

Kommunehelsetjenestereformen i Norge på 1980-tallet – personlige betraktninger

Michael 2007;4:557–66.

Primærhelsetjenesten i norske kommuner undergikk store forandringer i 1980-årene. Ordningen med statlig ansatte distriktsleger som hadde ansvar for det offentlige helsearbeidet og også drev pasientbehandling med hovedsakelig finansiering fra trygdevesenet, ble avvirket og erstattet med et system der kommunene hadde ansvaret. Dette skapte konflikter og det oppsto vanskeligheter som fortsatt er der. Blant annet innebærer finansieringsprinsippene for legenes arbeid en vridning over mot behandlingsvirksomhet i forhold til forebyggende virksomhet. Artikkelforfatteren har stått sentralt i reformeringen av helsetjenesten i kommunene helt fra han ble stadslege i Tromsø i 1970, og presenterer en del personlige betraktninger angående utviklingen.

Hva var bakgrunnen for kommunehelsetjenestereformen? Hvordan gikk det etterpå? Var dette en reform som gjorde fedrelandet enda bedre?

De tankene som presenteres her, har jeg gjort meg i anledning av at tidligere fylkeslege i Telemark, Arne Birger Knapskog, fyller 70 år i 2007 og ser tilbake på et langt liv i det offentlige helsevesenets tjeneste. Han brakte meg på et tidlig tidspunkt inn i den delen av helsearbeidet der reformen i kommunehelsetjenesten etter hvert ble til, slik at jeg har kunnet følge med på nært hold.

Min egen vei inn i arbeidsfeltet

Arne Birger Knapskog og jeg begynte begge å studere medisin i Oslo i 1955, men etter hvert forsvant han til Bergen der han tok eksamen i 1962, og dermed ble det mindre kontakt. Noe helt annet ble det etter at vi begge ble distriktsleger i Nord-Norge, han i Bardu, jeg i Hadsel. Vi traff hverandre på de sagnomsuste, årlige Bygdøy-møtene med helsedirektøren og på kurs og seminarer, og særlig ble kontakten utdypet på det såkalte

«Bygdøyrkurset» (Helsedirektoratets kurs i offentlig helsearbeid for leger) høsten 1967. Det er kanskje ikke alle som er klar over at de aller fleste problemene i norsk helsetjeneste ble løst av deltakerne på Bygdøyrkurset høsten 1967, i tallrike miniseminarer på plenen utenfor Quislings forhenværende residens Gimle - - - .

Av forskjellige grunner var det i 1969 aktuelt for meg å flytte fra Hadsel til Tromsø, der jeg hadde sett meg ut en distriktslegestilling som sto ledig. Jeg syntes jeg hadde fått mye ut av jobben som distriktslege, og tenkte vel at jeg skulle fortsette med det etter eventuelt å ha flyttet. Da var det at Arne-Birger Knapskog som assisterende fylkeslege i Troms kom til å influere på framtida på en avgjørende måte. Han ringte og overtalte meg til heller å ta den ledige stadslegestillingen i Tromsø. Den hadde stått ledig i to år, og det var svært viktig å få den besatt ikke minst på grunn av universitetsutbyggingen og en sterkt økende befolkningen i kommunen. Jeg hadde ikke spesielt lyst til dette, jeg assosierte stadslegestillingen med krangel om fyllingsplasser og dårlig hygiene i butikker, noe jeg var litt fed up av i jobben i Hadsel. Men etter iherdig påvirkning fra Arne-Birger Knapskog ble det til at jeg tok stadslegestillingen.

Det *ble* mye krangel om fyllinger og dårlig hygiene, men samtidig var det akkurat som Arne-Birger Knapskog hadde sagt, det var en stor utfordring at universitetet ble bygd ut, og at befolkningen økte slik at det ble nødvendig å planlegge stadig nye drabantbyer, først i Tromsdalen, senere i Kroken, på Kvaløysletta, og videre på den nordlige delen av Tromsøya.

Forutsetningene i Tromsø

Kommunen satset på helse- og sosialsentra etter oppskriften i St. meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Det var i denne meldinga helsedirektør Karl Evang slo fast at å basere allmennlegetjeneste basert på privat praksis, var en ordning som hadde overlevd seg selv. Et annet viktig budskap var at helse- og sosialtjenesten måtte samordnes.

Tromsø kommune satset i tråd med disse tankene på helse- og sosialsentra og leger og fysioterapeuter på fast lønn, i drabantbyene. At Tromsø kommune fikk til dette, var nok bakgrunnen for at jeg ble hentet til Oslo i 1978 for å bistå i arbeidet med kommunehelsetjenestereformen.

Bakgrunnen for kommunehelsetjenestereformen

Ønsket om et lovverk om helsetjenesten utenfor institusjon var i hovedsak begrunnet med to forhold:

For det første hadde den såkalte Hovedkomiteen for lokalforvaltningen under ledelse av den sagnomsuste Dagfinn Juel i syttiårene utformet forslag til utforming av de grunnleggende strukturene i forholdet mellom stat og kommune, herunder forslag til finansieringsordninger. Et viktig prinsipp som Hovedkomiteen la stor vekt på, var at den instans som skal ha ansvaret for en deltjeneste, skal også ha det fulle og hele ansvar for finansieringen.

For det andre var legesituasjonen i utkant-Norge nær sammenbrudd for n'te gang, samtidig som allmennlegetjenesten også i storbyene var høyst mangelfull. Plutselig oppdaget og innså alle det problematiske i at det offentlige slett ikke hadde noe ansvar for å skaffe befolkningen *allmennlegetjenester*, bortsett fra at distriktslegene kunne ta imot pasienter i den utstrekning de offentlige legeoppgavene tillot dette.

For å komme videre med dette, oppnevnte regjeringen våren 1978 et utvalg med følgende mandat (i kortversjon): «Utvalget skal utrede finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten». Utvalget fikk sitt navn etter lederen, Per Nyhus (1927 – 89).

I helsetjenesten og sosialtjenesten var det den gangen et virvar av lover og finansieringsordninger, 50 – 60 i alt. Disse ordningene var for det meste basert på prinsippet om refusjon av utlegg, noe som selvsagt førte til en betydelig skjevfordeling av ressurser til rike kommuner. Mange ble i denne tida oppmerksom på Matteus-evangeliet 13, 12, «*den som har, skal få - - -*»

Et viktig forslag i utredningen var derfor at de 60 ordningene skulle erstattes av en rammebevilgning, i det vesentlige en fordeling av penger i forhold til folketallet i den enkelte kommune, med en del modifikasjoner. Dette var bebudet allerede i St. meld. nr. 9 (1974-75). Et problem i Nyhusutvalgets innstilling (NOU 1979:28) var at Helsedirektoratet var uenig i dette, og viste til at sykehusutbyggingen hadde skutt fart nettopp med utgangspunkt i et refusjonssystem, nemlig kurpengesystemet.

To sentrale problemer i arbeidet med det nye lovverket

For legetjenesten gjaldt det første spørsmålet den statlige distriktslegeetaten i framtida. For det andre hadde man spørsmålet om innpassing av privat legetjeneste og fysioterapitjeneste i en helsetjeneste der kommunene er den ansvarlige instans, både når det gjelder styring og finansiering.

1. Distriktslegeetaten

Alle som har fulgt med i utviklingen av det offentlige helsevesenet en stund, har vel et minne om den diskusjonen som kom i kjølvannet av at Nyhus-

utvalget gikk inn for at de statlige distriktslegene skulle bli kommunale. Tidligere statsråd Leif Arne Heløe har fortalt at Torbjørn Mork (1928 – 92) og Fredrik Mellbye (1917 – 99) kom på kontoret hans da han ble statsråd, for å overbevise ham om at dette ville være et stort feilgrep.

Heløe måtte si som sant var, at det toget var gått. Det var politisk umulig å snu, rent bortsett fra at han for sin del trodde det var mest hensiktsmessig at de ble kommunalt ansatt.

Mange andre offentlige leger, i tillegg til Mork og Mellbye, ble mektig skuffet over dette, og jeg vet at Arne Birger Knapskog også var blant dem som syntes det var uklokt.

Flertallet i Nyhus-utvalget gikk i innstillingen inn for det kommunale alternativet, og begrunnet dette blant annet med at det ville være uheldig med to legeetater. Mindretallet viste på sin side til den århundrelange tradisjonen, og at det ville være store politiske og faglige fordeler ved å ha en sammensveiset statlig legeetat med klare forbindelseslinjer fra Helsedirektoratet gjennom fylkeslegene til distriktslegene.

Jeg for min del syntes den gangen at det var viktig at helsetjenesten i kommunene ble organisert slik at det ble en mest mulig helhetlig tjeneste, og at det måtte legges til rette for et samarbeid mellom leger, helsesøstre, fysioterapeuter, hjemmesykepleiere og andre. I et slikt samarbeid ville en statlig ansatt lege lett komme i vanskelig situasjon.

Og de ble kommunale. Jeg tror nok at svært mange offentlige leger i dag innser at det var det beste.

2. Innpassingen av privat allmennlegetjeneste og fysioterapitjeneste i det kommunale ansvaret.

Dette viktige punktet var politisk og praktisk en vanskelig sak: Hvordan etterkomme to helt uforenlige hensyn, nemlig kommunal styring av virksomheter der utøverne i utgangspunktet ville ha seg frabedt enhver form for styring? Dette var såpass vanskelig at Hovedkomiteen gikk inn for at de private skulle få drive som før, ved siden av kommunalt *ansatte* allmennleger, noe Helsedirektoratet også støttet.

Nyhusutvalget mente at det var tvingende nødvendig at ansvaret for allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten i sin helhet måtte bli definert og fastlagt. Utvalget gikk inn for at legene i all hovedsak skulle drive sin praksis nøyaktig som før. Trygdekontorene skulle også refundere legenes regninger som før, men kommunene skulle få pengene i sin ramme. Kommunene skulle styre dette ved å bestemme *antall* privatpraktiserende leger de ville benytte, herunder også *hvor* praksis skulle drives. Når et budsjettår var over, skulle trygdens utgifter fordeles på det antall leger kommunene

hadde avtale med, og så skulle dette gjennomsnittbeløpet multipliseres med det antall leger hver enkelt kommune hadde hatt avtale med i det aktuelle budsjettåret. Kommunene skulle deretter refundere trygden denne summen, og på den måten i fellesskap betale trygden tilbake det som var lagt ut.

Denne noe kompliserte ordningen ble godtatt av Legeforeningen, og det var bakgrunnen for at Nyhusutvalgets forslag ble rimelig velvillig mottatt ved høringen etterpå. Men det er nok mange som ikke er klar over at dette prinsippet slett ikke ble fulgt opp i Ot. prp. 36 (1980-81). Her gikk man inn for at refusjonene til legene skulle utredes direkte fra kommunekassa, og slik ville også den private allmennlegetjenesten bli gjenstand for styring. Dette er i all enkelhet forklaringen på at Ot. prp. nr. 36 ble mottatt med avsky og raseri i Legeforeningen, en reaksjon som var litt uventet i departementet etter at NOU'en hadde blitt godtatt også av Legeforeningen. Jeg synes i etterpåklokskapens klare lys at departementet *helt* undervurderte Legeforeningen i denne saken.

Det som skjedde var følgende: Under ledelse av presidenten, Harald E. Hauge, laget foreningen et voldsomt spetakkel, med demonstrasjoner og avskyresolusjoner, og viktigst av alt, de fikk i høy grad media med seg. Disse sterke reaksjonene fra Legeforeningen var etter det jeg kan se i etterkant, den *egentlige* årsaken til at Stortinget samme våren som odelstingsproposisjonen ble lagt fram, bestemte seg for å utsette behandlingen til neste storting.

Politiske komplikasjoner

I mellomtida var det valg. Høyre gikk voldsomt ut i valgkampen bl. a. på denne saken, og Harlem-Brundtland-regjeringen måtte gå av. Høyre lovet noe helt annet enn de firkantede sosialistforslagene fra regjeringen Harlem Brundtland, som ville frata folk sin lege.

Høyre vant valget, og Leif Arne Heløe (f. 1932) ble statsråd med Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936) som statssekretær. Dermed fikk de to den vanskelige jobben å oppfylle lovnadene fra valgkampen. Selvsagt var de opptatt av dette med privat praksis, og av forholdet til kommunene. De tok klart utgangspunkt i at kommunene som ansvarlige for primærhelsetjenesten også skulle finansiere privat praksis. Men hvordan? Heløe var enig i argumentene i Ot. prp. nr. 36 som ble brukt mot forslaget til løsning i Nyhusutvalgets innstilling, slik at dette ikke var aktuell politikk.

Det var nødvendig å få en prinsipiell avklaring som samtidig var til å leve med for Legeforeningen.

Et avgjørende poeng i denne sammenheng var at de regnet det som en selvfølge at den økonomisk utdannede statsminister Kåre Willoch ikke ville drømme om å *ikke* følge opp det viktige prinsippet at den ansvarlige instans for et tiltak alltid skal ha det finansielle ansvaret. For å få avklart dette med partiet Høyre, innkalte Helø sentrale helsepolitikere i partiet til et seminar på Reistad den 2. og 3. januar 1982.

Nåværende ekspedisjonssjef Jon-Olav Aspås og undertegnede, som hadde ført Ot. prp. 36 i pennen, ble invitert til å redegjøre for sentralstyret med Jo Benkow i spissen for hva hovedinnholdet i proposisjonen var, inklusive at kommunen skulle finansiere legetjenesten.

Da vi var ferdige, ble det helt stille i forsamlingen.

Lenge.

Lenge.

Det gikk tallrike engler gjennom rommet, før Jo Benkow endelig kremtet. Det var lett å se at han var i stor tvil, men så sa han de historiske, avgjørende og jeg vil kanskje også si skjebnesvangre ord: «Dette får du ikke til, Ibo!». (Ibo er et navn på Leif Arne Helø brukt blant venner.)

Seminalet var dermed avsluttet. Konklusjonen var klar. Det måtte bli en finansiering som innebar at folketrygden fortsatt skulle bidra til å finansiere legene og fysioterapeutene. Helø og Nøklebye Heiberg likte nok dette dårlig, men de sa ikke noe. Jeg antar at de hadde et håp om at Willoch ville gripe inn, men det skjedde ikke slik de hadde håpet.

Kompromissenes tid

Det var åpenbart for alle at det måtte bli en form for kombinasjon i opplegget til Willoch-regjeringen, legene måtte dels betales fra trygden, dels fra pasientene og dels fra kommunen. Ellers ville det å ha kommunalt ansvar for å skaffe befolkningen allmennlegetjeneste, bli en meningsløshet.

Nå *kom* Willoch på banen og antagelig etter mange seanser med tautrekking med Legeforeningen, i all hemmelighet, ble resultatet at kommunene skulle dekke 40 % i form av et såkalt driftstilskudd. Willoch var virkelig opptatt av denne saken og har omtalt den ganske utførlig i sine memoarer.

Kontrafaktisk historieskriving er på moten. Vi kan leke litt med tanken på hva som ville ha skjedd dersom Ot. prp. 36 hadde fulgt opp NOU'en og dermed lansert et forslag om kommunal finansiering av privat legetjeneste.

For det første hadde vi kanskje unngått alle vanskelighetene som oppsto i kjølvannet av den todelte finansiering, blant annet med det såkalte toprissystem.

For det andre kunne reformene knyttet til finansieringen av sykehus-tjenesten ha fått en annen utforming, i og med at det er rimelig å tro at privat spesialisthelsetjenesteville blitt finansiert av fylkeskommunen, slik også denne delen av spesialisthelsetjenesten skulle styres politisk av fylkeskommunenes politikere og ikke lenger stykkprisfinansieres fra trygden.

For det tredje, og det er kanskje det viktigste, vi hadde fått en ordning som ville innebære at kommunene ble ansvarlig både for forebyggende arbeid og kurative tjenester på lik linje når det gjelder finansiering.

Forebygging og behandling hver for seg

Som mange vil huske, var helsedirektør Torbjørn Mork helt uenig i opplegget i Ot. prp. 36 når det gjaldt avviklingen av de statlige distriktslegene. Han kalte dette en ulykke. Jeg for min del husker som det var i går at da Heløe hadde presentert den to-delte finansieringsordningen, så sa Mork på et av fredagsmøtene i Helsedirektoratet i 1982 at vel nok var Ot. prp. 36 en ulykke, men dette er en katastrofe, fordi han regnet det som et kjempeproblem at av alle ting skulle den kurative tjenesten finansieres med øremerkede penger fra staten. Jeg var nok uenig med Mork om mange ting, særlig dette med de statlige distriktslegene, men her var jeg til de grader enig!

Det er et problem vi sliter med fortsatt, nemlig at de viktigste forebyggende tiltakene finansieres utelukkende av kommunale midler, mens finansieringen av allmennlegetjenesten mer og mer blir statlig. Dette er et problem, fordi kommunene dermed mister mer og mer «styringsfart». Det er med rette mange som mener at kommunene ikke lenger er i stand til å oppfylle sine forpliktelser etter kommunehelsetjenesteloven, blant annet fordi legene ikke vil la seg styres til mer forebyggende arbeid enn høyst nødvendig.

Stat, kommune og rettferd

Hvordan gikk det med Hovedkomiteens overordnede arbeid med forholdet stat – kommune, finansieringsordninger m. v.? Fikk vi en mer rettferdig fordeling i og med ramrefinansieringen?

Det fikk vi nok til en viss grad, og en utvikling i retning av stadig større forskjeller på tjenestetilbudene i kommunene ble i hvert fall stanset. Men da staten noe senere prøvde seg på en *utjevning* ved å ta fra de rike kommunene for å gi til de fattige, fikk man en voldsom reaksjon, og dette er nok bakgrunnen for at fremdeles er det slik at enkelte kommuner har et tjenestetilbud som er to til tre ganger så dyrt som det tilbudet de fattigste kommunene kan tilby.

Men verst av alt, Hovedkomiteens viktige prinsipp om at den instans som har ansvar for et tiltak, skal også ha ansvaret for finansieringen, ble brutt. Prinsippet ble jo ikke fulgt opp, i og med at allmennlegetjenesten og fysioterapitjenesten ble delfinansiert av staten.

Tilsvarte kommunelegene distriktslegene?

Dessverre fulgte ikke sentrale myndigheter opp slik som det ville vært mest hensiktsmessig etter at saken var avgjort politisk. Mork viste til at det nå var Kommunenes Sentralforbund (KS) som i hovedsak måtte stå for kontakten med de kommunalt ansatte offentlige legene. Jeg mener nok at dette var en viktig del av bakgrunnen for at det ikke gjort *nok* for at kommunelegene ble *brukt* som en viktig ressurs, ikke bare for kommunene, men også for de sentrale myndigheter.

At de ikke ble brukt, og at sentrale myndigheter ikke gjorde det klart hvilken rolle de skulle ha i den kommunale helsetjenesten er den dag i dag et stort problem, og jeg synes det er gledelig med de signalene som Sosial- og helsedirektoratet har gitt i rapporten for 2007 om utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren, nemlig at dette vil direktoratet nå gjøre noe med. Det er beklagelig sent, men likevel, det er gått nokså nøyaktig 25 år siden denne jobben skulle vært tatt opp for alvor. Nå *skal* kommunelegefunksjonen oppgraderes

Hvordan gikk det med allmennlegetjenesten?

I *Røynsle-meldinga* som kom i 1990 (St meld nr 36 (1989-90)), er det vist til at økningen av antall legestillinger, både fastlønnede og privatpraktiserende var sterkere enn ventet. Legemangelen førte likevel til at det fortsatt var mange ledige stillinger i utkant-Norge, og dette vedvarer og er kanskje blitt verre og verre i vår tid.

Statsråd Leif Arne Heløe innførte det såkalte *fastlønnstilskuddet* i sin Ot. prp. nr. 66 (1981-82). Dette førte til en rask økning av fastlønnede legestillinger, særlig langs kysten fra Vestlandet og nordover. I slutten av 1980-åra var andelen fastlønnede leger på sitt høyeste, litt over 40 %. Deretter gikk det betydelig nedover fram til den tida vi fikk fastlegeordningen, noe som jeg mener klart henger sammen med at takstene økte forholdsvis *mye* mer enn lønnsutviklingen for de fastlønnede.

Etter min mening har den lovpriste fastlegeordningen betydelige svakheter, ikke minst fordi den i prinsippet er helt ensidig basert på privat praksis. Dette kommer klart fram i *Utviklingstrekk-rapporten* for 2007 fra Sosial- og helsedirektoratet, og det er etter min mening blitt slik at enkelte kommuner ikke lenger er i stand til å fylle sine forpliktelser etter kom-

munehelsetjenesteloven. Rekrutteringen til utkant-Norge er verre enn noen gang, og det er mest mannfolk som kan tenke seg å bli fastleger.

Derfor er det gledelig at Sosial- og helsedirektoratet prioriterer sterkt å få gjort noe med allmennlegetjenesten, *igjen*, 25 år etter at kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt i 1982! Stikkordet her er *distriktsmedisin*, noe vi gamle distriktslegene *tror* på.

Var kommunehelsetjenesteloven et mislykket tiltak?

Jeg må innrømme at jeg noen ganger har tenkt at jeg likevel skulle blitt distriktslege i Tromsø, istedenfor å arbeide med denne saken store deler av livet mitt.

Loven ble nok ikke det redskapet det kunne blitt i utviklingen av helse- og sosialtjenesten, hvis ikke politikerne og da særlig Heløe hadde vært nødt til å ta så mange hensyn for å få loven vedtatt. Et stort problem som Heløe var opptatt av, var samordningen mellom de to nivåene i helsetjenesten. Det sliter man jo med fremdeles!

Men to tilføyelser i loven er jeg glad for at jeg fikk jobbe med, det var *det miljørettede helsevernet* og *sykehjemsreformen*. De to sakene kunne jeg ha god lyst til å si mer om – men det får bli en annen gang.

Hadde ikke Arne Birger Knapskog overtalt meg til å ta jobben som stad-slege i Tromsø, hadde tilværelsen for meg og min familie tatt en ganske annen retning, det hadde nok gått bra det også. Men jeg for min del hadde ikke fått den sjeldne muligheten til å sitte nær der viktige beslutninger ble tatt blant annet om kommunehelsetjenesten.

Litteratur

- St. meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus.*
- St. meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen.*
- St. meld. nr. 31 (1974-75) *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen.*
- NOU 1979, *Helsepolitikken.* Norges offentlige utredninger 1979:10. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- NOU 1979. *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.* Norges offentlige utredninger 1979:28. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
- Ot. prp. nr. 36 (1980-81) 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 n. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene. (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.)*
- Ot. prp. nr. 66(1981-82) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*
- St. meld. nr. 36 (1989-90) *Røynsler med lover om helsetjenesten i kommunene.*
- Rapport 2007 *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren.* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

Hans Ånstad
Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 7000 St Olavs plass
0130 Oslo
hans.anstad@shdir.no

Om forfatteren

Hans Ånstad (f. 1932) er cand. med. (Oslo) 1961. Etter klinisk sykehustjeneste m.v. var han distriktslege i Hadsel 1966-70, deretter stadslege i Tromsø 1970-79. Siden har han arbeidet i Helsedirektoratet og senere i Sosialdepartementet fram til pensjonsalder i 2002. Som pensjonist arbeider han i Sosial- og helsedirektoratet.