

Nasjonal styring – regional oppfølging – lokal utføring

Michael 2009;6:361–6

Ved tohundreårsjubileet for nasjonal norsk helseforvaltning kan det vere interessant å sjå på samanhengen mellom det sentrale nivået og helseforvaltninga regionalt og lokalt. Korleis har dei tre nivåa utvikla seg? Kva har forholdet vore innbyrdes mellom dei? Kva kan vi lære av fortida? Kva utfordringar ser vi i dag og framover knytta til relasjonen mellom dei tre nivåa?

Artikkelen trekker kortfatta opp enkelte, utvalte trekk av utviklinga gjennom meir enn 400 år. Ut frå ståstaden til forfattaren blir hovudvekta lagt på det regionale nivået. Følgjande aktuelle utfordringar blir omtalte: Spenninga mellom kommunalt sjølvstyre og nasjonale målsettingar. Fylkeslegen sine ulike roller. Spesialisthelsetenesta – tilsynsmessig oppfølging. Spesialisthelsetenesta – implementering av nasjonal politikk.

I 2009 er det gått to hundre år sidan opprettinga av ei norsk, sentral statleg helseforvaltning. Men soga til statleg helsevesen og -forvaltning her i landet er langt eldre. Oppbygginga har i stor grad skjedd nedafrå og opp, frå lokalt nivået via det regionale til det nasjonale nivået. I eit land med store avstandar, lågt folketal og spreidd busetnad har vegen vore lang frå grasrota opp til statsmakta, anten denne var plassert i København eller i Christiania/Oslo. Når den sentrale helseforvaltninga i dag framstår som foreldregruppa i det norske helsehuset, er det grunn til å minne om orda til William Wordsworth (1770-1850): «Barnet er far til mannen».

Sjølv kjenner eg sentral helseforvaltning mest utanfrå. Rett nok har eg vore innom leiarfunksjonar der i eit par avgrensa periodar. Men mest har eg verka nærare det verkelege livet; tolv år i primærhelsetenesta og den lokale helseforvaltninga, tjuetre år på det regionale nivået i «fylkeslegeetaten». Med dette utgangspunktet vil eg trekke fram enkelte liner i utviklinga av norsk

helseteneste og helseforvaltning utafor maktkorridorane i hovudstaden. Mi lange fartstid på fylkesnivået vil prege vinkling og framstilling

Lokalnivået – grunnfjellet

På lokalt nivå er det vanleg å trekke trådane tilbake til 1603. Da blei legen Villads Nielsen Adamsen (ca 1564-1616) tilforordna som ordinario medico i Bergen med løn frå kongen (1). Han var den første i Noreg med eit klart definert legembete. Firehundreårsjubileet for offentleg helseteneste blei derfor feira i 2003 med hovudmarkering i Bergen (2). Etter Bergen fekk Christiania sin embetslege i 1626, Trondheim i 1660.

Sunnhetslova av 1860 vidareførte og forsterka ein modell med stor lokal makt innanfor miljøhygiene og smittevern. Alt på 1830-talet var det blitt oppretta provisoriske lokale sunnhetskommisjonar som skulle arbeide mot spreiding av kolera og andre epidemiske sjukdommar. Sunnhetslova av 1860 knesette prinsippa for det særnorske systemet med lokale, folkevalte sunnhetskommisjonar (helseråd), baserte på ein kombinasjon av demokratisk forankring og sterk medisinsk-fagleg vegleiing frå den lokale offentlege legen. Verkeområdet var vidt: Kommisjonen skulle *«have sin Opmærksomhed henvendt på Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse.»* Sunnhetslova sine hovudføringer er i vår tid vidareførte gjennom iverksetting av kapitel 4a i kommunehelsetenestelova frå 1988 og smittevernlova frå 1995. Før det hadde kommunehelsetenestereforma frå 1984 utvida det kommunale styringsrommet og ansvaret vesentleg; frå miljøhygiene og smittevern til eit totalansvar for primærhelsetenester.

Regionalt nivå – limet i systemet

Starten på eit tidleg regionalt statleg helsesystem kan først tilbake til 1743. Da blei Friedrich von See (1702-81) utnemnt som provinsialmedicus for Christiansand stift (3). Han fekk ved utnemninga eit definert ansvar for eit område som tilsvarer dagens Rogaland, Vest-Agder, Aust-Agder og øvre Telemark. Embetet gjekk under ulike nemningar; stiftsfysikat, landfysikat og provinsialfysikat. Mot slutten av 1700-tallet blei det oppretta fire andre fysikat med regionalt ansvarsområde: Bratsberg 1773, Romsdal 1784, Akershus 1785 og Nordlandene 1790.

Eit einsarta system med ein amtslege i kvart amt oppstod først i 1891. Da fekk landet vårt ei tilleggslov til sinnsjukelova frå 1848 (4). I kvart amt skulle det utpeikast ein lege med oppgåver knytta til særskilt behandling og forpleiing av fattige sinnsjuka.

I 1912 kom lova om «offentlige lægeforretninger» og gav eit heilt nytt innhald i amtslegerolla. Amtslegen skulle ikkje lengre vere knytta spesielt

til omsorg for psykisk sjuke, men til heile spektret av helseforhold og helsevesen. I følge amtslegeinstruksen av 1914 skulle han føre «det overordnede tilsyn med amtets medicinal- og sundhedsvesen» og vere «de i amtet ansatte amtslægers og distriktslægers nærmeste foresatte». Vi kan altså snart feire hundreårsjubileum for ordninga med *tilsyn* som ei sentral oppgåve for statens regionale helseforvaltning.

Under Evang-epoken i norsk helseteneste blei fylkeslegeposisjonen utbygd og styrka (5). Embetet blei den fylkesvise krumtappen i ein sterk statleg hierarkisk fagleg-administrativ akse frå helsedirektøren sentralt til fylkesvise organ og distriktslegane ute i det enkelte legedistriktet. Fylkeslegen gjekk frå å vere ein deltidsfunksjon til å bli ein etat. I Vest-Agder auka staben i løpet av tretti år frå mindre enn ein person til seksten, fordelte på fem faggrupper og merkantilt personell.

Då kommunehelsetenestelova blei sett i kraft i 1984, blei distrikts- og stadslegane kommunale tenestemenn og mista den administrative tilknyttinga til fylkeslegen. Lova om offentleg legevesen blei oppheva. Fylkeslegane sine oppgåver blei forankra i den nye helsetilsynslova. Administrativt var dei underlagt Helsedirektoratet, som i 1983 blei skilt ut frå Sosialdepartementet som frittstående fagdirektorat, men fylkeslegane blei også tillagt oppgåver direkte frå Departementet.

Etter helsetilsynslova skal fylkeslegen frå 1984 føre *tilsyn* med alt helsepersonell og alt helsevesen i fylket – både offentlege og private tenester – og på offentleg side både kommunale, fylkeskommunale og statlege tenester. Etter at Helsedirektoratet frå 1994 blei omdanna til Statens helsetilsyn, er tilsynsrolla til fylkeslegane blitt vidareutvikla. Parallelt skal fylkeslegane ivareta oppgåver med formidling av nasjonal helsepolitikk gjennom *rådgiving og pådriving* ovafor helsepersonell, politikarar, kommunal administrasjon, statlege organ og massemedia; bl.a. relatert til oppfølging av nasjonale handlingsprogram og satsingsområde. Endeleg skal fylkeslegen ivareta løpande *forvaltningsoppgåver* som krev helsefagleg og -juridisk kompetanse; som behandling av søknader om dispensasjon frå helsekrava til førarkort.

I 2002 blei den sentrale helseforvaltninga omorganisert. Eit redusert Statens helsetilsyn skulle reindyrke tilsynsrolla, medan forvaltning og politikkgjennomføring blei lagt til Sosial- og helsedirektoratet (seinare Helsedirektoratet). Fylkeslegane må etter dette ivareta oppgåver frå begge desse sentrale organa. I 2003 blei fylkeslegen administrativt inkorporert i fylkesmannsembetet i samsvar med forslag frå fleirtalet i oppgåvefordelingsutvalet (6). Helsedirektoratet si styringsline går nå til fylkesmannen, men på tilsynsida går styringslina direkte frå Statens helsetilsyn til Helsetilsynet i fylket, som er leia av fylkeslegen.

Aktuelle utfordringar

Kommunalt sjølvstyre og nasjonale målsettingar

Prinsippet om det kommunale sjølvstyret står framleis sterkt i norsk forvaltning. Kommunehelsetenestelova gir – innanfor visse rammer – kommunane høve til å organisere seg og prioritere ressursane som dei vil. Dette kan komme i strid med prinsippet om likskap og nasjonale målsettingar for helsepolitikken. Eit velkjent eksempel er ulikskap i balansen mellom institusjonskapasitet og open omsorg i kommunane. Ikkje alltid er det samsvar mellom valt vektlegging og intensjonane i nasjonale planar for pleie- og omsorgsfeltet. Andre døme er organisatoriske modellar som kan utvatne det helsefaglege innhaldet i tenestene; f.eks. når helsestasjonane blir plasserte i ein oppvekstetad leia av ein skolebyråkrat, og vegen frå helsesøster til kommune-/smittevernlegen blir lang og kronglete.

Både kommunehelsetenestelova sitt kapittel om miljøretta helsevern og smittevernlova gir kommunestyret og kommunelegen vide fullmakter til å gi pålegg og illegge restriksjonar. Dette kan gi store skilnader mellom kommunar, eksempelvis når det gjeld aksept av støy frå fritidsaktivitetar, bedrifter og uteliv. I situasjonar som er av nasjonal karakter, kan det vere uhensiktsmessig og uheldig, dersom kommunane opptreer ulikt. Under den pågåande pandemien har sentral helseforvaltning valt å ikkje erklære influensa A H1N1 som «allmennfarlig smittsom sykdom» etter § 1-3 i smittevernlova. Grunngivinga har bl.a. vore at kommunane da kunne få for stor makt til å innføre restriktive tiltak som møteforbod, stenging av verksemdar m.v. etter § 4-1 i lova.

Fylkeslegen sine ulike roller

Fylkeslegen er både avdelingsdirektør hos fylkesmannen og Statens helse-tilsyn sin representant i fylket. Rolla kan minne om situasjonen for helsedirektøren fram til 1983; som leiar både av eit sjølvstendig fagdirektorat og ei departementsavdeling. Som helsedirektøren den gong må fylkeslegen i den enkelte saka velje brevark ut frå om ho/han opptreer etter fullmakt frå fylkesmannen eller som leiar av helsetilsynet i fylket. Viktigare enn slike byråkratiske øvingar er det å gjere klart for omverda – helsepersonell, helseadministrasjon, politikarar, publikum og media – kva for rolle fylkeslegen til ei kvar tid opptreer i: Er ho/han ute som leiar av eit tilsynsorgan, som kan true med sanksjonar? Eller er fylkeslegen pådrivar for gjennomføring av nasjonal helsepolitikk? Fattar ho/han forvaltningsmessige avgjerder, eller opptreer fylkeslegen som fagleg rådgivar?

Spesialisthelsetenesta – tilsynsmessig oppfølging

Den direkte styringslina frå Statens helsetilsyn til helsetilsynet i fylket er ikkje udelte populær i alle krinsar. For mange fylkesmenn framstår den som rusk i eit veltrimma organisasjonsmaskineri. Hovudargumentet for å oppretthalde systemet er forholdet til spesialisthelsetenesta. Sjukehusreforma frå 2001 med organisering av spesialisthelsetenesta gjennom statlege helseforetak på to nivå – regionalt (RHF) og på sjukehusnivå (HF) – inneber store utfordringar for tilsyn og formidling av nasjonal helsepolitikk. Dei regionale helseforetaka spenner over fleire fylke, frå tre til ti. Dei er komplekse og fagleg tunge organisasjonar. Dei enkelte helseforetaka går til dels på tvers av fylkesgrensene. To av dei – Sjukehuset Innlandet og Sørlandet sjukehus – omfattar kvar for seg all offentleg spesialisthelseteneste innanfor to fylke.

På tilsynssida reiser forholdet til spesialisthelsetenesta tunge utfordringar knytta til forhold som fagleg truverde, fylkesoverspennande aktivitetar og tilsynsmessig objektivitet/habilitet når statlege organ fører tilsyn med statleg verksemd. I ein slik situasjon er det behov for utstrekt samarbeid og til dels funksjonsfordeling på tvers av fylkesgrensene, samt høg tiltru i befolkninga til tilsynsmessig integritet. Modellen med direkte styringsline frå Statens helsetilsyn til helsetilsynet i fylke gir eit grunnlag for å møte slike utfordringar. Ei anna sak er at utan den organisatoriske integreringa av fylkeslegen i fylkesmannsembetet kunne delar av tilsynet med spesialisthelsetenesta i større grad vore regionalisert til meir slagkraftige einingar.

Spesialisthelsetenesta – implementering av nasjonal politikk

På pådrivarsida er det utfordringar knytta til Departementet/Direktoratet sine doble kanalar for implementering av nasjonal politikk. Ovanfor kommunehelsetenesta går vegen via fylkesmannen (ved fylkeslegen). Ovanfor spesialisthelsetenesta derimot går den utanom fylkesmannen, via RHFet. Under gjennomføringa av Opptappingsplanen for psykisk helse medførte dette at fylkesmannen kontrollerte bruken av kvar tusenlapp av øremerka middel til kommunane. Innanfor spesialisthelsetenesta derimot er det eksempel på at opptil 70 millionar av psykiatrimidla blei slusa inn i somatikken, utan at staten si helseforvaltning på fylkesnivå hadde mandat til å gripe inn.

Dersom denne todelte lina for implementering av nasjonal helsepolitikk blir vidareført også når samhandlingsreforma skal iverksettast, vil det kunne underminere potensialet for å fremje intensjonane i reforma med ei heilskapleg helseteneste på tvers av skiljet mellom primær- og spesialisthelse-

tenesta. Spesialisthelsetenesta er ein tung aktør samanlikna med kommunane. Dei obligatoriske samhandlingsorgana fungerer i stor grad på spesialisthelsetenesta sine premiss.

Det kan bli ein parodisk situasjon dersom pådrivinga til auka samverke innan helsetenesta skal skje på to ulike kanalar til dei to hovudaktørane i samarbeidet.

Litteratur

1. Moseng OG. Den tidligmoderne staten og ansvaret for undersåttenes helse. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120: 2546-7.
2. 400 years and the way forward. Oslo: Ministry of Health, 2003.
3. Da helse ble samfunnssak – 250-årsjubileum for opprettelsen av det første landfysikat. Kristiansand: Fylkeslegene i Aust- og Vest-Agder, 1993.
4. Lov om Forandring i og Tillæg til Lov af 17de August 1848 om Sindsyges Behandling og Forpleining. Norsk Lovtidende 1891, 2. avdeling: 397-8.
5. Hagestad K. Historia om fylkeslegen – ei soge i fem akter. Michael 2007; 4: 111-15.
6. NOU 2000:22. Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 2000.

*Kristian Hagestad
kha@fmva.no
Fylkeslegen i Vest-Agder
Serviceboks 513
4605 Kristiansand*