.

Hjort PF. Tanker om medisinen i fremtidens samfunn. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1967; 87(20): 1311-1312.

Holst F. Medicinalcollegiets Skjæbne. Norsk Magazin for Lægevidenskab 1848; 2: 489-15, 537-57.

Holst F. Om Nødvendigheden af et lægekyndigt Sundhedscollegium i Norge. Eyr 1836; 8(4): 324-352.

Haave P. Da legene skulle autoriseres. Tidsskrift for Den norske lægeforening 2007; 127(24): 3267-3271.

Illich I. Medical nemesis – the expropriation of health. London: Calder & Boyers Ltd, 1975.

Innst. O. XIII (1926). Innstilling fra næringskomite nr. 2 angående lov om lægers rettigheter og plikter m.v.

Innstilling til 1. Lov om lægers rettigheter og plikter. 2. Lov om tannlegers rettigheter og plikter. Avgitt av det av Socialdepartementet den 14de juni 1920 nedsatte utvalg. Kristiania: Socialdepartementet, 1921, s. 1. Innstillingen er trykt i Stortingsforhandlinger 1924 3a, som vedlegg til St.prp. nr. 28.

Innstilling om Den sentrale forvaltnings organisasjon. Oslo: Statsministeren, 1970.

Jacobsen KD. Teknisk hjelp og politisk struktur. Oslo: Universitetsforlaget, 1964.

Johannessen, FE, Skeie J. Bitre piller og sterke dråper. Oslo: Norsk farmasi-historisk museum, 1995.

Jørgensen K. Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920. Rapport nr. 63,1998. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsviten-skap, Universitetet i Bergen, 1998.

Kalleberg R. Kenning-tradisjonen i norsk ledelse. Nytt norsk tidsskrift 1991; 8(3): 218-244.

Kjærheim K. Mellom kloke koner og hvitkledte menn – det norske jordmor-vesen på 1800-tallet. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, 1980.

Klein R. Det sublime sug. Oslo: Aschehoug, 1996.

Kleppe P. Kleppepakke. Meninger og minner fra et politisk liv. Oslo: Aschehoug, 2003.

Kreyberg L. Kast ikke kortene : i sanitetet – og utenfor, under krigen 1940-45. Oslo: Gyldendal, 1978.

Kuhnle S. Velferdsstaten. Oslo: Tiden, 1983.

Kydland FE, Prescott EC. Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans. Journal of Political Economy 1977; 85(3): 473-491.

Lahlum HO. Oscar Torp : en politisk biografi. Oslo: Cappelen, 2007.

Larsen Ø, red. Forebyggende medisin. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1975.

Langslet LR. Fra innsiden. Glimt fra et halvt liv i politikken, Oslo: Cappelen, 1994.

Larsen Ø, red. Norges leger (5 bind). Oslo: Den norske lægeforening, 1996.

Levay C, Waks C, red. Stråvan efter transparens. Stockholm: SNS Förlag, 2006.

Lie E. Ambisjon og tradisjon. Finansdepartementet 1945-1965. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1995.

Lindbekk T. Mobilitets- og stillingsstruktur innenfor tre akademiske profesjoner. Oslo: Universitetsforlaget, 1967.

Lindblom CE. The science of muddling through. Public Administration Review 1959; 19: 79–88.

Lunde K. Medisinalforvaltningen i Norge og Danmark. Nordisk Administrativt Tidsskrift 1937: 226-237.

Lægelovkommissionen av 1898. Indstilling. Om Omordning af det civile Lægevæsen. Kristiania, 1903.

Lægelovkommissionen av 1898. Tillæggsindstilling Angaaende Omordning af Medicinalstyrelsen. Bilag 2, II.

Lægelovkommissionen av 1898. Indstilling fra Den kongelige lægelovkommission, Forslag til Lov om Læger og Tandlæger, Jordmødres og Apotekeres Regres til Fattigvæsenet, Kvaksalverlovgivningen, Kristiania: Socialdepartementet, 1908.

Lønning P. Derfor... Dokumentasjoner omkring abortdebatten og en embetsnedleggelse. Oslo: Gyldendal, 1975.

Martin PK. Discovering the WHAT of management – the complete guide to The Kenning principles of management. Flemington, NJ: Renaissance Educational Services, 1990.

Medisinalvesenets centraladministrasjon. Innstilling fra Sosialistiske Lægers Forenings komité. Socialistisk Medisinsk Tidsskrift. 1938; (1): 4-12. Også trykt i Bruusgaard A, Gjestland T, red. Festskrift til helsedirektør Karl Evang på 60-årsdagen. Oslo: Gyldendal, 1962: 201-216.

Mellbye F. Slit med helsa. Oslo: Gyldendal, 1989.

Monod J. Le hasard et la nécessité. Paris: Edition de Seuil, 1970.

Mork T. A comparative study of respiratory disease in England & Wales and Norway. Oslo/Bergen: Scandinavian University Books, 1962.

Mork T. Den videre utbygging av vårt helsestell. Foredrag, Kristiansand medisinske selskap, 4.4. 1977. Det finnes som nr. 4-1973 i Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek.

Mork T. Foredrag på diakoniledermøtet, 6. september 1971. Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek.

Mork T. Foredrag ved distriktslegemøtet. 6.-7.6. 1974. Mork-samlingen, Statens helsetilsyn 8-1974.

Mork T. Fra Collegium medicum til helsedirektorat – Trekk av den sentrale helseadministrasjons historie, Armauer Hansen-forelesningen, Bergen, 13. oktober 1978. Forelesningen er ikke trykket, men finnes i Mork-samlingen i Statens helsetilsyns bibliotek.

Mork T. Fremtidens helsetjeneste – perspektiver og problemer. Sykehuset 1973; 5: 282-297.

Mork T. Helsedirektørens innledningsforedrag fylkeslegemøte i Oslo 4. desember 1974. Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek, 1-1975.

Mork T. Helsetjenesten utenfor sykehus. Foredrag ved sykehussjefmøtet i Trondheim 3. februar 1972. Mork-samlingen (4/72), Statens helsetilsyns bibliotek.

Mork T. Problemer omkring primærhelsetjenesten. Foredrag NKS-konferanse, Tromsø november 1977. Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek, 5-1977.

Mork T. Samarbeid i helsetjenesten. Foredrag, Stavanger medisinske selskap, 20.2. 1974. Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek, 2-1974.

Mork T. Tanker omkring samarbeid i helsetjenesten. Foredrag, NHV, Göteborg, 16.8. 1976. Mork-samlingen, Statens helsetilsyns bibliotek, 7-1976.

Nesvold HP. Det offentlige legevesen i Norge og dets forebyggende oppgaver. I: Larsen Ø, red. Forebyggende medisin. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1975: 17-22.

Nordahl K. Dagbøker. Bind 1, 1950-1955. Oslo: Tiden, 1991.

Nordby T. Karl Evang. En biografi. Oslo: Aschehoug, 1989.

Norges offentlige utredninger. En bedre organisert stat. NOU 1989: 5

- Norges offentlige utredninger. Finansiering av helseinstitusjoner. NOU 1977: 22.
- Norges offentlige utredninger. Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. NOU 1979: 28.
- Norges offentlige utredninger. Helsepolitikken. NOU 1979: 10.
- Norges offentlige utredninger. Leger og tannlegers rettigheter og plikter. NOU 1976: 1.
- Norges offentlige utredninger. Rammeplan for forsøksvirksomhet i den primære helse- og sosialsektor. NOU 1973: 56.
- Norges offentlige utredninger. Sosiale tjenester. NOU 1972: 30.
- Norges offentlige utredninger. Systematiske tiltak for en bedre primær helse-tjeneste. NOU 1973: 35.
- Olsen JP, Lægred P. Byråkrati og beslutninger. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
- Olstad F. Einar Gerhardsen. En politisk biografi. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
- Ot.prp. nr. 66 (1981-82). Helse- og sosialtjenesten i kommunene.
- Ot.prp. nr. 32 (1975-76). Om lov om endringer i lov av juni 1969 om sykehus m.v.
- Ot.prp. nr. 61 (1971-72). Om lov om endringer i lov av 19. juni 1969 om sykehus og i andre lover.
- Ot.prp. nr. 75 (1949). Om lov om folketannrøkt.
- Ot.prp. nr. 33 (1983-1984). Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.
- Ot.prp. nr. 39 (1911). Om utførelsen av de offentlige lægeforretninger.
- Ot.prp. nr. 10 (1925). Om utfærdigelse av lov om lægers rettigheter og plikter m.v.
- Rasjonaliseringsdirektoratet, Administrasjonsordningen i Sosialdepartementet – del II Helsedirektoratet, R-dir. 003.2 JD-TB/GS S43 15/12 1964.
- Rasjonaliseringsdirektoratet. Rapport fra organisasjonsundersøkelse i Helsedirektoratet. 1.6. 1978.

- Rasjonaliseringskomiteen. Innstilling, 15.6. 1946. Innstillingen er trykt som vedlegg til St.prp. nr. 1, tillegg 5, 1947.
- Retterstøl N, red. Gaustad sykehus 140 år. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
- Rokkan S. Norway numerical democracy and corporate pluralism. I: Dahl RA, red. Political opposition in western democracies. New Haven/London: Yale University Press, 1966: 70–115.
- Rosen G. A History of Public Health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1993 (1958).
- Scharffenberg J. Herman Majors tilbaketræden fra Gaustad. Tidsskrift for Den norske lægeförening 1916; 36: 167-170.
- Schiøtz A. Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, 2000.
- Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900-1984. Oslo: Pax forlag, 2003.
- Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke. 1850-2003. Oslo: Gyldendal, 2003.
- Schjander N jr. Hvis jeg bare hadde en bedre sjef. Oslo: Hjemmets forlag, 1989.
- Schjønby HP. Sundhedscollegiet 1809-1815. Rapport fra Helsetilsynet nr. 1/2009. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009.
- Seip, JA. Fra embedsmannsstat til ettpartistat. Oslo: Universitetsforlaget, 1963.
- Sejersted F. Sosialdemokratiet finner sin form. Kampen om fullmaktslovene etter 1945. I: Sejersted F. Demokrati og rettsstat. Oslo: Pax forlag, 2001: 310-346.
- Simon HA. The proverbs of administration. Public Administration Review 1946; 4(1): 16-30.
- Simon HA. The sciences of the artificial. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1969.
- Skaset M. I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 2006.
- Slagstad R. De nasjonale strateger. Oslo: Pax, 2001.

Solhjell KO. Tru og makt – Kristeleg folkepartis historie 1933-2008. Oslo: Det norske samlaget, 2008.

Statens forenkling- og sparekomité. Innstilling I. Trykt i SF 1926, etter St.meld. nr. 32.

St.meld. nr. 79 (1980-1981). Langtidsprogrammet 1982-1985.

St.meld. nr. 75 (1976-1977). Langtidsprogrammet 1978-1981.

St.meld. nr. 9 (1975-76). Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat.

St.meld. nr. 85 (1970-71). Om helsetjenesten utenfor sykehus.

St.meld. nr. 8 (1974-75). Om prinsipper for gjennomgåelse av statsbudsjettet med sikte på å dempe veksten i utgiftene.

St.meld. nr. 45 (1972-73). Tillegg til St.meld. nr. 85 (1970-71).

St.meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

St.prp. nr. 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.

St.prp. nr. 121 (1955). Om tiltak for å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene m.v. – Tilleggsbevilgninger.

Steenfeldt-Foss OW. Psykiatrisk helsetjeneste i public health-perspektiv. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1970; 90: 1267-1271.

Steffens, HK. Den norske Centraladministrations Historie 1814-1914. Kristiania: I. M. Stenersens Forlag, 1914.

Sundt E. Om Renligheds-Stellet i Norge. Christiania: J. Chr. Abelsted, 1869.

Svalestuen, AA. Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940. Norsk arkivforum 1988; 8:1-107.

Thorsen TG. Medisinalvesenets administrasjon. Morgenbladet, kronikker 11. og 12.12. 1946.

Uttalelse til Sosialministeren. Ad: reorganiseringen av sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen. Uttalelse fra utvalg, ledet av Karl Evang og med Andreas Diesen og Karl A. Høyde som de øvrige medlemmer, avgitt 14. desember 1945. Den finnes bl.a. i Evang-samlingen i Statens helsetilsyns bibliotek.

Utvalget til å utrede og komme med forslag til en sterkere integrering av saksbehandling og administrasjon i Sosialdepartementet (Larsen-utvalget). Innstilling. 23.11. 1976.

Weber M. *The Theory of Social and Economic Organization*. New York: Oxford University Press, 1947. (Den tyske originalutgave, *Wirtschaft und Gesellschaft* (1921), er nytrykt i *Studienausgabe der Max Weber-Gesamtausgabe*, bind 22. Tübingen: Mohr, 2000.)

Willoch K. Statsminister. Oslo: Schibsted, 1990.

Winge P. *Den norske sindssygeret historisk fremstillet*. Kristiania: I kommission hos Jacob Dybwad, 1913. *Videnskapselskapets skrifter, Naturvidenskapelig klasse 1912*, nr. 10.

Ødegård Ø. *Den medisinske virksomhet. I: Austad A-K, Ødegård Ø, red. Gaustad sykehus gjennom hundre år*. Oslo: trykt hos J. Chr. Gundersen, 1956: 121-158.

Ødegård Ø. *Overordnet personale på Gaustad gjennom 100 år. I: Austad A-K, Ødegård Ø, red. Gaustad sykehus gjennom 100 år*. Oslo: J. Chr. Gundersen, 1956: 159-175.

Østrem T. *Nyordningen i den sentrale medisinaladministrasjon*. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1941; 61: 751-755.

Aagaard S. *Et studium av farmasiens historie. 2. utgave*, ved Yngve Torud. Oslo: Norges Apotekerforening, 1982.

Ånstad H. *Kommunehelsetjenestereformen i Norge på 1980-tallet – personlige betraktninger*. *Michael* 2007; 4: 557-566.

Navneregister

A

Alexander, Finn 183; 196; 206; 209
Alvik, Anne 288; 293; 338; 341; 355;
381; 405; 410-12; 470
Amlie, Thomas 149; 175
Amundsen, Gunnar 130
Amundsen, Ove 60; 61; 108
Andenæs, Johs. 217
Andersen, Anne Lise 348
Andersen, Gerd Coward 258; 325
Andersen, Magnus 229
Andersen, Torgeir 256
Andresen, Rønnaug Aaberg 310
Angell, Thomas von Westen 40; 60; 96
Apenes, Georg 360
Aschehoug, Torkel H. 216
Aspås, Jon-Olav 311; 382; 384; 393
Asvall, Jo Eirik ..5; 244; 252; 344; 398;
404-08; 423-25; 427; 431; 432; 434;
437-40; 443; 446; 448; 466

B

Bang, Reidar S. 169; 175; 244; 252;
268; 311; 325; 407; 422; 423; 439;
448; 450
Bang, Sveder 96
Barfoed, Ludvig E. 60
Bartholin, Thomas 76
Becker, Gary 461
Benkow, Jo 210; 211; 256; 393; 440
Benneche, Gerd 398
Bentzen, Gotfred ... 38; 39; 60; 66; 108;
110; 112; 183
Berggrav, Dag 262
Bernert, Jørgen... Haslef 91; 92; 97; 101;
196
Berntzen, Karl 149; 175; 201; 202; 209;
429

Berrefjord, Oddvar 229
Bildøy, Kjell 311; 326
Birch-Reichenwald, Christian 104
Bjartveit, Kjell 5; 46; 144-46; 150; 153;
157; 164; 187; 226; 232; 237-39;
246; 247; 252; 338; 339; 342;
344-46; 348; 408; 433; 470
Bjelke, Ellen Wiel Nygaard 48; 51
Bjelke, Erik 48; 49; 226
Bjelke, Harald Christian Førre 45-51;
55; 58; 60; 226; 236
Bjercke, Odd 154; 196; 452
Bjerkholt, Aase 144; 147
Bjerkomp, Kaare 124; 141; 144; 151;
155; 175; 176; 200; 209; 401
Bjørnsson, Jon 144; 149; 151-55;
165; 175; 176; 181; 189; 196; 201-03;
224-27; 230-32; 236; 237; 244;
251-53; 258; 260; 268; 271; 280;
381; 403; 407; 423; 447
Bjøro, Knut 355
Blankholm, Aud 302; 348
Blom, A. 125
Boeck, Carl Wilhelm 33; 61; 91
Bondevik, Kjell 144; 146; 147; 222;
339; 342; 352
Bore, Einar 209
Borgenvik, Tor 324; 392
Borner, Ivan 266
Borten, Per 147; 187; 209; 216;
222; 240; 249; 342; 344; 352; 368;
462
Botten, Grete 4
Boye, Thorvald 40; 42; 60; 95
Brasch, Hans Christian 31
Bratteli, Tone 227; 229; 232

Bratteli, Trygve.....143; 147; 210; 211;
 220; 222; 224; 228-30; 238; 248;
 255; 347; 348; 371; 379; 390; 433;
 447; 462
 Braut, Geir Sverre..... 4; 5
 Braybrook, David17
 Brochmann, Sophus128; 130
 Brofoss, Erik217
 Brofoss, Knut293
 Brundtland, Arne Olav 230; 235
 Brundtland, Gro Harlem.. 141; 145; 224;
 227; 229; 230; 233; 235; 255; 271;
 285; 311; 341; 347-49; 353; 386;
 389-91; 396-98; 445; 447; 463
 Braaten, Magne5
 Bu, Sigurd63
 Buchanan, James M.....461
 Bull, Brynjulf.....233
 Bull, Trygve 143
 Burke, Edmund..... 17; 389
 Bye, Roald.....256
 Bærum, Per175; 244; 252; 311; 322;
 325; 404; 420; 423; 448; 467
 Bøckman, Marius 110
 Bøsterud, Helen 254; 262; 266; 272;
 277-83; 285; 287-89; 293; 294; 300;
 348

C

Cappelen, Andreas..... 227; 229; 230
 Carl XV104
 Caspersen, Jonn ..58; 61; 121; 126; 127;
 149; 153; 170; 175
 Chisholm, Brock 165
 Christensen, Axel127; 128
 Christensen, Christian231
 Christensen, Ingolf E.....126
 Christensen, Irmelin..... 61; 127
 Christensen, Margareth.....325
 Christensen, Tom..... 5; 287
 Christiansen, Ottar. 311; 323; 325
 Christiansen, Ragnar 210; 222; 228;
 229; 328
 Christie, Nils.....51
 Christoffersen, May Britt 310; 311
 Coase, Ronald461
 Conradi, Andreas 33; 34; 36; 63; 71

D

Dahl, Dagfinn 101; 102
 Dahl, Eilif46
 Dahl, Eyvin Baard 45; 46
 Dahl, Ludvig... 37; 39; 40; 60; 89; 102;
 108-10; 115;
 Dahl, Ragnvald322; 325
 Dahl, Robert A.....219
 Dahl, Thorleif128-32
 Danielsen, Egil 141; 200; 266; 272;
 282; 324; 425; 468
 Danielsen, Daniel Cornelius61; 72
 Debes, Jan 40; 115; 119; 214
 Dedichen, Hans Gabriel 121; 167
 Delphin, Christopher31
 Devold, Ola Madsen5
 Diesen, Andreas.....47; 126; 135
 Disen, Andreas 250; 324
 Doll, Richard338
 Dorenfeldt, L. J.357; 358
 Drefvelin, Petter J.311; 382
 Drucker, Peter429
 Due-Tønnessen, Paulina5
 Dønheim, Ola Olson57

E

Edwardsen, Edvard.....256
 Egebakken, Ester283
 Eikeland, Per439
 Ekeid, Svein-Erik..... 311; 323; 325
 Eker, Reidar 168; 431; 432
 Ellefsen, Harald266
 Ellingsen, Ingrid Lycke . 325; 347; 408;
 423
 Endsjø, Thor-Øistein470
 Engeseth, Ragnhild470
 Erichsen, Eivind 171
 Erichsen, Stian d.e. 114
 Eriksen, Anne Lise Hem 310
 Eriksen, Bjarne 310
 Eriksen, Leif H.348
 Erlander, Tage162
 Erlandsen, Christian 262; 307
 Ervik, Audun368
 Esmarch, Edvard L. 42; 60; 95
 Evang, Anders..... 146; 189; 221; 222
 Evang, Anna Beate52; 145
 Evang, Gerda 118; 183
 Evang, Jens Ingolf.....51
 Evang, Karl 4; 9; 11; 41; 44-61; 63;
 73; 105; 108; 110; 111; 116-28; 131;

- 132; kapittel 4 ss. 134-220; 221-27; 230-40; 242; 244; 246; 248-53; 260; 262; 268; 271; 273; 277; 286; 287; 292; 295; 325; 328; 330; 332; 333; 335-37; 342; 343; 349; 361-67; 370; 372-75; 377-80; 386; 387; 397; 400-04; 406; 408; 409; 412; 413; 415; 417; 419-25; 427-30; 432; 433; 434; 437; 447-50; 452; 464-72
- Evang, Turid..... 189
- F**
- Fadum, Aslaug.....256
- Falk, Erling.....120
- Faye, Frans Chr.....33; 63; 71
- Figenschou, Aslaug.....469
- Finborud, Arne.....232
- Five, Kaci Kullmann.....360
- Fjeld, Rune..... 311
- Fjose, Bergfrid Mannsåker..... 238; 242; 246; 247; 254; 256; 343-48; 352; 379; 433
- Fjose, Olav.....343
- Fjærtøft, Edvard.....381; 405
- Flydal, Jo.....258
- Fodnes, Jon..... 224; 226
- Formo, Bjørn.....382
- Foshaug, Ambjørg..... 149; 164
- Foss, Per Kristian.....360
- Fostervoll, Alv Jacob.....229
- Frederik VI.....31
- Friedman, Milton.....461
- Frisch, Ragnar..... 16; 217
- Frydenberg, Bernt.....322
- Førde, Einar..... 443; 444; 446
- Faanes, Alf..... 61; 96; 130; 131; 175
- G**
- Gabrielsen, Arne..... 175; 423
- Galtung Hansen, Otto 44; 52; 58; 59; 61; 121; 127; 149-55; 157; 168; 175; 187; 202; 244; 250; 251; 423; 427
- Gedde-Dahl, Dagfinn.....457
- Gerhardsen, Einar.....142-44; 147; 213; 224; 229; 235
- Gerhardsen, Tove Strand..... 303; 341
- Gilleberg, Johannes.....256
- Gjerde, Bjartmar.....229
- Gjøløw, Olaf.....52
- Gjertsen, Astrid.....390
- Gjærevoll, Olav144; 147; 209; 227; 229; 342
- Gleditsch, Gurli..... 311; 325
- Gleditsch, Nini Haslund.....333
- Glesne, Truls.....260
- Gokstad, Anders Chr..... 126; 132; 133; 144
- Gram, (Harald) Mathias (Mads) 42; 43; 60; 67; 96; 108; 111; 112; 115; 116
- Grenning, Salo (Pedro).....233
- Grimsgaard, Ingolf Holst..... 45; 46
- Grund, Jan 229; 322; 324; 384; 392; 399; 423; 426; 439; 444-47
- Grünfeld, Berthold..... 353; 355; 357
- Grøn, Fredrik..... 111
- Gudim, Bergljot.....381
- Gulick, Luther.....21
- Gunbjørud, Anne Berit.....325
- Gundersen, Fridtjof Frank..... 329; 391; 395
- Gundersen, O.C.....429
- Guthe, Torstein..... 118; 167
- H**
- Habberstad, Inger..... 310
- Haga, Per.....258
- Hagelin, Albert Viljam.....127; 129; 130
- Hagen, Carl I.....386
- Hagen, Steinar..... 407
- Hagerup, Francis..... 110
- Hagestad, Kristian.....374
- Halden, Kåre.....331
- Haldorsen, Berit.....307; 348
- Hallan, Einar.....325
- Halvorsen, Bjørn.....272; 382
- Halvorsen, Tor 243; 248; 254; 258; 346-48; 371; 382
- Hambro, Carl Joachim.....56; 57; 380
- Hansen, Fredrik G..... 127
- Hansen, Gerhard Henrik Armauer ...61; 82
- Hansen, Guttorm.....263
- Hansen, Klaus Gustav..... 127; 128; 132
- Hansen, Rolf.....390
- Hansen, Turid Beth.....223
- Hanssen, Jan T.....348
- Hanssen, Klaus.....41; 61; 82; 110; 111
- Hanssen, Lars E.....4
- Hansson, Rasmus..... 40; 62; 90; 91; 95; 97; 101; 109; 110

- Harbitz, Francis 112
 Hareide, Bodolf..... 293; 408; 423
 Harlem, Gudmund..... 124; 141-44; 147;
 162; 177; 197; 209; 214; 224-36;
 277; 285; 311; 328; 331; 341; 349;
 386
 Hartmann, Paul.....125; 134
 Harvei, Sverre .146; 149; 150; 152; 170;
 175; 226; 227; 244; 251; 252; 336;
 400; 404; 423; 425; 428-31; 448
 Hauan, Tryggve 148; 149; 152; 157;
 166; 170; 175; 209; 226
 Hauge, Hans Nielsen79
 Hauge, Harald E.322; 323; 324; 390
 Hauge, Jens Chr. 291; 429
 Haugen, Idunn Haldal.....175; 177; 283;
 322; 325; 407; 423
 Haugen, Øystein325
 Haugestad, Arne222
 Hauglin, Otto 353; 373
 Havrøy, Haldis256
 Hayek, Friedrich von. 217; 461
 Heiberg, Astrid Nøklebye..... 281; 286;
 288; 289; 292; 293; 299; 300; 328;
 346; 348; 349
 Heiberg, Christen.....63
 Heide, Tore..... 224; 226; 405
 Heiding, Lita340
 Heitmann Nils P.L....45; 57; 60; 68; 108;
 111; 114; 115; 148; 195
 Helle, H.265
 Heltne, Olav381
 Heløe, Leif Arne..... 281; 286-88; 292;
 307; 308; 311; 317; 318; 322; 328;
 329; 331; 346-49; 360; 370; 387;
 391-95; 397-99; 419
 Henriksen, Tor256
 Hermansen, Tormod 265; 284; 285;
 304; 382; 386; 463
 Hernes, Gudmund.....220
 Herseth, Margarete (Grete) 451; 469
 Hestnes, Egil.....348
 Hetland, Tharald.....303
 Hill, Austin Bradford.....338
 Hirschman, Albert.....24
 Hitler, Adolf..... 126; 217
 Hjort, Jens Johan.....35; 36; 109
 Hjort, Peter F. 146; 156; 193; 224-27;
 231; 287; 445
 Hoff, Harald N.60
 Hoff, Trygve J. B. 217; 461
 Hoffmann, Wilhelm149; 153; 175
 Hoffmann, Fredrik..... 284; 288; 293;
 308; 309; 311
 Holand, Harald.....293
 Hole, Kjell..... 425; 439; 447; 451; 452;
 468
 Holm, Nils.....293; 331; 382; 392
 Holmboe, Michael 38-42; 50; 57;
 60-62; 67; 82; 89; 108; 110; 111;
 115; 148; 182
 Holst, Frederik.... 31-38; 50; 61; 63; 84;
 87; 104; 109; 115; 116; 471
 Holst, Kari 311; 324
 Holst, Peter F.....91
 Holøs, Odd.....396
 Hovind, Ole B. 252; 253; 272; 279;
 282; 310; 321; 322; 325; 407; 408;
 423-25; 427; 433; 436; 439; 447;
 448; 451
 Hume, David 17
 Hvashovd, Gunnar256; 263; 439
 Høeg, Ove G.82
 Høegh, Annelise360
 Høifødt, Helge 4; 5
 Højdahl, Odd 146; 147; 222; 225;
 227-29; 233; 408; 410; 412; 430
 Højer, Axel..... 161
 Høvde, Karl A..... 135-37; 140
 Høvik, Finn..... 265; 284; 285; 307
 Høybråten, Per145; 146; 246; 247;
 248; 256; 258; 262; 304; 331; 342;
 361; 368
 Høygaard, Arne128
 Haagenrud, Aage.....233
 Haakon VII145
 Haanes, Reidar.....53
 Hårstad, Lisbeth..... 325; 412
- I**
- Ibsen, Henrik80
 Illich, Ivan..... 51; 73; 81; 246
 Ingebrigtsen, Sivert B.....175; 202
 Iversen, Olav Hilmar429
 Iversen, Trygve O.58; 126; 127; 182
 Iversen, Åsa Solberg.....348
- J**
- Jacobsen, Knut Dahl..... 40
 Jahn, Gunnar.....124; 125
 Jensen, Terje4
 Johannesen, Georg.....60

Johannesen, Kjell..... 311
 Johansen, Aage154
 Johnsen, Hans 209; 258
 Johnsen, T. Meidell.....429
 Jonsbu, Jørgen.....423
 Juel, Dagfin379
 Jürgensen, Wilhelm Lexau.. 32; 60; 108
 Jøldal, Bjørn..... 150; 165; 166; 175; 202;
 244; 252; 285; 310; 325; 326; 404;
 420; 423; 430; 431; 447; 448; 466;
 467
 Jørgensen, Kari.....83
 Jaabæk, Søren 64; 79

K

Kaltenborn, O. A. F. 60; 108
 Kenning, George.....429
 Keynes, John Maynard..... 117; 180
 Kierkegaard, Søren.....355
 Kierulf Christian Thorvald . 34; 36-39;
 60-63; 66; 108-10; 117; 147
 Kindt, Elisabeth.....470
 Kirkvaag, Trond.....340
 Kirste, Gerd263
 Kjos, Ole Thorstensen 45; 46
 Kjølstad, Sverre 45-47; 55; 56; 59
 Kjønstad, Asbjørn.....454
 Klein, Richard341
 Kleppe, Per 171; 229; 461
 Knapkog, Arne-Birger 414
 Knudsen, Grete396
 Knudsen, Gunnar 64; 92
 Knudsen, Kjell.....258; 271; 348
 Knutsson, Dag 161
 Kolberg, Martin.....263
 Korvald, Lars.....255; 263; 347
 Kraepelin, Emil88
 Kreyberg, Leiv..... 121; 167
 Kreyberg, Peter Chr.....368
 Kringlebotten, Agnar 183; 249
 Kristiansen, Eli..... 302; 348
 Kristiansen, Ivar Sønbo..... 411
 Kristiansen, Kåre... 145; 209; 256; 258;
 259; 373
 Krogh, Sverre379
 Kvalheim, Alfred... 307; 404; 423; 439;
 444
 Kvamme, Jan-Ivar.....370
 Kvanmo, Hanna.....263; 398
 Kydland, Finn E.....462

L

Lange, Anders..... 344
 Langset, Ola256
 Langslet, Lars Roar 360; 390
 Langård, Sverre 411
 Larsen, Bjørn258; 265; 310
 Larsen, Else Wiik222
 Larssen, Arne Victor 293; 310; 311;
 313; 417; 459
 Lassen, Henrik.....79
 Lasson, Maria 109
 Lavik, Nils56
 Le Corbusier 117
 Leivestad, Trygve384
 Lerche, Christian325; 445
 Lied, Finn.....229; 429
 Lien, Odd H. 355,414
 Lilleseth, Magne.....266
 Lillestølen, Robert348
 Lindblom, Charles E.....17
 Lindboe, Axel89; 91
 Lochmann, Ernst F. 110
 Lohne-Knudsen, Christofer... 149; 152;
 153; 155; 175; 202; 244; 251; 423
 Lorange, Olai.....47; 409
 Lorentzen, Sigurd 171
 Ludvigsen, Sonja ... 247; 248; 254; 346;
 347
 Luihn, Rigmor L.....258
 Lund, Bengt-Lasse.....393; 397; 398
 Lund, Bernt H.....368
 Lund, Ottar249
 Lund, Thor256
 Lundamo, Olaf....61; 130; 131; 148; 175
 Lunde, Kristian.....74
 Lundh, Henrik 125
 Lyng, John..... 147; 379
 Læg Reid, Per..... 219
 Løberg, Timandus J.82
 Løchen, Yngvar368
 Løkken, Evald Paul.....348
 Lønning, Per 353; 356; 357; 359

M

Madsen, Jan 171; 211; 217; 237; 250;
 265; 288; 307-10; 329; 331; 384; 407
 Major, Herman Wedel 61; 84; 85-89
 Major, Robert (død 1839) 84
 Major, Robert (1914-2005)234; 429
 Malme, Bjørg.....348
 Mannsåker, Jon.....343

Mantel, Fritz 133
 Marcussen, Kjell 322
 Martinsen, Astrid Murberg 256; 258
 Maschmann, Hans Henrik 77
 Maud, dronning 145
 Mauritzen, Thomas 308; 310; 314;
 315; 316-18
 Mauseth, Per Eggum 379
 Mellbye, Fredrik 148; 149; 152-54; 164;
 165; 167-69; 175; 186; 188; 189;
 202; 224; 232; 233; 278; 293; 311;
 314; 358; 370; 373; 385; 394
 Melsom, Leif 128
 Metzner, Arne 266
 Michelsen, Hans M. 454
 Mises, Ludwig von 217; 461
 Mjaaland, Ingar 417
 Modalsli , Jacob 215; 254; 263; 291;
 330; 347
 Molven, Olav 5
 Monod, Jacques 350
 Mork, Anna Brit 223, 336
 Mork, Elisabeth 223; 224; 333; 345; 417
 Mork, Guttorm 263; 334
 Mork, Inga 334
 Mork, Jon 223
 Mork, Torbjørn .. 11; 109; 134; 140; 146;
 152; 166; 200; 203; 207; kapittel 5
 ss. 221-470; 471; 472
 Moss, Arnt F. 54; 57
 Mowinckel, Johan Ludwig ... 55; 56; 57;
 96
 Munch-Søegaard, Knut .. 151; 155; 175;
 176; 189; 200; 244; 252; 253; 266;
 268; 271; 272; 276-80; 282; 285;
 304; 310; 320; 325; 381; 401; 403;
 405-07; 423; 433; 448; 454; 466
 Munk, Hans 61; 70
 Myhre, Vivi 311
 Myhre, Wenche Margrethe 333; 338;
 340; 345; 416
 Müller, B. Marius 95
 Myrdal, Alva 117
 Myrdal, Gunnar 117
 Myrvoll, Ole 187; 209; 210; 344
 Maastad, Andreas 55, 57

N

Nansen, Fridtjof 116
 Natvig, Jacob B. 303
 Nicolaysen, Knud D. 429
 Nilsen, Rolf Just 344
 Nissen, Friedrich Georg 134; 171
 Norbom, Jon Ola 304; 331; 344
 Nordahl, Arnold 76
 Nordahl, Konrad 142
 Nordan, Jacob 325
 Nordby, Trond... 5; 51; 53; 58; 121; 123;
 124; 134; 142; 155; 159; 163; 166;
 167; 168; 169; 188; 199; 225; 229
 Nordbø, Eldrid 232; 233
 Nordhus, Alf 338
 Nordli, Odvar .. 222; 229; 255; 271; 347;
 348; 389; 461; 463
 Normann, Trine 445
 Norvik, Erling 360
 Nygaard, Grete H. 348
 Nygård, Jorun 311
 Nygaard, Marius 429
 Nygaard, William N. 48
 Nygaardsvold, Johan 45; 47; 48; 119;
 147; 217
 Nyhus, Per.. 271; 346-48; 379; 382, 384

O

Ofstad, Jarle 48; 49
 Oftedal, Lars 135
 Oftedal, Sven .. 135; 142; 147; 162; 266;
 272; 293; 311; 417
 Olsen, Johan P. 219
 Olsen-Hagen, Gunn Vigdis 382; 398
 Onsum, Inger 288; 325; 469
 Overvaag, Harald H. 310; 348
 Oxholm, Svein-Erik 348

P

Paris, Fritz 129; 130
 Poppe, Erik 431
 Pramer, Turid 164
 Presthus, Rolf 392

Q

Quisling, Vidkun 126; 127; 129
 Quivey, Martha 445

R

Ramberg, Åge256
 Ramm, Jacob183
 Randers, Gunnar429
 Rasmussen, Ørnulf279
 Reagan, Ronald 212, 291
 Reiming, Arnold 175
 Rein, Knut 155
 Rian, Egil 128; 130
 Rietz, Jochen 133
 Rogan, Thor 311
 Rohe, Mies van der 116
 Rokkan, Stein 219; 220
 Roland, Per 293
 Roll, Elisabeth 289
 Romuld, Signe 5
 Roosevelt, Franklin D. 150
 Ruud, Øystein 293; 417
 Ryssdal, Signe Marie Stray 454
 Ryste, Ruth 248; 254; 262; 263; 271;
 346; 347; 348; 374; 405; 406
 Rytter, Eilif 405; 423; 424; 447; 449;
 451
 Røisland, Solbjørg 5
 Rønning, Tor Oscar 348
 Rørstad, Gunvor 177

S

Sandbekk, Ole Willy 325
 Sandberg, Karl 53
 Sandberg, Ole Rømer 61; 85; 89
 Saxlund, Sigurd 130
 Schancke, Einar 344
 Schandorff, Jacob Christlieb 31; 32;
 60; 65; 77; 108; 109
 Scharffenberg, Herman Fredrik 44;
 67; 95; 108
 Scharffenberg, Johan 67; 85
 Scheel, Anton W.R. 60
 Schirmer, Ernst 85
 Schiøtz, Aina 5; 92; 155; 160; 166
 Schjøtt, Audun 223
 Schmidt, Lauritz 58; 61; 130
 Schreiner, Per 331
 Schultz-Haudt, Anne P. 325
 Schweigaard, Anton Martin 32; 216
 Seip, Jens Arup 330
 Sejersted, Francis 218
 Sellevold, Ragnar 368
 Selvaag, Olav 433
 Selås, Harald 183

Seweriin, Alf 142
 Seweriin, Rakel 142; 143; 147
 Siem, Harald 405; 411; 445
 Silkoset, Per Ivar 5
 Simon, Herbert A. 21; 22
 Simonsen, Kari 338
 Sinding-Larsen, Christian 114
 Skare, Leif H. 258
 Skarsgard, Toril 5
 Skaset, Maren 5; 144; 196; 382; 392;
 449
 Skau, Bjørn 145; 302
 Skaug, Gunnar 311
 Skaug, Hans Tore 272; 282; 289;
 310; 311
 Skjelderup, Michael 63; 91
 Skjøsberg, Tor 125
 Skram, Amalie 89
 Smitt, Jonas 115
 Solberg (Seweriin), Rakel 142
 Solbraa, Odd 411
 Solheim, Tor Sverre 325
 Sollund, Arne 454; 456
 Solum, Dagfrid 311
 Stabel, Ingse 293; 322
 Stabell, Fr. 91
 Staff, Fredrik 283
 Stang, Frederik 32; 33; 85; 116; 216
 Steen, Reilulf 229; 271; 338; 390
 Steinfeldt-Foss, Otto 5; 244; 251;
 252; 266; 347; 404; 407; 408; 414;
 416; 423; 426
 Steffens, Henrich 33
 Stigler, George 461
 Stolp, Jan 293
 Strand, Sverre 382; 393; 457
 Strand, Terje Due 148; 149; 152; 154;
 155; 175; 250; 252; 408
 Stray, Svenn 360
 Strøm, Axel 44; 45; 58; 59; 132; 154;
 196; 355-57; 454
 Strøm, Hagbart 91
 Støstad, Sverre 119; 120; 147
 Staalesen, Inge 348
 Sundby, Per 355
 Sundt, Eilert 72; 73
 Svabø, Harry Martin 382
 Svarstad, Hans 57
 Svindland, Aud Blegen 139; 205;
 244; 251; 252; 253; 404; 407-10;
 411; 412; 415; 423; 469

Sæther, Johs429
 Sæther, Mor80
 Sørensen, Ernst..... 142
 Sørensen, Niels Berner.....63
 Sørheim, Atle Ørbech.....325

T

Taylor, Frederick W.117; 429
 Telje, Jo381
 Terboven, Joseph 126; 127; 129
 Thagaard, Wilhelm..... .124; 125; 217
 Thatcher, Margaret 212; 291
 Thorsen, Theodor Gerhard..... 40; 45;
 48; 50; 51; 58-61; 108; ; 116; 119;
 123; 126; 128; 134-37; 140
 Thorvik, Åsmund 175
 Thulstrup, Magnus Andreas 33; 60;
 63; 65
 Tingvold, Rolf..... 331
 Tomten, Bjørn266
 Torgersen, Knut420
 Torgersen, Rolf Normann..... 214
 Torp, Oscar 45; 47-51; 55; 57; 119;
 142; 143; 147
 Totland, Johan..... 175
 Tranmæl, Martin.....53
 Treholt, Torstein.....229
 Treider, Bjørn..... 331
 Trovik, Aase469
 Tungesvik, Hans Olav353
 Tvedt, Jan 310; 324
 Tønnesen, Kåre..... 311

U

Uchermann, Vilhelm91
 Ueland, Ole Gabriel 79
 Ulleberg, Ole.....325
 Undrum, Johan55
 Ustvedt, Hans Jacob 118; 132
 Utheim, Trygve.....125
 Utkilen, Sigrid256

V

Valle, Inger Louise ..228; 229; 310; 447
 Vandeskog, Gerd.....324
 Vassbotten, Arnvid..... 129; 130
 Vedeler, Ole..... 304; 325
 Vetlesen, Arne 293; 311
 Vig, Gustav 293; 417; 420

Vindsetmo, Emil..... 249; 250; 278;
 284; 285; 287; 292; 296; 304; 307;
 310; 407

W

Wahl, Per..... 258; 260
 Walløe, Lars.....429
 Weber, Max..... 14
 Webster, Ingeborg279; 310; 324;
 404; 469
 Wefring, Karl Wilhelm..... 43-45; 60;
 68; 90; 97; 108; 111-16; 195
 Wergeland, Henrik..... 80
 Westlund, Knut..... 132
 Wexelsen, Marie 145
 Wexelsen, Vilhelm..... 145
 Wilberg, Vidar 282; 293; 311; 313; 325;
 417
 Wille, Leif..... 331
 Willoch, Kåre..... 236; 281; 331; 343;
 347; 348; 360; 390; 392; 394;
 396-98; 445; 458; 463
 Willumsen, Egil.....253; 271; 272; 279;
 282; 322; 325; 381; 402; 403;
 405-07; 423; 466
 Winge, Paul..... 83-85; 87; 95
 With, Odd 262; 263; 264; 312;
 361; 368
 Wold, Terje..... 217
 Waage, Per Holmboe 224; 225; 227
 Waaler, Hans Th. 187
 Waaler, Rolf429

Z

Zakariassen, Odd..... 183

Ø

Ødegaard, Tor 244; 251; 252; 282; 322;
 325; 370; 403-06; 423; 448; 465;
 466
 Ødegård, Ørnulf 43; 86; 88; 89; 91; 132
 Øie, Jarle293
 Østern, Leif..... 137
 Østrem, Thorleif Dahm118; 126-32;
 148
 Østtveit, Johannes..... 210
 Øygard, Kolbjørn.....223; 355; 368

Å

Aaby, Kirsten.....	325
Aadahl, Thorvald.....	52
Ånstad, Hans J.	252; 253; 323; 324; 382; 383; 384; 392; 393; 396; 412; 415:423
Aarflot, Andreas	358; 403; 404
Aarflot, Øivin.....	244; 252; 325; 381; 423; 448; 465; 466
Aarvik, Egil	145-47; 187; 209; 352; 368; 430
Ås, Berit.....	210; 336
Aasen, Sigmund.....	423
Aaser, Peter (Peder).....	91
Aasheim, Finn.....	468
Aasland, Aaslaug.....	140-43; 147; 249

Rammeregister

Ramme 2.1: Kong Frederik VI's beslutning om midlertidig å opprette Et norsk sunnhetskollegium:.....	31
Ramme 2.2: Utnevnelsen av Karl Evang til medisinaldirektør – Nytt fra statsråd 23. september 1938:	47

Figurregister

Figur 1.1:	Styrings- og forvaltningssyklusen: en oppgaveoversikt.....	26
Figur 2.1:	Den sentrale helseforvaltnings vertikale spesialisering 1809-1940..	60
Figur 2.2:	Den sentrale sivile medisinalforvaltningen i Norge, 1940.....	61
Figur 3.1:	Helseavdelingen i Innenriksdepartementet ultimo 1941 (1943)	130
Figur 4.1:	Helsedirektoratet 1946-1972.....	175
Figur 5.1:	Bøsterud-gruppens forslag til omordning av Helsedirektoratet, juli 1981.	276
Figur 5.2:	Bøsterud-gruppens forslag til møteordning i Helsedirektoratet, juli 1981.....	276
Figur 5.3:	En illustrasjon av styringslinjene etter forslagene i Heiberg-rapporten (1982): en tolkning	300
Figur 5.4:	Helseavdelingens oppbygning og arbeidsoppgaver, etter Heiberg- rapportens forslag (1982).....	301
Figur 5.5:	Helsedirektoratets oppbygning, Etter Heibergrapportens forslag (1982)	302
Figur 5.6:	Helsedirektoratets oppbygning, etter omorganiseringen 1983	321
Figur 5.7:	Helseavdelingen etter omorganiseringen 1983	324
Figur 5.8:	Helsedirektoratets ledere etter omorganiseringen 1983	325
Figur 5.9:	Helsedirektoratet 1972-1983.....	423

Bilderegister

Innstilling, ny lov om medisinalvesenet (1844/47)	33
Michael Holmboe, medisinaldirektør – maleri	41
Socialistisk Medisinsk Tidsskrift – faksimile	46
Arbeiderbladets forside 23. september 1938: utnevnelsen av Karl Evang til medisinaldirektør – faksimile	49
”An Inquiry..” Arbeid av Karl Evang og Otto Galtung Hansen – faksimile	52
Otto Galtung (Hansen), overlege – foto	59
Innstilling som førte frem til Sunnhetsloven (1860) – faksimile	71
Harald Mathias Gram, medisinaldirektør – maleri	112
Karl Wilhelm Wefring, medisinaldirektør – maleri	113
Nils Petter Løberg Heitmann, medisinaldirektør – maleri	114
Karl Evangs beretning om perioden 9.4. til 7.6. 1940 – faksimile	120
Liv og helse, NS-tanker om helsepolitikken – faksimile	126
Evang om rasepolitikk og fødselsregulering – faksimile	127
Health Service, Society.. Bok av Karl Evang – faksimile	134
Rakel Seweriin og Gudmund Harlem, statsrådsskifte 1955 – foto	143
Helsedirektør Evang 50 år – Pedro-tegning	144
Helsedirektør Evang 44 år – foto	148
Jon Bjørnsson, medisinalråd – foto	151
Fredrik Mellbye, overlege – foto	153
Christofer Lohne-Knudsen, overlege – foto	154
Helsedirektør Evang med bokutgaven av Tidsskrift for Seksuell Opplysning – foto	162
Karl Ingolf Evang, helsedirektør – maleri	168
Helsedirektør Evang ved sitt skrivebord, 1970 – foto	174
Helsedirektør Evang, på vei til arbeid – foto	191
Knut Munch-Søegaard, ekspedisjonssjef – foto	200
Meddelelsesblad for Helsedirektoratet – faksimile	203
Helsedirektoratets plassering 1945-1987 - foto	206
Helsedirektør Torbjørn Mork 1973 – foto	228
To helsedirektører, Evang og Mork – Pedro-tegning	234
Helsedirektør Mork – Hammarlund-tegning	235
Én helsedirektør går, Evang, én kommer, Mork – foto	238
Bjørn Jøldal, overapoteker – foto	245
Otto W. Steinfeldt-Foss, overlege – foto	251
Arne Nilsen og Leif Arne Heløe, statsrådsskifte 1981 – foto	281

Astrid Nøklebye Heiberg og Berit Heløe, to doktorander	292
Torbjørn Morks doktoravhandling – faksimile	337
Aud Blegen Svindland, overlege – foto	409
Synapse, nytt informasjonsblad for Helsedirektoratet – faksimile	413
Jo Asvall, overlege – foto	424
St. meld. nr. 9 (1974-75) – faksimile	441

Tabellregister

Tabell 2.1:	Medisinalforvaltningens bemanning, ledere og saksbehandlere, 1816-1939	105
Tabell 2.2:	Medisinalforvaltningens bemanning, etter fagbakgrunn, 1816-1939	106
Tabell 4.1:	Norske sosialministre i Karl Evangs tid som helsedirektør, 1938-1972.	147
Tabell 4.2:	Legelederguppen i Helsedirektoratet, 1945-1972	149
Tabell 4.3:	Fylkeslegeetatens utvikling 1945-1972: År for innføring av fylkeslegeembeder og for innføring av selvstendige embeder... ..	159
Tabell 4.4:	Antallet lokale offentlige (statlige) leger, 1939-1972 (Evangs tjenestetid)	160
Tabell 4.5:	De ulike hierarkiske sjikts andeler av fagstaben i Helsedirektoratet, 1946-1972. Prosent (antall).	199
Tabell 4.6:	Fordelingen av leger og jurister etter hierarkisk sjikt, 1946-1972. Prosent (antall).....	199
Tabell 4.7:	Helsedirektoratets faglige sammensetning, 1946-1972. Ansatte i lederstillinger og saksbehandlerstillinger. Prosent (antall).....	204
Tabell 4.8:	Andelen (antallet) kvinner i Helsedirektoratets fagstab, etter nivå, 1946-1972.	205
Tabell 5.1.	Norske sosialministre i Torbjørn Morks første periode som helsedirektør, 1972-1983	347
Tabell 5.2.	Statssekretærer, politiske rådgivere og personlige sekretærer i Sosialdepartementet 1972-1983	348
Tabell 5.3.	De ulike hierarkiske sjikts andeler av fagstaben i Helsedirektoratet, 1946-1972. Prosent (antall).	465
Tabell 5.4.	Fordelingen av leger og jurister etter hierarkisk sjikt, 1973-1983. Prosent (antall).	466
Tabell 5.5.	Helsedirektoratets faglige sammensetning, 1973-1983. Ansatte i lederstillinger og saksbehandlerstillinger. Prosent (antall).....	467
Tabell 5.6.	Andelen (antallet) kvinner i Helsedirektoratets fagstab, etter nivå, 1946-1972. Prosent (og antall) på hvert nivå.	469

Spesialiseren ja profešunaliseren

Muitalus Norgga siviila dearvvašvuodahálddašeami ovdáneami birra 1809 rájes 2009 rádjái

Oassi 1: 1809-1983 – Boares dearvvašvuodahálddašeapmi

Čállán: Ole Berg

Napoleon-sođiid áigge go lei engelas blokáda, de ásahuvvui dearvvašvuodahálddahus Kongelige norske Sundheds-Collegium Christianias jagis 1809. Dán čállošis muitalit guovddáš dearvvašvuodahálddašeami ovdáneami birra dan rájes gitta 1983 rádjái.

Ovdáneapmi mañjel nuppi máilmmisoađi deattuhuvvo. Dalle lei sihke hálddahusas ja dearvvašvuodabálvalusain profešunaliseren ja spesialiseren. Guovddášhálddašeami ovdánahttin lei mángga dáfus ovdalis bálvalusaddima organisatoralaš ovdánahttima.

Guovddáš olbmot dán oktavuodas leigga dearvvašvuodadirektorat Karl Evang ja Torbjørn Mork. Čálus addá dárkilis gova dán guovtti guovddáš olmos ja dain olmuid geat ledje sudno birrasis. Maiddái Dearvvašvuodadirektoráhta iešguđet rollat ovdanbuktojuvvojit, ja dan doaimma biddjo birastahtti servodaga áigetávvalii. Doaktáriid nannejuvvon sajádat Evang stivrra vuolde čuvgejuvvo, ja nu čuvgejuvvojit maiddái dat dávjá riidovuloš oktavuodat dearvvašvuodahálddašeami juristtaid ja doaktáriid gaskka. Historjá joatkašuvvá Mork geahččalemiiguin bealuštit Evang fápmohuksemiid sajádagaid, ja loahpahuvvo daid stuora rievdadusaiguin mat dáhpáhuvve álggoeahčen 1980-logu.

Stáhtalaš bearráigeahču ovdáneapmi ja nannen čuovvovaš jagiid gieđahallojuvvo 2. oasis (1983-2009).

Ole Berg (r. 1944) lea dearvvašvuodahálddahusa ja stáhtadiehtaga professor Oslo Universitehtas. Oahpahusa bokte masteroahpus lea sus leamaš stuora váikkuhanváldi dearvvašvuodaásahusa jođiheddjiid guovdu olles buolvva áiggi. Son jođihii oahpu álggu rájes 1986:s ja ollu jagiid dan rájes, ja lea ožžon St.Olav ánsubálkášumi dán barggu ovdas.

Specialization and professionalization

An account of the development of the Norwegian civil health administration from 1809 to 2009

Part 1: 1809-1983 – Health Administration in the Past

By Ole Berg

Under the Napoleonic Wars with the English blockade, the Royal Norwegian Health Collegium (det Kongelige norske Sundheds-Collegium) was established in Christiania in 1809. The theme of this book is the development of the central health administration from that time until 1983.

The development after the Second World War is focussed on. This was the time of professionalization and specialization, both within administration and the health service. In many ways, the structure of the central administration was ahead of the organizational development of health service provision.

Karl Evang and Torbjørn Mork were two people who played prominent roles. This book gives a description of these eminent people and their associates. The various roles of the Directorate of Health are described, and the work of this body is placed in the context of society as a whole. The strengthening position of doctors during the time of Evang's leadership, and the often dramatic conflicts between lawyers and doctors in health administration, are described. The story continues with Mork's attempts to defend the entrenched parties after Evang had strengthened their positions, and ends with the comprehensive changes that took place at the beginning of the 1980s.

The development of public supervision during the last few years will be dealt with in Part 2 (1983-2009).

Ole Berg (born in 1944) is Professor of Health Administration and Political Science at Oslo University. Through his teaching in the master course Master of Health Administration, he has had a large influence on a generation of leaders within the health services. He has been leader of the master course from when it began in 1986 and for several years. He was awarded the Order of St. Olav for his work in this area.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2008

1/2008 Meldesentralen – årsrapport 2006

2/2008 ”Mens vi venter ...” – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste

3/2008 Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser

4/2008 Avlastning og støttekontakt – tjenester med betydning for et bedre liv! Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med avlastnings- og støttekontakttjenester etter sosialtjenesteloven

5/2008 Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2001–2007

6/2008 Oppsummeringsrapport etter tilsyn med smitteisolering ved 10 helseforetak i 2006. Statens helsetilsyn og Arbeidstilsynet

7/2008 Nødvendig tvang? Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007

Alle utgivelsene i serien finnes i fulltekst på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no. Enkelte utgivelser finnes i tillegg i trykt utgave som kan bestilles fra Statens helsetilsyn, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no.

Utgivelser 2009

1/2009 Hans Petter Schjøsby: Sundhedscollegiet 1809-1815. Det første sentrale administrasjons- og tilsynsorgan for helsevesenet i Norge

2/2009 Torleiv Robberstad: Helse- og omsorgsstatistikk – eit verktøy for områdeovervaking

3/2009 Oppsummering av en toårig undersøkelse av selvmordssaker i psykisk helsevern

4/2009 DPS: Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet? Oppsummering av første halvdel av landsomfattende tilsyn 2008-09 med spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske sentre

5/2009 Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn

6/2009 ”Sikker som banken...” – sikrer helseforetakene trygge blodoverføringer? Oppsummering av 14 tilsyn i 2008 i henhold til blodforskriften

7/2009 Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall (red.): Læring av feil og klagesaker

8/2009 Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning.

Tilsynsmeldinger

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Statens helsetilsyn. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.

De nyeste kan også bestilles i trykt utgave.

I serien Rapport fra Helsetilsynet formidles funn og erfaring fra klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene. Serien utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no

HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Under Napoleonskrigene med engelsk blokade ble det Kongelige norske Sundheds-Collegium i Christiania etablert i 1809. Dette skriftet handler om utviklingen av den sentrale helseforvaltningen fra da og fram til 1983.

Utviklingen etter Den andre verdenskrig blir tillagt stor vekt. Dette var tiden for profesjonalisering og spesialisering både av forvaltningen og helsetjenesten. Oppbyggingen av sentralforvaltningen lå på mange måter foran den organisatoriske utviklingen av selve tjenesteytelsen.

Sentrale aktører var helsedirektørene Karl Evang og Torbjørn Mork. Skriftet gir et nærbilde av disse to markante personene og de menneskene som omgav dem. Helsedirektoratets ulike roller blir behandlet, og dets virksomhet blir satt inn i et tidsbilde i forhold til samfunnet for øvrig. Legenes styrkede posisjon under Evangs styre blir behandlet, og de ofte konfliktfylte spenningene mellom jurister og leger i helseforvaltningen blir belyst. Historien fortsetter med Morks forsøk på å forsvare skansene etter Evangs styrkeoppbygging, og avsluttes med de omfattende endringene som skjedde tidlig på 1980-tallet.

Det statlige tilsynets utvikling og styrking de senere år vil bli behandlet i del 2 (1983-2009).



Ole Berg (f. 1944) er professor i helseadministrasjon og statsvitenskap ved Universitetet i Oslo. Gjennom undervisning på masterstudiet i helseadministrasjon har han hatt stor innflytelse på en generasjon ledere i helsetjenesten. Han ledet studiet fra starten i 1986 og i flere år, og er tildelt St. Olavs orden for dette arbeidet.