

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



200 år med
nasjonal
helseforvaltning

3/09



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

To hundreår – én helseforvaltning

Michael 2009;6:269–72

Kommunikasjonsproblemer kan ha mange følger. I blant er konsekvensene forutsigbare. Andre ganger er de overraskende. Konsekvensene kan dessuten både være negative og positive.

Den sentrale helseforvaltning i Norge er egentlig et resultat av kommunikasjonsproblemer mellom København og Christiania. Napoleonskrigene på begynnelsen av 1800-tallet medførte at Norge ble isolert fra Danmark. Kongen i København måtte, motstrebende, opprette såkalte kriseinstitusjoner i Christiania for å ivareta sentrale statsfunksjoner. En av disse institusjonene var «Det Kongelige Norske Sundhedscollegium i Christiania», sunnhetskollegiet, som ble etablert i 1809 og som regnes som begynnelsen på vår nasjonale helseforvaltning (1).

Sunnhetskollegiet bestod fra begynnelsen av fem medlemmer, tre leger, en jurist og en apoteker. I tillegg hadde kollegiet en sekretær som var farmasøyt. Sunnhetskollegiet var både et tilsynsorgan og en rådgivende institusjon med fullmakt til å handle raskt når det var nødvendig. Medlemmene hadde god forankring i fagmiljøene og tillit i befolkningen. Som Hans Petter Schjøsby skriver, skapte sunnhetskollegiet «linjer til dagens helseforvaltning fordi det gjennom sin organisering, kompetanse og profesjonelle tverrfaglighet dannet noen av forutsetningene for det offentlige helsevesen slik vi kjenner det i dag» (2).

Politikk og fag – på samme lag?

To hundre år senere har vi en omfattende, sentral helseforvaltning i Norge. Blant et firesifret antall ansatte er de fleste relevante yrkesgrupper godt representert. Til den nasjonale helseforvaltning kan vi i dag regne Helse- og omsorgsdepartementet med underliggende etater, hvorav de største og viktigste er Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet), Helse-

direktoratet, Statens helsetilsyn, Statens legemiddelverk og Statens strålevern.

I 1809 var det neppe noen som kunne tenke seg hvor omfattende helsevesenet skulle bli. Helsevesenets utvikling har i mellomtiden vært preget av to hovedpåvirkningskilder (3):

- Den allmenne samfunnsutvikling, synet på det offentliges ansvar, politiske trender, forholdet mellom fag og politikk og ikke minst den demografiske utviklingen og de økonomiske rammebetingelser.
- Medisinens faglige utvikling, ulike tiders helsetrusler kombinert med stadig endret oppfatning av hva og hvor mye av livets plager som er helseproblemer, og mulighetene for sykdomsforebygging og -behandling.

Også den sentrale helseforvaltning er blitt formet av disse to påvirkningskildene. Sannsynligvis er helseforvaltningen mer følsom for den allmenne samfunnsutvikling enn for den medisinske utvikling, mens det er omvendt for den utøvende helsetjenesten.

«Politikk og fag på samme lag?» var tittelen på en bok tidligere helseminister Werner Christie utgav i 1988 (4). Boken handlet om planlegging i kommunehelsetjenesten, men tittelen er dekkende for den sentrale helseforvaltningens utfordringer gjennom hele sin historie. Dekkende er også Christies utsagn om prioriteringer, som er like krevende i dagens overflodssamfunn som i de magre krisetider: «Det blir ikke et rent faglig spørsmål om hvor ressursinnsatsen gir mest utbytte, eller et rent politisk spørsmål om hvilke grupper eller mål som skal tilgodesees først.» (4, side 87).

Helseforvaltningen utgjør selve skjæringspunktet mellom politikk og fag. Der har det sjelden vært vindstille eller kjedelig.

Eksempler og analyser

Dette nummeret av *Michael* utgis i forbindelse med den nasjonale helseforvaltningens 200 års jubileum. Når man skal markere et jubileum, er det naturlig å se seg tilbake. Og når det handler om to hundreår og et enormt fagfelt, er det nødvendig å gjøre et utvalg både av tidsepoker og fenomener. En tverrfaglig gruppe forfattere presenterer eksempler i en rekke artikler, og analyserer betydningen både av nøkkelpersoner og veivalg.

Akkurat som helseforvaltningens begynnelse var et resultat av en bestemt, vanskelig situasjon, har også mange andre av de viktige beslutninger som er truffet, og endringer som har skjedd senere, vært resultat av konkrete hendelser. Ofte har dette vært smittsomme sykdommer. Kolerapandemien på 1800-tallet ble avgjørende for innføringen av Sundhetsloven av 1860. I tillegg bidro en langvarig debatt om kolerabekjempelse til å vitenskapeliggjøre helsetjenesten, ifølge Ole Georg Moseng (5). Arbeidet mot kolera

viser også et særtrekk ved helsetjenesten; nemlig at man ofte er tvunget til å handle, selv når fenomener er uforståelige og kunnskapen begrenset. Dette belyser Øivind Larsen (6) og Olaug Lian (7) fra ulike innfallsvinkler. Forebyggende helsearbeid blir lett glemt, selv ved jubileer. Kari Tove Elvbakken drøfter kostholdsopplysning som et eksempel på offentlig forebyggende arbeid (8).

Gjennom det 20. århundret var den norske helseforvaltningen gjenstand for betydelige ideologiske prosesser. Sterke personer som Karl Evang (1902-81), helsedirektør 1938-72 og Torbjørn Mork (1928-92), helsedirektør fra 1972 til sin død, dominerte ulike epoker. «Evangs karriere illustrerer viktigheten av å kombinere metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism», skriver Trond Nordby (9). Ifølge Ole Berg ble Torbjørn Mork offer for en avvikling av fagstyret i helseforvaltningen, en forvaltning som nå preges av «nyttestatlig», offentlig ledelse (10).

Også en sentral forvaltning behøver lokale forankringer. Kristian Hagestad presenterer spenningen mellom det lokale og det nasjonale på bakgrunn av sin lange erfaring som fylkeslege (11).

Dagens situasjon

Vår nasjonale helseforvaltning har gjennomgått mange omveltninger gjennom sine 200 år. Til tider har den også vært preget av interne strider og varierende handlekraft. Lite er gjenkjennelig fra 1809, bortsett fra at den skal «...have Tilsyn med alt til Medicinalvæsenet udi vort Rige Norge henbørende.» (1). Men fortsatt stilles helseforvaltningen på store prøver når epidemier truer. Bjørn Guldvog viser for eksempel hvordan dagens samfunn stiller nye krav til åpenhet og handlekraft i møte med influensapandemien i 2009 (12).

Nye krav stilles også til helseforvaltningens kunnskapshåndtering. Ambisjonen om en kunnskapsbasert helsetjeneste må synliggjøres gjennom alle de råd som gis og prioriteringer som gjøres av de sentrale helsemyndigheter. Både ved handling og holdning setter helseforvaltningen standard for de tusenvis av pasientmøter som skjer daglig i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er i siste instans disse møtene som befolkningen kan og skal bedømme kvaliteten av helsetjenester av, ikke utredninger og helseplaner.

Norge har sannsynligvis en av de beste helseforvaltninger i verden vurdert etter omfang, kompetanse og ressurstilgang. Størrelsen og mangfoldet gjør samordning krevende. I et rikt land med et offentlig helsevesen som fortsatt nyter bred og tverrpolitisk tillit, har dessuten helseforvaltningen betydelig makt. Stor makt må alltid forvaltes med varsomhet og ydmykhet. Kanskje er dette den største utfordring for jubilaranten i 2009?

Litteratur

1. Schjønsby HP. *Sundhedskollegiet 1809 – 1815*. Rapport fra Helsetilsynet 1/2009. Oslo: Statens helsetilsyn, 2009.
2. Schjønsby HP. Hvordan begynte det hele? Etablering av sunnhetskollegiet i 1809. *Michael* 2009;6:275–83.
3. Nylenna M, Lavoll-Nylenna A. Helsevesenet i Norge – organisering og oppgaver. I: Larsen Ø, Hagestad K, Alvik A, Nylenna M, red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008: 325–46.
4. Christie W. *Politikk og fag på samme lag?* Oslo: TANO, 1988.
5. Moseng OG. Fra Sundhedskollegium til Sosialdepartement – sentralmyndighetenes kamp mot kolera. *Michael* 2009;6:284–92.
6. Larsen Ø. Epidemihåndtering når årsakene er uklare – noen historiske eksempler. *Michael* 2009;6:293–303.
7. Lian OS. Helseprofesjonens utvikling – et kontekstuellt perspektiv. *Michael* 2009;6: 313–21.
8. Elvbakken KT. Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning. *Michael* 2009;6:322–9.
9. Nordby T. Helse direktør Evangs planer for velferdsstaten. *Michael* 2009;6:331–7.
10. Berg O. Mellom gammelt og nytt: Helseforvaltningen 1945-1994. *Michael* 2009;6: 339–60.
11. Hagestad K. Nasjonal styring – regional oppfølging – lokal utføring. *Michael* 2009;6: 361–6.
12. Guldvog B. Pandemier – hva gjør myndighetene i dag? *Michael* 2009;6:305–12.

Magne Nylenna
magne.nylenna@helsebiblioteket.no
Helsebiblioteket
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 Oslo

200 år med nasjonal helseforvaltning

Jubileumsseminar

Tid: Mandag 2. november 2009
Sted: Thon Hotell Opera, Oslo
Møteleder: Redaktør Magne Nylenna, Helsebiblioteket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

- 10.00 – 10.15 Velkommen. Departementsråd Anne Kari Lande Hasle, Helse- og omsorgsdepartementet
- 10.15 – 10.45 *Hvordan begynte det hele? Etablering av sunnhetskollegiet i 1809*
Tidl. fylkeslege Hans Petter Schjønsby, Folkehelseinstituttet
- 10.45 – 11.15 *Fra Sundhetskollegium til Sosialdepartement – sentralmyndighetenes kamp mot kolera*
Forsker Ole Georg Moseng, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo
- 11.15 – 11.35 Pause m/kaffe og frukt
- 11.35 – 12.10 *Epidemihåndtering når årsakene er uklare – noen historiske eksempler*
Professor Øivind Larsen, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo
- 12.10 – 12.40 *Pandemier – hva gjør myndighetene nå?*
Ass. direktør Bjørn Guldvog, Helsedirektoratet
- 12.40 – 13.15 *Helseprofesjonenes utvikling – et kontekstuellet perspektiv.*
Førsteamanuensis Olaug S. Lian, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø
- 13.15 – 14.15 Lunsj

- 14.15 – 14.45 *Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning*
Universitetsdirektør Kari Tove Elvbakken, Universitetet
i Bergen
- 14.45 – 15.15 *Helsedirektør Evangs planer for velferdsstaten.*
Professor Trond Nordby, Institutt for statsvitenskap,
Universitetet i Oslo
- 15.15 – 15.35: Pause m/kaffe og frukt
- 15.35 – 16.15 *Mellom gammelt og nytt:
Helseforvaltningen 1945 – 1994*
Professor Ole Berg, Institutt for helseledelse og helse-
økonomi, Universitetet i Oslo
- 16.15 – 16.50 Paneldebatt: «*Fremad og aldri glemme*»
Departementsråd Anne Kari Lande Hasle
Direktør Bjørn-Inge Larsen, Helsedirektoratet
Direktør Lars E. Hanssen, Helsetilsynet
Ass. direktør Camilla Stoltenberg, Folkehelseinstituttet
Fylkeslege Kristian Hagestad, Vest-Agder
- 16.50 – 17.00 Avslutning. Magne Nylenna
- 18.00 Middag
Festtale Professor Steinar Westin, Norges teknisk-natur-
vitenskapelige universitet, Trondheim

Hvordan begynte det hele?

Etablering av sunnhetskollegiet i 1809

Michael 2009;6:275–83

Sunnhetskollegiet (1809-1815) var Norges første sentralforvaltning for helsevesenet. Det ble opprettet på grunn av blokaden av landet som var en følge av Napoleonskrigene og krigstilstanden mellom Danmark-Norge og England i 1807. Kollegiet hadde røtter tilbake til begynnelsen av 1700-tallet, da kongen så behovet for en rådgivende, faglig instans når det gjaldt medisinalforhold i riket. Dette endte med opprettelsen av sunnhetskollegiet i København i 1803. Dets hovedoppgave var «vedvarende Tilsyn med det hele Medicinalvæsen».

Sunnhetskollegiet virket under nødsårene 1808-1814. Ressursene tatt i betraktning var det et aktivt og virksomt organ og det ble godt ledet. Kollegiet gjorde en betydelig innsats for folkehelsen særlig når det gjaldt de alvorlige epidemiene som herjet landet i denne tiden, implementeringen av og tilsynet med jordmørreglementet av 1810 og koppevaksinasjonsbestemmelsene fra samme år.

Kollegiet i Christiania var ment å være midlertidig og en underavdeling av kollegiet i København, men ble i virksomhet til sommeren 1815 da landets styreform skiftet fra enevelde til demokrati. Kollegiets funksjoner ble nå overtatt av medisinalkontoret i det nyopprettede tredje departement.

Sunnhetskollegiet ble opprettet i henhold til en kongelig resolusjon av 27. juni 1809. Allerede den 20. juli ble det første møtet avholdt i Christiania under ledelse av stabsskirurg, senere professor i kirurgi og fødselsvitenskap, Magnus Thulstrup (1764-1844). Som medlemmer hadde han med seg juristen, politimester Christopher Weidemann (1779-1858), apoteker Hans Henrich Maschmann (1775-1860), stadsfysikus i Christiania, Johannes Müller (1758-1825), og amtsfysikus i Akershus Bernd Baumgarten (1761-1821). Sekretær var farmasøyten Jacob Schandorff (1775-1842). Kollegiet ble senere supplert med tre utenbys medlemmer: Hans Iver Horn (1761-1836), amtsfysikus i Jarlsberg grevskap (Vestfold), Hans Munk (1770-1848),

amtfysikus i Smålenene og Adam Lund (1764-1843), stadskirurg i Moss.

At det var tale om en ny forvaltningsetat i et «nytt» land, fremgikk av medlemmenes nasjonalitet. De var alle danskfødte, unntatt Maschmann og Weidemann som var norske. Kollegiet var ikke tilfeldig sammensatt. Medlemmene representerte toppen av fagkunnskap i landet, og var respekterte og kjente personer.

Den første saken sunnhetskollegiet behandlet, angikk en ansettelse som konstituert amtsfysikus i Bratsberg (Telemark) amt, den neste saken var en henstilling fra jordmor Grandjean ved Brevik om å få tilsendt 2 glass med frisk (koppe)vaksine, og endelig vedtok kollegiet foreløpige møtetider inntil instruks for virksomheten forelå (1).

Dermed var sunnhetskollegiet i gang, og Norges første sentrale forvaltningsorgan for den offentlige helsetjenesten var etablert. Med dette ble også moderniteten i landets medisinalvesenet innledet. Lovgivningen var på plass, det forelå nå en sentralforvaltning, personell og et lokalt forvaltningsnivå. Likeledes instituerte nå det nye sunnhetskollegiet rutiner og samarbeidsforhold som gled nokså ubemerket inn i tiden som fulgte skiftet av styringsform i 1814.

Krig, blokade og nødsår

Resolusjonen var klar og entydig når det gjaldt årsaken til opprettelsen av sunnhetskollegiet i Christiania.

«Da det under de nuværende Omstændigheder, formedelst Communicationens Vanskelighed og Posternes deraf følgende langsomme og usikre Gang, ikke er mueligt for vort Sundhedscollegium her i Staden, at føye de til Medicinalvæsenet og Sundheds Politiets Opretholdelse udi vort Rige Norge udfordrende Foranstaltninger, med tilbørlig Kraft og med den Hurtighed, som i mange Tilfælde er nødvendig, saa have vi allernaadigst besluttet, til dette Øiemeds Opnaelse, indtil videre at anordne et Sundheds Collegium udi vor Kjøbstad Christiania».

Det som lå bak denne begrunnelsen var at Danmark-Norge siden august 1807 var i krig med England. Napoleons fastlandssperring i 1806 medførte at britene forbød nøytrale skip å seile på havner som var sperret for engelske skip, og for det nøytrale Danmark-Norges skipsfart og handel var dette et alvorlig slag. Året etter satte Napoleon (1769-1821) kong Frederik (1768-1839) kniven på strupen ved et ultimatum om krig dersom han ikke sluttet seg til fastlandsblokaden. England kom så utviklingen i forkjøpet ved å landsette tropper på Sjælland, og Danmark-Norge erklærte krig mot England. København ble bombardert, kongen måtte kapitulere og britene dro hjem med hele den dansk-norske flåten. Den var ikke ubetydelig i europeisk målestokk, og England kunne derfor ikke tillate at flåten kom under fransk kontroll. Angrepet medførte imidlertid at kong Fredrik 6 (1768-1839) sluttet seg til Napoleon og fastlandssperringen. Dette ble umiddelbart fulgt av engelsk

Instruktion

hver efter

Si, Frederik den Sjette

af Guds Naade. Konge til Danmark og Norge,
de skandinaviske og Gøtiske, frielige, Bawing, godde,
Bremen, Slesvig, og Oldenburg, allernaadigt
vilde at hvedt, medt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt,
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt.

A

om

Collegiets Organisation

§ 1.

Indfødt Collegiets Hoved skal bestaa af de kongelige
andere Hoved, som det allernaadigt hvedt
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt,
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt,
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt.

§ 2.

Collegiets Hoved skal bestaa af de kongelige
andere Hoved, som det allernaadigt hvedt
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt,
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt,
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt.

§ 3.

Hovedet skal bestaa af de kongelige
andere Hoved, som det allernaadigt hvedt
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt,
hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt, hvedt.

blokade, og forbindelsen mellom Norge og Danmark ble brutt. Dette fikk dramatiske følger for Norge, og førte til nødsårene 1807-1814 (2).

Krisen hadde størst konsekvenser for Østlandet, men rammet hele landet. Blokaden førte til mangel på korn og andre matvarer, og som følge av Norges lave selvforsyningsgrad ble forsyningssituasjonen prekær. Samtidig opptrådte uår og alvorlige epidemier, særlig i årene 1808-1809 og 1812-1813. Befolkningen måtte nå som under tidligere befolkningskriser ofte benytte seg av surrogater for å overleve. Den stabile befolkningsveksten fra siste del av 1700-tallet stagnerte, og i mange områder var dødstillene høyere enn fødselstilveksten. Selv om årsveksten var bra i perioder som i 1809 og 1813 og det oppsto tidvise lettelser i blokaden, var det dyrtid i et stadig fattigere land, og i 1813 var landet i realiteten fallitt.

Kong Frederik sto nå foran viktige valg. Enevoldsstatens viktigste prinsipp var opprettholdelse av helhetsstaten, nærmest for enhver pris. Dette var implisitt i eneveldets filosofi og lå bak kongens nærmest bastante avvising av ethvert krav eller ønske om egne norske institusjoner, slik som egen norsk bank for ikke å snakke om universitetssaken. Det var helstatsprinsippet med sin sentralisering av all makt til København som også medførte at en separat norsk sentraladministrasjon var ikke-eksisterende i rikets sentralforvaltning.

Eneveldets forvaltning var basert på et sentralisert byråkrati der de såkalte kollegier sto sentralt. Kollegiene var likestilte fagorganer. Medlemmene var embetsmenn, og beslutningene ble alltid truffet etter diskusjon og avstemning. Kollegienes innstilling ble deretter drøftet i Geheimerådet, senere kabinettet. Maktens tyngdepunkt lå her. Det hadde koordinerende funksjoner og lå direkte under Kongen. De viktigste kollegiene var rentekammeret som tilsvarte finansdepartementet, det danske kanselli som tilsvarte innenriksdepartementet (for hele riket), og det tyske kanselli (utenriksaker). Saker som angikk helsevesenet, hørte under det danske kanselli (3,4).

Kriseinstitusjonene

Motstrebende måtte Kongen nå innse nødvendigheten av såkalte kriseinstitusjoner plassert i Norge. Dette var sentrale forvaltningsorganer som Kongen lot opprette i Christiania for å ivareta viktige statsfunksjoner ettersom krig og manglende kommunikasjoner gjorde det vanskelig med den vanlige og regelmessige kontakt.

Den viktigste av disse kriseinstitusjonene var «Den interimistiske Regjeringscommission».

Denne kommisjonen fikk vide fullmakter. Hovedoppgaven var «paa eget Til-og Ansvar, at afgjøre alt, hvad der til Landets Tarv anses fornødent, og hvortil den ei betimelig kan erhverve speciel Kongelig Resolution». Regje-

ringskommisjonen besto av landets fremste embetsmenn og administratorer slik som grev Wedel Jarlsberg (1779-1840), og stelte hovedsakelig med følgene av blokaden og den sivile beredskap (5).

Det var et aktivt organ, kanskje for aktivt etter Kongens smak, for det ble nedlagt i 1810, så snart det var oppnådd fred med Sverige. Regjeringskommisjonen ble erstattet med et mer passivt og kongeløjalt stattholderskap, først under Kongens fetter prins Frederik av Hessen (1771-1845), og fra 1813 prins Christian Frederik (1786-1848).

Det ble også opprettet andre sivile forvaltningsorganer i Norge. Alle ble nedlagt når unntas sunnhetskollegiet som besto uendret i sammensetning og funksjoner til 1815. Grunnen til at dette kollegiet ble opprettholdt er usikker. Det kan ha hatt sammenheng med at dets funksjoner ikke var så sentrale politisk sett. Det har også vært antydning at den svært detaljrike instruksjonen, sammen med valg av benevnelsen «Collegium» som innebar en større kontinuitet enn «Commission», indikerte at sunnhetskollegiet var ment som et ordinært forvaltningsorgan. (4).

Sunnhetskollegiet i København

Fordi sunnhetskollegiet i Christiania var modellert på kollegiet i København, kan det være nyttig å se nærmere på lovgivers intensjon med opprettelsen av kollegiet i Danmark. Det ble opprettet ved reskript (forordning) av 13.mai 1803 og hadde sin bakgrunn i at Kongen tidlig på 1700-tallet hadde sett behovet for en sakkyndig og rådgivende faginstans når det gjaldt folkehelsen. Dette hadde sikkert sammenheng med de hyppige og til dels alvorlige epidemiene i riket på denne tiden, men skyldtes nok også den merkantillistiske erkjennelse at en nasjonalstats styrke var avhengig av en frisk og sunn befolkning (6-8). Kongen anså det derfor viktig at helsetilstanden i befolkningen og helsevesenet ble et statlig anliggende, og lot opprette et «Collegium medicum» i 1740. Dette kollegiet var tverrfaglig sammensatt, men ble aldri et godt funksjonerende organ. Hovedsakelig skyldtes dette intern krangling mellom juristene i forvaltningen og fagfolkene, jfr. helsedirektør Karl Evangs (1902-1981) noe spesielle forhold til jurister i helseforvaltningen to hundre år senere (9). Motsetningene var like store mellom fagfolkene internt, altså mellom de universitetsutdannede leger og de mer håndverkspregede og separat utdannede kirurger (6,7).

Collegium medicum ble derfor nedlagt i 1803 og erstattet med et overordnet sunnhetskollegium. Det tok opp i seg jordmorkommisjonen fra 1714, den københavnske karantenekommisjon (1801), det kirurgisk-akademiske kollegium (1785) og Collegium medicum (1740). Det nye kollegiet representerte farmasøytisk, kirurgisk og medisinsk ekspertise og fikk som hovedoppgave å

«...have et vedvarende Tilsyn med det hele Medicinal-Væsen, og med alle offentlige Sundhedsforanstaltninger i Kongens Riger og Lande...»

I praksis betydde det å overvåke medisinallovgivningen og komme med endringsforslag, føre tilsyn med helsepersonell, men også overvåke fengsler og institusjoner for syke. Helstaten hadde nå etablert et sentralt forvaltningsorgan for medisinalvesenet. Det var organisert som et rådgivende organ for kanselliet som hadde vedtaksmyndighet.

Sunnhetskollegiet i Christiania

Instruksen

Den ble sendt kollegiet i februar 1810 og var omfattende og detaljrik. Den besto av 31 paragrafer (fig 1). De omhandlet alle deler av kollegiets virksomhet fra sammensetning og saksbehandlingsregler til tilsyn med helsepersonell, institusjoner og apotekvesenet; fra informasjonsoppgaver som innhenting av medisinalmeldinger og informasjonsformidling til helsevesenet, til kollegiets plikter og oppgaver ved epidemier og smittsomme sykdommer og ikke minst det viktige arbeidet med innføringen av koppevaksinasjonen og den offentlige jordmortjeneste, begge lovbestemt i 1810.

Sunnhetskollegiets instruks vil ikke overraske noen som arbeider i helseforvaltningen i dag, og man vil kunne finne igjen formuleringer som er overraskende moderne. Et eksempel er § 22, som tilvarer kapittel 11 i dagens helsepersonellov, og særlig «Reaksjoner m.v.ved brudd på lovens bestemmelser»:

«Finder Collegiet, at nogen af det Personale, som ifølge § 20 staaer under dets Tilsyn, enten er forsømmelig i sit Embede, eller ei iagttager de almindelige Medicinal Love, bør det alvorligen erindre Vedkommende derom. Skulde en saadan Erindring ikke have den forønskede Virkning, og Omstændighederne ere paastrængende, da skal Collegiet være bemyndiget til, igjennem vedkommende Overøvrigheder (Amtmannssystemet) eller Foresatte, at suspendere den eller de forsømmelige Embedsmænd. Og bør det forefaldne strax indberettes til Sundheds Collegiet i Kiøbenhavn, som derom har at correspondere med det danske Cancellie.»

I 1810 var forvaltningsorganets reaksjon ved helsepersonells pliktbrudd en «Erindring» som da tilsvarte en advarsel. Dersom dette ikke var tilstrekkelig, var suspensjon neste reaksjon. Sunnhetskollegiet var altså delegert myndighet til dette, men via overøvrigheten. Rettssikkerhetsregler slik som et klagesystem besto ikke på denne tiden.

Et annet eksempel er instruksens § 23 om tilsyn med institusjoner. I motsetning til «Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten» av 1984, presiserte kollegieinstruksen institusjonstilsyn:

«Det paaaligger Sundheds Collegiet at have Tilsyn med alle faste Sygehuse eller Hospitaler for Radesyge og andre Syge, samt med interimistiske Indretninger til Sygepleie og andre Offentlige Indretninger, hvor flere Mennesker holdes samlede, saasom Tugthuse, Fængsler, Pleie Anstalter o.d., forsaavidt angaaer Omsorg for de Personers Helbreds Vedligeholdelse, der paa saadanne Steder iagttages.»

Man aner at det her var datidens gryende forståelse av miljøets betydning for spredning av smittsomme sykdommer som var et av premissene for dette regelverket. Denne samfunnsmedisinske tankegangen finner vi også i neste avsnitt av instruksparagrafen:

«Sundheds Collegiet bør underrettes om, naar nogen offentlig Indretning af ovennævnte Slags fra nye skal iværksættes, og dets Betænkning indhentes, forsaavidt Spørgsmaal kunde være om Indretningens Organisation, med Hensyn til Omsorgen for de Personers Helbred, som der skulde modtages.»

Saksbehandling

Sunnhetskolegiet var ment som en underavdeling av kollegiet i København, og rapporterte i utgangspunktet dit og sjeldnere til for eksempel regjeringskollegiet i Christiania. Blokaden og avstandene medførte at sunnhetskolegiet kunne operere med større frihetsgrad enn før krigen. Dette betydde oftere en raskere saksgang mellom kollegiet og tilsynets lokale representanter, altså embetslegene. Det innebar også at kollegiet raskere kunne gripe inn ved oppståtte kriser, slik som ved epidemiutbrudd, noe det for så vidt også var gitt åpning for i instruksene. Denne var ellers klar på at det var det sentraliserte byråkratis saksbehandlingsregler som var altoverskyggende. Og hovedregelen var at kollegiet når det var mulig, forholdt seg lojalt til dets instruks.

I forhold til overøvrigheten i Norge, kan det for øvrig virke som kollegiet sto nokså fritt i sine tilsyns- og overvåkningsfunksjoner overfor personell og forskjellige helseproblemer. Av arkivmaterialet får man også inntrykk av at overøvrigheten, når det fikk inn saker fra sunnhetskolegiet, nærmest behandlet dem som ekspedisjonssaker og fulgte kollegiets innstillinger (10).

Helsepersonell

Helsepersonell ble i instruksene for sunnhetskolegiet definert som «Alle Læger i Norge, saavel Medici som Chirurgi, civile og militaire af begge Eater, som alle Apothekere, Gjordemødre, og andre til Medicinalvæsenet henhørende Personer». Helsepersonellet var underordnet kollegiet «naar det gjelder deres Embedsforretninger og Pligter». Rettighetene deres var som i dag, implisitt i deres plikter.

Leger

I følge statskalenderen for 1809 besto sunnhetskolegiets ytre etat av 36 embetsleger (i tillegg kom fire ubesatte stillinger), altså universitetsutdannede amts- eller landfysici, og distriktskirurger. Amtlegenes embetsdistrikter tilsvarte vanligvis amtene, mens distriktskirurgene opererte på fogderinivå

og tilsvarte de senere distriktsleger. I tillegg ble landet betjent av militærleger. Dette var feltskjærere og kirurger av ulik kvalitet, ofte var de «uexaminerede». Det var for få av dem ved krigsutbruddet, og nye måtte rekrutteres fra Danmark og ikke minst Tyskland. Dette medførte at det i 1815 ble registrert ca. 160 leger i landet hvorav 42 var embedsleger (12). I 1809 var 25 % av legene norske, de øvrige var dansk- og tyskfødte.

Jordmødre

Fødselsstiftelsen i København ble som følge av helsereformene etablert 1761, og de første norske jordmødre ble uteksaminert i 1766. Frem til 1814 var det utdannet 52 norske jordmødre i Danmark. Fødselsstiftelsen i Christiania kom i virksomhet i 1818. Jordmødrenes virksomhet ble regulert i landets første helseprofesjonslov, nemlig jordmorreglementet som trådte i kraft i 1810.

Jordmødrene var på den tiden vanligvis «duelige Fruentimmer af Almuen», gjerne fra husmanns- eller håndverkerskiktet og som ble ansett skikket til å bli sendt til den ett-årige opplæringen i Danmark. Det var amtet og bøndene på hjemstedet som betalte for reise og opphold mot at kvinnene bandt seg til å praktisere på hjemstedet etter endt utdanning.

Mange steder hadde jordmødrene vanskeligheter med å bli akseptert av befolkningen (11). Det hadde naturlig nok sammenheng med at samfunnet i alle år hadde greid seg med hjelpekoner som hørte lokalmiljøet til, og ville ikke påtvinges noe nytt som de nå også måtte betale for. Med motstanden stilnet etter hvert, ikke minst på grunn av oppfølgingen ved sunnhetskollegiet og embetslegene, og ikke mange ti-år senere var jordmødrene en akseptert del av lokalmiljøet.

Sunnhetskollegiet i praksis

Sunnhetskollegiet skulle vise seg å bli et virksomt og aktivt organ (9). I sin virketid behandlet det innpå 1500 saker (13). De viktigste av dem var de alvorlige epidemiene (hovedsakelig dysenteri, flekkyfus og tyfoidfeber – eller blodgang, forråtnelsesfeber og nervefeber som var datidens betegnelser), rådgivende funksjoner overfor andre offentlige etater slik som rettsvesenet, og tilsyn med helsepersonell, altså leger og jordmødre. I tillegg ønsket regjeringen også prioritering av ny lovgivning, dvs. kollegiet skulle lede implementeringen av jordmorreglementet av 1810, og av koppevaksinasjonsforordningen, likeledes fra 1810.

Ved siden av disse oppgavene hadde kollegiet også administrative funksjoner. De første årene, særlig i 1809-1810, lå arbeidets tyngdepunkt i epidemibekjempelse – og forebygging og senere, særlig i 1813, krevde arbeidet med ernæringsssituasjonen og surrogater mye oppmerksomhet.

Sluttord

Denne oversikten over sunnhetskollegiets bakgrunn, forutsetninger og etablering, er også en historie om opprettelsen av den første sentrale norske helseforvaltning. Sunnhetskollegiet var grunnet på eneveldets erfaringer, tradisjoner og dets styringsformer, men det skapte også linjer til dagens helseforvaltning fordi det gjennom sin organisering, kompetanse og profesjonelle tverrfaglighet dannet noen av forutsetningene for det offentlige helsevesen slik vi kjenner det i dag. Dagens sentrale helseforvaltning har altså vel så mye sine røtter i 1700-tallets behov for statlig styring av medisinalvesenet som i opprettelsen av Helse- og omsorgsdepartementet, Helseinspektariatet og Statens helsetilsyn i 1990-årene.

Litteratur

1. Riksarkivet. *Sunnhetskollegiet*. Deliberasjonsprotokoll 1809-10. Pk.1.
2. Fra eneveldet til Kjelfreden. I: Moseng OG, Opsahl E, Pettersen GI, Sandmo E. *Norsk historie 1537-1814*. Oslo: Universitetsforlaget 2003: 207-378.
3. Nagel A-H. *Styringsapparatet i Norge på 1700-tallet*. I: Blomstedt Y, Frohnert P, Gustafsson H et al. *Administrasjon i Norden på 1700-tallet*. Oslo 1985: 71-139.
4. Maurseth P. *Sentraladministrasjonens historie bd. 1*. Oslo: Universitetsforlaget, 1979: 17-28.
5. Mykland K. *Skandinavisk storpolitikk*. I: Mykland K, red. *Norges historie*, bd 9. Oslo: J.W.Cappelens forlag, 1978: 181-200.
6. Sundhedsstyrelsen. [http://www.sst.dk/Om % 20 Styrelsen/Historien/mere end 100.aspx](http://www.sst.dk/Om%20Styrelsen/Historien/mere%20end%20100.aspx) (23.08.2009).
7. Carøe K. *Medicinalordningens historie*. København: Nyt nordisk forlag, 1917.
8. Moseng OG. *Helsevesenets ideologiske føringer*. I: Schiøtz A, red. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003 bd. I*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 113-127.
9. Nordby T. *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.
10. Schjønsby HP. *Sundhedskollegiet 1809-1815*. Rapport 1/2009. Oslo: Statens Helsetilsyn 2009.
11. Kobro I. *Fra ca. 1800 til vår tid*. I: Reichborn Kjennerud I, Grøn. Fr., Kobro I. *Medisinsens historie i Norge*. Oslo: Grøndahl & Søn, 1936: 240-51.
12. Moseng OG. *Den langsomme etableringen av et jordmorvesen*. I: Schiøtz A, red. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003 bd. I*: 207-230.
13. Riksarkivet. *Sunnhetskollegiet*. Kopibøker og journalsaker 1809-15. Pk. 4-5 og 9-14.

Hans Petter Schjønsby
schoejn@online.no
Kongsv. 37b
2380 Brumunddal

Fra Sundhetskolegium til Sosialdepartement – sentralmyndighetenes kamp mot kolera

Michael 2009;6:284–92

Med Sunnhetskolegiet og dets etterfølgere ble landets helsevesen et stykke på vei institusjonalisert. Ekspertgrupper av leger med oppgave å gi staten råd om helsepolitikk var ikke noe nytt, men koleraepidemiene representerte i første halvdel av 1800-tallet en ny, akutt trussel som satte de sentrale helsemyndighetene og deres rådgivere på harde prøver. Var det rasjonalt å anbefale oppheving av de karantenene som hadde fungert så effektivt i pestens tid? Diskursen omkring koleraens epidemiologi og etiologi og om tiltakene mot epidemiene varte i over 30 år. Det interessante ligger ikke først og fremst i hvilke virkemidler som ble satt i verk, men i vitenskapeliggjøringen av feltet. På den måten bidro Medisinalkontoret til å utøve former for rasjonell innflytelse – og det beste legekunsten hadde å tilby i en før-bakteriologisk tid.

Sunnhetskolegiet fra 1809 kan forstås som et av de aller siste politiske uttrykkene for det opplyste eneveldet i Norge, eller *det opinionsstyrte eneveldet*, som historikeren Jens Arup Seip har kalt det.¹

Det er mulig at Sunnhetskolegiet først og fremst må forstås som en administrativ tilpasning til en utenrikspolitisk situasjon, og slik sett dreide det seg om en kriseløsning. Men Sunnhetskolegiet var i høyeste grad også arvegods. Det er et langt mer interessant aspekt. Ideen om kongelig oppnevnte ekspertpaneler med oppgave å skulle bistå sentralmyndighetene med å fatte begrunnede og fornuftige beslutninger innenfor feltet helse, representerer langt på vei en ny retning som blir tydeliggjort mot slutten av tidligmoderne tid.

Det var en periode der fenomener som sunnhetspoliti (opplysning paret med disiplinering) og koppevaksine (tanken om at mennesket kunne gjøres

1 Seip, Jens Arup, *Teorien om det opinionsstyrte enevelde*, Oslo 1958.

usårbar mot sykdom) utgjorde ulike sider av det samme: nye, vitenskapelig (eller proto-vitenskapelig) baserte holdninger til sunnhet, sykdom, helse og sykdomsforståelse. Når den franske sosialfilosofen Michel Foucault (1926 – 84) snakket om en avgjørende overgang innenfor medisin mellom *essensialisme* og det *analytiske*, var det deler av den samme prosessen han var inne på.²

Rasmus Frankenau (1767 – 1814), landfysikus i Arendal, ga uttrykk for optimisme overfor det som med et forslitt uttrykk kalles opplysningstiden. Innenfor naturvitenskapene, skrev Frankenau i 1801, hadde det i århundret før vært en så påfallende framgang at man snart kan «haabe lys Dag, hvor man før ravede i Mørke».³ Ved inngangen til 1800-tallet kan det pekes på tre vesentlige tenkemåter som alle til en viss grad pekte framover – og som i realiteten betydde temmelig nyskapende holdninger:

- sykdommer er noe som kan kureres,
- det er mulig å gjøre noe med forhold som skaper sykdom,
- ikke minst: staten har et ansvar for å hindre, forebygge og helbrede sykdom.

Sunnhetskollegiet representerte svar på alle disse utfordringene.

Sentralmyndigheter for helse: ressurser og prioriteringer

Den medisinske ekspertisen var, naturlig nok, tungt representert. Blant legene som tok plass i Sunnhetskollegiet var stabskirurg Magnus Andreas Thulstrup (1769 – 1844), som også senere spilte en vesentlig rolle i utformingen av statens helsepolitiske grep.⁴ Sunnhetskollegiets oppgaver var mangfoldige og nødvendige, men helsepolitikk var også et spørsmål om ressurser og prioriteringer i den unge norske staten. Kan vi snakke om et helsevesen ved opprettelsen av Sunnhetskollegiet, førte det i beste fall et omflakkende liv i det neste århundret: Fra Medisinalkontoret i Politidepartementet 1815-18, til Kirke departementet 1819-1845 og under Medisinalkontoret i Indredepartementet 1846-78. I 1858 fikk medisinaladministrasjonen en lege, Christian Thorvald Kierulf (1823 – 74), som toppsjef, og i 1875 bevilget Stortinget midler til en medisinaldirektørstilling. Fra 1878 ble medisinalsakene lagt inn under Justisdepartementet, for så fra 1913 en stund å falle til ro i *Departementet for Sosiale saker, Handel, Industri og Fiskeri*.⁵

2 Foucault, Michel, *Klinikkens fødsel*, København 2000 (opprinnelig utgitt 1963).

3 Frankenau, Rasmus, *Det offentlige Sundhedspolitie under en oplyst Regjering*, København 1801.

4 *Kongelig resolusjon 27/6-1809*, Wessel Berg, F.A. (utg.), *Kongelige Rescripter, Resolutioner og Collegial-Breve for Norge i Tidsrummet 1660-1815*, IV, Christiania 1845: 808-809.

5 Svaltestuen, Andres A., *Medisinalvesenets sentraladministrasjon 1809-1940*, i: Norsk Arkivforum Skriftserie 8, Knut Skistad (red.), Oslo 1988: 9-40; Schiøtz, Aina, Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800–1983, *Michael* 4, 2007:73–87.

Det kan se ut som om administrasjonen av helse ble oppfattet som en forholdsvis ubetydelig brikke i det norske byråkratiet gjennom hele 1800-tallet. Da Medisinalkontorets saksområder ble flyttet til Indredepartementet, uttalte ekspedisjonssekretær Birch-Reichenwald: «*En Bureauchef og en Fuldmægtig er et forholdsvis stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger*». ⁶

Opphevelse av karantene: et rasjonelt tiltak?

Framfor å gå i dybden når det gjelder administrative endringer, vil jeg konsentrere meg om en todelt problemstilling: Hvilken betydning hadde de sentrale helsemyndighetenes samfunnsmessige grep for folkehelse og for sykdomsforståelse, og hvilke sammenhenger er det mulig å spore? Jeg vil bruke to lokale eksempler – Drammen og Kristiansand – og en sykdom – kolera – som trolig mer enn noen annen epidemi bidro til å endre statens praksis, lovgivningen og synet på myndighetenes rolle.

Midt i september 1832 ble en los i Drammen syk etter å ha ført et skip trygt fram til Svelvik. En lokal lege gjettet ganske raskt på kolera. Men etter losens død var en av de fremste medisinske autoritetene i 1830-årenes Norge, professor Frederik Holst (1791 – 1871), klar i sin dom: Mange års hard omgang med brennevin og at losen «*i en kjølig Aarstid, i de tidlige Morgentimer, roet i aaben Baad*» måtte være de direkte årsakene til dødsfallet. Noen dager etter uttalte *Det medicinske Facultet* i en betenkning til departementet, at det:

... hverken af Sygdommens Oprindelse, Symptomer og Gang, eller af det ved Syns- og Obductions-Forretningen Forefundne havde Grund til at antage bemeldte Lodsers Sygdom for den Indiske Cholera.⁷

To måneder ble Drammen like fullt offisielt erklært som kolerasmittet.⁸ Da var 31 mennesker anmeldt som syke, og 16 av dem allerede døde.

Norske sentrale helsemyndigheter hadde tatt trusselen om kolera alvorlig allerede fra sommeren 1831. I juni ble det opprettet en *Central-Commission* for kolera, der to av landets mest innflytelsesrike leger fikk plass: Frederik Holst og Sunnhetskommisjonens tidligere medlem Magnus Thulstrup. En voldsom aktivitet ble innledet. Bare i juni ble det gitt i alt 39 resolusjoner, sirkulærer, meddelelser og instruksjoner fra ulike myndigheter. Det innløp ukentlig meldinger om byer og havner som var regnet for smittet. Det mest omfattende enkelttiltaket var iverksettelsen av 10–14 dagers karantener, i

6 Schiøtz, Aina, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant, Det offentlige legevesen 1900-1984*, doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 1999: 45, 426. Sitatet er gjengitt i: Svalestuen 1988: 23.

7 *Eyr VIII*, 1833: 64.

8 *Høieste Resolution 23/10-1832*, gjengitt i *Eyr VIII*, 1833: 93. Jfr. *Eyr VIII*, 1833: 69.

enkelte tilfelle opptil 40 dager.⁹ Våren 1832 hadde 592 skip ligget i norske karantener i mer enn 12 000 døgn.

I april 1833 inntrådte et relativt dramatisk – og i våre øyne oppsiktsvekkende – skifte i norske myndigheters håndtering av kolera: Kong Carl Johan opphevet karantenen for Drammen og hele Akershus stift og reduserte tiltakene ellers i landet. Det gjorde han etter råd fra norske medisinske autoriteter, mer presist kolerakommisjonen og de to legene Holst og Thulstrup.¹⁰ De trakk følgende konklusjon:

*... mangfoldige Facta synes klarligen at vise, at Cholera skylder atmosfæriske eller telluriske Aarsager sin Oprindelse; og at den følgelig bør betragtes og behandles som en epidemisk Sygdom.*¹¹

Følgelig markerte de to legene seg som sin samtids klareste tilhengere av en miasmatiske forståelse. Kolera ble formidlet fra luften og fra jorden. Den var ikke smittsom. Skillet mellom smittsomme sykdommer og epidemier formidlet med miasma markerte det som skulle bli en vesentlig diskurs i norsk medisinsk offentlighet. Begivenhetene som fulgte viser hvordan sentrale helsemyndighetene grep inn i kampen mot kolera – med diskutabile virkemidler, men høy grad av rasjonalitet

Etter opphevelsen av karanteneiltakene skjøt antallet koleraofre i været. I 1833 døde 1 155 mennesker i området rundt Oslofjorden. Spredningen av epidemien ble langt mer omfattende i 1834, fra Fredrikstad i øst langs kysten så langt vest som Farsund. Men dødsfallene var færre: 741 mennesker bukket under.¹²

En diskurs knyttet til kolera

Den medisinhistoriske oppmerksomheten bør antakelig ikke først og fremst konsentreres til spørsmål om karanteneiltak eller ikke, men fokuseres på diskursen som kan knyttes til dem. Den var mangfoldig og varte i mer enn 30 år. Holst og Thulstrup hadde mer helsepolitisk makt enn de fleste og satt i posisjoner der de kunne gjøre sine syn gjeldende. De møtte hard motstand i den medisinske offentligheten. Samtidig var de villige til å prøve ut sine hypoteser og teorier mot empiri og fakta gjennom former for eksperimentell tilnærming til problemene de så. I debattene som ble ført i *Det Norske Medicinske Selskab* og andre fora, sto frontene skarpt mot hverandre. Norske leger sto splittet i synet på kolera, som europeiske leger gjorde det.

Carl Wilhelm Boeck (1808 – 75) hadde fulgt koleraens vandringer med navngitte personer på landsbygda ved Kongsberg i 1833, og var trolig den

9 Jfr. Moseng, Ole Georg, *Ansvar for undersåttenes helse 1603–1850*, Oslo 2003.

10 *Kongelig resolusjon av 13/4-1833*, gjengitt i *Eyr VIII*, 1833: 276-277.

11 *Eyr VIII*, 1833: 263.

12 *Eyr VIII*: 73; *Eyr IX*, 1934: 89; *Eyr X*, 1835: 72.

mest konsekvente tilhengeren av smitteteorier. Om utbruddene på Grønland i Kristiania i 1850, spisset han til resonnementene sine:

*Ligesaa lidt, som man paa Grønland finder ostindiske Planter, ligesaa lidt vilde man der finde ostindiske Sygdomme, naar de ei vare indført.*¹³

I 1847 hevdet Johan Hjort (1798 – 1873) med styrke i det *Det norske medicinske Selskab* at man hadde mange eksempler på at sykdommen førtes fra sted til sted med reisende, under den forrige epidemien. Christian Egeberg (1809 – 74) mente at slutningene stemte godt overens med hans egne erfaringer under epidemien i Kristiania i 1833. Der hadde det vært mulig å se hvordan «*Sygdommen udbredte sig ved Smitte fra Individ til Individ; men snart tabte imidlertid alle spor sig*». ¹⁴ I 1849 påpekte Timandus Løberg (1819 – 82) at han så seg tvunget til å markere uenighet med flertallet av leger som hadde skrevet om kolera. Han var kommet til den overbevisning at «*Cholera idetmindste i Bergen har viist sig som smitsom*». ¹⁵

Interessant nok hadde Frederik Holst selv allerede i 1833 forsøkt å etterprøve sine egne synspunkter gjennom å følge kolerautbrudd i fotsporene etter en boddell på vandring mellom Drammen og Kristiania. Han observerte også med undring hvordan 18 av de ansatte ved byens lasaretter ble angrepet av kolera. Begge tilfeller var sterke indikasjoner på smittsomhet. Holst ser ut til å ha vært i tvil, men han avfeide tvilen. ¹⁶

Jeg vil framheve noen vesentlige utgangspunkter for historikerens behandling av de komplekse begivenhetene knyttet til koleraepidemiene rundt midten av 1800-tallet:

- pre-bakteriologiske smitteteorier og miasmateorier (som i utgangspunktet begge bygger på forestillinger om et ukjent, usynlig smittestoff) er svært gamle, stammer fra antikkens legekunst og skiller seg ikke vesentlig fra hverandre,
- da en god del europeiske leger pusset støv av miasmateoriene ved koleraens ankomst til Europa rundt 1830, representerte det knapt noen ny retning, og heller ingen merkbar renessanse for miasma som forklaringsmodell,
- koleraepidemiens typiske spredningsmønstre knyttet til avgrensede – ofte svært avgrensede – steder, skilte seg så pass tydelig fra andre kjente epidemier med mer klassisk interhumane smitteveier, at det synes rimelig at miasma ga forklaringskraft,

¹³ *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (NML), 2. rekke V, 1851: 165-178. Jfr. Knarberg-Hansen, Lizzie Irene, *Koleraen i Christiania i 1853*, doktoravhandling, Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, Oslo 1985: 47.

¹⁴ Moseng 2003: 299-305.

¹⁵ NML 1849, 3: 271-312 (særlig 294-300).

¹⁶ *Eyr* IX, 1834: 220-264.

- den til tider temmelig intense debatten som pågikk i mer enn 30 år mellom helsemyndigheter, medisinske ekspertgrupper og leger viser framfor noe hvordan viljen til å forstå koleraens epidemiologi og etiologi var styrende, og ikke minst hvordan vitenskapelige eller proto-vitenskapelige tenkemåter hadde gjennomsyret fagmiljøet.

Slik sett må miasmatiske funderte synsmåter oppfattes som uttrykk for rasjonell tilnærming, ikke tilbakevending til noe gammelt, og det er lite fruktbart å forstå tilhengerne av smitteteorier som noe i retning av fanebærere for bakteriologiske forståelsesmåter.

Tiltak i forhold til sykdommen, ikke varenes art

Det er liten tvil om at norske helsemyndigheter og toneangivende leger oppfattet miasmateoriene som fruktbare forbedringer av epidemiologisk forståelse. Like fullt var det rimelig godt dokumentert i samtiden at smitte ble ført med mennesker og skip. Det mest kjente eksempelet er fra Kristiansand. Der mente flere at koleraen hadde ankommet byen med dampbåten *Constitutionen* i august 1853. Den lokale legen Ernst Ferdinand Lochmann (1820 – 91), som var medlem av sunnhetskommisjonen i byen og tilhenger av smitteteorier, forsøkte å få Kirke- og undervisningsdepartementet til å innskrenke dampskipsforbindelsene under epidemien. Oppfordringen ble kontant avvist av departementet og *Medicinalkomiteen*, som uttalte:

... baade ansees Smitten utilstrækkelig til at fremkalde en Epidemie, og derhos har den bestemte Formening, at en saadan kan oppstaae og i Almindelighed oppstaaar uden Smitte.¹⁷

I fjor kom det ut en bok som omhandlet dette problemkomplekset innenfor en lokal ramme. I *Mennesker, makt og mikrober, epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880* spisset forfatteren May-Brith Ohman Nielsen til motsetningene mellom miasmatikere og smitteteoritikere og leverte en *grand theory* om lokal, erfaringsbasert innsikt som sto mot arrogant overmakt fra medisinalmyndighetene i hovedstaden. Ohman Niensens bok bærer preg av solid historikerhåndverk på det kildemessige planet, men konklusjonene hennes er høyst diskutabile – og egner seg derfor til å drøftes i denne sammenhengen.¹⁸

Kristiansand representerte karantenesystemene bedre enn noen annen by i Norden. I perioden 1797–1805 arbeidet dansk-norske myndigheter med å etablere Kristiansand som statens sentrale karantenehavn. I 1807 sto en lasarettbygning ferdig. Fra da av søkte skip fra store deler av Nord-Europa

17 Knarberg-Hansen 1985: 27, 48-49.

18 Ohman-Nielsen, May-Brith *Mennesker, makt og mikrober, epidemibekjempelse og hygiene på Sørlandet 1830-1880*, Bergen 2008. Jfr. Skeie, Jon og Moseng, Ole Georg, *Kristiansand havns historie* (under utgivelse), 2009.

seg til Kristiansand dersom skipet eller havnen de kom fra kunne mistenkes for å bringe med seg smittsomme sykdommer – for å ligge i karantene, gjennomgå rensingsprosedyrer for skip, last og mannskap og for å få utstedt *praktika*, et dokument som viste at fartøyet var fritt for smitte.

Plasseringen av anlegget på østsida av Odderøya sikret enkel tilgang til både forsyninger og vakthold. På den annen side ble den umiddelbare nærheten til byen oppfattet som truende. Det var ingen grunn til bekymring. Helsemyndighetene hadde plassert lasarettet høyere enn domkirkens spir og så fritt og luftig at de syke dunstene fra epidemienes ofre ville blåse langt forbi byen og ikke utgjøre smittefare for noen.

Det var et stort anlegg som ble påbegynt våren 1800. Lasarettet hadde plass til 250 pasienter. Dessuten ble det reist sju pakkhus til oppbevaring av «giftfengende og farlige» varer og det ble satt opp et vakthus.¹⁹ Dessuten var det snakk om «Parloiret», et lite skur der kommunikasjonen mellom karanteneskipenes offiserer og byens borgere foregikk. Gjenstander ble stukket gjennom den ene åpningen med lange tenger, utsatt for mineralsur røyk og deretter senket ned i eddik før de ble tatt opp igjen med tenger og ført ut gjennom luka på den andre siden.

Karantenestasjonen i Kristiansand ble systematisk bygget ned av norske sentrale helsemyndigheter fra 1833 av – til harde protester fra lokalt hold. I 1850 mente statsråd Ole Wilhelm Erichsen i Marinedepartementet at det var på høy tid å legge ned karantenestasjonen helt:

Det er saaledes klart, at Indretningen er bleven anlagt etter en langt større Maalestok, end Erfaring har viist at være nødvendig, selv under den hidtil gjældene Quarantaine-Lovgivning.²⁰

Ohman Nielsen hevder i sin bok at Kristiansand et stykke på vei fungerte som en spydspiss for moderne smitteforståelse og som et arnested for erfaringsbasert fornuft. Mot Kristiania-professorenes miasmateorier sto Kristiansand-borgernes årelange, praktiske erfaringer fra karantenestasjonen. Det er en problematisk konklusjon, blant annet fordi det så tydelig går fram at de tiltakene som ble satt i verk i Kristiansand så godt som utelukkende var fundert på miasmatiske forståelse.

En annen ting er at det må ha vært en god del mennesker som tidvis var engasjert i oppsynet med stasjonen, i rensingen og røykingen av varer og skip, eller som sto for driften av lasarettet. Lasarettet var et sykehusanlegg som når det gjaldt størrelse og sengeplasser var fullt på høyde med alt annet som fantes av behandlingsinstitusjoner i landet rundt 1820. Derfor vokste det fram servicetjenester rundt virksomheten, aktiviteter som til tider trolig kunne måle seg med det som foregikk i den vanlige havna. Karantenesta-

¹⁹ *Stortingsforhandlinger 1851*, 2, no. 13: 1–3.

²⁰ *Stortingsforhandlinger 1851*, 2, no. 13: 2.

sjonenes betydning for næringslivet i Kristiansand kan ha vært en medvirkende årsak til at byens borgere protesterte mot nedleggelsen. I *Christiansand Adressekontoirs Efterretninger* kunne byens borgere lese i august 1831:

At disse mange Skib foranlediger meget Livlighed i Havnen er en Selvfølge, ligesom mange Mennesker i Staden derved faar Arbeid og Fortieneste. Her hersker den ønskeligste Sundhed saavel i Staden som paa skipene. Og den største Orden og Forsigtighed iaktages. Quarrantainecommissionen er i bestandig Virksomhed, hvorfor man betrygges for at ingen Uforsigtig skal foranledige at Sygdommen vil indføres her.²¹

Kristiansands innbyggere kunne føle seg trygge, i tillit til karantenekommisjonen og til at karantenevirksomheten skulle fortsette å skaffe byen inntekter – uten at helse og sunnhet sto på spill.

Sett i ettertid er det ikke sikkert det var så galt å redusere omfanget av karantenetiltakene, gitt at de først og fremst skulle beskytte mot kolera. La oss til slutt kaste et blikk på det lovverket som medisinalmyndighetene satte i kraft i løpet av den perioden kolera representerte en aktuell trussel. I loven av 1805 ble kravet om full lossingskarantene, det vil si med liggetid for skip på inntil 40 dager, satt i kraft ut fra typen handelsvarer som ble ført med skipet, ikke sykdommens art. Til grunn lå endeløse lister med «giftfængende» eller «ikke-giftfængende» varer, altså en klar miasmatiske tilnærming.

Den nye karanteneloven som ble vedtatt i 1848, betydde langt fra at myndighetene skulle slutte å beskytte landet mot epidemier. Den betydde heller ikke at karantenesystemene ble oppgitt. Men de ble forenklet og redusert i omfang. Sett i forhold til den svært lange karantenetida og de omstendelige prosedyrene som var foreskrevet i forordningen fra 1805, ble karantenesystemene nå gitt en innretning som sto i forhold til sykdommene de var ment å bekjempe. I 1848 ble varelistene erstattet av et spørsmål om hvilken epidemi det var snakk om. De norske medisinalmyndighetene innførte altså en annen form for rasjonalitet – på tross av at det gikk på bekostning av karantenestasjonen.

Det beste legeviteenskapen hadde å tilby

Christian Kierulf presenterte i 1866 en offentlig omvendelse i synet på epidemiers smittemåte, et vitnesbyrd det er verdt å merke seg som uttrykk for den diskursive tilnærmingen som preget den norske debatten om kolera. I *Det norske medicinske Selskab* i Kristiania redegjorde Kierulf for sin egen vakling mellom ulike standpunkter. I studietiden hadde han blitt opplært i å «tillægge Smitten mindre Betydning». Da han siden kom til Fana under koleraepidemien i 1849, hadde erfaringene tvunget ham til å revurdere

²¹ Sitert etter Ohman Nielsen 2008, kapittel 4. Jf. Leewy, Karl, *Kristiansands bebyggelse og befolkning i eldre tider* 11, 1984: 92–93.

standpunktene. Tilbake i Christiania på 1850-tallet, under påvirkning av Holst og Kristiania-legene, vendte han tilbake til miasma som forståelsesramme. «*Det synes som om Opholdet i en større By [...] have udvidsket Indtrykket af, hva jeg under Epidemien i Bergen havde oplevet og nedskrevet*». Etter nye koleraangrep og nye rapporter fra leger over hele Europa, hadde han kommet til en avgjørende erkjennelse:

Som det har gaaet mig, er det visst gaaet Flere. [...] Jeg gjentager det: man har nu hos os opgivet Troen paa Choleras spontane Opstaaen, man anser en Import fra Sygdommens oprindelige Arnesteder for nødvendig, for at en Epidemi skal kunne udvikle sig hos os; [...].

Han sammenlignet sin og mange av sine kollegers nye erkjennelse med Harveys oppdagelse av at det var mulig å høre hjertet slå, en påstand som ble kontant avvist på den andre siden av Den engelske kanal. Og Kierulf gikk også langt i å slutte seg til sin fagfelle Ferdinand Lochmanns oppfatning av at smittestoffet bak kolera var et «*særpreget, mer fixt Stof, der ialfald udbreder sig ogsaa paa andre Maader end igjennem Luftens*».²²

I slutten av juni 1831 ble det pålagt alle landets amtmenn om å opprette lokale sunnhetskommisjoner. Kommisjonene fikk pålegg om øyeblikkelig å underrette Marindepartementet dersom antatt karantenepliktige fartøyer ankom, og dessuten i oppdrag å holde tilsyn med at forholdsregler ellers ble ivaretatt. Disse kommisjonene, som ble nedlagt etter at koleraepidemiene hadde gitt seg, kan på mange måter sees på som forløpere for de permanente sunnhetskommisjonene som ble hjemlet i den sunnhetsloven som i 1860 kom til å bety en milepæl innen det norske helsevesenet.²³ Det var frykten for koleraen som var bakgrunnen for at de oppsto, og det var de gjentatte utbruddene av kolera som viste at de kunne være nyttige redskaper på en mer permanent basis.

Slik bidro norske helsemyndigheter, i kjølvannet av den nye trusselen fra koleraen, til rasjonelle vurderinger av virkemidler – blant annet ved at karantenetiltakene ble fratatt den sentrale posisjonen de hadde i pestens tid – det vil si former for rasjonalitet som lå nær opp til det beste legevitenenskapen hadde å tilby i den pre-bakteriologiske perioden.

Ole Georg Moseng
o.g.moseng@medisin.uio.no
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Universitetet i Oslo
Postboks 1153 Blindern
0318 Oslo

²² NML 1866, 1005-1012.

²³ Jfr. Schiøtz, Aina, *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*, Oslo 2003: 25–50.

Epidemihåndtering når årsakene er uklare – noen historiske eksempler

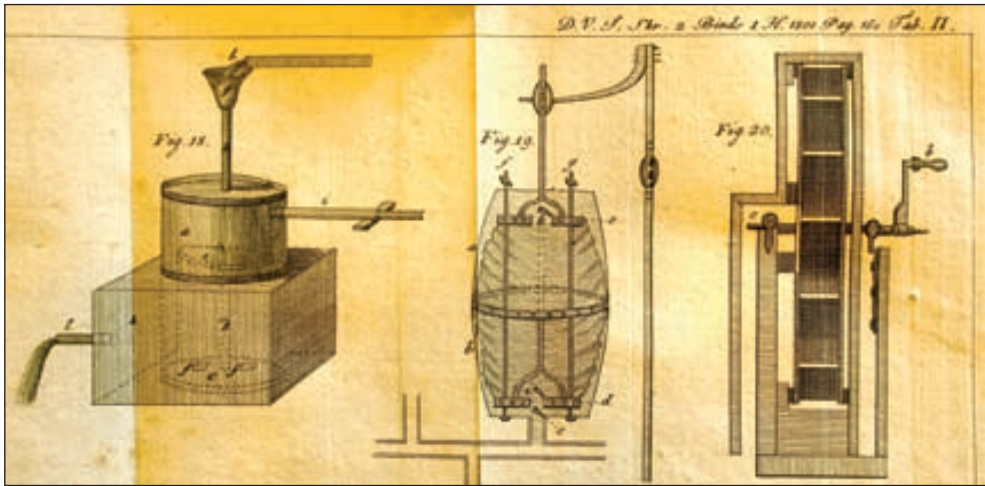
Michael 2009;6:293–303

Den enkeltes og samfunnets håndtering av epidemiske, smittsomme sykdommer gjennom historien er avhengig av flere medisinske og kulturelle forhold. Basalt ligger forståelsen av årsaksforholdene ved sykdommene. Men det spiller også inn hva det er ved sykdommene man er mest opptatt av og engstelig for. Er det dødeligheten, smittsomheten, symptomene og sykdomsfølelsen, eller er det den personlige risikoen for sykdommene, eventuelt angsten for dem? Alt etter hvilken historisk periode man befinner seg i, på hvilket sted man er og hvilken kulturell kontekst man tilhører, vil dessuten både de individrettede og grupperettede tiltakene mot sykdommene avhenge av hvilken gruppe blant aktører og befolkning som er toneangivende. Dette varierer fra det opplyste eneveldets ofte faglig velbegrunnede, men uimotsigelige inngrep til en mediestyrt verden, der enkeltindividets ukvalifiserte synsing kan bli tillagt avgjørende vekt, især hvis den kombineres med fagfolks ønske om å være på den sikre siden og ha ryggen fri. Slike influerende faktorer kommer ofte best til syne i historiske eksempler der sykdomsårsakene er uklare og kausalt begrunnede tiltak er famlende. Kanskje er det ikke nok å kjenne epidemienes medisinske årsaksforhold, hvis det er de kulturelle sidene som er de vanskeligste å håndtere.

København ca. 1800: Miasmer, konstitusjon og kontagium

Ved slutten av 1700-tallet hadde medisinske professorer i København en – sett i ettertid – påfallende interesse for *ventilasjon*, og i den forbindelse også for kjemi. Et godt eksempel var professoren i fysiologi Johan Daniel Herholdt (1764-1836). Like etter århundreskiftet ga han ut flere skrifter om ventilasjon og luftrensing¹

1 Herholdt JD. Forsøg til en historisk Udsigt over Luftens Rensning i Bjerggruberne og om bord paa Krigsskibene. *Videnskabselskabets Skrifter* 1801; d.2, h.1, (99)-160, 3 pl., Herholdt JD: *Übersicht der mechanischen und chemischen Mittel zur Reinigung der Luft in Bergwerken und Kriegsschiffen*. (ovs. av J.C.Tode) Kopenhagen: Brummer, 1802, Herholdt JD. *Om de chemiske Midler til Luftens Rensning inden Skibsborde, i Hospitaller, Fængsler o.s.v.: uddraget af de nyeste Forsøg*. København: K.H. Seidelin, 1802, Herholdt JD. *Die Luftreiniger*. (ovs. av J.A. Markussen) Kopenhagen und Leipzig: Schubothe, 1802.



Figur 1. Herholdts avhandling dekket et meget aktuelt medisinsk felt. Den ble gitt ut omtrent samtidig i fire utgaver, se fotnote 1. Bøkene inneholder tre plansjeark. Disse er nesten like. Norske biblioteker har bare den tyske København-utgaven, og der mangler plansje-arkene. Plansjene i Leipzig-utgaven inneholder 52 figurer, de andre 51 bilder av ulike ventilasjonsanordninger. Her er et utsnitt av plansje II i den danske utgaven (1801), fotografert i Det Kongelige Bibliotek i København. Herholdts bok består egentlig av to avhandlinger, en om mekanisk og en om kjemisk luftrensing. Den er en meget grundig litteraturogjennomgang fram mot kunnskapsstatus på utgivelsestidspunktet. Til kjemisk desinfeksjon anså man syredamper som det viktigste, især bruk av saltsyre. (Foto: Ø. Larsen 2009)

(figur 1). Herholdts plansjer viser flere kompliserte innretninger til luftfornyelse. Det er vindseil, diverse typer belger og metoder for å ventilere ved hjelp av konveksjon². Luft skulle fjernes fra steder der det oppholdt seg mange mennesker under trange forhold. Man levde fortsatt lenge før de elektriske viftenes tid, og da var dette ikke lett. Røyking med kjemiske midler kunne også være et hjelpemiddel, mente man. Begrunnelsen var kampen mot smittsom sykdom.

Denne store interessen for luftens egenskaper hadde sammenheng med tidens sykdomsoppfatning. Den altoverskyggende sykdomsgruppen var infeksjonene. Dvs. man visste foreløpig ikke at det var infeksjoner, men man kunne meget godt observere at sykdommene var smittsomme, de ble overført fra menneske til menneske, men hvordan?

² Mer om dette i Larsen Ø. *Schiff und Seuche 1795-1799*. Oslo: Universitetsforlaget, 1968.

Ved slutten av 1700-tallet var tankegangen rasjonell. Innen medisinsk vitenskap hadde man forlatt tanker som at sykdom skyldtes magiske krefter eller at epidemier var Vårherres straff for synd og skjørlevnet. Slike og liknende tenkemåter levde videre som folkelige forestillinger og lever i og for seg fortsatt i nye former innenfor alternativmedisinens logikk.³ Man kunne observere hvordan spredning foregikk og at den lot til å være avhengig av ytre forhold, men årsaksforholdene var uklare. Sykdommer spredte seg langs handelsveiene, men de var også avhengige av alminnelige levekår, uår og av krig og fred⁴. Sykdom var dessuten vanskelig å telle. Det håndfaste utfall var dødeligheten, som kunne variere sterkt fra år til år med sosiale og geografiske gradienter⁵.

Det var imidlertid vanskelig å gjøre mer presise observasjoner når terminologien var uklar. Derfor ble det svenske *Tabellverket*, verdens første statistiske sentralbyrå opprettet i 1749. I systemet for registrering av dødsfall innførte man da en nomenklatur i form av en liste over 33 medisinsk begrunnede dødsårsaker som dødsfallene skulle rubriseres under, en liste som var forutsatt å skulle revideres jevnlig.⁶ Senere kom andre land etter. Det ble helt klart at for store deler av sykkeligheten forelå det en avhengighet av tid og sted som man i og for seg hadde snakket om helt fra de gamle grekeres tid. Nå fikk man tall for dette.

Overføringsmekanismene var det store problem. Her var det tre teorier, teorien om *miasmer*, en slags damper som overførte sykdom, om en *konstitu-*

3 En kort oversikt over dette i en moderne kontekst, i forbindelse med revmatikers hyppige bruk av alternativ medisin finnes i Larsen Ø, Alver BG, Munthe E. *Hjelp meg – jeg har gikt! Holdninger og forventninger til skolemedisin og alternativ medisin*. Oslo: Norsk Revmatiker Forbund, 1984.

4 Se Imhof AE. *Einführung in die historische Demographie*. München: Beck, 1977 og Imhof AE, Lindskog BI. Les causes de mortalité en Suède et en Finlande entre 1749 et 1773. *Annales ESC* 1974; 29: 915-33.

5 Et grovt, men instruktivt og lett tellbart mål er forholdet mellom fødsler og død. Er det flere dødsfall enn fødsler i et år, kaller man det et demografisk kriseår. (Se f.eks. Lindskog & Imhof 1974 op. cit.) Opptreden av slike kriseår i tid og rom kan avtegne et mønster som indikerer årsaksforholdene, f. eks. hvilken betydning uår og underernæring hadde for smittesykdømmene. Det er historisk sett noe uklart på hvilket tidspunkt og på hvilken måte man fikk såpass oversikt over situasjonen at den innsamlende viten kunne tas i bruk både for vitenskapelig hypotesedannelse og i praktisk arbeid med folkehelsen. Egentlig fantes det allerede ganske tidlig atskillig kildemateriale som også i samtiden, ikke bare for senere historikere, kunne fortelle mye om levekår og helse. Se for eksempel Imhof AE. Historical demography as social history: Possibilities in Germany. *Journal of Family History* 1977;2:305-32.

6 Se Imhof AE, Larsen Ø. *Sozialgeschichte und Medizin. Probleme der quantifizierenden Quellenbearbeitung in den Sozial- und Medizingeschichte*. Oslo/Stuttgart: Universitetsforlaget/Fischer, 1975.

sjon som besto i en del mer ubestemte forhold som til sammen disponerte for sykdom, og til sist teorien om *contagion*, spesifikke smittestoff knyttet til bestemte sykdommer.⁷ Etter at mikrobiologien hadde skutt fart fra midten av 1800-tallet, viste det seg at den i og for seg gamle contagion-teorien var den som holdt stikk, men så langt var tenkningen foreløpig ikke kommet omkring 1800.

Miasmene, de illeluktende, fuktige dampene som enhver kunne merke i fengsler, sykehus, om bord på skip og nede i gruver, var så tett forbundet med sykdom og død at tanken på *kausaltitet* lå nær. Dessuten: Hvis man vasket og luftet, hjalp det på sykdomsspredningen. Dette var et viktig holddepunkt og ga i seg selv teorien levedyktighet. Miasmeteorien var grunn nok for blant andre fysiologen Herholdt til å beskjefte seg med luftrensing og ventilasjon. Den var også grunn nok for at 1800-tallets sykehusarkitektur over store deler av Europa baserte seg på et paviljongprinsipp, der godt ventilerte bygninger lå i god avstand fra hverandre, skilt med miasmehindrende busker og trær. Disse prinsippene forble rådende selv etter at læren om de spesifikke smittestoff var blitt allment akseptert, således f. eks. også da Ullevål Sykehus sto ferdig i Kristiania i 1887.⁸

Men miasmeteorien hadde også vært begrunnelse for omstendelige, men mindre virksomme tiltak, slike som omlasting og utlufting av skipslaster ved karanteneanstaltene for å få ut miasmer, mens potensielt contagionholdige varer fikk passere.⁹

Da Norge ble skilt fra Danmark og skulle bygge opp en nasjonal medisin og et eget helsevesen, var det kunnskaper og tenkemåter fra slutten av 1700-tallet som var god medisin og som ble toneangivende også her. Dødeligheten var det beste mål man hadde for folkehelse, og miasmeteorien den beste årsaksmodell når tiltak mot smittesykdommer skulle settes i verk. Men var dette teoretiske grunnlaget godt nok da det gjaldt?

7 Lizzie Knarberg Hansen gir i sin avhandling om koleraen i Christiania i 1853 (Hansen LIK. *Koleraen i Christiania i 1853*. (dr. avh.). Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo, 1986) en oversikt over de ganske kompliserte smitteteorierne. Teoriene forekom også i kombinasjon. Blant teoriene er det *konstitusjon* som er vanskeligst å få grep om, sannsynligvis fordi teorien var uklar også i den tid den ble brukt. To dyptpløyende artikler er: Goodall EW. The epidemic constitution. *Proc R Soc Med* 1927; November 21(1), 119-28, og Galdston I. The epidemic constitution in historic perspective. *Bull NY Acad Med* 1942; September 18(9), 606-19.

8 Kfr. fotnote 25 om Ullevål Sykehus og for øvrig for eksempel Schadewaldt H. (red.) *Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1976.

9 Kfr. f.eks. Öberg L. *Känsö karantänsinretning 1804-1933*. Göteborg 1968.

Christiania 1848¹⁰

Mens sosiale reformkrav bølget over det europeiske kontinentet ved midten av 1800-tallet, hadde vi i Norge også andre ting å tenke på. Fra 1817 til 1823 hadde det rast en pandemi av kolera fra India og nordvestover mot Øst-Europa, men Norge var blitt spart.¹¹ Dette var den første kolerapandemien i det demografisk urolige 19. århundre. Neste gang gikk det ikke så bra for Norge. Den andre pandemien startet i India, denne gang i 1826, fulgte karavaneveiene vestover mot Europa til den nådde Moskva i 1830. Derfra spredte sykdommen seg vestover og det ble utbrudd i Norge i 1832, 1833 og 1834. Foreløpig visste man intet om sykdommens bakterielle årsak. Den ble først klarlagt av Robert Koch (1843-1910) ved hans studier i Egypt i 1883.¹² Man visste foreløpig egentlig svært lite om sykdommers bakterielle årsak overhodet. Man tenkte ennå ikke i slike baner. Men man observerte og tenkte så godt man kunne.

Hadde sykdomstilfellene ved smittsomme sykdommer, slike som kolera, noe felles? Ved å registrere de syke, altså ikke bare de døde, kunne man da finne svar på gåten om spredningsmekanismene, ut fra hvor tilfellene opptrådte og hvem som ble angrepet? En hvilken som helst lærebok i medisinsk historie vil kunne fortelle om de mange epidemiologiske bestrebelsene som ble gjort rundt om i verden på denne tiden og i årene som fulgte for å finne ut av koleraens smitemåte. Særlig kjent er legen John Snows (1813-1858) kartlegging av sammenhengen mellom kolera og forurenset drikkevann ved epidemiene i London i 1848 og 1854. På kontinentet kom Münchenerprofessoren Max von Pettenkofer (1818-1901) etter hvert fram til en beslektet konklusjon, nemlig at smitten skyldtes grunnvannet. Pettenkofer har fått æren for å ha utviklet *hygienen* til et vitenskapelig fag.¹³

I Norge var medisinalberetningene, dvs. de offentlige legenes årlige innberetninger, foreløpig ikke så detaljerte at de kunne være til stor hjelp¹⁴. Legen Christian August Egeberg (1809-74) hadde imidlertid vært en på-

10 Før 1877 skrev man Christiania med Ch.

11 Se Lizzie Knarberg Hansen om Koleraen i Christiania i 1853, op. cit. 1986.

12 Se Gradmann Chr. *Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie*. Göttingen: Wallstein, 2005, engelsk utgave 2009: *Laboratory disease: Robert Koch's medical bacteriology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

13 Se Natvig H. *Lærebok i hygiene*. Oslo: Liv og Helses forlag, Institusjonen Scheibler, 1958.

14 Fra 1853 ble de trykte medisinalberetningene mer strukturert, og fra 1868 er de stramt sydd over samme lest med ensartede tabeller m.v. fra år til år. Bilagene med utdrag fra enkeltberetninger kan gi et godt supplement og setter tall og medisinske beskrivelser inn i sin kontekst. Et godt eksempel på et arbeid som utnytter medisinalberetningene for å se på hvordan helseproblemer takles, er doktoravhandlingen Storesund A. Akutt sykkelighet og forebyggende helsearbeid i Telemark 1860-1900. *Michael* 2005; 2: 3-112.

Anvisning for Uægefnyndige til at kjende og behandle den ondartede Cholera,

indtil Vagthjælp kan erholdes.

Efter Foranstaltning af Cholera-Central-Commissionens udarbejdet af det medicinske Selskab i Christiania
og udgivet

af den Kongelige Norske Regjerings Departement for det Indre den 25 October 1848.

Den ondartede Cholera begynder enten pludselig med stor Følelsesløshed eller efter forudgaaende Jædeskræmte, der i Almindelighed varer sig med **hundrede Stoolgange**, ofte forbundne med Dvalen, Maader og Tynge i Væggen. Lidelse tilføjes kunne igjen tage sig ved en passende Behandling, eller overgaae til den sande Cholera. Selve Cholera giver sig Kjennte ved **Krampinger af en med Vædse og tynde typpelige Stoolgange**, brændende Løst og Trængsel for Brødet, Kræmper i Ben og Arme, forættede Rindgøstræt, Sår, selt Fuld, stærkt Uelustning, hvid Sæmme, hvid Puls og stor Svælske uden Løb af Besvælsen.

Indtør en Choleraepidemie der man iagttager Naadsheld i Vand og Luften, uden for meget at afvige fra den vanlige Venemænde. I Særdeleshed der Alt undgaaet, som efter Endværet egen Erfaring bliver at frembringe tynde Afføringer. Vished der i det Hele er nødvendigt at kende sig godt, naar man er ulast for Indvirkning af seldt Luft, saaledes er det især vigtigt at holde Naam varm; i hvilken Hensigt det er hensigts at anlægge et uldent Værelse.

Saa snart de første tegn til Jædeskræmte og især tynde Stoolgange bemærkes, der den Syge gaae til sengs, eller i det Mindste effødes sig fra seldt Luft, syde varm Drætte, saaledes Gøngede, The af Melisse, Sylte eller Rammel-Blooster, samt indgavte hvide Naam, og især Hjertesuklen, med uldent Teel, varmt med Campherolievind, Terpentinolievind eller stærkt Brandevin.

Bestemt vedtaget Afføringer og Dvalen, taget af Verne indvæntigt 20 Campherolievind, eller 40 Dræder af en velkommet Vædning af lige dele Campherolievind og hvide Naamdræder (Tinnet, rindt vinnet), her indtør 1 time, i hvilken Tid alle de andre eller hvide Naam. Værn under 16 her givde saa mange Campherolievind, som de er her gaaet, eller af Vædningen med Naamdræder dobbelt saa mange. Afsluge tilføjes, givde Nitritum helveticum.

Naar Sygdommen over i den sande Cholera, forsamles med de ovenfor nævnte Indgavninger med uldent Maat eller Berber på hvide Naam og især på kammere med Kraft og stor Svælskeskæp, indtil Kræmperne ephore og Vermen vender tilbage.

Bløster eller Kruffer, fyldte med hvidt Vand, eller Poler, fyldte med varm Havre eller Sæd, kunne ogsaa lægges på seldt Sæd indtør Sengslætere omkring den Syges seldt Væggen.

En Sengslæte, lavet af hvidt Sæd og varm Vand, som en Dug, der indtørst tykt på Væggen, kan med Naam lægges på hvide Naam og i Hjertesuklen i a 2 Timer, eller saaledes, at Huden bliver rød og Sæd stærk.

Med den indvæntigt Medicin kan derdes forløst, saafremt ingen Vagthjælp kan erholdes; dog der skal ephores dermed, naar Vermen i Væggen vender tilbage.

Den Syges Drætte her, foruden de nævnte Vædter, i Væggen kan behøve af tynde Supper, sødt på Mel, Havre eller Dug-Græs, så hvide kan lægges sødt Potetvind, Kaffeinvin eller anden god Vin, især om den Syge ellers er vant til at nyde Vin eller hvidvinse Drætte. Tænde i seldt Sygdommen forlange de Syge i Almindelighed kan seldt Vand, som kan nydes eller Sæd.

Naar Vædning indtræder, er de nævnte Græsletter og seldt vandt en mild nærende Diet, især af Supper, straaetelig.

Hvem der Alt man det dog erindret, at alene en Væge kan med mere Sikkerhed betemme den Syges Tilstand, og forernde den kraftige Hjælp, hvofer legghentig Vædning der søgt især muligt.

Selv efterat den egentlige Cholera er ephort, indtræde ofte hvide Sengslætere, som ogsaa givde en Væge Hjælp nødvendigt.

Figur 2. Koleraplakat 1848. (Foto: Ø. Larsen)

driver for å få en mer presis og brukbar innrapportering. Han var i 1833 med på den formelle stiftelsen av den foreningen som senere ble til Det norske medicinske Selskab¹⁵, en oppfølger av et medisinsk leseselskap for leger, opprettet i 1826. Hensikten var å etablere et forum for leger, der de kunne diskutere aktuelle spørsmål. Stiftelsen i 1833 skjedde etter koleraepidemien samme år. Egeberg fikk gjennom Selskabet satt i gang systematisk innrapportering av smittsomme sykdommer i Christiania fra 1855. Dette ble senere et offentlig tiltak som gjaldt for hele landet.¹⁶

Dette føyde seg i og for seg inn i en gammel tradisjon, den geografiske tilnærmingen til årsakforholdene. Denne tradisjonen kan sees som en vide-reføring av den klimatiske. Eldre litteratur om folkehelse inneholder ofte påfallende mye om *været*, og dette må forstås i denne konteksten.¹⁷ Sykdomsgeografi var en retning som også internasjonalt var i sterk utvikling, blant annet representert ved August Hirsch' store verk om den historisk-geografiske patologi fra 1860-årene.¹⁸ Noen åpenbare løsninger meldte seg imidlertid ikke, bortsett fra at man observerte interessante sammenhenger.

I 1848 ga Departementet for det indre ut en såkalt kolera-plakat (figur 2). Den inneholder oppdatert viten i en populær form, beregnet for den allmenne befolkning. Teksten er interessant. Den beskjeftiger seg utelukkende med symptomatisk behandling av dem som er blitt rammet. Forebyggende tiltak nevnes ikke. Tiden var foreløpig ikke moden for at man kunne anbefale slike hygieniske tiltak som man først senere visste var effektive.

Plakaten fra 1848 representerer status for medisinsk viten og medisinsk tenkning da koleraen kom tilbake og slo til for alvor i 1853. Av byens ca. 49 000 innbyggere regner man med at ca. 16 000 ble angrepet, iberegnet de ikke-registrerte tilfellene. Letaliteten var ca. 11%.¹⁹ Nå ble anbefalingene, f. eks. rådene i kolera-plakaten av 1848 satt på prøve. Konklusjonen synes å ha vært grei: Rådene virket ikke.

Imidlertid hadde tiden gått videre, og koleraepidemien førte til noe som viste seg å bli meget positivt: Innføringen av Sunnhetsloven av 1860 som

15 Grøn F. *Det norske medicinske Selskab 1833-1933*. Oslo: Det norske medicinske Selskab, 1933.

16 Se Larsen Ø. Christian August Egeberg. Pp. 395-6 i: Arntzen JG (red.) *Norsk biografisk leksikon*. Bind 2. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2000.

17 Se f. eks. Mansa FV. *Bidrag til Folkesygdommenes og Sundhedsplejens Historie i Danmark*. Kjøbenhavn: Gyldendalske Boghandel, 1873.

18 Hirsch A. *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie* I-II. Erlangen: Enke, 1860-64.

19 Lizzie Irene Knarberg Hansen avhandling (Hansen 1986, op.cit.) er standardverket om koleraen i Christiania 1853 og har en meget detaljert gjennomgang av epidemien, blant annet basert på originalt arkivmateriale.

hjemlet sunnhetskommisjoner (senere kalt helseråd) i alle landets distrikter og ga distriktslegene vide fullmakter til blant annet å hanskes epidemier ut fra deres egen, forutsetningsvis oppdaterte viten.²⁰

Kristiania 1899

Min morfar²¹ fortalte ofte og gjerne fra sine unge dager, blant annet fra studietiden i Kristiania. Det må ha vært i 1899 at han og hans studiekamerat som han bodde på hybel sammen med, fikk så vondt i halsen at de gikk til lege. Til hver sin lege. Kameraten fikk diagnosen skarlagensfeber og ble isolert på epidemiavdelingen på Ullevål Sykehus, mens min morfar fikk diagnosen halsesyke og ble sendt hjem igjen til hybelen.

Vi må formode at herrene hadde samme sykdom.

Denne lille historien illustrerer flere poenger. Det var legens *diagnose* som var avgjørende for hvordan sykdommen skulle håndteres. Mikrobiologien som fag var veletablert i 1899 og streptokokker kjente man til. Ved legekonsultasjonene var det sannsynligvis bare den kliniske undersøkelsen som lå til grunn, ikke for eksempel en laboratorieundersøkelse, slik man foretok på sykehus. Derfor merker vi oss at det var *legens* diagnose som var avgjørende. Det var en *diagnostisert sykkelighet* vi hadde med å gjøre, og en diagnose som var basert på sykdommens årsak²².

Diagnosen skarlagensfeber hadde imidlertid en historisk og sosial kontekst. Holst²³ beskriver hvordan sykdommen bare kort tid tidligere hadde hatt en skremmende letalitet. Fra omkring 1890 hadde det skjedd en endring. Sykdommens farlighetsgrad sank i løpet av få år og dødsfall av skarlagensfeber ble sjeldne.²⁴ Det sto fortsatt *frykt* av diagnosen skarlagensfeber, dette var noe man kunne dø av. Antakelig veide frykten tyngre for den ene legen enn for den andre.

20 Se blant annet Schiøtz A. *Doktoren*. Oslo: Pax, 2003, Moseng OG. *Ansvar for undersåttenes helse 1603-1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003 og Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.

21 Julius Schie (1879-1980)

22 Forståelsen av smitteforholdene var blitt snudd totalt på hodet. Allerede kort tid etter førsteutgaven hadde Hirsch (se fotnote 18) måttet gi ut en ny bok om sykdommenes geografi og patologi, for nå var teorigrunnlaget helt forandret. Man kjente de spesifikke smittestoffene, og der man ikke kjente dem, lette man etter slike. Se Hirsch A. *Handbuch der historisch-geographischen Pathologie*. I-III. Stuttgart: Ferdinand Enke, 1881-1886.

23 Holst PM. *Våre akute folkesykdommers epidemiologi og klinikk*. Oslo: Aschehoug, 1954.

24 Dette gjaldt også andre smittsomme sykdommer, der årene omkring 1890 ser ut til å være et vendepunkt. Til dette er det åpenbart en rekke forskjellige medisinske og sosiale årsaker. Se: Larsen Ø. *Epidemic diseases in Norway in a period of change. An atlas of some selected infectious diseases and the attitudes towards them 1868-1900*. Oslo: Unipub forlag, 2000.

Noen spesifikk behandling for streptokokkinfeksjon forelå ikke i 1899. Behandlingen var generell, symptomatisk, lindrende og styrkende. Slik behandling kunne man få både hjemme og på sykehus. Men i en trangbodd by som Kristiania var det et overordnet behov å forhindre *smittespredning*, derfor var formålet med Ullevål Sykehus, opprinnelig bygd bare som epidemisykehus, like mye å beskytte omverdenen som å ta vare på pasienten²⁵.

Oslo 1951

Poliomyelitten herjet²⁶. Vi skolebarn var redde. Den lurende *angsten* føltes der og da kan hende like ille som den sykdommen vi var redde for. Men vi følte også at det mest var *vi* som var redde. Foreldrene våre var sannsynligvis også redde, får vi håpe og tro, men de sa ikke så mye. I avisene sto det bare noen små notiser om poliomyelitt. Så og så mange tilfelle siste uke. Avisene betydde lite for hvordan vi følte det. Farlige sykdommer var liksom mer alminnelige og dagligdagse for bare snaut 60 år siden.

Poliomyelitten begynte ofte med kvalme, oppkast og febersymptomer. Men hvem hadde ikke kvalme, oppkast og febersymptomer den gang, spesielt om sommeren? «Fjellsyke», «sommerkolerine» osv. var så vanlig at det ikke ble regnet som sykdom, det hørte bare med. At det var håndfaste bevis på dårlig hygiene, tenkte man sjelden på. Men nå kunne det altså bli alvor. Følte man også en snev av nakkestivhet? *Opplevd sykkelighet* fikk en ny dimensjon. Velkjente plager fikk en annen mening, for hva kunne de føre til? Var dette første tegn på at nettopp *jeg* var blitt en av de tross alt få som ville få lammelser? Som i verste fall ville måtte i respirator, verre enn døden, eller som ville måtte slite med bevegelseshemming resten av livet?

Årsaken til poliomyelitt, polioviruset, var mer eller mindre kjent på denne tiden.²⁷ Likevel skrev Holst²⁸ så sent som i 1954: «Men selv om de siste årtiers forskning i høy grad har beriket vårt kjennskap til sykdommens smittestoff, er man ennå ikke blitt enig om hvorledes sykdommen sprer seg.» Det at mange åpenbart ble smittet, men at herav bare et fåtall fikk den fryktede poliomyelittdiagnosen, gjorde det vanskelig å skjønne hva sykdommen kom av. Min lærer på skolen mente at sykdommen nok skyldtes det svarte på

25 Se Klaveness Thv. *Ullevål Sykehus 1887-1937*. Oslo 1937 og Kristiansen K, Larsen Ø (red.) *Ullevål sykehus i hundre år*. Oslo: Oslo kommune, Ullevål sykehus, 1987.

26 Se Lobben B. *Polioens historie i Norge: Sykdommen, samfunnet og pasienten*. Oslo: Unipub 2001.

27 Annotert litteraturoversikt i Norman JM. *Morton's medical bibliography*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

28 Holst (1954 op.cit.) s. 191.

- Helsefarlig presse

■ Professor mener panikkstemningen rundt svineinfluensa er medieskapt

- Når vi ser hvilken ekstrem oppmerksomhet et mildt influensavirus får i den vestlige verden, burde vi gå i skattmekroken alle sammen, mener professor Per Fugelli.

HEIDI TUNAL, ROALD KAMRANG

Fjerde måned dette månad 330 000 mennesker er ADIS. I den perioden ble vedtatt ADIS lovte i 10 artikler i 71 av Norges mest populære papirene. Samme måned dette rundt 300 mennesker er svineinfluensa. Men hvor det vedtatte lovte endringer, ble vedtatt svineinfluensa lovte i over 300 artikler i de samme aviser.

- Tilfeldt med influensaviruset som opper seg veldig godt til å gjøre flere alvorlig sjans forfall ingen av befolkningsgrupper er på kjente risiko. Vi berører millioner i sykehusinnmelding på å bekymre oss mest av virus som er smittet direkte som vanlig sesonginfluensa. Derfor det er skåret opp en FKH som trykkløst ble det må kontrollere. Jeg var selv på reis i Afrika da svineinfluensa ble et i 196, og all sykdomsutviklingen fremme var svært likt til å bekymre dere, sier Per Fugelli, professor i sosiovitenskap ved Universitetet i Oslo.

- Helsefarlig. I tillegg til de globale konsekvensene av influensaviruset, mener Fugelli at den massive medieoppløringen kan ha en negativ innvirkning på befolkningskonflikten.

- Jeg synes pressedeckningene har vært direkte befordring. Medierne har vært med på å gjøre opp en panikkstemning rundt ADIS, straxet som ikke har blitt i virkeligheten. Det betyr en del mennesker som i en bekymringstilstand, hvor de blir opprettet av å bekymre seg selv og sin familie. Psykologer og andre kan ha en tendens til å bli påvirket av media, og vi og noen ganger disse medier opplysnings for trykkløst, mener han.

- Men det er med veldig av



Det mangler ikke stuff om svineinfluensa i norske aviser. Professor Per Fugelli er ikke imponert over mediens intensitet.

medierne å sende et virus som kan ramme flere deler av Norges befolkning?

- Ja, selvfølgelig. Medierne har et ansvar for å bringe fram fakta som vi som en vanlig menneske i gå helseopplysningene og skape en mer i samfunnet. Men i stedet for å skape rasjonelt tryk, burde pressen være med på å mer ved befolkningen, sier Fugelli.

«Ja, sels. Gjennom Statistisk sentralbyrå, rapporterte ved å utsette for journalistik, opper også et svineinfluensavirus av flere mennesker i medierne. Han mener den massive dekkningen kan gi en «våk, ubro-efekt».

- Han er et overreklamert ikke et stort av et så stort ikke er det. Folk blir bare så mange og overvåkningen, og derfor kan det å lese om svineinfluensa. Da kan de andre veldig influen-

sen som kanskje finnes i verden, sier Statistisk sentralbyrå.

«Fyller katteren. Han er ikke i tillegg berørt av svineinfluensa har fått et mye oppmerksomhet fra pressen.

- Svineinfluensa opplyste mange av befolkningene. Det er blant annet opplyst i befolkningen, statistisk og så. I medierne til for eksempel ADIS, som har skåret i flere til å tillegg av det samme, så tall da det trykkløst er utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå.

- Allerede mener Statistisk sentralbyrå at pressen har et ansvar for å holde en slik innstilling som ville personene. Han tror det kan være et utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå. Da kan de andre veldig influen-



senheter. Fugelli mener ADIS også en annen deling, som i ettertid viser seg å være overdrøvt. Men dette er som vi må leve med, så lenge en episode eller pandemi har et så alvorlig potensial i seg, sier han.

- God journalistikk. Informasjonstjenesten har et stort inntrykk som Fugelli.

- Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå. Han tror det kan være et utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå. Da kan de andre veldig influen-

Men inntrykket av at befolkningen reagere klart på all informasjon, og at folk har utgjort seg med en, som utgjort seg i forhold til hva de skal gjøre.

- Vi tror det er utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå. Han tror det kan være et utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå.

«Gulling er spesielt opplyst av utgjort, som har utgjort erfaring med å kunne brukelig i medierne. Ikke blir utgjort for innvirkning, like brukelig.

Meninger

«Hvor mye informasjon de presenterer (ADIS), kan utgjort og å være overdrøvt»

Se leder

Altoppen FKH utgjort 1

Nordmenn flest gir blaffen

«Ette av 10 nordmenn er ikke redd for svineinfluensa, mens halvparten av oss er litt mer redd enn i vinter. Bare 10 prosent av oss er utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå. Han tror det kan være et utgjort av. Medierne kanter og derfor over det som finnes, forteller Statistisk sentralbyrå. Da kan de andre veldig influen-

Figur 3. Fra Aftenposten 9. august 2009.

enden av eplekroten, restene av blomsten. Dette svarte måtte vi ikke spise, mente han. Derfor mente også elevene det samme. Teorien var gal, men kanskje ikke så fern likevel. Dårlig vasket frukt kan overføre en tarmbåren virus sykdom uten at man forstår hvorfor, og da hjelper det å vaske, skrelle og å la være å spise den vanskelig vaskbare svarte enden på eplekroten. Det blir på samme måten som at det vitterlig hjalp å luften ut miasmene.

Håndteringen av poliomyelittepidemien, sett i historiens lys, kom derfor i større grad til å rette seg mot de angrepne, mot dem med lammelser og behov for rehabilitering.²⁹ Sykdommen fikk som sådan viktig, langsiktig

29 Se Lobben (2001, op. cit.)

betydning for handikap-omsorgen i Norge i sin alminnelighet, og for det kulturelle syn på funksjonshemninger. Forebyggelse var det mindre snakk om. Vaksine var foreløpig ikke noe tema. Passiv gammaglobulinimmunisering ble nevnt, mens vaksine basert på virus ennå var framtid, om enn ganske nær framtid³⁰.

Norge 2009

Svineinfluensa er et ord på alles lepper i vår tid³¹. Frykten for å bli angrepet av pandemisk influensasykdom er stor. Dette er en epidemi der man kjenner smittestoffet, vet hvordan sykdommen overføres, vet hvordan forebyggende tiltak bør utformes og har behandlingsmuligheter for dem som blir syke. Sykdommen later dessuten til medisinsk sett å være lite alvorlig, bortsett fra for dem som er spesielt utsatte. Mediestøyen har vært svært høy, men bekrefter dette. Hører derfor svineinfluensaen med, når temaet er infeksjonshåndtering i de tilfellene der årsakene er uklare?

Ved nærmere ettertanke kan man hevde at det epidemiske problem i 2009 mer er blitt *frykten* for svineinfluensaen enn sykdommen selv. Årsakene til at *frykt kan spre seg epidemisk* med så stor tyngde og kraft i en opplyst befolkning og hos dens myndigheter, at perspektivene på for eksempel hva som er farlig og hva som er mindre farlig forrykkes, er *kulturelle*. Disse kulturelle årsakene har vi ikke oversikt over, i det minste ikke slik oversikt at vi kan forhindre spredning av frykt med uforholdsmessig styrke neste gang en pandemi opptrer.

Eller eventuelt få befolkningen til å forstå at det er alvor når det virkelig er alvor.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

30 Hos Holst (1954 op.cit.) nevnes passiv immunisering med rekonvalesentserum eller gammaglobulin (pp. 199-200), mens han uttrykker håp om at muligheten for å dyrke virus utenfor den levende organisme vil bringe mulighetene for aktiv immunisering nærmere. Norman (1991 op.cit.) gir henvisninger til de første publikasjonene om slik vaksine (f. eks. Koprowski 1952, Salk 1953.)

31 Både dagspresse og etermedia var fylt av svineinfluensastoff i 2009, ofte uten at det egentlig var klart hvilken risiko sykdommen egentlig representerte. Figur 3 gjengir en reaksjon på dette.

Pandemier – hva gjør myndighetene i dag?

Michael 2009;6:305–12

Pandemier har vært en av menneskehetens svøper opp gjennom historien. Svartedauen som herjet midt på 1300-tallet var en nasjonal katastrofe og la store deler av landet øde. I moderne tid har vi hatt tre store influensabaserte pandemier; Spanskesyken i 1918, Asiasyken i 1957 og Hong Kong-syken i 1968. Hver av dem med mange likhetstrekk, men også med klare forskjeller både i forhold til alvorlighetsgrad, hvilke aldersgrupper som ble rammet og epidemiologisk forløp.

Det spesielle med årets pandemi er at den blir fulgt og overvåket av alle fra første dag. Informasjonsbildet preges av åpenhet og tilgjengelighet – ingen ting er hemmelig og kun forbeholdt faglige miljøer og myndigheter. Medier og publikum er til de grader på banen og må holdes i sjakk samtidig som det er viktig for myndighetene å bringe frem kunnskapsbasert informasjon.

Starten på det hele

Fredag 24. april 2009 meldte WHO om utbrudd av influensalignende sykdom i USA og Mexico hvor det ble rapportert om 854 tilfeller med alvorlig pneumoni. Av disse var 59 døde; dvs. en letalitet i underkant av 7 %.

Søndag 26. april meldte WHO om funn av «ny subtype Influenza A H1N1» 20 steder i USA, mange laboratoriebekreftede prøver, og WHO's direktør dr Margaret Chan erklærte «this event a public health emergency and international concern».

Mandag 27. april ble det påvist bekreftede tilfeller av influensa i både Canada og Spania. Pressedekningen i Norge eksploderte og det ble avholdt pressekonferanse i Helse- og omsorgsdepartementet med både statsråd og helsedirektør til stede.

Onsdag 29. april ble den andre presseorienteringen holdt med representanter for Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, sendt direkte på web-TV. WHO erklærte pandemifase 5 av 6.

I løpet av noen hektiske april dager ble det klart for helsemyndighetene at dagsorden for de nærmeste måneder var satt med overskriften *pandemi*. Dette har selvfølgelig medført forskyvning av arbeidsoppgaver, endrede arbeidsformer og nye rutiner. Prioriteringsspørsmålene ble umiddelbart viktige!

Pandemiplanverk

I første omgang måtte vi forsikre oss om at pandemiplaner og tilhørende dokumenter var på plass. Situasjonen i april 2009 var slik:

- Revidert nasjonal pandemiplan var nesten slutført, noe av det som manglet for å få den endelig ferdig var avhengig av WHO
- Pandemiveiledere for primær- og spesialisthelsetjenesten var nesten slutført. Midlertidige versjoner ble publisert.
- Ferdig produsert informasjonsmaterieell med brosjyrer på flere språk og informasjonsvideo som forelå, viste seg å være uegnet for situasjonen og nytt materiale ble forberedt.

Formålet med en pandemiplan er bl. a å hindre alvorlig sykdom og død ved å forsinke og begrense smittespredningen med rimelige tiltak som ikke påvirker samfunnet for mye inntil en vaksine er klar til å tas i bruk. De enkle, men viktige rådene dreide seg initialt om håndhygiene, hostehygiene og å bli hjemme ved sykdom – og disse rådene er viktige fortsatt!

Planverket skal også ta høyde for å behandle og pleie syke og døende hjemme og i helseinstitusjon samt å opprettholde nødvendige samfunns-tjenester innenfor alle sektorer. I tillegg er det viktig å gi fortløpende kunnskapsbasert og samordnet informasjon til helsetjenesten, andre samfunns-sektorer, publikum, norske borgere i utlandet og massemediene.

Innledningsvis i pandemien fantes ikke informasjon om hva det var realistisk å planlegge for. De første planforutsetningene som ble utarbeidet av Folkehelseinstituttet 29. juli 2009 var et krevende scenario for helsetjenesten. Planforutsetningene bygget på historiske erfaringer fra tidligere pandemier, og nyvunne erfaringer fra land som til nå var rammet av denne pandemien og i større utstrekning enn det vi til nå har sett i Norge. Etter hvert som det kom rapporter spesielt fra New Zealand, England og USA om at pandemien hadde et noe mildere forløp, ble FHI utfordret til å komme med nye planforutsetninger og disse forelå i skriftlig form 3. september 2009. Hovedpoengene er at man da skrev ned andel av befolkningen som blir syk fra 30 % til 20 %, andelen av syke som kontakter lege ble nedskrevet fra 30 % til 20 %, andelen syke som får antiviralia ble nedskrevet fra 20 % til 15 % og andel syke som legges inn i sykehus nedskrevet fra 1 % til 0,6 %.

Det har vært diskutert om man skulle ta med direkte eller indirekte effekter av vaksinasjon og andre smitteverntiltak inn i de nåværende planforutsetningene, men man har foreløpig ikke gjort dette. Det har vært vanskelig å fastlegge tidspunkt for oppstart av vaksiner og hvor lang tid man vil bruke på gjennomføringen av selve vaksineren. Når ny kunnskap etter hvert kommer til, vil planforutsetningene endre seg. Et av de viktigste elementene for nye planforutsetninger vil være å ta med effekten av vaksinasjon. Da må vi først vite noe mer om hvordan vaksinasjonen forløper, og da er det spesielt viktig å holde rede på hvor mange som har latt seg vaksinere både blant risikogrupper spesielt og i befolkningen generelt. Slike planforutsetninger hvor man har tatt høyde for vaksiner vil tidligst være på plass i løpet november 2009.

Som et lite apropos fra vår foreløpige relativt fredelige situasjon i Norge, tas med «Lessons from Australia»; ved dr Dominic Dwyer, professor i virologi ved Weastmead Hospital i Sydney; for å illustrere at det andre steder i verden faktisk har vært mange tilfeller med kritisk syke pasienter.:

- *«It's been absolutely massive for us here, we've been working essentially twenty hours a day trying to churn through all the samples to work out what's swine flu. I see the patients as well, and I must say I've never seen so much influenza activity.»*
- *«Normal influenza tends to affect the elderly, but this is a disease that affects younger people mostly – so it's been really very dramatic.»*
- *«It's been absolutely striking how severe the infection has been in a small proportion of people. So in our intensive care unit here in western Sydney, we had about a third of the unit filled with people with swine flu, and they were often young, younger than you might expect.»*

Organisering og ansvarsforhold

Krisehåndtering på strategisk nivå ble etablert tidlig med Helse- og omsorgsdepartementet som lederdepartement. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar, koordinerer og er nasjonal smittevernmyndighet. Folkehelseinstituttet er nasjonal faginstans for smittevern og støtter Helsedirektoratet. Helsedirektoratet opprettet tidlig et kriseutvalg som i begynnelsen hadde daglige møter, men hvor en nå har sett at det ikke er nødvendig å møtes hyppigere enn 2 – 3 ganger ukentlig. Hver fredag har det møtt et utvidet kriseutvalg hvor det er representanter også fra Folkehelseinstituttet, Statens legemiddelverk og Helse- og omsorgsdepartementet og eventuelt andre som kan kalles inn ved behov. Den nasjonale pandemikomiteen er blitt innkalt til flere møter og konsulteres jevnlig. Det er utarbeidet rapporteringsrutiner både i forhold til Helse- og omsorgsdepartementet, fylkesmenn og regionale

helseforetak og situasjonsrapporter distribueres bredt. Det er videre gjennomført koordineringsmøter med mange aktører, deriblant viktige pasientorganisasjoner og fagforeninger. Det ble også opprettet et eget planstøtteutvalg i mai og juni 2009 som arbeidet inn mot øvrige departementer og arbeidslivets hovedorganisasjoner og de leverte en egen rapport om sitt arbeid til kriseutvalget 15. juni 2009.

Vaksineavtalen og vaksiner

Bakgrunnen for den nåværende vaksineavtale er trusselbildet knyttet til fugleinfluensaen i 2007 der WHO's direktør Chan i juni 2007 sa at: *«Even the most conservative estimates predict that around 20% of the world population will fall ill within a short period of time».*

I juli 2008 ble det inngått en avtale med GlaxoSmithKline i forhold til innkjøp av en pandemivaksine. Gjennom en årlig avgift ble Norge sikret kjøp av 9,4 millioner doser dersom WHO erklærte en pandemi, definert som fase 6 i pandemiberedskapen. Beløpet dreier seg om 650 mill kroner eller 140 kr pr person i Norge.

I mai 2009 ble det gjort en avtale med GlaxoSmithKline om en prepan-demivaksine hvor det ble lagt til grunn innkjøp av 4,7 mill doser basert på det nye influensaviruset A H1N1. Avtalen ble senere satt til side fordi GlaxoSmithKline startet produksjon av pandemivaksine etter at WHO hadde erklært fase 6.

Arbeidet med å få vaksiner og tilhørende sprøyter og spisser på plass, har vært krevende. I løpet av september 2009 var det klart at vaksinen ville bli godkjent av det europeiske legemiddelorganer European Medicines Agency (EMA) i begynnelsen av oktober og at distribusjonen av vaksinen blir satt i gang umiddelbart etter leveranse og godkjenning. Både Folkehelseinstituttet, EMA, WHO og European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) mener ut fra den kunnskap som foreligger, at vaksinen er god og regnes som trygg. I utgangspunktet regnet en med at det ville være behov for to doser siden det er et nytt virus som det foreligger liten eller ingen immunitet overfor i befolkningen, men det kan tenkes ut fra forsøk som nå er i ferd med å avsluttes, at det kan være tilstrekkelig å gi en enkelt dose.

Det er gjort et grundig arbeid knyttet til å definere risikogrupper i befolkningen og helsepersonell i førstelinjen som bør få tilbud om vaksinen først. Denne informasjonen ble videreformidlet medio september i god tid før selve vaksineringsen skulle starte. Gravide, unge mennesker med øket risiko for komplikasjoner og frontlinje helsepersonell har høyest prioritet i forhold til tidlig vaksineringsen.

Nasjonale beredskapslagre

Vårt nasjonale beredskapslager har fra tidligere inneholdt oseltamivir (Tamiflu) (1,4 mill pakker med styrke 75 mg (voksen dose)) og rimantadin (300 000 pakker på lager), men de sistnevnte er dessverre resistente overfor det aktuelle virus.

I tillegg er det i løpet av høsten kjøpt inn 100 000 pakker oseltamivir (Tamiflu) 45 mg (barnedose).

Når det gjelder antibiotika for å behandle sekundære infeksjoner, er beredskapslageret økt i løpet av høsten 2009. Det er også kjøpt inn munnbind – totalt 15 millioner og sprøyter og spisser i nødvendig antall for å sette pandemivaksine.

I august 2009 ble det også foretatt nye innkjøp til helseforetakene av både respiratorer og ECMO-maskiner (extracorporeal membrane oxygenation-maskiner). Disse investeringene var en konsekvens av planforutsetningene som ble presentert 29. juli 2009, og reflekterte behandlingsbehovet dersom planforutsetningene slo til.

Bruk av helsepersonell

Helsepersonell er å anse som en kritisk ressurs i en pandemisituasjon – dette er det tatt høyde for i forbindelse med vaksineringsen hvor man anbefaler at helsepersonell i frontlinjen er høyt prioritert. Det er ikke til å unngå at omfattende beredskapsplanlegging kan hindre løpende drift. De nyinnkjøpte respiratorene har ført til at det også er lagt vekt på opplæring i bruk av intensivutstyr i sykehus, men det er ikke til å komme fra at det foreligger mangel på kvalifisert personell til å fullbemanne intensivavdelinger.

I samarbeid med departementet er det gjort utredning med tanke på å benytte seg av ekstramannskaper; enten det nå dreier seg om studenter, pensjonister eller helsepersonell som for tiden ikke arbeider i helsetjenesten. I første omgang ønsker man å benytte seg av frivillige ordninger, men hvis det skulle bli en tilspisset situasjon, vil det også kunne være på tale med beordring.

Det har også vært drøftet at det i en pandemisituasjon vil være nødvendig å prioritere annerledes i forhold til hvilke pasienter som skal tilses av lege – flere bør få tilbud om øyeblikkelig hjelp timer på bekostning av kontroller som kan utsettes. Mulighetene av å få til en utvidet egenmelding for alle arbeidstagere på lik linje med den som allerede foreligger innenfor IA-avtalen har Helsedirektoratet spilt inn overfor Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Men foreløpig er det ikke gjort noen forskriftsendringer i så måte, men kun oppfordret til frivillighet fra arbeidsgivernes side.

Fra Legeforeningen er det også ytret ønske om muligheten av i større grad å kunne ha anledning til å sykmelde pr telefon, men dette er ennå ikke realitetsbehandlet. Legeforeningen stilte seg positiv til å gjennomføre vaksinerings av risikogrupper tilhørende de enkelte fastlegers lister. I den forbindelse var det ønskelig å gjøre et uttrekk av fastlegers elektronisk pasientjournal ut fra diagnosegrupper, men dette var det dessverre ikke mulighet til å få til på så kort varsel etter at det ble tatt kontakt med journalprogramleverandører og andre aktører.

Laboratorietesting og obduksjon

Innledningsvis var det naturlig å teste flest mulig med tanke på å få kartlagt utbredelsen av sykdommen. Dette ble etter hvert en umulig oppgave med tanke på antall innsendte prøver. Det ble derfor etter hvert behov for å innskjerpe prøvetagningen til å gjelde utvalgte grupper og kritisk syke. Den epidemiologiske overvåking gjøres nå på samme måte som under en ordinær influensasessong ved at utvalgte legekantor som til sammen representerer 10-15 % av fastlegers konsultasjoner, hver uke sender inn rapporter til Folkehelseinstituttet om andel av pasienter med influensalignende sykdom.

Per 20. september 2009 er det meldt om 1370 bekreftede influensatilfeller, men vi vet at det sannsynligvis er minst 10 ganger så mange som har hatt ny influensa. De siste ukene er det kun 4-5 % av alle prøver som er positive, og det innebærer at hovedmengden av såkalt influensalignende sykdom iallfall ikke er svineinfluensa, men sannsynligvis ordinær forkjølelse.

I startfasen var man nok for omtrentlig i beskrivelsen av denne influensasens symptomer med fare for at det ble for mange som ble gitt denne diagnosen. Det var derfor grunn til å stramme inn kriteriene for diagnosesettingen i løpet av september 2009. Vi har nå hatt de første dødsfallene i Norge pga svineinfluensa – også utenom institusjoner – og vi har oppfordret både fastleger, legevaksleger og patologiske avdelinger om å ha en forholdsvis lav terskel for anbefaling av obduksjon fordi vi mener at obduksjoner i denne fasen er viktig for å få mest mulig sikker kunnskap om hvordan pandemien utvikler seg.

Antiviralia – behandling og profylakse

Det foreligger foreløpig forholdsvis begrenset kunnskap om effekten av antiviralia ved denne pandemien. En har opplevd en del motforestillinger av ulik karakter mot bruk av antiviralia både blant helsepersonell og befolkningen forøvrig, spesielt sett i forhold til at sykdommen er forholdsvis mild

for de fleste. Men noen blir altså likevel alvorlig syk med fare for å dø. Hvem bør til syvende og sist få tilbud om oseltamivir (Tamiflu) eller zanamivir (Relenza)? Våre anbefalinger har fokusert på pasienter med økt risiko for alvorlig sykdom og død, inklusive gravide; både med tanke på behandling og eventuell profylakse av pårørende til pasienter i en risikogruppe. Situasjonen pr i dag er at apotekene rapporterer om en nedgang i utlevering av antall pakker oseltamivir (Tamiflu) fra 4800 i uke 34 til 1500 i uke 38.

Informasjon – vår strategi

Vi har ønsket å påvirke folks adferd og tror at balansert informasjon skaper tillit. Helsemyndighetene har søkt å være åpne og ærlige om scenarier, planer og aktiviteter. Vi har bevisst forsøkt å unngå å undervurdere mulig risiko i kommunikasjonen, men det har også vært viktig å kommunisere usikkerhet.

Budskapene som skulle kombineres, er fylt av ulike dilemmaer:

- Viruset gir en mild influensa, men er farlig for noen.
- Det er viktig å mobilisere samfunn, helsetjeneste og befolkningen til å ta sine forholdsregler.
- Det var mulig å bremse smittespredningen, men ikke å stoppe den.
- Det var viktig å kontakte lege for noen i gitte situasjoner, men samtidig unngå at legekontorene skulle bli nedrent.
- Symptomer er felles for flere uskyldige sykdommer.
- Hvorfor er det nødvendig med utgifter i milliardstørrelsen for å håndtere en influensa til dels mildere enn en vanlig sesonginfluensa?
- Planforutsetninger ble nedjustert samtidig som det legges grunnlag for en effektiv vaksinekampanje.

Vi tror fortsatt dette er riktig:

- «Kunnskapsbasert og samordnet informasjon som gis fortløpende er avgjørende for å oppnå best mulig tilslutning til og resultat av myndighetenes tiltak. Dette vil ha stor betydning for å redusere de negative helse – og samfunnsmessige samt økonomiske konsekvenser av en pandemi»

Dette er hentet fra innledningen til pandemiplanens kommunikasjonsavsnitt. Vi tror at det som står der er verdt å holde fast på. Vi tror det er riktig å unngå at det skapes et informasjonsvakuum ved aktivt å holde pressen og befolkningen orientert, så lenge interessen er der. Vi må nyttiggjøre oss de «teachable moments» vi får, så lenge vi får det. Vi må gjenta de riktige og viktige budskapene uke etter uke.

Erfaringer så langt

- Å tilpasse seg til en mildere sykdom enn vi hadde planlagt for, er utfordrende. Det har inntil i dag ikke vært nødvendig å ta i bruk ekstreme virkemidler som å erklære denne pandemien for en «Allmennfarlig smittsom sykdom etter smittevernloven».
- Pandemiplanverket ser ut til å ha fungert godt. Uansett har arbeidet med dette synliggjort verdien av et godt beredskapsarbeid. Det er å håpe at en slik massiv beredskapsøvelse som vi har vært gjennom, vil ha en viss overføringsverdi som vi kan ta med oss videre i slikt arbeid enten man jobber i sentrale helsemyndigheter, fylker, kommuner, helseforetak eller i primærhelsetjenesten.
- Kommunikasjon med publikum har ikke bare vært enkelt – det er krevende å holde fokus på sykdommen når den utvikler seg langsomt og er relativt mild.
- Mediene har stort sett vært gode – ulike typer kritikk mot myndigheter og medier har selvfølgelig vært der; noen synes vi har gjort for lite, mens kanskje enda flere har ment vi har gjort for mye.
- Det har generelt vært et godt samarbeid med impliserte parter; innad i helsesektoren, mellom ulike aktører i helsetjenesten, med øvrige offentlige sektorer, med frivillige organisasjoner, innvandrersorganisasjoner og brukergrupper.
- Vi kan høste store gevinster for fremtiden med bedre pandemiplanlegging og generell beredskapsplanlegging.

Men noe kunne vi gjort bedre og noe kan vi fremdeles gjøre bedre. Vi er opptatt av å få en god, konstruktiv og bred dialog om dette, dels ved å lytte fortløpende til samarbeidspartnere og kritikere, og gjerne som ledd i en evaluering som bør komme i etterkant av den aktuelle pandemien.

Takk til seniorrådgiver Jan Magne Linnsund i Helsedirektoratet, som har hjulpet meg å skrive ut dette foredraget som opprinnelig ble holdt i Det norske medisinske Selskab 16. september 2009.

*Bjørn Guldvog
bjorn.guldvog@helsedir.no
Helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo*

Helseprofesjonenes utvikling – et kontekstuellet perspektiv

Michael 2009;6:313–21

Tid og sted setter tydelige spor etter seg i utviklingen av helseprofesjonenes virke. Dette gjelder både i forhold til hvilke typer utfordringer de møter, hvordan de tolker dem, og hvordan de løser dem. Nøkkelen til å forstå drivkreftene bak disse endringene ligger i helsetjenestens omgivelser, i kultur, politikk, økonomi og teknologi. Med utgangspunkt i dette perspektivet drøfter jeg i denne artikkelen en tidstypisk utfordring for helseprofesjonene i vår del av verden: møter med pasienter som har medisinsk uforklarlige fysiske symptomer (MUPS). Drøftingen berører flere ulike aspekter knyttet til utviklingen av helsetjenesten i moderne vestlige industrisamfunn. Fire sentrale tema i diskusjonen er kliniske utfordringer med MUPS-pasienter, helse- og sykdomsforståelse i moderne biomedisin, kliniske beslutninger i et historisk perspektiv, og modernitetens kulturtrekk.

Helseprofesjonenes utvikling har klare spor etter generelle samfunnsmessige endringer, både av politisk, økonomisk, kulturell og teknologisk art. Disse sporene gjenfinnes så å si i alle aspekter knyttet til det å gi pleie, omsorg, trøst og medisinsk behandling til trengende mennesker. Også typer av oppgaver og utfordringer som helseprofesjonene blir møtt med, bærer slike spor.

En stadig mer aktuell utfordring for helsetjenesten og helseprofesjonene i den vestlige verden er å møte pasienter med medisinsk uforklarlige fysiske lidelser på en god måte. Dette er pasienter som har somatiske symptomer uten diagnostiserbar organsykdom. I internasjonal litteratur omtales slike plager som MUPS (medically unexplained physical symptoms) eller MUS (medically unexplained symptoms) (1, 2).¹ Funksjonelle eller somatoforme lidelser er beslektede, men ikke direkte synonyme begreper (3). Fordi plagene ikke har noen entydig biomedisinsk forklaring, er de omstridte i en del

1 Betegnelsen MUS ble trolig første gang brukt i 1980 (2).

medisinske fagmiljøer. Pasientgruppen er stor og voksende. Tallene som har vært anslått varierer mellom en og to tredeler av pasientene, avhengig av land og type tjeneste (2, 4). Mange helsearbeidere møter en eller flere av denne type pasienter daglig. I fraværet av behandlingsmuligheter blir helsepersonellens oppgave å bistå pasienten med å anlegge en livsstil som gjør plagene til å leve med.

I det følgende vil jeg drøfte temaet medisinsk uforklarlige fysiske lidelser i en større samfunnsmessig sammenheng. Det kontekstuelle er analysens viktigste element. Gjennom å plassere helsetjenesten i den helheten den inngår i (samfunnet), og utforske forholdet mellom helhet og del, kan vi øke vår forståelse av de drivkreftene som preger endringene. Økt innsikt i hvordan ulike endringsprosesser henger sammen kan hjelpe oss til å møte de nye utfordringene på en god måte, med toleranse og respekt i stedet for individualisering og moralisering. Primært avgrenser jeg diskusjonen til legeprofesjonen.

Åse

Åse, en trebarnsmor på 48 år, har slitt med sterke hodesmerter i tre-fire år. Gjentatte besøk hos ulike legespesialister har ikke avdekket hva smertene kommer av. Legene gir henne smertestillende medikamenter og sykmeldinger, men Åse føler likevel at de tviler på om hun er så dårlig som hun sier. Fastlegen sier hun bør ta seg sammen, tåle mer, ikke kjenne så mye etter, og tenke på andre ting. Åse tolker dette som mistillit til hennes evne til å håndtere situasjonen. Hun føler også at han legger mye av skylden for hennes plager på henne selv, blant annet ved å nevne alt hun kanskje gjør galt (bekymringer, stress, muskelspenninger etc.). Møtene med legene gir henne en tilleggsbelastning i form av skyldfølelse og manglende selvtillit. Hennes liv domineres nå av smerter, søvnmangel, manglende forståelse og aksept og usikre fremtidsutsikter. Åse vet ikke at fastlegens råd primært bygger på gjetning og ikke evidensbasert kunnskap, for det finnes ikke. Hun vet heller ikke at han ikke mistror hennes erfaringer, men at mangelen på en diagnose og objektive medisinske funn gjør at han føler seg hjelpeløs. Foruten piller og sykmeldinger, er hans velmente men tankeløse råd om hvordan hun best mulig skal klare å leve med sine smerter stort sett det eneste han som lege har å tilby.

Mellom vitenskap og unike pasienter

Åses fortelling er en typisk MUPS-fortelling: Fraværet av biomedisinske funn fører ofte til spenninger og problemer i samarbeidet mellom helsearbeider og pasient. Situasjonen er utfordrende for begge parter (4, 5). Noe av utfordringen bunner i at pasientenes plager verken lar seg forklare eller helbrede ved hjelp av moderne biomedisinsk kunnskap og teknologi, samtidig som plagene og funksjonstapene i mange tilfeller er betydelige. Uten diagnose eller såkalte objektive kliniske funn mangler disse pasientene det som i dagens samfunn legitimerer våre plager, og gir oss stempelet «godkjent

som syk». Disse pasientene opplever ofte at de ikke blir hørt, trodd og tatt på alvor, men stemplet som «innbilt syk». Dette oppleves som krenkende for mange. I en metastudie av 20 artikler basert på kvalitativ forskning omkring pasienters og legers erfaringer med en mye omtalt MUPS-gruppe, kronisk utmattelsessyndrom, sammenfattes hovedproblemene slik: «The patients feel severely ill, yet they feel blamed and dismissed by the doctors who hold a different illness understanding than themselves. Worst of all is to be told without explanation that ‘it’s nothing; it’s all in your head’»(6). Mange pasienter blir også frustrerte over det de opplever som uheldig og uberettiget psykologisering, det vil si at deres fysiske plager blir gitt en psykologisk forklaring. Selv opplever de ofte de psykiske plagene som et *resultat* av plagene, ikke som en *årsak* til dem. En pasient med kronisk utmattelsessyndrom har formulert det slik: «I think a lot of the depression side of ME in sufferers comes from the fact that we become depressed trying to convince the doctors, the medical profession, that there is something wrong with us (ibid. s. 25).» Flere pasientforeninger i Norge har arbeidet aktivt mot uberettiget psykologisering, deriblant Norsk myalgisk encefalopati forening (7).

Helsearbeiderne på sin side føler seg ofte rådville og ute av stand til å hjelpe MUPS-pasientene. Dette kan oppleves som frustrerende og faglig sett lite tilfredsstillende. Det kan også være vanskelig å ta pasientens opplevelser på alvor og samtidig hindre uønsket medikalisering. Fordi mange aktører ofte er involvert i behandlingen av disse pasientene blir samhandlingen mellom ulike helseprofesjoner også en utfordring. Denne utfordring forsterkes av at dette er en pasientgruppe med sammensatte plager, ofte uten presis kroppslig lokalisering, som ikke passer inn i helsetjenestens spesialiserte organbaserte organisering. Stykkprisfinansiering basert på diagnose-relaterte grupper gjør også denne pasientgruppen økonomisk ulønnsom for norske sykehus. Utfordringene med denne pasientgruppen ligger således både på individnivå (møter mellom pasient og hjelper) og på systemnivå (samhandling, ventetider, finansieringssystemer, organisering etc.).

Mellom subjekt og objekt

Moderne vestlig vitenskapelig skolemedisin slik vi kjenner den i dag, utviklet seg på 1800- og 1900-tallet. Noe av kjennetegnet ved denne formen for medisin er at den skal være basert på vitenskapelige kunnskaper om årsaks-sammenhenger i naturen som er eksperimentelt utprøvd og teoretisk forklart, og i stor grad utøvd ved hjelp av tekniske apparater, redskaper og teknikker. Grunnlaget for utviklingen ble lagt blant annet med oppfinnelsen av mikroskopet (det første i 1590), den revolusjonerende utviklingen av bakteriologi-

gjen på 1800-tallet som ga oss nye kunnskaper om bakterier som årsak til sykdom, og nye kunnskaper i anatomi og fysiologi som ga oss økt forståelse av menneskekroppens fysiske bestanddeler.

De nye kunnskapene endret legenes forståelse av helse og sykdom. Naturvitenskapelige begreper og teorier, spesielt fra fagene biologi, fysikk og kjemi, står i dag sentralt når en lege skal beskrive og forklare helse og sykdom. Den biomedisinske sykdomsforståelsen bygger på et objektive perspektiv på kropp, helse og sykdom, hvor det forutsettes at sykdom kan identifiseres ved hjelp av objektive teknikker. Dette impliserer et menneskesyn hvor mennesket forstås på linje med andre biologiske vesener mer enn et fornuftsvesen som tolker og forteller om sine erfaringer. Den biomedisinske sykdomsforståelsen har en nærmest hegemonisk status i det medisinske system, hvor tradisjonelle folkelige sykdomsforståelser ofte stemples som overtro eller innbilning. Denne forståelsen har fått rotfeste også blant folk flest, men da som et supplement til andre og mer erfaringsbaserte forståelser. Folk flest forstår at helse og sykdom er komplekse fenomener, og at de ulike dimensjonene ikke utelukker, men utfyller hverandre. Moderne biomedisin bygger *ikke* på en slik flerdimensjonal helse- og sykdomsforståelse. Av den grunn står den profesjonelle og den folkelige forståelsen av og til langt fra hverandre.

Mellom narrativer og teknologi

De nye kunnskapene fra naturvitenskapene gjorde det mulig å utvikle mange nye kurative, diagnostiske og smitteforebyggende teknikker (legemidler, vaksiner, hygienetiltak, etc.). Gjennom hele 1800- og 1900-tallet kom en rekke medisinsk-teknologiske nyvinninger som revolusjonerte faget. En ubetinget suksesshistorie med andre ord.

I kjølvannet av vitenskapeligjøringen og teknifiseringen av medisinen har selve grunnlaget for kliniske beslutningsprosesser endret seg. I legekunstens før-vitenskapelige fase var den medisinske praksis dominert av direkte kommunikasjon mellom lege og pasient, såkalt «bedside evidence» (8). Pasientens fortellinger spilte en helt sentral rolle i legenes diagnostiske og terapeutiske arbeid. Sammen med egne observasjoner av symptomer som ansiktsuttrykk, hudfarge og pust, var dette som regel det eneste legene baserte sine kliniske beslutninger på. Fysisk undersøkelse av eksempelvis puls og temperatur kunne også forekomme, men samtale og observasjon var viktigere: «the physician would attach far less weight to the evidence obtained by his sense of touch than to the patient's narrative and to his own visual observations» (8). Pasientfortellingene omfattet alt fra beskrivelser av helseplager og sykdomsforløp,

til informasjon om familieforhold, levemåter og livssyn. Med utgangspunkt i disse fortellingene utviklet legen sine behandlingsstrategier (8, 9).

Denne måten å foreta kliniske beslutninger på, er ikke lenger den dominerende. Legenes nye muligheter til å innhente teknologisk genererte sykdomstegn, tegn som tidligere var usynlige for øyet, har endret dette. Samtale med og observasjon av pasienten er delvis erstattet med såkalte objektive sykdomstegn som viser seg gjennom anvendelse av en eller annen medisinsk teknologi (8). Teknologisk genererte funn så som bilder, diagrammer og kurver står i dag sentralt i den diagnostiske prosessen. Dette er sykdomstegn som innhentes uavhengig av pasientenes egne erfaringer. Antatt objektive visuelle representasjoner av kropp og sykdom har i mange tilfeller tatt den plassen pasientfortellingen (pasientenes egne fortellinger om sine sykdomsopplevelser) hadde tidligere (10). Utviklingen innebærer at pasienterfaringene er mindre vektlagt og at de har fått en lavere status. I den grad de får komme til uttrykk, spiller de bare en birolle som kilde til en skjult og antatt «objektiv sannhet» om pasientens «egentlige» situasjon. Pasientenes erfaringer får heller ikke stå på egne ben, de blir ofte omgitt og omformet av biomedisinske begreper og forståelsesrammer. Med sine ordvalg kan legene lett (ikke alltid like bevisst) degradere pasienterfaringene, ved å skrive for eksempel i en henvisning at «pasienten hevder at ...», og dermed signalisere at dette er det «bare» pasienten og ikke du som fagperson som mener. I lys av kompetanse- og maktgapet mellom lege og pasient vil pasientens kunnskaper alltid være av liten verdi dersom de ikke blir gitt et gyldighetsstempel av legen. Selv ikke de spesielt kunnskapsrike pasientene ser ut til å nå fram med sitt syn (11).

Mange pasientgrupper kritiserer legene og andre aktører i helsetjenesten for at de i for liten grad utnytter pasienten som kunnskapskilde, og at de legger for mye vekt på teknologisk genererte funn. Men de vil ha et både-og ikke et enten-eller: «Brukernes erfaringer og kunnskap er ikke i tilstrekkelig grad tatt hensyn til» skriver Norsk myalgisk encefalopati forening om Kunnskapssenterets kunnskapsoppsummering om kronisk utmattelsessyndrom, samtidig som de kritiserer arbeidet for «for lite fokusering på forskningsresultater som påviser patologiske funn» (7).² ME-foreningens eget notat avsluttes med en 20 siders lang litteraturliste.

Overgangen fra kommunikasjonsbaserte funn (samtale og observasjon) til teknologisk genererte funn har en rekke implikasjoner både for lege, for

2 For annen type kritikk mot for ensidig vektlegging teknologiske funn, se for eksempel hjelp til selvhjelp – nettsteder av og for pasientgrupper på Internett (såkalte likemannsfora) som www.stoffskifte.info/blogger/Kristinsblogg.html og www.xlpluss.no/thyroforum.

pasient, og for relasjonen mellom dem. En viktig implikasjon er at ulike måter å samle informasjon på får frem ulike sider av en sykdom og det å være syk. De aspektene som blir belyst ved de enkelte metodene blir ofte det legene retter sin oppmerksomhet mot, og dermed også vektlegger. De ulike pasientgruppene er svært forskjellige, og hvis legene bruker samme kliniske beslutningsmodell for alle gruppene vil det alltid være noen som kommer dårligere ut enn andre. Modellen med teknologisk genererte funn passer dårlig for MUPS-pasienter fordi den ikke klarer å fange opp den type plager disse pasientene har. «Problemene» med denne pasientgruppen er således nært knyttet til de endringene i kliniske beslutninger som skjedde gjennom vitenskapeliggjøringen og teknifiseringen av medisinen som fag.

Mellom fag og kultur

Vestlige moderne mennsker har stor tro på fremskritt, vitenskap, eksperter og den instrumentelle fornuft. Vi har en tendens til å tro at all erkjennelse er av vitenskapelig art, og at alt som virkelig eksisterer, kan fremstilles i tall og diagrammer. Vi ønsker kontroll og forutsigbarhet, og all risiko skal bekjempes med målrettede strategier. Troen på hva moderne vitenskapelig medisin kan hjelpe oss med er trolig sterkt overdrevet i brede lag av befolkningen.

Det er ikke bare innenfor medisinen at biologien har befestet seg som en viktig fortolkningsramme, den biologiske tenkemåten er også utbredt i samfunnet for øvrig. Biologiske forklaringer brukes på stadig nye områder. Når biologiske forklaringer blir fremstilt som uttømmende og fullstendige, er vi over i det som kalles *biologisme* – et metafysisk livssyn som gjør bruk av vitenskapen biologi til å forklare alle aspekter ved menneskets liv, tanke og handling (12). Denne tenkemåten finner vi blant annet hos Charles Darwin (1809 – 1882) og 1800-tallsbiologene, men den fikk senere en renessanse i 1970-årene i form av en biologismebølge med ultra-darwinistiske tendenser (13). Utviklingen i helsetjenesten går således hand i hand med en generelt økende tiltro i samfunnet til biologiens forklaringskraft.

Et annet kulturtrekk med relevans for MUPS-problematikken er kvinnesynet i samfunnet. Det er neppe uten betydning at kvinnene er sterkt overrepresentert i denne pasientgruppen. All medisinskfaglig kunnskap og praksis er påvirket av den kulturelle sammenhengen de oppstår i, inkludert kvinnesynet i samfunnet. I et historisk perspektiv blir dette særlig tydelig. Blant 1800-tallets leger var hysteri en mye brukt diagnose på ulike kvinneplager. Diagnosen og beskrivelsen av den både reflekterte og påvirket datidens definisjoner av kvinnelighet og kvinnelig seksualitet: Den stadfestede bildet av kvinnen som irrasjonell, uforutsigbar, emosjonell, upålitelig og

seksuelt frustrert (14). Vår forståelse av nåtidens kvinneplager er influert av nåtidens kvinnesyn på tilsvarende måte. Og kvinnesynet har endret seg lite siden 1800-tallet, kvinnen fremstilles fortsatt som et svakere og mer emosjonelt vesen enn mannen. Kvinners plager blir ofte knyttet til personlighetstrekk og livssituasjon, oftere enn for menn. Det er en generell tendens blant leger i dagens vestlige samfunn til å bagatellisere og psykologisere bort symptomer hos kvinner (15, 16).³

Det moderne mennesket søker «rasjonelle» forklaringer, det vil si årsaksforklaringer, på sykdom, ofte kombinert med identifisering av skyld. Skylden plasseres gjerne hos den syke. Troen på at vi blir syke fordi vi har gjort noe galt er ikke ny, men det er en viktig endring her: før var det Guds bud vi hadde forbrudt oss mot, i dag er det legens bud, for eksempel at vi ikke har spist nok broccoli eller beveget kroppen nok og riktig. Når synet av den svake kvinne kobles til oppfatningen om at syke er medskyldige for sine plager, forsterker de hverandre. Når vi først blir syke, stiller vi store krav til oss selv i forhold til å mestre situasjonen på en god måte. Mestringsevne står høyt i kurs i vår kultur. Kombinasjonen årsaksforklaring, skyldtildeling og mestringskrav går dårlig overens med lidelser som verken kan forklares eller kureres.

Konklusjon

Den medisinsk-teknologiske utviklingen har ikke bare gitt legene en rekke nye diagnostiske og kurative hjelpemidler i sitt arbeid, men også en ny helse- og sykdomsforståelse og et nytt grunnlag å ta kliniske beslutninger på. Slik sett innebærer vitenskapeliggjøringen og teknifiseringen av medisinen et bredt spekter av endringer i legenes klinisk praksis. Endringene angår både hva legene ser etter, hvordan de ser (altså tolker) det de ser, og hvilke konklusjoner de trekker. I tillegg bidrar også generelle samfunnsmessige endringer til nye tenkemåter både for pasienter, leger og befolkningen generelt.

De utfordringene MUPS-problematikken representerer kan således ikke bare forstås i lys av den historiske utviklingen innen faget medisin, men også i lys av generelle samfunnsmessige endringer. Samfunnet og medisinen påvirker hverandre gjensidig. Trender i samfunnet påvirker helsetjenesten, og de endringene dette medfører virker så tilbake igjen på samfunnet. Slik kan endringer i de ulike systemene enten forsterke eller nøytralisere hver-

3 Med dette menes ikke at helsearbeidere har fordommer mot kvinner, men at de er bærere av en kultur som preges av et kvinnesyn som tillegger kvinner og menn ulike egenskaper. Også de kvinnelige pasientene vil tolke sine møter med helsetjenesten ut fra rådende kvinnesyn.

andre. Dynamikken er den samme også innenfor hvert av systemene; ulike deler påvirker hverandre gjensidig.

Med de endringene i de rammebetingelsene for samhandlingen mellom pasient og lege som her er beskrevet, er det lett å se at MUPS-pasientene må bli en stor utfordring. Plagene til disse pasientene kan verken forklares vitenskapelig eller fjernes av eksperttiltak med forutsigbare resultater. Når plagene ikke lar seg avlese med objektive måleinstrumenter, eksisterer de da som noe annet enn en opplevelse (eller en innbildning) i den enkeltes kropp? Både den faglige og den kulturelle settingen leder oss til å svare nei. Derfra er veien kort til å tenke svakhet og manglede tåle- og mestringssevne.

Med et slik utgangspunkt for møter mellom pasient og behandler står legen i fare for å oppføre seg krenkende overfor pasienten. I forhold til den pasientgruppen vi her diskuterer, er denne problemstillingen særlig aktuell. De utfordringene vi står overfor med denne gruppen kan ikke møtes uten en grundig diskusjon av helsetjenestens mest grunnleggende (og ofte utematiserte) forutsetninger knyttet til menneskesyn, kvinnesyn og helse- og sykdomsforståelser. Aller først bør vi problematisere forutsetningen om at den sanne representasjonen av menneskekroppens tilstand alltid kommer fra objektive kliniske funn og aldri fra pasientens munn. Inntil så skjer er det fare for at morgendagens pasienter med medisinsk uforklarlige fysiske lidelser erfarer det samme på legekantorene som de gjør i dag: de går håpefulle inn, men æreløse ut.

Litteratur

1. Nettleton S, O'Malley L, Watt I, Duffey P. Enigmatic illness: Narratives of patients who live with medically unexplained symptoms. *Social Theory & Health* 2004; 2: 47-66.
2. Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1167-78.
3. Wilkie A, Wessely S. Patients with medically unexplained symptoms. *Br J Hosp Med* 1994; 51: 421-7.
4. Page LA, Wessely S. Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med* 2003; 96: 223-7.
5. Salmon P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns* 2000; 39: 105-13.
6. Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: a synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2007; 69: 20-8.
7. Storkmoen E. Myalgisk encefalopati (ME) Kronisk utmattelsessyndrom (CFS) WHO diagnosekode G93.3 (nevrologi) Nevroimmunologisk energisvikt – ikke psykologisk tretthet. Kommentarer til rapporten fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Oslo: Norsk myalgisk encefalopati forening, 2006. <http://www.me-forening.no>.

8. Reiser SJ. *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge university press, 1978.
9. Lawrence C. *Medicine in the making of modern Britain 1700-1920*. London: Routledge, 1994.
10. Jewson ND. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Sociology* 1976; 10: 225-44.
11. Stokken R. *Den kunnskapsrike pasienten*. I: Tjora A, red. Den moderne pasienten. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008: 57-75.
12. Svendsen LFrH. *Mennesket, moralen og genene. En kritikk av biologismen*. Oslo: Universitetsforlaget, 2001.
13. Nordal I. *Darwinisme – en fruktbar teori for å forstå «kvinnens natur»?* I: Wegener C, Wynn A, red. Er det så naturlig? Perspektiver på kjønn og biologi. Tromsø: Kvinnforsk, Universitetet i Tromsø, 2002: 11-21. Kvinnforsk skriftserie nr. 5.
14. Johannisson K. *Det mørke kontinentet: Kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura, 1996.
15. Sundby J. «Han tar meg ikke på alvor». *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 784-5.
16. Malterud K. Somatisering – en dårlig diagnose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1092.

Olaug S. Lian
Olaug.Lian@uit.no
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning

Michael 2009;6:322–9

Den statlige helseforvaltningen i Norge er 200 år i 2009. Hygienetiltak, eller forebyggende helsearbeid, har alltid vært blant helsevesenets oppgaver. Å fremme helse og hindre sykdom var ekstra viktig så lenge behandlingsmulighetene var dårlige. I et 200-års perspektiv har det forebyggende arbeidet endret seg betydelig, med nye utfordringer og muligheter til å hindre sykdom og uhelse. Det har også endret seg med samfunnet, med demokratisering og endringer i forholdet mellom staten og den enkelte. Selv om mye har endret seg, er det mulig å argumentere for at mange av tidligere tiders virkemidler i hygienepolitikken fortsatt er høyst aktuelle. Ett forebyggingsfelt eller innsatsområde, kostholdsopplysningen blir i det følgende brukt til å drøfte endringer statens påvirkningsarbeid overfor befolkningen. Opplysningsarbeidet for et sunt kosthold har vært på det offentlige agenda svært lenge.

Det er pekt på at norsk forebyggingspolitikk er blitt mer *individrettet* over tid (1). På slutten av 1800-tallet stod strukturelle forhold, som det å regulere tilførsel av rent vann, sikker mat og skolens inn klima, sentralt (2,3). Samtidig eksisterte det, slik Aina Schiøtz påpeker, klare ambisjoner om å oppdra allmuen. På 1930-tallet gikk bygging av velferdsordninger og universelle tiltak hånd i hånd med bestrebelsene på å fremme de gode helsevanene, i Norge (1,3) så vel som i Sverige og Danmark (4). For disse nordiske landene var de første tiårene etter krigen mer preget av kurativ enn av forebyggende medisin. Da forebygging igjen kom på dagsorden, fra 1970-tallet, handlet det om opplysnings tiltak rettet mot den enkelte. I stortingsmeldingen *Resept for et sunnere Norge* (5), som fikk bred tverrpolitisk oppslutning under behandlingen i Stortinget i juni 2003, trekkes det opp fire generelle strategier for folkehelsepolitikken, eller «veier til et friskere Norge». Den første og viktigste er å skape gode forutsetninger for at hver og en skal kunne ta ansvar for sin egen helse. I en sammenligning med folkehelsemeldingen fra ti år

tidligere, framkommer det at norsk forebyggingspolitikk ble mer individorientert gjennom 1990-tallet (6). Blant annet har det blitt mindre oppmerksomhet om levekår og andre strukturelle forhold med helsemessig relevans, og mer oppmerksomhet om den enkeltes livsstil. Et unntak fra dette er røykeloven, som kom etter den siste forebyggingsmeldingen, og som forbyr røyking innendørs i offentlige rom.

I en analyse av endringer i forebyggingspolitikken fra 1930-tallet fram til dagens situasjon (4), inngår analyser av endringer innenfor ulike felt innenfor forebyggingsarbeidet (7). Gjennom å studere kampanjer og opplysningsmaterieil analyseres problemforståelser, bruk av virkemidler og sentrale aktører. I denne sammenhengen drøftes innsats på ett av feltene, nemlig arbeidet med å fremme et sunt kosthold i befolkningen. Samtidig trekkes det linjer lenger tilbake enn til 1930-tallet, hygienearbeidet er mye eldre.

Hygieneinnsats i koleraens tid

Reguleringer for å håndtere risiko var lenge knyttet til byen. Byreguleringer på helsens område er svært gamle, byene fantes før statene, og lenge før nasjonalstatene. Livet i byene bød på spesielle hygienemessige utfordringer, og byene hadde myndigheter. Reguleringer på helsens område var særlig knyttet til reguleringer ved utbrudd av *pest*. Pest har hjemsøkt byer og landsbyer og vært dramatiske hendelser for alle samfunn. Pest har herjet og i noen perioder har pest lagt samfunn øde. Fra svært lang tid tilbake har de tradisjonelle virkemidlene mot pest vært karantener og isolasjon. Disse virkemidlene ble brukt selv om kunnskapen om smittemåter og spredning av pest var en helt annen enn vår.

I de europeiske byene fulgte økt dødelighet med industrialiseringen og urbaniseringen på 1800-tallet. Det var elendige forhold blant fattige og en stadig trussel om sammenbrudd i byens orden. Spedbarnsdødeligheten var høy, epidemiene herjet og byene som hadde vært vakre og storslagne, ble forvandlet til skitne, røykfylte og farlige steder. Den sterke byveksten gjorde matforsyningen problematisk, vanntilførselen kritisk og renovasjonen ble et stort problem. Sanering, å rive de dårligste boligene og å ordne kloakk- og avfallshåndtering, samt å sikre vannforsyningen, ble viktige helsefremmende tiltak i andre halvdel av 1800-tallet i Europas byer (8, 9). Mange hensyn talte for innsats. Koleraen spredde seg også til de «finere» delene av byene, ikke bare de fattige bukket under. Samtidig innebar fattigdom og sykdom også trussel om opprør. Da boulevardene i Paris ble bygd, ble gatene gravd opp og nye vannledninger ble lagt, i hygienisk ånd, men samtidig skulle gatene være så brede at det ikke lett kunne bygges barrikader. Ordningen av byen, med vann og kloakk, innebar samtidig disiplinering av de fattige

og skulle gjøre det vanskeligere for de undertrykte å gjøre opprør, men i det nye lå samtidig friheten fra kolera, tyfoidfeber og tyfus.

Håndtering av risiko i koleraens tid hadde sterke islett av bruk av normative virkemidler. Miljørettede tiltak dominerte, med sanering, byordning og byggeprosjekter som virkemidler. Det ble etablert reguleringer og bygd institusjoner, innretningene hadde gjerne dobbel hensikt, å sikre liv og helse – men også å forsvare samfunnsordenen.

Moderne tider – moderne metoder i mellomkrigstida

I mellomkrigstiden var det en sterk biologisk orientering blant hygienikerne, i Norge anført av skolelegen og hygieneprofessoren Carl Schiøtz (1877 – 1938) (10). Skolebarna var viktige, tusenvis av barn ble målt og veid, noen funnet for tykke, noen for tynne. Tynne ble kanskje sendt på feriekoloni, men hva skjedde med de tykke? Nå mente nok Schiøtz at overvekt var et spørsmål om slapphet og dårlig selvdisciplin, særlig når det gjaldt kvinner (11).

Biologiseringen, måling og veiing og strategien med å vurdere den enkelte etter normale vekstkurver, brakte inn en ny interesse for kroppen. I mellomkrigstiden gikk dette sammen med en interesse for kroppstyper og personlighetstrekk. Samtidig var hygienefaget nærmest altomfattende. I etterkrigstiden fortsatte de rutinemessige undersøkelsene av barna, vaksinasjonsprogrammer ble utvidet og det forebyggende helsearbeidet ble sterkere orientert mot helseopplysning.

Håndteringen av risiko og hygienepolitikk ble på mange måter gradvis flyttet fra de store byrommene og inn i skoleværelset, gymnastikksalen og spiserommet (2). Fra å forme byen, ble vekten sterkere lagt på å forme kroppen, særlig barne- og kvinnekroppen. Den biologiske orienteringen hadde ulike momenter, betraktet som virkemiddel. På den ene siden var kategoriseringen et utgangspunkt for tildeling av tiltak, som mat eller ferieopphold, på den annen side ble kroppen vurdert, kontrollert og avkledd. Forebyggingspolitikken ble mer orientert mot individet, mot kroppen og mot den enkeltes plass i tabellene.

Propaganda og informasjon

På 1930-tallet var mat en knapphetsfaktor for mange, særlig for arbeidsledige. Historisk har det viktigste matproblemet vært matmangel. Også i norsk sammenheng måtte noen streve for å kunne klare å brødfø seg selv og sine familier. På 1930-tallet var sikringskosten den anbefalte. Det gjaldt å spise proteinrik mat, som ost, egg og helmelk. Fra en konsentrasjon om innsats for å få nok mat, ble innsatsen etter 1930-tallet rettet mot å lære befolkningen å spise riktig, passe mye og vitaminrik mat. Problemene ble

knyttet til økonomi, men også til tilstrekkelig opplæring for å kunne spise rett. Fra midten av 1960-tallet endret problemdefineringen seg på vesentlige punkter. Sikringskosten ble gradvis betraktet som helseskadelig, ved at den inneholdt for høy andel fett. Fra midten av 1970-tallet og fram til om lag år 2000 ble hovedproblemet ved norsk kosthold ansett som å være at det var for fettrikt, og at dette bidro til et høyt omfang av hjerte- og karsykdommer. Etter 2000 ble det som kalles fedmeepidemien sterkt vedlagt. Samtidig har oppmerksomheten i større grad blitt rettet mot innsats for å øke inntaket av frukt og grønnsaker (12).

Både helsefremmende og forebyggende tiltak har preget politikken på matområdet. Innsatsen for *riktig mat* er knyttet til det helsefremmende. Med nok mat, i riktige former og med rett mengde vitaminer og mineraler skulle en oppnå flere sunne barn og voksne. Innsatsen fra 1970-tallet, med stor oppmerksomhet om at det *fettrike kostholdet* innebar økt risiko for hjerte- og karsykdommer, kan i større grad karakteriseres som forebyggende i sin innretning (13). Dagens oppfatning av betydningen av økt inntak av frukt og grønnsaker kan i hovedsak sies å være helsefremmende, men samtidig understrekes det gjerne at et kosthold med høyt inntak av frukt og grønnsaker vil ha forebyggende virkning mot en rekke helseproblemer og sykdommer. Mat er en nødvendighet, og på den ene siden må vi spise for å leve. Samtidig kan kostholdets sammensetning generelt eller med enkelte elementer ha spesifikke forebyggingseffekter. Mangelsykdommer kan være både spesifikke og generelle.

Kostholdsopplysningens bilder har skiftet langs flere dimensjoner. I mellomkrigstiden ble det gjerne brukt bilder av mat, av sikringskosten, av melk, smør, egg, kjøtt, fisk og brød. Det ble også brukt bilder av det som ble ansett for å være normalkroppen, særlig den kvinnelige, som i kampanjen mot overvekten. På femti- og sekstitallet ble også karikaturtegninger tatt i bruk, med bilder av det problematiske og det ønskelige. På 1970-tallet ses en ny type bilder, som reklamebilder av usunne og sunne kropp. Mot årtusenskiftet er det liten forskjell å spore mellom helseopplysningens og reklamens form- og billedspråk.

Kunnskapsleveranser og sentrale aktører

Historikeren George Rosen (11) legger stor vekt på samspillet mellom folkehelsepolitikens innsatsområde og vitenskapelige studier. Helseforvaltningen har til ulike tider støttet seg på innsats fra frivillige organisasjoner, og disse har ofte vært knyttet tett til den offentlige virksomheten. Kunnskapsleveransene til kostholdsinformasjonen har vært flerartede og i endring, men medisinen har vært spesielt viktig. Innenfor medisinen var der særlig innen-

for hygienefaget at ekspertisen fantes. Fra om lag 1860 til midten av 1970-tallet var forebyggingsarbeid generelt og kostholdsopplysning spesielt tema for hygienefaget. I norsk sammenheng var det hygieneprofessorene som hadde kosthold på programmet. Spesielt sentralt var dette temaet på 1930-tallet, da Carl Schiøtz var fagets professor. I hans tid ble hygienefaget nærmest et kostholdsfag. Schiøtz hadde nitidige antropometriske målinger som forskningsredskap og designet kostholdsråd for ulike grupper av befolkningen. Hygienefaget hadde nær kontakt med virksomheten ved Oslo helseråd, som også kan sies å ha vært en viktig arena for kunnskapsleveranser til kostholdsarbeidet. Da Norges Tannlegehøyskole ble etablert, ble denne utdanningsinstitusjonen også en arena for viktige kunnskapsleveranser til ernæringsarbeidet. Fra om lag 1940 ble Institutt for ernæringsforskning ved Universitetet i Oslo etablert med grunnlag i en gave fra Johan Throne Holst (1868 – 1946). Institutt for ernæringsforskning ble med tiden mer sentralt som kjernemiljø for kunnskapsleveranser enn hygienemiljøet. Fra om lag 1985 ble forebyggingspolitikken i Norge generelt mer orientert mot psykologiske fagmiljøer, særlig den delen av politikken som orienterte sin innsats mot atferdsendringer. Medisinens ulike disipliner kan kanskje sies å bli noe utfordret av atferdsorientert samfunnsforskning og psykologi.

I kostholdsarbeidet var eksperter fra universitetets ulike fag informasjonsagenter, som regel opptrådte de fram til 1970-tallet med frivillige organisasjoner som forankring for opplysningsarbeidet. På matområdet kom spesifikke statlige kampanjer først på 1970-tallet, selv om til tidlige som regel bar helsedirektørens godkjenning som stempel. Hygieneprofessorene, fra 1891 til 1930 Axel Holst (1860 – 1931), fra 1930 til 1938 Carl Schiøtz og fra 1957 Haakon Natvig (1905 – 2003) bidro med viktig opplysningsarbeid, som foredragsholdere og forfattere av populærvitenskapelige skrifter. Helsedirektør Karl Evang (1902 – 81), som allerede lenge før han fikk den posisjonen, hadde gjennomført undersøkelser av kostholdet hos fattige i hovedstaden, var viktig for kostholdsarbeidet. Magister i ernæring, Marit Eggen Øgrim ved Avdeling for kostholdsforskning, først ved Tannlegehøyskolen, siden ved Institutt for ernæringsforskning ved Universitetet i Oslo, var en meget flittig skribent (14). Eggen Øgrim forfattet en lang rekke populærvitenskapelige skrifter til kostholdets fremme. Professor Kaare Norum ved Institutt for ernæringsforskning opptrådte sammen med Ingrid Espelid Hovig i en rekke fjernsynsprogrammer på 1980-tallet. Dette er vurdert som en viktig formidlingsarena.

Det vakre, det sterke og det sunne

Kostholdspropagandaens budskap har hatt en lang rekke gode og velmenende råd om hvordan det er lett å legge om litt for å oppnå store resultater. Husmora først, og siden alle, rettledes. Å fremme det vakre og passende, ble brukt som begrunnelse i første periode, men ligger under som element senere også. Hensynet til den sterke kroppen, og målet med å ha selvdisiplin i kostholdet var mest framtrødende i mellomkrigstiden og i den første etterkrigstiden. Propagandaen preges gjennomgående av budskapet om at endring er enkelt, om bare de velmenende tipsene følges. Ernæringsopplysning var først del av en sosialpolitisk innsats, men ble siden et mindre sosialpolitisk og et mer helsepolitisk tema.

Appellen til egenkontroll var viktig på 1930-tallet, senere gjaldt det å innrette seg slik at begrenset mattilgang skulle gi nok mat til alle, da var oppfinnsomhet og nøysomhet viktig for hele nasjonen. Også i etterkrigstiden var oppslutningen om selvberging og det å spise det landbruket produserte stor. Med erkjennelsen av at overflodskostholdet hadde kostnader, som økt dødelighet av hjerte- og karsykdommer, burde inntaket av mat som hadde tilhørt sikringskosten begrenses, som smør, kjøtt og fet melk. Det skapte konflikt om mål i ernæringspolitikken, interesser sto mot hverandre. I det nye århundret er inntaket av fett redusert, nå er økt inntak av frukt og grønnsaker på programmet.

I propagandaen på matområdet ble det på 1930-tallet åpent og direkte appellert til ønsket om å være vakker. I etterkrigstiden var det vakre fortsatt med. Men nå var dette ett av flere argumenter, med helse som hovedargument. Det sunne fremstilles som det vakre i bildene som brukes, men ikke som eget tema. Det sunne er tema, med hva som er sunt er skiftende. Det sterke er tydelig i mellomkrigstiden, men også ved det siste århundreskiftet. Med stor oppmerksomhet om fysisk aktivitet og det å styrke kroppen, blir maten og arbeidet for et sunt kosthold lett del av et større prosjekt, om en sunn, sterk og frisk kropp. På 1970-tallet ser det ut til at propagandaen i minst grad var opptatt av det sterke, i alle fall ut fra bruken av bilder.

Mest av alt ser det likevel ut til at propagandaen er preget av en stemme som vektlegger det enkle, at dersom vi bare følger lure, enkle, praktiske og velmenende tips, så når vi målene som hører til det sunne kostholdet. Stemmen er ikke manende, det brukes ikke pekefinger, – i alle fall ikke de siste tiårene. På 1950-tallet er noe svært manende, men for den husmora som er redd for mannen sin, er det også enkelt, om hun «bare ikke uttrykker sin kjærlighet gjennom maten» (11). Også i forbindelse med de store ernæringskampanjene på slutten av 1970-tallet, preges brosjyrene av at det er mulig med store resultater ved bruk av enkle virkemidler, noe som Fjern-

synskjøkkenet formidlet ut over på 1980-tallet på en folkelig måte (14) Bildene i dag er annerledes, nå er ernæringsbudskapets bilder nærmest for reklamefoto å regne, men teksten og stemmen i tekstene er lett gjenkjennelige. Kanskje det mest gjennomgående er den positive, velmenende og optimistiske stemmen i brosjyrer, plakater og kampanjer.

Fra propaganda til opplysning?

Kan opplysningsvirksomheten innenfor norsk folkehelsepolitikk over tid best karakteriseres som propaganda eller opplysning, som disiplinerende eller myndiggjørende? Det typiske bildet er at propaganda og moralske appeller går sammen med informasjon, opplysning går hånd i hånd med propaganda, og myndiggjøring skjer nødvendigvis gjennom en viss form for disiplinering. De holdningskampanjene og andre tiltakene som har vært satt i gang, har utvilsomt hatt til hensikt å påvirke befolkningens adferdsmønstre i bestemte retninger, men samtidig har de virket opplysende. Å ha kunnskap om hva som innebærer eller kan innebære risiko mot liv og helse, er viktig og det å kunne bli opplyst kan betraktes som en demokratisk rettighet. Kunnskap om farer og hva som er trygt kan gi grunnlag for informerte valg. Det kan være frigjørende. Samtidig forplikter også kunnskap – det kan bli nærliggende å måtte ta ansvar også for valg som kan oppfattes som å være helseskadelige.

Det er viktig at forebyggingsinstitusjoner og forebyggingspolitikken er åpen for ny kunnskap om risiko. Det er viktig alltid å ha et kritisk perspektiv på risiko. Samtidig er det viktig å ha i mente at tidligere risiko sikkert ikke er borte for alltid. Mange trodde infeksjonenes tid var forbi på 1970-tallet og at det bare var snakk om kort tid før tuberkulose var utryddet, men slik er det ikke. Tuberkulose er en av de aller viktigste dødsårsakene i dag, og nye og farlige smittsomme sykdommer dukker stadig opp. Det er også nye typer av risiko å håndtere, risiko knyttet nye miljøgifter og nye typer av risiko knyttet til mat, som kugalskapskrisen demonstrerte. Nye produksjonsformer og handlemønstre gir nye trusler. Samtidig eksisterer gammel risiko. Håndteringen i av risiko har endret seg fra konsentrasjon om lovgivning til informasjon, fra påbud til påvirkning. Først ble tingene, byen, og miljøet ordnet, siden ble det konsentrasjon om individet, men nå er det kanskje igjen rommet som må stelles, vaskes og repareres. I håndteringen av risiko er frihet berøvet og kroppen kontrollert. Det er skapt disiplin. Samtidig kan det hevdes at det gjennom sanerings- og ordensprosjekter er åpnet for et byliv uten frykt for kolera, tuberkulose og lepra. Det er en frihet.

De viktige kampanjene og propagandatiltakene i tuberkulosens tid, er blitt aktuelle i dagens beredskap mot nye influensae. Håndvask og det ikke

å hoste og nyse på andre er på mange måter velkjente budskap. Men ett budskap er nå unødvendig, – vi slipper å mane til å la være å spytte på gulvet.

Litteratur

1. Elvbakken KT, Fjær S, Jensen TØ. *Mellom påbud og påvirkning, – forebyggingstradisjoner, institusjoner og politikk*. Oslo: Ad Notam, 1994
2. Andresen A. Helserådet – forebygging i epidemiens tid. I: Elvbakken, K.T., Riise G red. *Byen og helsearbeidet*. Bergen: Fagbokforlaget, 2003.
3. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke, Det offentlige helsevesenets historie i Norge 1603-2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
4. Vallgård S. *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2004.
5. Stortingsmelding nr 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge*.
6. Stenvoll D, Elvbakken KT, Malterud M: Blir norsk forebyggingspolitikk mer individorientert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005;125: 603-5.
7. Elvbakken KT, Stenvoll D red. *Reisen til Helseland, propaganda i folkehelsens tjeneste*. Bergen: Fagbokforlaget, 2008
8. Rosen G. *A history of Public Health*. Baltimore & London: The John Hopkins University Press, 1993.
9. Porter D red. *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam og Atlanta: Rodopi, 1994.
10. Elvbakken KT. *Hygienefaget ved Universitetet i Oslo, Fra politikk til teknikk*, Obligatorisk vitenskapsteoretisk innlegg til dr. polit. graden, Notat nr. 25, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen, 1995.
11. Elvbakken KT. Korrekt vektkontroll – kampanjer i kampen mot overvekten. I: Elvbakken KT, Solvang P red. *Helsebilder – sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget, 2002.
12. Elvbakken KT. Det vakre, det sterke, det sunne – kostholdsopplysning over tid. I: Elvbakken KT, Stenvoll D. *Reisen til Helseland – propaganda i folkehelsens tjeneste*, Bergen: Fagbokforlaget, 2008.
13. Haavet E. *Maten på bordet, 50 år med Statens ernæringsråd*. Oslo: Statens ernæringsråd, 1996.
14. Botten G, Elvbakken KT. Statens ernæringsråd gjennom femti år. I: Haavet IE. *Maten på bordet, 50 år med Statens ernæringsråd* Oslo: Statens ernæringsråd, 1996.

Kari Tove Elvbakken
karitove.elvbakken@udir.uib.no
Universitetet i Bergen
Muséplass 1
5020 Bergen

Helsedirektør Evangs planer for velferdsstaten

Michael 2009;6:331–7

Karl Evang (1902–81) var helsedirektør mellom 1938 og 1972. Fra denne posisjonen formet han, i samarbeid med en krets av administrative leger, velferdsstatens planer for helsesektoren. Artikkelen bygger på min biografi om Karl Evang. Denne var i første rekke skrevet på grunnlag av Helsedirektoratets arkiv, ca. 40 intervjuer med familiemedlemmer, politikere, administrativt ansatte, offentlige leger og på Evangs mange publikasjoner og taler. Min rekonstruksjon var i all hovedsak hermeneutisk.

Evangs karriere illustrerer viktigheten av å kombinere metodologisk individualisme og metodologisk kollektivism. I utgangspunktet var Evang ualminnelig ressurssterk, ærgjerrig og målbevisst. På den annen side må mye av suksessen, tilskrives den ideologiske nærheten til Arbeiderpartiets planpolitikk. Negativt sett måtte Evang, særlig i gjenreisningsårene, tilpasse seg trange økonomiske rammer. Dessuten møtte, til hans store skuffelse, andre leger med skepsis den sammenblandingen han gjorde av sykdomsbehandling og samfunnsforandring med skepsis. Fra 1960-tallet vokste motstanden mot alt som smakte av planpolitikk. Evang selv døde før havariet var fullendt.

I 1989 mottok jeg et begeistret, nærmest panegyrisk, brev fra en kommunelege som hadde lest biografien om Karl Evang (1). Han beskrev seg selv som «nyevangelist». Begeistringen skyldtes Evangs tenkning og meritter. Alt den gangen gjorde trolig den positive vurderingen av Evangs sentraliserte løsninger ham til en avviker. I dag ligger Evang-epoken enda fjernere, og sannsynligvis er disiplene langt færre – om de i det hele tatt finnes.

Karl Evangs mange triumfer skyldtes mye personlige egenskaper. Samtidig skal det sies at forutsetningene for den profesjonsmakten han ønsket, i stor monn var til stede. Uten Arbeiderpartiets generelle planpolitiske orientering ville aldri «systemet Evang» blitt skapt. Evang var rett mann til rett

tid. Men han hadde knapt gått av som Helsedirektør, før motkreftene satte inn for fullt – mye som en følge av en voksende motstand mot maktkonsentrasjonen rundt Helsedirektoratet (1). Arvtageren, Torbjørn Mork (1928-1992), ble ubønhørlig drevet fra skanse til skanse.

Læreår

Hvilke nedarvede, genetiske kvaliteter Evang bar på, skal ikke jeg si noe om. Derimot besteg han på farssiden en bratt mobilitetskurve. Ut av fortidståken dukker først oldefaren opp. Han tilhørte en bondeslekt på Toten, drog til Kristiania og etablerte seg som skomaker. Men det «gikk ut med» ham. Karls farfar, derimot, svingte seg opp til murmester og høyrepolitiker. Karls far, Jens Ingolf (1873-1914), klatret videre – over i embetsstanden. Han rakk så vidt å bli byråsjef i Utenriksdepartementet, før han døde i 1914. Da var Karl 12 år gammel. Som de fleste store menn ble også han dyrket av sin mor, Anna Beate (1875-1954). Han var ikke eldst i søskenflokk. Likevel behandlet hun ham som den utkårne – og la et stort ansvar på ham.

I tillegg har nok morens anegalleri virket stimulerende. Hun var selv datter av biskop og venstrestatsråd Wilhelm Andreas Wexelsen (1849-1909). Fra dette miljøet hentet trolig Karl kallstanken, men som rasjonalist og fritenker sverget han til den kraften som ligger i rasjonell argumentasjon. Fra han var 24, til han ble 33 år gammel, la han all energi og kraft ned i studentorganisasjonen Mot Dag. Der sa kameratene spøkefullt at Karls hjerne «klinger av metall». Den metalliske klangen hørtes nesten hele livet gjennom. Da hustruen, «Mons», fire år etter Karls død tok meg inn i hjemmet, stod fremdeles en byste av Voltaire på peishyllen.

Den unge medisinerstudenten ble aldri noen utpreget marxist – selv om også han tordnet mot «det planløse kapitalistiske samfunn». Hans mål var strengt faglige. Verden måtte forandres på *medisinske* premisser. Mot Dags leder, Erling Falk (1887-1940), konstaterte tørt: «Karl er med oss så lenge vi er interesserte i det han driver med.» Fra den tiden Evang sonet dommen for militærnekting, røper begeistrede margnotater og fyldige referater om hvordan Alfred Grotjans (1869-1931) *Soziale Pathologie* slo ned i ham – som et lyn. Fra da av var dogmet at «all sykdom intet annet er enn forhold, forholdet mellom det syke menneske på den ene side og det sykdomsfremkallende agens ... på den annen». Dermed utvidet han diagnosen fra et snevert biologisk-fysisk univers til å gjelde hele samfunn. Den konklusjonen lå snublende nær at all sykdomsbehandling også omfatter samfunnsforandring. Denne tanken ble ytterligere befestet da Mot Dag delte seg i faggrupper av sosialistiske leger, sosialistiske ingeniører, sosialistiske filologer og sosialistiske arkitekter. Evang

ble leder for Socialistiske lægers forening, som i 1933 startet kostholdsundersøkelser blant dårlig stilte familier. Evang ledet datainnsamlingen og stod for det meste av formidlingen. Blant annet gav han og Otto Galtung Hansen (1904-1981) ut *Norsk kosthold i små hjem* (1937).

Maktgrunnlaget

Evang innså tidlig maktens nødvendighet. Alt som 23-åring konstaterte han: «Det som ikke representerer nogen magt, er dødt.» I 1936 nedsatte Socialistiske lægers forening, med Evang i spissen, en komité til å vurdere helseadministrasjonen sentralt. To år seinere kom innstillingen. Den stadfestet at norsk helsevesen ikke fullt ut var i stand til å utnytte legevitenskapens store framskritt. Til det var helsevesenet altfor dårlig organisert. Komiteen gikk inn for å styrke det offentliges ansvar, sentralisere styringen og å trekke leger inn i administrative stillinger. Konkret måtte helsedirektoratet og Sosialdepartementets medisinalavdeling samles innenfor ett departement. Disse tankene traff kjernen i Arbeiderpartiets ideologi (2). Partiet hadde fått sitt store gjennombrudd ved valget i 1933, og i 1935 dannet Johan Nygaardsvold (1879-1952) regjering. Samme år ble Mot Dag oppløst, og mange av medlemmene vendte tilbake til moderpartiet. Der havnet Evang også. I 1938 ble stillingen som Medisinaldirektøren lyst ledig. Evang søkte, og fikk den. Fra da av var legemakt en høyst levende realitet.

Den 9. april 1940 ble, med Evangs ord, «alt revet ut av sin naturlige sammenheng». Han fulgte først regjeringen nordover, deretter over til London. Under sitt eksil lot regjeringen Helsedirektøren midlertidig ta over Medisinalavdelingens oppgaver. Evang administrerte norske helsetjenester rundt om i verden, og han reiste stadig over til direktoratets underavdeling i USA. Over alt kom han i kontakt med fagmiljøer. I England mottok han impulser fra sosiallovgivningen. I USA fikk han presentert undervisningsoppleggene til Schools of Public Health ved Johns Hopkins, Ann Arbour og Harvard. Etter krigen ble målet hans å gi alle administrative leger, fylkeslegene inkludert, en tilsvarende utdanning. Disse legene ble stilt overfor nesten altomfattende krav: to heal, to know, to predict, to organize.

Etter hjemkomsten i 1945 ble sammenslåingen av direktorat og medisinalkontor gjort til en permanent løsning – innlemmet i Sosialdepartementet. Dermed kombinerte Evang i praksis de to stillingene som direktoratsleder og ekspedisjonssjef. Han knyttet profesjonsmakten til Arbeiderpartiets planstyre. Ekspertene måtte få vide fullmakter, mente han: «Etter hvert som samfunnene [...] blir «teknikalisert», vil nødvendigvis en rekke avgjørelser måtte løftes ut av den politiske sfære og føres over til fagfolkene.» Som direktoratsleder bestyrte han et offentlig helsevesen som var hierarkisk

organisert. Fra direktoratet gikk det forgreininger ned til alle fylker, kommuner og institusjoner. Nederst i den administrative kjeden lå fylkenes sykehusråd og de lokale helserådene der distriktslegen møtte i kraft av sin stilling.

På toppen av «systemet Evang» tronet helsedirektoratet, organisert i spesialiserte kontorer og ledet av spesialiserte helseadministratorer. De som ledet kontorene for psykiatri, hygiene, tuberkulose og sykehus hadde alle en medisinsk grunnutdanning. Stillingsbetegnelsen var ikke «byråsjef», men «overlege». Ved alle ansettelser tellet faglige kvalifikasjoner mest, ansiennitet og partitilhørighet brød Evang seg mindre om. Med årene opptrådte også han mer som medisiner enn som sosialist. I stillingen som ekspedisjonssjef var Evang knyttet direkte til Regjeringen, i det han la fram for sosialministeren forslag til de lover og bevilgninger som gjaldt helsesektoren.

Ambisiøse mål

Evangs program for helsesektoren svarte til idealet for velferdsstaten. På ingen andre områder ble det, i hvert fall ikke i Norge, gjort noe tilsvarende. Under velferdsstaten er borgerne, med referanse til Asa Briggs' (f. 1921) definisjon, sikret en trygg reise fra vuggen til graven (3). I 1951 brukte Evang for første gang uttrykket «the Welfare State of Norway». Ingen nådde så langt som til idealene (4) – heller ikke Evang. Når det kommer til praksis, kan vi snakke om mer en eller mindre ambisiøs velferdspolitik og om grader av måloppnåelse.

I løpet av gjenreisningsårene gav Evang de velferdsstatlige idealene en konkret utforming (5). Helsetilbudet skulle svare til de høyeste medisinske standarder og nå hele befolkningen, uansett inntekt, status og bosted. Sosial trygghet betydde: «[...] vern av liv, helse og arbeidskraft, fri og lykkelig utfoldelse av evner og anlegg og sikring mot sykdom, arbeidsløshet og andre uforutsette ulykker, som rammer familien eller den enkelte». Det meste skulle etter planen finansieres gjennom en altomfattende folketrygd.

Evang mente at administrative leger var best skikket til å planlegge og administrere det offentlige helsevesenet, lede det forebyggende arbeidet og drive helseopplysning. Til dette trengtes en stab av administrative leger. I 1953 sammenfattet han målene for «Public Health» slik:

Den teknikk som helseadministrasjonen bruker, har [...] endret seg slik at det nå legges en hovedvekt på positive tiltak, ved planlegging og organisering av den moderne helse-tjeneste på samfunnsbasis, men sikte på å skape et sunt miljø for befolkningen og oppdra befolkningen til å ta del i helsearbeidet. (6)

Innenfor disse rammene var myndighetenes oppgave å heve levestandarden i form av helsefremmende tiltak, gjennomføre jevnlig helsekontroller, og

drive forebyggende virksomhet, organisere all kurativ virksomhet, føre syke og skadde tilbake til et yrkesaktivt liv og å hente inn nødvendig helsestatistikk.

Evangs filosofi hvilte på begrepene «enhet» og «differensiering» (7). Med tanke på *differensieringen* måtte alle nyte godt av den høyeste medisinske innsikt. Dette krevde spesialisering der all tilgjengelig medisinsk innsikt ble anvendt på det enkelte helseproblem. Samtidig skulle spesialistene fordeles etter en nasjonal plan. *Enhetstanken* lå i forlengelsen av den sosialmedisinske tenkningen han tilegnet seg i Mot Dag. Framfor alt satte han individet inn i et større sosialt felt. På dette grunnlaget gav han sosialmedisin og attføring høy prioritet (ifølge Gudmund Harlem skapte Evang begrepet attføring). Som nevnt oppfattet Evang individet som en psykosomatisk enhet. Han tok avstand fra oppdelingen i syke enkeltorganer, og advarte mot den spesialiseringen som gikk så langt at legen ikke så sammenhengene en sykdom inngikk i. Slik kunne for eksempel en indremedisiner behandle magesår uten å trekke inn psykogene årsaker. Evangs løsning lå i det han med en anglosaksisk term kalte «team-work». Ideelt sett måtte det samarbeides på tvers av gamle stands- og etatgrenser. Et ideelt «team» bestod av flere fagspesialister – som hadde frie tøyler. Noe av det verste Evang kunne tenke seg, var «amatørvesen» og den «skrankementaliteten» han møtte hos jurister og økonomer.

«Sorrige og Glæde...»

I praksis utrettet Evang en god del – selv om langt fra alt gikk slik han ønsket. Mest oppnådde han, foruten med og innenfor WHO, på det administrative feltet. Han fikk også til mye for den kurative virksomheten. Sykehusene ble fylt av et velutdannet helsepersonell og fikk det beste av medisinsk teknologi. Tilsvarende var de samfunnsmedisinske framskrittene betydelige. På 1960-tallet konstaterte Evang triumferende at poliomyelitten var utryddet og at tuberkulosesanatoriene kunne legges ned. Det inngår likevel i historiens paradokser at så pass mye – til tross for den vellykkede organiseringen og støtten fra det mektige Arbeiderpartiet – gikk annerledes enn han hadde tenkt. Hvorfor? Framfor alt måtte Evang finne seg i at begrensede statlige midler ble delt på en rekke samfunnsområder. Innenfor helsesektoren ville han ideelt sett prioritert forebyggende medisin framfor kurativ. Men da det kom til stykket, vek også Evang tilbake for den kyniske tanken å la de fåtalls syke dø for å gi de unge og middelaldrende et bedre liv. Dessuten var han selv med på å drive sykehuskostnadene i været. All tilgjengelig teknologi skulle tas i bruk for å redde liv («det teknologiske imperativ»).

Som pensjonist takket Evang ja til en professor II-stilling ved Det medisinske fakultet i Tromsø, og i 1974 skrev han læreboken *Helse og samfunn* (8). Der strømmet bebreidelsene ut av ham. Han snakket om det «primitive helsebegrep», som innebar en snever interesse for individet og det fysiske sykdomsbildet. Han kritiserte politikerne for å opptre «som om den 'medisinske virksomhet' i det vesentlige fremdeles beskjeftiget seg med de legemlige sykdommer [...], mens de sosiale sykdomsfremkallende, utviklingshemmende og trivselsdrepende faktorer ikke er tatt med under helsebegrepet». Heller ikke legene viste seg å være tilstrekkelig interesserte i psykiske aspekter og sosiale omgivelser.

Utenfor hans egne domener fulgte de politiske prosesser sin egen bane. Folketrygden, som skulle gi automatikk i den offentlige finansieringen, ble utsatt flere ganger. Første stortingsmelding kom i 1948, mens loven ble vedtatt først i 1966. Da dekket den mindre enn Evang hadde ønsket. Tidlig på 1950-tallet tok Evang til orde for en sykehuslov. Den ble vedtatt i 1969, men garanterte bare deler av driftsutgiftene. Sluttsteinen skulle være kommunehelsesloven. Den kom først etter hans død. Mot slutten av tiden som helsedirektør møtte Evang kritikk også av den administrative løsningen (Modalsli-utvalget). I mai 1972 avrundet biskop Wexelsens dattersønn sin siste opptreden for offentlige leger: «Sorrig og Glæde, de vandre tilhobe, lykke og ulykke gange på rad.» To år etter Evangs bortgang ble Helsedirektoratet skilt ut fra Sosialdepartementet. Ringen var sluttet.

Til slutt

I den grad Evang hadde politiske ambisjoner, fikk han aldri realisert dem. Da sosialminister Sven Oftedal (1905-1948) døde, stilte han seg fram som hans arvtaker. Einar Gerhardsen (1897-1987) svarte ikke. Under et USA-opphold skal Evang også ha latt det skinne gjennom at han godt kunne tenke seg å bli statsminister. I stedet forble han kritiker fra venstre flanke. I desember 1950 holdt han radioforedraget «Skjebnesvanger forenkling». Der advarte han mot at konflikten i Korea kunne føre til en ny verdenskrig med USA og Kina som hovedaktører. I Norge, hevdet han, ble opinionen systematisk ført bak lyset. Kritikken gjaldt Arbeiderpartiets forhold til USA. Fra nå av førte han an i kampen mot norsk NATO-medlemskap. Fram mot 1972 ble han en av de ledende motstanderne av norsk EF-medlemskap. Med unntak for utenrikspolitikken opptrådte han i det lengste lojalt mot Arbeiderpartiet. Etter å ha gått av som helsedirektør, derimot, meldte han seg i 1973 inn SV.

Ingen vet sikkert hvorvidt Karl Evang døde som en bitter mann, langt mindre om hjernen helt til det siste klang av metall. Trolig er svaret i begge

tilfeller benektende. I 1976 ble han rammet av slag, med påfølgende afasi. Etter hvert mistet han taleevnen. Han døde i 1981 midt under det som kan kalles første høyrebølge (9). Denne hadde også skyllet over Arbeiderpartiet, men strømkantringen inntraff først ved valget i 1981, som åpnet for regjering utgått fra Høyre. Dette var slutten på den æraen Karl Evang hadde vært en del av.

Litteratur

1. Nordby T. *Karl Evang. En biografi*. Oslo: Aschehoug, 1989.
2. Nordby T. «Det offentlige helsevesenet – en fagstyrets høyborg». I Nordby T red., *Arbeiderpartiet og planstyret 1945–1965*. Oslo: Universitetsforlaget, 1993: 105-120.
3. Kolberg JE. *Farvel til velferdsstaten. Folketrygdens økonomi, sosialpolitiske modeller, offentlig og privat omsorg, nedskjæringer*. Oslo: Cappelen, 1983: 44.
4. Nordby T. «'Velferdsstaten' og 'den sosialdemokratiske stat' – norske myter i historisk lys». *Sosiologi i dag* 1990: 89-107.
5. Evang K. «Noen aktuelle oppgaver ved gjenreisningen av den norske folkehelsen og det norske helsevesen.» Foredrag på Den norske lægeforenings landsmøte, sept. 1945. *Tidsskr Nor Legeforen* 1945;65:266-271.
6. Evang K. «'Public Health' – sosial og administrativ medisin». *Tidsskr Nor Legeforen* 1953; 73:: 767-777.
7. Evang K. «Enhet og differensiering i helsetjenesten». Foredrag i Norsk Hygienisk Forening 5. Nov. 1953 (Evangs privatarkiv. Riksarkivet).
8. Evang K. *Helse og samfunn. Sosialmedisinsk almenkunnskap*. Oslo: Gyldendal, 1974.
9. Bjørklund T, Hagtvet B. *Høyrebølgen – et epokeskifte i norsk politikk?* Oslo: Aschehoug, 1981.

Trond Nordby
trond.nordby@stv.uio.no
Universitetet i Oslo
Institutt for statsvitenskap
Postboks 1097, Blindern
0317 Oslo

Mellom gammelt og nytt: Helseforvaltningen 1945–1994

Michael 2009;6:339–60

Fra 1970-årene av ble den evangiske sentralforvaltning, preget av legestyre («medikrati»), utfordret av politikere, jurister og økonomer. De ville ha en ny, mer profesjonalisert, offentlig ledelse. Det redegjøres i artikkelen for hvordan helsedirektør Karl Evangs medikrati var bygget opp og fungerte, og hvordan hans etterfølger, Torbjørn Mork forsøkte å føre det videre, men kom på defensiven. Morks tid som helsedirektør, ble en tid i defensiv kamp. I 1983 måtte han se at «hans» direktorat ble delt og i hans siste leveår hvordan hans utfordrere endog forsøkte å legge det ned, dog uten å lykkes. Det vises til slutt hvordan helseforvaltningen, etter den avgjørende konfrontasjon i 1992, gikk inn i den ettermedikratiske tid, preget av den «nyttestatlige», nye offentlige ledelse. Reformene i 2002 står som symboler for denne utviklingen.

I løpet av 1970-årene snudde den politiske stemning i Norge som i andre land. Det skyldtes blant annet en tiltagende bekymring for veksten i de offentlige utgifter, en bekymring som ble vesentlig forsterket av oljekrisene fra høsten 1973. Ett av svarene på bekymringen ble en «ny» måte å forstå styring på og en ny måte å organisere forvaltningen på. Nå skulle det i stigende grad bli tale om en «ny offentlig ledelse», og noe senere, om en «ny stat» og en bedre organisert stat.

Den «gamle» måten å styre på var preget av en kombinasjon av politisk-demokratisk legmannsstyre og et juridisk rettsstatsstyre. Innen mange områder var der også et viktig innslag av mer spesialisert fagstyre. Det var blant annet tilfelle på helsevesenets område. Her spilte det medisinske fagstyre, *medikratiet*, en stor rolle. Den nye styringen og den nye ledelsen var i større grad preget av det vi skal kalle nyttestatlighet, en styringsform vi forbinder med økonomenes inntog i forvaltningen. Den er målorientert og har en almen samfunnsnytte som et slags overordnet mål. Den begynte å gjøre seg

gjeldende etter krigen, i en venstreorientert versjon. Den fikk langt større betydning i løpet av 1970- og særlig 1980-årene. I økende grad gjorde den det i en høyrepreget versjon.

I det følgende skal vi vise hvordan det nye styringsregime kommer til, i nokså grunnleggende henseender, å endre den statlige helseforvaltning, men også hvordan svingende politiske konjunkturer påvirker den rolle dette regime får spille. Vi skal starte med det gamle, med helseforvaltningen som den så ut før den nyttestatlige offensiv for alvor satte inn. Vi skal starte med Karl Evang (1902-1981).

Det gamle regime: Det evangske forvaltningsmedikrati

Det hadde, helt siden 1815, pågått en dragkamp mellom leger, jurister og, i økende grad, politikere, om styringen med helsevesenet, oppe som nede. Hva situasjonen «oppe» angikk, og det er den vi her er opptatt av, fikk juristene overtaket i 1815, da det medikratiske Sundheds-Collegium ble lagt ned og der kom et medisinalkontor i Tredie Departement. Legene kom i noen grad tilbake i 1858, da det kom en medisinsk ekspedisjonssjef i Departementet for det Indre, og enda mer i 1875, da ekspedisjonssjefen ble medisinaldirektør. Juristene tok, med politisk bistand, «hev» da Ludvig Dahl (1826-1890), medisinaldirektør siden 1875, døde i 1890. De flyttet direktoratet ut og lot det bli igjen en juridisk medisinalavdeling (en stund fortsatt kalt medisinalkontor) i departementet (nå Justisdepartementet). Denne ordningen bestod inntil 1941, da det tyskinnsatte styre gjeninnførte et slags fagstyre, under en medisinaldirektør, psykiateren og nevrologen Thorleif Dahm Østrem (1898-1980). Karl Evang, som var blitt utnevnt til medisinaldirektør høsten 1938, klarte etter krigen å få gjort denne, nokså medikratiske ordningen, «permanent».

Denne fagstyreordningen var basert på en utbredt oppfatning blant leger om at leger skulle være frie yrkesutøvere, og at det, i siste instans innebar at de ikke kunne ha «fremmede» over seg. Selv helsepolitikken ble slik sett på som «faglig». Var legene satt under administrasjon av ikke-leger kunne det true den faglige selvstendighet. Derfor måtte de også lede medisinalforvaltningen. Legene anerkjente dog politikernes, og publikums, rett til å prioritere, altså i det første tilfelle til å bestemme hvor mye penger som skulle bevilges til helsevesenet, og i det annet tilfelle hva de av økonomiske grunner kunne gå med på. Da forsikringen kom (1911) anerkjente de også myndighetenes rett til å bestemme hvor egalitær den skulle være. Her må det dog føyes til at mange radikale leger, vi kunne kalle dem «venstremedikrater», mente legene burde ha stor innflytelse også over dette spørsmålet. Karl Evang og hans etterfølger, Torbjørn Mork, var slike «venstremedikrater».

For dem var det nesten et «faglig» anliggende å sikre likhet i tilgangen på helsetjenester. Jeg tør antyde at også Morks etterfølger, Anne Alvik, og hennes etterfølgere igjen, Lars Hanssen og Bjørn-Inge Larsen, har en rem av denne venstremedikratiske huden.

Fra 1891 til 1940 hadde altså den sentrale sivile helseforvaltning i Norge vært delt i to. Det var en medisinalavdeling i departementet, og et medisinaldirektorat utenfor, eller under, departementet. Denne delingen var medikratisert uakseptabel. Den gjorde at medisinen ikke hadde direkte tilgang til Makten, altså Statsråden. Mellom den og Makten stod juristeriet, fra 1929 legemliggjort ved ekspedisjonssjef Theodor G. Thorsen (1878-1958). En av dem som mot slutten av perioden stilte seg mest kritisk til denne ordning var assistentlegen ved Chefinspektoratet i Statens arbeidstilsyn, Karl Evang. Vinteren 1938 leverte han og fem andre unge, radikale leger, en utredning der de foreslo å samle de to medisinalforvaltningsorganer til ett, et medisinaldirektorat, under ledelse av Medisinaldirektøren (1). Direktoratet skulle både være et departementsorgan og et fagorgan. Det skulle altså ha en dobbeltstilling, en «heisstatus». Det skulle tillike tilhøre politikken og (pre) klinikken. Evang og hans kolleger ville (gjen)innføre det fagstyret landet hadde hatt fra 1809 til 1815, og så i noen grad fra 1858 til 1891.

Nokså uventet skulle formannen i utvalget, oppnevnt av Socialistiske Lægers Forening, snart få anledning til å forsøke å følge det opp i praksis. Medisinaldirektør Nils Heitmann (1874-1938) døde brått våren 1938. Regjeringen Nygaardsvold, med Oscar Torp (1893-1958) som sosialminister, var en stund i tvil om hvem den skulle velge av de mange ansøkere. Det kom til sist til å stå mellom den konstituerte medisinaldirektør Harald Bjelke (1900-1997) og Karl Evang. Regjeringen valgte, etter lang tids nølen, den sistnevnte. Det var en «politisk» utnevnelse, som Torp langt på vei innrømmet overfor en skuffet Bjelke.¹ Men Regjeringen ante knapt hva den gjorde. Den tenkte konvensjonelt politisk. Den skjenket knapt Evangs styringsfilosofi en tanke. Senere arbeiderpartiregjeringer skulle imidlertid etterhvert få merke den, og komme til å mislike den. De hadde fått en langt mindre offensiv medikrat hadde de valgt den politisk borgerlige Bjelke.

Fra mai 1945 og helt frem til Karl Evang gikk av høsten 1972, forble Helsedirektoratet et i all hovedsak medikratisert organ. Det betydde at det ble organisert og virket som en slags forlengelse av helsevesenet inn i forvaltningen, og helt opp til Makten. Direktoratet var i hovedsak organisert som helsefagkontorer, ledet av overleger, og mot slutten også av en over-

1 Påstanden er basert på samtaler med Harald Bjelkes sønn Erik Bjelke 4.1. 2009, og Bjelkes assistentlege ved fylkeslegeembetet i Østfold i 1953-54, Jarle Ofstad, 6.2. 2009.

tannlege og en overapoteker. Bare et administrativt kontor hadde en «vanlig byråkrat» som sjef. Titlene var symbolske, men også mer enn det: Overlegene skulle ha tett kontakt med sine faglige sektorer, og gjerne i noen grad være klinisk eller iallfall preklinisk aktive. Fra gammelt av hadde leger i direktoratet, ikke bare sjefene, hatt adgang til å ha medisinsk praksis en dag i uken, uten reduksjon i gasjen. Der gikk altså en «heis» nedover, til det utøvende helsevesen. Men heisen stoppet ikke i direktoratet. Via de to på toppen, helsedirektøren og hans stedfortreder, medisinalråden, gikk den helt opp, til statsråden. I spørsmål som ikke ble sett på som politiske, stanset dog «heisen» hos helsedirektøren. I slike spørsmål fattet han avgjørelser i eget navn.

Karl Evang hadde helt til 1955 sosialministre som ikke kunne utfordre ham. Heller ikke den første, Sven Oftedal (1905-1948), som selv var lege, og hadde deltatt i Socialistiske Lægers Forening før krigen, maktet det. Det passet på én måte Evang godt; han kunne styre mer eller mindre som han ville. På en annen måte passet det ham ikke så godt. Svake statsråder var også svake i dragkampen om penger; han måtte i stor grad selv ta kampen. Men i 1955 fikk han en mer bestemt statsråd, den gamle Evang-beundreren Gudmund Harlem (1917-1988). Harlem var nesten mer politiker og nyttestatsmann enn medikrat og tok igjen med Evang. I 1956 «dyttet» han også på Evang en juridisk ekspedisjonssjef. Harlem antydte til og med at det kunne komme på tale å dele Direktoratet igjen. Å få inn en ekspedisjonssjef var jo formelt å få inn en «linjeperson», en som hadde statsrådsadgang. Evang maste flere ganger om at embedet måtte gjøres om til et lovrådsembede, en stabstilling, men vant ikke frem. Både den første ekspedisjonssjef, Kaare Bjerkomp (1907-?), og den annen, Knut Munch-Søegaard (1923-2008), ble Evangs meget lojale lovråder.

Evang fikk lede den omfattende utbygging som kom til å skje etter krigen, men fikk ikke egentlig preget utviklingen som han hadde tenkt. Han fikk gjort det tyskinnsatte fagstyret «permanent», men på sykehus- og allmennhelseområdene fikk han ikke så meget til. Ei heller fikk han meget til når det gjaldt det formelle grunnlag for utøvelsen av det som fra 1912 var kalt de offentlige legefóretninger, altså den utøvende helseforvaltning. I Medisinaldirektoratet var det satt igang et arbeid med å lage en landsplan for sykehusevesenet i 1932-33. Den første sykehusloven, endel av landsplanen, ble først vedtatt i 1969 og trådte i kraft fra 1970, to et halvt år før Evang gikk av. Den egentlige plan for sykehusutbyggingen kom først høsten 1974 og ble gitt Stortingets tilslutning våren 1975, altså en god stund etter at Evang var gått av. Det trakk enda mer ut med den nye loven for primærhelsetjenesten. Den ble først vedtatt i 1982, et tiår etter Evangs avgang, og

trådte i kraft i 1984, tre år etter Evangs død. En del av grunnlaget for den nye legeforsyningsloven kom først våren 1984, gjennom den nye tilsynsloven.

Mangt kan være med på å forklare Evangs helsepolitiske uformuenhet. Penger var en viktig grunn når det gjaldt sykehuspolitikken. Han sloss for å få en mer «automatisk» virkende finansieringsordning på dette område som på praksisområdet, men lyktes først i 1969. Med sosialminister Egil Aarviks (1912-90) velvillige bistand klarte han å få til en svært generøs statlig finansieringsordning for sykehusene. Finansdepartementet mislikte ordningen og fikk den begrenset allerede fra 1973. Det er mindre åpenbart hvorfor han ble så forsinket med politikken for distriktshelsetjenesten men den tiltagende rekrutteringskrise her kan ha spilt en rolle: Spesialiseringen trakk legene til sykehus.

Han hadde selv tidlig sett at morgendagens klinikk ville bli nivåddifferensiert, og akseptert at spesialisthelsetjenesten ville gå til fylkeskommunene. Hva han ikke hadde sett, var at fylkeskommunene kunne bli selvstendige politiske enheter (som de ble fra 1976) og at det kunne føre til et politisk-byråkratisk nærstyre av sykehusene, og en vesentlig svekkelse av Helsedirektørens «linje» ned til overlegene. Hva han heller ikke hadde sett, men bidratt til, var at primærhelsetjenesten kunne bli kommunal. Da det begynte å gå opp for ham, etter at han var gått av, ble han rasende. I Aftenpostens aftennummer skrev han 6. og 7. januar 1976 to harmdirrende artikler om den ulykken som kunne vederfares landets helsevesen hvis planene om å la kommunene overta primærhelsetjenesten, og om å integrere helse- og sosialvesenet, ble vedtatt. Fem måneder senere ble han satt ut av spill, av et alvorlig hjerneinfarkt. Han døde imidlertid før distriktshelsevesenets avvikling ble bestemt. Den avviklingen var særlig dramatisk sett fra en medikratiske synsvinkel. Den innebar at helsedirektøren ikke bare tapte linjen ned til primærklinikken, det betydde også at han mistet de siste og viktigste ledd i sitt styringsapparat. Bare et skjørt fylkeslegevesen ville være igjen.

Evang «leste» ikke utviklingen riktig. Han så ikke hvilke konsekvenser de voksende finansieringsproblemer kunne få. Han så ikke at de kunne utløse et massivt nytttestatlig angrep på hans medikrati; ei heller at nytttestatligheten, for en stund, kunne alliere seg med politikernes ønske om en sterkere styringsrolle. Det var det som kom nå, et angrep fra alle de andre, fra en uhellig allianse av nytttestatsfolk, legmannspolitikere og endog rettsstatsfolk.

Mellom gammelt og nytt: Karl Evang går, Torbjørn Mork kommer – utviklingen fra 1972 til 1983

Høsten 1972 gikk Karl Evang av som helsedirektør. Embedet ble lyst ledig i mai og utnevnelsen skjedde i månedsskiftet juni-juli. Det meldte seg syv søkere, blant annet medisinaldirektør Jon Bjørnsson (1909-1987), direktør Gudmund Harlem, og statssekretær Torbjørn Mork (1928-1972). Evang innstilte Jon Bjørnsson som nr. én, Harlem som nr. to og Mork som nr. tre. Saken ble ytterst vanskelig for regjeringen Bratteli, og for Bratteli (1910-1984) personlig. Det var ikke vanskelig å skyve ut Bjørnsson som «for gammel», men det var svært vanskelig å avgjøre hvem av de to prominente arbeiderpartimennene som burde velges. Sosialminister Odd Høydahl (1921-94) gikk meget bestemt inn for sin (sittende) statssekretær, men blant de eldre statsråder stod Harlem sterkt. Bratteli valgte å la avgjørelsen falle gjennom en skriftlig avstemning i en regjeringskonferanse, og uten debatt. Slik slapp statsrådene, og ikke minst han selv, å røpe sin stemmegivning. Avstemningen førte til stemmelikhet, men én hadde avholdt seg fra å stemme. I annen omgang valgte den avholdende, som han sier, «å følge Statsråden». Slik «avgjorde» finansminister Ragnar Christiansen at det ble Mork (2).

Hverken Mork eller Harlem hadde på forhånd eksponert sin forvaltningsfilosofi. De stemmende statsråder var like lite opptatt av det nå som statsrådene i 1938 hadde vært det. De stemte «politisk». Grovt sagt stemte de yngste og mest radikale på Mork, de eldre og mer moderate, på Harlem. Dog støttet nok også den moderate Bratteli, Mork.²

Men akkurat som i 1938 kunne statsrådene ha tatt forvaltningspolitiske hensyn. Harlem hadde som statsråd fra 1955 til 1961 stått frem som skeptisk til det evangske medikrati, mens Mork ikke så tydelig hadde eksponert seg. Dog hadde han stått frem som en beundrer av Evang. Det var iallfall i større grad naturlig å se på ham enn på Harlem som den mest sannsynlige medikrat. Etterhvert stod han også frem som en medikrat, om enn ikke en like tydelig og ideologisk bevisst sådan som Evang.

Nå var det imidlertid langt vanskeligere å forsvare de medikratiske skanser enn det hadde vært under Evang. Den motbør Evang hadde merket mot slutten av sin tid ble vesentlig forsterket under Mork. Den kom både fra venstre og fra høyre. Fra deler av høyresiden skyldtes den også spesielle politiske saker, blant annet den følsomme abortsaken, men ellers skyldtes

2 Trygve Bratteli fortalte antagelig ingen hva han hadde stemt, men datteren, Tone Bratteli, som den gang var personlig sekretær for sosialminister Høydahl, holder det for mest sannsynlig at han støttet sin statsråd og stemte for Mork. Gro Harlem Brundtland, Gudmund Harlems datter, er av samme mening. Kfr. hennes bok, *Mitt liv 1939-1986*. Oslo: Gyldendal, 1997: 114.

den den økende betydning både politisk-demokratiske og nyttestatlige styringshensyn fikk. Når nå ansvaret både for primærhelsevesenet og spesialisthelsevesenet skulle «lokalpolitiseres», samtidig som den direkte styring og ledelse innen helsevesenet, særlig av sykehusene, skulle profesjonaliseres, ville det være unaturlig å beholde det medikratiske Helsedirektoratet som det øverste styringsorgan. De nasjonale styringsoppgavene måtte «sosialiseres», altså politiseres. De måtte legges til en vanlig departementsavdeling, ikke til et dobbeltfungerende fagdirektorat.

Mork ble ikke for alvor en synlig medikrat med én gang. Men etter noen år, antagelig i løpet av 1977, ble han det, og sa fra om at han var (blitt) det. Det kan ha vært Evangs refsende artikler i Aftenposten i januar 1976 som, noe forsinket, kan ha fått Mork ut av sitt lønnkammer. Hvorom alt er, på et møte for offentlige leger i Tromsø i november 1977, gikk han til angrep på forslagene om å integrere det lokale helse- og sosialvesenet og indirekte om å kommunalisere primærhelsetjenesten (3). Han så at en slik kommunalisering ville ta fra ham hans utøvende arm, distriktslegene, og i noen grad også hans regionale agenter, fylkeslegene. Han så nok også, men gjorde ikke like meget nummer av det, at fylkeskommunaliseringen av sykehusene ville svekke hans og fylkeslegenes rolle i spesialisthelsevesenet. De to reformer ville bringe både klinikken og forebyggingsarbeidet under politisk styring i første omgang og i neste omgang under profesjonell, eller nyttestatlig, styring og ledelse. Dette ville innebære at distriktslegene ikke lenger skulle være ledere av den offentlige primærklinikk og at legerådene og de administrerende overleger ikke lenger skulle være ledere av sykehusene. Inn ville de profesjonelle rådmenn, fylkesrådmenn, helsesjefer, fylkesrådmenn og sykehusdirektører komme.

Mork så ikke straks hva neste trekk i denne styringsmessige omlegging ville bli, nemlig at hans eget direktorat ville bli flyttet ut av departementet og gjort om til et kombinert faglig rådgivnings-, tilsyns- og forvaltningsorgan. Planleggingsoppgaven og den politisk-strategiske oppgaven ville bli flyttet opp til en ny avdeling i departementet. «Heisen» ville stanse i direktoratet. Han, helsedirektøren, ville ikke lenger få direkte tilgang til Makten. Han ville miste sin institusjonelle status. Han ville bli en vanlig direktør, med liten «d».

Torbjørn Mork så altså ikke ennå disse videre implikasjoner, men sloss desto mer energisk mot de andre reformer, i første rekke reformen i primærhelsevesenet. Kampen ble ekstra bitter forsåvidt som offensiven for å politisere og nyttestatliggjøre klinikken ble ledet av hans «egen» regjering, og i en periode endog ledet av en lege (psykiater), statssekretær Per Nyhus (1927-1989). Hans egen overlege for legevesenet, Hans Ånstad, var dessuten

«utlånt» til Departementet for å utforme den proposisjon som skulle gi distriktshelsevesenet dets nådeskudd. Mork fikk fornyet håp da den rene Høyre-regjeringen, med tannlegeprofessor Leif Arne Heløe som sosialminister, tiltrådte. Han kjente Heløe fra før. Mork forsøkte å få ham til å endre på planene, men statsråden måtte bare beklage overfor den «bedende» helse-direktør: «Toget er gått». Mork gikk skuffet bort.³ Heløe og Høyre endret noe på Brundtland-regjeringens proposisjon, men for Mork til det verre, til «høyre».

Snart skulle Mork også få merke den neste implikasjon av de helsepoli-tiske reformer Evang og delvis han selv, ironisk nok, hadde vært med på å legge noen av premissene for. Heløe og hans statssekretær, legen og psykiat-eren Astrid Nøklebye Heiberg, tok, på en nesten dramatisk måte, konse-kvensen av de desentraliserende reformer og de store, nyttestatlig pregede effektiviseringsbestrebelsene som kom i gang i 1970-årene. De politisk-strategiske oppgaver ble tatt ut av direktoratet og lagt til en nyopprettet helseavdeling i departementet, mens de fleste av de øvrige oppgaver ble liggende igjen i et «utenfor-direktorat». Mork og mange av hans viktigste medarbeidere i Direktoratet strittet imot, men kunne ikke gjøre meget. Den politiske ledelse, sterkt oppmuntret og støttet av den administrative, med departementsråd Emil Vindsetmo (1916-1983) og ekspedisjonssjef Jan Madsen i spissen, hadde bestemt seg. Helse-direktoratet måtte igjen bli et «vanlig» direktorat. Ved å stritte slik imot, tapte imidlertid direktoratet antagelig mer enn det «behøvde». I tillegg bidro dets motstand til at det låste seg litt til videre konfrontasjon.

Delingen, som formelt fant sted den 21. november 1983, ble ydmykende for direktoratet også ved at så mange av dets medarbeidere bad om å få bli med på «flyttelasset» til departementet. En del av Morks nærmeste medar-beidere, med medisinalråd Egil Willumsen i spissen, søkte enda til på det nye embedet som ekspedisjonssjef i Helseavdelingen. De fornemmet at meget av helsemakten ville bli liggende der. De ble dog vraket. Heløe valgte høyremannen Harald E. Hauge (1936-2006), Legeforeningens avgående president, som ekspedisjonssjef og sin nærmeste helsepolitiske rådgiver.

Mork beholdt i all hovedsak den evangske, medikratiske orden gjennom hele perioden fra 1972 til 1983. Den fungerte imidlertid ikke helt som den hadde gjort under Evang. Tonen var nå blitt en annen, og mer uformell, selv om Mork, som Evang, var en bestemt og til dels autoritær sjef. Mork lyktes heller ikke i å bygge opp sitt eget «public health team», som Evang hadde gjort, og var så stolt av. Mork kunne for så vidt ha bygget opp sin

3 Opplyst i samtale med Leif Arne Heløe den 19.12. 2008.

egen legeledergruppe. Evangs gamle folk var på vei ut, og embedene ble ledige for Morks folk. Mork bygget imidlertid ikke opp sitt eget lag, eller lyktes ikke med å gjøre det. Tiden var blitt mer urolig og folk satt ikke så lenge som før. Det var nå også vanskeligere å rekruttere leger.

De som skulle følge Mork i «tykt og tynt» ble ikke en ny gruppe av overleger, men «andre» ledere, ansatt av Evang, som juristen Knut Munch-Søegaard, farmasøyten Bjørn Jøldal, tannlegen Per Bærum og juristen Reidar S. Bang. Overlegene, som andre leger, kom og gikk, til hans økende bekymring.

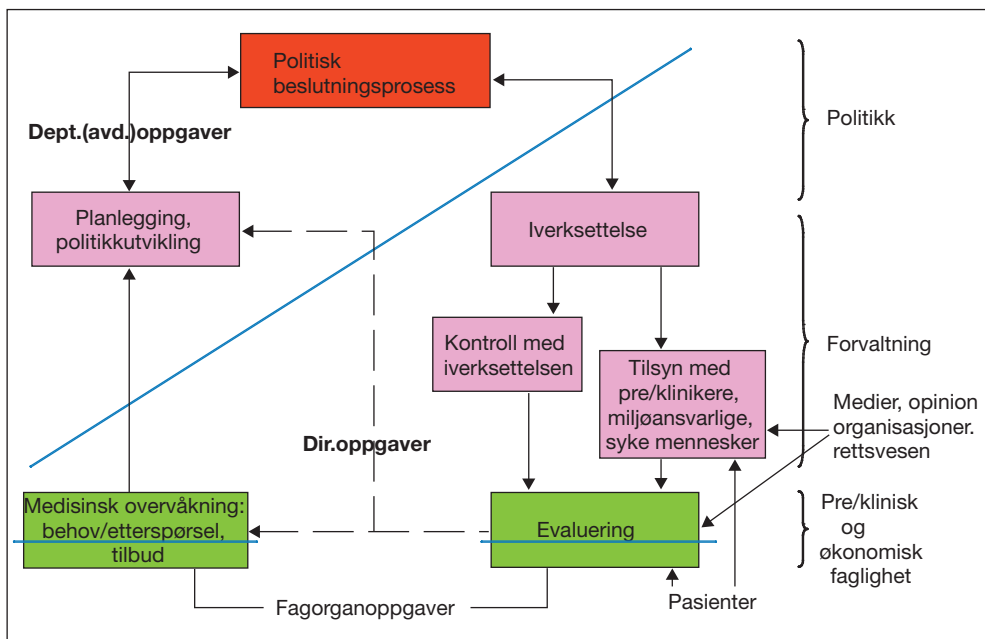
Midt i 1970-årene var det et svært offensivt miljø i sykehuskontoret, ledet av Jo E. Asvall, og i psykiatrikontoret, ledet av Otto Steinfeldt-Foss, men de forlot begge Mork før 1983. Asvall, som var hovedarkitekten bak den viktige, kombinert medikratiske og nytestatlige, sykehusplanen (St. meld. nr. 9, 1974-75), var ikke uinteressert i medisinalrådsembedet, men fikk det ikke. Etter fornyet utlysning ble fylkeslege Egil Willumsen, utnevnt. Han ble ingen «Bjørnsson» for Mork, og sluttet etter delingen. Først i neste periode, våren 1985, fikk Mork en mer «bjørnssonsk» medisinalråd, Anne Alvik.

Det var, også innad, en svekket Mork, som måtte håndtere «angrepene» fra departementet og Astrid Nøklebye Heiberg fra 1982 og gjennom mesteparten av 1983. Hans viktigste våpendrager var Knut Munch-Søegaard.

Den nye helseforvaltning vokser frem:

Utviklingen fra 1983/84 til 1989

Inntil 1983 var altså den nasjonale helseforvaltningen integrert. Den var, som vi har sagt, i en «heisposisjon», koblet både til helsevesenet «der nede» og Makten, «der oppe». Den var nok innad spesialisert, men etter institusjonelle, medisinske kriterier, om vi ser bort fra de forvaltningsoppgaver som var av juridisk eller økonomisk art og, i noen grad, selve planleggingsoppgaven. De helsefaglige kontorene fungerte innad lite spesialisert. De utførte de fleste forvaltningsoppgaver og gjorde det på en integrert måte. Ved delingen ble planleggingsoppgaven og den politisk-strategiske oppgave skilt ut; i noen grad også første del av den iverksettende oppgaven. Dette innledet en utvikling, hvor stadig flere av forvaltningsoppgavene skulle spesialiseres og til dels skilles ut. I figur 1 har jeg illustrert situasjonen som den var etter delingen i 1983. Direktoratets oppgaver er, upresist sagt, knyttet til nedre høyre halvdel av det vi kan kalle forvaltningsssyklusen, den nye avdelingens til den øvre venstre halvdel.



Figur 1. Styrings- og forvaltningssyklusen, etter omorganiseringen i 1983.

Det var i praksis ikke lett å lage klare skiller mellom avdelings- og direktoratsoppgavene. Slik sett var scenen satt for en dragkamp. Med de holdninger som preget både Mork og hans direktorat etter tvangsdelingen var det ikke vanskelig å spå at det ville bli dragkamp. Det bidro til at det ble dragkamp at den nye ekspedisjonssjefen og den gamle helsedirektøren både var personlig ambisiøse og «stod» dårlig til hverandre.

Uroen kom med delingen. Det ble krangel og misstemning fra omtrent første dag. Det ble krangel om oppgavefordelingen, om ressursituasjonen (Helsedirektoratet fikk «for lite») og om den annens manglende samarbeidsvilje og «leveringsevne». De to organer satt i samme hus, men kommuniserte i stor grad skriftlig og formelt. Utpå høstparten 1984 «sprakk» det og Mork kunne meddele at Helsedirektoratet snart ville være ute av stand til å gjøre det det skulle.⁴ «Kranglingen» toppet seg i et minnerikt sammenstøt mellom Torbjørn Mork og Astrid Nøklebye Heiberg i NRKs Dagsrevyen torsdag den

4 I et brev datert 7.9. 1984 skriver Torbjørn Mork at Helsedirektoratet nå er «kommet i en situasjon som innebærer at man i løpet av meget kort tid ikke på en forsvarlig måte vil kunne gjennomføre de oppgaver det er pålagt gjennom instruks og delegert myndighet». Brevet har overskriften «Arbeidssituasjonen i Helsedirektoratet» og har arkivreferansen 16291/84.

8. november 1984. Dagen etter grep Statsministerens kontor inn, ved statssekretær Arne Skauge. Mens Skauge satt i møte med departementsledelsen kom det telefon fra Stortinget med beskjed om at Gro Harlem Brundtland ved møtets slutt den dagen ville ta opp uroen i Helsedirektoratet. Mork ble da nærmest beordret til å skrive en beroligende pressemelding. Av den fremgikk det at Departementet allerede hadde lovet Direktoratet flere ressurser. Slik gikk noe av «luften» ut av kriseballongen denne «Black Friday», som den nye departementsråd (fra våren 1984), Jon Ola Norbom, døpte den.

Direktoratet fikk mer, om ikke meget mer, ressurser. Statsråden tok også initiativ til å arrangere egne fellesmøter for avdeling og direktorat, ledet av ham. Så vel Statsråden som departementsråden trodde det nå ville «gå seg til».

Det gjorde ikke det. Dragkampen fortsatte. Et uttrykk for det er at Heløes møte med de to organer etter hvert bare ble omtalt som «Venns-kapsambandet». Sambandet døde ut med det borgerlige regime.

Da Willoch-regjeringen falt i mai 1986 og ble erstattet av regjeringen Brundtland II, med avdelingsdirektør ved Rikshospitalet, økonomen Tove Strand Gerhardsen som statsråd, hadde Mork håp om bedre tider, og kanskje en omgjøring av beslutningen fra 1983. Det ble ingen omgjøring, og snart fortsatte forholdet mellom departement og direktorat å utvikle seg fra galt til verre. Statsråden vurderte å gjøre noe mer radikalt, men ble advart av departementsråden, som mente man fortsatt burde forsøke diplomati. Selv tok han et brobyggerinitiativ. Han foreslo at medisinalråden og han kunne møtes. Kanskje det kunne bidra til å bedre forholdene mellom de to organer?

Det gjorde ikke det. I 1987 ble det nedsatt et utvalg for å se nærmere på arbeidsdelingen mellom avdeling og direktorat. Utvalget kom med en rekke forslag. Det hjalp noe, men ikke så mye på atmosfæren. Utvalget foreslo også at det ble avholdt regelmessige kontaktmøter mellom avdelingen og direktoratets ledere. Det ble gjort, men heller ikke det hjalp. Departementsråden forsøkte helt mot slutten av 1980-årene å lage et enda videre kontaktorgan, et såkalt konsernlederforum. Det var et forum for lederne i departementet og alle dets underliggende etater. Forumet var delvis ment som et brobyggende organ, om enn i en videre forstand enn kontaktmøtene. Det var imidlertid også et direktoratsutfordrende organ: Gjennom det fikk departementet direkte kontakt med organer som ellers lå under Helsedirektoratet, men som Norbom ikke syntes direktoratet forvaltet godt nok. Mork deltok bare nølende i forumets møter.

Ut på vårparten 1989 hadde departementsråden gitt opp den diplomatiske vei. Nå ville den ellers så forsiktige og underfundige embedsmann

bruke makt. Også statsråden var kommet til den samme konklusjon. I løpet av sommeren 1989 forberedte Norbom sitt initiativ, i full forståelse med Statsråden. Valget høsten 1989 førte imidlertid til regjeringsskifte og til at en ny statsråd kom, Høyres Wenche Frogn Sellæg. Hun var lege og kjente til uroen i helseforvaltningen. Norbom orienterte henne tidlig om de tanker han hadde om omorganisering av helseforvaltningen. Hun reagerte positivt, og med det var de såkalte Norbom-prosessene i gang.

Ved delingen i 1983 ble Helsedirektoratet nokså radikalt omorganisert. Det fortsatte med en helsedirektør: Den institusjonelle tittelen ble beholdt, men, gjennom den nye instruksen, gjort mindre institusjonell. Nå ble det mer tale om direktoratet og mindre om helsedirektøren. Han mistet således, etter mye tautrekning, den regulære adgang til statsråden. Han fikk beholde sin ekspedisjonssjef, men denne ble nå formelt kalt spesialrådgiver. Han mistet imidlertid sin medisinalråd; dog skulle en av lederne på neste nivå tillike være helsedirektørens stedfortreder. Direktoratet ble videre delt inn i fem avdelinger, fire helserettede og en administrativ. De helserettede avdelinger ble nå definert mindre ut fra faglig spesialitet og mer etter tjenestetgren: Det kom to avdelinger for klinikken, en kommunehelsetjenesteavdeling og en fylkeshelsetjenesteavdeling, én for «preklinikken», avdeling for miljørettet helsevern, og én for apotekvesenet og legemiddelforsyningen, legemiddelavdelingen. Avdelingenes ledere ble formelt kalt avdelingsdirektører. I fylkeshelsetjenesteavdelingen ble den gamle medisinalråd, Egil Willumsen sjef. Han ble også nestkommanderende og kunne bruke tittelen medisinalråd.

De gamle helsefagtitler forsvant altså. Også leger og annet helsepersonell skulle nå ha vanlige byråkratiske titler. Det ble slik sterkere markert at de tilhørte forvaltningen, ikke klinikken eller de forebyggende institusjoner. De ledere som ble sittende fikk imidlertid lov til å bruke sine gamle titler, selv om de formelt ble avdelingsdirektører og underdirektører. Gradvis forsvant også legenes og fylkeslegenes adgang til å ha medisinsk praksis utenfor direktoratet. Slik ble avmedikratiseringen symbolsk markert. Mange av legene, men også av andre helsefagfolk, mislikte denne endringen. Etter krisen høsten 1984 fikk direktoratet både noen ekstra lønnstrinn, ikke minst til en del leger, samt en større adgang til å bruke tittelen spesiallege. Det fikk også gjenopprettet medisinalrådsembedet. Avmedikratiseringen ble dempet noe, men bare noe.

Den nye helseavdelingen i departementet skulle altså i hovedsak ta seg av den politisk- strategiske oppgave og første del av iverksettingsoppgaven. Disse oppgaver ble nå delt opp etter det vi kunne kalle styringsfag. Der kom en seksjon for helseøkonomi og fellessaker, en for helseplanlegging og en

for juridiske saker. Den andre seksjonen kan man si faglig representerte det organisatorisk-medisinske og fikk snart (1984) en lege som leder, Gerd Vandeskog. Slik kom snart hver av de tre seksjoner til å bli ledet av en representant for de tre faggrupper som nå skulle prege helseforvaltningen, leger, økonomer og jurister. De første var nå på defensiven, de siste var på vei oppover, igjen, mens de i midten bestemt var på vei oppover.

De to enheter ble altså prinsipielt ulikt organisert. Avdelingen var organisert på en måte som gav den distanse både til direktoratet og helsevesenets utøvende institusjoner: All kontakt var faglig spesialisert, og ville gå på kryss og tvers. Direktoratet var organisert på en måte som i større grad sikret en bred og mer integrert kontakt med institusjonene. Satt litt på spissen kan man si Helsedirektoratet ble organisert på en måte som gjorde det lettere å fortsette å fungere som en helseaktivistisk organisasjon, mens Helseavdelingen var organisert for å legge mer vekt på bredere, overordnede hensyn, ikke minst økonomiske. Den ulike organiseringen skulle slik bidra til å skape spenninger mellom avdeling og direktorat, mellom Hauge og Mork.

Selv om Helseavdelingen hadde en mer distansert profil var den attraktiv både for etatene der ute, inkludert fylkeslegene, og for helsevesenets mange utøvende institusjoner. Den representerte den øverste makt. I en del henseender kom det derfor nå to linjer til og fra sentrum. Det skapte rivaleri og uklarhet, men det skjerpet også animositeten mellom de to organer på toppen. Igjen må vi konstatere at det var avdelingen som var på offensiven mens Direktoratet «rygget».

Også i Morks annen periode kom hans nære og stabile ledergruppe særlig til å omfatte ikke-leger. Knut Munch-Søegaard ble sittende Morks andre periode ut. Det samme gjorde Reidar Bang, Per Bærum og Bjørn Jøldal (til 1991). Der var imidlertid én viktig forskjell; han fikk en medisinalråd (1985), Anne Alvik, som resten av hans tid ble hans nærmeste medarbeider.

I Helseavdelingen ble ekspedisjonssjefen, Harald Hauge, sittende perioden ut og fortsatte utover den, men var da kommet nokså mye på defensiven. Under ham var det noen utskiftninger, men også han fikk etterhvert en nestleder han samarbeidet godt med, økonomen Andreas Disen. Disen begynte som underdirektør for økonomiseksjonen og ble avdelingsdirektør i 1988.

Helsedirektoratet ble omorganisert i 1989, mens Helseavdelingen fortsatte med den opprinnelige organisasjonsformen. Dog kom der i slutten av 1980-årene to nye, forholdsvis selvstendige enheter i avdelingen, Forebyggingsenheten (FE) og Sekretariatet for modernisering og effektivisering

(SME). Det kom nå også et eget statssykehuskontor lagt til Administrasjonsavdelingen.

Norbom-prosessene og overgangen til den nye tid: 1989-1994

Det gikk seg ikke til mellom avdeling og direktorat. Det fortsatte å «knirke», som departementsråd Norbom uttrykte det. Den hadde med psykologi å gjøre, men var også uttrykk for en regimekamp: Medikrater stod mot nytte- og rettsstatsfolk, men også mot politikere og deres administrative allierte. De første var på defensiven. De sloss mer imot noe enn for noe. De siste var imidlertid også svært frustrert. De var på offensiven, men offensiven førte ikke frem. De følte avmakten tilta.

Departementsråd Norbom satte seg i spissen for offensiven.⁵ Han ble «politiker», med politisk støtte. Han satte for alvor i gang den 9. april 1990. Han lanserte sin «Weserübung». Han gjorde det sammen med avdelingsdirektør i Sosialdepartementet, Thomas Mauritzen og adm. dir. i Statskonsult Christian Hambro. Det skjedde gjennom en hemmelig organisasjonsutredning. Utredningen var ferdig den 24. oktober og ble lagt frem på et utvidet konsernlederforumsmøte på Staur Gjestegård den 26. og 27. oktober. Statsråden ledet møtet, men uten å ta eksplisitt stilling til utredningen. Utredningen vakte mange negative reaksjoner, særlig fra Torbjørn Mork og Helsedirektoratet. Det ble reagert på at utredningen var utarbeidet i hemmelighet, av en «partisk» gruppe, og at den inneholdt en del feil. Men det ble selvsagt også reagert på forslagene. Gruppen foreslo å styrke departementets overordnede rolle, å samle all nasjonal tjenesteytende virksomhet, statssykehusene inkludert, under en egen «konsernledning», og resten av forvaltningen under departementet i et kompetanse- og rådgivningsorgan. Gruppen foreslo altså å nedlegge Helsedirektoratet, selv om mye av det ville leve videre gjennom kompetanseorganet.

Forslaget representerte en markert «styringssosialisering», for så vidt som departementets viktigste «styringskonkurrent», direktoratet, var fjernet. Enda mer av den politisk-strategiske oppgave skulle nå konsentreres i departementet. Samtidig tok departementet tilbake mye av den iverksettende oppgaven. De underordnede organer ble dyttet ned i fagligheten, og bort fra politikken og makten. Navnet «kompetanseorgan» markerer dette. I en viss forstand var det noe nyttestatlig over denne maktsosialisering: Nyttestaten krevde en tydelig styrende konsernledning. Men her ble mer makt enn nyttestatlig «riktig» samlet. Det ble den fordi departementet ikke lenger stolte

5 Fremstillingen i det følgende baserer seg på offentlige dokumenter, arkivmateriale og samtaler med en rekke av de medvirkende i prosessene, først og fremst Jon Ola Norbom, Thomas Mauritzen, Wenche Frogan Sellæg og Tove Veierød.

på at Mork og direktoratet kunne opptre som et «vanlig» direktorat. Mer «riktig» nyttestatlig var forslaget om å samle all tjenesteytende virksomhet under en egen (konsern)ledelse.

Størst problemer fikk Norboms gruppe med tilsynsoppgaven, klagebehandlingen og deler av iverksettelsesoppgaven (forvaltningen). Den valgte å samle det meste av disse oppgaver enten i departementet eller hos fylkeslegene, dog slik at noen ble igjen i kompetanseorganet. Den våget ikke å la dem bli liggende i hovedsak i kompetanseorganet. Da ville det bli for likt det gamle direktoratet. Spesielt var gruppen skeptisk til å legge tilsynet dit. Det var med tilsynsrollen som utgangspunkt, Mork hadde «politisert» mest i perioden frem til 1989.

Reaksjonene på Staur gjorde at Norbom foreslo at man i det videre arbeid med organisasjonssaken skulle se på utredningen som et «ikke-eksisterende dokument». Staur-møtet fant sted en fredag og lørdag. Mandag brøt regjeringen Syse sammen og regjeringen Brundtland III overtok. Ny sosialminister ble filologen Tove Veierød. Både den avgående statsråd og Norbom orienterte den nye minister om organisasjonssaken. Hun gikk snart med på å fortsette arbeidet. Det ble, etter forslag fra Norbom, den 26. november 1990 utnevnt en «styringsgruppe» for det videre arbeid. Gruppen skulle Norbom selv lede. I gruppen fikk han ellers med seg medarbeiderne fra den hemmelige prosessen, Mauritzen og Hambro, samt dep.råd Knut Grøholt, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og avd.dir. Nils Holm, Finansdepartementet (siden underdirektør Steinar Stokke). De «gamle» utrederne var altså i flertall og de som kjente saken best. De kom også til å prege gruppens arbeid.

Nå ble prosessen svært åpen. Utrederne hadde møter med de ansattes organisasjoner, med de ulike berørte organer og med andre mer indirekte berørte instanser. Innstillingen ble levert den 19. august 1991. For å bistå styringsgruppen ble det satt i gang seks mer spesialiserte delprosjekter. Statskonsult spilte en viktig rolle i disse. Dette prosjektarbeidet kom imidlertid ikke til å spille noen stor rolle for styringsgruppens arbeid.

Innstillingen var preget av den diagnose som var stilt i «ikke-dokumentet». «Terapien» var en noe annen. Motivasjonen for den var dog den samme. Mer av styringen måtte sosialiseres, samtidig som nyttestatlige og rettsstatlige hensyn måtte taes. Flest mulig av sporene etter det gamle medikrati måtte bort.

Gruppen foreslo å organisere den nye helseforvaltning i to nivåer. Under departementet foreslo altså gruppen ikke å ha noe samlende organ, for eksempel et helsedirektorat, men alle statlige organer. På begge nivåer foreslo gruppen å todele forvaltningen, etter skillet forebyggende-tjenesteytende.

I departementet ville derfor gruppen ha to avdelinger, en forebyggingsavdeling og en helsetjenesteavdeling. Fra disse to avdelinger skulle linjene gå ned til nivå to-organene, som da skulle defineres som enten forebyggende etc. eller tjenesteytende. Gruppen ville ikke foreslå noen omfattende sammenslåing av nivå to-organene, men pekte på at dette kunne komme på lengre sikt. På forebyggingssiden skulle de sentrale organer bli Folkehelseinstituttet (Senter for samfunns- og miljørettet forebygging) og et Senter for individrettet forebygging. På tjenestesiden skulle de sentrale organer være et Senter for helsetjenestekompetanse (mye av det gamle Helsedirektoratet) og Statens legemiddelverk, mens de øvrige institusjoner ikke umiddelbart ble foreslått samlet. Fylkeslegene, som var sentrale i dette forslaget, kom i en mellomstilling, mellom forebyggingssiden og tjenestesiden. For at forslaget skulle være et virkelig nivå to-organ, ble også fylkeslegene plassert på dette nivå, altså rett under departementets avdelinger.

Det nye forslaget representerte den samme grad av styringssosialisering som det gamle forslaget. Imidlertid kan forslaget sies å representere et skritt tilbake politisk, for så vidt som departementet nå fikk et nokså stort kontrollspenn. Det våget ikke å samle organene her i samme grad som i forrige «runde». Det tok hensyn til den motstand de første samlingsforslagene hadde gitt. Dog antydte det hvordan en del organer fremover burde nærme seg hverandre. Skulle man nå nedlegge Helsedirektoratet, var det for øvrig viktig å ha alle de andre, som etter forslaget skulle komme makten nærmere, med seg.

Også i denne runden hadde utrederne problemer med de tre oppgavene, tilsyn, klagebehandling og forvaltning. Nå ble det, på moderniserende og profesjonaliserende vis, antydte at klagebehandlingen kunne legges til en ansvarsnevnd. Fortsatt var imidlertid Norbom og hans medutredere engstelige for å foreslå å spesialisere og profesjonalisere tilsynsoppgaven og å la det bli liggende igjen forvaltningsoppgaver i «restene» av Helsedirektoratet, kompetanseorganet. Oppgavene ble enten avpolitisert og sendt ned til fylkeslegene, eller politisert, og sendt opp til departementet.

Den 11. juli, en drøy måned før Norbom-innstilling nr. to ble lagt frem, ble helsedirektør Mork, under taushetsplikt, orientert av Norbom om forslagene utrederne ville komme med. Mork tok imot beskjeden om at hans og medisinalrådets embeder ville forsvinne, ja, at hele «deres» direktorat ville gjøre det, uten å kommentere den. Etter en stund lekket imidlertid Norbom-gruppens viktigste forslag ut. Dermed var den offentlige dragkamp i gang. Avisene, særlig i Oslo, ble fylt av stoff om forslaget om å nedlegge Helsedirektoratet og å «ta» Mork. Helsepolitikkerne engasjerte seg også raskt i saken. Både til venstre og høyre for regjeringen ble Norbom-gruppens

forslag hva angikk Helsedirektoratet kritisert. Til venstre sa Sosialistisk Venstreparti bestemt nei til forslag. Til høyre sa Høyre, blant annet tidligere statsråd Wenche Frogn Sellæg, nei. Enda lenger til høyre, og enda klarere, gjorde Fremskrittspartiets John Alvheim (1930-2005) det. I mellompartiene var språkbruken forsiktigere. Arbeiderpartiets helsepolitiske talspersoner brukte «sordin». På «motstandersiden» ble det innad i Helsedirektoratet nedsatt en aksjonsgruppe for å redde direktoratet. Etter hvert engasjerte også Legeforeningen seg til forsvar for direktoratet og fagstyret. Flere kjente samfunnsdebattanter, blant annet høyesterettsadvokat Alf Nordhus (1919-97), kom til å aktivisere seg til kamp for Mork og direktoratet. Departementet hadde ikke forberedt seg på «stormen» og kom på defensiven. Der forble det.

Norbom-gruppens rapport ble sendt til uttalelse til et stort antall instanser, samtidig som departementet forberedte arbeidet med en kombinert melding og proposisjon. Motstanderne av forslagene til Norbom-gruppen ville ha hatt en melding først, men departementet, og dermed regjeringen, hadde hastverk og valgte å lage en «meldingsproposisjon». Den tok sjansen på å gjøre det siden mellompartiene sa at det var i orden.

Regjeringen hadde omtalt saken i budsjettproposisjonen for 1992. I innstillingen fra Sosialkomiteen het det blant annet: «Komiteen ber regjeringen legge særlig vekt på å bedre den enkelte pasients rettssikkerhet, å sikre høy faglig kompetanse i forvaltningen, og å sikre rasjonelle kontrollordninger slik at sentrale myndigheter kan gripe inn overfor uønskede forhold i helse-tjenesten» (4).

Jeg har nevnt at den første Norbom-gruppen ikke fant klare og godt begrunnede løsninger for organiseringen av tilsynet, til dels også av klagebehandlingen. Den første svakheten overtok den andre Norbom-gruppen. Blant annet så den andre gruppen på direktoratets «overordnede tilsynsoppgave» som en oppgave som lett fører over i «spørsmål om den allmenne standard på helse-tjenestene, prioriteringer og ressursdisponering», altså «spørsmål ikke bare av faglig, men av klart helsepolitisk og til dels lokal- og regionalpolitisk karakter» (5). Gruppen forstod altså tilsyn på en mindre spesialisert og profesjonalisert måte enn gruppens modernistiske og nyttestatsorienterte syn ellers skulle ha ført til. Den var preget av den langvarige striden. Mork og direktoratet hadde jo etter hvert gitt tilsynet mer et politisk enn et fagliggjort og profesjonelt preg. Mork var blitt en «vaktbikkje». Det hørtes ikke særlig faglig ut.

Stortingskomiteen argumenterte imidlertid på en mer profesjonelt orientert måte. Den gav, endog enstemmig, departementet et signal. Signalet fikk større betydning for så vidt som det var lignende signaler de fleste andre opponenter av Norbom II-innstillingen gav.

Men departementets politiske og administrative ledelse «hørte» ikke hva som ble sagt, selv om statsråden i stortingsdebatten om innstillingen sa at hun hadde gjort det. Departementsledelsen gikk i gang med arbeidet med en kombinert melding og proposisjon. Samtidig nedsatte den i januar (1992) fem omstillingsgrupper, under ledelse av tidligere statssekretær (1973-77) og trygdedirektør (1979-91) Kjell Knudsen. Det provoserte kritikkerne av Norbom-innstillingen, men departementet lot seg ikke affisere av kritikken. Det hadde hastverk. Omorganiseringen skulle starte utpå høsten og de nødvendige budsjettforslag skulle taes med i statsbudsjettet for 1993.

«Meldingsproposisjonen» ble lagt frem den 6. mars 1992, som Ot.prp. nr. 43 (1991-92), *Om lov om endringer i lov av 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten og i enkelte andre lover*. Av meldingsdelen fremgår det at departementet følger opp Norbom-gruppens innstilling. Kritikken hadde ikke gjort særlig inntrykk. Dog forholder nå departementet seg mer eksplisitt til «tilsynskritikken». Proposisjonen gjaldt jo også tilsynsloven (av 1984).

Departementet foreslo, som Norbom-II, at det skal ha det overordnede tilsynsansvar. Tilsynet skal jo gjelde, fremholder det, «å følge med i og overvåke at nasjonale mål og prioriteringer blir fulgt opp på en tilfredsstillende måte» (s. 26) av i hovedsak kommunale og fylkeskommunale institusjoner. Departementet uttalte videre at «Det overordnede tilsyn har et nødvendig faglig element, men også et nødvendig politisk og styringsmessig element ved at det kan bli nødvendig å gjøre inngrep i virksomheten ved helseinstitusjoner o.l.» (s. 26). Det mer løpende tilsyn ville dog departementet, som Norbom-II, legge til nivå nr. to, nemlig til fylkeslegene.

Det het videre i innstillingen at det tilsyn som føres med de enkelte fagpersoner, og som kan føre til klager, er av en annen karakter enn det egentlige tilsyn. Klagebehandlingen ville derfor departementet (senere) legge til en «ansvarsnemnd» (s. 26).

Departementets politiske ledelse fulgte ikke opp sin meldingsproposisjon overfor Sosialkomiteens medlemmer særlig godt. Andre aktører viet imidlertid komiteen stor oppmerksomhet. «Opposisjonen» i komiteen, og rundt den, var også langt mer aktiv enn «posisjonen», altså Arbeiderpartiets representanter. Departementets politiske ledelse oppdaget for sent at det holdt på å gå galt. Da Sosialkomiteens innstilling forelå den 11. juni var det klart at det var gått galt for departementet (6). Alle i komiteen, bortsett fra SVs to representanter, leverte en samlet innstilling – og den gikk departementet imot. Komiteflertallet tok utgangspunkt i de tre vanskelige saker, plasseringen av tilsynsoppgaven, klagebehandlingsoppgaven og forvaltnings-

oppgaven. Det skrev: «Flertallet vil derfor foreslå at den statlige helseforvaltning omorganiseres slik at det i stedet for det kompetansesenter for helse-tjenesten som departementet foreslår, etableres et Statens Helsetilsyn. Dette bør omfatte helserett, individ- og miljørettet forebyggende helsetjenester og kurative tjenester. Fylkeslegene inngår som en del av tilsynsorganet» (s. 7). Komiteen gjorde det videre klart at så vel tilsyns- som klagebehandlings-sakene, samt de faglig pregede forvaltningsoppgavene, skulle legges til det «nye» Helsetilsynet.

Med denne uttalelsen fra komiteens side var proposisjonens konstruksjon fullstendig lagt i grus. Svært mye skulle fortsette som før; dog skulle Helse-direktoratet nå omdøpes til Statens helsetilsyn og bli et mer tilsynsrettet organ. I tråd med dette syn skrev så komiteen om lovproposisjonen.

Hvordan kunne regjeringen og Arbeiderpartiet la dette skje? Regjeringen stod bak proposisjonen, dog uten entusiasme. Selv statsministeren var i tvil om det var riktig å politisere forvaltningen så mye: Det førte til at statsråden ville bli svært eksponert.⁶ Statsministeren uttalte seg imidlertid ikke offentlig om saken, og møtte ikke i Odelstinget da saken kom til avgjørelse der kvelden og natten den 15. og 16. juni 1992. Også i Arbeiderpartiets fraksjon i Sosialkomiteen var det stor tvil om forslaget fra departementet. Det var imidlertid ikke Arbeiderpartiets representanter, som blant annet omfattet den unge representanten Jens Stoltenberg, som var de viktigste arkitekter bak komiteens forslag. I så henseende spilte Høyres representanter, særlig Thea Knutzen, en viktigere rolle; men bak henne trakk den forrige sosialminister Wenche Frogn Sellæg, ivrig i trådene. Fremskrittspartiets representant John Alvheim arbeidet energisk for å underminere Regjeringens forslag. Departementets ledelse var ikke tidsnok klar over hva som skjedde, og den ble forskrekket da komiteinnstillingen forelå. Møtet i Stortinget ble en ydmykende forestilling for statsråd Veierød. Hun ble stående alene, uten bistand fra sine partifeller, eller fra parlamentarisk leder Gunnar Berge, eller fra noen av sine regjeringskolleger. Ingen hevet røsten til forsvar for statsråden, og komiteens flertallsinnstilling ble vedtatt.

Torbjørn Mork kunne triumfere. Nå var det bare å ta fatt på oppgaven med å gjøre Helsedirektoratet om til Statens helsetilsyn. Navneendringen var ikke virkelig nødvendig, for organet skulle jo fortsette som faglig forvaltningsorgan (iverksettelsesorgan). Komiteen ville imidlertid markere opprioriteringen av tilsynsoppgaven, og for så vidt sette sitt eget stempel på organet. Det gjorde det ikke minst med å gi det nye navnet. Vi kan

6 Muntlige uttalelser overfor Tove Veierød og Jon Ola Norbom, både fra Statsministeren selv og fra Statsministerens kontor, kan tolkes slik. Opplysninger gitt av Norbom i samtaler 21.07. og 9.9. 2009 og av Veierød i samtale 5.8. 2009.

legge til at det var noe tidstypisk over navneendringen. Tilsynene var nå for alvor begynt å komme. De var også tilsyn på en ny, mer profesjonalisert måte, enn de hadde vært før. Wenche Frogn Sellæg var, som tidligere miljøvernminister (1981-1983), godt kjent med tilsyn. Hun hadde hatt et under seg, Statens forurensningstilsyn, og syntes det fungerte godt.

Etter 1992, og etter Mork, Norbom og Hauge:

Den nye tid triumferer

Etter sommeren gikk Tove Veierød av. Det var imidlertid ikke bare hun som hadde lidd nederlag. Også departementsråden hadde det, og dermed i noen grad departementets administrative ledelse. Det passet for så vidt godt at departementsråden nå nærmet seg 69 år og allerede året før hadde antydnet at han snart ville trekke seg tilbake. Nå søkte han derfor om avskjed og gikk av på slutten av året. Avgangene gjorde det mulig, og fristende, for Statsministerens kontor å gjøre noe. Det første som skjedde var at det ble opprettet et eget statsrådsemede for helsesaker. Legen Werner Christie ble den første helseminister. Det annet som skjedde var at tidligere statsråd Eldrid Nordbø ble utnevnt til departementsråd og «ryddegeneral».

Utpå høsten, like før han fylte 64 år, døde Torbjørn Mork, og hans nestkommanderende siden 1985, Anne Alvik ble konstituert som ny helsedirektør. Slik ble også den nye start hans direktorat nå skulle få enda nyere. Snart (1995) dro Harald Hauge til Brussel og ble diplomat for en tid. Det endret også forholdet mellom departement og direktorat.

Ellers kan vi konstatere at politikerne mer allment, nokså brått etter den juninatten i 1992, tapte interessen for forvaltningspolitikk. Samtidig startet imidlertid den videre, og mer gjennomgripende modernisering av helseforvaltningen. Opprettelsen av embedet som helsestatsråd ble begynnelsen på spesialiseringen av helsepolitikken. I 2002 kom det spesialiserte Helsedepartementet, i 2004 omdøpt til Helse- og omsorgsdepartementet. I 1994 startet så den indre spesialisering for alvor i departementet. Den gamle planavdelingen ble omgjort til forebyggings- og utredningsavdeling. Samtidig ble seksjonene i helseavdelingen i noen grad gjort institusjonelt basert. Deres ledere ble samtidig avdelingsdirektører. To år senere skiltes sykehusforvaltningen ut fra helseavdelingen som en sykehusavdeling.

I Helsedirektoratet ble de to tjenesterettede avdelinger slått sammen til én og kalt helsetjenesteavdelingen i 1989. Samtidig ble det opprettet en helserettsavdeling. Det siste markerte jusens, og dermed tilsynets og, særlig, klagebehandlings økende betydning – og spesialisering. Ved den «nye» begynnelsen i 1994 ble helsetjenesteavdelingen igjen delt og der kom avdelinger for primærhelsetjenesten og for spesialhelsetjenesten. Legemid-

delavdelingen ble til avdeling for apotek og legemidler. Den gamle administrasjonsavdelingen fortsatte; det samme gjorde den nokså nye helseerettsavdelingen. Der kom imidlertid en viktig ny avdeling, avdeling for samfunnsmedisin. Det markerte begynnelsen på den moderne profesjonalisering av det egentlige tilsynsarbeid.

Det gamle tilsynsarbeidet hadde vært faglig-pedagogisk, og av og til «upedagogisk», eller «politisk», som når helsedirektøren undertiden «blåste i barten». Det gamle tilsynet med enkeltpersoner og behandlingen av klager på dem hadde hatt et betydelig pedagogisk-kollegialt innslag. Med spesialiseringen av disse oppgavene i revisjonsmessig og juridisk retning, måtte spenningen mellom disse oppgaver og fagforvaltningsoppgaven bli påtagelig. Den ble understreket gjennom en del vanskelige klagesaker (individsaker), hvorav den siste og vanskeligste var den såkalte «Bærum-saken» (1999-2000). I 2002 ble spenningen «oppløst» ved at Helsetilsynet endelig ble det navnet kunne tyde på at det var, et rent helsetilsyn. Forvaltningsoppgavene ble flyttet ut og lagt til et gjenskapt direktorat, i første omgang, litt «forkjært», kalt Sosial- og helsedirektoratet. «Feilen» ble «rettet» i 2008. I 2002 ble også de fleste av de «epidemiologiske» overvåkningsorganene samlet i et nyskapt Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet). Instituttet fortsatte imidlertid også å spille en fagforvaltende forebyggingsrolle. Endelig kom i 2004 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Med det var den kunnskapsovervåkende (tilbudsovervåkende) oppgaven spesialisert, om ikke helt samlet.

Litt upresist sagt hadde Norge dermed, fra 2002, en forholdsvis oppgavespesialisert nasjonal helseforvaltning. På venstresiden i figur 1 var oppgavene nede til venstre lagt til Folkehelseinstituttet og Kunnskapssenteret. Oppgavene oppover til høyre og på toppen var lagt til et stadig mer forsterket og spesialisert departement. Oppgavene til høyre nedover, for så vidt medregnet evalueringsoppgavene, var lagt til Helsedirektoratet, mens tilsynsoppgavene (både de systemiske og de individuelle) var lagt til Helsetilsynet. Helseforvaltningen var virkelig i ferd med å bli en del av den nye «Nyttestaten» Norge. Man kan si at denne moderniserings- eller profesjonaliseringsutvikling ble forsterket av den tendens vi nå så til mer radikalt å fristille klinikken fra forvaltningen og å bedriftsliggjøre den. Eksempler er kommersialiseringen av legemiddelsektoren (1999), fastlegereformen (2001), sykehusreformen (2002) og tendensene i kommunene til å konkurranseutsette endel omsorgstjenester. I noen henseender er imidlertid denne utviklingen blitt litt modifisert etter 2002. Det skal vi ikke gå inn på her.

Litteratur

1. Medisinalvæsenets centraladministrasjon. Innstilling fra en komite oppnevnt av Socialistiske Lægers Forening, 1938. Trykt i Bruusgaard A, Gjestland, T red. Festskrift til helsedirektør Karl Evang på 60-årsdagen, Oslo: Gyldendal, 1962: 201-16.
2. Christiansen R. Fra storting og styringsverk – Erindringer fra et liv i politisk arbeid. Oslo: Forlaget Aktuell, 2006: 308.
3. Mork T. Problemer omkring primærhelsetjenesten. Foredrag, NKS-konferanse om primærhelsetjenesten, Tromsø, november 1977. Mork-samlingen 5-1977, Statens helsetilsyn.
4. Innst. S. nr. 11 (1991-92), s. 28.
5. Gjennomgang av den statlige helseforvaltning med forslag til organisasjonsmessige endringer: 42. Tilråding fra Styringsgruppen for organisasjonsgjennomgang av den statlige helseforvaltning avgitt 19. august 1991.
6. Inst. O. nr. 88 (1991-92).

Ole Berg

o.t.berg@medisin.uio.no

Institutt for helseledelse og helseøkonomi

Universitet i Oslo

0317 Oslo

Nasjonal styring – regional oppfølging – lokal utføring

Michael 2009;6:361–6

Ved tohundreårsjubileet for nasjonal norsk helseforvaltning kan det vere interessant å sjå på samanhengene 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 innoom 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 utafør 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 (helserråd), 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 ilegge 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 verksemder 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 spanner 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*

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004