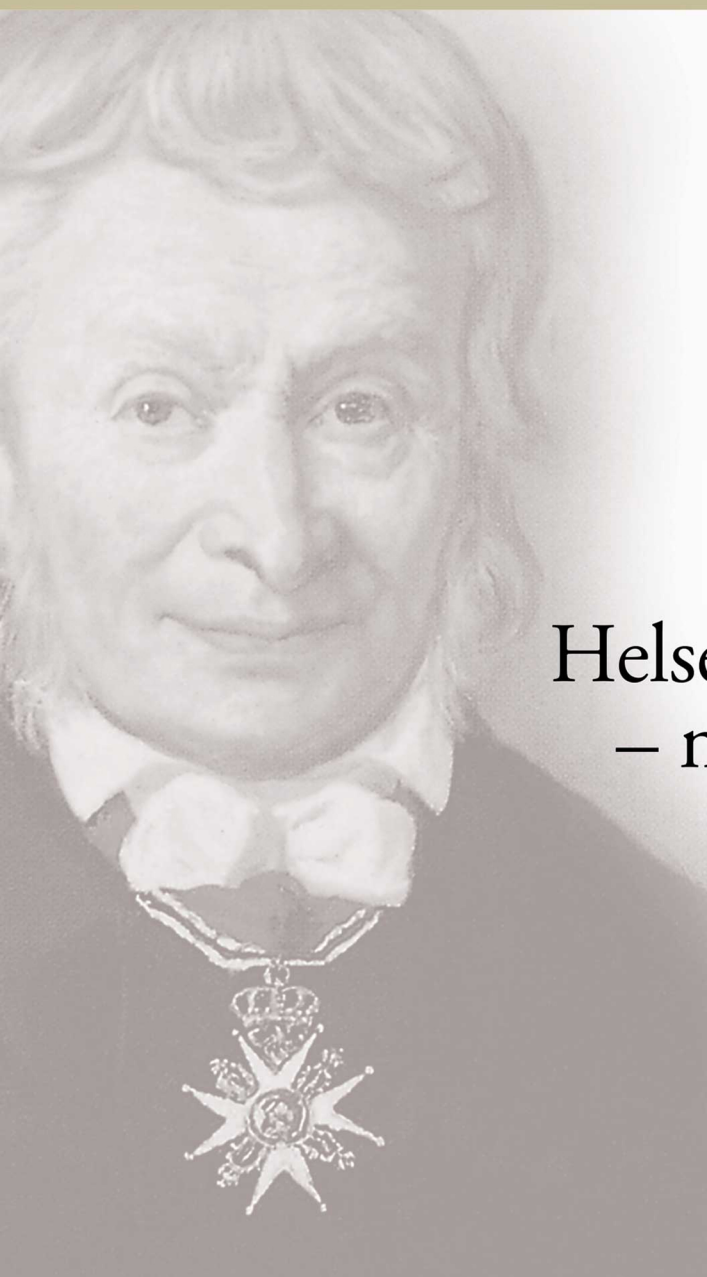


Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Helse for samfunnet
– men hvordan?

2/13



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.

Helselovgivning i forandring – 29 år med Kommunehelsetjenesteloven

Michael 2013, 10: 119–22.

Den 19. november 2012 markerte vi i Helsedirektoratet en viktig milepæl i norsk helseforvaltnings historie. Det var markeringen av at det da hadde gått 30 år siden Loven om helsetjenesten i kommunene ble vedtatt av Stortinget. Selve iverksettelsen fant sted i 1984. Bare to og et halvt år før denne markeringen, hadde vi våren 2010 markert 150 års dagen for Sundhedsloven, «alle gode lovers mor» som noen av oss likte å kalle den. Kommunehelsetjenesteloven rakk ikke å bli mer enn 29 år gammel, men skulle likevel bety mye for utviklingen av det lokale helse- og omsorgsarbeidet. Sundhedslovens siste paragrafer hadde en overlappingsperiode med Kommunehelsetjenesteloven frem til 1994, da vi endelig fikk den nye smittevernloven.

Utover på 1900-tallet skjedde det mange forandringer, særlig i tiårene etter andre verdenskrig. Dette resulterte blant annet i krav om økt lokal innflytelse og politisk kontroll med tjenestetilbudet innenfor helse- og sosialomsorg. Som ett resultat av dette var det altså at vi fikk vi *Kommunehelsetjenesteloven* som fra 1. januar 2012 ble avløst av de to nye lovene *Folkehelseloven* og *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Veien frem mot Kommunehelsetjenesteloven i 1982 var lang og kronglete. Det var nødvendig med et helt regimeskifte. Dette nummeret av *Michael* dreier seg mest om dette - veien frem mot Kommunehelsetjenesteloven. Derfor var tittelen på seminaret som ble holdt i Helsedirektoratet i forbindelse med 30-års-markeringen, «Veier til vår tid».

Professor Ole Berg har beskrevet dette inngående. Hans artikkel omhandler Karl Evang og hans «medikratiske orden» og hvordan den forvitret utover på 1970-tallet. Leif Arne Heløe som var sosialminister i de avgjørende årene på begynnelsen av 1980-tallet, omtaler striden om hvem som skulle bestemme over helsetjenesten, leg eller lærd? Og om hvem som skulle levere

tjenestene, offentlige eller private? Og hvordan skulle betalingsordningene være? Dette siste fant nok ikke sin endelige løsning i og med kommunehelsetjenesteloven. Hans Ånstad vier mye av sin artikkel til nettopp dette, innpassingen av privat allmennlegetjeneste og fysioterapitjeneste i et offentlig finansiert tjenestetilbud. Han forfølger spørsmålet helt opp til våre dager, ikke minst hvordan fastlegeordningen fortsatt må sies å slite med noen «systemfeil».

Kommunehelsetjenesteloven la, allerede i sin opprinnelige form, vekt på betydningen av både helsefremmende og forebyggende arbeid og gode sosiale og miljømessige forhold. Ordet «trivsel» kom også inn i formålsparagrafen - det var uventet for mange. Holdningen hos flere var at det fikk da være grenser for hva som skulle inn i en norsk lov: å sørge for trivsel måtte vel være enkeltpersonenes eget ansvar! Andre mente at man ikke kunne regne med et godt og langt liv uten trivsel, og dermed var trivselsformuleringen sikret. Erttertiden har vist at dette var bra. Mange ganger har det i kommunal saksbehandling vært nødvendig å minne om trivselsaspektet ved ulike vedtak eller tiltak.

Den opprinnelige kommunehelsetjenesteloven førte også opp «helse-rådstjeneste» som en oppgave under helsetjenesten. Dette begrepet ble ikke definert nærmere i loven, men stod der som en reminisens fra Sundhedsloven. Fortsatt i noen år var det nemlig Sundhedsloven som regulerte forhold i det ytre miljø som direkte eller indirekte kunne ha innvirkning på helsen. Fortsatt skulle det være lovpålagt å ha ansatt en offentlig lege som nå ble omtalt som «medisinsk-faglig ansvarlig» kommunelege. Denne legen skulle også være ordfører i det som enda i noen år ble kalt *helserådet*. Betegnelsen «medisinsk-faglig ansvarlig» voldt mye bry, særlig for juristene, i årene som kom. Hva mentes egentlig med «ansvar» i denne forbindelse? Var det ikke heller rådgiver man mente? Dette ble rettet opp tolv år senere.

Man var klar over at begrepene *helseråd* og *helserådstjeneste* måtte forklares nærmere og gis tilstrekkelige virkemidler. Men før det skjedde noen lovendring, måtte det finne sted en utredning. Det skjedde i form av en NOU som ble lagt frem i 1984, ledet av daværende fylkeslege Johannes Wiik i Aust-Agder. Dermed var det duket for viktige endringer i kommunehelsetjenesteloven med virkning fra 1988, nemlig lovkravet om at kommunehelsetjenesten til enhver tid skulle ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorene som kunne virke inn på denne; dernest kravet om *medvirkning* til at helsemessige hensyn skulle bli ivarettatt av andre offentlige organer hvis virksomhet hadde betydning for helsetjenestens arbeid. Sistnevnte ble av jurister utlagt som «av betydning for helseforholdene».

Dette med medvirkning hadde ligget under mye av intensjonen også i den gamle Sundhedsloven, men ble nå gjort langt tydeligere, ikke minst etter den såkalte «10-90»-regelen som var blitt formulert av Aaron Wildavsky i 1977:

«Det er bare 10% av folks helseproblemer helsetjenesten kan gjøre noe med selv. De resterende 90% må løses utenfor helsetjenesten ved at folk får bedre livsstil og ved bedring av de generelle livsvilkårene.»

Medvirkning fra helsetjenestens side overfor andre aktører i samfunnet, offentlige eller private, ble derfor viktig. Dette innebar at kommunehelsetjenestens folk ikke alltid hadde egne håndfaste virkemidler, eller valgte å ikke benytte seg av slike virkemidler, dersom det oppstod en konflikt eller kryssende interesser som kunne gå på helsa løs for folk i et område. Uttrykket «helsediplomati» oppstod på denne tiden, d.v.s. at kommunehelsetjenesten oppdaget at man ofte kunne oppnå gode resultater ved å samtale og megle mellom partene i en konflikt. Men man kunne ikke stå helt uten sanksjonsmuligheter. Lovendringen i 1988 førte til et nytt kapittel i kommunehelsetjenesteloven, kapittelet om *miljørettet helsevern*. Miljørettet helsevern ble på mange måter, sammen med smittevernet, den nye betegnelsen på helserådstjenesten.

Definisjonen på hva miljørettet helsevern skulle være, er interessant og til dels nokså utfordrende den dag i dag: *Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.*

De tre første settene av faktorer hadde helsetjenesten vært fortrolig med lenge. Med biologiske faktorer mente man stort sett smittestoffene, altså slike ting som bakterier og virus. Slik sett kunne man si at smittevernet ville være tilstrekkelig ivaretatt gjennom lovendringen i 1988. Verre var det, og har det vært frem til våre dager, når det gjelder *sosiale miljøfaktorer*. Her ble helsetjenesten tvunget til å ta nærmere stilling til sammenhengen mellom f. eks. fattigdom og lav utdanning på den ene siden og dårlig helse på den annen.

Noe av problemet med sosiale miljøfaktorer er at de kan være så vanskelige å definere, ikke minst fordi noe som kan oppfattes som en årsak til sykdom og død, kan skjule bakenforliggende faktorer eller årsaker. Hvorfor er forventet levetid for et nyfødt barn som vokser opp med dårlig utdanning og lav inntekt, 12 – 15 år lavere enn for en som får seg god utdanning og høyere inntekt? Er det den dårlige utdanningen i seg selv som er problemet eller er det andre ting som følger med det å være fattig og lavt utdannet? F.

eks. vet vi fra undersøkelser gjort i Norge at halvparten av forskjellen i dødelighet mellom fattig og rik skyldes forskjeller i røykevaner. Forhold som dette omtaler vi gjerne som *sosial ulikhet i helse*.

Kapittelet om miljørettet helsevern inneholder sanksjonsmuligheter som granskning og krav om retting og stansning. Disse mulighetene må kommunene ha til disposisjon uten at de skal benyttes i utrensmål. Bare vissheten om at kommunene har slike virkemidler, kan hos enkelte virke avskrekkende, eller kan i ethvert fall bidra til at folk finner en mer helsevennlig løsning selv, f. eks. et mindre støyende, mindre luktende eller mindre forurensende alternativ.

I 2010 fikk loven enda et sanksjonsmiddel, nemlig *overtredelsesgebyr*. Det kom i stand under den kraftige luftforurensningen i Bergen i januar 2010 hvor kommunen ønsket å innføre såkalt par- og oddetallskjøring for biler, d.v.s. at biler med siste siffer som et liketall, kunne få kjøre på datoer med liketall og tilsvarende for biler med siste siffer som var et oddetall som kunne få kjøre på oddetallsdatoer. Dette ble ansett som et nødvendig tiltak for å redusere utslipp fra biltrafikken og særlig utslipp fra dieslbiler.

Vi kan konkludere med at kommunehelsetjenesteloven var en god lov for landet. Den har betydd mer folkestyre, mer lokalstyre, en påminnelse om hva sosial ulikhet betyr for helsen og at helsetjenesten har tatt inn over seg at premissene for god helse i en befolkning i stor grad ikke ligger i helsetjenesten, men utenfor. Av denne grunn har kommunehelsetjenesten sett sin viktige oppgave i å *medvirke* overfor andre aktører ute i samfunnet. Kommunene har også fått erfare at helsetjenestens egne beslutninger må tåle vurdering av andre og at helsebeslutninger må holdes opp mot andre beslutninger i samfunnet ved at begreper som konsekvensutredninger og forholdsmessighetsbetraktninger er blitt gjengse uttrykk også i helse-Norge.

Det er gledelig å kunne konstatere at alt det gode i kommunehelsetjenesteloven er blitt tatt vare på og videreført i de to nye lovene vi fikk fra nyttår 2012.

Parallelt med det forebyggende og helsefremmende arbeidet her hjemme på 1980-tallet arbeidet Brundtland-kommisjonen med tilsvarende spørsmål internasjonalt: *Sustainable development as health issue*. Dagens nummer av Michael har også en omtale av dette arbeidet.

Anders Smith
Seniorrådgiver/Fylkeslege
Helsedirektoratet
anders.smith@helsedir.no

Kommunehelsetjenesteloven – bakgrunnen for at loven ble som den ble

Michael 2013; 10: 123–136.

Seminar i Helsedirektoratet om kommunehelsetjenesteloven den 19. november 2012 ble avholdt blant annet fordi vi definitivt kan lære noe av historien. Her tas opp problemene knyttet til innpassing av privat helsetjeneste i kommunehelsetjenesten. Hvordan ble disse utfordringene forsøkt løst, og hvordan har det gått?

Innledning

De to utredningene som lå til grunn for arbeidet med Ot. pr. 36 (1980 – 81) *Om lov om helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene* er viktige historiske dokumenter. I denne gjennomgangen vil jeg ta fram veivalg som ble tatt i årene etter ca. 1973 og fram til i dag, og som fremdeles spesielt har hatt betydning for aktuelle prioriteringer og valg helt fram til statsbudsjettet for 2013.

Jeg er ensidig opptatt av utviklingen av legetjenesten, og endringer i den sentrale helseforvaltningen, noe som selvsagt skyldes at jeg har vært primærlege, det vil si allmennlege og offentlig lege i 14 år før jeg i resten av mitt yrkesaktive liv, ca. 30 år, har arbeidet i sentraladministrasjonen.

Hovedbudskap

Som Leif Arne Heløe har pekt på i sitt innledende innlegg (1), var problemene knyttet til innpassing av privat allmennlegetjeneste og fysioterapi-tjeneste i et offentlig finansiert tjenestetilbud med kommunen som ansvarlig instans, et gjennomgangstema i arbeidet med det nye lovverket.

Regjeringen Harlem Brundtland la til grunn i sitt lovforslag i Ot. prp. nr. 36 (1980-81) at private helsetjenester med kommunene som ansvarlig instans også skulle *finansieres* av kommunene. Legeforeningen reagerte sterkt på dette, og tvang fram en delt finansiering mellom stat og kommune.

Regjeringen Willoch la fram forslag om en slik deling i en tilleggsproposisjon som kom året etter. Dette fikk betydelige bivirkninger, som eksempelvis det såkalte toprissystemet, der manglende avtale med kommunen og dermed manglende bidrag fra kommunen ble kompensert ved en høyere egenandel fra pasientene til legene. Fysioterapeutene mente i tillegg at den faglige profilen i denne tjenesten kunne bli endret i en uheldig retning i og med at kurative tjenester ble subsidiert av staten mens de forebyggende tjenestene ble en ren kommunal utgift.

Da fastlegeordningen ble innført i 2001, fulgte den delte finansieringen med på lasset, noe som har hatt så alvorlige konsekvenser som at en helsepolitisk vellykket reform er i ferd med å stivne til både når det gjelder kapasitet og kvalitet. Finansieringsordningen har nemlig ført til at kommunene som ansvarlig instans ikke har et godt nok grunnlag for å prioritere allmennlegetjenesten etter behov, og det lar seg heller ikke gjøre å få organisert et faglig godt nok tilbud for fastleger som ønsker seg en spesialistutdanning i den i vår tid kanskje viktigste medisinske spesialiteten, nemlig allmennmedisin.

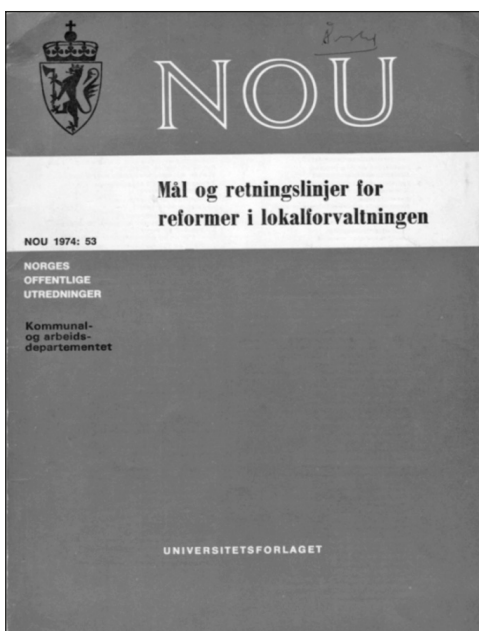
Jeg skal gjøre nærmere rede for historien bak denne alvorlige situasjonen i allmennlegetjenesten, en situasjon ingen kunne forutse for tretti år siden da kommunehelsetjenesteloven ble vedtatt.

Utvikling av lokalforvaltningen – Juelkomiteen

I årene etter krigen ble det etter hvert mer og mer tydelig at kommunalforvaltningen ikke var en tilstrekkelig utviklet plattform for å kunne bære stadig nye oppgaver som det var naturlig å legge til dette nivået.

Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen ble opprettet ved kgl. res. 29.10.71, med Dagfin Juel som formann. Han var sosialøkonom av utdanning, med lang fartstid både som administrator og politiker, blant annet hadde han vært Einar Gerhardsens høyre hånd som statssekretær på statsministerens kontor i mange år.

I NOU 1974:53 har Hovedkomiteen regnet opp en lang og imponerende liste over uttalelser og delutredninger om viktige spørsmål angående lokalforvaltningen. For oss er det mest sentrale at Hovedkomiteen sto for tenkingen som var grunnlaget for opprettelsen av fylkeskommunen som selvstendig forvaltningsnivå i 1976. Men Hovedkomiteen la også fram forslag av stor betydning for primærkommunenenes arbeidsbetingelser i årene etter 1976 og framover til vår tid.



Viktige var blant annet disse:

- Det politiske organ som har det administrative ansvar for en oppgave har også det fulle finansielle ansvar.
- For så vidt angår tilsynet med kommunene, bør staten i vesentlig grad gi avgjørelsesmyndighet til fylkesmannen.
- Det er en viktig oppgave for fylkesmannen å gi veiledning til kommunalsektoren.

Brudd på disse retningslinjene har skjedd i årenes løp, for oss i dag har disse to fått særlig uheldige konsekvenser:

- Brudd på regelen om at ansvarlig instans skal ha ansvaret for finansieringen har fått stor betydning for fastlegeordningen. Fastlegeordningen er av denne grunn kommet i et alvorlig uføre – mer om dette nedenfor.
- At fylkesmannen/fylkeslegen i dag i all hovedsak er brukt som «*revisor*» og ikke *veileder* betyr at Helsedirektoratet ikke har det nødvendige ytre apparat for at virksomheten skal komme til nytte fullt ut i helsetjenesten. Dette temaet kunne vært gjenstand for et eget seminar, og jeg kommer ikke nærmere inn på dette i dette innlegget.

Hovedkomiteens mål og retningslinjer i helsepolitikken

Hovedkomiteen hadde planlagt å gå gjennom alle departementenes saksområder, etter hvert også Helsedirektoratets arbeidsområde, som en del av Sosialdepartementets saksområde.

I utredningen om helsepolitikken tok Hovedkomiteen sikte på å skissere mål og retningslinjer for utviklingen både i statlig, fylkeskommunal og kommunal helsetjeneste. Sosialtjenesten skulle behandles senere, noe som vel aldri ble gjort. Jeg hopper over det Hovedkomiteen mente om statens og fylkeskommunens bidrag i helsetjenesten og konsentrerer meg om distriktshelsetjenesten.

Dette er hovedkonklusjonene når det gjaldt distriktshelsetjenesten (NOU 1979:10 *Helsepolitikken*):

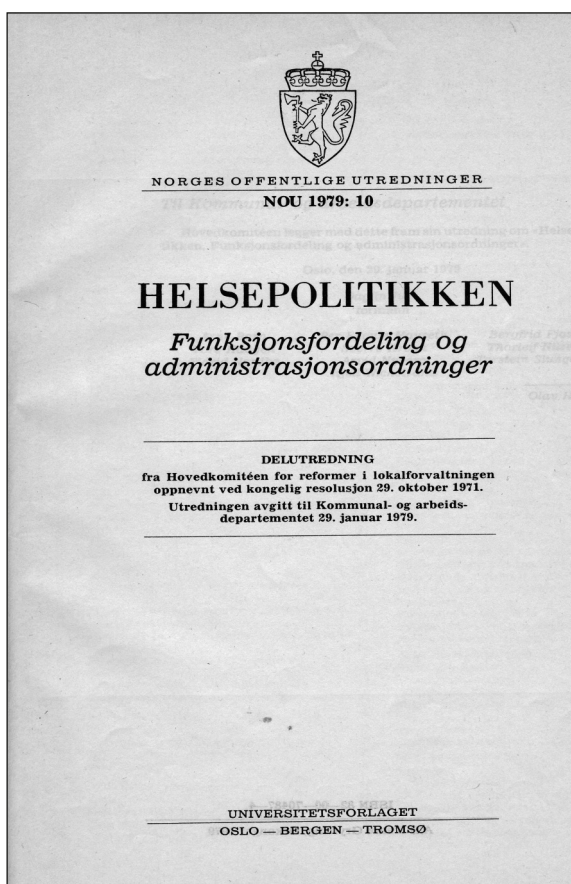
- Kommunene gis en lovbestemt plikt til å sørge for planlegging, opprettelse og drift av distriktshelsetjeneste
- Kommunen gis ansvar for legetjeneste, helsesøstertjeneste, helsestasjoner, jordmortjeneste utenfor institusjon, hjemmesykepleie, fysio- og ergoterapitjeneste, bedriftshelsetjeneste og skolehelsetjeneste
- Det utarbeides en samlet lov om distriktshelsetjeneste.

Et viktig anliggende for Hovedkomiteen var at de statlige distriktslegene og stadslegene skulle fortsette som viktige støttespillere for kommunene.

Hovedkomiteen gikk grundig inn på finansieringsordningene for kommunale tjenester, herunder også helsetjenester. Statens bidrag besto for den største delen av refusjon av en viss del av dokumenterte utgifter, resten ble dekket av kommunen selv. Etter å ha påvist betydelige mangler i disse ordningene konkluderte man med at det må innføres en ny ordning for statens bidrag til distriktshelsetjenesten, nemlig at det overføres et årlig *rammebeløp* fra folketrygden til hver enkelt kommune.

Komiteens medlem Per Eggum Mauseth var enig i dette, men forutsatte at ny finansieringsordning også skulle omfatte privatpraktiserende leger og fysioterapeuter.

Hovedkomiteen tok nemlig ikke opp den varme poteten, spørsmålet om finansiering av privat praksis, men dissensen fra Eggum Mauseth tyder nok på at det har vært harde diskusjoner uten at man har kommet fram til en konklusjon. I denne sammenheng er det viktig å merke seg at Helsedirektoratet hadde ansvaret for sekretariatsfunksjonen under arbeidet med NOU 1979:10. Ledelsen i Helsedirektoratet regnet nemlig med at privat praksis kom til å dø ut av seg selv, en spådom som slett ikke har slått til,



selv om selveste Karl Evang hadde spådd dette i den av Legeforeningen utskjelte St. meld. nr. 85 som kom i 1971.

Nyhusutvalgets forslag

Ved kgl. res. ble det våren 1978 oppnevnt et utvalg for å utrede finansieringsordninger og oppgave- og ansvarsfordeling i helsetjenesten utenfor institusjon og i sosialtjenesten.

Første punkt i mandatet gjelder finansieringsordningene, så kommer oppgave og ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune for helsetjenesten utenfor institusjon og sosialtjenesten,

Utvalget må ha for øye de generelle prinsipper for ansvars- og utgiftsfordeling som er trukket opp i St. meld. nr. 31 (1974-75) *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*. Altså Hovedkomiteens tilrådinger når det gjelder kommunalforvaltningen.

Finansieringsordningene både for helsetjenestene og sosialtjenesten var et sentralt tema i mandatet, og det må legges stor vekt på at disse tjenestene blir vurdert i sammenheng.

Det heter blant annet i foredraget til den kgl. res.:

Finansieringsordningene for helsetjenesten utenfor institusjon og for sosialtjenesten og oppgave og ansvarsfordelingen mellom stat, fylkeskommune og kommune er i dag uensartet og til dels ganske uoversiktlig. Dette fører til uklarhet om hvor ansvaret for enkelte vedtak ligger, og skaper problemer for planlegging og utbygging innen disse sektorer.

Jeg ble tilsatt som stadslege i Tromsø i 1970. I den første samtalen jeg hadde med ordfører Kåre Nordgård, ble jeg bedt om å medvirke i arbeidet med et utkast til kommunens plan for utbyggingen av helsetjenesten i Tromsø, et helt nødvendig tiltak som en følge av en raskt økende befolkning, ikke minst på grunn av universitetsutbyggingen. Det ble laget en plan i kommunen med den forutsetning at primærlegene og fysioterapeutene skulle ansettes på fast lønn. Det var helt utenkelig at kommunen skulle kunne basere en slik plan på at disse yrkesgruppene ville slå seg ned for å drive privat praksis i de nye drabantbyene som måtte bygges.

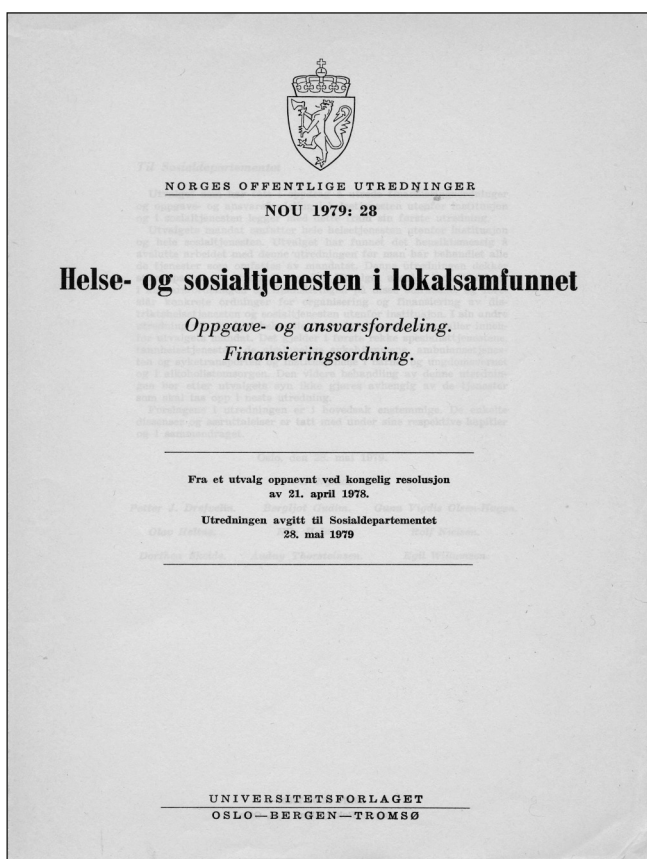
Dette skulle vise seg å bli problematisk. Legeforeningens mektige generalsekretær, Odd Bjerke, kom personlig til Tromsø i 1972 for å slukke tiløpet til brann, nemlig fastlønnede primærleger. Han fikk heldigvis ikke stoppet kommunen, og Tromsø ble senere prøvekommune for fastlønnede allmennleger og fysioterapeuter. Det var arbeidet med dette som vel var grunnen til at jeg ble oppnevnt som sekretær for Nyhusutvalget, sammen med Jon-Olav Aspås, Bjørn Halvorsen og Bjørn Formo.

Mange mente nok den gangen at det var på høy tid at også sentrale myndigheter kom i gang med å gjøre noe med det uholdbare forholdet at ingen offentlig instans hadde ansvar for allmennlegetjenesten og fysioterapi-tjenesten. Distriktslegene kunne riktignok drive privat allmennlegetjeneste dersom tiden tillot det, noe som hadde stor betydning i utkantkommuner. Dette virkemidlet strakk ikke til i sentrale strøk av landet, selv om man hadde opprettet såkalte distriktlege-2-stillinger i en viss utstrekning.

Nyhusutvalget la fram sine forslag i NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Oppgave og ansvarsfordeling. Finansieringsordning.*

Utvalget drøfter modeller for oppgave- og ansvarsfordeling for helsetjenesten i lokalsamfunnet:

- Den kommunale modellen der sterk lokal styring vektlegges.



- Den fylkeskommunale modellen der bedre administrative forutsetninger og bedre muligheter for samordning mellom delene av helsetjenesten vektlegges.

Utvalget konkluderer med at kommunene bør ha ansvaret for planlegging, utbygging og drift av helsetjenesten og hovedtyngden av sosialtjenesten.

Det var mange i høringen som mente at det riktige ville være at fylkeskommunen burde ha ansvaret for en *helhetlig* helsetjeneste, og stadsfysikus Fredrik Mellbye var en av dem.

Nyhusutvalgets forslag til *innhold* i helsetjenesten utenom institusjon:

- Allmennlegetjeneste inklusive legevakt
- Helserådsarbeid inklusive offentlig legearbeid
- Helsesøstertjeneste

- Hjemmesykepleievirksomhet
- Distriktsjordmortjeneste der det er behov for det
- Skolehelsetjeneste
- Fysioterapitjeneste utenfor institusjon
- Bedriftshelsetjeneste

Bortsett fra den statlige offentlige legetjeneste, stadslegene og distriktslegene, er dette i all hovedsak i samsvar med forslagene i Helsepolitikken fra Hovedkomiteen. Flertallet i Nyhusutvalget mente at det riktige måtte være at de offentlige legene ble ansatt i kommunene. Det kan ikke være noen tvil om at dette har vist seg å være hensiktsmessig, jf. den sentrale plass kommuneoverlegene har fått i lovverket som gjelder fra 1. januar i år.

Nærmere om allmennlegetjenesten i NOU'ene

Ingen av NOU'ene tar egentlig fatt i det vanskelige problemet, innpassing av privat helsetjeneste i det offentlige ansvaret, jf. Heløes innlegg.

NOU 1978:28 foreslår en indirekte form for innpassing, mens NOU 1979:10 hopper over problemet.

Nyhusutvalget gikk nemlig inn for at leger og fysioterapeuter i privat praksis skal kunne fortsette som før, men innenfor kommunale ressursrammer.

Kommunene skulle refundere en gjennomsnittssum for hver heltidspraksis til trygden. På den måten skulle kommunen gjøres økonomisk ansvarlig, men samtidig fikk leger og fysioterapeuter trygderefusjon direkte som før. Dette var en finurlig ordning som Legeforeningen godtok, men ikke departementet da Ot. prp. 36 ble utformet.

Som nevnt ovenfor var ledelsen i Helsedirektoratet, og da særlig helsedirektør Torbjørn Mork, overbevist om at privat praksis ville dø ut av seg selv fordi fastlønnet virksomhet ville bli langt mer attraktivt både sett fra kommunenes side og ikke minst også sett fra yrkesutøvernes side.

At yrkesutøverne skulle komme til å se det slik, var nok i høy grad avhengig av økonomisk utbytte. Det så vi klart da privat legepraksis i begynnelsen av nitti-årene fikk langt bedre økonomiske betingelser enn fast lønnet praksis, så gode var disse betingelsene at Legeforeningen lot være å fremme krav om økte takster to år på rad! Interessen for fastlønnede stillinger var god til å begynne med, på slutten av åttitallet var ca. 40 % av allmennlegetjenesten fastlønnnet, en andel som gikk sterkt tilbake i nittiårene.

Ot. prp. nr. 36

(1980—81)

1. Om lov om helsetjenesten i kommunene.
2. Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.
3. Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.

(Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene)

Særskilt vedlegg: NOU 1979: 10 Helsepolitikken.
NOU 1979: 28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.

Ot.prp. nr. 36 (1980-81)

Om lov om helsetjenesten i kommunene m. v.

De to NOU-ene ble sendt på høring, og sammen med høringsuttalelsene, danner disse to dokumentene grunnlaget for utformingen av lovproposisjonen, Ot. prp. 36 (1980-81).

Forslag om en samlet lov om helsetjenesten i kommunene ble fremmet i begge NOU'ene, og dette ble sterkt støttet i høringen

Det var enighet om rammefinansiering, men Helsedirektoratet gikk inn for en midlertidig ordning med en prosentvis refusjon av dokumenterte utgifter til kommunal helsetjeneste, og argumenterte for dette i Nyhus-utvalget.

Det var sterk uenighet om den offentlige legetjeneste som Hovedkomiteen støttet av Helsedirektoratet gikk inn for å beholde. Norske Kommuners Sentralforbund var negativ til statlige distriktsleger. Legeforeningen mente at det var tilstrekkelig at fylkeslegene førte tilsyn, men det må utvikles et videre- og etterutdanningstilbud for leger som vil kvalifiseres for samfunnsmedisinske oppgaver.

Forslaget om en samlet lov og forslaget om en rammefinansieringsordning, var nok to viktige temaer i høringen, men det var spørsmålet om fortsatt statlig distriktslegeordning og innpassing av privat helsetjeneste i en helsetjeneste der kommunen skulle være ansvarlig instans, som var de mest kontroversielle.

Departementet mente at når loven om distriktshelsetjenesten skulle settes ut i livet, måtte de statlige stads- og distriktslegestillinger inndras, og de offentlige leger tilbys ansettelse i vedkommende kommune.

Nyhus-utvalgets forslag om at privatpraktiserende leger og fysioterapeuter fortsatt skulle få stykkprisrefusjon fra trygden, mens kommunene skulle refundere trygden etter antall årsverk utført i kommunen ble ikke fulgt opp av departementet. Forslaget i Ot. prp. nr. 36 ble at kommunen skulle refundere trygden de *faktiske* utbetalinger, altså et fullt ut kommunalt finansiert ansvar for privat praksis.

Som nevnt ovenfor hadde begge utredningene på en måte gått utenom den varme grøten slik at Legeforeningen var fornøyd. Dette standpunktet som er gjengitt her, var de *ikke* fornøyd med, for å si det pent.

Legeforeningens reaksjon

Legeforeningen reagerte sterkt på forslaget om *direkte* kommunalt finansiert ansvar for privat praksis.

Fysioterapeutene mente for sin del at dette var naturlig, det ville medføre likt finansielt ansvar for kurative tjenester og forebyggende arbeid. Heløe har i sitt innlegg i dag gjort nærmere rede for fysioterapeutenes syn.

Den sterke reaksjonen fra Legeforeningen var nok en vesentlig grunn til at regjeringen Harlem Brundtland ikke fremmet proposisjonen i vårsesjonen 1981 som planlagt.

Regjeringsskifte i 1981 – ny finansieringsordning for privat praksis

Heløe redegjorde nærmere i sitt innlegg i dag (1) om hovedpunkter i Ot. prp. nr. 66 (1981-82) *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene*.

Det sentrale punktet i denne proposisjonen var Willochs forslag om dels statlig og dels kommunal finansiering av allmennlegetjenesten og fysio-

rapitjenesten. Legeforeningen hadde utfoldet en betydelig lobbyvirksomhet for å få endret regjeringen Harlem Brundtlands forslag til finansieringsordning, og slik ble det.

Finansiering dels fra staten og dels fra kommunene er klart på tvers av Hovedkomiteens retningslinjer der det var lagt stor vekt på at den ansvarlige instans skulle ha det finansielle ansvaret. Willoch var nok selvsagt klar over dette bruddet på skikk og bruk i forvaltningen, ikke minst fordi finansministeren, Rolf Presthus, hadde meddelt ham at hans departement var skeptisk til den delte finansieringen.

På sett og vis fungerte den delte finansieringen i årene etter at loven ble vedtatt, bortsett fra den såkalte to-prisordningen og enkelte andre problemer som Heløe har nevnt. De problemene som fulgte med på lasset i forbindelse med finansieringen av fastlegeordningen kunne ingen ha forutsett i 1982.

Finansieringsordningen for fastlegene

Fastlegene finansieres med et pr. capitabeløp fra kommunen for hver pasient på legens liste, og stykkprisrefusjon fra staten og egenbetaling fra pasienten.

I utgangspunktet skulle det nok være ca. 60/40 % -fordeling mellom stat – kommune, men dette har nok endret seg betydelig i retning *mindre* økonomisk ansvar for kommunene.

«Systemfeil» i fastlegeordningen

Da fastlegeordningen ble innført, ble alle pasienter fordelt på de legene som gikk inn i systemet i 2001.

Nye leger etter 2001 måtte begynne med såkalte «null-lister», og med dette som utgangspunkt håpe på å opparbeide en praksis stor nok til å leve av. Men denne nye praksisen måtte nødvendigvis opparbeides med pasienter fra kollegers liste, og dermed kunne dette bidra til mindre inntekter for kollegene og dermed forståelig uvilje til nyetableringer blant allerede etablerte leger. Derfor har vi fått en altfor svak nyrekruttering.

En annen alvorlig følge av denne finansieringsordningen er at det i praksis er meget vanskelig å få etablert en hensiktsmessig ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin, kanskje den viktigste spesialiteten vi har. Dette henger sammen med at en utdanningskandidat må «arbeide på veileders liste», eller med andre ord må utdanningskandidaten leve av en inntekt som svarer til en redusert inntekt for veileder.

Derfor kan ikke et utmerket, konkret forslag til spesialistutdanning, utarbeidet av Svein Steinert og Olav Thorsen, la seg gjennomføre.

Statsbudsjettet for 2013

I budsjettforslaget kap. 762 er omtalt utviklingen av allmennlegetjenesten. Forslag om 100 mill. til allmennlegetjenesten, som skal brukes til engangstilskudd for etablering av nye stillinger. Det er uklart *hvordan* man tenker å bruke disse pengene. Uansett vil det by på problemer dersom det er meningen å utvide fastlegeordningen med flere leger, også disse vil jo ha et behov for pasienter på listen, på bekostning av kolleger. Dette er et slags «SAS-problem» for fastlegene, man ønsker flere fastleger, men de legene som er i gamet må tåle dårligere avlønning! Det er derfor høyst uklart om denne formen for stimulering vil virke.

Dette monner ikke og er langt fra intensjonene i Samhandlingsmeldingen om å bygge ut den viktige allmennlegetjenesten. Målet i meldingen var at innen 2015 skulle vi ha 2000 nye allmennleger i tillegg til de vel 4000 vi har i dag.

Videre er det i statsbudsjettet forslag om at det skal etableres en prøveordning for finansiering av utdanningsstillinger for spesialiteten allmennmedisin, 4 mill.

En prøveordning for utdanningsstillinger er vel et typisk eksempel på at når man er i tvil om hvordan man skal gripe an en viktig sak, så foreslår man en prøveordning, som skal evalueres for så i beste fall å ende opp med en konkret ordning om kanskje fem, kanskje ti år.

Dette kan vi ikke vente på, dette er for dårlig!

Hva må gjøres?

Tiden er nå overmoden for å gjennomføre Hovedkomiteens «grunnlov» i forvaltningen også for fastlegeordningen: *Den instans som har ansvaret for en tjeneste skal også ha det finansielle ansvaret.*

Et fullstendig kommunalt ansvar for finansieringen av fastlegeordningen vil harmonere med den nye fastlegeforskriften. Kommunene vil i samsvar med gjeldende lovtekst få det fulle ansvar for en god ordning.

Kommunene vil bli finansielt eneansvarlige for å opprette fastlegehjemler, og et ønske om flere allmennleger fra departementets side, inklusive fastleger, må derfor forutsette tilsvarende økte rammer til kommunene, jf. stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Departementet kan da, om ønskelig, kanalisere den store tilgangen av nye leger også inn i kommunehelsetjenesten, noe som jo ikke lar seg gjøre med nåværende ordninger. Bl. a. skal sykehjemsmedisinen oppgraderes, men kommunen har ikke virkemidler til å skaffe seg tilstrekkelig kapasitet. De er avhengig av at fastleger tar dette som en form for plikttjeneste for å få avtale med kommunen. Legetjenesten ved de kommende lokalmedisinske sentre *kan* ikke dekkes

av fastlegene, her må det utvikles en allmennlegetjeneste som faglig og administrativt må finne sin plass ved siden av fastlegeordningen

Som finansielt eneansvarlige vil kommunene få et langt tydeligere ansvar for å skaffe nødvendig kapasitet til allmennlegetjenester i sykehjem, helsestasjonene og de nye lokalmedisinske sentrene.

Det er ingen tvil om at den brottsjøen vi nå får av nye leger *også* må kanaliseres til kommunene, som selvsagt må få en økonomi til å skaffe seg den allmennlegetjenesten de har bruk for.

Posten på statsbudsjettet til finansiering av ny allmennlegetjeneste er dessverre en blindvei.

Spesialiteten allmennmedisin

Allmennlegetjenesten er grunnfellet i legetjenesten, og spesialiteten allmennmedisin er derfor kanskje den viktigste spesialiteten innen faget medisin.

Det er viktig å være klar over at den nåværende spesialistutdanningen i allmennmedisin er en slags pseudospesialitet. Den har likevel uten tvil vært nyttig i de 30 årene den har eksistert. Men dette duger ikke lenger.

I kommunehelsetjenesten får man ikke arbeide i et daglig veiledet opplegg under utdanning til spesialist. Spesialiteten er nemlig basert på ett års sykehustjeneste og for så vidt verdifulle samlinger under en veileder, og i tillegg kurs. Den innebærer en resertifiseringsordning hvert 5. år, og det er bra, den ordningen må beholdes.

Leger som ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin må få et tilbud om utdanningsstillinger ikke bare på sykehus, men selvsagt også i kommunal allmennlegetjeneste. Slik det er i dag kan dette bare skje ved at utdanningskandidaten får, som det heter, jobbe på veilederens liste. Det kan ikke forventes at noen vil være veileder når dette innebærer en redusert liste.

Videre må kommunen gjøres ansvarlig for organisering og finansiering av *veilederfunksjonen*, slik som foretakene er det i annen spesialistutdanning. Med andre ord er denne skissen i prinsippet den ordningen vi har for spesialiteter i spesialisthelsetjenesten. Alle leger som får en begynnerjobb i et helseforetak er sikret å bli spesialist innen en rimelig tid, noe som selvsagt betyr mye i en rekrutteringssammenheng

Forslaget i statsbudsjettet om 4 mill. til en prøveordning for en bedre spesialistutdanning er derfor også en blindvei, og innebærer tap av tid. En prøveordning må som sagt evalueres, deretter kan en egentlig ordning settes ut i livet. Dette kan vi ikke vente på.

Vi *kan* lære av historien

Når en helsepolitisk suksess som fastlegeordningen er i ferd med å forgubbes, når tilbud innen faget allmennmedisin ikke lar seg organisere på en tilfredsstillende måte i kommunene og når det ikke med dagens finansielle ordning kan la seg gjøre å få til en egnet spesialistutdanning i faget allmennmedisin, da må grunnloven i forvaltningen også gjøres gjeldende i fastlegeordningen!

Litteratur:

1. Heløe LA. Fra fagstyre til kommunestyre. *Michael* 2013; 10: 137–48.

Hans Ånstad

tidligere avdelingsdirektør i Helsedepartementet

Oslo

ha-aans@online.no

Fra fagstyre til kommunestyre

Michael 2013; 10: 137–48.

Striden om kommunehelsetjenesteloven for tretti år siden var klimaks på flere politiske stridigheter. De hadde pågått i mange år, og gjentar seg stadig. De dreier seg om hvem som skal bestemme over helsetjenesten, leg eller lærd? Hvem skal levere tjenestene, private yrkesutøvere eller offentlig ansatte? Hvem skal betale for tjenestene, den enkelte eller samfunnet? Hvor hører det offentliges ansvar hjemme, i staten, i fylkene eller i kommunene? Denne artikkelen omhandler striden ved inngangen til 1980-årene og den historiske bakgrunnen for den.

Tre styringsfaser

Forenklet sagt har styringen av helse- og sosialpolitikken i årene etter annen verdenskrig gått gjennom tre faser, eller – kan vi like gjerne si – vært underlagt tre styringsregimer.¹

- *Det sentraliserte fagstyre* («Det Karl Evangske regime») var dominerende i tiden frem til 1970- og 1980-årene. Den medisinskfaglige innflytelsen over styringen og organiseringen var sterk, og de fleste tunge kommando-postene i helseforvaltningen var besatt av leger, sentralt og lokalt.
- *Det lokalsamfunnsbaserte, folkevalgte styresettet* overtok gradvis fra 1970-årene. Sykehusloven (1969) og tannhelsetjenesteloven (1982) gav fylkeskommunene ansvaret for institusjonsdriften og den offentlige tannpleien, mens kommunehelseloven (1982) tilla kommunene ansvaret for primærhelsetjenestene. (Sosialtjenestene og barnevernet var allerede kommunale oppgaver.) Omleggingene førte til betydelig større regional og lokal folkevalgt innflytelse over styringen av helse- og sosialtjenestene.

1 Ole Berg (2009) har i detalj beskrevet skifter i historiske regimer («ordener») i styringen av norsk helsevesen. I oversikten som er gitt nedenunder, nøyer jeg meg med, i kortfattet form, å omtale tre styringsregimer i etterkrigstidens Norge.

Omorganisering av den sentrale helseforvaltningen (1983) gav klarere skille mellom politisk styring og faglig forvaltning.

- *Det næringslivs- eller markedsbaserte fagstyre*² av spesialisthelsetjenesten (i det vesentligste sykehusdriften) vant innpass gjennom helseforetaksloven (2001). Styringen ble delegert til de regionale foretaksstyrene og administrasjonen.

Dagens styring og organisering av helse- og sosialpolitikken inneholder elementer av alle de tre regimeene. Det helsefaglige styresettet (fagstyret) er dominerende i de statlige veilednings-, kontroll- og tilsynsfunksjonene. Det lokalsamfunnsbaserte styresettet dominerer i primærhelsetjenesten (kommunehelsetjenesten), sosialtjenestene og tannhelsetjenesten. Det næringslivs- eller markedsbaserte råder i spesialisthelsetjenesten.

Sagt med andre ord: Styringen og forvaltningen av helsetjenesten i Norge er delt mellom tre forvaltningsnivåer med sprikende styringsregimer. Det er en viktig del av begrunnelsen for Samhandlingsreformen (Heløe 2011). Den tar i hovedsak sikte på – i tillegg til sterkere vektlegging av forebygging – bedre samordning på tre områder: (1) Mellom helse- og sosial(omsorgs) tjenestene i kommunene, (2) mellom kommuner om drift av lokalmedisinske sentre mv. og (3) mellom kommunehelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene (sykehusene) med sikte på bedre «flyt i pasientstrømmen» mellom første- og annenlinjetjenestene.

Skiftende styringssignaler

Dagens kommuner er viktige leverandører av velferdstjenester. De opptrer på vegne av storsamfunnet. Slik har det ikke alltid vært.

I kommunenes første 100 år – fra innføringen av formannskapslovene og det kommunale selvstyret i 1838 – var statlige myndigheter opptatt av at kommunene *ikke påtok seg mer enn de måtte*. Fortsatt er denne typen økonomiske tilsynsoppgaver aktuell. Men i dag dreier det statlige tilsynet seg hovedsakelig om *kommunene gjør alt de skal gjøre*, det vil si om de oppfyller pliktene til tjenesteproduksjon som særlovgivningen pålegger dem. Dette skyldes fremveksten av *forvaltningskommunen* – i senere år oftere kalt *velferdskommunen*. Stortinget øker oppgaveporteføljen til kommunene, ofte uten tilsvarende økning i pengeoverføringene som skal til for å løse oppgavene. Internasjonale avtaler får større betydning for kommunalt styre og stell. Sytti prosent av beslutningene i norske kommuner har sitt utspring i EØS, opplyste daværende utenriksminister Jonas Gahr Støre i et innlegg i

2 Rune Slagstad (2012) har omtalt styringen av de regionale helseforetakene som «det markedsteknokratiske fagstyre».

Stortinget 7. januar 2010. Fremveksten av *rettighetsbasert lovgivning* på stadig nye områder fører til nye statlige tilsyns- og kontrollordninger. Individets rettslige stilling styrkes på bekostning av lokalkollektivet, kommunen. Tilsynsoppgavene forfleres.

Synet på omfanget av og strengheten i statens tilsyn med kommunene forandres stadig. Fra midten av 1970-tallet og frem til begynnelsen av 90-tallet la regjeringene stor vekt på *den kommunale handlefriheten*. Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen. Mange av forslagene manifesterte seg i lovforslag fra Willoch-regjeringen (1981 – 86). Plan- og bygningsloven fra 1985, kommunehelse- og setjenesteloven fra 1982 og det nye inntektssystemet fra 1986 er eksempler på det. Tankegangen ble ytterligere konfirmert i Harlem Brundtlands regjeringstid ved kommuneloven av 1992 som inneholdt flere bestemmelser om kommunenes rettigheter. Kravene om statlig kontroll ble nå tonet ned. Ordningen med egne kommunale kontrollutvalg ble obligatorisk. Kommunene fikk større valgfrihet når det gjaldt administrativ og politisk organisering.

Men så snudde vinden. Utover 1990-tallet ble retorikken om kommunal frihet tonet ned til fordel for større vektlegging av *nasjonal likhet og statlig styring*. Endringen gav seg blant annet uttrykk i en rekke handlingsplaner som Stortinget vedtok i løpet av 1990-årene. Fagkomiteer og fagstatsråder krevde bruk av sterke virkemidler for å stimulere, alternativt tvinge kommunene til å påta seg oppgaver på vegne av storsamfunnet.

Men vinden skiftet igjen, denne gang i forbindelse med oppfølgingen av innstillingen fra Oppgavefordelingsutvalget (NOU 2000: 22). Ordene *plikt og krav* i omtalen av kommunene ble sjeldnere i offentlige dokumenter de første årene på 2000-tallet. Til gjengjeld dukket andre og mildere ord opp: *partnerskap, veiledning, dialog, tillit, respekt, gjensidighet og likeverd*. Samhandlingsreformen innebærer trolig starten på en ny runde med økte plikter og oppgaver for kommunene. Av forarbeidene til loven om kommunale helse- og omsorgstjenester – som utgjør hovedparten av lovgrunnlaget for Reformen – fremgår at den er «*en ren pliktlov for kommunene*».

Endringene over tid i politisk retorikk reflekterer skiftende syn på hvordan forholdet mellom over- og underordnet styringsnivå er å forstå. Det virker som om statlige myndigheter prøver å skjule eller bortforklare at forholdet mellom stat og kommune er asymmetrisk: Til syvende og sist er det staten som rår.

Fra statlig fagstyre til kommunestyre

Annen halvdel av 1970-årene markerte starten på et paradigmeskifte i styringen og forvaltningen av norsk helsepolitikk. Fra tidlig på 1970-tallet fremhevet skiftende regjeringer gjennom stortingsmeldinger og lovfremlegg den kommunale og fylkeskommunale *handlefriheten*. Samtidig ble det slått til lyd for desentralisering av flere og nye oppgaver.

Juel-komiteen – Tankegangen var tydelig påvirket av forslagene fra *Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen*, gjerne kalt *Juel-komiteen* etter dens formann, direktør *Dagfin Juel* (1909-85). Forslagene var preget av stikkord som gikk igjen i den sosialpolitiske debatten i 1970-årene: *Desentralisering* og *deltakelse* (lånegods fra den tids internasjonale mantra *decentralization and participation*), *samordning* (primært av sosial- og helsesektoren) og *jevn geografisk fordeling* av tjenester og fagfolk. Fylkeskommunene hadde fått ansvaret for sykehusvesenet ved innføringen av den nye sykehusloven fra 1. januar 1970. Allerede i St.meld. nr. 9 (1974-75) hadde regjeringen signalisert at distriktshelsetjenesten måtte bli et kommunalt ansvar. I løpet av 1970-tallet ble det levert en rekke utredninger med forslag til forvaltningsreformer. De inneholdt overføring til kommunene av oppgaver på flere samfunnssektorer.

Sunnhetslovens bestemmelser hadde i det vesentlige bestått i nesten 125 år. Frem til kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984, hadde staten ledet helsearbeidet gjennom sitt embetsverk – hierarkisk rangert fra Helsedirektøren og hans overleger via fylkeslegene til stads- og distriktslegene. Nå overtok kommunene ledertrøya – for så vidt gjaldt primærhelsetjenesten. Overgangen til 1980-årene kom derved til å markere et tidsskille med hensyn til rollefordelingen i helse- og sosialpolitikken.

Et tungt farvel med en svunnen tid

Forslagene om kommunalisering var en utfordring for det etablerte fagstyre. Grunnen ble lagt for kamp om maktfordelingen mellom stat og kommunesektor, og mellom helsefag og politikk. Endringer i maktforholdene ble også hovedårsaken til den etterfølgende striden om den sentrale helseforvaltningen. Den oppstod da viktige funksjoner skulle overføres fra Helsedirektoratet til en egen helseavdeling i Sosialdepartementet.³

Mange av de gamle embets- og statstjenestemennene tok overgangen til en kommunestyrt primærhelsetjeneste tungt. Helsedirektør *Torbjørn Mork*

3 Denne interessante epoken i norsk helseforvaltning er vel beskrevet av blant andre Nordby (1989), Skaset (2006) og Schiøtz (2007). Senhøstes 2009 utkom del I av professor Ole Bergs omfattende verk om historien til den sentrale helseforvaltningen. Berg redegjør i verket blant annet for omorganiseringen av Helsedirektoratet i 1983 og bakgrunnen for den (Berg op. cit.).

(1928-92) og stadsfysikus *Fredrik Mellbye* (1917-99) oppsøkte meg på kontoret i 12. time, like før lovbehandlingen i Stortinget høsten 1982. Deres ærend var å be meg omgjøre forslaget om kommunalisering av distriktslegene fordi «kommunehelsetilstanden vil utradere den flere hundre år gamle tradisjonen med statlige distriktsleger, som tillike også var embetsmenn,» som Mellbye sa det. Jeg uttrykte sympati for tanken, men slik saken stod, var det lite å gjøre. Vi skiltes i vemod og fordragelighet.

Territoriell versus funksjonell forvaltning

Forslagene fra Hovedkomiteen om desentralisering gikk ut på å overføre myndighet til et folkevalgt organ med ansvar for et avgrenset territorium, det vil si til en kommune eller fylkeskommune. Forslaget innebar dermed desentralisering etter det såkalte *territorielle prinsipp*. Staten har på tilsvarende vis valgt å organisere deler av sin regionale virksomhet etter samme prinsipp: Enkelte statlige fagetater er i dag samlet under fylkesmannsembetet, blant annet med tilsyn av flere slag: for utdanning, helse, beredskap, miljøspørsmål, landbruksforvaltning og kommuneøkonomi.

De øvrige ca. 35 regionale statsetatene, som toll- og politietatene, Nav, skatteetaten, fiskerietaten, Kystverket m.fl. er organisert etter det *funksjonelle* eller *sektorielle prinsipp*. Etter dette prinsippet er hensynet til fagene og deres egenart tillagt større vekt enn geografisk samordning av offentlige tjenester.

Kommunehelsetjenesten kan derfor tjene som eksempel på en tjenestegren som er overført fra i hovedsak å være organisert etter det funksjonelle prinsipp, styrt gjennom et hierarkisk ordnet system, til å bli et territorielt styrt system, samordnet med andre kommunale tjenestegrener. Det faglige *tilsynet* med virksomheten er imidlertid statlig og organisert gjennom Statens Helsetilsyn, i hovedsak delegert til Fylkeslegen som er Tilsynets regionale representant.

Opptakten til striden om kommunehelsetjenesteloven

I 1981 og 1982 oppstod kraftig politisk strid i Stortinget i forbindelse med behandlingen av lov om kommunehelsetjenesten. Striden illustrerer dilemmaene som oppstår når medisinskfaglige mål for reformarbeid blandes sammen med økonomiske vilkår for yrkesgruppene.

Kommunehelsetjenestelovens faglige innhold, herunder forholdet til forebyggingen, ble i stor grad utformet i Ot. prp. nr. 36 (1980-81). Denne proposisjonen var lagt frem av regjeringen Harlem Brundtland I i 1981. Én viktig hensikt med lovforslaget var å rydde opp i uoversiktlige ansvarsforhold i primærhelsetjenesten. Frem til 1984 var denne førstelinjetjenesten

dels basert på den tradisjonelle, statlige stads- og distriktslegeordningen, dels på andre offentlige ansettelsesformer, og dels på ren privatpraksis, finansiert av trygdemidler.

Primærlegene og fysioterapeutene var geografisk sterkt skjevfordelt. Byer og sentrale deler av landet var godt forsynt med tilbud, mens det var vanskelig – enda vanskeligere enn i dag – å skaffe helsepersonell til utkantene. En konsekvens av skjevfordelingen var at forbruket av trygdemidler i form av refusjoner var vesentlig større i sentrale deler av landet enn i utkantene. Utbetalingene var mer en funksjon av behandlingstilbudet enn av behandlingsbehovet i kommunene. Forbruket av trygdemidler skjedde automatisk og lot seg vanskelig budsjettere og styre. De politiske kravene om lokal styring og mer rettferdig fordeling av midlene stod derfor sterkt. Endringer av ressursfordelingen måtte skje ved hjelp av rammeoverføring av midler til kommunene – bygget på objektive kriterier. Og fremst av alt var det et allment ønske å styrke det forebyggende helsearbeidet i kommunene.

Så langt var det politisk og faglig enighet om behovet for reform. Men da tankene skulle utformes i detalj, startet spektaklet. Striden i 2010 om gjennomføringen av *Samhandlingsreformen* hadde likheter med striden som pågikk på 1980-tallet.

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven var de ideelle og faglige sider ved helsetjenesten satt i forgrunnen. Men når detaljene skulle utformes, kom lønns- og arbeidsvilkårene – til dels også yrkesgruppenes styringsrett over fagene – i sentrum. Særlig dreide det seg om privat praksis som ervervsform: Skulle legene og fysioterapeutene innpasses i et offentlig styrt og finansiert helsevesen?

Intern strid i profesjonene

Striden foregikk minst like mye internt i Legeforeningen og Fysioterapeutforbundet som i åpent landskap, det vil si mellom hovedpartene: arbeidsgivere og arbeidstakere. Blant sykepleierne og hjelpepleierne – som var og er blant de største yrkesgruppene i primærhelsetjenesten – var det enighet om at helsevesenet burde være et offentlig anliggende, hovedsakelig basert på fastlønnsordninger. Det mente også en del leger og mange fysioterapeuter. Ideen om en egen lov om kommunehelsetjenesten var langt på vei klekket ut av entusiastiske leger, de fleste av dem allmennleger og/eller offentlig ansatte, noen av dem forankret på den politiske venstresiden. Men også blant borgerlige politikere og yrkesutøvere var den alminnelige oppfatningen at når det offentlige betalte det vesentlige av utgiftene til helsestellet, måtte det offentlige også ha rett til å bestemme hvordan pengene skulle brukes og tjenestene organiseres. Profesjonene skulle ikke kunne «stikke

sugerøret ned i statskassen», ble det spissformulert. Så godt som alle toneangivende politikere ønsket å skape klare ansvarsforhold for primærhelsetjenesten – politisk, administrativt og økonomisk – på samme måte som sykehusloven noen år tidligere hadde satt rammene for sykehusdriften. Unntaket var Frps stortingsrepresentanter som ikke ønsket sterkere offentlig styring gjennom en «sosialistisk lov», som partiet ved dets talsmann i Sosialkomiteen i Stortinget, Fridtjov Frank Gundersen, uttrykte det.

Legeforeningen i politisk skvis

Legeforeningen hadde vært prinsipiell motstander av et sterkt offentlig engasjement i primærhelsetjenesten til langt ut på 1970-tallet. Men så skiftet stemningen. På Foreningens landsmøte i Loen i 1977 var det så godt som enstemmig oppslutning om å arbeide for en lov om primærhelsetjenesten. På det tidspunkt ble det holdt for sannsynlig at legene ville få romslige vilkår med staten som arbeidsgiver. Men senere kom det frem at regjeringen (Nordli) også hadde et økonomisk motiv for en sterkere lovregulering av primærhelsetjenesten: Veksten i trygdens utgifter skulle bremses, blant annet ved at sykehusansatte spesialister skulle nektes adgang til trygdefinansiert fritidspraksis. Dertil kom at innføringen av legeruleringsloven provoserte legene sterkt.

Regjeringen Harlem Brundtlands (Brundtland I) forslag til kommunehelsetjenestelov, slik den fremstod i Ot.prp. nr. 36 (1980-81), innebar nok en utfordring til store deler av legestanden. Leger som primært betraktet legeyrket som liberalt, ble særlig provosert. De så på yrket som ett av de såkalte liberale eller frie yrkene, der en drev praksis etter de samme prinsippene som privatpraktiserende tannleger og advokater. Kjennetegn på de liberale yrkene er fri etableringsrett, i prinsippet også fri honorarsetting. Ideene springer formodentlig ut av en tilpasset markedsmodell, bygget på idealet om fri konkurranse. Men idealet lar seg ikke enkelt etterleve når en vesentlig del av honoraret for leger og fysioterapeuter blir betalt av tredje part. Betaler var hovedsakelig det offentlige gjennom trygderefusjon, etter innføringen av kommunehelsetjenesteloven også via et kommunalt driftstilskudd. Fri konkurranse innenfor offentlige budsjetter har sine begrensninger.

Spillet om betalingsordningene i primærhelsetjenesten

Det var flere grunner til at Legeforeningen og den daværende borgerlige opposisjonen gikk sterkt ut mot Ap-regjeringens lovforslag. Dels utfordret lovforslaget idealet om fritt legevalg, dels var det en trussel mot privat praksis, og dels ble regjeringen beskyldt for å ville hindre pasientene i å søke

behandling i andre kommuner enn der de var hjemmehørende. Samtidig innebar forslaget bedre muligheter for å organisere og systematisere primærhelsetjenesten, også den forebyggende delen. Den økonomiske styringen ville bli bedre og den lokaldemokratiske innflytelsen større.

Da Kåre Willoch i oktober 1981 avløste Gro Harlem Brundtland som regjeringssjef, gjaldt det å finne frem til et kompromiss som kombinerte de beste sidene ved forslagene om kommunehelseslov. Samtidig var det henimot utenkelig at en regjering ledet av Kåre Willoch, som selv stod som garantist for moderasjon og økonomisk forsiktighet, skulle tillate bibehold av den gamle ordningen. Den innebar tilnærmet ukontrollerbar vekst og geografisk skjevfordeling av helsebevilgningene. I tillegg gav ordningen ingen mulighet for å måle eventuelle helsemessige gevinster av pengebruken.

Men å kombinere frihet for yrkesutøveren med styringsrett for forvaltningsorganet er ikke lett; kanskje henimot umulig. Legeforeningen, presset av sin stykkprisorienterte fløy, krevde at også de privatpraktiserende legene og «fritidslegene» (sykehusleger som drev privatpraksis i fritiden) måtte få innpass i systemet. Foreningen ønsket derfor at en størst mulig andel av legenes inntekter skulle komme i form av stykkpris, det vil si fra folketrygden og fra pasientenes egenbetaling. Men det kunne ikke kommunene og KS, heller ikke Finansdepartementet, godta. Det ville medføre dårlig styring av økonomien. At det også ville gå ut over det forebyggende helsearbeidet – som ikke var stykkprisbasert og ikke gav rett til refusjon fra trygden, ble ikke brakt på bane av noen av partene.

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) var fornøyd med lovforslaget fordi en pliktig kommunal fysioterapitjeneste ville bety utbygging av behandlingstilbud i små og mellomstore kommuner. Etter den gamle finansieringsordningen hadde det tidligere ikke vært økonomisk grunnlag for å drive fulltids praksis i mange av disse kommunene. Det var én viktig forklaring på at fysioterapeutene var ekstremt geografisk skjevfordelt – enda mer enn legene. Forbundet lyktes med å fremforhandle en avtale som innebar at alle som drev praksis ved lovens ikraftreden i 1984, skulle ha rett til avtale om driftstilskudd.

Dette var imidlertid ikke godt nok for en stor gruppe av medlemmene som meldte seg ut og stiftet Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF). De ønsket ingen «kommunalisering» av tjenesten med de forpliktelser det innebar i form av ferieavvikling, utlysing av hjemler med mer. Ledelsen i PFF beskyldte Fysioterapeutforbundet for å være «sosialistisk», også fordi Forbundet ikke gav dem tilstrekkelig støtte i kampen for driftsavtaler. Utbryterne sloss også mot Sosialdepartementet og KS for å få forlenget den gamle refusjonsordningen. Men de vant ikke frem.

Finansdepartementet og Legeforeningen markerte ytterpunktene

Finansminister *Rolf Presthus* (1936-88) støttet i utgangspunktet KS' syn og skrev i et notat til meg: *«Min finansavdeling vil sterkt tilrå at det velges et system der refusjonsordningen helt er opphevet. Dette er en nødvendig forutsetning for å få budsjettmessig styring. (...)står fast ved at trygdens betaling til leger og fysioterapeuter i sin helhet skjer som rammebevilgning til kommunene, og at kommunene inngår avtaler med legene.»*

Men Presthus ble fort klar over at de økonomiske idealene i hans avdeling var hinsides de politiske realitetene. Han var politisk realist, og snudde i tide. Presthus var også utstyrt med en god porsjon humor, en uvurderlig egenskap for en finansminister som til daglig har til oppgave å si nei når fagstatsrådene trygler om mer penger til sine mange gode formål. En gang jeg var ute i slikt ærend, fikk jeg stukket i hånden et visittkort med sort sørgerand, likt slike som tidligere var i bruk ved begravelser. Teksten på kortet lød: *«Jeg har med største interesse hørt på Deres uttalelser. Aldri har jeg hørt på bekymringer som Deres. Behold dette kort som bevis på min inderligste sympati. Rolf Presthus, finansminister.»*

Mange stortingsrepresentanter, spesielt i Høyres gruppe, hadde sympati for Legeforeningens krav etter at de hadde mottatt henvendelser – mer eller mindre organiserte – fra leger og høyremedlemmer som advarte partiet mot «å sosialisere legestanden». Legeforeningen gikk langt i sin lobbyvirksomhet. Ledelsen oppsøkte så vel statsministeren som meg hjemme på kveldstid – i håp om å få gehør for sine krav.

Willochs columbi egg

Etter at flere modeller var drøftet mellom partene, lanserte statsminister Willoch selv – i samråd med meg – et kompromiss i form av en tredelt løsning. Den innebar at legenes inntekter skulle komme fra tre hold: En fastlønns- eller avtaledel (driftstilskudd) fra kommunen for bestemte tjenester legen var forpliktet til å yte, en stykkprisdelt utbetalt fra trygden, og endelig en del i form av egenbetaling fra pasienten. Modellen vant etter en tid prinsipiell tilslutning i den borgerlige flertallsfraksjonen i Stortingets sosialkomité. I Legeforeningen var noen tilhengere av fastlønnsordninger, andre av stykkpris. Etter flere diskusjonsrunder aksepterte Foreningen omsider prinsippet om en avlønning etter tredelingsprinsippet, men reiste samtidig krav om at fastlønnsdelen bare skulle utgjøre 20 prosent, maksimalt 30 prosent, av legenes samlede inntekt. Det ville ikke KS høre snakk om. Men også KS måtte fire på kravene dersom det skulle bli en løsning.

For legenes del ble resultatet at prosentfordelingen mellom de tre inntektskildene til de såkalte «avtalelegene» (leger som inngikk avtale med kommunene om praksis), 40 prosent fra kommunene som driftstilskudd, 25 prosent i form av trygderefusjon og 35 prosent som egenbetaling fra pasientene. Leger som ikke hadde avtale med kommunen, og «fritidslegene» skulle også ha rett til samme trygderefusjon som «avtalelegene».⁴ Resultatet for fysioterapeutenes del ble 40 prosent driftstilskudd, 20 prosent trygderefusjon og 40 prosent egenbetaling.

Fordelingen mellom de tre inntektskildene var et kompromiss som delte fordeler og ulemper mellom partene på en slik måte at alle ble litt fornøyd i tillit til at motparten hadde grunn til å være misfornøyd. Diskusjonen gikk høyt da resultatet forelå. Noen leger og fysioterapeuter gikk sterkt ut for å forsvare næringsinteresser som de begrunnet med høyverdige politiske prinsipper. På motsatt fløy hevdet andre at deres standpunkter sprang ut av folkeviljen og behovet for samfunnsmessig styring. Men i forhandlingene og de utallige avisfeidene som utspant seg, var det ingen som i nevneverdig grad berørte forebyggingen, hvordan den skulle avlønnes eller belønnes. Det passet ikke sånn. Det som først og fremst skulle være en helsereform som satte forebyggingen i høysetet, endte i en strid om legenes og fysioterapeutenes avlønningssystem.

Politisk maktspill og mistillitsforslag fra SV

Kommunehelseloven skulle etter forutsetningen tre i kraft 1.januar 1984. På det tidspunkt skulle forhandlingene om avtalene mellom kommunene og legene være avsluttet, likeså mellom fylkeskommunene ved KS og legene i spesialisthelsetjenesten.

Partene kom omsider frem til enighet om en avtale, men den ville ikke alle kommunene og fylkeskommunene godta. Flere av dem, især de som var ledet av Arbeiderpartiet, Sp eller KrF, gikk imot forhandlingsresultatet. De krevde større styringsrett og forlangte nye forhandlinger, et krav som stilte deres egen forhandlingsorganisasjon KS i forlegenhet. I en periode var stemningen amper. Situasjonen var uoversiktlig og tiden frem til gjennomføringen av loven var knapp. Opposisjonen utnyttet situasjonen maksimalt med spørsmål i Stortinget og «opprør» innenfor KS.

4 Riktigere er det å si at det er pasientene, og ikke de avtaleløse legene og «fritidslegene» som derved ble «subsidiert» av trygden med 25 prosent av honoraret. Arbeiderpartiet gikk forøvrig sterkt imot at disse pasientene skulle motta trygdestøtte, og argumenterte med at ordningen ville undergrave det nye systemet. Argumentasjonen hang ikke helt sammen fordi partiets representanter samtidig advarte mot utviklingen av et «topris-system» som skritt på veien mot privatisering av helsetjenesten.

SV så muligheten for et politisk kupp og stilte mistillitsforslag til Sosialministeren i Stortinget. Jeg følte meg politisk presset og hadde en åpenhjertet samtale med fungerende departementsråd *Jan Madsen* (1925-2012). I likhet med Presthus hadde Madsen en underfundig humor og var dessuten en god samtalepartner og støttespiller når det blåste som verst. Like før jeg skulle gå til Stortinget der mistillitsforslaget var til behandling, gav han meg en håndskrevet lapp der det stod: «*For ordens skyld vil jeg nevne at tekstordet i dag som er hentet fra Luk. 10, 17, lyder slik: «Til og med onde ånder adlyder oss når vi nevner ditt navn».*

Stortingsrepresentant *Hanna Kvanmo* (1926-2005), SVs daværende leder, var i likhet med meg, født og oppvokst i Harstad. Under oppveksten bodde hun og hennes mor i Strandgaten vis à vis min familie. Hun var seks – syv år eldre enn meg, og fungerte en kort tid som trillepike for meg. Da vi igjen møttes på Stortinget og striden gikk som hardest om kommunehelsetjenesteloven, var det hun som stilte mistillitsforslaget. Forlaget fikk imidlertid bare partiets egne to stemmer. Etter avstemningen kom hun bort til meg og sa – med glimt i øyet: «*Hadde æ vesst ka' det skulle bli a' dæ, hadde æ trilla dæ utførr kaia!*»

Tidspunktet for iverksettelsen av loven måtte utsettes i tre måneder når det gjaldt betalingsordningen for legetjenester. Debatten gikk høyt i avisene, representantene stilte spørsmål i Stortinget, og regjeringens støttespillere i Stortinget begynte å tvile på om det var mulig å få avtalene i havn i tide. Det gikk – med et skrik. Men skriket gjaldt heller ikke denne gangen det forebyggende helsearbeidet. Fortsatt var den liberale yrkesutøvelsen, stykkprisen, avtalesystemet og etableringsretten de overordnede spørsmålene i debatten. Ennå i dag, tretti år etter, er det disse og liknende spørsmål som angir tonen i debatten, nå i striden om Samhandlingsreformen og Fastlegeforskriften.

Litteratur

1. Berg, O: *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltningsutvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning.* Rapport fra Helsetilsynet 8/2009.
2. Heløe, L. A.: Ambivalent samhandlingsreform. *Nytt norsk tidsskr* 2011; 4: 405-13.
3. *Lov om sykehus m.v. av 19. juni 1969* (Sykehusloven).
4. *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982* (Kommunehelsetjenesteloven).
5. *Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992* (Kommuneloven).
6. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm av 24. juni 2011* (Helse- og omsorgstjenesteloven).
7. Nordby, T.: *Karl Evang. En biografi.* Aschehoug. Oslo 1989.

8. NOU 2000:22: *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.*
9. Ot.prp. nr. 36 (1980-81): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*
10. Ot.prp. nr. 66 (1981-82): *Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene.*
11. *Plan- og bygningslov av 14. juni 1985.*
12. Schiøtz A.: Fagstyrets vekst og fall – fra helseadministrasjonens historie 1800 -1983. *Michael* 2007; 4: 73 – 87.
13. Skaset M.: *I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945 – 2000.* Doktoravhandling Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo 2006.
14. Slagstad, R.: Helsefeltets bakspillere. Kommentartittel. *Morgenbladet* 2012; nr.25: 6-8.
15. St.meld. nr. 31 (1974-75): *Om mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen.* Kommunal- og Arbeidsdepartementet.
16. St.meld. nr. 26 (1983-84): *Om et nytt inntekstsystem for kommunene og fylkeskommunene.* Kommunal- og Arbeidsdepartementet.
17. St.meld. nr. 85 (1970-71): *Om helsetjenesten utenfor sykehus.* Sosialdepartementet.
18. St.meld. nr. 9 (1974-75): *Sykehusutbygging m.v. i et regionalt perspektiv.* Sosialdepartementet

Leif Arne Heløe

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)

Gaustadalléen 21

N-0349 OSLO

Leif.Heloe@nibr.no

*Innlegg på seminaret «30 år siden vi fikk kommunehelsetjenesteloven»,
Helsedirektoratet 19. november 2012.*

Den evangske orden og dens forvitring¹

Michael 2013; 10: 149–197.

Karl Evang (1902-81) var norsk helsedirektør fra 1938 til han gikk av for aldersgrensen i 1972. Mer enn noen annen enkeltperson i moderne tid formet han utviklingen av norsk helsevesen. Men Evangs «orden» var på mange måter dømt til forvitring. Det hang sammen med at den var medikratiske, og var utsatt for et voksende press fra viktige andre styringsregimer. Evangs «orden» ble ekstra utsatt for forvitring fordi den representerte et folkehelsemedikrati, og ikke et ekte medisinsk, klinisk, medikrati. Han skjøv store deler av klinikken fra seg. I dag er medikratiske ideer, både i Evangs og andres utgaver, overalt på defensiven. De kommer imidlertid stadig til uttrykk, ikke minst som kritiske reaksjoner på dagens styrende og ledende praksis. De reflekterer ønsket om å bevare noe av legens frihet, friheten til å skreddersy, og dermed også muligheten til å sette spor etter seg. Karl Evang satte spor etter seg, og bidro til at også andre fikk gjøre det.

Medisinalforvaltningen, hvor medikratiske?

Karl Evang (1902-1981) ble utnevnt til medisinaldirektør den 23. september 1938, samme dag som han ble AIF-mester i tennis. Regjeringsorganet Arbeiderbladet slo utnevnelsen opp over mye av nederste halvdel av første-siden. Over bredden dominerte nyheten om Hitlers innmarsj i Sudetenland. Assistentlege ved Sentralkontoret i Statens arbeidstilsyn, og primus motor i Sosialistiske Lægers Forening, Karl Evang, var ennå ikke fylt 36 år da han ble utnevnt. Da han formelt tiltrådte, den 1. desember, var han imidlertid fylt 36. Den som hadde fungert i embedet siden medisinaldirektør Nils Heitmann døde på vårparten, Harald Bjelke (1900-1997), hadde da ryddet sitt skrivebord og dratt til Moss. I samme statsråd hvor Evang ble utnevnt

¹ Artikkelen baserer seg i stor grad på mitt første bind av norsk helseforvaltnings historie: *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning*. Rapport fra Helsetilsynet 8/2009.

til medisinaldirektør ble Bjelke, oppgitt over det han mente var en forbigåelse,² utnevnt til fylkeslege i Østfold.

Evang ble sittende i embedet til han fylte 70 år, den 19. oktober 1972. Da gikk han, motvillig, av – og hadde altså vært medisinal- og helsedirektør i nesten 34 år. Han fungerte ikke som medisinaldirektør i Norge under krigen, men ledet norsk helseforvaltning utenfor Norge fra London. Trekker man fra de fem krigsår, fungerte han altså som norsk medisinal- og helsedirektør i 29 år. Ingen andre hadde sittet så lenge heller. Tar vi med alle medisinalledere, altså også «byråkratene», er den som kommer nærmest Jacob E. Schandorff (1775-1842). Han ble utnevnt til byråsjef og sjef for medisinalkontoret i 1815 – da det medisinsk ledede Sundheds-Collegiet ble nedlagt. Schandorff, som var farmasøyt, ble sittende til 1844, altså i 29 år. Etter Schandorff kommer medisinaldirektør Michael Holmboe (1852-1918). Han satt fra 1893 til han døde i 1918, altså i 25 år.

Helt fra det frie Norges første år var det dragkamp om hvordan medisinalforvaltningen skulle organiseres. De aller fleste av legene mente i begynnelsen at medisinalforvaltningen burde ha sin primære forankring i medisinen, enten i det vi kaller preklinikken, altså den forebyggende og helsefremmende del av medisinalvesenet, eller i klinikken. Den forankringen burde de beholde. Deres forvaltningsembeder skulle nærmest ha karakter av å være hverv. Ordningen med et sunnhetskollegium passet da bra. Her kunne legene, og noen andre, møtes til regelmessige møter hvor beslutninger kunne fattes. Til å hjelpe seg kunne de ha en sekretær, og etter hvert et sekretariat. Slik kunne legene opprettholde sin virksomhet som leger. Det var jo med den virksomheten som utgangspunkt de skulle fungere som forvaltningsmenn: Å forvalte var i hovedsak å fatte beslutninger hvis primære grunnlag måtte være medisinsk-etiske og faglige overveielser. Jus og annen styringsfilosofi måtte der taes hensyn til, men det fordret normalt ikke stort mer enn erfaringsbasert klokskap. Det sentrale var jo også at såvel jusen som annen styringstenkning hele tiden ble tilpasset de medisinske formål. Medisinalforvaltere burde altså, mente legene, være i en slags heisposisjon: De skulle pendle mellom sine primære oppgaver i den livgivende medisin og sine oppgaver som forvaltere. Som forvaltere burde de ikke ha noen over seg, og spesielt ikke tradisjonelle og «sekulære» forvaltningsmenn, i praksis var det lenge jurister. Legene kunne imidlertid ikke vente at de skulle få en helt selvstendig «dikterende» rolle. De slo seg derfor til ro med at de skulle «rapportere» til Makten. Gjennom en betydelig del av det 19.

2 Påstanden er basert på samtaler med Bjelkes sønn, Erik (29.10. 2008) og Jarle Ofstad (f. 1927) (6.2. 2009), som var assistentlege hos (fylkeslege) Bjelke fra 1953 til 1954, og som hadde flere samtaler med Bjelke om det som skjedde i 1938.

århundre var det Kongen. Siden ble det Regjeringen og etter hvert Statsråden.

Jeg har pleid å kalle denne legebaserte styrings- og forvaltningsformen for *medikratiske*. Norsk medisinalforvaltningshistorie er i stor grad en historie om medikratiets rolle.

Fra første stund av var det en dragkamp mellom ulike prinsipper, i første rekke medikratiske, rettsstatlige og det jeg kaller «politokratiske» – det vil etter hvert si demokratiske – for ordning av forvaltningen. Gradvis, men særlig etter krigen, kommer også det nyttestatlige prinsipp til. Jeg skal i det følgende redegjøre nærmere for hvordan den sivile norske medisinalforvaltning fungerte under den mest medikratiske epoke i norsk helseforvaltnings historie, nemlig årene fra 1945 til 1972. Denne perioden har en forløper i den nazistiske forvaltningen. Spesielt fra sommeren 1941 var den formelt nokså medikratiske: For korporativt tenkende nazister var fagstyre en naturlig styreform. Perioden har også en forlengelse, nemlig tiden fra Evangs avgang til delingen av Helsedirektoratet i 1983. Om den nazistiske ordningen skal jeg ikke si meget. Jeg skal derimot si litt om den etter-evangske periode, Torbjørn Morks (1928-1992) første periode, nemlig hva angår ordningen av almenhelsevesenet.

Før jeg tar for meg Evangs tid, skal jeg si litt om forhistorien – den lange dragkampen. Jeg skal så ta for meg fremveksten og oppbyggingen av den evangske medikratiske orden, grovt sett perioden fra 1945 til 1955. Jeg fortsetter med denne ordens gradvise forvitring, altså perioden fra 1955 til 1972, og avslutter med å si litt om hvordan forvitringen fortsetter i årene etter Evangs avgang. Jeg gjør det med referanse til den sak som Evang etter sin avgang, og så lenge han var istand til det, var mest opptatt av, nyordningen av almenhelsevesenet.

Men aller først skal jeg si litt om grunnlaget for medikratiet – det tradisjonelle medikrati. Det sier noe om grunnlaget for Evangs og andre legers krav om at lederstillinger i medisinalvesen og klinikk måtte være medisinske «heisstillinger».

Medikratiets logikk

Medisinsk praksis har sitt viktigste normative utgangspunkt i helse, den annens helse – eller personlig-altruistisk helse, og «alles» helse – idealistisk helse. Disse utgangspunkter har fra gammelt av hatt både et «objektivt» og et «subjektivt» grunnlag. Det objektive grunnlag var og er formelle etiske regler og, blant leger, alment anerkjent, og nedskreven, faglig kunnskap. Det subjektive grunnlag var, og er, det personlig og kollegialt erfaringsbaserte etiske og faglige skjønn som utvises når leger handler i konkrete prekliniske

og kliniske situasjoner. I disse tilfeller dreier det seg både om måten leger tar den objektive etikk og det objektive fag i besittelse på og den måten de «føyer noe til» på når de anvender etikken og faget.³ Det er denne subjektive og praktiske del av medisinen som gjør at leger som leder, og det omfatter også styrer og forvalter, «må» sitte i en heisposisjon: De trenger stadig nærhet til praksis for å kunne styre og lede på en måte som betyr at de tjener fagutøvelsen og dens etikk på en mest mulig følsom måte. Bare gjennom den stadige nærhet til fagutøvelsen kan de makte å gjøre sin leder(bi)gjerning til det jeg vil kalle en *meta-* eller *epimedisinsk* virksomhet. Det bør føyes til at den objektive etikk og faglighets ekspansjon, særlig siden begynnelsen av 1990-årene, og parallelle forvitring av den subjektive etikk og faglighet, betyr at grunnlaget for å kreve legelig ledelse i pre/klinikken og helsestyringen og –forvaltningen svekkes: Det er altså i dag medisinen egen utvikling som er mest truende for det tradisjonelle medikrati. Det nye medikrati, hvis man kan kalle det det, er et medikrati som er tilpasset og underordnet nyttestatligheten, eller nyttestyringen.

Jeg skal også føye til at det subjektives eksistens tillike er det egentlige grunnlag for legers krav om pre/klinisk autonomi. I en rent «objektiv» helseverden er legens rolle helt heteronom: Legen er her blott en utfører.

For så vidt som historien er slik – det objektive vokser og det subjektive krymper, eller krympes – betyr det også at den evangske orden, medikratisk som den var, var dømt til å bli overskredet. Ved å forutskikke noe av historien – vekst- og forvitringshistorien – har jeg for så vidt også sagt at overskridelsen av det evangske livsverk begynte å gjøre seg gjeldende circa halvveis gjennom hans direktorale virkeperiode.

Det ligger i den medikratiske forståelse at medisinen oppdrag har en nærmest selvbegrunnende status: Helse er et autotelisk, et selvbegrunnende, gode – selv om det også har et heterotelisk innslag. Helse er, som økonomene sier, et mulighetsgode («an opportunity good»), en betingelse for å kunne nyte eller realisere andre goder. Men i den grad medisinen normative grunnlag er slik, altså et konsensusgrunnlag, skal medisinen ha en betydelig grad av frihet også til å «diktere» andre, andre yrkesgrupper (som assistenter), pasienter og samfunnet for øvrig. Det er denne diktatretten som gjør at for eksempel medisinaldirektøren «i det minste» må ha direkte adgang til primærmakten. Men medikratisk sett er der en begrensning her. Den er knyttet til beslutninger om helseverdiens relative vekt:

3 Dette skillet mellom det «objektive» og det «subjektive» kan man si har meget til felles med Daniel Kahnemans skille mellom rask (intuitiv) og sakte (skritt-for-skritt-preget) tenkning. Kfr. hans *Thinking, Fast and Slow*, New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.

Prioriteringsspørsmålene er det, også medikratis sett, riktig at Makten avgjør – dog kan det for Makten være hensiktsmessig å delegere avgjørelsesmyndigheten til medisinenes folk jo mer individualiserte og konkretiserte avgjørelsene er. Det er slik sett, også medikratis sett, naturlig at de legelige lederes og praktikeres dikteringsrett, og frihet, er betydelig større i klinikken enn i preklinikken og også større i den del av preklinikken som krever de mest utpregede medisinske tiltak enn i den del som gjelder almenpolitikken.

Det lange «forspill». Dragkampen mellom medikrati, rettsstatlighet og legmannsstyre

Utviklingen frem til 1940

Enevoldsforvaltningen (fra 1660) var basert på kollegier – råd som skulle bistå Kongen. Under det øverste kollegium, statskollegiet – fra 1772 Geheimestatsrådet – var det fire kollegier, ett av dem var det brede Kanselli-kollegiet, etter hvert kalt Det Danske Kanselli. Fra 1800 ble dette «innenriksdepartement» inndelt i fire, siden fem, departementer. Sunnhetsforvaltningen var lagt til det tredje av disse departementer, egentlig et justisdepartement. Et medikratis organ, først det medisinske fakultet i København, fra 1740 Collegium Medicum (til ca. 1785) og fra 1803 Sunnheds-Collegiet, spilte en rådgivende rolle overfor Kanselliet, men fikk ikke selvstendig forvaltningsmyndighet. Med den egenerelle modernisering ble Kongens posisjon svekket fra annen halvdel av det 18. århundre, og en mer forutsigbar, det vil si, rettsstatlig forvaltning vokste frem. Staten ble slik mer og mer en juriststyrt stat, en embedsmannsstat – *ein Beamtenstaat*, og legeselvstyret fikk trangere kår. Da Norge, fra 1814, men særlig fra midten av 1820-årene, innenrikspolitisk ble et nesten helt selvstendig rike, ble dette juristpregede embedsmannsstyre mer uttalt enn i Danmark, og for så vidt alle andre moderniserende land.

Den britiske blokaden av Skagerak under napoleonskrigene gjorde at Norge ble avsondret fra Danmark og derfor at kong Frederik VI måtte utnevne en stedlig forvaltning i Norge. Som en del av denne fikk landet i 1809 et et medisinsk dominert sunnhetskollegium, et kollegium som forvaltet sunnhetsvesenet nokså selvstendig frem til 1814, og som fra 1814 rapporterte direkte til Kongen, ved sin decanus (professor og generalkirurg Magnus Andreas Thulstrup (1769-1844)). Norsk helseforvaltning startet på denne måten nokså medikratis. Den første medikratiske perioden tok imidlertid slutt allerede i 1815, og norsk sunnhetsforvaltning ble lagt til et av de nye departementer, det tredje. Medisinen og sunnhetsvesenet ble slik underordnet det nye, rettsstatlige regime i Norge.

Som øverste medisinalforvaltningsorgan fikk Norge i 1815 et medisinalbyrå, plassert i litt forskjellige departementer. Denne byråkratiske ordningen ble beholdt, til tross for et betydelig press fra medisinsk hold, spesielt fra Det Norske medicinske Selskab, stiftet i 1833 (først som Lægeforeningen i Christiania, fra 1847 som MS), helt til 1858. Kontoret ble som nevnt ledet av farmasøyten Jacob Schandorff frem til 1844; da overtok juristen Wilhelm Jürgensen (-1854), som igjen ble etterfulgt av Otto Kaltenborn (-1862). Legene var imidlertid ikke satt helt på sidelinjen. Da Sunnhetskollegiet ble nedlagt, ble den sure «pillen» dét var for legene, sukkret ved at Det medisinske fakultet – etter enevoldsmønster – fikk rollen som faglig rådgivningsorgan overfor Departementet.

I 1857 gav Stortinget, etter flere års påtrykk fra Departementet for det Indre, i noen grad etter og valgte å opprette et embede som ekspedisjonssjef for medisinalvesenet. Norsk helsevesen gikk slik inn i en semi-medikratiske fase som skulle vare frem til 1892. Men denne medikratiseringen var ikke bare en følge av (flertallet av) (elite)legenes press. Legene ble en slags gratispassasjerer på det bredere teknisk-industrielle gjennombrudd som nå skjedde: Det nye, industripregede samfunn, ble mer avhengig av teknisk ekspertise. Slik ekspertise krevdes også i departementene, og det kom nå embeder for ekspedisjonssjefer – delvis på siden av den juridisk pregede forvaltning ledet av en ekspedisjonssekretær – for teknisk rettede avdelinger. Medisinalforvaltningen fikk slik også en ekspedisjonssjef. Den første, og for så vidt siste, var hygienikeren Thorvald Christian Kierulf (1823-1874). Han tiltrådte i 1858 og satt i embedet til han døde i 1874. Men gjennom den gamle, juristpregede medisinalforvaltningen, som ble beholdt, fikk medisinalforvaltningen et halvt todelt preg. Todelingen gikk imidlertid nå, i motsetning til i forrige periode, i medisinsk favør.

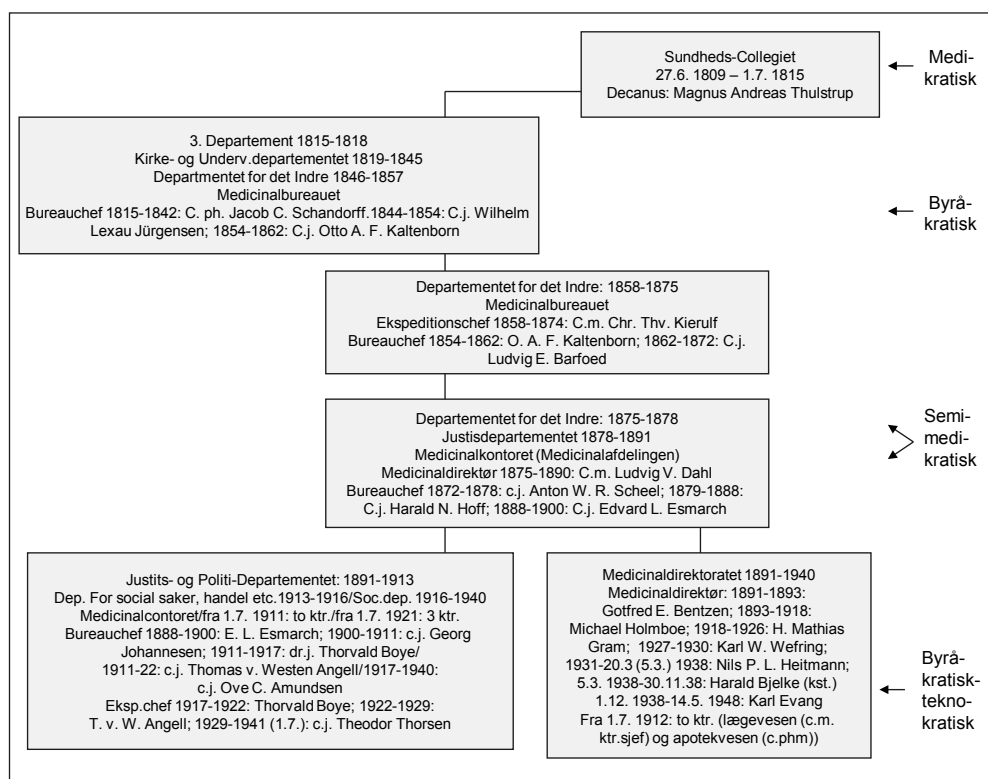
Denne tendensen ble for så vidt forsterket da psykiateren Ludvig Wilhelm Dahl (1826-1887) etterfulgte Kierulf. Embedet ble nå gjort om til et medisinaldirektøreembede. Opposisjonen på Stortinget hadde villet flytte direktøren ut og la ham få et eget direktorat, men Regjeringen klarte å hindre det, blant annet med (det taktiske) argumentet at en indre løsning var billigere. Opposisjonen var ikke spesielt medikratiske innstilt, men ville svekke Regjeringen ved å flytte mest mulig av de mer eller mindre nye teknisk pregede fagetater ut av den juridisk dominerte departementsforvaltningen. Regjeringen måtte imidlertid gi noe etter, noe som fremgår av Medisinaldirektørens instruks. I instruksens paragraf 2 heter det at

«Af det civile Medicinalvæsen vedkommende Sager, som hidtil ere blevne afgjorte af Departementet, afgjør Medicinaldirektøren med selvstendig Myndighed dem, som Kongen til enhver Tid bestemmer, og udferdiger i eget Navn og under eget Ansvar de dermed forbundne Expeditioner».

I paragraf 3 heter det:

«I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Medicinaldirektøren ikke er bemyndiget til selvstendig at afgjøre, forestaar han under Departementsschefen deres Behandling i og Expedition fra Departementet».

Den halvt medikratiske orden fra 1858, ble altså nå, fra 1875, gjort enda litt mer medikratisk. Medisinaldirektøren kom i en dobbelstilling – han skulle være både medisinaldirektør og ekspedisjonssjef, og hadde, eller tok seg, i praksis en viss frihet til å bestemme når han skulle være det ene og når han skulle være det annet. Dahl, Torbjørn Morks «helt», ble da også en kraftfull og selvstendighetsbevisst medisinaldirektør. Han ble en slags forløper og modell for Evang, selv om Evang ikke, som Mork, holdt ham frem som sådan. Allerede i 1878 ble imidlertid medisinalforvaltningen flyttet fra «moderniseringsdepartementet», Departementet for det indre, til det fagstyreskeptiske Justis- og politidepartement. Det var et lite varsel om hva som skulle komme. Etter at Stortinget i 1884 «erobret» regjeringen, og slik også departementene, ble politikernes, spesielt venstrepolitikernes, ønske om å selvstendiggjøre fagforvaltningene svekket. De gamle byråkrater, juristene, kunne slik få oppleve den glede at litt av «deres» embedsmannsstat kunne få en ny mulighet – blant annet på det medisinalområde. I 1890 døde Dahl og anledningen ble benyttet, like meget av juristene i forvaltningen som av deres oppdragsgivere, politikerne, til å flytte Direktoratet ut av Departementet, men la «byråkratene» bli sittende igjen i Departementet i en egen medisinalavdeling (til dels ennå kalt kontor). Fra 1891, da nyordningen trådte i kraft, fikk altså igjen legene et lag av byråkrater, altså jurister, mellom seg og Makten. Norsk medisinalforvaltning gikk inn i en ny, mer rettsstatlig, preget orden. Den skulle vare helt frem til Den annen verdenskrig, ja, formelt til sommeren 1941. Ingen av dem som i denne perioden ble medisinaldirektør, Gotfred Bentzen (1891-1893), Michael Holmboe (1893-1918), Harald Mathias Gram (1918-1926), Karl Wilhelm Wefring (1926-1930) og Nils Heitmann (1930-1938), gjorde noe for å få tilbake den mer medikratiske styreformen. Der var dog en unntagelse, den siste, eller nest siste, Karl Evang. Han tiltrådte, som nevnt, senhøstes 1938, men hadde vinteren 1938, på vegne av en komite oppnevnt av Sosialistiske Lægers Forening, i praksis Evang selv, levert en innstilling om den sivile medisinalforvaltnings orden. Evang og komiteen foreslo å samle Direktoratet og Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet, med Medisinal-



Figur 1: Den sentrale helseforvaltning makro organisering, 1809-1940

direktøren som sjef – i en dobbelstilling, og altså slik at Direktøren hadde direkte tilgang til Statsråden. Evangs sterkeste konkurrent til direktørembedet i 1938, Harald Bjelke – kontorsjefen i Direktoratet, og den som var konstituert i embedet – var ingen eksplisitt medikrat, og ville gjerne ha fortsatt med den ordningen man hadde hatt siden 1893. Men Regjeringen valgte altså, som vi har sett, den i denne sammenheng nokså uerfarne assistentlege Karl Evang fremfor den mer erfarne medisinalforvalter, eller en fylkeslege, men uten at den derved bevisst gikk inn for medikratiet.

I figur 1 er det gitt en skjematisk oversikt over utviklingen av medisinalforvaltningen i Norge fra 1809 til 1941.⁴

4 Figuren er tatt fra min *Spesialisering og profesjonalisering*. Op. cit., s. 60.



*Karl Evang,
ca. 50 år*

Krigstiden

Evang fikk ikke gjort noe med medisinalforvaltningen før krigen kom; ja, han forsøkte ikke engang å gjøre noe. Han flyktet med Regjeringen til London og bygget der opp en egen utenlandsforvaltning, med kontorer i Stockholm (Hans Jacob Ustvedt (1903-1982)) og Washington (fru, dr. Gerda Evang (1905-1985)). Den ble selvsagt integrert. Mens han satt i utlendighet planla han imidlertid både helsepolitiske og forvaltningsmessige initiativ. Hva det siste angikk, ville han selvsagt fortsette etter krigen med en integrert forvaltning. Han ville ha et helsedirektorat og han ville selv bli helsedirektør; medisinaldirektørstillingen skulle bort: Forvaltningen burde, mente han, ha et navn som reflekterte hele medisinalvesenets formål, helse, og ikke bare var et navn på det vesen som skulle realisere dette formål. Man kan si at dette var et uttrykk for Evangs brede begrep om helse: Han ville ha en rolle som gjorde at «alt» som kunne virke inn på helsetilstanden tilhørte «hans» domene. Da var betegnelsen «medisinalvesen» for snever; den gav inntrykk av at bare leger var ansvarlige for å sørge for befolkningens helse. Men vi kan også si det slik: Den gamle betegnelsen var for sykdoms- og for lite helseorientert. Vi skal komme tilbake til dette poenget nedenfor.

Men nazistene kom Evang i forkjøpet. Korporatismen og det organiske syn på samfunnet stod sterkt innen nazismen, men særlig innen den italienske fascisme. Ved å organisere samfunnet etter næring eller sektor, altså på tvers av den vertikale spenning, eller klassespenningen, kunne man skape et mer organisk integrert samfunn. Nazistene, eller fascistene, så på fagstyret

som en slik korporativ orden, og gikk straks inn for det. Som Thorleif Dahm Østrem (1898-1980), den nye medisinaldirektør, skrev i en artikkel i «Tidsskriftet»: «Nasjonal Samling, som overalt går inn for fagstyre, har da også under omdannelsen av medisinalvesenet fulgt dette sitt prinsipp».⁵

Under nazismen fungerte den imidlertid ikke egentlig organisk. De korporative ideene ble kombinert med et svært hierarkisk styresett, et styresett som sprang ut av den mer tyske enn italienske ideen om førerstyre. Nazistenes styreform ble derfor, på det medisinalområde, et autoritært fagstyre, eller medikrati. Nevrologen og psykiateren Thorleif Dahm Østrem ble altså høsten 1940, litt motvillig, utnevnt til medisinaldirektør. 1. juli 1941 ble så Direktoratet og Medisinalavdelingen formelt slått sammen til en helseavdeling i (det nye) Innenriksdepartementet, og med Østrem som sjef, og fortsatt selvsagt, med fagtitelen medisinaldirektør. Medisinalavdelingens selvbevisste, og utpreget rettsstatlig innstilte, sjef siden 1929, juristen Theodor Gerhard Thorsen (1878-1958) ble samtidig pensjonert (63 år gammel).

Evang trivdes i London, og i det internasjonale miljø. Han var også i USA og traff der likesinnede innen «public health»-miljøet. Krigen gjorde Evang anglofil og forsterket hans folkehelseinnstilling. Han trivdes svært godt med de litt sosialradikale, og nesten helseaktivistiske, folkehelsefolkene. Det var dem han skulle arbeide videre med etter krigen, da WHO ble dannet, og da folkehelseentusiastenes vyer ble utkrystallisert i den formelen det vide helsebegrepet utgjorde. Allerede under krigen begynte han å få norske leger til amerikanske folkehelseskoler. Etter krigen brukte han disse skoler aktivt for å oppdra «sine» folkehelsefolk.

Evang var svært aktiv i utlendigheten. Han la omfattende planer for fremtiden. Han skulle bygge et nytt direktorat, skaffe seg sitt «public health team» og fornye både almen- og spesialisthelsevesenet. I tillegg skulle han, som vi har sett, være med på å bygge opp et slags globalt helseregime. Alt avhang imidlertid av at han kunne få det som han ville med Direktoratet. Han kunne ikke være sikker, for politikerne var ikke helt til å stole på. I 1938 hadde han gått inn for at det burde komme et eget helsedepartement. Også Østrem hadde foretrukket et eget departement. Nå, mens krigen, raste, var Evang kommet i tvil. Han var usikker på om det var heldig «direkte å trekke også helsespørsmålene inn i partipolitikken». Det ville kanskje, føyer han til, «være gunstigere om en oppbygging av helsestellet kunne skje

5 Thorleif D. Østrem, «Nyordningen i den sentrale medisinaladministrasjon», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, årg. 61, 1941, s. 752 (hele artikkelen: s. 751-755).

på samlet grunnlag etter krigen, d.v.s. minst mulig farvet av partipolitikk».⁶ «På samlet grunnlag» var nok i første rekke på Karl Evangs grunnlag. Han hadde nå erfart at han fikk det mer som han ville med en sosialminister som også måtte være opptatt av andre saker, og slik kunne la ham drive med helsepolitikken på «egen hånd». Helsepolitikken burde ordnes på et mer «rasjonelt» (enn politisk) grunnlag, mente han. Hans erfaringer med krigens sosialminister, husmannssønnen fra Nord-Trøndelag, Sverre Støstad (1887-1959), var nok med på å prege hans tenkning i så henseende. Den folkeskoleutdannede Støstad vantrivdes i London, mens den på alle måter selv-sikre Evang briljerte. Støstad følte seg liten i møtet med den belevne Evang. I et brev til sin kone Gerda, skriver Evang en gang at Statsråden, «halvt spøkefullt og halvt alvorlig», hadde uttalt: «Som bekjendt er Medisinaldirektoratet underlagt Sosialdepartementet. Dette er imidlertid bare tilsynelatende. Det motsatte er tilfelle». Evang fortsatte, triumferende: «Monseborn (kjælenavn på hustruen), det vil kanskje interessere deg at han også ville ha det slik, og så vet han at når han vil noe, så blir det gjennomført. Det er ikke noen vei utenom».⁷ Evangs tid i London ble kanskje hans største. Da fikk han utfolde seg som han aldri egentlig fikk siden. Han var handlekraftig, men han var også tankekraftig: De store tanker om utviklingen av norsk «helsestell» utviklet han her. Langt på vei ble det imidlertid med tankene. De ble i beskjeden grad gjort om til praksis.

Men alle hans planer var avhengig av at han fikk det som han ville med sitt direktorat, altså at han kunne fortsette som han hadde drevet «under» Støstad. Det holdt en stund på å gå helt galt. 1. mai 1944 sendte «Kretsen», Hjemmefrontens ledelse, et forslag til London som gikk ut på at forvaltningen skulle fortsette etter krigen som den hadde vært før krigen. Hjernen bak forslaget var juristen og økonomen Gunnar Jahn (1883-1971), fetter til Evangs mor. Regjeringen sluttet seg til forslaget (15.9.44). To måneder etterpå kom det kontrabeskjed fra Norge. Det første forslaget måtte betraktes bare som et forslag. Nå kom det et nytt, et forslag som gikk ut på at den nazistiske samlingen av medisinalforvaltningen skulle beholdes. Forslaget var utformet av den gamle prisdirektør, og fagstyremann, Wilhelm Thagaard (1890-1970). Evangs «filleonkel», Jahn, var nå havnet i fengsel, men hadde, før det skjedde, reagert på Thangaard og andres fagstyreplaner for forvaltningen. Paul Hartmann (1878-1974) skriver i sin dagbok (17.2.45) at Jahn mente «Thagaard arbeidet for en slags fascistisk stat med seg selv på toppen».

6 Karl Evang, *Utkast til en plan for folkehelse og helsestell i Norge etter krigen*, del to, s. 5. Manuskriptet finnes i Evang-samlingen i Statens helsetilsyns bibliotek. (Del én omhandlet krigens virkninger på folkehelsen.)

7 Sitert etter Trond Nordby, *Karl Evang. En biografi*, Oslo: Aschehoug, 1989, s. 106-107.

Men ved å arrestere Jahn «reddet» altså tyskerne Evang, og den «tyske» ordningen av medisinalforvaltningen. Regjeringen sluttet seg til det thagaardske opplegg, men først den 8. mai 1945. Beslutningen fikk denne ordlyd:

«Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat. Forholdet mellom Helsedirektoratet og departementet gjøres til gjenstand for særskilt utredning. Inntil videre skal Helsedirektøren selv foredra alle direktoratets saker for statsråden».

«Inntil videre» ble for resten av Evangs tid, og endog for etterfølgeren, Morks, første periode (til 1983).

Regjeringsbeslutningen den 8. mai hadde betydd at førtidspensjonisten Theodor Thorsen var spilt ut over sidelinjen. Han meldte seg imidlertid på Evangs kontor den 25. mai og meddelte at han ønsket å ta opp sine gamle oppgaver igjen. Evang svarte at det ikke var mulig; hans stilling var blitt overtallig, men Evang skulle finne andre oppgaver til ham.⁸ Thorsen fikk fortsette som ekspedisjonssjef i Sosialdepartementet – uten portefølje, til han i 1948 fylte 70 år.

Den evangske ordens oppbygning – 1945-1955

Den endelige etablering av det nye helsedirektorat – 1945-1948

Den «særskilte utredning» som nevnes i den kongelige resolusjon av 8. mai 1945 ble utført av et utvalg ledet av Evang selv. Det kom med sin innstilling allerede den 14. desember. Innstillingen var i Evangs ånd; han hadde også ført den i pennen selv. Den ble i prinsippet tatt til følge av Regjeringen. Den 12. mars 1948 ble den evangske orden, med et integrert direktorat, og Helsedirektøren i heisposisjon, gjennom kongelig resolusjon tatt til følge. Det het blant annet i resolusjonen: «Konstituert medisinaldirektør Karl Evang utnevnes til helsedirektør». De andre konstituerte embedsmenn ble samtidig formelt utnevnt til sine stillinger. Men akkurat som en jurist hadde hatt innvendinger mot de evangske, og thagaardske, planer våren 1945, hadde en jurist det også nå. Denne gang var det byråsjef i Sosialdepartementet Karl A. Høvde⁹ (1905-1993) som minnet Evang om at det hadde omkostninger å utfordre juristene, altså byråkratiet – ja, den gamle embedsmannsstat. Høvde, utvalgets mindretall ville helst ha tilbake den gamle ordningen, men han skjønnte at det ikke var mulig, og foreslo derfor at Helsedirektøren burde få en jurist ved sin side, en jurist som kunne bistå ham i departementale saker, altså slik bli en slags ekspedisjonssjef. Høvde

8 Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 149.

9 Høvde hadde en viss erfaring fra Sosialdepartementet. Han begynte som sekretær der i 1933 og ble i 1940 byråsjef.

ville også halvveis dele Direktoratet i en medisinsk og en juridisk del.¹⁰ Men om Evang kunne overse Høvdes innvendinger, og fortsatt hadde politisk støtte til å få Direktoratet omtrent som han hadde ønsket, kom der nå også nok en påminnelse om hvor skjør hans posisjon var. Han hadde juristene imot seg, nokså bestemt, men nå fikk han også erfare at de nye, selvbevisste planøkonomene som kom inn i Finansdepartementet, var på vakt overfor ham. De lot ham ikke få alle de stillinger han ønsket, bl.a. fjernet de en lovrådsstilling, som han hadde bedt om: Det var bedre å ta tyren ved hornene og få en jurist i en stabstilling enn kanskje å bli pådyttet en i en linjestilling. Men Evang kan ha ant at han nå levde litt farlig. Både de «gamle» og de «nye» byråkrater, altså juristene og økonomene, var skeptiske til ham, og han til dem. Han hadde ennå, trodde han, de viktigste politikerne med seg. Sosialministrene helt frem til 1955 spilte nærmest «støtadske» roller. Det var på en måte bra; det gav Evang større spillerom. På den annen side var det et problem. Det gjorde at de, altså statsrådene, ofte stod svakt i spillet om pengene i Regjeringen. Evang ergret seg over det, og da den første statsråd, Sven Oftedal (1905-1948) brått døde i 1948, lot Evang statsminister Einar Gerhardsen (1897-1987) forstå at han ikke var uvillig til selv å bli sosialminister. Gerhardsen ble forskrekket; slik selvpromovering var upassende i arbeiderbevegelsen.¹¹ Episoden kan nok ha bidratt til at Gerhardsen ble skeptisk til Evang. Oftedal ble etterfulgt av to damer, først Aaslaug Aasland (1890-1962) (statsråd 1948-1953), så Rachel Seweriin (1906-1995) (statsråd 1953-1955), begge «budsjettsvake» statsråder. Evang ergret seg nok mer over at statsrådene var «svake», enn over at deres svakhet ble hans, iallfall indre, styrke.

Et typisk uttrykk for at han innad hadde fordel av deres svakhet var «dragkampen» om Helsedirektørens instruks. Da den evangske orden ble formalisert våren 1948, ble det, pussig nok, ikke gjort noe med den gamle instruksen. Den var fra 1927 og nå på viktige punkter i strid med den nye orden. Statsråd Aasland satte ned et utvalg til å se på alle instruksene. Evang ble leder for utvalget. Han hadde selv tidligere gitt uttrykk for at instruksen måtte à jour-føres. Nå hastet det ikke for ham. Han så at den gamle instruks, når man så bort fra de formuleringer som innebar at Direktoratet var underordnet Departementet, passet godt – den mere gav ham oppgaver enn avgrenset dem, eller delte dem opp – i departementale og direktoratlige oppgaver. Men juristene, og altså også Statsråden, så nå gjerne at det kom

10 *Uttalelse til sosialministeren: Ad reorganiseringen av den sivile medisinalvesen*. Uttalelse avgitt 14. desember 1945. Uttalelsen finnes bl.a. i Evang-samlingen i Helsetilsynets bibliotek. Kfr. s. 10-11.

11 Trond Nordby opplyser dette, i Nordby, *op. cit.*, s. 167. Nordby kilder er Gudmund Harlem og Haakon Lie.

en slik avgrensning, for eksempel slik at det ble klart når Evang var helse-direktør og når han var ekspedisjonssjef (eller helsedepartementsråd). I mars 1953 spurte Statsråden Evang hvor det ble av forslaget til ny instruks. Hun fikk til svar at andre arbeidsoppgaver hadde gjort at han ikke var blitt ferdig med instruksinnstillingen, men at den skulle komme før sommerferien. Fire år senere gjorde han det i et internt notat klart at han hadde lagt saken til side.¹² Der kom aldri noen ny instruks for Evang. Han hadde den «instruks» politikerne til enhver tid tillot ham å ha. I de første ti år etter krigen – altså under de «svake» statsråder – var den ganske vid, innad.

Det evangske forvaltningsmedikrati: dets ordning

Da krigen brøt ut bestod Evangs direktorat av tre legeledede kontorer (Lege-, Sinnssyke- og Tuberkulosekontoret) og ett ledet av en farmasøyt (Apotekkontoret). Avdelingen bestod av tre juristledede kontorer. Etter 1941 bestod Østrem's helseavdeling av åtte kontorer. Østrem beholdt alle førkrigskontorene i Direktoratet, og opprettet tre nye, et hygienekontor, et befolkningskontor og et administrasjonskontor. Hygiene- og befolkningskontorene fikk legelige ledere. Den ene av byråsjefene i Medisinalavdelingen, Alf Faanes (1880-1963), ble byråsjef i Administrasjonskontoret. En annen av avdelingsbyråsjefene, Olaf Lundamo (1883-1959), ble sjef for Lægekontoret. Evang fjernet, naturlig nok, det litt rasepolitisk pregede (mer i prinsippet enn i praksis) Befolkningskontoret, men beholdt ellers krigstidens kontorer. Ja, han lot juristene Faanes og Lundamo få bli sittende i sine embeder til de gikk av med pensjon i 1950 og 1953. Faanes' kontor fikk nytt navn, Budsjett- og personalkontoret; i 1967 ble kontoret igjen omdøpt, nå til Økonomi- og personalkontoret. Evang opprettet to nye kontorer, et tannlegekontor og et sykehuskontor. Året før Evangs funksjonstid var ute, altså i 1971, kom der til ytterligere et kontor, Sykepleierkontoret, og Utrednings- og planleggingsgruppen.

Evang fikk et viktig nytt embede, et embede som medisinalråd. Han hadde først talt om at han trengte en sjefsekretær, altså en som kunne være hans sekretær – men da sekretær i betydningen stedfortreder. Han måtte, mente han, ha en stedfortreder, som var lege, når han var borte – og det var han stadig. Han måtte sikre seg at Direktoratet alltid hadde en legelig leder. Denne burde også ha hele Direktoratet som virkefelt, ellers ville han ikke raskt kunne overta for Evang. Han fikk Jonn Caspersen (1907-1969) til å gå inn i medisinalrådsembedet, en av hans «våpendragere» fra før krigen: Caspersen var sjef for Lægekontoret og fungerte som medisinaldirektør i

12 Opplysningene er gitt av Nordby, *op. cit.*, s. 204.

Norge fra april til september 1940 (inntil han ble erstattet med Østrem).¹³ Caspersen var tillike i praksis, som før krigen, legelig sjef for Lægekontoret. Der fortsatte jo ennå en tid Lundamo som kontorets formelle leder. Evang fikk ikke alle de stillinger han ønsket. Da Caspersen senhøstes 1950 sa opp embedet som medisinalråd for å overta som direktør for Rikshospitalet, ble den første sjef for hygienekontoret, hans medarbeider fra tiden i London, den ytterst lojale Jon Bjørnsson (1907-1987), medisinalråd.

Evang ønsket at alle kontorene, med unntagelse av Budsjett- og personalkontoret, skulle være institusjonelt baserte, og fagstyrte kontorer. At de skulle være institusjonelt basert, ville si at de hver skulle representere en sektor av helsevesenet og at de skulle styre, eller regulere, denne sektor på en samlet måte. Slik hadde det vært før krigen, slik fortsatte det under krigen og slik skulle det være etter krigen. Den eneste forskjellen var at det nå kom flere kontorer – fordi man kunne tale om flere distinkte sektorer. Sykehusstyringen hadde før krigen knapt eksistert. Sykehusvesenet var, med noen unntagelser, blitt bygget ut på lokalt og veldedig grunnlag, uten noen samlet plan eller for den saks skyld under en egen lov. Nå fremstod sykehusvesenet ikke bare som en tydelig sektor, men også som spydspissen i klinikken. Det var også åpenbart at tannhelsevesenet både var en egen sektor og forsåvidt «burde» hatt et kontor allerede. Når det ikke hadde fått det, skyldtes det at tannhelsevesenet i all hovedsak var et privat vesen inntil 1948, da tannhelsrerøkta kom, og som privat vesen også stod utenfor sykestrygden. Å ha et eget sykepleiekontor fant ikke Evang nødvendig. Sykepleien representerte nå ingen egen sektor; det skulle den først gjøre i noen henseender etter 1984, og da primært lokalt, som omsorgs- og pleietjeneste. Sykepleien ble derfor nå forvaltet under Lægekontoret, men med en sykepleier som forvaltningsansvarlig.

At styringen var institusjonell, innebar også at den var styringsfaglig integrert. Helsefaglige, juridiske og økonomiske hensyn skulle sees under ett, men slik at de første hensyn var de primære. De var selvsagt ikke alltid det – Evang måtte finne seg i at lover har forrang styringsmessig og at budsjettet satte absolutte rammer for hans og helsevesenets utfoldelse. Men Evang «forutsatte» at medisinen var primær, det vil si at dens vurderinger i stor grad var bygget inn i både lovgivning og budsjettbeslutninger. Helst ville han derfor at han selv og hans fagfolk satte premissene både for lovgivning og budsjettering. Helsedirektoratet var således, for Evang, nærmest medisinenes fortsettelse inn i forvaltningen. Her skulle den sette premisser

13 Hygienikeren Caspersen hadde begynt som sekretær i Medisinaldirektoratet i 1937 og ble kontorsjef for Lægekontoret i 1939. Etter at han ble avsatt høsten 1940 dro han til London og ble der kontorsjef hos Evang.

for de overordnede beslutninger. Direktoratet skulle ikke, som mange åpenbart mente, være det politiske, juridiske og økonomiske utgangspunkt for styringen av helsevesenet. Det var den tenkning som preget den gamle delingen mellom direktorat og avdeling, og som Gunnar Jahn under krigen og Karl Høvde etter krigen forsøkte å føre videre, men altså mislyktes med. Theodor Thorsen gav forøvrig også sitt besyv med i debatten som, til Evangs ergrelse, ikke helt ville ta ende. I en dobbelknronikk i Morgenbladet 11. og 12. desember 1945, og som et svar på Evang-utvalgets forslag, skrev Thorsen at de politisk fastsatte rammer for helsevesenet virke burde forvaltes av jurister, i en departementsavdeling, som tilfellet hadde vært inntil nazistene endret på tingene. En jurist, fremholdt Thorsen, ville på en helt annen måte enn en medisiner være åpen for «andre statsformål og hensynet til hva statsbudsjettet som helhet kan bære».¹⁴

At «fagkontorene», som de typisk nok ble kalt, skulle være fagstyrt, betydde at de i de fleste tilfeller måtte styres av leger. De to unntagelser, når vi altså ser bort fra Budsjett- og personalkontoret, var Apotekkontoret og Tannlegekontoret. Disse måtte ledes av en farmasøyt og en tannlege. Evang fikk imidlertid ikke alle de stillinger han bad om, og Lægekontoret måtte fortsette med en juridisk sjef helt til 1961; her ble dog, som nevnt, de «faglige» hensyn i stor grad ivaretatt av Medisinalråden. I Sykehuskontoret kom det en medisinsk sjef først i 1962. Kontorets byråsjef, ikke-akademikeren Karl Berntzen (1904-1970), «Lille-Ka'l», var imidlertid en ytterst lojal Evangmann. I de øvrige kontorer satt det leger som sjef. De hadde også alle en ikke-byråkratisk tittel. De var overleger. De var endog, de som representerte de tradisjonelle sektorer, *Statens overlæger* for helholdsvis psykiatri, tuberkuloseomsorg og hygiene. Faglederne for Tannlege- og Apotekkontorene, var byråsjefer til siste del av Evangs tid, til 1965. Begge forble de imidlertid lavere gasjert enn overlegene, til slutt dog bare med ett lønnstrinn.

Evangs direktorat, som for så vidt Østrems og til dels Heitmanns, reflekterte altså helsevesenets institusjonalisering – det var den forvaltningsmessige overbygning over de viktigste sektorer, altså det offentlige legevesen, det vil si distriktslegevesenet, til dels med fylkeslegene som mellomledd, sinnssykevesenet, tuberkulosevesenet, det somatiske sykehusvesen, hygienevesenet, tannhelsevesenet og apotekervesenet. Ordningen av det utøvende helsevesen var ikke helt som Evang skulle ønsket seg det. Til dels var de ulike deler av helsevesenet ikke så institusjonelt integrert som de «burde» ha vært og til dels var viktige deler av helsevesenet privat drevet, om ikke finansiert.

¹⁴ T. G. Thorsen, «Medisinalvesenets administrasjon», kronikk nr. II, Morgenbladet, 12.12. 1946.

Det offentlige legevesenet var forholdsvis godt institusjonalisert, med linjen helsedirektør, (etter hvert) legekantoroverlege, fylkesleger og distriktsleger. Via denne linjen regulerte og førte Evang og hans folk nedover i linjen tilsyn med de private almenleger, til dels også med de private spesialistleger. Evang kunne, som sosialist, ha tenkt seg å sosialisere legevesenet, ja, for så vidt hele klinikken, men gjorde aldri store anstrengelser for å få det til. Hans sosialistiske kollega i Sverige, Axel Højer (1890-1974), forsøkte å gjøre det – sosialdemokratene satt med makten der som i Norge – men ble i praksis langt på vei stoppet av motstanden fra Svenska Läkarförbundet og dets temperamentsfulle formann fra 1946 til 1962, den konservative Dag Knutson (1898-?). Evang var politisk sensitiv nok til ikke å våge å forsøke seg som Højer; han nøyde seg med forsiktig å mene. I Lægeforeningen satt, fra 1948, Odd Bjercke (1909-2005) som generalsekretær. Bjercke hadde vært privatlege og stod politisk til høyre. Han hadde fått stillingen i konkurranse med Evangs «kandidat», distriktslege Aage Johansen (1901-1964). Det hjalp ikke Evang at da Bjercke ble foretrukket i 1948 satt hans gamle kollega fra Socialistiske Lægers Forening, og fra den komiteen som utredet spørsmålet om medisinalforvaltningens ordning i 1938, professor Axel Strøm (1901-1985) som Lægeforeningens president (1948-1951). Evang hadde ingen lyst på «bråk» med Bjercke og Lægeforeningen. Sporene fra Sverige skremte.

Men der var en svakhet ved Evangs legeinstitusjon. Han fikk ikke inn noen egen lege-overlege før i 1961, og den han da fikk inn, Terje Due Strand (1920-1986), ble hverken noen nær Evang-mann eller noen strategisk visjonær insitusjonsmann for legesektoren. Strand var også, for så vidt som Evang, en folkehelsemann og ville gjerne, igjen som Evang drive det offentlige legevesen mest mulig i hygienisk og sosial retning – til dels under motstand fra de mer klinisk orienterte distriktsleger. Virkelig alvorlig var det dog ikke at Lægekantoret manglet en overlege under Evangs storhetstid. Bjørnsson passet, som nevnt, godt på sektoren. Det samme gjorde for så vidt Evang: Han møtte fylkeslegene, sin generalstab, to ganger i året, og hadde årlige møter med distriktslegene, en tredjedel ad gangen. Evang hadde også betydelig direkte kontakt med mange av «sine» leger – etter hvert var de jo alle utnevnt av ham – og indirekte kontakt, gjennom *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, som kom ut fra 1948.

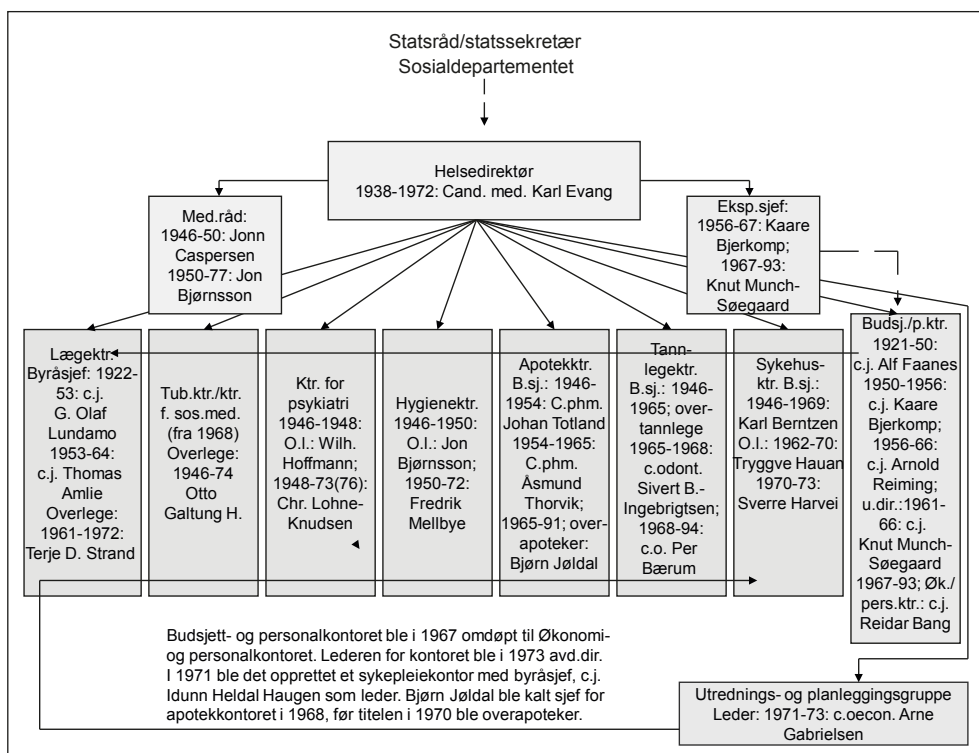
Landet hadde ikke egentlig en egen hygieneinstitusjon, eller et folkehelsevesen. Sentralt hadde man, men under Helsedirektoratet, Statens institutt for folkehelse (SIFF), og litt på siden et eget veterinærvesen. Der kom en lov om tilsyn med næringsmidler i 1933, men et eget forvaltningsorgan, administrativt plassert under Landbruksdepartementet, kom først i

1988. Folkehelsearbeidet ble i stor grad en del av det vanlige legearbeid: Distriktslegene var jo fra gammelt av kombinerte almenleger og hygienikere, og forble det Evangs tid ut, og vel så det (til 1984). Fylkes- og distriktslegene var slik under en form for dobbelt ledelse fra Direktoratet, både fra Lægekantoret og fra Hygienekantoret. Det siste kontor hadde imidlertid en kraftfull leder gjennom nesten hele Evangs tid: Da Bjørnsson ble medisinalråd i 1950 overtok Fredrik Mellbye (1917-1999) som hygieneoverlege, og ble sittende som det inntil et halvt år før Evang gikk av.

Sykehusvesenet var ikke egentlig et eget vesen som legevesenet var det. Sykehusene hadde mange, ofte kommunale, eiere storparten av Evangs tid, men fikk på slutten av hans tid, fra 1970, en dominerende, og «overordnet» eier, fylkeskommunene. Det er neppe tilfeldig at Evangs sykehuskontor under ham aldri ble det førerhus for spesialisthelsevesenet som de fleste av de andre kontorene ble for sine sektorer. Evang fikk, som nevnt, ikke inn en overlege i Sykehuskontoret før i 1962, altså på et tidspunkt da Evangs storhetstid var historie. Den han fikk inn, Trygve Hauan (1909-2003), ble heller ingen nær forbundsfelle av Evang. Hauan gikk også av etter «bare» åtte år og ble erstattet av Sverre Harvei (f. 1933).

De øvrige sektorer ble mer ekte sektorer. En av dem, tuberkulosesektoren, kom imidlertid etter hvert på defensiven – ettersom sykdommen begynte å forsvinne. Tuberkulosekontoret ble fra 1968 omdøpt til Kontoret for sosialmedisin, og ble slik mindre institusjonelt preget. Dog spilte det en rolle at kontoret gjennom nesten alle Evangs år, helt fra 1939 (med unntagelse av krigsårene), var bestyrt av Otto Galtung (Hansen) (1904-1981), mannen som kunne «alt» om tuberkulose, som Kjell Bjartveit (1927-2011) har uttrykt det. Tannlegekontoret var utpreget sektorielt, selv om det, fra 1950 (Folketannrøkta) både var et regulerende (overfor privat sektor) og forvaltende kontor. Kontoret hadde også den samme leder, Sivert Bryhn-Ingebrigtsen (1897-?), gjennom mesteparten av Evangs tid, nemlig ut 1967. Apotekkontoret var også utpreget institusjonelt og hadde under seg en svært homogen, «regulert privat» sektor. Kontoret var gammelt – farmasien hadde spilt en rolle i medisinalforvaltningen fra begynnelsen av (kfr. Schandorff) – og preget av tradisjon og selvbevissthet. Det var også det mest profesjonelle tilsynskontor: Apotekinspeksjonen var mer systematisert enn all annen inspeksjon i medisinalvesenet. Apotekkontoret fikk imidlertid ikke den stabile ledelsen som så mange av de andre kontorer fikk; det hadde tre ledere i Evangs tid.

Evang hadde hatt store planer da han tok fatt som medisinaldirektør, planer han, som nevnt, arbeidet videre med i London. Noen overordnet plan for omordningen av helsevesenet hadde han dog ikke, og fikk han ei



Figur 2: Helsedirektoratet, 1946–1972

heller. Det han nok ville, å sosialisere det meste, våget han ikke å forsøke seg på. Dermed fortsatte han, med de gamle institusjoner, enten de var mer eller mindre offentlige, og forsøkte å få dem til å holde tritt med fagutviklingen. Evang utviklet altså det som var, mer enn han forsøkte å skape noe nytt. Han forandret for å bevare, for å tale med den konservative tenker, Edmund Burke (1729-1797), men kanskje var han enda mer konservativ enn Bruke? Han la mere vekt på å bevare enn på å forandre den orden som var.

I figur 2 har jeg gitt en oversikt over Helsedirektoratets oppbygning og lederbemanning i hele Evangs tid etter krigen.

Det evangske forvaltningsmedikrati: dets virkemåte

Man kan tale om en styrings- og forvaltningssyklus. Den starter med behovs- og etterspørselsovervåkingen (epidemiologien), og tilbudsovervåkingen (fag- og teknologiutviklingen), fortsetter så med planleggingen og politikktutforming, fortsetter igjen med iverksettelsen av beslutninger og

med kontroll- og tilsynsvirksomheten for å «avsluttes» med resultatvurderingen – før syklusen fortsetter. Der var beskjedne innslag av spesialisering etter slike kriterier i det evangske direktorat. Noen av overvåkningsoppgavene var for så vidt flyttet ut, eller ble det, som deler av den epidemiologiske registrering og registreringen av noen ressurser (tilbudssiden), som fagpersontilgang, institusjoner og sengeplasser etc. Statistisk sentralbyrå drev (nå) dette arbeidet. Der var en viss spesialisering på personnivå, særlig slik at juristene konsentrerte seg om det spesielt juridiske, som å utforme forslag til lover og forskrifter (som en del av planleggingsoppgaven) og som å forvalte lovene og forskriftene (som en del av iverksettelses- og kontroll/tilsynsoppgaven). Der kom også etter hvert egne økonomiinspektører i Budsjett- og personalkontoret, en i 1946 og en i 1961, for spesielt å ta seg av budsjettarbeidelsen (planleggingsoppgave) og budsjettoppfølgingen (forvaltningsoppgave). La meg også nevne at siste oppgave i syklusen, resultatvurderingsoppgaven, under Evang spilte liten rolle: Den får, som spesialisert oppgave, betydning først lenge etter Evangs tid, nemlig fra 1990-årene – da vi, som Michael Power sier, går inn i «revisjonssamfunnet».¹⁵

Den medikratiske forståelsen av styring og forvaltning innebar, som jeg har nevnt, at spesialiseringen skulle være institusjonell – og reflektere en integrert helsefaglighet. De som skulle overvåke, planlegge, til dels beslutte (men her kom også politikken inn), iverksette, kontrollere og føre tilsyn, skulle være de samme: Oppgavene skulle sees i sammenheng. De skulle behandles helhetlig, eller integrert. Det skulle imidlertid ikke skje på en bestemt, profesjonalisert måte. Det skulle skje erfarings- og skjønnbasert, men, og det var viktig, slik at medisinsk faglighet ble sett i sammenheng med de spesielle ledelses- og styringsteknikker, i første rekke juridiske og økonomiske. De siste ble sett på som ikke stort mer enn systematiseringer av sunn fornuft, og derfor ikke noe som egentlig på «oppstrømssiden» krevde spesiell juridisk-økonomisk ekspertise. Det integrerende skjønn, altså den overordnede styring og ledelse, skulle, når vi ser bort fra de mest åpenbare politiske beslutninger, altså utøves i regi av helsefagfolkene. De var i første rekke legene, Evang, Bjørnsson og overlegene. De to «andre», apotekeren og tannlegen, følte at de ikke var en integrert del av Evangs «public health team». Det var de heller ikke. For Evang forble imidlertid politikken et problem, for den materialiserte seg først og fremst som lover og budsjetter. Man kunne derfor lett få den situasjon at statsråden ville ønske direkte råd, preget av juridisk og økonomisk kompetanse. Den gamle ordningen, med en medisinalavdeling nærmest statsråden, var et svar på et slikt ønske. Så

¹⁵ Michael Power, *The Audit Society*

lenge statsrådene var svake, iallfall sammenlignet med Evang, yttret de imidlertid ikke, eller våget de ikke å ytre, noen slike ønsker.

I et medikrati er den medisinske faglighet alltid det viktige utgangspunktet, også styrings- og ledelsesmessig. Det var en spesiell utfordring for en medisinalforvaltning å ha et tilstrekkelig nært forhold til den utøvende medisin til at den kunne bevare respekt og autoritet blant medisinske praktikere. Evang tok, og det var det vanlige både i Norge og i andre vestlige land, utgangspunkt i folkehelsevitenskapene og de offentlige, pleiepregede særomsorger, som psykiatrien (særlig) og (i mindre grad) tuberkuloseomsorgen. Det var naturlig for så vidt som det helsearbeidet offentlige myndigheter hadde ansvaret for var det ikke-personlige, prekliniske arbeid (hygiene) – altså det helsearbeid som hadde offentlig gode-karakter (og som vil bli underutviklet eller ikke utviklet i et marked), og det omsorgsarbeid som i stor grad ville bli neglisjert hvis staten ikke tok seg av det. Som vi har sett hadde alle Evangs forgjengere basis i hygiene eller psykiatri, bortsett fra én, Heitmann, som var tuberkuloselege. De kom slik til å mangle litt av den naturlige autoritet overfor klinikkens (somatiske) leger, leger som i de fleste land også var privatpraktiserende. Evang hadde, som hygieniker, det samme problem. Det vil si, for ham var det større, for nå begynte klinikken, særlig spesialisthelsevesenet, å få et langt større omfang og å bli et stadig større offentlig, og offentlig-finansielt, ansvar. Evang hadde to svar på disse utfordringene.

Det ene svaret gjaldt spesielt almenhelsevesenet, og var slik bare et delsvar. Han tok til orde for at det måtte bli mer preklinisk orientert, spesielt, selvsagt, den offentlige del av det. Akkurat som han gradvis fikk fylkeslegene til å bli heltids fylkesleger og slik, iallfall i prinsippet, først og fremst folkehelsemenn, ønsket han, etter hvert, å gjøre distriktslegene og stadslegene (selvsagt) til heltids folkehelsemenn og –kvinner. Når det gjaldt distriktslegene kom han imidlertid egentlig ingen vei. Den «løsningen» som til slutt ble valgt kom 12 år etter at han var gått av, men var en helt annen løsning enn han hadde tenkt seg. Jeg skal komme tilbake til det.

Det annet svar gjaldt hele helsevesenet, og var slik et «fullt» svar: Han forsøkte å vise at folkehelsevitenskapen, av ham gjerne omtalt på engelsk som «public health», eller, på norsk som (sosial og) administrativ medisin, var generelt relevant i medisinalforvaltningen. Det er for øvrig grunn til å legge merke til at han talte om en administrativ *medisin*, ikke en medisinsk *administrasjon*: Faget var medisin, ikke administrasjon. Administrasjon var jo for ham ikke et fag, men en praktisk og skjønnsbasert virksomhet. Å snu på ordstillingen ville innebære å sette jusen (og økonomikken) først, altså å ta inn igjen «Theodor Thorsen», en ekspedisjonssjef.

Evangs administrative medisin omfattet «bruddstykker fra flere medisinske spesialiteter og fra medisinenes grunnvitenskaper, men i tillegg til det også bruddstykker av sosiologien, den politiske vitenskap og økonomisk vitenskap, ingeniørkunsten osv.»¹⁶ Han konkretiserte dette, i en annen sammenheng, ved å ramse opp hva han så på som «public health»s «delfag». Han kalte delfagene «læren om», for eksempel «forholdet mellom helsetilstanden og sosiale og økonomiske kår («Helsesosiologi»)), «nettverk av medisinske *institusjoner*», medisinallovgivning», «fremme av helse og forebygging av sykdom», «tilbakeføring av syke til normalt liv», «de medisinske minusvarianter i samfunnet (arvelig belastede, skadede, vanføre, gamle, døve, blinde osv.) og deres varetakelse», «helsearbeidets økonomiske struktur», «epidemiologien i den utvidede forstand av dette ord», og «befolknings- og helsestatistikken». Så kommer han til den sentrale styrings- og ledelsesoppgave av administrative medisiner, med disse «lærene» som utgangspunkt, skulle stå for:

«Det er selvsagt ikke hensikten at en spesialist i public health skal være spesialist på alle medisinenes felter. Han kan likesålett som noen annen gjøre krav på å være encyclopedist. Så spesialisert og i mange henseender oppsplittet som den medisinske og sosialmedisinske virksomhet i samfunnet nå er blitt, trenges det imidlertid avgjort at noen følger med i den samlede virksomhet, søker å danne seg et bilde på hvert enkelt sted av om de forskjellige ledd på en *hensiktsmessig måte griper inn i hverandre*, om noe ledd er overbetonet mens andre frister en altfor kummerlig tilværelse, osv. Det er spesialisten i public health som etter den definisjon jeg her anvender har denne vanskelige og viktige oppgave».¹⁷

Evang sier altså ikke noe konkret om hvordan de ulike «lærer» kan integreres. Han presenterer ingen metode for slik integrasjon, men sier at «public health»-mannen eller -kvinnen løpende må danne seg et helhetsbilde av folkehelsetilstanden og helsevesenets måte å svare på de utfordringer folkehelsetilstanden representerer, og med dette som utgangspunkt gripe «korrigerende» inn. I denne sammenheng bruker han eller hun altså de ulike «lærer», men det fremgår tydelig at selve integrasjonen, utover det å være basert på disse «lærene», er erfarings- og skjønnsbasert.

Men dette svaret er fortsatt ikke noe godt svar på spørsmålet om hvordan folkehelsefolk medisinsk kan legitimere sitt krav på å få styre og lede også klinikken, og endog i klinikken. Evang ser det og går derfor videre og tar, men begrenset til sykehusledelse, opp spørsmålet om «hospitalsadministrasjon» er et eget fag eller tilhører «public health». Han kommer, og det

16 Karl Evang, «Public health» – sosial og administrativ medisin», *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 1953, årg. 73, s. 767-777.

17 Karl Evang, tale ved det skandinaviske møte av offentlige leger i Larvik, 25. august 1950. Trykt i *Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, årg. 3, nr. 2, 1950, s. 2-3 (hele artikkelen, s. 1-12.)

overrasker ei, til den konklusjon at «det er meget som taler for» at hospitalsadministrasjon, «når det gjelder samordning av, d.v.s. den *overordnede* administrasjon av medisinske anstalter», egentlig tilhører «public health».¹⁸ Men hva det er som taler for det, sier han ikke. Istedenfor sier han at kirurgene ikke er enig med ham. *De*, fortsetter han, ser på seg som de naturlige sykehusledere, men det er allerede blitt «en offentlig hemmelighet» at de ikke egner seg bedre enn andre sykehusspesialister. Evang går her utover det medikratiske, og mer ved å erklære enn ved å argumentere. Medikratisk sett er det jo kirurgene og andre sykehusspesialister som har den relevante fagbakgrunn. Evangs argumentasjon fremstår derfor her som interessebasert: han fremmer folkehelsevitenskapens sak, altså sitt eget fags, og sin egen, sak. Men samtidig svekker han medikratiets legitimitet: Medikratisk autoritet skal jo springe ut av praktisk erfaring med den relevante del av medisinen.

Man kan også si at den argumentasjon han bruker mot å la sykehusspesialistene, og pr. implikasjon, klinikere generelt, få styre sin egen virksomhet, kunne han også brukt mot å la spesialiserte folkehelsefolk, få styre de nokså forskjelligartede og ofte lite medisinske prekliniske virksomheter. Slik sett kan man kanskje hevde at det Evang ser for seg som styre og ledere ikke i det hele tatt er spesialister, men samordnere. Samordning er imidlertid en sentral del av styrings- og ledelsesvirksomhet, og slik sett i prinsippet noe sektoruavhengig. I praksis er den ikke sektoruavhengig, men den har altså et viktig sektoruavhengig element. Men hvis den sektorielt orienterte tilpasning også krever sektoriell innsikt, er det vanskelig å begrunne hvorfor den skulle være hygienisk over hele helsefeltet, altså også over klinikken. Man kan endog si at siden helsevesenet, som det i praksis avgrenses, hva størrelse, også økonomisk, angår, i første rekke er klinisk, burde det være mer relevant for medisinaladministratorer å ha klinisk enn preklinisk bakgrunn. Evang går imidlertid ikke inn på slike spørsmål. Han forblir her mer polemisk enn nøye resonnerende. Derfor kan han også advare sykehuslegene mot å motsette seg folkehelsebasert ledelse. Hvis ikke hospitalsadministrasjon blir en del av «public health», sier han, «tror jeg legestanden må avfinne seg med at utviklingen går i retning av at administrasjon av sykehusene tas vekk fra dem og føres over til særlige sykehusadministratorer som ikke er leger». «Personlig» ser han på det som «meget farlig».¹⁹ Han så at fagliggjørelsen av ledelse var iferd med å komme, men istedenfor å spørre hvordan medisinen positivt kunne utnytte den tenden-

18 *Ibid.* s. 4.

19 *Ibid.*, s. 4.

sen, avviser han den, og tilbyr istedenfor «public health». Slik kan ha bidratt til både å gjøre medisinen mindre forberedt på den ledelsesrevolusjon som begynner å nå helsevesenet i 1970-årene og til å distansere seg fra klinikkens (selvbevisste) kvinner og menn.

Evang var medikrat, men altså en slags folkehelsemedikrat. Han omtalte derfor også sine fremste medarbeidere som sitt «public health team». Men måten han begrunnet sin styreform på, og måten han resonnererte omkring ledelse på, viste også at han hadde meget av (legmanns)politikeren i seg.

For mange var Evang også en nokså autoritær politiker. Han kunne være skarp, ja ydmykende sarkastisk, i tonen overfor dem som opponerte. Tydelig opposisjon innad tolererte han egentlig ikke. Utad førte denne selvbevisste innstillingen undertiden til friske konflikter, særlig når han støtte sammen med personer av hans egen legning. En av dem han støtte sammen med var professor Leiv Kreyberg (1896-1984), hans kollega fra det «sosialistiske» 1938-utvalget. Det skjedde allerede under krigen. Kreyberg var da sanitetskaptein i Canada. Evang, som på flukten etter 9. april hadde fått Regjeringen til å utnevne ham til oberstløytnant, forsøkte seg litt som medisinaldirektør også over Sanitetet. Kreyberg tok det ille opp og de hadde noen minneverdige sammenstøt.²⁰ Forholdet mellom Evang og Kreyberg ble nok aldri godt igjen; de hadde begge god hukommelse.

Evang kunne også være «autoritær» på den måten at han på møter i Direktoratet og med andre han hadde under seg, som fylkeslegene, både tok og beholdt ordet, og i tillegg talte med både saklig tyngde og følelsesmessig intensitet. «Hans veltalenhet var overveldende i den grad at han var nær ved å kunne kverve syn», bemerket Egil Aarvik, Kristelig Folkepartis sosialminister fra 1965 til 1971.²¹ Gudmund Harlem (1917-1988), Einar Gerhardsens sosialminister fra 1955 til 1961, sa at han før han skulle møte Evang alltid forberedte seg godt. Blant annet passet at han på at han ikke rørte alkohol aftenen før møtet.²²

Medikratisk-autoritær var også Evangs måte å fremheve medisinen, og dens representanters, spesielle rolle på. Legene satt i alle de øverste embedene, og de legelige saksbehandlere, først assistentleger, så legekonsulenter, hadde helt andre opptrykksmuligheter enn andre, for eksempel juristene – som inntil 1956 i høyden kunne bli byråsjefer. Når Evang var hjemme holdt han

20 KFr. Nordby, *op. cit.*, s. 103-104.

21 Egil Aarvik, *Smil i alvor. Fragmenter av et liv*, Oslo: Gyldendal, 1985, s. 140.

22 Kjell Bjartveit, *De 15 første årene – 40 år i den offentlige helseforvaltning*, kåseri holdt ved fylkeslegemøtet, Statens helsetilsyn, Soria Moria konferansesenter, 26.11. 1997, s. 6. Privat manuskript. Harlem fortalte dette til Bjartveit da de mange år etter at Harlem var gått av som sosialminister satt sammen i et utvalg.

hver dag lunch for legene, fra 1100 til 1130, av og til en del lenger. Lunchene ble holdt på Evangs kontor. Hans sekretær, frk. (Ambjørge) Foshaug (1904-1983), stod klar med tevannet når deltagerne kom. Evang beholdt gjerne ordet lunchen igjennom; han hadde alltid noe å berette om, som sine mange reiser, eller sine tanker om et medisinalpolitisk emne.

Sin dominerende apparisjon til tross – Evang var ikke en nærstyrende helsedirektør. Han tok, som god medikrat, hensyn til at skjønn skulle utøves på medisinsk grunnlag. Det innebar at han ikke kunne overkjøre sine medarbeidere, spesielt de medisinske, på deres områder. Han snakket ikke, som vi har sett, uten grunn om sitt «public health team». De spesielle spørsmål måtte for eksempel overlegene ta seg av på egen hånd; fellesspørsmål måtte man så ta seg av kollektivt. Hans medikratiske innstilling innebar også at han måtte vise forsiktighet overfor leger ute i helsevesenet, enten de var preklinikere eller klinikere. Han kunne ikke diktere på felter hvor deres fagkompetanse overgikk hans.

Evang var allikevel ingen egentlig mobiliserende leder. Han forsøkte ikke å få sine medarbeidere eller andre til å ta initiativ, eller endog ta igjen overfor ham. Han lot dem mer være ifred: Han tok for gitt at de, som han, hadde sin «flamme», og at den ville gjøre seg gjeldende uten at han pustet til den. Hans reaksjoner på andres utfoldelse var således også enten taushet eller en form for straff. Også slik var han en medikrat, altså en form for distansert og kontrollert pater. Slik sett er det heller ikke overraskende at han, som de kliniske ledere, holdt en viss distanse til alle. Han var en rasjonalist. Følelsesmessig slapp han ingen inn på seg. Han fikk knapt noen personlige venner i Direktoratet. Galtung var nok en slags venn før krigen og i de første etterkrigsår, men etter hvert gled de fra hverandre. Fredrik Mellbye skriver dog i sine erindringer:

«På slutten av vårt fellesskap i Helsedirektoratet betraktet jeg Karl Evang som en venn. Jeg hadde inntrykk av at følelsen var gjensidig. Jeg må uttrykke det på den måten, for vi gikk aldri inn på slike personlige forhold under våre samtaler. Det var mer en gjensidig følelse som vi merket under vårt daglige samvær».²³

Mellbye, som var den som talte ved Evangs bisettelse, hadde nok rett. Samtidig er det antagelig også slik at Mellbye, mot slutten, ble en slags utfordring for Evang. Mellbye hadde en spesiell charme, en charme han særlig utfoldet i Evangs siste år, da både Evang og Evangs andre «kardinaler» hadde tapt noe av drivet og overskuddet. Evang syntes nok det undertiden

23 Fredrik Mellbye, *Slit med helsa*, Oslo: Gyldendal, 1989, s. 145.

kunne bli i meste laget (med Mellbye), mener Reidar Bang, mangeårig leder for Budsjett- og personalkontorets leder.²⁴

Evang kunne være, og var ofte, ytterst charmerende. Da han fylte 50 år i 1952 ble han intervjuet av Aftenpostens Olav Brandt (1890-1963). Den den gang ennå tydelig konservative, og for så vidt Evang-skeptiske, avis' journalist ble nærmest henvørt og skrev at Helsedirektøren er en «strålende representant for norsk helsevesen», og «et inciterende og hjertevinnende menneske».²⁵ Statsråd Aarvik, den folkeskoleutdannede emissæren, merket også den evangske utstråling: «Som leder i Helsedirektoratet var han både avholdt og beundret. Jeg delte fullt ut beundringen og kom etter hvert også til å like mannen».²⁶

Medisinerstudenter og unge leger som, nokså frimodig, skrev til Evang og hadde spørsmål eller forespørsler til ham, fikk elskverdige svar. De skulle aldri glemme Helsedirektørens generøsitet overfor dem.²⁷ Mange lag og foreninger som henvendte seg til ham ble tatt vennlig imot og fikk sjelden nei. Også mange pasienter skrev til ham om alskens problemer. Han svarte dem alle. Han var effektiv, og kunne diktere svarene. Hans damer, Ambjørn Foshaug og Turid Pramer, skrev dem ut og sendte dem.²⁸

Før krigen, og under den todelte ordning, ble medikratiske titler i mindre grad brukt. Titelen «statens overlæge» ble brukt fra 1914 og 1919 og til spareregimet satte inn, men bare for de ansvarlige for tuberkulosevesenet og sinnssykevesenet.²⁹ Da funksjonene kom tilbake i 1936 var det som inspektørtitler. De legelige kontorsjefer var ellers bare kontorsjefer. Etter krigen sørget Evang for at legene «slapp» titler som gav inntrykk av at de var byråkrater. De ble, som vi har sett, kalt overleger, assistentleger og lignende. Etter hvert kom der også spesialleger og assisterende overleger til. De tilhørte mer den medisinske enn den byråkratiske sfære, og hadde en «medisinsk» karriere: De pendlet mellom Direktoratet, fylkeslegeetaten, distriktslegevesenet og til dels klinikken ellers – aldri mellom «legestillinger»

24 Samtale med Reidar S. Bang, 25.11. 2008.

25 Aftenposten 18.10. 1952, s. 3.

26 Aarvik, *op. cit.*, s. 140.

27 En av dem som fikk erfare Evangs generøsitet overfor (kommende) yngre kolleger, var Eilif Rytter (f. 1944). Rytter ble siden en av Evangs medarbeidere. Han begynte som assistentlege i Direktoratet i 1971 (og ble der til 1977, til sist som overlege). (Samtale 10.10. 2008.)

28 Spesielt frk. Foshaug var viktig for Evang. Hun var nærmest hans adjutant. Han satte stor pris på henne og i 1970, to år før han selv gikk av, fikk han utnevnt hene til sekretær, altså saksbehandler. Slik hun høyere pensjon. Frk. Foshaug var født i 1904 og slik bare to år yngre enn sin sjef. (Opplysninger gitt av Kjell Bjartveit, e-brev 24.7. 2009.)

29 Overlegeembedet forsvant for sinnssykevesenets vedkommende i 1927, for tuberkulosevesenets i 1931.

og «ordentlige» byråkrattstillinger, for eksempel utenfor medisinalforvaltningen. Det var slik det skulle være: De skulle alle være i en heisposisjon, pendle mellom den utøvende medisin og «meta-» eller «epimedisinen». Titlene markerte dette. Legelunchene gjorde det også: Her samtalte man jo om «fag». I tillegg «pendlet» legene også i den forstand at de hadde adgang til, uten reduksjon i lønn, å bruke en dag i uken til medisinsk praksis: I en situasjon hvor det medisinske skjønn fortsatt spilte stor rolle, var det å få faglig næring fra praksis viktig. De fleste av Evangs leger hadde da også bistillinger utenfor Direktoratet, skjønt først og fremst som preklinikere, ikke minst som bedriftsleger.

Den evangske ordens forvitring – 1955-1972

Den nyttestatlige trusel

Det var ikke lett å gjøre det Evang gjorde etter krigen, berge og videreutvikle den medikratiske medisinalforvaltning han overtok etter nazistene. Skulle man tenke kontrafaktisk, er det mye som taler for at uten krigen ville ikke Evang ha lyktes. Etter krigen kom det nyttestatlige perspektiv inn med en helt annen tyngde en før. Faglig sett var det nå (plan)økonomene og ingeniørene som var de fremste nasjonsbyggere og de var alle, om enn på litt ulike vis – nyttstatsfolk, man kunne for så vidt si, økonokrater og teknokrater. De fikk Regjeringen, med statsminister Einar Gerhardsen i spissen, med seg. Økonomene sørget for den overordnede politikk, gjennom den generelle planlegging (nasjonalbudsjettet). Teknikerne sørget for den sektorielles politikk, infrastrukturpolitikken medregnet, med utgangspunkt i direktorater eller lignende institusjoner, utenfor departementene og nokså fristilt. Der var i grunnen ikke plass til direktorater i den uklare dobbelstillingen, noe Forvaltningskomiteens flertall også gav uttrykk for (1970). Fortsatt hadde imidlertid helsevesenet en slags særstatus. Spesielt klinikken var svært medikratisk organisert, styrt og ledet. Legene hadde høy anseelse; de var vanskelige å utfordre, for noen. Dertil kom at velferdsstaten, som helsevesenet var en viktig del av, ble bygget opp, eller bygget endelig ut, nå, som et utpreget politisk, man kan vel si venstre-politisk, prosjekt. Velferdsstaten stod imidlertid, sammen med de andre humanistiske offentlige vesener, altså utdannelsesvesenet, det offentlige kulturvesen, rettsvesenet og kirken ennå en del på siden av den nyttestatlige offensiv. Også disse andre vesener var således i stor grad fagstyrt i de ytre ledd, selv om de i hovedsak manglet et fagstyre på toppen à la det helsevesenet hadde. Men den teknisk-økonomiske nyttestatligheten var allikevel den offensive, og skulle etter hvert komme til å sive inn i og omdanne «menneskevesenene», undertiden i form av en styring som etterhvert skulle bli omtalt som den «nye offentlig

ledelse». Det begynte for alvor å skje fra 1970-årene av. Den nye nyttekulturen kom for øvrig like meget innenfra, ikke minst gjaldt det medisinen – som begynte å tenke og fungere mer industrielt – som ovenfra, og som en funksjon av omkostningsbekymringer.

Evang var altså utsatt med sitt medikratioppbygde direktorat, men den store truselen stod han og hans direktorat ennå ikke overfor. Det var hans etterfølger Torbjørn Mork som skulle få det store «trykket». Men Evang merket tidlig at noe var i gjerde, og kom etter hvert til å skjønne at han representerte et «regime foran undergangen», for å bruke Jens Arup Seips (1905-1992) uttrykk (om embedsmannsstaten).³⁰ Det første alvorlige tegn på at den nye tid, som han på et vis lenge trodde han selv representerte, rasjonalistisk scientist som han var, kom da han fikk den sterke statsråd han inntil da hadde savnet. Da Gerhardsen kom tilbake i 1955, etter sin litt underlige «sabbatsperiode» (1951-1955), skiftet han straks ut sosialminister Rachel Seweriin – en politiker som ikke passet ham, med Gudmund Harlem. Harlem stod Gerhardsen nær politisk, men også privat. Han var ung, knapt 38 år, og handlekraftig, og han var lege. Han hadde riktignok i studietiden vært en Evang-beundrer, og ble rett etter krigen av Evang invitert til å komme til Direktoratet,³¹ men beundringen hadde fortatt seg. Dette hadde den for så vidt blant mange av Evangs gamle sosialistiske kolleger: de reagerte på hans kommandotone.³² Harlem kom altså inn i Regjeringen ikke minst for å tøyte Evang.

Evang får det han hadde bedt om, en sterk statsråd, og problemene begynner. Evang hadde villet ha en sterk statsråd for med større virkning å kunne fremme helsevesenets ressurskrav i budsjettdragkampen på regjeringsnivå. Evangs «venstre-medikratisk» pregede syn var at alle «state of the art»-helsetjenester burde tilbys gratis til alle, og altså være sikret en «automatisk finansiering»,³³ og ellers at den prekliniske sektor burde få det den bad om. Hva det siste angikk, ville den jo ikke be om mere enn det som var faglig godt begrunnet. Evang hadde nesten ikke tenkt tanken at en sterk statsråd kunne spille den motsatte rolle, altså være sterk nedover istedenfor oppover. Den tanken måtte han nå ta inn over seg. Unge herr Harlem gjorde det

30 Jens Arup Seip, *Et regime foran undergangen*, Oslo: Johan Grundt Tanum, 1945.

31 Nordby, *op. cit.*, s. 162. Nordby hadde fått opplysningen av Harlem.

32 Fredrik Mellbye skriver i sine erindringer, *op. cit.*, s. 145 om Evangs forhold til sine gamle kolleger fra Socialistiske Lægers Forening: «For meg som politisk utenforstående var det eiendommelig, men også egnet til eftertanke, å iakttå hvordan kløften mellom dem økte, til dels også på det personlige plan».

33 Evang brukte dette uttrykket i forbindelse med planleggingen av den nye sykehusfinansieringsordningen, vedtatt i forbindelse med vedtagelsen av Sykehusloven i 1969.

snart klar overfor Helsedirektøren at han ville opprette et embede for en juridisk ekspedisjonssjef i Direktoratet. Evang hadde etter krigen bedt om å få en lovråd, altså en jurist i stabstilling, men hadde altså fått nei av Finansdepartementet. Han protesterte mot å få en ekspedisjonssjef, men til ingen nytte. Evangs protest var forståelig: En ekspedisjonssjef er i linjen og har direkte adgang til Statsråden. Den som nå ble utnevnt, Kaare Bjerkomp (1907-1966), byråsjefen i Budsjett- og personalkontoret, fikk instruksfestet at han hadde statsrådsadgang. I de ukentlige møter (torsdager) mellom statsråd og direktoratsledelse måtte således fra nå av Evang ta med seg, i tillegg til sin lojale nr. to, Jon Bjørnsson, også Kaare Bjerkomp.

Denne ordningen innebar formelt en slags medisinsk-juridisk todeling av ledelsen i Direktoratet. Evang var fortsatt øverste sjef, men ved sin side hadde han nå fått en mann som i juridiske spørsmål formelt var «uavhengig» av ham. Men Harlem gikk lenger: Han antydte at det kunne komme på tale å gå videre med denne semi-todelingen, altså å la Bjerkomp ble igjen i Departementet med sine jurister og flytte Evang og hans helsefolk ut. Dragkampen mellom Harlem og Evang fortsatte i hele Harlems statsrådstid, altså frem til 1961. Men Evang gav seg aldri når det gjaldt ekspedisjonssjefsemet, selv om han i praksis straks gjorde Bjerkomp til en *de facto* lovråd. Han skrev, da han ble kvitt Harlem, at Bjerkomp hadde fått «den misvisende tittel av ekspedisjonssjef». «Det ville», fortsatte han, «være en fordel om dette kunne rettes opp i nogenlunde nær fremtid».³⁴ Det skjedde ikke. Harlems etterfølgere fra Arbeiderpartiet, Olav Bruvik (1961-1962) (1913-1962), Aase Bjerkholt (1963) (1915-2012) og Olav Gjærevoll (1963-1965) (1916-1994), var ikke av den ettergivende typen.³⁵ Borten-regjeringens sosialminister Egil Aarvik, var nok i prinsippet mer ettergivende overfor, og, som vi har sett, litt charmert av, Evang, men når det gjaldt spørsmålet om ekspedisjonssjefsemet, kunne han knapt gjøre så mye. Han hadde statssekretærer som passet på Evang, og var ytterst skeptiske til den evangske, medikratiske orden, først Kåre Kristiansen (1965-1968) (1920-2005), så Per Høybråten (1968-1971) (1932-1990). Da Borten-regjeringen gikk av, våren 1971, var i grunnen tiden løpt ut for Evang; han hadde bare halvannet år igjen – og hadde, for så vidt for lengst, gitt opp kampen for å få «rettet opp» feilen fra 1956. Evangs etterfølger, Torbjørn Mork, gjorde aldri noe forsøk på å få «rettet» feilen. Mork ble også snart langt mer åpen overfor jusen og dens betydning enn Evang hadde vært – og Bjerkomps etter-

34 Karl Evang, «Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren», *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 1961, s. 81-111; sitatet er fra s. 109.

35 Det var for så vidt heller ikke den kortsittende Lyng-regjeringens (høsten 1963) sosialminister, Kjell Bondevik (1901-1983).

følger (siden 1967), Knut Munch-Søgaard (1923-2008), ble Morks nære og svært lojale «lovråd» gjennom hele hans tid som helsedirektør (1972-1992). Det som skjedde i 1956 ble altså et slags første skritt i retning av den deling av Helsedirektoratet som kom i 1983. Forvaltningskomiteens innstilling, som kom i 1970, var også et forvarsel om at Direktoratets dobbelstilling stod for fall. Den ble, i den stadig mer nyttestatlige forvaltning, mer og mer en anomali.

Selv om Evang var sterk i argumentasjonen i planleggings- og politikkutviklingsfasen – altså på oppstrømssiden, var han nøye med å være lojal når beslutninger var fattet. Da var han den ytterst korrekte embedsmann. Kanskje kan man si at han ble det i økende grad, spesielt fra Harlem av. På høyresiden i politikken var mange skeptisk til ham på grunn av hans utenrikspolitiske radikalisme, men ingen «tok» ham i å opptre «politisk» som helsedirektør. Evangs sønn, Anders, mener at den høyreliberale næringslivsorganisasjonen Libertas passet ekstra godt på ham i femtiårene, men aldri fant noe å «arrestere» ham for.³⁶ Han var også forsiktig med å ytre seg overfor sine medarbeidere om sine statsråder. Hvis han gjorde det, var det gjerne på en underfundig måte. Da Evang, sammen med sin sykehussjef, hadde et møte med den siste Evang-statsråd, Odd Højdahl (1921-1994), fattet Statsråden raskt en «sjefsbeslutning». Højdahl hadde da langt fra fått alle fakta på bordet og saken krevde nok strengt tatt noe mer sakkunnskap enn Statsråden hadde. Evang bemerket da etter møtet overfor sin sykehussjef: «Dette er helseplanlegging på høyt nivå».³⁷

Folkehelsemedikraten Evang og de voksende spenninger overfor det kliniske medikrati

Evangs medikratiske forvaltning var en forvaltning basert først og fremst på folkehelsevitenskap(e). Han bygget opp sitt folkehelselag i Direktoratet. Selv om noen av hans nærmeste medarbeidere også hadde (hatt) en fot i klinikken, som psykiatrisjefen Christofer Lohne Knudsen og sykehussjefen (fra 1962) Tryggve Hauan, var de først og fremst «preklinikere» – folkehelsefolk, preget av opphold på de nord-amerikanske folkehelseskolene. Gradvis fikk han også trukket fylkeslegene inn i denne folkehelsesfæren. De hadde fra begynnelsen av (1914) av vært i kombinerte stillinger: De var distriktsleger, altså også klinikere, i tillegg. Fra 1945 fikk Evang gradvis omgjort fylkeslegeembedene til rene fylkeslegeembeder. Den prosessen var

³⁶ Samtale med Anders Evang 27.10. 2008.

³⁷ Opplyst av daværende overlege i Sykehuskontoret, Sverre Harvei, 22.10. 2008.

fullført i 1967. De «parallele» embeder som stadsfysici var også selvstendige embeder; der var imidlertid bare fire igjen av dem da Evang gikk av.

Ved å rendyrke disse embedene som overordnede embeder, trakk han dem nærmere seg og Direktoratet. Samtidig trakk han dem bort fra klinikken, og distriktslegene som klinikere. Ja, han gjorde dem, for klinikken, til en slags rene lederstillinger, men altså slik at lederrollen hadde et preklinisk, ikke et klinisk grunnlag. Han underordnet slik det store medikrati, det kliniske, det lille medikrati, det prekliniske. For klinikken fikk dette som funksjon at den overordnede styring av den i virkeligheten ble selvstendiggjort, eller spesialisert. Det ble en forløper for den ledesspesialisering og -utskillelse som skulle komme i årene etter at Evang var gått av. Slik sett kan man si at medikraten Evang indirekte, og uten å ville det, bidro til den kommende avmedikratisering.

Folkehelsevitenskapene er faglig relevante for klinikken for så vidt som de gir kunnskap om behovs- og etterspørselssituasjonen. De er det imidlertid da primært for den overordnede styring og ledelse av klinikken. De er det i mindre grad for forståelsen av klinikernes møte med pasientenes direkte etterspørsel. Folkehelsevitenskapene representerer kunnskap om «tilbudet», altså intervensjonene, i det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, men ikke kunnskap om innholdet i det kliniske *tilbud*, medisinsk og medisinsk-teknologisk. Det er av disse grunner en medisinalforvaltning ensidig preget av preklinikere, og for så vidt også klinikledelser bemannet av preklinikere, ikke kan gi en egentlig medikratisk styring og ledelse. «Heisen» skal også gå fra klinikken og opp, ikke bare fra preklinikken og opp. Ja, for så vidt som det medisinsk pregede helsevesen i første rekke er klinisk, skal, medikratisk sett, medisinalforvaltningen domineres av leger med klinisk bakgrunn, endog med løpende klinisk kontakt. Når det tradisjonelt ikke har vært tilfelle, har grunnen vært at klinikken nesten overalt har vært privat, skjønt ikke kommersiell, og at det offentlige medisinalarbeid har vært preklinisk: Det har vært et medisinal- eller sunnhetspoliti (*Medicinal-Polizey*), det som på engelsk ble til «public health». Britenes Chief Medical Officer (fra 1855) var således først og fremst en fokehelsemann; han hadde «the ticket» – fra London School of Hygiene and Tropical Medicine. Men ettersom klinikken, overalt, i stigende grad er blitt til gjenstand for offentlig regulering, og til dels er blitt «sosialisert», krever altså ideen om et medikrati at medisinalforvaltningen i stor grad er bemannet av klinikere. Evang så neppe det, mens hans etterfølger Mork, nok ble mer og mer oppmerksom på det. Da var det imidlertid for sent; da hadde demedikratiseringen satt inn, og styring og ledelse hadde begynt å bli adskilt fra fagutøvelsen.

Evang forsøkte å få sin stand med seg i preklinisk retning. Slik kom han, særlig fra midt i femtiårene, til å distansere seg mer og mer fra klinikerne og til å tape autoritet i klinikken. Han gjorde det spesielt i den spesialiserte klinikk, altså i sykehusene, men etter hvert også i primærklinikken. Distriktslegene gikk ikke i preklinisk retning, som han hadde håpet, men i klinisk. Han hadde, som nevnt, håpet at distriktslegene skulle bli en slags lokale helsedirektører, residerende i større *helsehus*, bemannet med fagfolk av ulike slag – klinikere og preklinikere. Det var som om Evang trodde, hva mange folkehelsefolk gjorde, og gjør, at mer sykdomsforebygging og helsefremme ville redusere behovet for behandling, spesielt behandling av det mer spesialiserte og kostbare slag.

Men i Evangs tid (etter krigen) hadde den kliniske medisin sin blomstringstid: Aldri hadde utviklingen gått raskere. Diagnostikken, særlig radiologien, gjorde spektakulære sprang fremover, om enn spesielt mot slutten av Evangs tid (computertomografi, 1972, og snart også magnet-tomografi). Laboratoriediagnostikken ble vesentlig utvidet og delvis industrialisert. Terapeutisk kom en medikamentell revolusjon, med blant annet antibiotika (1940-1960-årene), steroider (1950-årene), betablokkere (1964), cellegift og anestesimidler, en revolusjon som endog en stund så ut til å skape en helt ny psykiatri (klorpromazin (1954), benzodiasepiner (1960)). På den terapeutiske side fikk man også en kirurgisk revolusjon, med blant annet åpen hjertekirurgi (thoraxkirurgi), de første transplantasjoner (nyretransplantasjoner fra 1950-årene av, den første hjertetransplantasjon i 1967) og hjerneinngrep. Helt mot slutten av Evangs tid så man også konturene av den kommende minimalinvasive revolusjon. Denne utviklingen grov mye av grunnen bort under Evangs folkehelsebestrebelser.

Legene, og deres medarbeidere, ble trukket mot klinikken, mot det spektakulære – mot det det var et konstant og stort behov for, behandling. Når behandlingen kom, ble behovet umiddelbart omdannet til utålmodig etterspørsel. Der kom nok i denne perioden også viktige profylaktiske gjennombrudd, men det viktigste, vaksinasjon mot en rekke (bakterielle) infeksjonssykdommer, ble jo anvendt klinisk, av klinikere. Vaksinasjonsgjennombruddene kom derfor slik snarere til å styrke klinikken enn preklinikken. De nye folkehelsegjennombrudd som nå kom, hadde bakgrunn i statistiske befolkningsundersøkelser og gav, til dels kontroversielle, livsstilsråd, knyttet for eksempel til røyking, alkoholbruk og ernæring. De var slik, motsatt de kliniske gjennombrudd, mer prosaiske enn spektakulære.

Evang og hans folk kom «bakpå» faglig, og utviklingen av klinikken ble hengende etter. De nye kliniske muligheter gjorde at der krevdes langt flere leger og andre helsefagfolk, ikke minst (spesial)sykepleiere av ulike slag.

Mye av den mest «lydelige» etterspørsel vendte seg mot den spesialiserte klinikk, altså den som var lengst unna den medisinske Evang var mest opptatt av. Politikerne måtte gi etter, og de større, mer spesialiserte sentralsykehusene kom i løpet av 1950-, 1960- og 1970-årene. I universitetsbyene ble disse tillegg til enda mer spesialiserte regionsykehus. Legene og sykepleierne trakk, som pasientene, mot sykehusene, og ikke bare fordi det var der de nye stillingene særlig kom. De trakk mot sykehusene også fordi det var der de kunne praktisere den mest spektakulære og kunnskapsfrontnære behandling, og fordi det var her det var det største og mest spennende faglige miljø.

Legene «flyktet» nesten fra samfunnet, flyktet inn i de profesjonelle sfærer. Det var her det var best for dem å være. I 1945 arbeidet ca. 30 prosent av norske leger ved institusjon. Andelen var steget til vel 50 prosent da Evang gikk av. Distriktslegemedisinen, hvor det forebyggende arbeid skulle ha sitt medisinske utgangspunkt, omfattet knapt 18 prosent av legestanden etter krigen. I 1972 var den på 7,3 prosent. Evang «sloss» for å få opprettet flere distriktslegestillinger, men lyktes bare sånn måtelig: Distriktslegestanden vokste fra 357 til 433 fra 1946 til 1972, altså med 21 prosent. Legestanden som sådan vokste i perioden med vel 140 prosent. Kombinasjonen av den terapeutiske revolusjon og den moderate vekst, gjorde at distriktslegene både ble presset, og søkte, i terapeutisk retning. Da Evang gikk av stod han overfor en overarbeidet og frustrert distriktslegestand. Internasjonalt kunne Evang tale offensivt om det «unike» norske distriktslegevesen. Til historikeren Aina Schiøtz (f. 1947) sa en oppgitt distriktslege (f. 1936): «Han brydde seg i realiteten ikke en døyt om oss».³⁸ Dette var ikke en helt representativ vurdering, men er nok også et uttrykk for at for mange hadde folkehelsemannen fjernet seg så meget fra sine kliniske «undersåtter» at det hadde begynt å tære på hans autoritet overfor dem. Men hadde Evang begynt å miste taket på distriktslegene hadde han, som folkehelsemann, enda mer mistet taket på privatlegene og sykehuslegene. Tryggve Hauan, Evangs sykehussjef fra 1962 til 1969, konstaterte overfor Aina Schiøtz: «Han (Evang) var ikke interessert i sykehusvesenet».³⁹

Det hører med til dette bildet at planene for utbygging av almenklinikken og spesialistklinikken, ja også for preklinikk, først kom etter at Evang var gått av. Han hadde fra begynnelsen av hatt tanker om å erstatte Sundhedsloven (1860) og Lægeforretningsloven (1912), med nye planer og lover. Planleggingsarbeidet satte han «ut» til tradisjonelle utredningsutvalg, altså politisk-korporative organer, organer han hadde moderat kontroll med.

38 Aina Schiøtz, *Distriktslegen – institusjonen som forsvant. Det offentlige legevesen 1900-1984*, Oslo: Det medisinske fakultet, doktoravhandling, 2000, s. 168.

39 Aina Schiøtz, *Folkets helse – landets styrke, 1850-2003*, Oslo: Gyldendal, 2003, s. 340.

I 1951 ble et utvalg som skulle se på primærhelsevesenet, både hva angikk samfunnshelsearbeidet og almenlegebehandlingen, nedsatt. Det ble ledet av hans førkrigsmedarbeider, stadsfysikus II i Oslo, Trygve O. Iversen (1902-1989). Iversen var hygieniker og en mann for Evang. Fire av de fem andre i utvalget var leger. Utvalget kom med sin innstilling i 1954. Den resulterte ikke i noe, og ny utredningsvirksomhet ble satt i gang i 1963; i dette tilfelle dog bare for å se på helsepersonellsituasjonen. Dette utvalgs innstilling kom i 1967, og gav noen premisser for ytterligere runder med utredning, både i og utenfor Direktoratet, men da Evang gikk av i 1972 forelå det hverken plan eller lovforslag for folkehelsearbeidet eller almenhelsevesenet. Jeg skal komme tilbake til denne saken.

For spesialisthelsevesenet ble det i 1957 nedsatt et utvalg, ledet av stortingsrepresentant (A) Harald Selås (1908-1986). I dette utvalget var bare to av ni medlemmer leger. Finansdepartementet var representert i utvalget. En indirekte kontroll med dette utvalget hadde imidlertid Evang via utvalgets sekretær, Evangs sykehussjef, Karl Berntzen. Utvalget kom med sin første innstilling i 1959 (psykiatri) og sin annen i 1963 (somatikk). Den første innstillingen resulterte i en ny psykiatrilov, vedtatt i 1961, den annen i en sykehuslov, vedtatt i 1969. Den plan disse lovene skulle være ett av flere uttrykk for, ble imidlertid først ferdig to år etter at Evang var gått av og vedtatt i Stortinget våren 1975. Forberedelsene til å lage en nasjonal sykehusplan ble startet i Medisinaldirektoratet i 1933, altså mer enn fem år før Evang tiltrådte som helsedirektør.

Den nye nytestatlige planlegging som voksende utfordring for Evang

Evang fremstod før krigen, og for så vidt også under og like etter krigen, som en utpreget planmann. Han uttalte seg også etter krigen positivt om de sovjetiske femårsplaner. Han skrev så sent som i 1966 at «det som fortjener å bli kalt helseplanlegging... startet... i Sovjet-Unionen etter den russiske revolusjon som et ledd i den samlede økonomiske og sosiale planlegging». Han legger til at han er «gammel nok til å kunne erindre meget klart hvordan hele planleggingsprosessen i Sovjet-Unionen ble gjort narr av og ble ledd ut i hele den vestlige verden på den tid». Han fortsetter: «Nå antar jeg det er meget få land som føler nasjonalt ansvar som unnlater å arbeide ut «5-årsplaner»». ⁴⁰ Her kom Evangs ungdommelige ideologiske engasjement frem. Men det passet jo ikke med den medikratiske tenkning. Den fordret en mer pragmatisk videreutvikling av de faglig baserte institu-

40 Karl Evang, «Forhåndsplanlegging av helsearbeid», *Tidsskrift for Den norske legeforening*, årg. 86, nr. 1, 1966, s. 15.

sjonene, som legevesenet, sinnssykevesenet og (det øvrige) sykehusvesenet. For så vidt som den skulle skje med utgangspunkt i faget og dets krav, måtte den mer være en «planlegging» som skjedde «nedenfra og opp», ikke «ovenfra og ned».⁴¹ Forsåvidt som den skulle skje løpende, i takt med fagets utvikling, ville den i praksis bli en del av den løpende beslutningsfatning; den ville altså løse opp planleggingen som en spesialisert virksomhet. Som jeg har påpekt, Evang var, hva gjaldt styring og organisering en utpreget Burke-konservativ: Den løpende utvikling blir en «forandring for å bevare». Det var derfor naturlig at Evang ikke ville skille ut planleggingsoppgaven fra de ulike kontorer og legge den til en egen enhet. Planleggingen, eller snarere institusjonsutviklingen, måtte skje som en integrert del av kontorenes virksomhet – og under legelig, og litt også tannlegelig og farmasøytisk, ledelse. Ja, den måtte helst skje som en tilretteleggelse for den utvikling som skjedde ute i den faglige verden. Evang selv, som den øverste og siste institusjonsutvikler, hadde da som oppgave å bidra til å skape de overordnede betingelser for denne nedenfra-drevne organisasjonsutvikling. Det måtte han gjøre som en slags «politiker», altså ved å «selge» fagsynspunktene, ikke minst i den endelige dragkamp om samfunnets penger. Den løpende fagutvikling endte slik i en løpende politikkutvikling. Den gjorde Evang til medikratiets politiker. Det var derfor han måtte ha direkte tilgang til Statsråden.

Men Evang så jo at planleggingen, som spesialisert oppgave, kom: Den var en del av den nyttestatlige bølge, en bølge som var så tung at den omfattet de liberale samfunn i vest liksom meget som de sosialistiske i øst. Stalin hadde stor respekt for Frederick Taylor's (1856-1915) «vitenskapelige ledelse». Sosialismen var jo, styringsmessig, slik ledelse overført til hele samfunnets virksomhet. Mot slutten av sin tid som helsedirektør ble Evang mer og mer oppmerksom på det, og tok stadig tydeligere til motmæle. I artikkelen fra 1966, sitert ovenfor, bemerker han at «helseplanlegging er blitt klarere avgrenset og definert som en egen funksjon». Han ser også at når det skjer er ikke veien lang til å generalisere den og knytte den til «den alminnelige sosiale og økonomiske planlegging». Han legger advarende til:

«Dette kan under uheldige omstendigheter lede til det tragiske resultat at den sakkyndige helseadministrator og andre fagkyndige med spesialisert innsikt på helseområdet gradvis kuttes ut av bildet, eller reduseres til en rent rådgivende funksjon, mens «heldags helseplanleggere» etter hvert etablerer seg som en slags ny spesialitet i den administrative medisin».⁴²

41 Karl Evang, *Helse og samfunn*, Oslo: Gyldendal, 1974.

42 Evan g, *op. cit.*, 1966, s. 15 og 16

Evang så den faren nyttestatligheten, legemliggjort med det som ideologisk skulle vært hans åndsfrender, Finansdepartementets nyinnrykkede plansosialister, innebar for hans medikrati. Evang hadde før slåss med og mot juristene og til dels legmannspolitikerne; nå fikk han også de venstreorienterte økonome å slåss med.

Evangs medarbeidere så lenge på ham som en slags planlegger, fordi de trodde han var det – som sosialist og rasjonalist. Det gikk etter hvert opp for dem at han ikke var det. Mellbye skriver derfor i sine erindringer at «Karl Evangs interesse for den nitide samfunnsplanlegging var beskjedent».⁴³ Jo Asvall (1931-2010), en ung, svært planleggingsinteressert, lege Evang i 1971 hadde fått fra Radiumhospitalet, la tidlig merke til det samme. Han hørte en gang Evang tale om planlegging, og ble nokså forbauset. Den han trodde var Planleggeren, var jo snarere en høyttenkende helsefilosof.⁴⁴ Men Evangs planleggingsskepsis, ja, hans konservatisme, blir mer forståelig, eller mindre overraskende, når man ser på ham som medikrat.

Mer forståelig blir det også i et slikt perspektiv at han erstattet den overordnede, ovenfra-og-nedpregede, «totalplanlegging» med personlig politikk. Hans oppgave som helsedirektør var egentlig å legge forholdene til rette for den fagbaserte nedenfra-utviklingen, og i siste instans innebar det, som nevnt, at han drev «salgsarbeid», på vegne av fagligheten, overfor legmannspolitikere, og «sloss» med andre sektorer om oppmerksomhet hos de samme legmannspolitikere. Evangs medikrati endte, og måtte ende, i politikk. Det var jo også derfor han måtte ha en «heisstatus»; han kunne ikke bli blokkert av juristeriet – som han ble i tiden før krigen, av Theodor Thorsen.

At Evang til slutt, nemlig året før han gikk av, måtte gi etter og gå med på å opprette en gruppe, altså ikke et eget kontor, for planlegging, er et tegn på hvordan han ble presset over på defensiven. Gruppen for utredning og planlegging fikk endog en økonom, Arne Gabrielsen (f. 1942), som sjef.

Evang og hans medarbeidere: den medikratiske og personlige fortryllelse glipper
Medikratiet var kulturelt forankret ikke bare i Helsedirektoratet, men også ute i helsevesenet og i viktige henseender i samfunnet alment. Det var en nokså grunnleggende forutsetning for at Evang kunne lykkes med sin medikratibygging. Men mer kom til, nemlig Evangs personlige utstråling. Med sin skarpsindighet, sin energi og sin veltalenhet forsterket han virkningen av den medikratiske kultur. Men allerede fra begynnelsen av var der tegn på at den medikratiske kultur var iferd med å svekkes, både innad i

⁴³ Mellbye, *op. cit.*, s. 147.

⁴⁴ Opplyst av Asvall i samtale den 18.12. 2008.

medisinen og i dens omgivelser. Det begynte å bli synlig fra slutten av 1950- og utover i 1960-årene, men skjøt for alvor fart fra omtrent den tiden da Evang gikk av. Den kulturelle avmedikratisering svekket også grunnlaget for Evangs personlige autoritet. Her kom imidlertid noe i tillegg, en slags slitasje: Ettersom Evangs medarbeidere ble vant til ham – mange av de viktigste folk rundt ham ble jo sittende lenge – ble han mer og mer alminneliggjort for dem. Fortryllesen forsvant, og med den noe av Evangs autoritet. Men med utvanningen av Evangs autoritet ble også, i Direktoratet, den medikratiske kultur han legemliggjorde, svekket.

Vi har sett at ett uttrykk for den medikratiske kulturs dominans var de daglige legeluncher. Til å begynne med sa ingen noe til eller om dem. De ble nesten sett på som «naturlige», men var samtidig uttrykk for en slags helgelsk herre-knekt-situasjon: Ikke bare var det slik at legene definerte seg som de første og fremste, det var også slik at de andre godtok legenes oppfatning av seg selv, og av dem – som noen som kom i annen rekke. Mot slutten av femtiårene begynte «de andre» å se på disse lunchene som «underlige». Evang fornemmet dette og høsten 1961 eller våren 1962 gjorde han dem «tverrfaglige». Alle ble nå invitert, men til ulike dager.⁴⁵

Den gradvise forvitring av den medikratiske kulturs dominans gav seg også utslag i endringer i omgangstone i Direktoratet. Den hadde vært nokså formell, og distanserende. De ansatte tiltalte hverandre med etternavn og brukte gjerne De-form, iallfall oppover. Legene kunne nok innad vise sin elitebevisste kollegialitet ved å bruke fornavn til, men ikke om, hverandre, iallfall de ledende leger, men uten at andre tiltalte dem med fornavn. Men etter hvert forsvant De-formen, selv om etternavn og titler utad fortsatt ble brukt om kolleger, iallfall om legekolleger.

Ettersom tiden gikk kom der altså også inn et element av «sosial slitasje» i forholdet mellom Evang og hans nærmeste. Bjørnsson forble lojal, men gikk etterhvert også trett av å være nummer to. –Pass på at du ikke blir nr. to, Bjørn, sa han til overapoteker Bjørn Jøldal (f. 1932). Bjørnsson fortsatte å være lojal, men mer av embedsmannsplikt enn av entusiasme. Evang belønnet ham for så vidt til slutt med å innstille ham som nr. én til å etterfølge seg. Overlegene ble etterhvert mer utøvere av den politikk de syntes var riktig enn de egentlig var utøvere av Evangs politikk. De visste hvor de hadde ham og forholdt seg selvsagt deretter, men politikken kom allikevel først og fremst fra dem selv, for så vidt som den medikratiske sett skulle. En av Evangs eldste forbundsfeller, Otto Galtung, ble imidlertid etter hvert

45 Kjell Bjartveit, *De 15 første årene – 40 år i den offentlige helseforvaltning*, kåseri holdt ved fylkeslegemøte, Statens helsetilsyn, Soria Moria konferansesenter, 26.11. 1997. Samtale med Kjell Bjartveit den 7.11. 2008.

nesten «lei» av ham. Galtung behersket sitt felt, tuberkuloseomsorgen, fullstendig, og mente han ikke hadde noe igjen for å høre på sin sjef, for eksempel i lunchene. «Jeg orker ikke å høre på de «kamintalene» hans», sa han, med henvisning til president Roosevelts «fire-side chats» med det amerikanske folk. Galtung unnlot etter hvert å komme på lunchene. Han irriterte seg også over at Evang kunne uttale seg offentlig så ofte og så tydelig om saker han ikke hadde hatt tid til å sette seg skikkelig inn i. Evang var kjapp og stolte på sin evne til raskt å gripe essensen i et spørsmål. Galtung syntes ikke alltid at Evang hadde forstått like mye som han foregav å ha forstått.⁴⁶ Det er nok også et uttrykk for at det begynte å glippe litt for Evang at han aldri fikk et nært forhold til de overlegene han fikk på slutten. Det gjaldt legekontoeroverlegen, Terje Due Strand og, spesielt, sykehuskontoeroverlegen, Tryggve Hauan. Hauan, som kom i 1962, forlot også Evang før Evang gikk av.

Evang tilpasset seg disse kulturelle endringer, om han ikke selv aktivt bidro til dem. Denne tilpasning kostet ham neppe så meget. Han oppfattet den ikke som prinsipielt viktig. Det passet ham heller ikke som radikaler å stritte imot det utviklingen også var et uttrykk for, en almen kulturell demokratisering. Man kan se på det som uttrykk for den samme tilpasningsvilje at han gradvis, men litt i etterkant, tilpasset seg et mer samnorsk språk.

Kanskje kan man også se på det som uttrykk for den samme holdning at han, i noen henseender, gikk med på å modifisere det direktoratlige medikrati. Mot slutten av sin tid lot han således sitt fagstyre få en noe bredere forankring. Han slapp, men mer etter andres enn etter eget initiativ, i større grad de andre helsefagene til. I 1965 ble tannlegesjefen overtannlege og i 1970 apoteksjefen overapoteker; de hadde tidligere vært «bare» byråsjefer – apoteksjefen ble dog «sjef for apotekkontoret» i 1968. De to «andre» fagkontorledere måtte dog vente noen år på å bli plassert på samme gasjetrinn som overlegene. I 1971, altså i Evangs nest siste direktoratsår, ble sykepleien skilt ut fra Legekontoer og plassert i et sykepleiekontoer – dog med en sykepleierutdannet byråsjef, ikke en oversykepleier, som leder.⁴⁷

46 Opplysningene om Evangs forhold til Galtung baserer seg særlig på Kjell Bjartveits kåseri, nevnt ovenfor, samtale med Kjell Bjartveit den 7.11. 2008, med Bjørn Jøldal den 15.10. 2008, med Sverre Harvei den 22.10. 2008 og på Nordby, *op. cit.*, s. 163.

47 Den som ble sjef for dette kontoeret, Idunn Heldal Haugen (f. 1928), var imidlertid også juridisk utdannet. Haugen ble først utnevnt som byråsjef (for sykepleien) i 1967. I 1949, da den første egentlige sykepleieforvaltning kom, hvor le dens leder kalt inspektør. Den første inspektør, Gunnvor Rørstad (1911-?), var, som Haugen, både sykepleier og jurist. Begge ble imidlertid av juristene i Direktoratet mer sett på som sykepleiere enn som jurister. Det bør nevnes at Evang, i forbindelse med vedtagelsen av Sykepleieloven i 1948 hadde ønsket å opprette et egen sykepleiekontoer, men ikke fikk midler til det.

Styrkelsen av retts- og nyttestatlighetens posisjon i Direktoratet kom imidlertid mot en viss motstand fra Evang. Juristene og økonomene var, som i prinsippet generelle styringsfagfolk, «farligere» enn de «andre» helsefagfolkene. Vi har ovenfor nevnt at han i 1956 fikk seg pådyttet en ekspedisjonssjef. Jusen ble for øvrig ytterligere styrket i 1961 da Budsjett- og personalkontorets sjef ble gjort til underdirektør, men nå med Evangs billigelse. Økonomikkens posisjon ble først for alvor synlig, som jeg har nevnt, ved opprettelsen av planleggingsgruppen i 1971. Evang satte seg heller ikke imot denne nydannelsen, men hadde, som nevnt, lenge vært skeptisk til å se på planleggingen som noe som burde adskilles fra den medisinske faglighet. Å planlegge var jo dessuten en oppgave som var tillagt ham, som helsedirektør. Det var ikke naturlig for ham å flytte ut av eget hode den strategiske oppgaven.

Selv om Evangs direktorat i hovedsak forble medikratisk preget gjennom hele hans tid, hadde altså demedikratiseringen så smått startet. Både den «andre» helsefagligheten og den gamle (juridiske) og nye (økonomifaglige) styringsfagligheten fikk økende betydning. De ble – men spesielt ble styringsfaglighetens ekspansjon det – varsler om det som skulle komme. Det var for så vidt et uttrykk for hvordan stemningen etter hvert endret seg at flere av legene begynte å føle sine privilegier som en smule pinlige. Legene måtte titt, skriver Fredrik Mellbye i sine erindringer, søke bistand hos juristene, «som nok hadde kompetansen, men slett ikke en lønn som sto i forhold til den». Mellbye legger til: «Legene følte det ubehagelig».⁴⁸

Evangs «public health team» ble både mindre, løsere og mer defensivt fra sekstiårene av. For Evang var det noe nesten oppgivende over det å anbefale Jon Bjørnsson som sin etterfølger. Den både politisk og institusjonelt konservative Bjørnsson hadde bare noen få år igjen før han skulle gå av og var alt annet enn innstilt på større reformer. Evang visste det, men visste også at han skyldte Bjørnsson meget. Evang kunne aldri ha fungert som han gjorde, og blant annet vært så aktiv internasjonalt, hvis det ikke hadde vært for den alltid grenseløst lojale Bjørnsson. Kanskje kunne også Bjørnsson være en slags garantist for at den evangske orden kunne få noen ekstra år? Vi vet ikke om han trodde Regjeringen ville velge Bjørnsson som hans etterfølger. Som hans innstilling var skrevet, virker det imidlertid som om han håpet det. Åpenbart gjorde også Bjørnsson det. Ja, Bjørnsson har kanskje endog trodd det. Evang skrev i sin innstilling til Regjeringen: «Av de

48 Mellbye, *op. cit.*, s. 156.

fire sterkest kvalifiserte søkere står *medisinalråd* Bjørnsson i en særstilling». ⁴⁹ De tre andre var: 2) Gudmund Harlem, 3) Torbjørn Mork og 4) Per Waage.

Den sosiale medisin: ambisjonen som ble kimen til den evangske ordens fall
Evang hadde alltid vært en hygieniker. Før krigen var han det imidlertid mer i tradisjonell naturvitenskapelig forstand. Han skrev artikler om ernæringens betydning for helse og om det som siden er blitt kalt «arbeidshelse» («occupational health»), men også om befolkningspolitikk og seksualhygiene. Møtet med folkehelsemiljøet i den engelsktalende verden under krigen drev ham i en bredere miljøretning. Nå kom han til å legge stadig mer vekt på de sosiale omgivelseres betydning for folkehelsen. Han forble hygieniker, men forstod nå hygienens også på en sosial måte. Den sosiale delen av hygienens kom han imidlertid mer og mer til å skille ut fra hygienens og omtale som sosial medisin, eller sosialmedisin. Den omfattet også omsorgen for de på ulike vis nødstedte i samfunnet, men for ham omfattet den først og fremst det å forstå, og gjøre noe med, uhelsens sosiale grunnlag, og, mer offensivt, å skape det helsefremmende samfunn.

Etter en del dragkamp ble det sammenkalt til en konferanse i New York sommeren 1946 for å legge grunnlaget for en verdens helseorganisasjon. For å forberede konferansen ble det nedsatt en interimskomite. Den skulle blant annet utarbeide et forslag til grunnlov for den nye organisasjonen. Dette arbeidet skjedde imidlertid i praksis i en «teknisk forberedelseskomite» («Technical Preparatory Committee»). Evang var leder for denne komiteen. Komiteens forslag til grunnlov inneholdt i § 1 det som skulle bli den berømte definisjonen av 'helse'. Den fikk denne ordlyden: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of infirmity or disease». Grunnloven ble vedtatt på New York-konferansen, en konferanse som ble avsluttet den 22. juli 1946.

Det vide helsebegrepet reflekterte holdninger som preget folkehelsemiljøet særlig i de engelsk-talende land og i Norden: Det var ekspansivt, scientistisk og det vi kunne kalle sosial-radikalt. Det passet Evang godt. Det var imidlertid ikke først og fremst Evang som stod bak formuleringen. I så henseende var nok den canadiske representanten, Brock Chisholm (1896-1971), en veteran fra første verdenskrig og under den annen verdenskrig Canadas generaldirektør for de medisinske tjenester – og viseshelseminister, viktigere. Chisholm, som selv var psykiater, og en skarp og ofte utfordrende

49 Fra «Uttalelse om søkerne til embetet som helsedirektør», *Notat til Sosialministeren fra Helsedirektøren*, datert 19. juni 1972. Notatet fantes i Helsetilsynets fjernarkiv da jeg så det, men er nå i Riksarkivet. Boksen er merket «Ansettelse 1972».

«mener», representerte det han selv kalte det «visjonære» syn på helse. I den tekniske komite uttalte han:

«The world is sick and the ills are due to the perversions of man; his inability to live with himself. The microbe is not the enemy; science is sufficiently advanced to cope with it were it not for the barriers of superstition, ignorance, religious intolerance, misery and poverty.... These psychological ills must be understood in order that a remedy might be prescribed, and the scope of the task before the Committee therefore knows no bounds».⁵⁰

Man kan si at Chisholm slik brukte helsebetegnelsen til å lage et begrep om det gode liv. Det sentrale ordet i det som ble WHO-definisjonen er jo «well-being». Hans, og hans folkehelsekollegers, forståelse var preget av krigen og ønsket om å knytte helse nøye sammen med både fred og velferd; Chisholm, en dekorert soldat fra første verdenskrig, var nå også blitt en fredsaktivist. På den nord-amerikanske høyreside var det mange som så på ham som en farlig kommunist.

Chisholms og hans kollegers syn på helse kan man si er idealistisk. Det representerer en generell tilstand, et velvære, eller et godt liv, som skal realiseres. Det fordrer først og fremst samfunnsmessige tiltak, altså politikk. Helseforståelsen omfatter nok også det mentale og det fysiske, men, som Chisholm fremholder, dette – eller mikroben – er ikke problemet. Problemet er overtroen, uvitenheten og fordommene og elendigheten – idag kunne vi kanskje si (den store) sosiale og økonomiske ulikheten. De tradisjonelle medisinske problemer, som defensivt er blitt håndtert klinisk, bør håndteres forebyggende, men det igjen fordrer altså politiske beslutninger. Selv mikrobene, og for så vidt fysisk-kjemiske trusler, er i første rekke sosiale, eller politiske, problemer. Folkehelseekspertene må få «alle» til først og forstå det. De må derfor vie seg til den vitenskapelig-sekulære evangelisering; det mer tekniske folkehelsearbeidet kan først få virkelig tyngde når overtroen og ulikheten er overvunnet.

Lanseringen av dette brede helsebegrep hadde en tydelig brodd mot den tradisjonelle, politisk nøytrale, kliniske medisin, men for så vidt også den tekniske hygiene. Ved, like gjerne implisitt som eksplisitt, å forstå helse som fravær av sykdom og skader (og lyter) tok medisinen utgangspunkt i noe objektivt – noe «alle» kunne være enige om var uønsket. Medisinen kunne hjelpe ved å bidra til å få fjernet, eller redusert betydningen av, det legemligmentalt uønskede. Den kunne også, i forlengelsen av slik stykkevis «avnegativisering», gi råd om, og bistå med, å fjerne avgrensede sykdomsskapende

50 Sitert etter Daniel Collahan, «The WHO Definition of Health», *The Hastings Center Studies*, bind 1, nr. 3, 1973, s. 79-80.

forhold – for eksempel gjennom bekjempelse av skadelige agens eller avskjæring av smitteveier. I begge tilfeller kunne medisinen fungere rent teknisk, altså apolitisk. Slik kunne den tillike sees på som representant for det den svært innflytelsesrike østerriksk-britiske vitenskapsteoretiker, og liberaler, Karl Popper (1902-1994), i sin berømte bok *The Open Society and Its Discontents*, omtaler som «piecemeal social engineering».⁵¹ Popper trekker, om enn indierkte, en annen konklusjon av den siste krig enn folkehelsefolkene. Han argumenterer for at det er den «totale» ingeniørkunst, og nå representert ved nazistene og kommunistene, som hadde skapt både krigen og annen elendighet, og advarer mot den «totale» og politiserte tenkning, mot den «totale ingeniørkunst», en kunst man i noen grad kan si blant annet Chisholm, Evang & Co. står for.⁵² Siden, i 1974, skulle den østerrikske filosof, katolske prest og polyhistor, Ivan Illich (1926-2002) kritisere denne medisinske «totalitarianisme» fra et enda mer grunnleggende, nemlig modernitetskritisk, perspektiv.⁵³ Popper var jo en utpreget modernist. Illich mente medisinen, og ikke minst folkehelsemedisinen, hadde ambisjoner om å styre folks liv. Han talte om dette styringsprosjektet som medikaliserende. Evang traff Illich våren 1976, på et seminar på Rettssosiologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Han forlot seminaret, før det var slutt, i vrede. For Illich fremstod Evang ikke som den radikaler han i egne øyne var, men som en farlig medisinsk imperialist. I Illichs øyne representerte den sosiale medisin ikke en overskridelse av den «individualistiske» medisin, som Evang gjerne hevdet, men om den ytterste videreførelse av medisinenes ønske om å bringe folks liv under sin kontroll.⁵⁴

Evang var altså på linje med Chisholm, men allikevel skeptisk overfor ham, ja, kanskje endog litt sjalu på ham. Evang mente Chisholm manglet «politisk skjønn og erfaring». Han mente også at psykiateren hadde «noe svak bakgrunn i Public Health». Som vi nettopp har sett la Chisholm stor vekt på den almene, altså folkelige, oppdragelse. Evang og andre folke-

51 Karl R. Popper, *The Open Society and Its Enemies*, London: Routledge & Kegan Paul, 1945, to bind. Kfr. f.eks. bind 1, kap. 9.

52 Også folkehelsefolkene innsats var tildels en reaksjon på krigen, men altså en annen type reaksjon enn den Popper stod for. Popper skrev for øvrig sin bok i årene 1938 til 1943, i stor grad da han var i landflyktighet på New Zealand. Folkehelsefolkene lanserte sine ideer etter krigen. Det bør føyes til, når det gjelder Popper, at han ikke spesielt skrev om krigen, men om den «(ny)tribalisme» store tenkere, eksemplifisert ved Platon, Hegel og Marx, stod for.

53 Ivan Illich, *Medical Nemesis*, London: Calder & Boyars, 1974.

54 Jeg var selv tilstede på seminaret, holdt i universitetshaven, utenfor instituttet. Seminaret var ledet av Illichs venn, Nils Christie. Jeg husker ikke datoen for seminaret, men det ble holdt på forsommeren; det var varmt i været og vi kunne sitte ute. Til stede på seminaret var også Peter F. Hjort og Christian Borchgrevink. Flere av deltagerne møttes etterpå hjemme i Christies leilighet, men ikke Evang, som altså i protest, og svært brått, hadde forlatt seminaret.

helsefolk hadde ikke noe imot en slik, men la mer vekt på å gjøre noe direkte, og altså politisk, uten å gå veien om den trege materie folkeopinionen var. Evang og andre med en hygienisk bakgrunn så helst at folkehelsefolkene fikk makt selv, globalt gjennom WHO og nasjonalt gjennom hygienisk-medikratiske helsedirektorater, og slik kunne handle på en mer direkte tiltaksorientert måte. Men Evang så også Chisholms folkepedagogiske poenger, og syntes det hjalp at canadieren hadde «en positiv trang til å gjøre noe».⁵⁵

Chisholm ble valgt til interimsssekretær for den kommisjonen som skulle forberede opprettelesen av WHO, og så til organisasjonens første ordinære generalsekretær. Evang kunne aldri helt bestemme seg for om han skulle satse på WHO eller ei, og snart gikk «WHO-toget» for ham. Det kan ha bidratt til han etter hvert kom litt på defensiven. Det ble så prosaisk for ham hjemme. Her ble han sjeldnere beundret og langt hyppigere «hakket» på. I Genève var han den store stjerne, selv om han ikke alltid hadde alle med seg. Han dro gjerne, mer enn gjerne, ut for å få den kjærlighet og varme han ikke fikk hjemme.⁵⁶

Evang var i hele sin tid som helsedirektør opptatt av å utvikle medisinen i det han altså, med det «utvidede» helsebegrep som utgangspunkt, kalte sosialmedisinsk retning. Som vi har sett hadde han begrenset suksess. Han fikk gjort sosialmedisin til universitetsfag i medisinerutdannelsen ved Universitetet i Oslo: Hans gamle forbundsfele, hygieneprofessor Axel Strøm (1901-1985), fikk i 1951 sitt professorat (tiltrådt i 1940) gjort om til et professorat i sosialmedisin. Et eget sosialmedisinsk institutt ble samtidig etablert, med Strøm som bestyrer. Meningen var at hele studiet etter hvert skulle bli preget av det sosialmedisinske perspektiv, men det skjedde ikke. I stedet ble faget marginalisert. Den revolusjon som skjedde i klinisk medisin fra slutten av krigen og frem til midten og slutten av 1970-årene, og som vi har nevnt ovenfor, gjorde at klinikken, og spesielt den spesialiserte del av den, helt kom til å dominere medisinen. Det er et uttrykk for det at de sosialmedisinske avdelinger Evang hadde ønsket å få ved sykehusene i liten grad kom. Da Evang gikk av var det bare kommet fire slike avdelinger. Han klaget i desember 1976, et halvt år før et slag satte ham ut av spill,

55 Sitatene er fra Evangs brev til sin kone Gerda. Brevet er datert 20. juli 1946, altså helt på slutten av New York-konferansen og på et tidspunkt da det var klart at Chisholm ville bli utøvende sekretær og få et forsprang i konkurransen om lederstillingen i WHO. De sitatene som er brukt her er hentet fra Nordby, *op. cit.*, s. 139.

56 Hans nestkommanderende Jon Bjørnsson opplyste til Trond Nordby at Evang prioriterte de årlige WHO-møtene, og annet WHO-arbeid, foran alt annet. Bjørnsson mente flere statsråder undertiden syntes hans reisevirksomhet tok overhånd. Kfr. Nordby, *op. cit.*, s. 141.

over at «den konvensjonelle medisins representanter» stilte seg «fiendtlige og avvisende» til sosialmedisinen, men uten å være overrasket: «De ønsker ikke den «rene» og «verdinøytrale» medisinske virksomhet «forurenset» med utenfrakommende og uvedkommende data og faktorer, i stor utsrekning basert på det de betrakter som «bløte» data og gjennomsyret av verdimåling, ja, endog politisk vurdering». Men han hadde ikke tapt optimismen. Han talte også om «den sosialmedisinske tankegang, som nå med uimotståelig kraft sprer seg over hele verden».⁵⁷

Han tok for hardt i, men den sosialmedisinske tankegang han representerte skulle nå, iallfall for en stakket stund, få større betydning i det norske almenhelsevesen. Det var åpenbart at det i første rekke var innen denne del av helsevesenet dette perspektiv kunne bli viktig. Det var her det meste av det praktiske prekliniske arbeid ble drevet, med distriktslegene som en slags, skjønt mer i navnet enn i gavnet, lokale helsedirektører. Han hadde, som vi har nevnt, lenge arbeidet med og for en videreutvikling av almenhelsevesenet, men altså uten å komme «i mål» før han gikk av. Mot slutten av sin tid som helsedirektør var imidlertid planene iferd med å bli konkretisert, og med det utvidede helsebegrep og den sosialmedisinske tankegang som grunnlag.

Hans sosiale helsebegrep gjorde at de sosiale eksperter ble viktigere og de medisinske mindre viktige. Jo mer medisinen beveger seg bort fra det strengt kliniske, altså når det tar veien bakover i årsaks- og dernest inngrepskjedene og til slutt ender i almensamfunnet, både som omgivelse i seg selv og som eier, eller styrer, av store deler av de biologiske og fysisk-kjemiske omgivelser, jo mer må de overlate initiativet til andre, til ikke-medisinske naturvitere og teknologer og til samfunnsvitere og «samfunnsingeniører» av ulike slag. I beste fall vil leger få en rolle som medlemmer av de evangske «public health teams». De kan knapt nok gjøre krav på lederskapet heller, iallfall ikke som en generell regel. Snarere vil det riktige være kollektiv, flerfaglig ledelse.

«Fallet», i ettertid

Evang kunne, endelig får man si, lansere sine sosialmedisinske tanker i St.meld. nr. 85 (1970-71), *Om helsetjenesten utenfor sykehus*. Meldingen var i stor grad regjeringen Bortens, og derfor statsråd Aarviks, men den ble

⁵⁷ Karl Evang, «Helsebegrep – sykdomsbegrep», i Anders Ringen, red., *Helsepolitikk og samfunn*, Oslo: INAS/Tiden, 1978, s. 143-153. Sitatene er fra s. 151 og 152. Artikkelen bygger på et foredrag Evang holdt på en konferanse om helsepolitikk, arrangert av INAS. Boken kom altså ut et år etter at Evang var blitt satt ut av spill av slaget han fikk i mai 1977. Kfr. også Karl Evang, *Helse og samfunn*, Oslo: Gyldendal, 1974, kap. 11 («Sosialmedisinske redskaper i norsk helsestell»).

presentert av regjeringen Bratteli (I) og statsråd Høj Dahl (28. mai 1971). Tankene var imidlertid i hovedsak Evangs. På viktige punkter var også ordene Evangs, som her (s. 41):

«Det utvidede helsebegrep forutsetter klart at legene er villig til å dele det faglige ansvar med andre spesialutdannede grupper, i første rekke med sosionomer, psykologer, spesialpedagoger, og videre med sykepleiere, helsesøstre, fysioterapeuter, arbeidsterapeuter, miljøterapeuter o.l.

--

Like viktig er det å løsrive tjenesten fra den individuelle innstilling, slik at også familien, arbeids- og skolemiljøet helt fra begynnelsen av trekkes inn i undersøkelse, diagnose, behandling, ettervern og attføring i den grad det bedømmes å være ønskelig eller nødvendig».

Naturlig nok foreslo Regjeringen, og med det Evang, at den «nye», kollektive omsorgen skulle skje innen rammen av helse- og sosialsentre. Det het (s. 46) at «man tar sikte på en mer hensiktsmessig lokalisering av helse- og sosialtjenesten utenfor anstalt til helsesentra, slik at man oppnår å knytte de forskjellige greiner av denne helse- og sosialtjeneste bedre sammen, og samtidig legger grunnlaget for en høyere grad av integrering av helsetjenesten i tradisjonell forstand – herunder det offentlige tannlegevesen – og tilgrensende deler av sosialtjenesten».

Det fremgikk ikke eksplisitt av meldingen hvordan de integrerte sentrene skulle styres og ledes. Her oppstod det utfordrende spørsmål, for helsevesenet var statlig-medikratisk organisert og sosialvesenet kommunalt og politisk-byråkratisk organisert. Evang forutsatte nok at styret i praksis skulle være preget av en slags faglig selvstendighet, som lokalhelsevesenet stadig var, men hans grunnleggende premisser pekte i den retning sosialvesenet var organisert. Evangs sosiale forståelse av helse fordret jo egentlig at ikke bare sosialsiden ble trukket inn i helsesfæren, men at også resten av (lokal)samfunnets viktige virksomheter ble det. Hans tanker impliserte altså en eller annen form for kommunalisering av det primære helsevesen, altså den nære prekliniske virksomhet og den primære behandling og omsorg. Så langt gikk han dog ikke, eller, kanskje vi skulle si, så langt så han ikke, eller ville han ikke se. Et utvalg som ble oppnevnt av regjeringen Borten, Sosialreformutvalget, så imidlertid så langt, og gjorde det med stor glede. Det vil si, de sosialradikale, og til dels legekritiske, medlemmene av dette utvalget – oppnevnt av en borgerlig regjering – gjorde det. De var sosiologiprofessor Yngvar Løchen (1931-1998), statsviter og sosialskolerektor Audun Ervik (1928-2007) og statsviter, tidligere sosialskolerektor, sykehusrådmann og nå finansrådmann i Oslo, Bernt H. Lund (f. 1924). De hadde med seg to viktige medikratikritikere, Kristelig Folkepartis Odd With (1921-2006) –

som formann – og ekspedisjonssjef i Sosialdepartementets sosialavdeling Magne Langholm (1913–2004). Komiteen kommenterer i sin innstilling at der innen «helsearbeidet» er «en stadig større erkjennelse for en omfattende samhörighet mellom medisinske og sosiale kasus». Den legger til at «på samme måte er behovet for medisinsk ekspertise stadig mer markert i det tradisjonelle sosialarbeid». Komiteen vil, som Evang, ha faglige sentre til å stå for det bredere, integrerte helse- og sosialarbeidet. Karakteristisk nok vil komiteen at de nye sentre bør hete *sosialsentre*, og omfatte «seksjoner for helse-, trygde- og sosialarbeidet i kommunene».⁵⁸ Komiteen vil integrere fra sosialsiden og gjøre sentrene kommunale.

Sosialreformkomiteens innstilling førte til St.meld. nr. 9 (1975–76), *Om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat*. Meldingen ble lagt frem av regjeringen Bratteli (II), med Tor Halvorsen (1930–1987) som statsråd. Innstillingen hadde vakt en del reaksjoner, særlig på leghold og Regjerin-gen tar derfor et skritt tilbake i forhold til Sosialreformkomiteen. Den skriver således i meldingen (s. 73–74):

«Sosialreformkomiteens forslag om en vidtgående integrasjon har (derimot) vakt sterk motstand fra mange hold. Det er også divergerende oppfatning av *hvor stort* behovet for samarbeid er og *hvordan* samarbeidet bør organiseres og fungere. Det framgår av uttalelsene at de fleste mener at det på lengre sikt vil være en fordel å samle flest mulige servicetiltak i et helse- og sosialsenter, og at samling i et bygg nok kan være en fordel, men ikke nødvendig for samarbeidet. Dessuten pekes det på at det er forbundet med store utgifter å reise slike fellesbygninger hvor det ellers ikke er et slikt behov til stede. Det er heller ikke alle etater som ønsker å etablere bygningsmessig fellesskap».

Departementet valgte å «utsette» spørsmålet om faglig integrasjon, men tok allikevel de første skritt i denne retning, ideologisk og formelt. Hva det første angikk konstaterte Departementet (s. 85) at samarbeid ville innebære at fagfolkene kunne få «utvide(t) sin horisont» og føyer til at «Det skulle ikke være fare for at man mister sin faglige identitet ved å utvide sin horisont». Hva angår det annet skriver Departementet at det vil foreslå å legge helse-, sosial- og trygdeetaten under et felles politisk styringsorgan, et kommunalt helse- og sosialstyre. Det ville innebære at det medikratisk pregede helserådet måtte nedlegges; dog slik at der kanskje kunne komme et eget hygieneutvalg.

Nå reagerte folkehelseeliten. Først ute var fylkeslegene, høsten 1975. Omtrent samtidig kom deltagerne på Bygdøy-kurset for offentlige leger. Vinteren 1976 reagerer den gamle helsedirektør. Senhøstes 1977 reagerer endelig den nye helsedirektør. Fylkeslegene, med Fredrik Mellbye som engasjert pennefører, skriver til Stortingets sosialkomite (26.10. 1975), at det

58 NOU 1972: 30, *Sosiale tjenester*, s. 134.

er en klar tendens i meldingen til å ville «rive opp og til dels avvikle det nåværende helsevesen utenfor sykehus i kommunene og fylkene». Siden det dreier seg om et helsevesen som «gjennom 375 år» har «medvirket til resultater som målt med tilgjengelige kriterier tilhører de aller beste i verden», må det «foreligge en høy grad av sikkerhet for at den nye organisasjon vil virke bedre enn den nåværende». Fylkeslegene kan ikke se at det er sannsynliggjort, og nevner ellers som svært uheldig at det settes en «ubegrunnet strek» over Helserådet. De vedgår samtidig, kanskje litt indirekte, at deres egen folkehelseforståelse er noe av grunnen til at det nå holder på å gå galt. De skriver således at «Den enighet som for noen år siden syntes å foreligge om utbyggingen av den lokale helsetjeneste og lokale sosialtjeneste henimot en integrert helse- og sosialtjeneste, er ikke lengre tilstede fordi man i det praktiske arbeid har høstet vidt forskjellige erfaringer». Unnskyldende fortsetter de med å si at der innen «den medisinske vitenskap» nå «avtegner seg tendenser som ikke kunne forutsees da de første meldinger og Sosialreformkomiteens innstilling ble skrevet. «Stortingsmeldingen er derfor i dag ikke i pakt med utviklingen, og heller ikke med det praktiske livs erfaringer».⁵⁹

Deltagerne på Bygdøy-kurset skriver at sosialmeldingen «blir møtt med stor og temmelig samstemmig skepsis og motvilje av alle personellgrupper innafor det off. helsevesenet».⁶⁰ Evang reagerte, kraftfullt, i to store artikler i Aftenpostens aftennummer den 6. og 7. januar. Den første artikkelen hadde, over fem spalter, overskriften «Vil myndighetene ha en svekket helsetjeneste?» I den annen artikkel var overskriften: «Helsepolitikk på tvers av positive strømninger». Som fylkeslegene hevder han at forslagene i sosialmeldingen vil rive opp «hele vår distrikts- og fylkeslegetjeneste», uten særlig begrunnelse: Forslagene er «ikke, eller meget kort begrunnet». Han skjønner at medlingen ikke er skrevet i Helsedirektoratet, men av «folk med – for å bruke et parlamentarisk uttrykk – minimalt kjennskap til den måten helsearbeidet drives på». Den nye helsedirektør, Torbjørn Mork, snudde gradvis, men først i november 1977 gjorde han det med brask og bram, om enn i et halvveis lukket forum – et møte i Tromsø i regi av Norske Kommuners Sentralforbund. Han klaget i sitt foredrag på dette møtet innledningsvis over at reformen i primærhelsevesenet var blitt så forsinket, for nå holdt denne del av helsevesenet på å bryte sammen. «Man», altså Departementet, hadde, fortsatte han, tapt verdifull tid fordi «man» måtte vendte på sosialmeldingen. Denne meldingens innhold var i tillegg slik at man nå

59 Fylkeslegemøtet ble holdt den 26. og 27 september 1975, og brevet altså sendt noe senere, den 16. oktober. (En kopi av brevet finnes i mitt arkiv.)

60 Brevet er ført i pennen av distriktlege Kristian Hagestad (f. 1946). Det er datert høsten 1975 og undertegnet av 13 offentlige leger. Sitatet er fra s. 5. (En kopi av brevet finnes i mitt arkiv.)

kunne få ytterligere forsinkelser. Det var meldingens varsel om integrering og kommunalisering han henviste til. Han fortsatte, eksplisitt selvkritisk, med å si at «man i begynnelsen av 1970-årene hadde en meget sterk tro på nødvendigheten av en såkalt integrering av helse-, trygde- og sosialsektoren». Det var en overtro. Behovet for integrering, fremholder han, er i dag langt større «innenfor de forskjellige ledd i den tradisjonelle primærhelsetjeneste, og mellom helsetjenesten i og utenfor institusjon, enn mellom helsetjenesten på den ene side og andre etater og service-kontorer». Selvkritisk legger han til: «Jeg er klar over at dette kan lyde etterpåkløkt. Jeg har selv for en del år tilbake vært en ivrig talsmann for en sterk grad av samordning... De erfaringer vi senere har høstet, har ført til at jeg har moderert mitt syn. Jeg tror ikke at tiden er moden for integrering. Jeg tror erfaringen har vist oss at det faglig sett ikke er ønskelig og ikke nødvendig».⁶¹ Den nye helsedirektør fremstod altså nå enda mer som en etterfølger av Evang enn han tidligere hadde vært. Han var blitt medikrat og stilte seg i spissen for kampen mot den kommende, integrerende primærhelsevesensreform.

Det var en kamp han skulle tape. Da Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen, en «desentraliseringsmaskin» og forkjemper for å utvide det direkte folkestyre, kom med sin innstilling om helsepolitikken våren 1979 var det hele avgjort. Kjernen i den evangske orden, faglinjen direktorat-fylkesleger-distriktsleger, stod for fall. Utflyttingen fra Departementet av «fagdelen» av Direktoratet senhøstes 1983 var bare en naturlig følge av denne utviklingen.

Men spiren til denne utviklingen var altså Evang med på å så da han deltok i formuleringen av det utvidede helsebegrep i 1946 og siden, helt frem til «nr. 85», sloss for å «sosialmedisinere» det norske helsevesen. Han erkjente ikke selv, iallfall ikke offentlig, at han hadde vært med på å bære ved til eget bål, men både hans fylkesleger og hans etterfølger gjorde det, som vi har sett. Men som ved en skjebnens ironi ble heller ikke den «fatale» sosialmedisinering når alt kom til alt, egentlig fulgt opp. Integrasjonstenkningen, kjernen i Evangs sosialmedisinske prosjekt, ble gradvis svekket. Der var litt igjen av den i det lovforslag regjeringen Brundtland (I) sendte til Stortinget våren 1981, men en viktig del av det ble tatt ut da regjeringen Willoch høsten 1982 sendte sitt reviderte lovforslag til Stortinget. Her ble det nemlig lagt til rette for at primærleger kunne bli en slags halvprivate kontraktører, etter hvert kalt «avtaleleger». Det ble også lagt til rette for at noen også kunne fortsette som rene privatleger, men da bare med den nå

61 Foredraget har ingen nærmere tidsangivelse enn november 1977. Det ble renskrevet senere, nemlig den 17. februar 1978, men neppe endret innholdsmessig. Det finnes i Mork-samlingen i Statens helsetilsyn som foredrag nr. 5-1977. Sitatene er fra s. 1 og 2.

reduerte trygderefusjonen. I årene som fulgte oppstod det en form for dragkamp mellom dem som ville ha offentlig «integreerte» leger og dem som ville ha kontraktørleger. Med fastlegereformen seiret de siste.⁶² Med den ble også folkehelsearbeidet i stor grad koblet fra det kliniske arbeid. Snart (2004) ble også sosialarbeidet tydeligere adskilt fra helsearbeidet og koblet til trygde- og «arbeidsarbeidet». Men nå blir sammenhengen med Evangs virke mindre klar.

En epilog

Evangs orden var på mange måter dømt til forvitring. Det hang sammen med at den var medikratisk, og var utsatt for et voksende press fra de tre viktige andre styringsregimer, det rettsstatlige, det nyttestatlige og det politokratiske. I dag har «de nye medikrater» underordnet seg nyttestatsregimet, ja, blitt viktige talsmenn og -kvinner for det innen helsevesenet. Men Evangs orden ble ekstra utsatt for forvitring fordi den representerte et folkehelsemedikrati, og ikke et ekte medisinsk, et klinisk, medikrati: Han skjøv store deler av klinikken fra seg.

I dag er medikratiske ideer, både i Evangs og andres utgaver, overalt på defensiven. De presenteres gjerne av tidsåndens representanter som ideer som for godt er overvunnet. De kommer imidlertid stadig til uttrykk, ikke minst som kritiske refleksjoner over, og like kritiske reaksjoner på, dagens styrende og ledende praksis. De reflekterer ønsket om å bevare noe av den legelige frihet, friheten til å skreddersy, og dermed også muligheten til å sette spor etter seg. Også derfor forblir radikaleren, og aristokraten, Karl Evang relevant. Han satte spor etter seg, og bidro til at også andre fikk gjøre det.

Ole Berg

*Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo
o.t.berg@medisin.uio.no*

62 For nye, rent privat praktiserende ble det vanskelig å drive etter at trygderefusjonen falt bort (for dem) høsten 1992.

The Brundtland Commission: Sustainable development as health issue

Michael 2013, 10: 198–208.

The social determinants of health include economic and environmental factors. A mutually detrimental relation of these factors is harmful to health, so that safeguarding public health requires a harmonious economic-environmental development. Such a concept was launched as “sustainable development” by the Brundtland Commission in the 1980s. Negotiating this concept was complicated by different, sometimes contradictory perspectives of Commission members regarding the relative importance of economic and environmental aspects and the underlying political causes of environmental degradation. It required reconciling views of Northern, industrialized and Southern, low-income countries and also finding a balance between scientific accuracy and political acceptability. The results of the following years suggest a mixed record.

Introduction

A frequently under-appreciated aspect of public health is its long-term dependence on sustainable development. The social determinants of health include, on the one hand, economic factors, such as employment, income and, generally, living standards, and, on the other hand, environmental factors like access to clear water and air, protection from natural disasters etc. Unfortunately, those economic and environmental factors are not necessarily in harmony: both a high-level economy which destroys the environmental basis of life-support systems and an environment, which is either protected or degraded to the point of being economically useless, are tangibly harmful to health. In a fateful triangular relation, long-term stability of public health requires a mutually supportive relation of the economy and the environment. Such a relation was termed “sustainable development” by the World Commission on Environment and Development (WCED), more

commonly known as the Brundtland Commission after its chairperson, Gro Harlem Brundtland, politician, medical doctor and public health expert.

The Commission is best known for having coined the definition of sustainable development as development which “seeks to meet the needs and aspirations of the present without compromising the ability to meet those of the future.”¹ Health was not explicitly mentioned either in this definition, in the Commission mandate or even in its recommendations at the end of its work. Nevertheless, the Commission left no doubt in its report that its work was also about public health. Malaria, schistosomiasis, respiratory illnesses, cancers, and injuries were only a few of countless health problems affected by environmental-economic factors like irrigation, air pollution, carcinogenic substances in industrial products, and natural disasters exacerbated by climate change, while biodiversity loss diminished potential material for medicines and food production. The WCED pointed out those connections and declared: “Integrated approaches are needed that reflect key health objectives in areas such as food production; water supply and sanitation; industrial policy, particularly with regard to safety and pollution; and the planning of human settlements.”²

But what exactly was sustainable development? The often cited definition focuses on inter-generational justice but gives no hint of the vehement discussions the WCED had on numerous other issues, notably social justice or the role of physical limits for economic growth. Nor does it betray the underlying double challenge of balancing contradictory demands: those of economic needs versus those of environmental well-being, and to balance the need to be scientifically accurate with the need to be politically acceptable. Implicitly, this search for a reconciliation of these conflicts is also a story of an effort to balance contradictory demands on health.

Background

In December 1983, the United Nations General Assembly decided to establish a Special Commission, in charge of proposing “long-term environmental strategies for achieving sustainable development to the year 2000 and beyond.” As chairperson, UN Secretary-General Perez de Cuellar appointed Gro Harlem Brundtland, former Minister of the Environment and Prime Minister and then head of the opposition Labour Party and member

1 World Commission on Environment and Development (WCED), *Our Common Future* (OCF), Oxford: Oxford University Press, 1987, reprinted 2009, 40.

2 WCED, OCF, 109-110.

of the Norwegian parliament.³ Between October 1984 and February 1987, the Commission met eight times in different cities and discussed the selected topics on the basis of texts provided by the Secretariat, which was located in Geneva and headed by Jim MacNeill. Information came from a wide range of sources, including scientific institutions, NGOs, academics, consultants, industry and individual experts. Some papers were commissioned by the Secretariat, some were volunteered. Through a process of drafting, discussions and redrafting of texts, the WCED produced a report, later known as the Brundtland report or by its title, *Our Common Future*.

The Commission consisted of twenty-two Commissioners from twenty-one countries in all parts of the world. Their geographical diversity was their strength as much as their challenge: coming from different backgrounds and representing different global views was essential to their ability to speak to and for large parts of the world population, but it clearly made finding common ground difficult. The biggest challenge was reconciling the diverging perspectives of participants from high-income countries of the North and low-income countries of the South. Though positions were more complex in detail, the Northern viewpoint traditionally favoured international regulation measures designed to address environmental degradation, a Southern concern was that environmental policies and regulations would stifle their economic development while selectively benefitting the North.

These difficulties showed in almost all topics, which the Commission discussed and which eventually became chapter topics of their report: population, energy, industry, agriculture, urbanization, international economic relations, global environmental monitoring to international cooperation, biodiversity, the commons and peace and security. Secretary General Jim MacNeill proposed the basic approach, readily accepted by the Commissioners: they would address causes, rather than manifestations of environmental degradation, and would regard development and environment as interlinked. Discussions were guided by a belief in “the mutually supportive relationship between environment and development, wherein the former is both a pre-requisite for development and its end result.”⁴ This approach mitigated the economy-environment tension; it did not make it disappear. In fact, in some ways, it made it more difficult to grasp the underlying contradictions.

3 Gro Harlem Brundtland, *Madam Prime Minister*, New York: Farrar, Strauss and Giroux, 2002, 192-3; UN Press Release SG/A/316, 23 Dec 1983, S-1051-0014-05, United Nations archive (UNA).

4 Key Issues, WCED/84/10-1, Inaugural Meeting, Geneva, 1-3 Oct, 1984, IDRC; MacNeill, *From Controversy to Consensus*, 246-47.

Struggling to define sustainable development

While initially all Commissioners had easily agreed on the mutually supportive relation of environment and development, the problematic nature of this assumption emerged during the public hearing in Oslo in June 1985, attended by many people from the rich Scandinavian environmentalist scene. Unease mounted as group after group explained their concerns, and it dawned on several Commissioners from Southern countries that, if rich Norway had difficulties dealing with problems created by industrialization, this did not bode well for low-income countries elsewhere. In a revealing exchange, Indonesian Commissioner Emil Salim asked Mats Segnestam, the representative of the Swedish Society for the Protection of Nature, that if the reason for economic growth was the same as the reason for environmental deterioration, how would it be possible to reconcile the two? A bewildered Segnestam replied that this was the question the Commission was expected to answer.⁵

The question evaded an easy answer as discussions continued the following day. If Southern Commissioners had to acknowledge the seriousness of a global environmental challenge, Northern Commissioners had to confront the seriousness of a global development challenge. A draft paper by the Commission Secretariat on international economic relations and environment described the international economic system as an adjunct to the biosphere, which dispersed undesirable environmental effects worldwide.⁶ This paper provoked vehement disapproval from Commissioner Shridath Ramphal, then Secretary General for the Commonwealth, who criticized that this approach ignored the eminently political character of the issue. If low-income countries received acid rain and hazardous waste from industrial countries and were forced to cultivate their land in ways which caused erosion, this situation did not reflect the nature of industrialization as much as the context of poverty and brutal global inequality and the lack of choices they imposed on the South.⁷

The ensuing discussion gradually made clear that the seemingly easy acceptance of the complementary character of environment and development early on had glossed over different understandings of what this meant. Above all, the – originally Northern – concept of global environmentalism as a common challenge in the one world shared by all people was partly

5 Oslo Public Hearing, Morning Session 25 June 1985, vol.35 doc.12, cassette seven, archive of the International Development Research Center (IDRC), 3 and 6.

6 International Economic Relations and the Environment, Secretariat Proposed Work Programme, WCED/85/19, Annex 11 of Oslo Meeting, June 1985, IDRC, 2.

7 Ibid., Introduction by Shridath Ramphal, IDRC, 3.

rejected in the South, where daily experience indicated that neither the problems nor the wealth created by environmental destruction were in any way equitably shared. In a lively debate several Commissioners pointed out that the economic development of low-income countries was being blocked by the setup of the international economic system, which forced governments to prioritize debt repayment and export-oriented production over feeding their people and safeguarding their environmental resources. They insisted that the environmental issues could not be addressed without understanding the underlying economic questions. Others warned of focusing so much on economic questions as to lose sight of the environment. Still others argued that, irrespective of economic background, addressing environmental problems could not wait until all economic issues had been resolved.⁸

The controversy recalled discussions at the conference of Alma-Ata just a few years earlier, which had demanded “health for all” as the guiding principle of global policy. Here, too, the goal, to increase people’s well-being, had been linked to the international economic order, and the declaration of Alma-Ata had singled out the reduction of economic inequality as central to an improvement of health, calling for “[e]conomic and social development, based on a New International Economic Order.”⁹ This *New International Economic Order*, which called for technology transfer and for more control over global trade policies by developing countries, never materialized.¹⁰ At the time of the Brundtland Commission, the inequitable economic system was still in place and its repercussions on human well-being were still being discussed.

The debate continued at the next Commission meeting in Sao Paulo. A revised draft explained that understanding environmental degradation required an integrated view of the international economic dimension. Lack of development, i.e. poverty, was responsible for a series of environmental problems such as desertification, soil erosion, deforestation and the spread of urban slums. Therefore, poverty reduction would have to be at the center of all efforts and any effective strategy had to address the causes rather than the symptoms of poverty. However, the direction of world development was largely determined by the wealthy few, placing Southern societies at a disadvantage. Effective strategies would have to begin here, and seemingly

8 Paulo Nogueira-Neto, *Uma trajetória ambientalista: diário de Paulo Nogueira-Neto*, Sao Paulo: Empresa das Artes, 2010, 287; Minutes of the Third Meeting, 21-28 June 1985, IDRC, 26-30.

9 Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

10 Kelley Lee, *The World Health Organization* (London/New York: Routledge, 2009), 79.

indirect approaches, aiming at international trade relations or production policies, could have more decisive effects on environmental problems than policies addressing those problems directly.¹¹ An integrated approach should take into account both types of environmental degradation: that which resulted from economic development and that which derived from its absence. Commissioners tentatively accepted this version but kept the question open for further discussions.¹² This position was politically ambivalent: by focusing on the international development order it challenged the privileges, which rich countries enjoyed in the existing system, but by concentrating attention on poverty it also downplayed the responsibility of the lifestyles of the rich for global environmental burdens.

In May 1986, as meetings and debates continued in Canada, the emphasis had shifted back to problems created by affluence. Thus, a new draft text cited rising purchasing power, growing population and increasing demand for food and for consumer goods and their confrontation with limits in resources and in eco-systemic waste absorption capacities as the origins of environmental pressures. Planning would, therefore, have to integrate the positive and intended as well as the unintended negative environmental effects of the same development processes.¹³ Subsequent discussions raised sensitive related questions: to what extent would technological progress offset physical limits and how would these innovations reach those countries in the South, which most needed them? And the obvious and politically sensitive follow-up question: if technological progress could ease the environmental degradation only so far, to what extent would the rest have to be achieved through global wealth redistribution?¹⁴ This was hardly a politically welcome suggestion, and Commissioners from the North and the South were moving towards deadlock.

Indian economist Nitin Desai, who had been hired as an expert in development economy, tried to distill central elements from the discussions and mold them into a position paper with which all Commissioners could identify. It confirmed the Commission position that the connection between patterns of development and environmental conditions was so direct and obvious that the issue was “no longer one of promoting development or

11 Secretary-General to Commissioners, International Economic Relations, Environment and Development, WCED/85/23, 11 Oct 1985, IDRC, 1-13.

12 Minutes of the Fourth Meeting, 25 Oct – 4 Nov, 1985, São Paulo, IDRC, 13-18.

13 WCED, Draft Chapter 2, 7 May 1986, WCED/86/3, ICDR, 1-3.

14 Interview of Janez Stanovnik, 7-8 Jan 2001, p. 87-88, The Complete Oral History Transcripts from UN Voices, CD-ROM (New York: United Nations Intellectual History Project), 2007; Interview Shridath Ramphal, 14-15 Jan 2002, UN Voices, 64-65;

protecting the environment” but that both objectives had to be pursued simultaneously and in a mutually reinforcing manner. This concept of sustainable development could provide a basis for such an integration:

A development path is sustainable if it meets needs of the present without compromising the ability to do the same in future. There are three crucial elements in this short statement. The first is the concept of needs, the second is the ability to meet these needs and the third is the link between the present and future capacity to satisfy needs.”¹⁵

Needs, it argued, were socially and culturally determined and an equitable system required that consumptions patters by the affluent be kept within a range of what was, in time, achievable by everyone and within ecological possibilities. The ability to meet needs depended on the technological development, on resource management skills, available capital and distribution, all of which should be optimized.¹⁶ Finally, the paper declared that sustainable development required an economic organization, which broadly enhanced the present and future opportunities to meet needs. This process entailed economic growth in communities where basic needs were not yet satisfied and it allowed growth everywhere provided its content reflected “the broad principles of sustainability and non-exploitation of others.”¹⁷ There were physical limits to this process. They were diffuse, since they depended on many factors, but they existed in crucial life-supporting structures and in regenerative capacities of exploited systems.¹⁸

The paper reconciled central developmental and environmentalist positions, which was a major achievement. It lifted the concept onto a moral ground, which communicated ideas in terms of human needs instead of economic theory. This shift came with advantages and disadvantages. The needs-based definition provided a convenient sound bite, whose vagueness made widespread endorsement possible. But it also evaded some of the complexities included in more operational definitions, opening Commission findings to a range of (mis)-interpretations later.

This paper was accepted as the core of the Commission understanding of sustainable development, though discussions kept alternating between highlighting poverty and affluent lifestyles. In September 1986, the importance of poverty was upgraded again. A revised draft chapter argued that economic growth was required to reduce poverty in countries in the South, and their economic growth depended on economic growth in countries in

¹⁵ Desai to all Commissioners, 27 June 1986, communication to the author from Desai, underlining in the original.

¹⁶ Ibid., 2-3.

¹⁷ Ibid., 4.

¹⁸ Ibid., 6-8.

the North. However, a transition to sustainable development required fundamental changes in patterns of production and consumption and an approach which integrated environmental considerations at every stage and every level of planning and decision-making, ranging from the household to the global system and in every sector of life, legal, political or private, and by everyone.¹⁹

This ambivalent position on growth aimed at balancing the radicalism of a changed system and political pragmatism by keeping but downplaying the politically sensitive elements of life-style changes and wealth redistribution. At a basic level, this meant accepting that people in low-income countries would wish to raise their living standards to a state of material well-being which people in high-income countries had and would wish to keep. It also meant glossing over physically necessary but politically unacceptable limitations to this generalized growth process. While earlier versions had discounted the concept of *limits to growth*, the final report omitted the offensive word altogether but retained the underlying idea by discussing crucial environmental pressures under the title of “survival.” Concerns such as “global warming,” the depletion of the ozone layer, acidification or desertification were considered not in terms of “limits” but of “thresholds” which could not be “crossed without endangering the basic integrity of the system.”²⁰ Thus, the final text still contained strong language which did not shy away from politically controversial issues. It flatly declared “the distribution of power and influence” to be “at the heart of most environmental and development challenges.”²¹ But overall, the text focused on poverty and its role in environmental degradation, while deemphasizing references to the role of affluence.²²

In this vein, the Commission proposed a long list of other measures as parts of sustainable development, such as the increased production and use of renewable forms of energy, a massive shift of research funds and attention towards needs of countries in the South, automatic forms of fundraising to be used for a transition towards a sustainable development regime, the integration of sustainable development principles in all national governments and all international agencies, aided by coordinating bodies, and others.

The result combined calls for radical change with a certain conservatism: the contents and international structure of the global economy should

19 Draft Chapter 3, Towards Sustainable Development, WCED/86/14, IDRC, 48-56.

20 WCED, OCF, 32-33.

21 WCED, OCF, 38.

22 WCED, OCF, 40.

change while its principle goal, economic growth, should remain. On the radical side, the recommendations envisaged nothing less than a fundamentally changed world: a world in which considerations of sustainability were firmly integrated into structures, codes of conduct and policy decisions of all national and international public and private actors, in which global environmental data would be monitored and freely distributed, a world in which states were legally obligated to maintain biological diversity, to identify and respect the carrying capacity of a given ecosystem, to assess all major new policies regarding their effect on sustainable development and to release all relevant information about its potentially harmful pollution, a world in which the International Court of Justice had jurisdiction over international environmental and resource management conflicts, and in which automatically generated funds would be invested in the transition of economies towards sustainable development. On the conservative side, it recommended a growth rate of at least three percent in low-income countries. It was a message that carried both the promise of a continuation of the world into a bright future and the menace of the end of the world as it was known at the time.

On 27 April 1987, *Our Common Future* was officially released in London at the Queen Elizabeth II Conference Center and presented to the UN General Assembly on 19 October 1987.²³ In an impressive public relations blitz, Commissioners presented the report to numerous audiences, especially Gro Brundtland, who had become Prime Minister of Norway again, and who shamelessly used her position to give maximum visibility to the report.

Conclusions

The Brundtland report remains one of the most impressive consensus documents. That agreement would be reached was far from certain, and it was possible only because, on a personal level, relations between Commissioners remained fruitful, often cordial. Partly thanks to Brundtland's leadership and partly as a result of over two years of shared experiences in discussions and public hearings, Commission members learned to truly listen to one another and to seek common solutions.²⁴

The report was also an immense success in the sense that it prompted all UN agencies, numerous governments and academic institutions and countless people to consider the idea of sustainable development and to review their activities accordingly. The idea stimulated thousands of local,

²³ WCED, Chronology, IDRC, 11, 15.

²⁴ Jim MacNeill, "From Controversy to Consensus, The World Commission on Environment and Development," *Environmental Policy and Law*, 37 (2007) 2-3, 242-265.

national and global initiatives and fundamentally transformed development thinking. It provided the central theme for the UN Conference on Environment and Development, "Earth Summit" in Rio in 1992, which translated the concept into a detailed action plan, Agenda 21. However, the practical effects have remained frustratingly minimal.²⁵ In 2005, the health component of the Millenium Ecosystem Assessment, a gigantic work of global scientific cooperation, found evidence for "an increasing risk of non-linear changes in ecosystems, including accelerating, abrupt and potentially irreversible changes" with potentially "a catastrophic effect on human health."²⁶

Clearly, the Commission failed to bridge the divide between what was necessary to say and what was possible to communicate to people and agencies in order to convince them to act.

This should worry us, because, in fact, the Commission went far in mitigating the extent of necessary change for long-term sustainability. In the early 1990s, a critical study on "Strategies for Environmentally Sound Economic Development," headed by the Assistant Director General of Statistics Norway, Olav Bjerkholt, conducted a model simulation of the recommendations of *Our Common Future*. It concluded that the financial transfers from Northern to Southern countries, which the report envisaged, were unrealistically high but that, even if implemented completely, the Brundtland recommendations were unlikely to achieve their goal of combining higher living standards with reduced environmental degradation.²⁷ This study supported those who criticized the Commission and its concept of sustainable development as being so devoid of tangible demands as being meaningless.²⁸ This criticism overlooks the radical component of the report and it builds on the implicit assumption that a more outspoken concept would be more effective. Available evidence points to the opposite. In 2000, the declaration of the People's Health Assembly voiced a more drastic version of demands discussed by the Brundtland Commission: the cancellation of Third World debt, a radical transformation of the World Bank and the IMF, and a reconsideration of growth-centred economic theories and their replacement with alternatives that created "humane and sustainable

25 Desta Mebratu, "Sustainability and Sustainable Development: Historical and Conceptual Review," *Environmental Impact Assessment Review* 18 (1998), 493-520.

26 Carlos Corvalan, Simon Hales, Anthony McMichael et al., *Ecosystems and Human Well-being. Health Synthesis*. A Report of the Millennium Ecosystem Assessment (Geneva: WHO, 2005), 7.

27 Faye Duchin and Glenn-Marie Lange, *The Future of the Environment*, New York and Oxford: Oxford University Press, 1994, 8.

28 See Desta Mebratu, "Sustainability and Sustainable Development: Historical and Conceptual Review," *Environmental Impact Assessment Review*, 18 (1998), 493-520.

societies.“ Crucially it called on the people of the world to “[r]educe over-consumption and non-sustainable lifestyles – both in the North and the South. [And to] Pressure wealthy industrialised countries to reduce their consumption and pollution by 90 percent.”²⁹ Its effect has bordered on zero.

The Commission succeeded in reconciling ideas of environmental and economic needs sufficiently to convince people around the world that sustainable development was a challenge that was of relevance to them all. One may suspect that in the real world little more was possible. To what extent that has been enough to safeguard global health is an open question. More than 25 years after its publication *Our Common Future* still provides compelling reading to all those concerned with public health.

And to everybody else.

Iris Borowy
University of Rostock
Historisches Institut
August-Bebel-Str.28
D-18051 Rostock
Germany
iris.borowy@uni-rostock.de

(Lecture in The Norwegian Medical Society, Oslo, November 7th, 2012.)

²⁹ People's Health Movement, People's Charter for Health, <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf>, accessed 1 Oct 2011.

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