

Helsetjenester og rettferdighet

Tre blikk på norsk helsehistorie*

Michael 2008;5:180–96

Har norsk helsevesen fungert rettferdig? Gjennom de siste 200 år har skiftende ideologiske synsmåter ligget til grunn for statens helsepolitikk. Men ingen av våre politiske regimer har maktet å nå sine respektive mål om hva som best og mest «rettferdig» tjener befolkningens velferd og helse, og hva som på samme grunnlag tjener de som arbeider i sektoren. Dersom rettferdighet knyttes til likhet – som tilsier at alle borgere skal ha de samme muligheter og rettigheter – er det etterkrigstidens velferdsstat som har lyktes best. Men også innenfor denne «statsformen» finner vi vinnere og tapere. Det er ulike årsaker til at myndighetene aldri har maktet å innfri forventningene. Det har handlet om interesse-motsetninger innad i politikken, mellom forvaltningsnivåene og mellom politikk og fagekspertise. Andre årsaker er et skiftende og ofte uforutsett sykdomspanorama, økonomiske betingelser og sterke profesjonsinteresser og motsetninger. Vi kan heller ikke se bort fra «seige strukturer» og tradisjonenes formende kraft. Framstillingen tar utgangspunkt i filosofen John Rawls rettferdighetsbegrep.

Hva er rettferdighet? Begrepet er komplisert og mangefasettert og har gitt opphav til bindsterke avhandlinger.¹ Her støtter jeg meg til den amerikanske filosofen John Rawls' (1921–2002) utlegning av begrepet. Rawls baserer forståelsen av rettferdighet på begrepet rimelighet. Et rettferdig samfunn, sier Rawls, må tilfredsstille et sett av fordelingskriterier som en befolkning enstemmig har valgt på «et fritt og utvunget grunnlag». Kriteriene er *rimelige* når ingen har gode innvendinger mot dem. Dermed vil

* Artikkelen er basert på et foredrag holdt ved Filosofisk poliklinikk, Haukeland universitetssykehus, 2. april 2008.

¹ Se bl.a. Solli 2007

befolkningen også innordne seg de samfunnsinstitusjoner som blir opprettholdt ved statsmakt, og som står for fordelingen av visse goder og byrder borgerne imellom.²

Videre krever rettferdighet som rimelighet at alle borgere har de samme grunnleggende rettigheter. Disse rettighetene er basert på to prinsipper, på *frihetsprinsippet* og på *prinsippet om sosiale og økonomiske ulikheter*. Det første rommer politiske og sivile rettigheter, som stemmerett, ytringsfrihet, religionsfrihet og likerett til beskyttelse av loven. Det siste baseres på to ulike underprinsipper, på *prinsippet om sjanselikheter* og på *forskjellsprinsippet*. Disse kan stå i motsetning til hverandre. *Sjanselikheter* innebærer at alle med samme evner og vilje til å bruk dem, må ha de samme sjanser til å oppnå stillinger og posisjoner. *Forskjellsprinsippet* innebærer en ulik fordeling av ressursene til fordel for de ressursfattige. Forutsetningen for at vi skal kunne akseptere sosial og økonomisk ulikhet, er at forskjellene på sikt bidrar til å fremme de dårligst stilles økonomiske kår. Vi kan altså godta ulikhet dersom det fører til at de fattige får en større andel av samfunnskaka. Slik oppnår vi en bedre balanse eller det som kalles resultatlikhet og resultatrettferdighet. I rangeringen av de ulike prinsippene kommer frihetsprinsippet først. Det kan ikke ofres for at et av de andre skal kunne oppfylles. Videre har sjanselikheter forrang framfor forskjellsprinsippet. «Sjanselikheter kan ikke ofres for å forbedre de fattiges økonomiske vilkår.»³

Med utgangspunkt i denne forståelsen av rettferdighet skal jeg belyse tre svært ulike sider ved norsk helsevesen gjennom de siste to hundre år. Tre hovedspørsmål blir stilt: 1. Hvilke ideologiske føringer har ligget til grunn for de ulike tidsepokenes politiske prioriteringer? 2. Hvordan er helsevesenets profesjonshierarki blitt formet, med særlig henblikk på fordeling av goder som makt, prestisje og belønning? 3. Hvordan har prioriteringen mellom ulike pasientgrupper vært – ikke i politiske målformuleringer, men i praksis? Slik vil jeg berøre det *politiske nivået*, *profesjonsnivået* og *pasientnivået*. Hovedvekten legges på det første spørsmålet, på de ideologiske føringene.

I det store og hele dreier det seg om kampen for en «rimelig fordeling» mellom ulike grupper: mellom fattig og rik, mellom kvinner og menn, mellom etniske grupper, mellom folk i sentrale strøk og i utkantstrøk, mellom ulike sektorer i helsevesenet og mellom ulike profesjoner i det samme «vesen». Dermed er det rettferdighetsbegrepet jeg opererer med, knyttet til det politiske feltet og i hovedsak til materiell rettferdighet.

² Rawls 2002. Framstillingen her er først og fremst basert på Andreas Føllesdals innledning til boka, s. 11–36.

³ Ibid., s. 16.

La meg starte med en liten fortelling fra 1800-tallet hentet fra det medisinske tidsskriftet *Eyr*. Sommeren 1832 fikk brigadelege Johan Hjort (1789–1873) i oppdrag fra Departementet for Kirke- og Undervisnings-Væsenet å foreta en reise i det vestlige Norge for å undersøke de utbredte og ondartede hudsykdommene i landsdelen, nærmere bestemt lepra, radesyke og veneriske sykdommer. Formålet var å se på utbredelse, smitteveier og behandlingsmåter, og vurdere hvorvidt de syke som hadde behov for hjelp, virkelig fikk hjelp. Han ble også bedt om å undersøke forholdene ved sykehusene og påpeke de mangler som uten for store omkostninger kunne utbedres. Spesielt skulle han se på St. Jørgens Hospital i Bergen.⁴ Rapporten han sendte departementet var ikke oppløftende. Leprahospitalet var i en elendig forfatning. Ja, skrev Hjort, det var «i høieste Grad mangelfuld og saaledes aldeles ikke svarende til den Hensigt at tjene de Spedalske til et uskadeligt Tilflugtsted, end sige til deres Helbredelse».⁵ Det var med andre ord behov for store forbedringer, og han kom da også med en rekke forslag.

Hva er hensikten med å trekke fram denne historien fra 1830-årene? Jo, for å fortelle om et av de svært tidlige tiltakene – av større dimensjon – som den nye norske regjeringen satte i verk for å bedre helsetilstanden i landet, og spesielt se til de fattige syke. For det var først og fremst de fattige som ble offer for de «ondartede Hudsygdomme». Ikke mange år senere, i 1836, ble enda et tiltak iverksatt for å imøtekomme befolkningens behov for medisinsk assistanse. Denne gangen gjaldt det etableringen av den såkalte distriktslegeordningen. Den innebar opprettelsen av 63 nye legestillinger som skulle spres utover landet, og der legenes behandling av de fattige skulle skje uten vederlag. Som kompensasjon fikk legene lønn fra staten, samt dekning for sine reiseutgifter.

Trekker vi igjen inn John Rawls begrepsdefinisjon av rettferdighet, kan vi si at myndighetene gjennom disse tiltakene ville yte en skjerv til de fattige syke for å gi dem større sjanselighet.

Første blikk: Fra laissez-faire til velferdsstat

Laissez-faire-staten

Nå kan det synes som om det ene og alene var humanitære hensyn som lå til grunn for statens inngripen i første halvdel av 1800-tallet. Vi kan imidlertid ikke forutsette at bestemmelsen om å bevilge fra fellesskapets kasse til de trengende, ensidig tok utgangspunkt i en humanistisk tankegang. Det var også instrumentelle motiver eller nyttehensyn som lå bak. Ingen nasjon

⁴ Hjort 1833, s. 1–2.

⁵ Ibid., s. 23.

var tjent med en syk og svak befolkning som lå privatpersoner og myndigheter til byrde. Landet trengte skattebetalere, arbeidskraft og friske soldater. Det var statens plikt å bidra til det, like mye som at staten legitimerte seg ved å sikre borgernes velferd. Men vi befinner oss også i en tid da det var sterke krefter som arbeidet *imot* et bredere offentlig engasjement. 1830- og 40-årene omtales gjerne som en liberalistisk periode i norsk historie – særlig innenfor økonomisk politikk. Liberalismens program foreskriver frihet. Frihet fra statlige inngrep, frihet for individet – frihet til å lykkes og frihet til å mislykkes. Det var ideene om samfunnets velferd uten formynderskap. I sin mest rendyrkede form innebar liberalismen at inngrep fra samfunnets side ble betraktet som å trenge seg inn i en lovbundet naturprosess og i individenes personlige frihet. Individet hadde selv ansvar for å møte og mestre eventuelle sosiale kriser.⁶

På helsestellens område fikk laissez-faire-ideologien aldri full gjennomslagskraft i Norge.⁷ Ut fra tanken om at sykdom er en kollektiv risiko, var det tidlig bred enighet om at man i sykdomsbekjempelsen måtte sette inn offentlige virkemidler. Slike betraktninger lå da også til grunn for å sende brigadelege Hjort til det vestlige Norge for å undersøke forholdene til de fattige «Hudsyge». Regjeringens engasjement var allikevel begrenset, og særlig vegret den seg mot å bygge ut den sentrale medisinaladministrasjonen – dvs. byråkratiet.

Koleraepidemien i Bergen i 1848–49 og få år senere i Kristiania og omegn, i de tidlige 1850-årene, representerte et gjennombrudd for en ny type tenkning om samfunnets kollektive ansvar for borgernes velferd og helse, en tenkning som munnet ut i praktisk politikk. Epidemiene blottla et samfunn der fattigdommen var utbredt og økende, og der det offentlige hjelpeapparatet – dvs. fattigvesenet – kom til kort når det gjaldt å dekke behovene til alle dem som trengte hjelp. Men kanskje viktigst var det at sykdommen kjente ingen grenser. Koleraen er ofte blitt betegnet som fattigmannssykdom, «the poor man's disease», men i hovedstaden i 1853 var sosiale skillelinjer av mindre betydning. Sykdommen spredte seg over alt – i byen, i forstedene, i landsognet. Den rammet begge kjønn og alle aldersgrupper og forekom i alle yrker og sosiale lag. Dermed lå det politisk sprengstoff i koleraen. Fra stadig flere kanter ble det nå lagt press på myndighetene med krav om offentlig inngrep for å ivareta og beskytte befolkningen mot den dødbringende sykdommen. Men det kostet og det innebar større press på skattebetalerne, dvs. de velstående. For dem sto det i realite-

⁶ Johannisson 1990, s. 62–3.

⁷ Seip 1984, s. 217.

ten mellom å ofre pengene eller helsen, med død som det verste utfall. Da var valget lett å ta.

Det umiddelbare resultatet av det politiske presset i 1850-årene ble Sunnhetsloven av 1860, også kalt helsetjenestens grunnlov. Den fastslo at det i alle landets kommuner skulle opprettes sunnhetskommisjoner – senere kalt helseråd. De primære mål var å overvåke helsetilstanden i befolkningen og forebygge sykdom – noe som skulle komme hele befolkningen til gode. Kanskje ser vi igjen et forsøk på å opprette rettferdighet, og med den sjanselighet?

Sosialhjelpstaten

Liberalismen eller laissez-faire-ideologien ble gradvis forlatt og erstattet med en sosialliberal ideologi som ikke minst nedfelte seg i en mer aktiv politikk på helse- og sosialfeltet. Sosialhjelpstaten ble betegnelsen på perioden ca. 1870–1935. Ytelsene var basert på et privat-offentlig system. Det lå ulike motiver bak det sene 1800-tallets mange helse- og sosialpolitiske initiativ. Å demme opp for misnøye og sosial uro og skjerme den borgerlige stat for konflikt, er momenter som blir trukket fram – kanskje mer gjeldende i andre land enn i Norge.⁸ Men det lå utvilsomt også en form for rettferdighetstankegang bak. Det kan vi spore ved at det fra sentralt hold stadig oftere ble påpekt at befolkningen i alle deler av landet burde ha tilgang på legetjenester. Det var imidlertid først i det neste århundret at denne tanken ble særlig uttalt, og at den ble utvidet til å favne helsetjenester generelt og alle sosiale grupper. Ja, at den så å si ble en del av vårt felles tankegods i forestillingen om at vi lever i et egalitært samfunn. Jeg skal komme tilbake til dette under omtalen av velferdsstaten.

De nærmeste tiårene rundt forrige århundreskifte var de sosiale reformenes tid, en periode preget av industrialisering, migrasjon til de raskt voksende byene og sterke konjunktursvingninger. Reformene hadde til hensikt å lindre nød som følge av sviktende arbeidsevne grunnet ulykker, sykdom, uførhet og alderdom, og å etablere vern for fabrikkarbeidere og barn. Innen helsepolitikken finner vi flere reformer. De viktigste var knyttet til kampen mot tuberkulosen, blant annet gjennom bygging av sanatorier og tubekulosehjem og gjennom vedtaket om en egen «smittevernlov», tuberkuloseloven av 1900. Dertil kom bestrebelsene med å skaffe hele befolkningen tilgang på legetjenester. Det arbeidet munnet ut i loven om offentlige legeforretninger av 1912.⁹ Loven innebar nærmere en tredobling

⁸ Seip 1981, s. 22, kapitlet: Noen begreper og forklaringstyper i studiet av sosialpolitikk.

⁹ Schiøtz 2003(a).

av antallet offentlige leger (distriktsleger, stadsleger og stadsfysici). Hensikten var ideell og ambisiøs, og for første gang i norsk historie ble likhetstankegangen nedfelt i helsepolitikken. Myndighetenes mål var å gi *lik* tilgang på legetjenester uansett bosted eller økonomisk yteevne. Om man var rik eller fattig, bodde i nord eller sør, var kvinne eller mann, same eller etnisk norsk, så hadde enhver borger rett til legehjelp. En annen sak er at myndighetene aldri har evnet å nå dette målet, eller å skape rettferdighet på dette feltet. Gjennom begge de to århundrene som det her er tale om, er det de sentrale strøk av landet og byene som er blitt tilgodesett.

Tiårene rundt århundreskiftet var også tiden for sosialismens framvekst, og for den raskt voksende arbeiderbevegelsen. Arbeiderne stilte krav om likhet, frihet og rettferdighet, og sosialisme ble motstykket til konservatisme og sosialliberalisme. Allerede i 1893 hadde Det norske arbeiderparti (stiftet 1887) reist krav om at «sygepleien» måtte overtas av det offentlige og dekkes over skatteseddelen. «Sygepleie» handlet i denne sammenheng om noe langt mer enn det vi i dag forbinder med begrepet. Det dreide seg om den «totale» sykepleie – om jordmorhjelp, legebehandling, medisiner, sykehusopphold og sykepenger. Det var en medisinert som var sakens ivrigste talsmann, den radikale Kristiania-legen og folkeopplyseren Oscar Nissen (1843–1911) – i perioden 1906–11 også Arbeiderpartiets formann. I 1907 utga Nissen brosjyren «Sygepleien i beskatningen» der han på det sterkeste advarte mot en løsning med sykeforsikring.¹⁰ Dermed gikk han også rett til kjernen av konflikten mellom de ulike politiske posisjonene i synet på individets ansvar for eget liv.

Høyre og Venstre gikk inn for det såkalte *forsikringsprinsippet* som finansieringsstrategi, et prinsipp som ble gjort til hovedfundament for norsk trygdepolitikk generelt og syketrygden spesielt. Det innebærer en tredeling av utgiftene fordelt mellom den trygdede, arbeidsgiver og det offentlige. Oscar Nissens og Arbeiderpartiets begrunnelse for å kreve dekning av utgiftene over skatten, var at en forsikringsordning ikke ville omfatte mange nok og slettes ikke dem som trengte det mest. Sosialdemokratens krav var at Stortinget skulle pålegge kommunene å skaffe enhver syk full pleie uten personlige omkostninger. Det er bare en vei å gå, skrev Nissen: alle syke må inn under en slik bestemmelse. Leger og jordmødre må lønnes av det offentlige og de må ikke ha lov til å ta betaling av pasientene. Bare på den måten kunne alle borgere stilles likt, og slik ville det ikke bli noen grunn til å behandle det ene menneske annerledes enn det andre.¹¹

¹⁰ Urdal 1961, s. 57–8. Om Arbeiderpartiets standpunkt se også Bjørnson og Haavet 1994, s. 69.

¹¹ Schiøtz 2003 (b), s. 182 ff.

Her var det mange som hadde innsigelser, ikke minst Den norske lægeforening som gikk til det skritt å nekte sine medlemmer å ta ansettelse på fast lønn i kommunene. Det ville røkke ved fundamentale verdier ved legeryrket som et liberalt eller fritt yrke, og det ville true profesjonens opparbeidete rettigheter. Ikke uten grunn ble Legeforeningen allerede i 1918 betegnet som landets sterkeste fagforening.¹²

For å imøtekomme de ulike synspunktene var det igjen en ny ideologi som ble utviklet – forskjellig fra sosialisme og konservatisme, skjønt en form for sosialliberalisme. Den markante sosialministeren og venstremanen Johan Castberg (1862–1926) sto bak. Hans visjon var nettopp å omgjøre staten til en arena og et instrument for en moderne velferdspolitik. I ettertid har han da også fått mye av æren for å ha lagt grunnlaget for etterkrigstidens norske velferdsstat.¹³ Strategien var samfunnsomforming gjennom lovgivning. Stat og samfunn var sammenfallende, hevdet Castberg. Staten var samfunnets sterke arm og et redskap i beskyttelsen av de svake.

Den sosiale reformpolitikken, som var Castbergs fremste kjennemerke, var tuftet på en ideologi og et samfunnssyn som verken var konservativt eller sosialistisk fundert. Mot konservatismens individualistiske samfunnsånd satte Castberg opp en ny samfunnstanke, det han begrepsfestet som *solidarisme*. Den skulle bygge på samvirke og fellesarbeid, men også på liberalisme og forestillingen om individets plikter og rettigheter. Den skulle være klasseutjevner og ikke konfliktskapende. Solidarismens forening av plikter og rettigheter søkte han å nedfelle i sosialpolitiske reformer. I lovgivningen og i offentlige institusjoner så han «det naturlige middel til at skape større social ret og bedre vilkaar for den frie utfoldelse av alle kræfter i folket».¹⁴ Det var altså dette samfunnssynet som lå under den sosialpolitikken Castberg arbeidet for, og som dannet grunnlaget for periodens offensive sosiallovgivning; deriblant syketrygden (lov om syketrygd av 1909, iverksatt 1911) og de velkjente «castbergske barnelover» av 1915. Mest kjent er «lov om forsorg av barn» fordi den ga såkalte uektefødte barn arverett på linje med barn født i ekteskap. Men også den ugifte mors rettigheter ble styrket med disse lovene. Syketrygden hadde allerede lovfestet fri lege- og jordmorhjelp til fødekvinnene, samt sykepenger i inntil to uker før nedkomst og seks uker etter. Men dette var begrenset til dem som var berettiget til syketrygd, og det var langt fra alle. Barneloven av 1915 tilsa at

¹² Sømme 1918, s. 127–32.

¹³ Slagstad 1998, s. 140 ff.

¹⁴ Ibid., s. 140 ff. Ambisjonen var å bygge bro «fra den liberaldemokratiske folkelighet til det norske sosialdemokrati».

kommunene skulle yte hjelp til barsel og tre måneders underhold under amming for ugifte mødre og for gifte mødre som levde alene og som ikke kunne «sørge for sitt utkomme»¹⁵

Sosialhjelpstaten hadde sine begrensninger. Til tross for Castbergs reformpolitikk fremmet systemet ingen utjevning mellom landets borgere, snarere befestet det ulikhet og klasseforskjeller. Innen helsevesenet var de mange tiltakene tilfeldige og lite koordinert. Ved siden av det offentlige, var det en rekke private organisasjoner – med eller uten statlig eller kommunal støtte – som tok hånd om sentrale oppgaver, slik som sykehusdrift og et bredt spekter av forebyggende tiltak. Lokale myndigheter hadde også påtatt seg ansvaret for oppgaver som stadig flere mente burde ha vært koordinert, organisert og finansiert fra sentralt hold. Slik ble det store forskjeller i ytelser mellom rike og fattige kommuner. Landets borgere var med andre ord priggitt klassesettilrighet og bosted med hensyn til hvorvidt de kunne få hjelp og støtte i krisesituasjoner. Den senere så markante og radikale helse- direktør, Karl Evang (1902–1981) var blant de sterkeste kritikere av dette systemet, eller snarere mangelen på system.¹⁶

Politiske partier av ulike sjatteringer var seg bevisst disse svakhetene og ønsket å gjøre noe med dem. Det var i første rekke de venstreradikale partiene, med det sosialdemokratiske Arbeiderpartiet som det mest dominerende, men i stor grad også partiet Venstre, som krevde harmonisering og utjevning mellom regioner og sosiale klasser. Det hevdes gjerne at partiet Venstre initierte og at Arbeiderpartiet iverksatte de velferdsstatlige tiltakene som kom før 2. verdenskrig. Også Bondepartiet (det senere Senterpartiet) deltok i det som blir omtalt som 1930-årenes store klassekompromiss. Et kompromiss som var en absolutt forutsetning for oppbyggingen av etterkrigstidens velferdsstat.¹⁷

Velferdsstaten

Velferdsstaten, som i dag er et velkjent begrep, bygger på en konstruksjon som er annerledes enn Castbergs sosialliberalistiske «solidarisme», skjønt solidaritet er også her ett av kjernepunktene i det ideologiske byggverket. I tillegg kommer en del andre premisser slik som sterkt offentlig engasjement, statsstøttede velferdsprogrammer med universell anvendelse, fellesskapsånd, solidaritet, trygghet, frihet og likhet.

Formulert noe annerledes kan vi si at i en velferdsstat har det offentlige primæransvar for å sikre alle borgeres velferd. I disse bestrebelsene skal sta-

¹⁵ Seip 1984, s. 193–96. Se også Bjørnson og Haavet 1994, kapitlene 4, 8, 10.

¹⁶ Evang 1938, s. 1319–1334.

¹⁷ Seip 1994. Christiansen og Petersen 2003, s. 17.

ten modifisere markedskreftene i tre retninger. For det første: garantere alle borgere en minimumsinntekt. For det andre: redusere usikkerhet for å kunne møte uforutsette sosiale kriser (som sykdom, alderdom, arbeidsledighet og død). For det tredje: sikre alle borgere, uten hensyn til status eller klasse, høyest mulig kvalitet på sosiale tjenester, deriblant helsetjenester.

Hvordan maktet politikere fra ulike leire å samle seg om så pass radikale reformer i etterkrigstidens Norge? Det hevdes at den brede tverrpolitiske enigheten som rådet om målformuleringene innen norsk velferdspolitikk de par første tiårene etter frigjøringen, er spesiell i internasjonal og nordisk sammenheng. Forklaringene som gis, er dels at man hadde hatt felles erfaringer under krigen og at det var behov for å stå sammen i gjenreisningen av landet, dels at ingen av partiene ønsket å bli karakterisert som sinker i 1950- og 60-årenes ekspansive sosialpolitikk.¹⁸

Hvilke tiltak er det så som plasseres under den velferdsstatlige paraply? Forsikrings- og trygdeordningene blir gjerne omtalt som «velferdsstatens kjerneelementer».¹⁹ Det høyeste trinn i utviklingen av en velferdsstat er, ifølge samfunnsviteren Stein Kuhnle, når trygdene dekker alle tilfeller av inntektstap og omfatter alle borgere (universalisme). Innenfor helsesektoren kommer også en rekke andre tiltak for å sikre befolkningens helse, knyttet til forebygging, pleie og behandling. Den velferdsstatlige likhetspolitikken vil slik avskaffe alle sosialt begrunnede forskjeller i organiseringen av de offentlige helsetjenestene. Behov skal avgjøre, ikke penger eller bosted. Og ingen skal kunne stigmatiseres fordi de mottar stønad, slik tilfellet var i før-krigs-Norge. Det er her verdt å merke seg at denne ideologien harmonerer med den medisinske universalisme og kravet til legen om å behandle alle sine pasienter etter beste evne.

Holder vi oss til trygdesystemet, registrerer vi et mangfold av tiltak. I etterkrigsårene handlet det om uføretrygd, syketrygd, attføringstrygd, morstrygd, alderstrygd, barnetrygd m.fl. Disse munnet ut i *folketrygden av 1967*, som var en samordning av alle trygder. Det var det store samlende løftet innen trygdelovgivningen. En utvidelse kom i 1971, da ble regler om arbeidsløshetsstrygd og yrkesskadetrygd innarbeidet.²⁰

Er velferdsstaten kommet for å bli, og har den fungert etter intensjonene? Dette er store spørsmål som andre kan svare bedre på enn meg. Det vi kan slå fast, er at det har vært betydelige endringer i så vel idégrunnlag

¹⁸ Bjørnson 2001, s. 212.

¹⁹ Kuhnle 1983, s. 168.

²⁰ Ved utgangen av 2003 mottok 964 000 personer pensjoner og 330 000 mottok midlertidige ytelser til inntektssikring fra folketrygden. Mer enn hver fjerde nordmann hadde da trygd som sin viktigste inntektskilde (*Store Norske Leksikon*).

som ytelser i årene som er gått etter frigjøringen. Det samme gjelder folks holdninger til det å gi og få eller snarere yte og kreve. Villigheten til å yte synes å ha blitt mindre, mens kravmentaliteten har økt. Det kompliserer.

Andre blikk: En rimelig fordeling innad i helsevesenet?

Profesjonshierarkiet tar form

Ut fra det forutgående kan det synes som om det er myndighetene, sentralt og lokalt, som har lagt premissene for hvordan helsepolitikken er blitt formet og helsekronene er blitt fordelt. Det blir for enkelt. Videre kan jeg ha skapt det inntrykket at myndighetene ut fra en i hovedsak altruistisk motivering, hele tiden har hatt de svakeste for øye. Det blir også for enkelt.

Motiveringen har skiftet og aktørene har vært flere. Ikke minst har helseprofesjonene selv og fremfor alt legene, vært viktige premissleverandører. «Leger tar de fleste avgjørelser om ressursfordeling i norsk helsetjeneste,» står det i en av dagens medisinske lærebøker.²¹ De siste tiårene har også den farmasøytiske industri og ikke minst media spilt stadig viktigere roller. Her går jeg ikke inn på disse aspektene. Det jeg derimot skal berøre, er det interne liv i norsk helsevesen. Nærmere bestemt hvorfor og hvordan ulikhet og til dels også urettferdighet mellom enkelte yrkesgrupper har oppstått. Enda mer presist dreier det seg om opprinnelsen til fordelingen av makt, prestisje og belønning mellom leger, jordmødre og sykepleiere.

I perioden ca. 1850 til 1912 tok disse yrkesgruppene form og samhandlingsmønsteret ble etablert.²² I kraft av fagutvikling, utbygging av utdanningstilbud og institusjonalisering vokste de alle i antall og styrke, innflytelse og synlighet. Og i løpet av disse vel 60 årene var store deler av befolkningen blitt avhengige av deres tjenester. Innen alle de tre yrkesgruppene, og særlig blant legene, vokste det da også fram en økende bevissthet om deres samfunnsmessige betydning. En bevissthet som naturlig nok avfødte krav om yrkesmessig oppvurdering og status, rettet mot så vel arbeidsgivere som befolkningen. Styrket utdanning og bedre arbeidsbetingelser var kjernepunktene i kampen for anerkjennelse. Det var også i de siste tiårene av denne perioden at yrkesgruppene fant sammen i faglige fellesskap og dannet sine lokale og nasjonale fagorganisasjoner. (Legeforeningen i 1886, Jordmorforeningen i 1908 og Sykepleierforbundet i 1912). I samme tidsrom ble gruppenes ideologiske basis og verdigrunnlag langt på vei formet.

Men yrkene utviklet seg i ulik takt, noe som i første rekke skyldtes at deres utgangspunkt var svært forskjellig. De begynte sin virksomhet i ulike

²¹ Gulbrandsen 2004, s. 371.

²² Det følgende bygger i hovedsak på Schiøtz 2003(b), kapittel 4.

historiske epoker og under ulike kulturelle og sosiale betingelser. Slik er de også blitt bærere av vidt forskjellige tradisjoner.

Legene, som den eldste yrkesgruppen, vokste nærmest fram i kraft av seg selv. Legene – ikke kirurgene – bygde på århundrelange tradisjoner der en formell utdanning på universitetsnivå svært tidlig var selve forutsetningen for å kunne utøve yrket. I seg selv var dette en styrke. Allerede fra slutten av det 18. århundre, via Kvaksalverforordningen av 1794, fikk legene monopol på sitt kunnskapsfelt. De dannet dessuten fortroppene når det gjaldt å forhandle med myndighetene, sentralt som lokalt, om sine rettigheter. De kom også tidlig med i lovarbeid og utforming av andre bestemmelser som angikk helsepolitiske spørsmål. Ytterligere et trekk ved 1800-tallets legestand var den viktige rollen de spilte i formingen av de to andre yrkesgruppene, av jordmødrene og sykepleierne. Her var deres engasjement styrt av tre hensyn. Det gjaldt å styrke arbeidet for de syke og det gjaldt å fremme hygien, men kanskje vel så viktig var legenes økende behov for assistanse.

Jordmødrene var en statsskapt yrkesgruppe. Bakgrunnen var statens ønske om å redusere spedbarnsdødeligheten og slik styrke befolkningsgrunnlaget kvantitativt og kvalitativt. Helt fra den dansk-norske stat etablerte jordmorutdanningen i 1714 til et stykke ut på 1900-tallet, var jordmødrene selv knapt nok med på å definere essensielle sider ved faget og yrkesutøvelsen. Først etter etableringen av Jordmorforeningen i 1908, ble yrkesgruppen selvberende i den forstand at jordmødrene uavhengig fremmet sine interesser og talte sin sak. Betegnende nok var det en mannlig lege som tok initiativet til foreningen.

Sykepleien som yrkesutdanning grodde fram som et privat anliggende. Indremisjonen i Kristiania etablerte landets første sykepleieskole i 1868, Diakonissanstalten. På et religiøst verdigrunnlag ble det formet en yrkesidentitet der sykepleiernes egeninteresser skulle være fraværende. Kall og kjærlighetsgjerninger dannet fundamentet.²³ Rolleforståelsen var slik sterkt kulturelt betinget. Først rundt århundreskiftet ble den verdslige sykepleieutdanningen etablert, en utdanning som til dels var tuftet på et alternativt verdigrunnlag. Gradvis ble det legitimt å kjempe for egeninteressene, særlig etter 1912 da Norsk Sykepleierskeforbund ble stiftet.

Betrakter vi de sosiale og materielle belønningene, var ulikhetene yrkesgruppene imellom iøynefallende. Hvorfor ble det slik? Det er opplagt at de store sosiale og kulturelle forskjellene i rekrutteringsgrunnlaget, med basis i klasse og kjønn, fikk avgjørende betydning for fordelingen av makt og prestisje innad i sunnhetsvesenet. 1800-tallets jordmødre og sykepleiere ble

²³ Martinsen 1984.

i hovedsak rekruttert fra allmuen og fra landdistriktene, det vil si fra de lavere samfunnslag. Legene kom først og fremst fra de høyere samfunnslag, fra embetsstanden og handelsborgerskapet. Dette i kombinasjon med en langvarig utdanning som var relativt sterkt teoretisk fundert, ga legene et statusmessig forsprang og en statusmessig overlegenhet. Det var dessuten snakk om to kvinneyrker og ett mannsyrke. Tidens kjønnsideologi levnet ingen tvil om hvilket kjønn som var det annet overlegent. Dermed var det heller ingen tvil hvem som hadde det gunstigste utgangspunktet og de gunstigste betingelsene med tanke på mulighetene til å nå fram med sine krav, skape sosial bevissthet, faglig trygghet og status utad. Sjanselighet var følgelig ikke til stede.

Inntil et stykke ut på 1900-tallet var legene så å si enerådende når det gjaldt å styre utviklingen av så vel jordmorvesenet som sykepleien. De definerte langt på vei utdanningenes opptakskriterier, de skrev lærebøkene (med noen få unntak), de rekrutterte elevene, og de underviste dem. I selve yrkesutøvelsen hadde kvinnene heller ingen autonomi, formelt sett. Legene var deres overordnede, administrativt og faglig, i institusjonene og ute i marken.

I 1912 var de tre største yrkesgruppene innen det offentlige helsevesen vel etablert. Sammen dannet de et yrkessystem med en innbyrdes avhengighet, der arbeidsdelingen var formet ut fra klasse, kjønn og kunnskapsgrunnlag. I tiårene etter har de to kvinneyrkene ført en stadig kamp for det de anser for større rettferdighet. Det store oppbruddet og til dels gjennombruddet kom som kjent i 1970-årene.

Tredje blikk: Urimelighet i helse og behandling – pasientene

Jeg har full forståelse for at helsepersonell ber politikere gi retningslinjer for hvilke pasienter og diagnosegrupper som skal prioriteres. Denne typen føringer er da også til dels blitt gitt – med større eller mindre effekt – gjennom de såkalte Lønning-utvalgene I (1985) og II (1996). Hensikten har vært å oppnå større rettferdighet, og å søke å eliminere noe av den usikkerheten helsearbeidere står overfor når de skal veie for og imot hvem som skal få og ikke få.

I mitt arbeid med medisinsk-historiske kilder og medisinsk-historisk litteratur har jeg i liten grad kommet over prioriteringsdebatter. Selvsagt har de eksistert, i den forstand at det har vært stadige tautrekkinger med hensyn til fordeling av ressurser til ulike sektorer, derav til helsevesenet, fra statens side, og kamp om fordelingen av ressurser innad på helseinstitusjonene. Til tross for svakt kildegrunnlag er allikevel hovedinntrykket at fordelingen – historisk sett – ligner den vi kjenner i dag. Tidligere, som i dag,

var det enkelte spesialiteter og sykdommer som hadde høyere prestisje enn andre.²⁴ I de siste tiårene er det også blitt hevdet at det er en viss urettferdighet med hensyn til tilbud og behandling av kvinnelige versus mannlige pasienter med samme sykdom, og med hensyn til tilbud og behandling av mer velstående pasienter versus de ressurssvake. Dette er klart gyldig om vi går lenger tilbake i tid.

For å illustrere spørsmålet historisk, vil jeg nevne to sykdomsgrupper der tilbudene så avgjort er blitt formet ut fra klasse og kjønn. Det gjelder tuberkulosen og de veneriske sykdommene. Begge sykdommer var stigmatiserende. Tuberkulosen hadde et fattigmannspreg. Tynne kropp, tynne plagg, små rom, kalde rom, dårlig hygiene, dårlig ernæring – bildet av den fattige og tæringssyke er gjenkjennelig. Kjønnssykdommene på sin side var knyttet til dårlig moral, først og fremst hos kvinnene. Prostitusjon og usedelighet, uansvarlighet og vulgaritet er bilder som fremkalles når det er tale om tidligere tiders kjønnssykdommer.²⁵ Disse kulturskapte bildene forplantet seg så å si inn i helsevesenet i den forstand at de materialiserte seg i de tilbudene disse syke fikk.

Gjennom ulike historiske epoker har sykerom, helseinstitusjoner og behandlingstilbud blitt formet med tanke på pasientenes klasses tilhørighet og til dels kjønn.²⁶ For å eksemplifisere viser jeg til institusjonshelsetjenesten. For de velstående synes helhetstenkningen alltid å ha vært til stede i den fysiske utformingen av disse institusjonene. Her skulle det praktiske og hygieniske kombineres med det hjemlige og behagelige. Pasienten skulle trives! For de fattige syke var hygien og ikke trivselen det primære. Slik kunne også konsekvensene av et sykehusopphold for den som hadde lite fra før, bli en helt annen erfaring enn for den velhavende. Historikeren Ida Blom, som har undersøkt de to sykdomsgruppene, de venerisk syke og de tuberkuløse, med tanke på klasse- og kjønnsforskjeller, sier det slik:

... kjønn var avgjørende både for det sykerommet [konsultasjonsrom og pasientrom på sykehus] som møtte den som led av kjønnssykdom, og for hvor omfattende handlingsrommet var. Kvinner, i særlig grad prostituerte, måtte avfinne seg med mer ubehagelige sykerom enn de som ble tilbudt menn, og menn fikk langt åpnere grenser for sine handlinger enn kvinner. De ble i mindre grad enn kvinner betraktet som smittekilder, og derfor i mindre grad underlagt den kontrollen som

²⁴ Album 1991, Album and Westin 2008.

²⁵ Schiøtz 1980.

²⁶ Se for eksempel Berge 2007 om organiseringen av det svensk helsevesen, s. 259–277.

dette førte med seg. Når det gjaldt kjønnssykdom, var kjønn derfor et dominerende kriterium for den disiplinering en sykdom kunne pålegge et individ.

Med henblikk på tuberkulose var klasse det altoverskyggende kriteriet for hvilket sykerom og dermed hvilket handlingsrom pasienten fikk. Sykerommet kunne innskrenkes med tvang overfor dem som ikke klarte å skape et smittefritt rom, men det ble ikke gjort forskjell på menn og kvinner. Alt i alt ble det større mulighet for maktmisbruk der pasientens handlingsrom var trangt, dvs. når det gjaldt mindre bemedelte tuberkuløse og kvinner som led av kjønnssykdom ...²⁷

I begge sykdommers tilfelle var det å ha egne økonomiske ressurser en sikkerhet for egen verdighet, skriver Blom. Led pasienten av en kjønnssykdom, var det ubetinget også en fordel å være mann.

En tredje pasientgruppe som det er nærliggende å trekke fram, er de psykisk syke. Jeg tenker først og fremst på pasienter innlagt på de tidligere sinnssykeasylene – de aller fleste fattige. Forsknings- og behandlingshistorien er spesiell. Ingen pasientgruppe synes å ha blitt utsatt for en slik vilkårlighet med hensyn til tilsyn og behandling, og en slik «utnyttelse» i forskningens tjeneste.²⁸ Vi leser om innesperring og langvarig isolasjon, om langbad og mekanisk tvang, feberterapi med malariablod, tanntrekking (defokalisering), insulinsjokk, cardiazolsjokk (etter innsprøying av det hjertestimulerende medikamentet cardiazol – også kalt krampepeterapi), kastrering, sterilisering og lobotomi, og vi leser om katastrofale følger.

Det kunne være ulike grunner til at man valgte disse til dels særegne behandlingsformene. En opplagt grunn er at ekspertene ofte er blitt stående rådville i behandlingen av de psykiatriske pasientene. En annen grunn kan være at pasientene nærmest er blitt offer for det rådende kunnskaps-hierarkiet innen medisinen. Fra de første tiårene av 1800-tallet – da medisinen kom inn i behandlingen av de sinnslidende – har psykiatrien hatt lav status. Det samme gjelder i vår tid.²⁹ Helt fra slutten av 1800-tallet, da medisinen ble stadig mer naturvitenskapelig orientert, har psykiatrien bestrebet seg på å forsvare en posisjon som naturvitenskap. Så vel i forskningen som i behandlingen har teorier og metoder forankret i denne vitenskapstradisjonen, dominert. Det gjelder først og fremst i nevrobiologien. Unntaket er psykoterapien som har stått svakt i Norge. Men som psykiate-

²⁷ Blom 2008, s. 56-57.

²⁸ Haave 2008. Se også Berge 2007.

²⁹ Album 1991.

ren Einar Kringlen formulerer det: «Forsøk på å redusere menneskets mentale funksjoner til nevrobiologi vil mislykkes, fordi bevisstheten er bundet til sosial og kulturell interaksjon.»³⁰ Psykiatrien har med andre ord behov for en tverrfaglig tilnærming i sin streben etter å forstå det sammensatte bildet ved psykiske lidelser.

Urettferdig og urimelig blir det når den medisinske evidens anvendes utover dens gyldighetsområde, uansett om det gjelder i behandlingen av sinnslidende eller andre pasientgrupper der kultur- og samfunnsforståelse er påkrevd. Men slik må det kanskje bli når den medisinske utdanningen nærmest ensidig tar utgangspunkt i det naturvitenskapelige verdensbildet? Mer presist dreier det seg om en vitenskapstradisjon som ikke kan gi tilfredsstillende svar på hvordan mennesker tenker og føler, enn si hvorfor menneskene innretter seg som de gjør.

Avsluttende refleksjoner

Sosiale ulikheter i helse er et problem som neppe kan elimineres. Det har alltid vært der og det vil trolig alltid bestå. Det samme gjelder tilgangen på helsetjenester – som til dels henger sammen med det første. Det har alltid vært samfunnets svakeste som har fått minst og dermed også er blitt utsatt for urimelighet og mangel på rettferdighet. Velferdsstaten har eliminert de største forskjellene i Norge, men som vi alle vet, forskjeller er det fortsatt.

I tidligere tider var de fattige syke nærmest totalt prisgitt fattigforstandere og helsearbeideres velvillighet. Ofte lå det personlige og moralske betraktninger til grunn for hvem som ble oppfattet som *verdige* og *uverdige* mottakere av fattighjelp og helsetjenester. Og sjelden eller aldri ble urettferdighet gjenstand for mottiltak, medieoppslag og offentlig debatt. Regelverket var svakt og diffust. I dag er regelverket klarere og media langt mer opptatt av det vi kan kalle urettferdig behandling – for opptatt av det, vil enkelte mene. Vår tids ressursvake finner vi først og fremst blant innvandrere, rusmisbrukere og de med psykiske lidelser. Et par eksempler hentet fra dagsaktuelle presseoppslag kan illustrere:

Tilfelle 1 – Sofienbergparken: Likestillings- og diskrimineringsombudet hevder at norsk-somaliske Ali Farah ble diskriminert på grunn av hudfargen, da en ambulanse forlot ham alvorlig skadet med hjerneblødning i Sofienbergparken i Oslo sommeren 2007. De antok han var en forfyllet innvandrer. «Ambulanseskandalen smadrer forestillingen om likebehandling,» skriver *Dagbladet*, og fortsetter: «... mange med minoritetsbakgrunn opp-

³⁰ Kringlen 2007.

levde sviket mot Ali som en bekreftelse på rasisme og forskjellsbehandling de selv møter. At alle borgere får like god hjelp av helsevesenet uavhengig av hudfarge og status, er avgjørende for hele befolkningens tillit.»³¹

Tilfelle 2 – Dame snublet i brostein: I mars 2008 falt Marianne H. Johannessen på gaten i Bergen. Hun skadet seg stygt og ambulanse ble tilkalt. Ambulansepersonellet trodde hun var narkoman med hepatitt C, og ville ikke røre henne. Johannessens kommentar til episoden var følgende: «Dette forteller meg at de som har en smittsom sykdom eller hører til de svakeste i samfunnet, får dårligst hjelp.»³²

Tilbake til utgangspunktet

Jeg startet denne artikkelen med å referere til filosofen John Rawls som baserer forståelsen av rettferdighet på begrepet rimelighet. I vårt samfunn, og i tråd med Rawls, anses det som rettferdig og rimelig at alle borgere – uansett økonomi, bosted, sosial status, kjønn og etnisitet – skal ha de samme grunnleggende rettigheter med hensyn til tilgang på helsetjenester av tilnærmet samme kvalitet. Jeg har tatt leseren med på en kort «reise» i norsk helsehistorie, og på bakgrunn av den reisen kan vi ganske enkelt slå fast at når det gjelder medisinen og helsevesenet, så har landets borgere aldri hatt de samme grunnleggende rettigheter. Utfordringene ligger der stadig.

Litteratur

Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2127–33.

Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med* 2008; 66:182–88. (<http://tinyurl.com/5g5n25>)

Berge A. *Sjukvårdens underklass: sjukvården i den kommunala fattigvården 1910–1950*. Umeå: Borea 2007.

Bergens Tidende, Nettavis 31. mars 2008, leder 30. mars 2008.

Bjørnson Ø, Haavet IE. *Langsomt ble landet et velferdssamfunn. Trygdenes historie 1894–1994*. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1994.

Bjørnson Ø. The Social Democrats and the Norwegian Welfare State: Some Perspectives. I: Petersen K, Christensen NF red: *The Nordic Welfare States 1900–2000. Scandinavian Journal of History*, vol. 26, 2001.

Blom I. Sykerom og handlingsrom. I: Gengedal E, Blystad A, Schiøtz A red. *Helse i tid og rom*. Oslo: Cappelen Akademisk, 2008.

³¹ *Dagbladet* 29. mars 2008, leder.

³² *Bergens Tidende*, Nettavis, 31. mars 2008, pluss leder 30. mars 2008.

- Christiansen NF, Petersen C. Norden som folkehjem. I: Benum E, Haave P, Ibsen H, Schiøtz A, Schrupf E red. *Den mangfoldige velferden. Festskrift til Anne-Lise Seip*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2003.
- Dagbladet* 29. mars 2008, leder.
- Evang K. Medicinalvesenet og centraladministrasjonen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1938; 58: 1319–34.
- Gulbrandsen P. Rettferdighet og prioritering. I: Mæland JG, Fugelli P, Høyer G, Westin S red. *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2004.
- Hjort DJJ. Indberetning til den Kgl. Norske Regjerings Departement for Kirke- og Undervisnings-Væsenet om en i Sommeren 1832 i det vestlige Norge foretagen Reise for at undersøge de der forekommende ondartede Hudsygdomme m. M. *Eyr* 1833, Ottende Bind's første Hefte.
- Haave P. *Sanderud sykehus* (arbeidstittel – i produksjon, mai 2008).
- Johannisson K. *Medicinens öga*. Stockholm: Norstedts 1990: 62–63.
- Kringlen E. *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Oslo: Damm 2007.
- Kuhnle S. *Velferdsstatens kjerneelementer. Norge i komparativt perspektiv*. Bergen: Universitetsforlaget 1983.
- Martinsen K. *Freidige og uforsagte diakonisser. Et omsorgsykke vokser fram 1860–1905*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli 1984.
- Rawls J. *Rettferdighet som rimelighet. En reformulering*. Redigert av Kelly E. Oslo: Pax Forlag 2002. Innledning ved Andres Føllesdal.
- Schiøtz A. Prostitusjon og prostituerte i 1880-åras Kristiania. I: Gotaas AM, Gulli B, Melbye K, Schiøtz A. *Det kriminelle kjønn. Bidrag til norsk kvinnehistorie*. Oslo: Pax Forlag 1980.
- Schiøtz, A (a). *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax Forlag 2003.
- Schiøtz A (b). *Det offentlige helsevesens historie i Norge 1603–2003. Bd. 2, Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
- Seip AL. *Om velferdsstatens framvekst*. Oslo: Universitetsforlaget 1981. (Kapitlet: «Noen begreper og forklaringstyper i studiet av sosialpolitikk».)
- Seip AL. *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740–1920*. Oslo: Gyldendal, 1984.
- Seip AL. *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–1975*. Oslo: Gyldendal, 1994.
- Slagstad R. *De nasjonale strategier*. Oslo: Pax, 1998.
- Solli HM. Rettferdighet og objektivitet i trygdemedisinske uforhøvs vurderinger. *Michael*, 2007;4:193–520.
- Sømme J. «Den norske lægeforening som fagforening og dens forhold til sykekasserne.» *Tidsskr Nor Lægeforen* 1918; 38: 127–32.
- Urdal N. *Sykestrygden i femti år. Historien om en grunnleggende sosial reform*. Oslo: Norges trygdekasselag 1961.

Aina Schiøtz
 aina.schiøtz@isf.uib.no
 Professor i medisinsk historie
 Universitetet i Bergen