

Striden om kommunehelse (tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen?

Michael 2007;4:567–90.

Kommunehelse(tjeneste)loven har flere formål, hvorav to ble viet spesiell plass i forarbeidet til loven: Å få til bedre samordning av primærhelsetjenesten og sosialtjenesten og å skape et mer solid lovmessige fundament for det forebyggende helsearbeidet. Disse målene ble ikke omstridt i debatten som fulgte etter lovfremlegget. Derimot kom andre spørsmål til å overskygge hovedmålene, noe som særlig gikk ut over fokuseringen på forebyggingen.

Striden om kommunehelse(tjeneste)loven i begynnelsen av 1980-årene angikk hovedsakelig to spørsmål:

Den ene dreide seg om offentlig styring av ressursbruken versus pasientenes frie legevalg og legenes frie etableringsrett og avlønningssystem. Forenklet sagt ble det en strid mellom de sosialistiske og de borgerlige partiene om graden av sosialisering: Sterk kommunal styring, offentlige ansettelse og fastlønnssystem versus en fortsatt «blandet helsetjeneste» med så vel offentlig som privat praksis. Spørsmålet om egenbetaling, om det såkalte to-pris-systemet (ulik egenbetaling for pasienter som søkte leger og fysioterapeuter med eller uten avtale med kommunene) – kort sagt om «privatisering» av helsetjenesten – utgjorde hoveddelen av striden.

Det andre spørsmålet dreide seg om kommunene og deres nye rolle som arbeidsgiver for helsearbeidere versus den tradisjonelle faglige og hierarkiske styringsmodellen med helsedirektør, fylkeslege og statlige distriktsleger – i rangert orden.

Også under Stortingets behandling av lovforslaget fikk forebyggingens plass liten oppmerksomhet. En hovedgrunn var trolig at spørsmålet var lite kontroversielt og/eller at representantene ikke ville gå inn på bruken av virkemidler, så som restriktive versus stimulerende tiltak. Dersom de hadde gjort det, hadde forebyggingens mange dilemmaer kommet tydeligere frem og klarlagt meningsforskjeller, for eksempel om hvordan grensene bør trekkes mellom samfunnets behov for kol-

lektive forebyggende tiltak og individets rett til å rå over eget liv og helse. Når stortingsrepresentantene gikk utenom temaet, kan det forklares med at kommunehelse(tjeneste)loven primært angikk en forvaltningsreform – en av flere som tilla kommunene ansvar for tjenesteproduksjon på en rekke områder. Ansvarsplassering, finansiering og forvaltningsspørsmål kom derfor i forgrunnen. Kanskje foretrakk representantene å debattere slike saker fremfor saker av mer faglig art. Resultatet ble at hovedmålene for reformen ikke fikk den oppmerksomhet i offentligheten som lovgiverne og faglige myndigheter hadde håpet på.

1970- og 80-årene, en overgangstid

Annen halvdel av 1970-årene markerer starten på et paradigmeskifte i styringen og forvaltningen av norsk helsepolitikk. Fra tidlig på 1970-tallet hadde skiftende regjeringer fremhevet den kommunale og fylkeskommunale handlefriheten. Samtidig ble det slått til lyd for desentralisering av flere og nye oppgaver. Fylkeskommunene var blitt tillagt ansvaret for sykehusvesenet ved innføringen av den nye sykehusloven fra 1. januar 1970, og i St.meld. nr. 85 (1970-71) ble det påpekt at «*det er nødvendig at også helsetjenesten utenfor anstalt får en lov som positivt og konstruktivt søker å regulere og systematisere denne tjeneste...*» I St.meld. nr. 9 (1974-75) signaliserte regjeringen i klare ordelag at distriktshelsetjenesten måtte bli et kommunalt ansvar (s. 108). Utover 1970-tallet ble det levert en rekke utredninger med forslag til reformer, bl. a. forslag til regulering av distriktshelsetjenesten, men også andre fremlegg om forvaltningsreformer med overføring av oppgaver til kommunene. Kommunehelse(tjeneste)lovens faglige innhold, herunder forholdet til forebyggingen, ble således i stor grad utformet i Ot. prp. nr. 36 (1980-81) som Harlem Brundtlands første regjering la fram i 1981.

Senere manifesterte flere av utredningsarbeidene seg i lovforslag fra Willoch-regjeringene (1981-86), så som kommunehelse(tjeneste)loven fra 1982, plan- og bygningsloven fra 1985 og det nye inntektssystemet for kommunene (1984). Tankegangen ble ytterligere konfirmert i Harlem Brundtlands annen regjering, klarest markert i kommuneloven av 1992 som inneholdt flere bestemmelser som angår kommunenes rettigheter og plikter, så som:

- Nedtoning av bestemmelsene om statlig tilsyn og kontroll
- Presisering av at kommunestyret skal ha det øverste tilsyns – og kontrollansvaret
- Obligatorisk ordning med kommunale kontrollutvalg, og
- Større spillerom for lokale variasjoner i administrativ og politisk organisering .

Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, gjerne kalt Juel-komiteen etter dens formann, direktør Dagfin Juel (1909-85). Hovedkomiteen la i løpet av 1970-årene frem flere delutredninger, deriblant en som omhandlet forvaltningen av distriktshelsetjenesten: NOU 1979:10; Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger. Senere samme år (1979) forelå innstillingen fra en annen utredning forfattet av Utvalget til å utrede finansierungsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling utenfor institusjon og sosialtjenesten, benevnt Nyhus-utvalget etter dets formann, overlege og daværende statssekretær Per Nyhus (1927-89). (NOU 1979: 28; Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet). Begge utredningene slo til lyd for tyngre oppgaveportefølje, større ansvar og frihet for kommunesektoren, også innenfor helse- og sosialpolitikken. Som nevnt var fylkeskommunene ti år tidligere blitt tillagt ansvaret for institusjonshelsetjenesten gjennom sykehusloven av 1969, fra 1979 finansiert gjennom en rammefinansieringsordning. Men utover det var det staten som forvaltet og førte tilsyn med helsepolitikken gjennom den sentrale helseforvaltningen, fylkeslegene og stads/distriktslegene. Overgangen til 1980-årene kom derved til å markere et relativt klart tidsskille med hensyn til rollefordelingen i helse- og sosialpolitikken, også med hensyn til ansvaret for det forebyggende helsearbeidet.

Evang-perioden ebber ut

Frem til gjennomføringen av kommunehelse(tjeneste)loven hadde det sentrale helseteknokrati, anført av Helsedirektøren og Helsedirektoratet med underliggende embetsverk og tjenestemenn, vært enerådende når det gjaldt å tolke og formidle helsebudskapene som i det vesentlige hadde sitt utspring i Verdens helseorganisasjon (WHO). I denne organisasjonen spilte helsedirektørene Karl Evang (1902-81) og Torbjørn Mork (1928-92) i tur betydelige roller. Karl Evang ivret allerede som ung lege på 1920-tallet for et sterkere offentlig ansvar for helsetjenesten. Enda sterkere og mer målbevisst arbeidet han for et profesjonsstyrt helsevesen hvor leger etter hvert kom til å besette de fleste viktige kommandoposter. Fra han tiltrådte som medisinaldirektør i 1938, og spesielt etter at han fra 1945 fikk gjennomslag for at Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet og Medisinaldirektoratet ble slått sammen til et nytt helsedirektorat – med ham selv som helsedirektør – bygget han systematisk opp et hierarkisk organisert forvaltningssystem tuftet på «en enorm optimisme og nærmest ukritisk holdning og tillit til legestandens og legevitenskapens potensialer» (Schiøtz 2007). Forslagene fra politisk hold og fra utredningsutvalgene om kommunalisering av

viktige samfunnsoppgaver, spesielt innenfor helsetjenesten, markerte et brudd på hevdvunnen oppgavefordeling, og la grunnen til en tidvis intens kamp om maktfordelingen mellom stat og kommunesektor, og mellom helsefag og politikk. Endringen var en av de viktigste årsakene til den senere striden om den sentrale helseforvaltningen, herunder overføringen av viktige funksjoner fra Helsedirektoratet til en egen helseavdeling i Sosialdepartementet. (Denne interessante epoken i norsk helseforvaltning er nærmere beskrevet av blant andre Nordby 1989, Schiøtz 2000 og Skaset 2006.)

Parallelt med kommunenes økte ansvar for helsepolitikken gjennom kommunehelse(tjeneste)loven kom også andre innfallsvinkler og nye synsmåter på innhold og strategier i forebyggende arbeid. Det innebar imidlertid ikke at helsedirektøren og hans folk fikk redusert faglige innflytelse. Fortsatt utgjorde Helsedirektoratet det faglige tyngdepunktet, blant annet i kraft av rollen som formidler av helsefaglige normer. Det er snarere snakk om supplementet enn alternativer til gjeldende teser og strategier i det forebyggende helsearbeidet, et begrep som man ved innganggangen til 1980 – årene stadig oftere ser erstattet med ordet *folkehelsearbeid*. Denne siste betegnelsen innebærer vektlegging av *helsefremmende tiltak*, da gjerne av vidtfavnende, samfunnsmessig art, mens betydningen av tradisjonelle sykdomsforebyggende tiltak – oftest medisinsk-hygieniske – er tonet noe ned.

NOU 1979: 10 Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger og NOU 1979: 28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.

Allerede tidlig på 1970-tallet hadde regjeringene, med Stortingets tilslutning, tilkjennegitt at distriktshelsetjenesten – som det den gang het – burde være et kommunalt ansvar. Senere ble grunnlaget for kommunaliseringen av primærhelsetjenesten som nevnte lagt i flere utredninger, hvorav de mest betydningsfulle og mest omtalte på slutten av 1970-tallet var utredningene og forslagene fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen (Juelkomiteen) (NOU 1979:10) og Nyhus-utvalget (NOU 1979:28). Men overføring av forvaltningsansvaret til kommunene møtte også motstand, blant andre fra daværende stadsfysikus i Oslo, Fredrik Mellbye (1917-???). I en høringsuttalelse gikk han sterkt i rette med forslaget om kommunalisering i det han mente at distriktshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (sykehusene) burde tilligge samme forvaltningsnivå, nemlig fylkeskommunene. Begrunnelsen var først og fremst behovet for samordning av første- og andrelinjetjenesten.

Men Mellbyes innsigelse møtte liten forståelse i regjeringen og Stortinget. Svaret på spørsmålet om ansvars plasseringen var langt på vei var gitt, blant annet fordi tidens mantra tilsa at kommunene skulle gjøres til den viktigste produsent av velferdstjenester. Det hadde derfor lite for seg å holde distriktshelsetjenesten utenfor, når de fleste andre viktige førstelinjetjenestene ble plassert innenfor kommunenes oppgaveportefølje. I tillegg kom at ideen om kommunalt ansvar var nær beslektet med – og for helse-tjenestens del sprunget ut av – LEON-prinsippet, oppfunnet av Verdens helseorganisasjon og utformet som slagord til støtte for organisering av helse- og omsorgarbeid i lokalmiljøet (LEON = *lavest effektive omsorgsnivå*).

Forslagene fra Juel-komiteen (NOU 1979: 10)

I samsvar med mandatet ble organisering og finansiering av helsetjenester satt i fokus. Omtalen av forebyggende helsearbeid inntok en beskjeden plass. Forenklet sagt er forslagene fra Juel-komiteen preget av tre idealer eller hovedretningslinjer som var sentrale i den sosialpolitiske debatten i 1970 – årene: Desentralisering og deltakelse (lånegods fra den tids internasjonale mantra *decentralization and participation*), samordning (primært av sosial- og helsesektoren) og jevn geografisk fordeling av tjenester og fagfolk. Som en følge av det siste idealet, ble prinsippet om rammefinansiering lagt til grunn ved overføring av statlige midler til så godt som alle viktige kommunale gjøremål. Kommunene påtok seg oppgavene med begjærighet, og var svært tilfreds med rammefinansieringsordningen, om enn ikke med størrelsen på rammene. Juel-komiteen gikk inn for at storparten av alle oppgaver i helsetjenesten skulle tilligge kommunesektoren ved fylkeskommunene (spesialisthelsetjenesten) og kommunene (distrikts- eller primærhelsetjenesten, senere kalt kommunehelsetjenesten). Kontroll og tilsyn skulle fortsatt være statlige oppgaver. Statlige myndigheter skulle etter komiteens syn «føre tilsyn og overvåke befolkningenes helsetilstand og ha tilstrekkelig styring til å sikre en tilfredsstillende helsepleie over alt i landet» (NOU 1979:10, s. 11). Her ønsket komiteen med andre ord å trekke et skille mellom utøvelse og kontroll, et prinsipp som for så vidt ikke var nytt, men som senere er blitt tillagt stor betydning og har blant annet gitt seg utslag i etableringen av en rekke statlige tilsyn som opererer uavhengig av om tjenesteyteren er statlig, fylkeskommunal, kommunal eller privat. Juel-komiteens flertall ønsker derfor at det statlige «offentlige helsevesen» med sin veletablerte stads- og distriktslegeordning skulle bibeholdes slik at man på lokalplanet fortsatt kunne opprettholde det statlige tilsynet. Pliktene og arbeidsoppgavene, som i stor grad var av sykdomsforbyggende karakter, var

nedfelt i instruks fra 1913 og omhandlet tilsynsoppgaver blant annet med vaksinasjon, med de epidemiske og smittsomme syke i byen, og med jordmødrenes virksomhet. I tillegg kom pliktene som skolelege, rettsmedisinsk sakkyndig og rollen som rapportør til fylkeslegene og Helsedirektøren om helsetilstanden i kommunene, særlig ved eventuelt utbrudd av farlig epidemisk sykdom. (s. 15-16). I innstillingen fra Juel-komiteen nevnes det summarisk at det forebyggende helsearbeidet skal bygge på et samarbeid mellom stat og kommune, uten at det i detalj redegjøres for hvordan arbeids- og ansvarsfordelingen mellom de statlige legene og de kommunale var tenkt innenfor forebyggende helsearbeid (s. 17). Imidlertid fremgår det klart av innstillingen at viktige institusjoner som helsesøstertjenesten, jordmortjenesten utenfor institusjon (jordmortjenesten i institusjon ble forutsatt lagt til fylkeskommunene), helsestasjonsvirksomheten, skolehelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, helserådstjenesten og fysioterapi- og ergoterapitjenesten utenfor institusjon, alle skulle inngå i distriktshelsetjenesten og dermed være kommunale ansvarsområder (s. 37).

Nyhus-utvalget (NOU 1969: 28) «kom senere hen til andre resultater»

Nyhus- utvalgets flertall ønsket derimot ikke å opprettholde ordningen med statlige distriktsleger. Det ble klart da utvalget la frem sin innstilling noen måneder etter at Juel-komiteen hadde sagt sitt. Utvalgets flertall mente at alle lege- og fysioterapitjenester burde inngå i distriktshelsetjenesten, og at utøverne således skulle være kommunale tjenestemenn. Det innebar nedleggelse av den statlige stads- og distriktslegeordningen. Kommunene skulle etter forslaget få «*et samlet ansvar for det kurative arbeid, for det forebyggende arbeid, for å bygge opp en vaktjeneste som kan fungere hele døgnet, og for hvordan tjenestene bør lokaliseres geografisk (f.eks. i helse- og sosisentra)*» (s.8-9). Utvalget mente å kunne påvise at helse- og sosialtjenestene var dårlig samordnet, at de var utformet uavhengig av hverandre, og at de sprikte i mål, organisasjon og arbeidsmetode. Det var derfor behov for en samlet kommunal plan for tjenestene. Privat drevet allmennlegetjeneste og fysioterapitjeneste måtte innpasses i kommunens planer og tjenesteportefølje, likevel slik at «*alle nåværende almenleger og fysioterapeuter i privat praksis må ha adgang til å fortsette med dette*» (s. 15). Nyhus-utvalget la stor vekt på at en offentlig instans, kommunene, skulle ha ansvaret for å skaffe befolkningen tilbud når det gjaldt så vel allmennlegetjenester som fysioterapitjenester.

Det idémessige grunnlag for mye av helsedebatten i 1970-årene (desentralisering, deltakelse (større folkelig og folkevalgt innflytelse), samordning

og geografisk jevnfordeling eller utjamning) var viktige retningslinjer for Nyhus-utvalgets arbeid. I tillegg kom prinsippet om helhet («*alle deler av helse- og sosialtjenesten kan bygges ut og drives i en sammenheng*»(s.5). Sagt med andre ord: Et samlet førstelinjeansvar (s.60), forenkling, effektivitet, sikring av nødvendig ressurstilgang med styrking av distriktshelsetjenesten og sosialtjenesten, og endelig: et hensiktsmessig styringssystem.

På det aller siste møtet i Nyhus-utvalget var Nyhus selv opptatt av å fremheve at utredningen drøftet så vel en kommunal som en alternativ fylkeskommunal modell for ansvars plassering. Dette er hovedgrunnen til at utvalget tok ordet «lokalsamfunnet» inn i tittelen på utredningen.

Troen på planlegging

Utredningen fra Nyhus-utvalget preges av troen på planlegging kombinert med rammestyring. Tre år før innstillingen forelå, hadde Stortinget vedtatt midlertidig lov om plan- og forsøkslov som blant annet inneholdt bestemmelser om at kommunene skal utarbeide, og kommestyret vedta planer for helsetjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten. Loven forutsatte at planarbeid skulle skje parallelt i kommunene og fylkeskommunene, med størst mulig samordning av planarbeidet i de to forvaltningsleddene (s.94). Både kommunenes og fylkeskommunenes rammeplaner skulle godkjennes av departementet, som skulle kunne gjøre endringer i dem. Samtidig skulle planene tilpasses kommunenes generalplan og fylkeskommunenes fylkesplan etter daværende bygningslov. Utvalgets flertall mente at denne linjen burde føres videre i den kommende lovgivningen om distrikts- eller kommunehelsetjenesten. Ett medlem (Heltne) mente at planleggingsbestemmelsene for kommunenes del heller burde legges direkte inn i den/de nye loven(e), og at fylkeskommunene ikke burde involveres i kommunenes planarbeid (s. 94-96). Dette siste synspunktet hadde formodentlig sammenheng med det generelle prinsipp om at fylkeskommunene ikke skulle ikles rollen som «overkommuner».

Rammestyring og «objektive kriterier»

Når det gjaldt finansieringen av helse- og sosialtjenestene, la Nyhus-utvalget til grunn at den i hovedsak skulle skje gjennom rammetilskudd bygget på «objektive kriterier» for behov: Befolkningsstørrelse og sammensetning, antall uføre, enslige forsørgere og dødelighet. Forslaget var i tråd med det generelle finansieringssystemet som Hovedkomiteen noen år tidligere hadde foreslått, og som Regjeringen hadde fått Stortingets tilslutning til under behandlingen av St.meld. nr. 31 (1974-75): Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen (s.93). Nyhus-utvalget var inne på tan-

ken om at rammetilskuddsordningen – med liten grad av øremerking – kunne føre til at pengene gikk annet steds enn de var tiltenkt, men satte sin lit til at dette måtte planleggingssystemet kunne holde styr på (s.93). Utvalget sluttet seg dermed til Hovedkomiteens syn om at rammetilskuddene helst ikke skal øremerkes, spesielt ikke *innenfor* oppgavefeltet: «... i minst mulig grad bør (rammetilskuddet) øremerkes til deler av hhv. helse- og sosialtjenesten i kommunene» (s.93). I ettertid kan man undre om dette har ført til forfordeling av det forebyggende arbeidet. Da forslaget til kommunehelse(tjeneste)lov senere ble lagt frem for Stortinget reagerte helsedirektør Torbjørn Mork blant annet på at de kurative tjenestene skulle delfinansieres av staten, mens det forebyggende arbeidet skulle finansieres i sin helhet over kommunekassen.

Nyhus-utvalgets betoning av kommunal *planlegging* av helse- og sosialarbeidet, i kombinasjon med *rammefinansiering*, innebar at Helsedirektørens innflytelse på forvaltningen av den lokale helsetjenesten ville bli klart svekket når kommunene fikk hånd både om pengene og planleggingsansvaret. For det andre markerte forslagene fra utvalget starten på et nytt og annerledes betalingssystem der automatikken knyttet til *forbruket* av tjenester ikke lenger skulle være den viktigste faktor for utløsning av statlige midler. Heretter skulle det være det antatt «*objektive behovet*», basert på statistiske estimater, som skulle legges til grunn ved fordelingen av midlene utover landet.

Det *måtte* det bli bråk av, ikke minst fordi fordelingen av helsepersonell var ekstremt geografisk skjevfordelt og fordi legetettheten var den viktigste enkeltfaktor når det gjaldt forbruket av helsekroner i form av trygde- og refusjoner. Forenklet sagt kom forslaget til å utløse en latent maktkamp mellom de som betraktet legeyrket primært som et liberalt yrke med stykkprisfinansiering som betalingsform og insitament, og de som så på legetjenesten som et offentlig anliggende med lønns- og arbeidsvilkår regulert etter vanlige offentlige regler. Maren Skaset gir i sitt doktorgradsarbeid en interessant redegjørelse for Legeforeningens behandling av saken og de ulike synspunkter som fremkom (Skaset 2006, s.251-255).

Ot.prp. nr. 36 (1980-81) og Ot.prp. nr. 66 (1981-82)

Den 6. mars 1981 la Harlem Brundtlands første regjering frem Odelstingsproposisjon nr. 36 (1980-81): Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Proposisjonen bygget i hovedsak på prinsippene som ble nedfelt av Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen (Juel-komiteen), senere bearbeidet og utformet i større detalj av Nyhus-utvalget. Innholdet var først og fremst forslag til lov om helsetjenesten i kommunen.

(Regjeringen erstattet her den tidligere betegnelsen *distriktshelsetjeneste* med *kommunehelsetjeneste*, trolig som et ledd i den tidstypiske kommunaliseringstrenden.) Dessuten inneholdt proposisjonen forslag til lov om planlegging og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene samt forslag til endringer av sosialomsorgsloven. Enkelte punkter i proposisjonen fikk god mottakelse, andre ikke. Det kommunale ansvaret og styringsretten ble i liten grad bestridt, selv om mange syntes det var galt eller sårt at ordningen med statlige stads- og distriktsleger skulle opphøre. Begrunnelsen for at også disse legene burde bli kommunale tjenestemenn var «at det vil bryte sterkt med vanlige administrative prinsipper dersom en statlig tjenestemann blir leder for en kommunal etat og dermed ansvarlig for å forberede saker for kommunale politiske organer» (s.10). Kommunene og fylkeskommunene var i hovedsak fornøyd med å få en ordning som innebar et, etter deres mening, styrket kommunalt selvstyre innenfor gitte økonomiske rammer. Fra legehøld ble det imidlertid hevdet at lovforslaget truet det frie legevalget og privat praksis som ervervsform. Opposisjonen på Stortinget mente at forslaget ville gjøre det vanskelig eller umulig å søke legehjelp utenfor egen hjemkommune og at det i realiteten ville innebære henimot «yrkesforbud» for leger uten avtale med en kommune fordi de ville miste retten til å praktisere på trygdens regning, belaste trygden med sykemeldinger, skrive ut «blåresepter» og henvisninger. Mange hevdet at loven ville bety brudd med prinsippet om en «blandet helse-tjeneste», dvs. en helsetjeneste med både privat og offentlig engasjement, og at man i stedet ville få en «sosialisert» helsetjeneste. Siden Stortinget var sterkt splittet i synet på lovforslaget, og tiden frem til sommerferien var kort og Stortingets siste sesjon ebbet ut, vedtok Odelstinget 2. juni 1981 at proposisjonen ikke skulle behandles av det avtroppende odelsting.

Legeforeningen hadde reagert voldsomt på forslagene fra Harlem Brundtland-regjeringen. Forklaringen var at Nyhus-utvalget hadde lansert et forslag vedrørende det «uløselige» problemet å innpasse privat praksis i en ordning som samtidig innebar kommunal styring, som Legeforeningen godtok. Denne ordningen er beskrevet slik i Ot. prp. nr. 36, side 100:

«Privatpraktiserende får refusjon etter normaltariffen fra trygdekontoret. Kommunen refunderer trygden, ikke etter faktisk utbetaling i kommunen, men etter antall årsverk som utføres av privatpraktiserende i kommunen. Betaling pr. årsverk settes lik gjennomsnittlig utbetaling pr. legeårsverk landet sett under ett»

Departementet, som på det tidspunkt var ledet av statsråd Arne Nilsen fra Ap, mente imidlertid at dette var en form for indirekte overføring som ikke var helt i samsvar med rammefinansieringssystemet. Alternativet ble

derfor forkastet til fordel for en ordning der kommunen betalte de faktiske utgiftene direkte til legen. Det var denne direkte oppgjørsordningen Legeforeningen ikke kunne godta, og resultatet ble en voldsom reaksjon med demonstrasjonstog og mobilisering av media: «La ikke sosialistene ta fra deg legen din!» Det er ikke usannsynlig at mange også i Arbeiderpartiet ble betenkt over alt oppstyret, slik at Stortinget utsatte behandlingen av Ot. prp. 36.

I ettertid kan man lure på om loven kanskje hadde blitt vedtatt våren 1981 dersom departementet hadde fulgt opplegget til Nyhus-utvalget fullt ut. Opposisjonen ville kanskje ikke ha reagert slik som den gjorde dersom Legeforeningen hadde godtatt forslaget. Dette illustrerer foreningens sterke maktposisjon.

«Spillet om kommunehelsetjenesten» – politisk strid

Striden om kommunehelsetjenesten ble en viktig del av valgkampen foran stortingsvalget i 1981. Det endte med borgelig valgseier, og Kåre Willoch dannet den første rene Høyre-regjering på over 50 år. (KrF og SP ønsket på det tidspunkt ikke å delta i regjeringssamarbeid på grunn av den daværende akutte striden om «fri abort».) En av de første oppgavene den nye regjeringen tok fatt på, var å revidere lovutkastet som var fremmet i St.prp. nr 36(1980-81), og erstatte det med lovregler som var mer i samsvar med synet til det nye Stortinget. Det skulle imidlertid vise seg langt vanskeligere enn først antatt, fordi det nye stortingsflertallet var mer samlet i motstanden mot det gamle forslaget, enn det var i spørsmålet om hva som skulle komme i stedet.

Legeforeningen var hele tiden en ivrig aktør som etter beste evne søkte å påvirke utformingen av loven gjennom lobbyvirksomhet i det politiske miljøet. Et viktig mål for foreningen var å ivareta profesjonenes interesser innenfor den nye kommunehelsetjenesten gjennom å bevare en egen finansieringsordning for legetjenester for å hindre andre fra å kunne bestemme over *«hvor, når og hvordan når det gjaldt (utøvelsen av) legetjenesten»* (Ånstad, foredrag 2007). I Ot.prp. nr.36 hadde Brundtlandregjeringen foreslått at bare de privatpraktiserende legene som fikk avtale med kommunen skulle ha rett til å praktisere på trygdens regning, og at denne refusjonen skulle synliggjøres og belastes kommunens budsjett. Forslaget var primært begrunnet med hensynet til behovet for økonomisk styring. Statlige myndigheter kunne ikke sitte med hendene i fanget og se på at hundretalls millioner av trygdekroner ble geografisk fordelt i forhold til hvor legene ønsket å etablere praksis. Både penger og behandlingstilbud måtte fordeles på en måte som tilgodeså alle befolkningsgrupper og geografiske

områder på en rimelig måte. I prinsippet hadde det synet mye for seg. Det hadde full tilslutning i så vel Finansdepartementet som Kommunaldepartementet, innledningsvis også i den nye politiske ledelsen i begge departementene. Men det var også klare ulemper knyttet til en omlegging som blant annet innebar brudd på den historiske tradisjonen med en «blandet helsetjeneste» basert på samspill mellom offentlig og privat engasjement.

For å avklare synspunktene innenfor Høyre, inviterte sosialministeren (Leif Arne Heløe, LAH) representanter fra partiets ledelse sammen med sosialfraksjonen i Stortinget til et seminar på Reistad 2. og 3. januar 1982. Fra departementet deltok dessuten statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg og to medarbeidere fra embetsverket, Hans Ånstad og Jon-Olav Aspås. De to sistnevnte redegjorde for mulige løsninger på problemet med betalingsordningene, og oppsummerte med å anbefale en modell svært lik den Ap-regjeringen hadde foreslått. Etter redegjørelsen ble det en trykkende pause, hvoretter Jo Benkow, partiformann og parlamentarisk leder, konkluderte: «Det der får du aldri til, Ibo» (Ibo var et navn venner brukte på Heløe).

Dermed var det klart at noe som liknet Aps modell med full styring av økonomien gjennom rammetilskudd og kommunale avtaler var ute av bildet. På den annen side var det utenkelig at en regjering ledet av Kåre Willoch, som selv stod som garantist for moderasjon og økonomisk forsiktighet, skulle tillate bibehold av den gamle ordningen med en tilnærmet ukontrollerbar vekst og fordeling av trygdebudsjettet – og det uten at offentlige myndigheter fikk oversikt over hvilke helsemessige gevinster som kom ut av pengebruken. Dertil kom den geografiske skjevfordelingen av ressursene: Distrikter med mange leger og fysioterapeuter hadde et vesentlig større forbruk av trygdemidler enn distrikter som var dårlig bemannet. Det var ingenlunde samsvar mellom pengebruken, på den ene siden, og sykkeligheten og andre indikatorer på behov, på den annen. Misforholdet er forøvrig fortsatt til stede, om enn i mindre grad.

Det måtte finnes en løsning mellom ytterpunktene, det vil si en løsning som tilgodeså behovet for økonomisk styring samtidig som den tillot privat praksis som ervervsform og pasientens frie legevalg. Tallrike samtaler ble ført med Høyres sosialfraksjon i Stortinget, til tider også med hele den borgerlige storfraksjonen, som regjeringen var avhengig av støtte fra. Meningene var til å begynne med delte, nesten like mange meninger som det var borgerlige medlemmer av stortingskomiteen. Noen representanter for mellompartiene hadde sympatier for deler av Arbeiderpartiets modell for økonomisk styring, en modell som også Kommunenes Sentralforbund (KS) gikk inn for, naturlig nok. Men samtidig innså disse representantene at innføring av modellen ville innebære brudd med den tradisjonelle «blan-

dingsmodellen» med så vel privat som offentlig engasjement, blant annet i form av initiativ, innflytelse og penger fra religiøse og humanitære organisasjoner.

Dette var ikke lett. Sosialministeren (LAH) og prosjektlederen for lovutkastet (HÅ) vandret lange kveldsturer og diskuterte kombinasjonsløsninger og mulige strategier for å samle tilstrekkelig oppslutning om det vesentligste: En modell som overførte ansvaret og styringen av en integrert helse- og sosialtjeneste til kommunene. Vi var inne på mange mulige og umulige modeller, men den endelige kom ikke på plass før statsministeren selv engasjerte seg for fullt. Det var Willoch som i det vesentlige fant på løsningen med å tredele inntektene til legene og fysioterapeutene i en avtaldel i form av fast lønn, en trygdedel (refusjonsdel) og en egenandel. Utkastet til denne løsningen lanserte han i et møte på sitt kontor med rådgiver Tor Borgenvik og LAH. Borgenvik bidro med å foreslå innført et såkalt fastlønnstilskott for de kommunene som ønsket å satse på fastlønnete allmennleger og fysioterapeuter. Dette gav kommunene, for så vidt også legene, større valgfrihet når det gjaldt avlønningsform, og ble derfor et verdifullt bidrag til å løse lovforslaget gjennom.

Noen år senere, i Gudmund Hernes' tid som helseminister, ble imidlertid fastlønnstilskuddet fjernet i forbindelse med fastlegereformen. I ettertid kan vi se at det var uheldig, ikke minst for forebyggende arbeid. Sosial- og helsedirektoratet ønsker nå å utrede og eventuelt gjeninnføre ordningen fordi den erfaringsmessig hadde stor betydning for legetjenestens bidrag i forebyggende arbeid. (Rapport 2007 fra Sosial- og helsedirektoratet, s. 114 og 127). Forøvrig har fysioterapeutene hele tiden beholdt fastlønnstilskuddsordningen. I de senere år er den overveiende del av fysioterapitjenesten i skole- og helsestasjonsarbeidet utført av fastlønnede fysioterapeuter.

Med tredelingen av inntektskildene, supplert med forslaget til fastlønnstilskott, var arbeidet med å finne en akseptabel løsning kommet et godt skritt videre. Likevel ble mottakelsen så ymse. Den borgerlige fraksjonen i Stortingets sosialkomité sluttet imidlertid etter en tid opp om modellen, blant annet takket være diplomatiske ferdigheter og helhjertet innsats fra Høyres sosialpolitiske hovedtalsmann Christian Erlandsen. Misnøyen var nå likelig fordelt mellom dem som ville ha løsningen mer høyredreid, og dem som ville ha den mer venstrevridd.

Den 16.april 1982 la regjeringen Willoch frem Ot.prp.nr.66 (1981-82) som hadde samme tittel som sin forgjenger: Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene. Det som skilte denne proposisjonen fra forgjengeren, var hovedsakelig finansieringsordningene og omtalen av hvordan den pri-

vate lege- og fysioterapitjenesten kunne innpasses i den kommunale planleggingen. De fleste av de øvrige forslagene fra Ot.prp. nr 36 ble beholdt ved at teksten i den nye proposisjonen i stor grad henviste til fremstillingen i den gamle. Proposisjonen holdt fast ved at ordningen med statlige stads- og distriktslegene skulle opphøre, og stillingene overføres til kommunene.

Mange av de gamle embets- og statstjenestemenn i helsetjenesten tok det tungt. Helsedirektør Torbjørn Mork og stadsfysikus Fredrik Mellbye oppsøkte meg (LAH) på kontoret i 12. time og bad meg omgjøre forslaget om kommunalisering av distriktslegene fordi «kommunehesloven vil utradere den flere hundre år gamle tradisjonen med statlige distriktsleger, som tillike også var embetsmenn», som Mellbye sa det. Jeg uttrykte sympati for tanken, men slik saken sto, var det lite å gjøre. Vi skiltes i vemod og fordragelighet.

Striden i de politiske miljøene, og enda mer i yrkesorganisasjonene, skiftet etter hvert fra prinsippene og de store linjene til detaljene. Eksempler på det var et uttall brev og avisinnlegg som stilte spørsmål om hvilke leger og fysioterapeuter som skulle være berettiget til driftstilskudd. Hva med dem som etablerte praksis etter 1. juli 1983, skulle de kunne etablere seg fritt uten driftstilskudd, men kompensere manglende driftstilskudd med høyere egenandel? Dette utløste to parallelt løpende debatter: En om det eventuelt forkastelige i å kreve egenbetaling, særlig av barn, gamle og kronisk syke. Den andre om det såkalte to-pris-systemet (forskjellig egenbetaling hos leger og fysioterapeuter med eller uten avtale om driftstilskudd med kommunen). Og da et internt notat fra forbrukerminister Astrid Gjertsen om «privatisering» lekket ut til pressen, smeltet temaene sammen og munnet ut i spørsmålet: Er regjeringen i ferd med å bygge ned velferdsstaten og overlate store deler av styringen til markedet? Opposisjonen var på offensiven.

Forebyggende helsearbeid

Det forebyggende helsearbeidet var derimot ikke stridstema mellom de politiske fløyene. Omtalen var likelydende i proposisjonene, og var viet fremtredende plass i lovt tekst og utdypingstekst, vesentlig sterkere poengtert enn i de to utredningene som er nevnt ovenfor og som utgjorde forarbeidet til kommunehelse(tjeneste)loven. Lovens § 1-2, som omhandler helsetjenestens formål, har en klar og utvetydig formulering.

«Kommunene skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade og lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen».

I listen over kommunehelsetjenestens oppgaver, omtalt i §1-3, er forebygging nevnt først og således gitt forrang:

«Fremme av helse og forebygging av sykdom, skade og lyte. Tiltak med dette for øye organiseres som

a. helsesrådstjeneste

b. helsestasjonsvirksomhet

c. helsetjenester i skoler

d. opplysningsvirksomhet».

Deretter følger oppstillingen av de andre oppgavene: Diagnose og behandling av sykdom, skade og lyte, medisinsk attføring, pleie og omsorg.

Det er i denne sammenheng spesiell grunn til å nevne den rollen som en enkelt person spilte når det gjaldt omtalen av forebyggingen, nemlig tidligere høyesterettsdommer Trygve Leivestad (1907-94). Etter at han var blitt pensjonist, hadde han påtatt seg flere oppdrag for Sosialdepartementet, herunder arbeidet med å utforme forslag til lovteksten i kommunehelse(tjeneste)loven. Leivestad hadde stor tro på nødvendigheten av forebygging, og kanskje spesielt på betydningen av kroppslig aktivitet og idrett. I sine første utkast til lovtekst hadde han gitt slike tiltak en så fremtredende plass at flere i forvaltningen syntes det ble vel meget av det gode. Den spesielle omtalen av aktivitetene, herunder de kroppslige, ble derfor tonet ned, men den prioriterte plass på listen over kommunehelsetjenestens formål ble beholdt. Leivestads innsats og engasjement bidro sterkt til at forbyggende helsearbeid fikk en så fremtredende plass i lovverket som det fikk. Leivestad innførte forøvrig betegnelsen «helsehjelp», et nyord som nå er i bruk i et hvert dokument som omhandler helsetjenesten.

Forebygging som første post i oppgaveporteføljen ble fulgt opp ved at tiltakene skulle finansieres på samme måte og på samme vilkår som kurative tiltak (s.8 i proposisjonen). Det var en alminnelig oppfatning at alle viktige forebyggende oppgaver burde videreføres fra sunnhetsloven – «den forebyggende grunnlov», som fikk sin første utforming allerede i 1860 – ellers ville de kunne bli forsømt i forhold til de kurative arbeidsoppgavene.

Forrangen som forebyggelsen fikk kan oppfattes som brudd med et annet prinsipp som kommunehelse(tjeneste)loven bygget på – som en del av arven fra Hovedkomiteen – nemlig kommunenes rett til fritt å prioritere og organisere innenfor gitte rammer («den som har skoen på, vet hvor den trykker»). Hovedkomiteen hadde stått sterkt på at det kommunale ansvaret hang nøye sammen med denne disposisjonsretten, bygget på nærhet mellom beslutningstaker og utøver, og samordning av tiltakene. Når kommunesektoren, ved Kommunenes Sentralforbund (KS), likevel ikke tok nevneverdig til motmæle mot denne delen av lovforslaget, hang det trolig

sammen med at loven i stort var en seier for prinsippet om kommunen som all round-forvaltningsorgan. Primærhelsetjenesten ville nå bli underlagt lokal folkevalgt styring, i stor grad frigjort fra det tradisjonelle, sentralstyrte helseteknokrati som var bygget opp under ledelse av Karl Evang. Kommunesektoren hadde fått gjennomslag for sitt ønske om å være et forvaltningsledd med «generaliststatus» gjennom sine mangeartede gjøremål som krevde samordning. «---god helse og gode sosiale miljøer avhenger ikke alene av en godt utbygget helse- og sosialtjeneste, men også av at forholdene på andre felter i lokalsamfunnet er innrettet mot det samme mål», stod det i Ot.prp. nr 36 (s. 8).

Men proposisjonen inneholdt også reservasjoner med hensyn til hvor langt den kommunale friheten rekker når det gjelder utformingen av helse-tjenesten. Ovenfor er nevnt pålegget om forebyggende arbeid og hvilke institusjoner som skulle inngå i det. I tillegg slo proposisjonen fast at desentraliseringen av ansvar og beslutningsmyndighet *«kan ikke gå så langt at den bryter med ønsket om likhet mellom geografiske områder og sosiale grupper»*(s.13). Denne reservasjonen kan leses som: Kommunal frihet, ja vel. Men bare innenfor enhetsstatens rammer. Prinsippet om lokal selvråderett kan ikke gjennomføres på bekostning av allmenne likhetsidealer og prinsippene om solidaritet mellom folkegrupper og landsdeler. Her må det imidlertid tilføyes at disse hensynene også ble søkt ivaretatt gjennom de «objektive kriteriene» som var ment å sikre rettferdig fordeling av rammetilskuddsmidlene mellom kommunene.

Bare sterk i ord?

Forslaget til lov om kommunehelsetjeneste slik det fremstår både i Ot.prp. nr. 36 (1980-81) og i Ot.prp. nr 66 (1981-82) kan kritiseres for at omtalen av det forebyggende arbeidet er gitt i generelle vendinger uten detaljer med hensyn til faglig innhold. Spesielt er sammendraget, slik det fremstår i Ot.prp. nr 36, innholdsmessig magert med hensyn til forebyggelse, mens økonomiske forhold, planlegging, styring og innpassing av privatpraksis i tjenestetilbudene er gitt bredere plass.

Likevel kan det hevdes at forebyggende helsearbeid var en fanesak for begge regjeringene (Gro Harlem Brundtlands første regjering og Kåre Willochs første regjering) fordi lovteksten gjorde forebyggende helsearbeid til et prioritert område gjennom formålsparagrafen og fordi arbeidsfeltet fikk en fremtredende plassering på listen over kommunehelsetjenestens arbeidsoppgaver. Utformingen av loven var klart ideelt motivert, både i departementale og faglige miljøer hvor proposisjonene var utformet, og i politiske kretser hvor «forebygging er bedre enn behandling» var et utbredt,

om enn troskyldig mantra. Det lå også klare strategiske vurderinger bak den sterke formålsformuleringen som kunne være god å henvise til senere når kraftfulle virkemidler eventuelt skulle introduseres i forebyggingen.

Likeså må det anføres at detaljert beskrivelse av faglig innhold i tjenestene, hva enten de er av forbyggende eller kurativ art, ikke hører naturlig hjemme i lovteksten, men skal inngå i forskrifter, rundskriv mv. som utdyper loven. Proposisjoner er rettet til Stortinget som skal ta stilling til prinsippene og velger mellom ulike, gjerne omstridte politiske alternativer. Departement og fagmyndighet utformer detaljene, herunder det faglig innholdet i tjenestene. på grunnlag av den vedtatte lovteksten, eventuelt også av stortingskomiteens merknader.

Utformingen av finansieringssystem og bruk av økonomiske insentiver vil kunne påvirke valget av behandlingsform og balanseforholdet mellom kurativ og forebyggende behandling. En anekdote kan illustrere forholdet: Som tidligere nevnt ønsket helsedirektør Torbjørn Mork et sterkt statlig grep om primærhelsetjenesten, styrt av statlige stads- og distriktsleger. Under et såkalt fredagsmøte i Helsedirektoratet omtalte han Ot.prp. nr. 36, og spesielt forslaget om å kommunalisere legetjenesten, som «en ulykke». På et senere møte ble han konfrontert med Willoch-regjeringens forslag i Ot.prp. nr 66 om å delfinansiere kurative tjenester etter stykkpris, mens forebyggingen utelukkende skulle betales via kommunenes rammetilskudd. «En katastrofe», spådde Mork.

Så galt gikk det heldigvis ikke. Kommunene og de kommunalt ansatte legene var sitt ansvar mer bevisst enn helsedirektøren fryktet. Men kanskje ville forebyggingen ha fått enda bedre kår under et statlig regime? Hvem vet? Men Morks «top-down» strategi for å fremme forebyggingen – gjennom statlige distriktsleger basert på en gjennomgående fastlønnsordning – var ikke politisk salgbar, kanskje heller ikke praktisk gangbar ut fra vår politiske tradisjon med «en blandet helsetjeneste». Kommunehelsetjenesten ble til i kompromissets ånd, som så mange andre institusjoner under den nordiske velferdsmodellen.

Et nytt syn på forebyggende helsearbeid?

Lovforarbeidet til kommunehelse(tjeneste)loven varslet et bredere, til dels også nytt syn på forebyggende helsearbeid i forhold til det tradisjonelle som hadde det vesentlige av sitt idémessige grunnlag i sunnhetsloven fra 1860 med senere bearbeidelser og utlegninger. I forarbeidet til kommunehelse(tjeneste)loven påpekes blant annet to forhold som lenge hadde vært allmenn kunnskap langt ut over sosialmedisinernes rekker, men ikke gitt seg nevneverdig utslag i regelverk og praktisk politikk. Det ene var at helse-

tilstanden påvirkes av en rekke miljø- og samfunnsfaktorer, hvorav helse-tjenesten bare kan influere på en mindre del (Ot.prp. nr. 36, s.59).

Det andre var at betalingssystem og organisasjonsmåte virker avgjørende inn på vektleggingen av det forebyggende arbeidet i forhold til det kurative. Siden en av lovens viktigste hensikter var å øke og effektivisere det forebyggende arbeidet, kunne dette best gjøres ved at begge (det forebyggende og det kurative) ble tillagt samme instans, nemlig kommunene. Et tredje prinsipp, som heller ikke var nytt, men som nå fikk en fremtredende plass i omtalen, var at arbeidet ikke ensidig skulle bestå i å forebygge sykdom, men like viktig var å fremme helsetilstanden, «f.eks. ved forskjellige former for helseopplysning, motivering av befolkningen i retning å ta vare på egen helse osv.» (s.60).

Territoriell versus funksjonell samordning

Som nevnt bygget kommunehelse(tjeneste)loven på tankene som Hovedkomiteen hadde gjort seg om desentralisering av en rekke oppgaver til et folkevalgt organ med ansvar for et avgrenset territorium, dvs. en kommune eller fylkeskommune. Forslaget innebar dermed desentraliseringen etter det såkalte *territorielle prinsipp*. Staten har på tilsvarende vis valgt å organisere noe av sin regionale virksomhet etter samme prinsipp ved at enkelte statlige fagetater er samlet under fylkesmannsembetet (tilsyn av flere slag, beredskapspolitikk, miljøforvaltning, landbruksforvaltning, klagesaksbehandling mv.). De øvrige ca. 35 regionale statsetater, så som toll- og politietatene, NAV, skatteetaten, fiskerietaten, kystverket m.fl. er organisert etter det *funksjonelle* eller *sektorielle prinsipp* der hensynet til fagene og deres egenart er tillagt større vekt enn samordningen av offentlige tjenester innenfor samme geografiske enhet (fylke eller kommune). Kommunehelse-tjenesten kan derfor tjene som eksempel på en tjenestegren som er overført fra i hovedsak å være organisert etter det funksjonelle prinsipp, styrt gjennom et hierarkisk ordnet system: stads/distriktslege – fylkeslege – helsedirektør, til å bli et territorielt styrt system, samordnet med andre kommunale tjenestegrener. Det faglig tilsynet med virksomheten er imidlertid statlig og i dag organisert gjennom Statens helsetilsyn, i praksis hovedsakelig delegert til fylkeslegen som er etatens regionale representant.

Kommunehelse(tjeneste)loven medførte at helsetjenesten ble mindre legestyrt og mer folkestyrt enn den hadde vært. Dette maktskiftet er en viktig del av bakgrunnen for striden som pågikk om loven, og der legene var viktige aktører.

Sosialkomiteens syn på saken

Den 28. oktober 1982 forelå innstillingen fra Stortingets sosialkomité. Den klargjorde og utdypet de politiske skillelinjene mellom partiene om sentrale sider ved loven, men fikk også frem den brede enigheten som rådde blant annet om formålet og nødvendigheten av reformen. Frps representant, Fr. Fr. Gundersen, sluttet seg til lovens generelle formål, men gikk likevel mot hele loven i det han mente at «--- loven ikke er et egnet middel til realisere den målsetting som er satt opp.». (Innstilling fra sosialkomiteen s. 20). Enigheten mellom de øvrige medlemmene kom klarest til uttrykk i omtalen av det forebyggende arbeidet: «*Flertallet vil understreke betydningen av helseopplysning og forebyggende helsearbeid. Livsvilkårene i nærmiljøene, generell opplysning om sammenhengen mellom livsstil og sykdom må prioriteres*»(s. 7). «*En omstrukturering av helsetjenesten til fordel for distrikthelsetjenesten slik dette lovverket har som oppgave, innebærer en sterk satsing på det totale forebyggende helsearbeidet, herunder opplysningsvirksomhet. Slik kan den enkelte i høyere grad enn tidligere bli i stand til å ta vare på egen helse*»(s.10). Det samme flertallet pekte videre på at folkehelsen i høy grad er avhengig av andre politiske avgjørelser som får følger for sosiale kår. Likeså nevntes at arbeidsledighet, høye boutgifter og levekostnader vil skape sosiale problemer for mange: «*En enhetlig helse- og sosialtjeneste i lokalsamfunnet vil være et vesentlig bidrag i dette arbeidet*».

Den viktigste skillelinjen mellom representantene for det borgerlige flertallet (Høyres, KrFs og Sps representanter) og Aps representanter i komiteen gikk på avlønningssystemet og innpassingen av privat lege- og fysioterapitjeneste i den kommunale helsetjenesten. Det borgerlige flertallet ønsket, på samme måte som regjeringen, innpassing av privat praksis gjennom driftstilskudd (40 %) og stykkprisrefusjon fra trygden (25 %), i tillegg til egenandel (35 %). Også leger og fysioterapeuter uten avtale, samt «fritidspraktiserende» sykehusleger, skulle kunne arbeide utenom den kommunale helseplanen, men likevel ha rett til trygderefusjon. Kommuner som ønsket det, skulle kunne innføre fastlønnsordning.

Aps representanter ønsket faste ansettelser og innpassing av de privatpraktiserende i kommunens helseplan. Derved ville kommunen få bedre styringsmulighet og valg av betalingssystem: fastlønnsordning og/eller stykkprisbetaling.

Hjemmesykepleiens plassering, enten innenfor helsetjenesten eller sosialtjenesten, eventuelt valgfrihet for kommunen med hensyn til plassering, var et annet omstridt tema. De borgerlige representantene, unntatt O. Holøs fra KrF, ønsket sykepleiefaglig ledelse og tilknytning til helsetjenesten for å skape «en sammenhengende tiltakskjede», mens Aps represen-

tanter og Holøs gikk inn for at kommunene selv skulle kunne velge tilknytning, enten til helse- eller sosialsektoren. Denne meningsforskjellen kan betraktes som en forløper for striden som senere oppstod om sykehjemmenes plassering: Skulle de fortsatt være fylkeskommunale, nært knyttet til sykehusene, eller skulle de overføres til kommunene og inngå i kommunenes tiltakskjede? Den siste løsningen ble senere – etter stor strid, blant annet mellom kommuner og fylkeskommuner – vedtatt av Stortinget.

Bedriftshelsetjenestens plassering, i eller utenfor kommunehelseloven, var også et spørsmål som skilte de borgerlige fra Aps representanter i komiteen. Det borgerlige komitéflertallet ønsket at tjenesten skulle inngå i loven for å få til en bedre samordning av kommunehelsetjenesten og bedriftshelsetjenesten. Aps representanter mente derimot at det fortsatt burde være arbeidsmiljøloven som «*er det verktøy bedriftshelsetjenesten skal arbeide ut fra*» (s. 10), trass i at den foregående Ap-regjeringen i Ot.prp. nr. 36 selv hadde vært inne på tanken å inkludere bedriftshelsetjenesten i kommunens helseplan. Partiet hadde imidlertid forlatt dette standpunktet, sterkt presset av LO. LO var, etter en periode med tvilrådighet, kommet til at bedriftshelsetjenesten måtte stå på egne ben, ellers ville viktige prinsipper i Arbeidsmiljøloven bli undergravet. Ap mente nå at bedriftshelsetjeneste først og fremst var å regne som miljøtiltak og ikke som individrettet helse-tjeneste (A.L. Bakken i debatten i Odelstinget). Under debatten i Odelstinget kom det ellers frem at SV, som ikke var representert i sosialkomiteen, derimot ønsket bedriftshelsetjenesten bygget ut til «*en integrert del av den kommunale primærhelsetjenesten*» (H. Kvanmo i Odelstingsdebatten).

Spørsmålet om bedriftshelsetjenestens tilknytning hadde stor betydning av minst to grunner. For det første var det fare for oppbygging av parallelle helsetjenester med til dels overlappende gjøremål, for det andre hadde spørsmålet klar relevans til organisering og arbeidsmetode i det lokale forebyggende arbeidet.

Da saken senere ble behandlet av Odelstinget, hadde komitéflertallet moderert sitt syn fra den opprinnelige tekst i §1-4 fra: «*Kommunen skal planlegge sin helsetjeneste, herunder helsetjeneste ved bedrifter og primærnæring i kommunen---osv.*» til «*Der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og bedriftshelsetjeneste.*». Og slik kom loven til å lyde.

Odelstingets behandling av kommunehelse(tjeneste)loven 4. november 1982

Meningsforskjellene som fremkom i komitèinnstillingen ble forsterket i odelstingsdebatten med mange innlegg farget av politisk retorikk. Hovedinnholdet ble striden om fastlønnsordning versus stykkprisbetaling, kommunal styringsrett versus etableringsrett og fritt valg av behandler. I tillegg kom spørsmålet om forlengelse eller avvikling av loven om etableringskontroll for leger fra 1976 som regjeringen mente ville være overflødig når kommunehelse(tjeneste)loven ble gjennomført. Til tross for at sykepleierne var den absolutt største personellgruppen som loven omfattet, ble det legenes og fysioterapeutenes lønns- og arbeidsvilkår som kom til å dominere debatten. Blant annet ble det mye oppstyr rundt spørsmålet om leger uten driftsavtale med kommunen kunne ta høyere egenbetaling av pasientene enn leger med avtale (striden om det såkalte topris-systemet). Denne ensidige fokuseringen førte til at saksordføreren, Sps Johan Buttedahl, måtte minne om at det ikke var legeloven som var til behandling (Ref. av Odelstingets forhandlinger 4. nov. 1982, s. 93). Mens Frps representanter mente at loven innebar sosialisering av helsetjenesten, mente Arbeiderpartiets at det var Høyre som hadde vunnet frem med sitt syn. Sps folk fant at lovforslaget hadde fått «en sentrumspolitisk profil», og at det derfor var de som hadde grunn til å juble (s.100).

Forenklet kan debatten på dette punktet oppsummeres slik: Arbeiderpartiet, støttet av SV, ønsket en modell enda sterkere preget av offentlig styring og planlegging – sterkere sosialisering om man vil. Frp ønsket å opprettholde dagens modell, gjerne med ytterligere bruk av stykkprisbetaling, fri etableringsrett og yrkesutøvelse – altså en liberalistisk modell, bortsett fra at den forutsatte offentlig betaling, men med individuell styringsrett over ressursbruken. Venstres taler ønsket fastlønnsordning, men likevel fritt legevalg, mens det øvrige borgerlige flertallet ville ha en blandingsmodell, sammensatt på nordisk blandingsøkonomisk vis, med både offentlig ansatte og private yrkesutøvere. Og slik ble det.

Det store flertallet var likevel godt fornøyd med at det nå endelig hadde lyktes å samle kreftene i en distriktshelsetjeneste som kunne ta hånd om storparten av problemene befolkningen lokalsamfunnet søker hjelp for. Institusjonshelsetjenesten hadde over flere år brukt stadig større andel av ressursveksten. Det var derfor behov for å lede innsatsen over mot en kommunehelsetjeneste som, i tillegg til forebyggende og kurativ behandling, også kunne stå for omsorg, pleie, og opplysningsvirksomhet (s.55).

Det forebyggende arbeidet ble pent omtalt, vel og merke, av de omlag halvparten av talerne som i det hele nevnte det. Uttrykt i taletid medgikk i

underkant av 5 % av debatten til emnet. Det ble snaut nevnt av lederne for de største partiene, mens KrFs talere var de som relativt sett omtalte temaet oftest. Men representanter fra alle partiene var inne på emnet, fra ulike innfallsvinkler. Det ble pekt på hva forebyggende helsearbeid har betydd for økt levealder og bedre folkehelse her i landet, hvor mye billigere det er å forebygge sykdom enn å behandle den, og betydningen av å samordne og skape nærhet mellom samfunnssektorer der forebyggende arbeid kan få gjennomslag, så som i skolen og i byplanleggingen. Men det ble også pekt på barrierer som arbeidet støter på, ikke minst i form av økonomiske interesser som motarbeider rådene i helseopplysningen: «*Det er et paradoks at det årlig brukes 30 mill. kroner i reklame og markedsføring av snacks her i landet, mens det f.eks. på neste års statsbudsjett er foreslått 1,3 mill kroner til ernæringsmessig opplysningsvirksomhet*» (G. Skaug, Ap, i Odelstingsdebatten). Sosioøkonomiske forhold som påvirker folkehelsen ble likeledes nevnt: «*Helsetilstanden er et resultat av summen av en rekke politiske avgjørelser slik disse påvirker også de sosiale og økonomiske kår i samfunnet*» (Saksordføreren, J. Buttedahl, i Odelstingsdebatten). Andre, deriblant O. Holøs, KrF, fremhevet nødvendigheten av miljømessig og forebyggende helsearbeid ved å vise til hvordan livsstil og levemåte påvirker sykdomsbildet gjennom alkoholbruk, røykevaner og risikoadferd. Verdien av opplysningsvirksomhet ble nevnt av flere talere, som mente at denne måtte vies bred plass i den nye kommunehelsetjenesten. Sosialkomiteens formann, Gunn Vigdis Olsen-Hagen (Ap), var imidlertid slett ikke sikker på at så ville skje fordi forebyggende helsearbeid ikke kan baseres på stykkprisbetaling. «*Normaltariffen nevner typisk nok ikke forebyggende helsearbeid*», sa hun. Det hadde hun rett i. Folketrygdloven hjemler ikke bruk av trygdemidler til annet enn kurativt arbeid.

Hvorfor ble ikke forebyggingen viet bredere plass i debatten?

Spørsmålet er betimelig på bakgrunn av den fremtredende plass virksomheten hadde fått i lovens formålsparagraf (§1-2) og enigheten som partiene la for dagen når det gjaldt behovet for å oppgradere dette virkeområdet og samordne det med kommunens mange andre viktige gjøremål.

Forklaringene er utvilsomt mange, hvorav den fremste trolig ligger nettopp i den brede enigheten om spørsmålet. Stortingsrepresentantene ville ikke bruke tid på å debattere noe de var samstemte om. Riktignok er temaet egnet til samlende og retorisk velklingende taler, men mindre for konfliktorientert samfunnsdebatt. Partiene ga saken sin prinsipielle tilslutning, men ikke mer. Noe mer ville trolig medført å gå inn på det konkrete, faglige innholdet i arbeidet, og det kunne eller ville representantene ikke. Det

hører ikke til Stortingets oppgaver. Kanskje mente noen, men avstod fra å si det, at forebyggende helsearbeid er et nødvendig, men litt kjedelig temaområde, vesentlig mindre egnet for debatt enn krisespørsmål, så som lege-mangel, sykehuskøer og eldreomsorg. Antagelig lå det representantene nærmere å snakke om overordnede prinsipielle og politiske spørsmål knyttet til styring, organisering og finansiering av helsetjenester enn om folkehelsearbeidet og hvordan det burde legges an. Og strengt tatt er det god begrunnelse for et slikt syn: Lovforslaget omhandlet en forvaltningsreform.

I politisk debatt får akutte problemer erfaringsmessig prioritet foran spørsmål og løsninger der gevinsten ligger langt frem i tid. Saker som ventes å gi politisk gevinst får gjerne forrang foran tapssaker eller saker som ikke opptar folk. Gevinsten av forebygging høstes vanligvis en gang i fremtiden. Folk flest er utvilsomt for forebygging, men neppe villig til å gi forebyggingen prioritet foran løsning av aktuelle, akutte oppgaver. Og dem har helsevesenet mer enn nok av til en hver tid. Spissformulert er argumentet, som neppe uttales offentlig, men kanskje tenkes: «Skal vi bruke penger på friske folk når vi har syke som trenger dem bedre?» Mork berørte dilemmaet i et foredrag som ble omtalt i media. «Skal vi ha en helsetjeneste for de friske?» Noe senere tok filosofen og etikeren Knut Erik Tranøy (f. 1918) opp problemstillingen og pekte på det etisk betenkelige i å forsømme arbeid som kan bidra til bedre helse for våre etterkommere.

Ingen av stortingsrepresentantene gikk i mot å plassere forebyggingen på fremtredende plass i lovens formålsparagraf. Det må sies å være et positivt trekk. Kanskje ville noen ha gjort det om innhold og metoder i folkehelsearbeidet var blitt brakt på bane, f.eks. bruken av restriktive tiltak mot røyking eller prispolitikk og åpningstider på Vinmonopolet. Bare markedsførere av snacks fikk som nevnt sitt pass påskrevet. Men ingen tok dem i forsvar. Representantene snakket heller fordelaktig om betydningen av helseopplysning, det utfordret ingen. Man kan undres om debatten hadde utviklet seg annerledes dersom noen hadde dristet seg til en nærmere drøfting av restriktive tiltak, f.eks. i trafikk, næringsmiddelproduksjon osv. Kanskje ville gjengse verdier da ha blitt utfordret, f.eks. om individets frihet, kanskje til og med frihet til å la sin kropp forfalle uten at kommunen grep inn. Men ingen slike vidløftigheter fremkom. De kontroversielle verdispørsmålene som organisert og systematisk folkehelsearbeid kan reise – dersom de blir satt på spissen – ble ikke tatt opp. Under Odelstingets ellers opphetete debatt om kommunehelse(tjeneste)loven ble derfor omtalen av forebyggingen et heller fredelig – noen vil kanskje si kjedelig – innslag som ikke utfordret noen.

Litteratur

Innst. O. nr. 7 (1982-83): *Innstilling fra sosialkomiteen om Lov om helsetjenesten i kommunene m.v.*

Lov om sykehus m.v. av 19. juni 1969 (Sykehusloven).

Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 Kommnehelse(tjeneste)loven).

Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 (Kommuneloven).

Midlertidig plan- og forsøkslov av 11. juni 1976

Nordby, T.: *Karl Evang. En biografi*. Oslo; Aschehoug, 1989.

NOU 1979: 10; *Helsepolitikken. Funksjonsfordeling og administrasjonsordninger*.

NOU 1979: 28; *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*.

Ot.prp. nr.36(1967-68): *Om lov om sykehus. (Sykehusloven)*

Ot.prp. nr. 36(1980-81): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Ot.prp. nr. 66(1981-82): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Plan- og bygningslov av 14. juni 1985.

Referat av Odelstingets forhandlinger 4. november 1982, sidene 50-113, sak 2: Innstilling fra sosialkomiteen om Lov om helsetjenesten i kommunene m.v.

Schiøtz A. *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*. Doktoravhandling. Oslo: Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2000.

Schiøtz A. *Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800 -1983*. Michael 2007; 4: 73 – 87.

Skaset M. *I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945 – 2000*. Doktoravhandling Oslo: Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2006.

Sosial- og helsedirektoratet. *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapport 2007. oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

St.meld. nr. 31(1974-75): *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*. Kommunal- og Arbeidsdepartementet.

St.meld. nr. 85(1970-71): *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Sosialdepartementet.

St.meld. nr. 9 (1974-75): *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt perspektiv*. Sosialdepartementet

St.meld. nr. 26(1983-84): *Om et nytt inntektssystem for kommunene og fylkeskommunene*. Kommunal- og Arbeidsdepartementet.

Ånstad H. Om kommnehelsetjenestereformen på 80-tallet. *Michael 2007;4:xxx-xxx*.

Leif Arne Heløe

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

P.O. Boks 44, Blindern

0313 OSLO

(Leif.Heloe@nibr.no)

Hans Ånstad

Sosial- og helsedirektoratet

Pb. 8054, Dep,

0031 OSLO

(han@shdir.no)

Om forfatterne

Leif Arne Heløe (f.1932) er forsker ved NIBR. Han har tidligere vært professor i samfunnsodontologi ved UiO, administrerende direktør for NAVF og fylkesmann i Troms. I perioden 1981-86, da kommunehelse(tjeneste)loven ble vedtatt og gjennomført, var han sosial-(og helse-)minister.

Hans Ånstad (f. 1932) er seniorrådgiver på deltid i Sosial- og helsedirektoratet. Cand. med. Oslo 1961. Etter turnustjeneste, sykehustjeneste Ullevål, Legevakta og Barneavdelingen. Distriktslege i Hadsel 1966-70. Stadslege i Tromsø 1970 – 79. Overlege i Helsedirektoratet 1979 til 1983 da den nye helseavdelingen i Sosialdepartementet ble opprettet. Fra 1983 seniorrådgiver i departementet fram til 1993. Fra 1993 til pensjonering 2001 avdelingsdirektør i Forebyggingsseksjonen.