

# Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800–1983

*Michael 2007;4:73–87.*

*Framveksten av det norske helsevesen gjennom de siste to hundre år har vært preget av legenes kamp for stadig større innflytelse i sentrale organer, først og fremst i sentraladministrasjonen og slik også nær maktens kjerne. Fra en sped begynnelse tidlig på 1800-tallet med etableringen av en ørliten og juristledet medisinaladministrasjon, nådde den fagstyrte ordningen sin storhetstid under helsedirektør Karl Evang (1902–1981). Dette kunne skje gjennom systematisk oppbygging av det mektige Helsedirektoratet, som utenom alle regler ble plassert innad i Sosialdepartementet. Her ble helsedirektøren i realiteten både administrativ og politisk leder. I den tidlige fasen sto kampen først og fremst mellom de regelstyrte juristene og de fagorienterte medisinere. I den siste fasen, fra 1960-årene, var det politikere, andre helseprofesjoner og «grasrotorganisasjoner» som stilte seg kritiske til de mange ekspertene som opererte på siden av det politiske system, og som grov grunnen under de legestyrte institusjonene. I 1983 ble Helsedirektoratet kastet ut av Sosialdepartementet og kraftig desimert. Dermed ble også den siste spiker banket inn i fagstyrets kiste.*

I anmeldelsen av bokverket om det offentlige helsevesens historie<sup>1</sup> hevder Espen Søybe at verkets hovedfortjeneste ligger i den brede framstillingen av helsevesenets utvikling før annen verdenskrig, «... helsevesenet begynte faktisk ikke med at Karl Evang satte seg bak skrivebordet i Helsedirektoratet i 1945,» skriver han.<sup>2</sup> Når Søybe gir inntrykk av at den allmenne kunnskapen om helsevesenet ikke strekker seg lengre tilbake enn til krigens slutt, har han på mange måter rett. Ikke minst har det sterke fokus på tidligere helsedirektør Karl Evang (1902–1981) og hans innsats i oppbyggingen av

<sup>1</sup> Moseng 2003, Schiøtz 2003b.

<sup>2</sup> Søybe 2003.

den norske velferdsstaten, bidratt til denne misoppfatningen. Utviklingen av det norske helsevesen begynte langt tidligere, faktisk flere århundrer tidligere.<sup>3</sup> Men det var først på 1800-tallet at framveksten av denne administrasjonsgrenen, slik vi kjenner den i dag, for alvor startet. Sentralt i dette bildet står legenes kamp for større faglig innflytelse i sentraladministrasjonen – for det vi gjerne betegner som et fagstyrt helsevesen.

La oss begynne med 1809 og etableringen av det legestyrt «Sundheds-Collegiet». Dette var sentraltmaktsorgan med ansvar for medisinalsaker, og slik også den første spire til dagens Helsedepartement. Her fulgte Norge den danske modellen fra enevoldstiden. Deretter, etter løsrivelsen fra Danmark i 1814, ble statsforvaltningen reorganisert i form av ulike departementer. I tråd med den nye departementsstrukturen ble Collegiet nedlagt, og fra 1815 ble medisinalsakene plassert i et juristledet Medisinalkontor i «Det 3. Departement for Politisager m.v» (Politidepartementet).<sup>4</sup>

Omorganiseringen fikk store konsekvenser for legenes innflytelse på helsepolitikken, ganske enkelt fordi behandlingen av medisinalsakene ble tatt ut av deres hender og overlatt til jurister og andre ikke-medisinere. Via Det medisinske fakultet fikk medisinerne en kollektiv rådgiverplikt overfor departementet. Sett fra legenes side var denne utviklingen lite tilfredsstillende. I årtier etter årtier ble det da også med jevne mellomrom gjort framstøt for i større grad å integrere den medisinsk-faglige ekspertisen i sentraladministrasjonen.

Fra 1830- og 40-årene meldte det seg med fornyet styrke krav fra flere faggrupper om mer innflytelse i ledelsen av landet. Kravet var en administrasjon som muliggjorde faglige initiativ og faglig kontroll, og der faglig fundert kompetanse kunne bli brukt mer planmessig og få bredere innpass i den politiske beslutningsprosessen. Filologer, ingeniører og medisinerer sto i fremste rekke for å bryte det gamle administrasjonsmønsteret. De var alle profesjoner i frammarsj – i antall som i faglig utvikling – og det var nye trekk ved fagene som skapte en økende interesse for administrasjonen som instrument for samfunnsendring.<sup>5</sup> Økonomisk og vitenskapelig framgang var bakgrunnen for at kravene kom i dette tidsrommet. For medisinerne del gjaldt det ny innsikt i sykdomsutvikling og hygiene.<sup>6</sup>

Spørsmålet om fagenes integrering i statsapparatet var todelt. For det første dreide det seg om fagkunnskapens plassering i forhold til juristene, som nærmest hadde monopol på de sentrale administrative embetene. For

<sup>3</sup> I 2003 feiret vi 400-årsjubileum for det offentlige helsevesen.

<sup>4</sup> Svalestuen 1988: 7.

<sup>5</sup> Benum 1979: 48 ff.

<sup>6</sup> Maurseth 1979: 99.

det andre dreide det seg om fagkunnskapens plassering i forhold til det politiske beslutningssystemet. Det handlet altså om vekselvirkningen mellom fagkunnskap og faglig interesserepresentasjon på den ene siden, og byråkrati og politisk makt på den andre.<sup>7</sup>

Uansett hvem som bekledd de betydningsfulle stillingene, så forble medisinaladministrasjonen og slik også den øverste styringen av medisinalvesenet, betraktet som en ubetydelig brikke innen den totale sentraladministrasjonen gjennom hele 1800-tallet. Dette reflekteres blant annet i Medisinalkontorets svake bemanning. Illustrerende er ekspedisjonssekretær Christian Birch-Reichenwalds (1814–91) uttalelse i 1845 da kontorets saksområde ble flyttet fra Kirkedepartementet til Indredepartementet, og det dermed også var ønske om å få overflyttet en fullmektig. Etter hans mening var en «Bureauchef og en Fuldmæktig et forholdsvis stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger».<sup>8</sup> Befolkningstallet var på dette tidspunkt i underkant av 1.5 mill.

Internt blant medisinerne var det ulike syn med hensyn til hvilket styringssystem som tjente saken best. De sivile legene ønsket seg tilbake til den gamle ordningen med et kollegium bestående av fagfolk nært knyttet opp mot sentraladministrasjonen, etter mønster fra Danmark. De ville ha *sakkyndigheten inn i departementet* (kollegietanken), og slik påvirke og stimulere utviklingen og utbyggingen av medisinalvesenet. De mer regelstyrte militærlegene som utgjorde en like stor gruppe, talte for status quo.<sup>9</sup> Regjeringen og Indredepartementet (som fra 1846 hadde ansvaret for medisinalsakene) støttet kollegietanken, men Stortinget var betenkt. Kollegiet var nemlig tiltenkt omfattende myndighet, og det ville dermed kunne svekke Stortingets kontroll, dvs. den politiske kontroll med den administrative virksomheten. Av konstitusjonelle hensyn måtte derfor forslaget avvises.<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Dette problemkomplekset var langt fra særnorsk, se for eksempel om danske forhold i Petersen og Blomquist 1996: 11 ff.

<sup>8</sup> Svalestuen 1988: 23. Et annet eksempel finner vi i 1844 da Medisinalkontoret ble omorganisert. Legeforeningen i Christiania ville ha en «videnskabeligt dannet» lege som byråsjef, og fikk støtte fra flere andre lokalforeninger. Departementet ga imidlertid forrang til avgjørelsens formelle sider, til rettsikkerhet og lovmessighet. Kontoret fikk derfor en jurist som byråsjef. Legekyndigheten ble ivaretatt av kompanikirurg Krøyer som konstituert fullmektig (Maurseth 1979: 281–82).

<sup>9</sup> Maurseth op.cit. Kollegieformen ble opprinnelig foreslått av den såkalte Medisinallovkommissjonen som ble oppnevnt i 1834. Den leverte sin innstilling i 1847, etter å ha kommet med et foreløpig utkast i 1844. I spørsmålet om organiseringen av medisinaladministrasjonen ble det foreslått å etablere et sunnhetskollegium utenfor departementet, som også skulle dekke det militære helsestellet (Svalestuen 1988: 15).

<sup>10</sup> Benum 1979: 220.

Løsningen ble å opprette en ekspedisjonssjefsstilling og utnevne en lege i embetet. Nyordningen, midlertidig etablert i 1858 og fast fra 1860, reflekterte på ingen måte medisinernes ambisjoner.

Hvorfor sto legene så svakt? Det var flere årsaker enn den interne ue-nigheten. Ett forhold var knyttet til faget. Legevitenskapen var fremdeles kommet kort, og medisinen hadde forholdsvis lav prestisje i befolkningen. Et annet forhold gjaldt den «uryddige» tilknytningen til statsforvaltningen. Den var tosidig. På den ene siden var ikke medisinalvesenet entydig hierarkisk oppbygd med gjensidig avhengige ledd, slik som i de andre administrasjonsgrenene. På den andre siden hadde medisinaladministrasjonen en uklar og skiftende departemental tilknytning. Den kom til å vandre fra det ene departementet til det andre, som en «Jerusalems skomaker».<sup>11</sup> Administrasjonen var først underlagt Politidepartementet (fra 1815), så Kirke-departementet (fra 1819), dernest det nye Indredepartementet (fra 1846). Først i 1858 fikk medisinaladministrasjonen altså en *lege* som toppsjef, og først i 1875 bevilget Stortinget midler til en medisinaldirektørstilling. Tilsvarende stillinger innenfor andre administrasjonsgrener eksisterte allerede, slik som fyrdirektør, veidirektør, telegrafdirektør mv.<sup>12</sup>

Til tross for et styrket administrativt apparat vedvarte nomadetilværelsen mellom departementene. I 1878 flyttet Medisinalkontoret fra Indre-departementet til Justisdepartementet.<sup>13</sup> I den nye instruksen fra Justisdepartementet ble det i 1891 etablert et frittstående Medisinaldirektorat *utenfor* departementet med få ansatte og små ressurser. Medisinalkontoret i departementet ble imidlertid opprettholdt, her med en jurist som sjef. Denne administrative todelingen varte faktisk helt fram til 1941. I 1913 ble medisinalsakene flyttet til Handelsdepartementet. Dette fikk navnet Departementet for Sociale Saker, Handel, Industri og Fiskeri. Et rent Sosialdepartement kom i 1916. Alt i alt var altså framveksten av medisinaladministrasjonen tilfeldig, fragmentarisk og uoversiktlig, og legene hadde forholdsvis liten innflytelse i helsepolitiske spørsmål.

Hva så med det lokale styringsnivået? Sunnhetsloven av 1860 og med den opprettelsen av de lokale sunnhetskommisjonene (fra århundreskiftet

---

<sup>11</sup> Uttrykket stammer fra stortingsmannen og legen Ludvig Krag-Torp. «Medicinalkontoret har gaat omkring som Jerusalems skomager, uten hjemsted.» (St. forh. 7a 1912: 1104–05).

<sup>12</sup> Svalestuen 1988: 35, 46.

<sup>13</sup> Overføringen av det sivile medisinalvesen til Justisdepartementet skyldtes trolig at man så en forbindelse mellom det såkalte «Sundhedspoliti» og det vanlige politi. Det gjaldt for eksempel gjennomføringen og håndhevingen av sunnhets- og hygieneforskriftene (Svalestuen 1988: 41).

kalt helseråd), innebar et gjennombrudd for det lokale fagstyret. Med denne loven fikk legen rollen som kommisjonens ordfører, og ble dermed også lokal helsesjef. Det var en posisjon legene satt i til helserådene ble oppløst på 1970- og 80-tallet – reelt i det første tiåret, formelt i det siste.

Et annet utviklingstrekk som fikk avgjørende betydning for styrkingen av legestanden, også i viktige styrings spørsmål, var opprettelsen av Den norske lægeforening i 1886. Foreningen stod etter få år fram som en slagkraftig organisasjon. Bare to-tre tiår etter at den var blitt etablert, ble den omtalt som landets sterkeste fagforening.<sup>14</sup> Foreningen balanserte mellom tre hensyn som alle var nødvendige betingelser for dens styrke: Legevitenskapen, legekallet og de økonomiske interessene til medlemmene. Sakte, men sikkert økte legestanden så vel sin samfunnsmessige posisjon som sin forhandlingsposisjon overfor arbeidsgiver – som i overveiende grad var det offentlige – hele tiden godt hjulpet av sentrale krefter i Legeforeningen.

Symptomatisk var det at de aller fleste av foreningens krav gikk igjen da loven om de offentlige legeforretninger ble vedtatt i 1912.<sup>15</sup> Loven innebar en formidabel styrking av legenes posisjon i det lokale helseapparatet – ikke minst ved at antall offentlige legestillinger ble nærmere tredoblet. Videre etablerte loven en pyramidal organisering av det offentlige legevesen med medisinaldirektøren på toppen, dernest amtsleger (fylkesleger), stadsfysici og til slutt stadsleger og distriktsleger. Distriktslegene utgjorde om lag 90 % av de offentlige legene. Målsettingen var ambisiøs; enhver borger skulle ha tilgang til legehjelp uansett bosted og økonomisk yteevne. Lovteksten la imidlertid størst vekt på legenes forebyggende og helsefremmende forpliktelser, og dermed også på legens rolle som samfunnsmedisiner og samfunnsaktør.

Så å si parallelt skjedde det en kraftig utbygging av det sentrale forvaltningsapparatet, men ikke helt i tråd med medisinernes ønsker. Den legestyrte kommisjonen som sto for forarbeidene til 1912-loven, hadde tatt opp en gammel tanke. Den fremmet forslag om å bygge ut et kollegialt, faglig styre på topplanet. Det gikk heller ikke denne gangen. Sett fra de folkevalgtes side, signaliserte imidlertid loven at medisinsk ekspertise og en stor og gjennomgående helseadministrasjon var grunnleggende for landets framgang og vekst. Legene ble nærmest utpekt som garantister for utviklingen av en fysisk veltilpasset og kultivert befolkning. Igjen var det de vitenskapelige og administrative framskritt innen medisinen og hygienen som var drivkreftene, særlig knyttet til det bakteriologiske gjennombrudd på slutten av 1800-tallet.

<sup>14</sup> Sømme 1918: 127–32.

<sup>15</sup> Se Schiøtz 2003a, kap. 2.

Men makt og innflytelse har sitt motstykke. Legene ble stadig mer synlige og slik også oftere utsatt for kritiske blikk. Mer enn i andre yrkesgrupper har spørsmål omkring lønnskrav, ansettelsesforhold og andre krav om andeler av fellesskapets goder, vakt debatt og forargelse blant politikere, forhandlings- og samarbeidspartnere og i befolkningen for øvrig. Og mer enn noen annen har legene hatt sterke kort på hånden: forvaltningen av liv og død. I disse spørsmålene har Legeforeningen så å si kontinuerlig stått i skuddlinjen. En ordveksling i Stortinget i 1915 er illustrerende:

Jeg vil faa lov til at spørge, om regjeringen har beskæftiget sig med den kampstilling, som er opkommet mellem lægeforeningen og de kommuner, som ønsker at indrette sig med fast ansat læge. Dette spørsmal har nu faat en saa stor interesse i store kredser av vort land, at det ikke længer er mulig for Stortinget at skyve det ... fra sig.<sup>16</sup>

Det gaar ikke an dette, at en enkelt stand optræder paa denne – jeg vil kalde det brutale maade.<sup>17</sup>

Spørsmålet ble rettet til statsråd Kristian Friis Petersen (1867–1932) i regjeringen Knudsen (V). Debattens tema som skulle være lønninger og alderstillegg for offentlige leger, kom fullstendig i skyggen av den usedvanlig harde kritikken som ble rettet mot Legeforeningen. Hvorfor denne fiendtligheten overfor den knapt 30 år gamle foreningen? Hva var det ved organisasjonens fagpolitikk som provoserte så voldsomt? Det var flere ting, men den umiddelbare foranledningen var at Legeforeningen nektet sine medlemmer å ta kommunal ansettelse, og slik satte en stopper for politikernes ønsker om å ansette leger på fast lønn, såkalte fastlønsleger. Foreningen dikterte ganske enkelt ansettelsesbetingelsene så vel overfor sine medlemmer som overfor kommunene. Den bakenforliggende årsaken til at spørsmålet ble reist, er imidlertid å finne i legenes forhold til de nyetablerte sykekassene (1911), der de ble anklaget for å forsyne seg hemningsløst.<sup>18</sup>

## 1920-årene

Legene var stadig ikke fornøyde, verken med ansettelsesforholdene i det offentlige eller med den måten helsespørsmål ble ivaretatt på, administrativt som politisk. Den kollegiale styringsformen sto øverst på ønskelisten. Det må her tilføyes at i det forutgående tiåret hadde det skjedd en betydelig

<sup>16</sup> *Stortingstidende* 1915: 512 (511–26). Uttalelsen stammer fra sosialdemokraten (A) Anders Johnsen Buen (1864–1933). Buen som representerte Trondheim, var Arbeiderpartiets parlamentariske fører fra 1915 til splittelsen av partiet i 1921. Han var også stortingspresident i perioden 1919–21.

<sup>17</sup> *Ibid.*, uttalt av Venstrerepresentanten Peder Rinde (1844–1932), s. 513–514.

<sup>18</sup> Schiøtz 2003b: 182–5, 197–9.

ekspansjon både i det legestyrte Medisinaldirektoratet *utenfor* Sosialdepartementet og i det juriststyrte Medisinalkontoret *i* departementet. Det gjaldt flere stillingshjemler og det gjaldt opprettelsen av flere kontorer. Men legene ville *inn i* departementet og slik få direkte foretrede for den politiske ledelse. Det var betingelsen for et «fullverdig» medisinalvesen.

De omfattende økonomiske krisene i perioden 1920–35 skulle bringe saken et stykke nærmere målet, faktisk uten at legene selv hadde en finger med i spillet. I disse tider måtte det spares, i statshusholdningen som i privatøkonomien. Regjeringen nedsatte den såkalte Øksekomiteen for å se på saken, og den fremmet etter kort tids arbeid en rekke forslag knyttet til de ulike administrasjonsgrenene. I komitéinnstillingen het det at Medisinaldirektøren og hans stab burde flytte inn i Sosialdepartementet og at Medisinalavdelingen i departementet burde nedlegges. Direktoratets ansvarsområde skulle slik omfatte så vel de juridiske og økonomiske som de medisinske sidene ved saksbehandlingen. Videre anbefalte man at ekspedisjonssjefsstillingen i Medisinalavdelingen (besatt av en jurist) skulle nedlegges, og at medisinaldirektøren skulle foredra sakene direkte for statsråden.<sup>19</sup> Ble dette realisert, ville det bety et gjennombrudd for legenes krav om en kollegial styringsform. Omsider og ganske oppsiktsvekkende hadde altså en ikke-lege-styrt komité sammenfallende syn med legeprofesjonen – riktig nok ut fra ulike premisser. Øksekomiteen ville spare, legene ville ha makt og innflytelse.

Forslaget møtte nærmest bestyrtelse i Sosialdepartementets Medisinalavdeling. «Vi får et sterkt inntrykk av at Sosialdepartementet mobiliserte hele sin tyngde for å bekjempe forslaget om en sammensmelting,» skriver Andres Svalestuen i sin gjennomgang av Medisinalvesenets sentraladministrasjons historie.<sup>20</sup> Å legge ned Medisinalavdelingen med sine jurister i topposisjoner, ville ifølge departementet *svække det uhildete skjønn*. Å styrke fagdirektørens myndighet på bekostning av departementssjefens, ville dessuten svekke Stortingets innflytelse og kontrollmuligheter. Dette siste var et argument Stortinget viste stor forståelse for, og forslaget fra Øksekomiteen ble arkivert. Organiseringen forble uforandret. Derimot ble bemanningen kraftig redusert. Verst gikk det utover Medisinaldirektoratet. I 1922 hadde direktoratet 14 ansatte, i 1929 var det sju tilbake.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> *Tidsskr Nor Lægeforen* 1924: 399 ff, Svalestuen 1988: 77 ff, Seip 1994: 91-2.

<sup>20</sup> Svalestuen 1988: 77.

<sup>21</sup> Svalestuen 1988: 82.

## 1930-årene og reorganiseringen under krigen

«Vi får ikke skikk i vår folkehygiene, alle de samvirkende faktorer i den, før vi, som England forlengst, samler alt slikt arbeide i ett departement, helsedepartementet ... Dette krav har lenge av og til dukket op, og det modnes vel efter hvert som sakens alvor, i lys av foregangsfolkernes eksempel går op for oss. Ikke et juridisk departement, men et positivt, et drivhjul,» skrev journalisten og skribenten Christian Gierløff (1879–1962) i 1935.<sup>22</sup> I England var det blitt opprettet et helsedepartement så tidlig som i 1919.

Gierløffs uttalelse var ett av mange framstøt som ble hengende i luften. Men noe var i gjære. I november 1936 vedtok Socialistiske Lægers Forening å nedsette en komité under ledelse av foreningens formann, Karl Evang. Utgangspunktet var «sunnhetsapparatets» manglende effektivitet. Formålet var å utrede spørsmålet om en omorganisering av den sentrale medisinaladministrasjon. Halvannet år senere, i mars 1938, var arbeidet sluttført og innstillingen ble sendt sosialminister Oscar Torp (A) (1893–1958) og Arbeiderpartiets sentralstyre. Den var interessant, så interessant at Evang ble innbudt til å presentere den på Legeforeningens landsmøte i juni samme år.<sup>23</sup>

Hva var så budskapet? I lys av de store omveltningene som hadde funnet sted i samfunnet, og de gjennombrudd som spesielt hadde skjedd innen medisinsk vitenskap og terapeutisk virksomhet, var medisinalforvaltningen på ingen måte i stand til å møte de utfordringer den ble stilt overfor, hevdet Evang. Både organiseringen av virksomheten og de virkemidlene som sto til disposisjon, var under enhver kritikk. Årsakene til dette uføret var mange. Evang viste til den økonomiske krisen og til myndighetenes manglende forståelse for helsepolitiske spørsmål. Myndighetenes ansvarsfraskrivelse hadde ført til at private organisasjoner, med eller uten offentlig støtte, hadde tatt hånd om en rekke viktige oppgaver. Dette var vel og bra, men bidro til fragmentering og en lite rasjonell organisering. Dernest hadde *lokale* myndigheter påtatt seg ansvaret for en del oppgaver som egentlig burde ha vært organisert og finansiert fra sentralt hold. Dette hadde ført til store forskjeller mellom rike og fattige kommuner. Men Evang anklaget også sine egne. Legestandens passive holdning til sunnhetsiltak av «bredere og forebyggende natur», hadde gjort sitt til at situasjonen var blitt som den var blitt. Men «... en hovedårsak til at helsearbeidet på en rekke felter er blitt liggende i dødvannet, danner imidlertid efter vår mening *den form som den centrale medisinaladministrasjon i vårt land har fått*. En omorganisering og

---

<sup>22</sup> Gierløff 1935: 547

<sup>23</sup> Evang 1938: 1319-34, se også Nordby 1989: 85 ff.



modernisering er nødvendig, om centraladministrasjonen skal kunne løse sin dobbelte oppgave som initiativtager og administrasjonsorgan».<sup>24</sup>

Evang fremmet forslag til nyordning. Målsettingen var å konsentrere behandlingen av de helsepolitiske sakene, øke den fagmedisinske innflytelsen, øke effektiviteten og få tilført større ressurser. For å nå disse målene ville den heldigste organisatoriske løsningen være å slå sammen alle viktige saker vedrørende helsearbeidet under et eget departement, et *helsedepartement* med en egen helseminister – lege eller ikke lege. I dette departementet måtte ekspedisjonssjefen være lege med allsidig faglig og administrativ utdanning, og være utstyrt med tilstrekkelig faglig, juridisk og medisinsk assistanse.

Som et mindre vidtgående alternativ kunne Evang tenke seg å slå sammen *Medisinaldirektoratet* og *Sosialdepartementets medisinalavdeling* til én felles institusjon, underordnet departementet. Institusjonens ekspedisjonssjef måtte da være lege og stå direkte under sosialministeren. (Vi er her tilbake til Øksekomiteens forslag fra 1923.) Evang avsluttet innlegget sitt med å oppfordre landsmøtet til å sende regjeringen en henstilling om å drøfte spørsmålet om «en styrkelse og omorganisering av den centrale medisinaladministrasjon etter følgende hovedlinjer: 1. Sterkere centralisering av helseoppgavene. 2. Mere hensiktsmessig avveining i forholdet mellom den medisinske og den juridiske fagkunnskap.»<sup>25</sup> Et enstemmig landsmøte sluttet seg til oppfordringen.

Oppsiktsvekkende nok, og til dels meget kontroversielt blant sine egne, ble den unge (36 år) og radikale Evang utpekt som ny medisinaldirektør etter Nils Heitmanns (1874–1938) død samme høst, i 1938. Han ble konstituert 23. september og tiltrådte stillingen 1. desember. Her kunne han i vel et års tid arbeide videre med planene, før han i april 1940 ble avsatt og flyktet med regjeringen til London. Han fikk tidlig stifte bekjentskap med og måtte senere samarbeide med Sosialdepartementets ekspedisjonssjef, juristen Theodor Gerhard Thorsen (1878–1958). Til stadighet irriterte han seg over ekspedisjonssjefens regelrytteri, og ga ham straks tilnavnet «Konthorsen».<sup>26</sup>

Det endelige gjennombrudd for et fagstyrt medisinalvesen kom interessant nok under krigen.<sup>27</sup> I tråd med nazistisk ideologi var fagekspertene de mest kompetente til å ha hånd om landets styring, og innen embetsverket ble det følgelig foretatt omfattende omorganiseringer. Slik ble Medisinal-

<sup>24</sup> Evang 1938: 1322.

<sup>25</sup> Evang 1938: 1334.

<sup>26</sup> Nordby 1989: 156.

<sup>27</sup> Schiøtz 2003b, kap. 8.

direktoratet og Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet nedlagt og oppgavene overført til den nyopprettete *Helseavdelingen* i Innenriksdepartementet, under ledelse av en legen Thorleif Dahm Østrem (1892–1980). Han fikk tittelen medisinaldirektør. I en redegjørelse om «Nyordningen» skrev Østrem: «Nasjonal Samling, som over alt går inn for *fagstyre*, har da også under omdannelsen av medisinalvesenet fulgt dette prinsipp». <sup>28</sup> Medisinaladministrasjonen var nå langt på vei organisert i tråd med Evangs prinsipper om et fagstyrt medisinalvesen, men den kollegiale styringsformen ble erstattet med enelederen – etter «førerprinsippet». <sup>29</sup> Navneendringen fra «medisinal» til «helse» skjedde også i denne perioden.

### Storhetstiden – «Systemet Evang»<sup>30</sup>

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 direktoratets saker for statsråden ...<sup>31</sup>

Slik sto det å lese i kongelig resolusjon av 8. mai 1945. Etter mange års innsats kunne Evang sette «kronen på verket». På selv frigjøringsdagen fikk han oppfylt sitt ønske om et legestyrt helsevesen med seg selv på toppen. Den endelige beslutningen om at det tidligere Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet skulle slås sammen til et nytt Helsedirektorat og plasseres innad i departementet, kom med kongelig resolusjon av 12. mars 1948.<sup>32</sup> Evangs kongstanke gjennom store deler av 1930-årene var blitt en realitet. Det som nå hadde skjedd innebar ifølge ham selv et veiskille i styringen av landets helsevesen:

Det er lægene selv som overtar hovedansvaret for administrasjonen av sin egen etat, og av de medisinske og hygieniske spørsmål i landet i bredeste forstand. ... det blir min oppgave – formodentlig ingenlunde lett – å utjevne de motsetninger, den sjalusi og den prestisjeinnstilling som er skapt mellom juristene på den ene side og de medisinske, farmasøytiske og andre sakkyndige på den annen, gjennom de mange år av helt uhensiktsmessig og utilfredsstillende administrasjonsordning.<sup>33</sup>

I et forvaltningshistorisk perspektiv blir opprettelsen av det legestyrte direktoratet innad i departementet karakterisert som en revolusjon.<sup>34</sup> Denne

<sup>28</sup> Østrem 1941: 751–55.

<sup>29</sup> Nordby 1989: 122.

<sup>30</sup> Betegnelsen er hentet fra Nordby 1989.

<sup>31</sup> Sitert fra Nordby 1989: 125.

<sup>32</sup> Bøhmer 1984: 71–72.

<sup>33</sup> Evang 1945: 269.

nye formen for administrasjonsordning, som av juristene ble ansett som en sammenblanding av politikk og administrasjon, vakte betydelig misnøye. Juristene, selve «herskerklassen» i departementene, sverget til den tradisjonelle styringsformen, nærmere bestemt til en «rutinisert» forvaltning i tråd med vedtak fattet av Storting og regjering. Det var ifølge departementsjuristene uhørt å skulle røre ved dette prinsippet. Regjeringen overhørte merknadene, i hvert fall på dette tidspunkt.

Mange hadde uttrykt skepsis. En av dem var fylkesmann og tidligere sosialminister Trygve Utheim (1884–1952). Han var redd skiftende statsråder lett kunne la seg manipulere av en fagdirektør innenfor et så spesialisert område som medisin.<sup>35</sup> Sett i ettertid er det ikke vanskelig å gi Utheim rett. Evang ble ikke bare en usedvanlig sterk fagdirektør, men i gavnet også departementsråd. Kombinasjonen gav ham så å si enerett til å gi faglige råd til den politiske ledelse. Med til historien hører at han kom på kant med de fleste av etterkrigstidens sosialministere. Likevel fikk han innenfor rammen av Arbeiderpartistatens planpolitikk stor frihet til å omsette sine visjoner til praktisk politikk. Stortingsrepresentant og sosialminister (i perioden 1953–55) Raket Seweriin (1906–1995), som selv hadde et komplisert forhold til helsedirektøren, ble en gang spurt om hvorfor ikke Arbeiderpartiet hadde ført helsepolitikk opp på sitt program. «Nei, helsepolitikk? – Det tar Karl seg av det,» var svaret.<sup>36</sup>

Den sentrale helseforvaltningen var bare ett av de mange områdene Evang kastet seg over. Planen for et fagstyrt helsevesen var meget vel gjennomtenkt og omfattet alle ledd i forvaltningen. Men før vi utdyper dette, la oss dvele litt lenger ved sentraladministrasjonen og hvordan Evang organiserte Helsedirektoratet: I løpet av 15 år ble staben stadig utvidet. I 1948 la direktoratet beslag på en tredjedel av alle høyere stillinger og saksbehandlerstillinger i Sosialdepartementet. I 1960 var staben steget til godt over halvparten. Det ble opprettet stadig flere kontorer. Leger ble satt til å lede de fleste av dem. De fikk spesialbehandling i form av overlegetitler, bedre lønn og anledning til å ta lønnet arbeid utenfor direktoratet. Av betydning var også den tette kontakten med Legeforeningen – ikke minst i form av stadige overganger av ansatte fra den ene institusjonen til den andre. Det var forbundet med status å arbeide i det nye Helsedirektoratet.

---

<sup>34</sup> For en nærmere redegjørelse om striden mellom den juridiske lovkyndigheten og den medisinske sakkyndigheten se Nordby 1989: 147 ff og Slagstad 1998: 312–316. Både Nordby og Slagstad bruker begrepet «revolusjon».

<sup>35</sup> Nordby 1989: 125.

<sup>36</sup> T. Nordby, muntlig meddelelse. Se også Nordby 1989: 208.

Det er ellers mye som kan sies om oppbyggingen av «Systemet Evang» og etterkrigstidens helsevesen. For legevesenets vedkommende vil jeg nevne noen momenter og særtrekk: Det ble opprettet selvstendige fylkeslegeembeter med administrativt apparat (et «hygienisk sentrum») i hvert fylke. Det ble etablert en egen etterutdanning for offentlige leger, det såkalte Bygdøykurset, og kurs i offentlig helseadministrasjon ved Hälsovårdshögskolan i Göteborg. I 1954 ble det innført turnustjeneste i distrikt, og det skjedde en reorganisering av det medisinske studium der målet var å utdanne «en sosialmedisinsk [les samfunnsmedisinsk] orientert legestand». I 1951 ble det opprettet en ny enhet ved Universitetet i Oslo, Institutt for sosialmedisin. En professorstilling ble knyttet til instituttet. (Evang var tungt inne i planleggingen av det «nye» medisinstudiet.) Distriktslegeordningen ble utvidet og til dels endret. Det skjedde gjennom opprettelse av flere distrikter, og gjennom å styrke helserådsfunksjonen. Det siste innebar færre folkevalgte og flere fagfolk, samt utbygging av det administrative apparatet. Helsedirektoratet drev en bevisst og noe spesiell rekruttering og opplæring til stillinger i direktoratet og til fylkeslegeembetene, blant annet ved å oppfordre til og være behjelpelig med å søke stipendmidler og etterutdanning i «public health» ved amerikanske og engelske universiteter. Utover dette og med de offentlige legene for øye, etablerte direktoratet ordninger og rutiner der hensikten var å bygge tillit og skape samhold de offentlige legene imellom, nærmest som et laugsvesen. Dette skjedde gjennom kursing, besøk av direktoratets folk i distriktene og ellers hyppig kontakt mellom representanter for de ulike ledd i den offentlige helseadministrasjon.<sup>37</sup>

Med andre ord: Etterkrigstiden og 1950-årene var tiden for gjenreisning, videreutvikling og kraftig ekspansjon innen norsk helsevesen. Veien fra idé til resultat var uvanlig kort. Men det var også tiden for nye store gjennombrudd innen legevitenenskapen og medisinsk teknologi og terapi – gjennombrudd som mer eller mindre rettmessig fikk æren for at tuberkulosen og andre infeksjonssykdommer kunne plasseres i kategorien «medisinsk historie». De færreste hevet derfor brynene da Evang i avisen *Orientering* i 1958 la for dagen en enorm optimisme og nærmest ukritisk holdning og tillit til legestandens og legevitenskapens potensialer. «Legevitenenskapen kan revolusjonere verden», var hans påstand, «hvis fornuften får rå». <sup>38</sup> Det ideologiske fundamentet – vitenskapen og fornuften – lå fast i «Systemet Evang».

---

<sup>37</sup> Schiøtz 2003a, kap. 6.

<sup>38</sup> Evang 1958: 6.

## Fagstyrets fall

Men treet kunne ikke vokse inn i himmelen. Tilbakeslagene kom fra slutten av 1960-årene, skjønt forvarslene hadde vært der gjennom hele tiåret. Gjentakende ble det rettet skyts mot de mange fagstyrene i de ulike forvaltningsgrenene. Politikere på alle plan, grasrotorganisasjoner og enkeltpersoner ga stadig oftere uttrykk for misnøye med de mange ekspertene som opererte på siden av det politiske system. Talemåter om ekspertveldets fortreffelighet skulle bli avløst av honnørord som desentralisering og demokratisering. Beslutningsprosessene skulle legges ut til folket og til lavest mulig forvaltningsnivå.

De lokale helserådene mistet både makt og innflytelse, dels ved at andre eksperter overtok ansvarsområder, dels ved at legene ble likestilt med annet helsepersonell. Diskusjonene forut for kommunehelseloven av 1982 var bitre og intense. Det endte med at distriktslegene mistet sin tittel, sin tilknytning til fylkeslegen, sin uavhengighet i forhold til kommunene og en del mer.<sup>39</sup> I sykehusene var den tid forbi da det var en selvfølge at de styrende organer skulle ledes av leger, og at direktørstillinger og andre administrative lederstillinger skulle besettes av leger. Her ble det like gjerne tilsett økonomer og jurister. Ille gikk det utover Helsedirektoratet. Skytset mot direktoratet pågikk gjennom hele 1970-tallet, men rasingen startet først på 80-tallet. I 1983 ble direktoratet sparket ut av Sosialdepartementet, staben redusert og flere oppgaver tatt ut av dets hender. Det ble opprettet en egen helseavdeling innad i departementet, og vi var tilbake til førkrigsmodellen.<sup>40</sup>

Endringene i administrasjonsordningen i 1983 ble formelt foretatt ut fra forvaltningsmessige hensyn. For å unngå sammenblandingen mellom fag og politikk, gikk man tilbake til den tradisjonelle styringsformen, dvs. en «rutinisert» forvaltning utført i tråd med vedtak fattet av Storting og regjering. Endringene kan imidlertid også tolkes som en måte å bli kvitt en brysom helsedirektør på, nærmere bestemt Torbjørn Mork (1928–92), som åpent og i utallige sammenhenger tok sterk avstand fra sentrale punkter i kommunehelseloven. Det gjaldt både før og etter lovvedtaket. En slik oppførsel ble sidestilt med obstruksjon av politiske vedtak. Omorganiseringen i 1983 var et definitivt vendepunkt i den sentrale helseadministrasjons historie i Norge. I realiteten innebar den en degradering av helsedirektøren, men framfor alt var det den siste spiker i kista for det medisinske fagstyret.

---

<sup>39</sup> Schiøtz 2003a, kap. 7.

<sup>40</sup> Schiøtz 2003b, kap. 10.

## Litteratur

- Benum E. *Sentraladministrasjonens historie. Bind 2, 1845–1884*. Oslo: Universitetsforlaget 1979.
- Böhmer AM. *Helsevesenet 1940–1983. En administrasjonshistorisk oversikt*. Riksarkivet 1984.
- Evang K. Medicinalvesenet og centraladministrasjonen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1938; 58: 1319–34.
- Evang K. Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og norsk helsevesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1945; 65: 266–71.
- Evang K. Legevitenskapen kan revolusjonere verden. En sunn slekt overalt – hvis fornuften får rå, *Orientering* 1. mai 1958.
- Eventuell omordning av Medicinaldirektoratet. Statens forenklings- og sparekomités innstilling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1924; 44: 399–410.
- Gierløff C. *Liv og død i Norge*. Oslo: Gyldendal 1935.
- Maurseth P. *Sentraladministrasjonens historie. Bind 1, 1814–1844*. Oslo: Universitetsforlaget 1979.
- Moseng OG. *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850. Bind 1, Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Nordby T. *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug 1989.
- Petersen N, Blomquist H. *Sundhed, byråkrati, politik*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag 1996.
- Schiøtz A (a). *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax 2003.
- Schiøtz A (b). *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Bind 2, Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Seip AL. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*. Oslo: Gyldendal 1994.
- Slagstad R. *De nasjonale strateger*. Oslo: Pax 1998.
- Stortingforhandlingene* 1912, 7a: 1104–05.
- Stortingstidende* 15. mars 1915. Sak nr. 3. Innstilling fra næringskomite nr. 2 angående gager og lønninger samt alderstillæg for distriktslæger, stadslæger, stadsfysici m.f. (indst. S. nr. 74).
- Svalestuen AA. *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809–1940*. Stensil, Riksarkivet 1988.
- Søbye E. Pionerarbeid om helse. *Dagbladet* 23. juni 2003.
- Sømme J. Den norske lægeforening som fagforening og dens forhold til sykekasserne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1918; 38: 127–32.
- Østrem TD. Nyordningen i den sentrale medisinaladministrasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1941;61: 751–55.

## Om forfatteren

*Aina Schiøtz (f. 1947) er dr. philos. og professor i medisinsk historie ved Universitetet i Bergen. Hun har publisert en rekke bøker og artikler om framveksten av legeprofesjonen og norsk helsevesen. Utvalgte arbeider: Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984 (2003). Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Bind 2, Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003 (2003). Samfunnsmedisinen og legerollen. Nytt Norsk Tidsskrift (2001, nr. 2).*

*«Distriktslegen – en kulturell overgriper? Norsk helsevesen som kulturmøtearena». Heimen. Tidsskrift for lokalhistorie (2004, nr. 4). «Distriktslegens vekst og fall.» I: Lian O, Merok E. (red.). Mellom nostalgi og avantgarde – Distriktsmedisin i moderne tid. Kristiansand: Høyskoleforlaget, 2005.*

*Aina Schiøtz  
Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31  
N-5018 Bergen  
55 58 85 05  
Aina.Schiøtz@isf.uib.no*