

Norsk primærhelseteneste på 1970-talet – oppbrott, strid og ny giv

Michael 2018; 15: 40–58.

Hendingar på 1970-talet fekk avgjerande betydning for utforminga av norsk primærhelseteneste, slik vi kjenner ho i dag. Utviklinga starta i 1967, da eit offentleg utval konstaterte krise og varsla samanbrott av primærlegedekninga. Iverksettinga av kommunehelsetenesteloven markerte eit førebels punktum i prosessen. Denne artikkelen opererer derfor med eit «utvida 1970-tal», som omfattar perioden 1967-84. Utviklinga av primærhelsetenesta skjedde på mange frontar og med mange aktørar. Veggen blei i stor grad til undervegs. Denne artikkelen ser nærare på følgande element: Den politiske prosessen, triaden desentralisering/demokratisering/byråkratisering, svekking av medikrati og legemakt, inntektssystem for primærlegar, forholdet mellom helseprofesjonar, samt fagleg løft på brei front for norsk primærmedisin.

Det utvida 70-talsomgrepet

Det skjedde mykje i landet vårt frå slutten av 1960-åra fram mot midten av 1980-talet. Noreg var på veg vekk frå etterkrigstid og sosialdemokratisk orden med harmoni og homogenitet. Sekstiåttargenerasjonen kom på banen med si bevisstgjerings om at «alt er politikk»; om interessen motsetnader i samfunnet, miljøtruslar, vestleg utbytting av u-landa og imperialistisk krigføring i Indokina. Kampen mot norsk medlemskap i EF skapte nye politiske alliansar og skiljeliner. Marxist-leninismen hadde si hektiske blømingstid. Jappetida slo inn i 1983.

Mangt av det som skjedde i helsetenesta, spesielt i primærhelsetenesta, avspeglar det som skjedde elles i samfunnet. Endringsprosessar starta mot slutten av 1960-åra og blei avklarte eller slutførte i løpet 1980-talet. Det kan i denne samanhengen være nyttig å sjå føre seg eit utvida «1970-tal», nærare bestemt perioden frå 1967 til 1984.



Figur 1: Utekontor i Marvik for distriktslegen i Suldal 1971. Kontoret heldt til i andre etasje i byninga til landhandlaren på brygga. Det medisinske utstyret på bordet og skuffen med journalkort for personar som sokna til kontoret, er frakta med frå hovudkontoret. Utanfor bildet er eit porselensfat for handvask og ein divan til bruk som «undersøkings-benk».

Epoken 1967-84 startar med framlegging av den første innstillinga frå helsepersonellkomiteen, som konstaterte krise i allmennlegetenesta med fare for samanbrott i løpet av få år, og som kom med til dels radikale forslag om tiltak (1). Sytten år seinare, i 1984, tok loven om helsetenesta i kommunane til å gjelde. Framstillinga i denne artikkelen er avgrensa til sentrale utviklingstrekk i den valte perioden. På enkelte område er det naturleg kort å nemne også kva som skjedde vidare etter 1984.

Langdryg politisk prosess fram mot kommunehelsetenestelov

Sjukehusloven blei iverksett frå 1970 (2). Den førte til ei sterk utbygging av institusjonshelsetenesta. Frå sentrale helsestyresmakter blei det framheva at neste steg nå måtte bli satsing på helsetenesta utanfor sjukehus. Men den formelle politiske prosessen fram mot kommunehelsetenestereforma blei langdryg. Ein kan seie at Noreg pussa opp og utvida andre og tredje etasjen i det norske helsehuset, medan førsteetasjen forfall.

I perioden 1969-82 kom det totalt tretten sentrale politiske dokument som var med på å stake ut vegen vidare for primærhelsetenesta; fire stortingsmeldingar (3-6), tre NOU'ar (7-9), eitt departementalt høyringsdokument (10), to departementale rundskriv (11,12) og tre lovproposisjonar (13-15). Det er verd å merke seg at helsestasjonsteneste blei lovfesta gjennom ei særlov, sett i kraft frå 1974 (13), og som vart oppheva ved innføring av

kommunehelsetenesteloven. Derimot blei heimesjukepleieteneste i første omgang innført utan spesifikk lovheimling gjennom to departementale rundskriv (11,12).

Sett i etterkant framstår prosessen fram mot kommunehelsetenesteloven ikkje som ei systematisk og målretta utvikling mot eit ønska og definert resultat, snarare blei vegen og målet til undervegs. Éi årsak til dette var at etterkrigsperioden med Arbeidarpartiets monopol på regjeringsmakt tok slutt på 1960-talet og blei avløyst av ein situasjon med skiftande regjeringskonstellasjonar. Tidleg på 1970-talet kom det i tur og orden to stortingsmeldingar om primærhelsetenesta; den første frå Bratteli-, den andre frå Korvald-regjeringa (3,4). Tilsvarande kom det tidleg i neste tiår to proposisjonar til lov om helsetenesta i kommunane; først frå Brundtland-regjeringa, så frå Willochs kollegium (14,15).

Skiftande bruk av namn og omgrep i dokument og uttalingar avspeglar utviklinga som skjedde undervegs i prosessen:

- *Helsetjenesten utenfor sykehus*, St. meld. nr. 85 (1970-71) og nr. 45 (1972-73)
- *Helsetjenesten utenfor anstalt*, St. meld. nr. 85 (1970-71): 28-29
- *Den primære helsetjenesten*, intervju med ny helsedirektør Torbjørn Mork 1972
- *Førstelinjetjenesten*, St. meld. nr. 9 (1974-75)
- *Distriktshelsetjenesten*, St. meld. nr. 9 (1975-76)
- *Helse- og sosialtjenesten*, NOU 1979:28
- *Helsetjenesten i kommunene*, Ot. prp. nr. 36 (1980-81) og nr. 66 (1981-82).

To omsyn stod sentralt i forarbeida til kommunehelsetenesteloven. Det eine var samordning mellom primærhelsetenesta og sosialtenesta, det andre å skape eit meir solid lovmessig fundament for det forebyggjande helsearbeidet. Desse måla blei ikkje omstridde i debatten om lovframlegga; men dei kom til å bli overskygga av to andre spørsmål, noko som særleg gjekk ut over vektlegging av forebyggjande arbeid. Forebygging blei rettnok pent omtalt under Stortingets behandling av loven, av dei om lag halvparten av talarane som i det heile nemnte temaet; men uttrykt i taletid gjekk knapt fem prosent av debatten med til dette emnet.

Dei to spørsmåla striden i starten av 1980-åra i hovudsak kom til å dreie seg om, var for det første offentleg styring av ressursbruk, versus fridom for pasientane til fritt å velje lege (og fysioterapeut), fri etableringsrett for helsepersonell, samt lønssystem. Forenkla sagt blei dette ein strid mellom so-

Primærhelseteneste	helseteneste i førstelina (jf. <i>Leon-prinsippet</i>)
Primærmedisin	medisinsk verke på førstelinenivå
Primærlege	lege som utøver primærmedisinsk verke
Allmennmedisin	individretta medisinsk verke på førstelinenivå • Kurativ verksemd • Forebyggande verksemd – Vaksinasjon, helseopplysning, helsestasjon, skolehelseteneste
Allmennlege	lege som utøver allmennmedisinsk verke
Samfunnsmedisin	befolkningsretta legearbeid, nivåuavhengig
Kombilege	primærlege som utøver både samfunnsmedisin og allmennmedisin

Rammetekst 1: Primærmedisin – ord og uttrykk

sialistisk og borgarleg side om grad av «sosialisering». Det andre spørsmålet handla om kommunane si rolle som arbeidsgivar, versus den tradisjonelle, hierarkiske, faglege og administrative styringsmodellen med helsedirektør, fylkeslege og statlege distrikts-/stadslegar (16).

Desentralisering, demokratisering, byråkratisering

Tankar om styrka folkestyre og desentralisering av makt fekk vind i segla på 1970-talet. Undervegs blei det klart demonstrert at vidare utbygging av lokaldemokratiet gjerne også medfører vekst i byråkratiske organ.

Sjukehusloven la ansvaret for andrelinetenesta i helsevesenet – dei ikkje-statlege sjukehusa – til fylkeskommunen (2). Fylkestinget, som frå 1975 blei direkte valt, fekk som underutval eit sjukehusstyre (eller helse- og sosialutval). Ein fylkeshelsesjef med tilhøyrande stab tok seg av dei administrative oppgåvene.

På tilsvarande vis blei kommunane i 1984 tillagt ansvaret for førstelinetenesta, dvs. primærhelsetenesta. Frå 1988 skulle kvar kommune ha eit helse- og sosialstyre (17). Ein stor del av kommunane organiserte ein felles helse- og sosialetat med helse- og sosialsjef – ofte sosionom – som administrativ leiar. Etaten omfatta vanlegvis ei helseavdeling, ei pleie- og omsorgsavdeling og ei sosialavdeling; leia av kvar sin avdelingssjef. Helsesjefen var oftast, men slett ikkje alltid, lege eller anna helsepersonell, pleie- og omsorgssjefen var nesten alltid sjukepleiar og sosialsjefen var tilnærma alltid sosionom.

Eitt av dei to store stridsspørsmåla i forarbeidet til kommunehelsetenesteloven var som nemnt kor vidt det statlege distrikts-/stadslegevesenet skulle oppretthaldast eller avviklast. Fleirtalet i Juel-komiteen ønskte at det statlege offentlege legevesenet skulle bestå for lokalt å ivareta tilsyn med vekt på sjukdomsforbygging og helseovervaking (8). Fleirtalet i Nyhus-utvalet kom til motsett konklusjon (9). Sosialdepartementets høyringsutkast til ny lov («kladden») tok ikkje stilling til dette spørsmålet (10). Nestleiarer i sosialkomiteen i Stortinget fortalte i ettertid at det der var sterk tvil om kva som ville vere det beste alternativet, men dei la stor vekt på ønsket frå styret i Offentlege legers landsforening (Oll) om kommunalisering av distriktslegane (18). Seinare informasjon frå daverande styremedlemmer i Oll tyder på at komiteen må ha mottatt «fake news». Fleirtalet i styret var nemleg for oppretthalding av den statlege distriktslegeordninga (19).

Utfallet i Stortinget blei at dei lokale offentlege legane vart kommunalegar. Ordninga med sentral styring av dei offentlege legane i kommunane blei endra til eit system som var territorielt styrt, og som var samordna med andre kommunale tenestegreiner.

Svekking av medikrati og legemakt

Endring av rolla til helsedirektøren

I perioden 1945-72 var norsk helseteneste prega av den såkalla «evangske orden» (20). Helsedirektør Karl Evang (1902-81) var – som leiar av det medikratiske organiserte Helsedirektoratet – den sterke mannen i utviklinga av helsevesenet i etterkrigstida. Helsedirektoratet var både ein del av Sosialdepartementet og eit fagorgan. Helsedirektøren kunne eine dagen uttale seg og fatte vedtak «etter fullmakt» om helsepolitikkutforming, for så neste dag å presentere sjølvstendige helsefaglege vurderingar og avgjerder.

Evangs etterfølgar Torbjørn Mork (1928-92) hadde ikkje same personlege autoritet og karisma som forgjengaren. Utviklinga i samfunnet arbeidde også mot allmektige og einerådande, sterke menn. Mork fekk etter kvart eit anstrengt forhold til den politiske og administrative leiinga i departementet. Etter ein lang prosess blei Helsedirektoratet i 1983 eit reint fagdirektorat utanfor Sosialdepartementet. Instruksen for helsedirektøren som person blei oppheva og erstatta av ein instruks for institusjonen Helsedirektoratet. Departementet oppretta si eiga helseavdeling som sekretariat for det helsepolitiske arbeidet.

Overgang frå distriktslege til kommunelege

Da statlege legar i primærhelsetenesta i 1984 blei overførte til kommunal tilsetjing, fekk dei tittelen kommunelege. Kommunehelsetenesteloven fastsette i § 3-4 at ein lege i kommunen skulle ha «*det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten*» (21). Den tidlegare distriktslegen blei vanlegvis tildelt denne oppgåva. Det viste seg raskt å vere vanskeleg å definere kva medisinsk-fagleg ansvar i praksis innebar (og ikkje innebar). I 1995 blei loven endra på dette punktet, legen skulle heretter vere «*medisinsk-faglig rådgiver*» for kommunen.

Dei offentlege legane i primærhelsetenesta hadde fram til og med 1983 vore styrte frå Helsedirektoratet via fylkeslegane. Kvar vår inviterte helsedirektøren distrikts- og stadslegane til ei sentral samling i Oslo for informasjon, inspirasjon og formidling av styringssignal. Helsedirektoratets rom for påverknad av lokalnivået blei redusert frå 1984. Men det kan reistas spørsmål om direktoratet som statleg fagorgan utnytta det handlingsrommet som faktisk var til stades. Helsedirektør Torbjørn Mork la ikkje skjul på at han var skuffa over å ha mista det lokale korpset av offentlege legar. Han meinte Kommunenes Sentralforbund (KS) nå måtte stå for kontakten med dei kommunalt tilsette legane. Det har i ettertid vore påpeikt at ei anna og meir offensiv haldning frå helsedirektøren si side kunne ha medført betre og større bruk av kommunelegane som ein samfunnsmedisinsk ressurs, både for kommunane og for sentrale styresmakter (22).

Frå helseråd til miljøretta helsevern

Sunnhetsloven av 1860 fastsette at kvar kommune skulle ha eit helseråd (ein «sunnhetskommisjon»), som skulle «*have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hvad derpaa kan have Indflydelse*» (23). Helseråda kom til å spele ei viktig rolle i kampen mot smittsame sjukdommar og uhygieniske miljøforhold (24). Fleirtalet av medlemmene i rådet var politisk valte. Men den offentlege legen var helserådsordførar og hadde – i kraft av fagleg autoritet og dobbeltstemme – stor gjennomslagskraft.

Etter kvart som sjukdomspanoramaet endra seg frå dominans av smittsame sjukdommar til «sivilisasjonssjukdommar» som hjarte-kar-lidingar og kreft, blei rolla til helserådet mindre sentral. I tillegg kom at tradisjonelle hygieniske oppgåver knytt til vatn, avløp, avfall m.v. blei overtatt av miljøvernet og teknisk etat i kommunane, til dels også av næringsmiddelkontrollen (seinare Mattilsynet). Stortingsmelding nr. 9 (1975-76) opna for nedlegging av helseråda; eventuelt omdanning til «hygieneråd».

Kommunehelsetenesteloven vidareførte i første omgang helserådsteneste som ei obligatorisk oppgåve. Men frå 1988 blei dette punktet i loven endra

til «*miljørettet helsevern*», og størsteparten av sunnhetsloven blei oppheva (25). Funksjonen som helserådsordførar fall vekk. Kommunelegen skulle vere saksbehandlar for saker vedrørande miljøretta helsevern. I første omgang hadde legen innstillingsrett til helse- og sosialstyret, men denne fall vekk i 1989 gjennom eit rundskriv frå Sosialdepartementet.

I 2003 kom det ny forskrift om miljøretta helsevern (26). Av § 3 i denne og av vegleiar frå Helsedirektoratet til forskrifta går det fram at helseomsyn så langt som råd skal ivaretakast gjennom ordinær planlegging og godkjenning. Miljøretta helsevern si rolle skal vere som ein tryggingssventil, når anna regelverk ikkje godt nok sikrar helseomsyn. Kontrasten er tydeleg mellom den offensive helserådsordføraren som for folkehelsa si sak «blanda seg inn» i mykje og mangt i lokalsamfunnet, til kommunelegen som saksbehandlar for ein «tryggingssventil».

Frå bedriftslege til bedriftshelseteneste som særomsorg

Bedriftslegeordninga blei i etterkrigstida fram til 1979 bygd ut med basis i ein frivillig avtale frå 1946 mellom Arbeidernes faglige landsorganisasjon, Norsk arbeidsgiverforening og Den norske lægeforening. Dei aller fleste bedriftslegane utøvde denne funksjonen som deltidsjobb i tillegg til anna verksemd. Mange av dei hadde allmennpraksis som hovudverke.

I 1975 skjedde det namneskifte til bedriftshelseteneste. I 1977 vedtok Stortinget to lover som handla om bedriftshelsetenester. Det kom ein eigen lov, fremja av Sosialdepartementet, som påla kommunane å utarbeide plan for organisering av bedriftshelseteneste (27). I tillegg kom arbeidsmiljøloven, fremja av Kommunal- og arbeidsdepartementet, der § 30 omtalte «verne- og helsepersonale» (28). Det utvikla seg etter kvart ein dragkamp om «eigarskapen» til bedriftshelsetenesta. Hovudaktørar på den eine sida var Helsedirektoratet, offentlege legar og mange allmennpraktiserande legar; på den andre sida stod Arbeidstilsynet og Landsorganisasjonen. Spørsmålet var om bedriftshelsetenesta skulle byggast ut som ein del av primærhelsetenesta med Helsedirektoratet som overordna instans, eller om den skulle vere ei særomsorg under Arbeidstilsynet (29,30).

Arbeidstilsynet vann fram med sitt syn. Det tøygde § 30 i arbeidsmiljøloven langt; lengre enn det lovavdelinga i Justisdepartementet seinare meinte det var juridisk dekning for. Ved behandling av kommunehelsetenesteloven i Stortinget ønskte det borgarlege komitéfleirtalet at bedriftshelsetenesta skulle inngå i loven, slik at ein fekk til ei samordning av denne og primærhelsetenesta elles. Representantane frå Arbeidarpartiet meinte derimot at arbeidsmiljøloven var «*det verktøy bedriftshelsetjenesten skal arbeide ut fra*». Resultatet blei ei tannlaus formulering i kommunehelsetenesteloven

§ 1-3 om at kommunen *kan* organisere blant anna bedriftshelseteneste «*der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig*». Denne delen av loven fekk i praksis inga eller minimal betydning.

Regulering av legemarknaden

I 1967 konstaterte Helsepersonellkomitéen i Innstilling I at det mangla ei regulering av legemarknaden som kunne ivareta samfunnet sine interesser. Fleirtalet i komitéen foreslo å innføre ei mellombels reguleringslov og etablere eit sentralt legefordelingsråd. Utover 1970-åra kom det gjentatte meldingar om dårleg legedekning i primærhelsetenesta, særleg på Vestlandet og i Nord-Noreg. Utkantane og distriktshelsetenesta tapte ressurskonkurransen mot sentrale geografiske område og sjukehusa.

I 1979 blei det vedtatt ein lov om mellombels legeregulering. Nye legestillingar og nye legepraksisar med rett til trygderefusjon måtte godkjennast av eit regjeringsoppnemnt råd. Oslo-avisene hadde oppslag om problem som oppstod i sentrale austlandsstrok. Loven skapte også stor usemje mellom legegrupper. Legeforeningen meinte loven var eit hastverksarbeid for å skåre billege politiske poeng og gjere legane til syndebukkar for mangeårige administrative og politiske forsømingar av distriktshelsetenesta. Den hevda vidare at loven ikkje ville verke positivt for utkantane, utan at det kom sterke stimuleringstiltak og ressursauke (31).

Loven kom til å gjelde i perioden 1980-83. I desse åra skjedde det faktisk ei positiv utvikling av legedekninga i distrikta. Kor vidt årsaka var reguleringsloven, er eit anna spørsmål. Det blei også oppretta nye stillingar for distriktslegar II og bygd ut tilbod om fastlønna primærlegestillingar.

På siste del av 1980-talet fann Stortinget det på nytt nødvendig å lovregulere legemarknaden. I prinsippet blei det innført generelt forbod mot oppretting av nye legestillingar, men det kunne søkast til eit legefordelingsutval i Helsedirektoratet om dispensasjon. Denne loven var gjeldande i 16 månader frå 1. mars 1989 og blei avløyst av ei avtalemessig basert legefording, som – i litt ulike versjonar – varte fram til 2013.

Det er eit paradoks at samstundes som ein i 1980-åra var bekymra over legemangel, og det blei iverksett reguleringstiltak for å få legar til utkantstrok, var det på sentralt hald frykt for at vi gjekk mot overskott av legar. Både eit departementalt utval og ein helseplan for 1980-åra konkluderte med at så ville skje (32,33). Opptaket til medisinstudiet blei derfor redusert frå 370 per år i perioden 1980-82 til 300 årleg i tidsrommet 1984-87. Samtidig blei det også ein nedgang i talet på medisinstudentar i utlandet.

Strid om inntektssystem for primærlegar

Privat praksis i ei kommunal helseteneste

Nyhus-utvalet gjekk inn for prinsippet om at kommunane skulle ha totalansvar for primærhelsetenesta (9). Finansieringa skulle sikrast gjennom statleg rammetilskott, basert på såkalla objektive kriterium. Utvalet lanserte eit forslag til løysing av det «uløyselege» problemet med å få inn privat praksis i den kommunale modellen: Dei privatpraktiserande skulle få refusjon frå trygdekontoet etter normaltariff. Kommunen skulle så gi refusjon til trygda, ikkje etter faktisk utbetaling i kommunen, men etter talet på årsverk utført av privatpraktiserande helsepersonell og gjennomsnittleg utbetaling per legeårsverk på landsbasis. Det var avklart at Legeforeningen kunne godta denne modellen.

Odelstingsproposisjonen frå Brundtland-regjeringa om lov om helsetenesta i kommunane kom i mars 1981 (14). Den bygde i stor grad på forslaga frå Nyhus-utvalet; men når det gjaldt privat praksis, blei utvalet sitt alternativ forkasta til fordel for ei ordning der kommunen betalte dei faktiske utgiftene direkte til legen. Legeforeningen reagerte kraftig. Det blei hevda at lovforslaget truga det frie legevalet og privat praksis som ervervsform. Opposisjonen på Stortinget meinte forslaget ville gjere det vanskeleg eller umogleg å søke legehjelp utanfor heimkommunen, og at det ville bli bortimot «yrkesforbod» for legar utan avtale med kommunen. Mange hevda at systemet innebar brott med prinsippet om «blanda helseteneste», der både privat og offentleg verksemd hadde sin plass, til fordel for eit sosialisert helsevesen (16).

Sosialkomiteen vedtok einstemmig å utsette behandlinga av proposisjonen til neste stortingssesjon. I mellomtida var det stortingsval, som resulterte i regjeringsskifte og etter kvart ein ny lovproposisjon frå Willoch-regjeringa (15). Modellen for finansiering av privat praksis blei til slutt ei tredeling for legar og fysioterapeutar som hadde driftsavtale med kommunen: Eit kommunalt tilskott, refusjon frå folketrygda og eigenbetaling frå pasientane. Fordelinga mellom dei tre komponentane skulle vere slik at driftstilskottet utgjorde ca. 40 % av inntektene, pasientbetalinga ca. 35 % og trygderefusjonen ca. 25 %.

Eitt stridsspørsmål i sluttfasen av arbeidet med kommunehelsetenesteloven var høvet til avtalelaus praksis og det såkalla «toprissystemet». Privatpraktiserande legar og fysioterapeutar utan driftsavtale med kommunen fekk høve til å krevje same trygderefusjon som kollegaer med avtale. Dei avtaleause fekk dessutan rett til å krevje høgare eigenandel enn det som gjekk fram av normaltariffen. Høvet til å drive avtalelaus praksis med tryg-

derefusjon fall seinare bort for dei som ikkje var etablerte før 10. oktober 1992. Ved innføring av fastlegeordninga i 2001 blei det slutt på trygderefusjon til avtalelause legar.

Fastlønsalternativet – vekst og fall

Ved starten av 1970-talet var klinisk allmennpraksis i Noreg finansiert gjennom trygderefusjon og eigenbetaling frå pasientane. Distriktslegane hadde fast løn for å ivareta sine offentlege, samfunnsmedisinske oppgåver. I tillegg skulle dei yte befolkninga legehjelp, noko som skjedde i form av privat allmennpraksis. Som ledd i diskusjonen om legekrise og behov for reformer i primærhelsetenesta kom det opp forslag om fastlønsordning for primærlegar, blant anna i den første stortingsmeldinga om helsetenesta utanfor sjukehus (3).

I løpet av ein periode på ca. 25 år var fastlønssystem eit meir eller mindre konkurransedyktig alternativ til privatpraksis med stykkprisfinansiering. Ein kan skilje mellom fire fasar i denne «fastlønsepoken». Utprøvingfasen starta i 1972 på enkelte offentleg etablerte helsesenter i større byar. Først ute var Stovner i Oslo.

Neste fase – entusiasmefasen – starta på slutten av 1970-talet. Dynamikken blei nå skapt langt vekk frå hovudstaden. Utkantlegar fremja forslag og krav om utprøving av fastløn med regulert arbeidstid og vaktordningar, som kunne gjere kvardagen meir lik det sjukehuslegane hadde. I Troms og Finnmark var det massiv støtte til kravet. Legeforeningen var kritisk, men sentrale styresmakter var positive. På statsbudsjettet for 1979 blei det avsett middel til prøveordning med 25 ekstraordinære distriktslegestillingar på fast løn. Fastlønslégane fekk ein arbeidsplan, godkjent av fylkeslegen, for fordeling av den faste arbeidstida mellom ulike arbeidsfelt. Prøveordninga blei ein suksess. Legar og lokalsamfunn var fornøgde. Rekrutteringa til utkantstrokk skaut fart.

Tredje fasen – vedlikehaldsfasen – varte frå midt på 1980-talet til tidleg på 90-talet. Da kommunehelsetenesteloven blei innført, skulle fastløn og privat avtalepraksis i prinsippet vere likestilte alternativ. Privatpraksis dominerte i sentrale område, fastlønsalternativet stod sterkt i perifere strokk. Overgang til kommunal tilsetjing var ikkje uproblematisk. Legane passa ikkje inn i kommunale lønsregulativ. Rammevilkåra var slik at pasientbetalinga i ein fastlønnspraksis gjekk til kommunen. Trygda blei ikkje belasta for kvar pasient, kommunen fekk eit statleg fastlønnsstilskott som kompensasjon for at folketrygda sparte pengar.

Dermed kom ein over i avviklingsfasen frå tidleg 1990-tal fram til 2001. Økonomien i dei to systema, som skulle vere likeverdige, utvikla seg slik at

fastlønsordninga blei dyrare for kommunen enn avtalepraksis. Legane på si side opplevde at dei inntektsmessig kom dårlegare ut enn privatpraktiserande kollegaer. Det blei ei vinn-vinn-løysing for legar og kommunar å gjere om fastlønspraksis til avtalepraksis. I Oslo fann ein at legar auka inntekta si med 100-200.000 kroner årleg ved slik overgang (34). Ved innføring av fastlegeordninga i 2001 blei det ytterlegare fråfall frå fastlønsordninga. Men heilt utrydda blei den ikkje, og blant yngre legar er det i dag aukande interesse for fastlønalternativet.

Helseprofesjonar – utvikling og motsetningar

I løpet av det «utvida 1970-talet» skjedde det store endingar knytt til ulike yrkesgrupper i helsetenesta. Mest dramatisk var utviklinga blant sjukepleiarane, der aksjonen i 1972 innebar eit tidsskilje. Aksjonen var primært eit opprør mot resultatet av tariffoppgjeret den våren, men markerte også sjukepleiarane si frigjering frå medisinfaget og rolla som «hjelparar» for legane. Sjukepleiarvitskap blei etter kvart universitetsfag, først ute var Tromsø i 1977.

Helsestasjonsloven gav helsesøstrene auka status og frigjering frå rolla som assistent for den offentlege legen. Helsesøster blei leiar for helsestasjonen, som fekk nye oppgåver. Skiftet i hovudutfordringar i forebyggjande helsearbeid for barn og unge, frå infeksjonssjukdommar til psykososial problematikk, bidrog til utvikling av ei ny helsesøsterrolle.

Blant jordmødrene var det derimot stagnasjon. Dei offentlege distriktsjordmødrene blei færre og eldre; etterkvart som talet på fødslar heime og i fødestover vart drastisk redusert. Oppgåva blei i stor grad redusert til følgeteneste under transport av fødande kvinner til sjukehus. Det blei tatt til orde for å gi jordmødrene nye oppgåver knytte til helsestasjonen med svangerskapskontroll, kurs for gravide og heimebesøk etter fødsel. Dette vart blant anna tatt opp i St. meld. Nr. 9 (1974-75) (5). Slike tankar møtte i første omgang motstand hos helsesøstrene. I kommunehelsetenesteloven blei jordmorteneste berre nemnt som ei «kan-teneste» saman med ergoterapi og bedriftshelseteneste. Først i 1995 kom jordmødrene inn i loven som ei «skal-teneste» for kommunane.

Sjukepleiarane var positive til innføring av kommunehelsetenesteloven. Frå 1984 fekk dei stort gjennomslag for kravet om leiing av eige fag gjennom posisjonane som leiar av pleie- og omsorgsavdeling og styrar av sjukeheim. Blant dei få områda i kommunehelsetenesta som blei forskriftsregulerte, dominerte sjukepleiarfeltet (35-38).

For dei tidlegare temmeleg autonome statlege distriktslegane var overgangen til kommunal organisering, underlagt ein etatsleiar som i mange

tilfelle var sosionom eller «i verste fall» sjukepleiar, mange stader smerteleg. I kollegiet verserte det anekdotar om korleis legen blei fortalt at han ikkje lengre kunne sitte på sin medisinske pidestall og gjere som han ville.

På 1970-talet blei det etablert helsesenter eller helse- og sosialsenter fleire stader i landet. Det første kom i Alta i 1971. I 1975 hadde elleve kommunar etablert ei form for samlokalisering av helse-, trygde- og sosialtenester (39). I eit intervju med distriktslege Jan-Ivar Kvamme i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* i 1974 tok intervjuaren opp spørsmålet om profesjonsstrid. Kvamme repliserte at denne var blitt verre enn han hadde frykta (40). I ei evaluering av primærhelsetenesta i Oslo i 1983 kom det fram at personalet på helsesentra – legar sjukepleiarar og kontorpersonale – hadde problem med arbeidsdelinga, og at gjennomtrekken var stor.

Fagleg løft for primærmedisinen

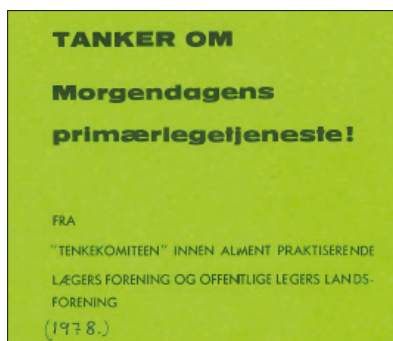
Eit dystert bakteppe frå 1950-60-talet

Ved starten av 1900-talet arbeidde det store fleirtalet av norske legar utanfor sjukehus. I 1956 var ein tredel å finne i sjukehus. I 1962 var denne andelen auka til 50 % (41). Frå siste del av 1950-talet skjedde det ein tilbakegang og ei forgubbing blant primærlegane. I perioden 1956-66 minskta talet på privatpraktiserande allmennlegar med ti prosent, og andelen over 50 år blei fordobla (42).

I 1923 var det 400 offentlege legar i landet, dei utgjorde 30 % av den totale legestanden. I 1965 var talet stige til 500 offentlege legar, men desse utgjorde berre 11 % av norske legar (41). Distriktslegane var underlagt lov om «offentlige legefóretninger» frå 1912, distriktslegeinstruksen frå 1913 og tenestemannsloven. Det innebar blant anna plikt til å «yte befolkningen legehjelp». Plikta gjekk lengre enn plikta etter legeloven til å yte «øyeblikkelig hjelp». Den var meir ein parallell til det som i kommunehelsetenesteloven seinare blei kalla «nødvendig helsehjelp».

Distriktslegen måtte ha løyve frå fylkeslegen om han skulle vere borte frå legedistriktet ein heil verkedag eller meir. Ved vakans i distriktslegestillingar kunne den offentlege legen i nabo-distriktet påleggast å ta seg av udekte distrikt i tillegg til sitt eige. Mange av distriktslegane måtte – i tillegg til ved hovudkontoret – ha pasientpraksis ved eitt eller fleire utekontor, der lokale og utstyr kunne vere av tvilsam kvalitet (Figur 1). Gjennomsnittleg arbeidsveke for distriktslegane var i 1966 over 63 timar, i Finnmark var talet 67,5 (41).

I den grad det var organisert legevaktsordning, var denne basert på lokal, kollegial avtale. Legevaktslegen hadde inga godtgjering for å vere i beredskap. Først i 1981 blei legevakt forankra i ein avtale mellom Legeforeningen



Figur 2. «Tenkekomiteens» skrift om primærlegeteneste blei eit viktig dokument for utforming av allmennmedisinsk ideologi i Noreg.

og Norske kommuners sentralforbund. Frå 1984 vart legevakt eit lovfesta kommunalt ansvar.

Statusen til legane utanfor sjukehus og til primærmedisinen var låg i det kollegiale og akademiske miljøet. Eit symptom på dette var at Universitetet i Oslo underkjente Bent Guttorm Bentsens avhandling om sjukdom i allmennpraksis som verdig til å forsvarast for doktorgraden (43). I ettertid er det retorisk reist spørsmål om korleis Bentsen kunne få ei fair vurdering av ein komité som ikkje ante kva allmennpraksis var (44).

Motoffensiv på brei front

På siste del av 1960-talet starta ein omfattande prosess for attreising og vidareutvikling av norsk primærmedisin. Først ute var grupper av entusiastiske primærlegar. To markerte grupperingar fekk namna «Trykk og press» og «ABC-gjengen» (45). Legeforeningen innsåg alvor og gjekk til aksjon; både hovudforeninga og i særleg grad dei to spesialforeiningane Alment praktiserende legers forening (ApLf) og Offentlige legers landsforening (Oll), som i denne samanhengen hadde eit tett samarbeid.

Etter kvart blei også universiteta medspelarar. Det nystarta Universitetet i Tromsø fekk i 1971 ein medisinsk studieplan som gjorde dette til eitt av dei universiteta i verda som var mest primærmedisinsk vinkla (46).

Etter ei viss nøling og til dels skepsis i starten støtta helsestyresmaktene etter kvart opp under den primærmedisinske entusiasmen. Ei nyorientering i verdshelseorgansasjonen WHO, som gjennom Alma Ata-deklarasjonen sterkt framheva betydninga av ei desentralisert primærhelseteneste, var viktig i denne samanhengen (47).

Ny organisering av allmennpraksis

Inntil 1970-talet var solopraksis den dominerande forma for allmennmedisinsk verke. På slutten av 1960-åra kom dei første gruppepraksisane med



Figur 3: Utposten har betydd mykje for fagleg identitet hos norske primærlegar. Framsida på sommarnummeret 1983 markerte vedtaket i Legeforeningens landsstyre om spesialitetar i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

allmennlegar i privatpraksis; først i Moss frå 1967, kort etter følgde Byåsen i Trondheim, Hokksund og Fyllingsdalen i Bergen. Modellen gav gevinstar i form av kollegialt miljø, standardheving av lokale og utstyr, rasjonell drift, betre innpassing av akuttpasientar, bruk av hjelpepersonell og vikarordning ved fråver.

I tillegg til dei private gruppepraksisane blei det utover 1970-talet også etablert offentlege helsesenter / helse- og sosialsenter, som tidlegare nemnt.

I 1967 blei det starta utdanning av legesekretærer, slik helsepersonellutvalet hadde foreslått same året. Denne yrkesgruppa blei eit kjærkomme bidrag til god drift av allmennpraksis. Seinare blei tittelen endra til helsesekretær. Ved ny helsepersonellov frå 2001 fekk dei tilgang til offentlig autorisasjon.

Fagleg identitet, sjølvbilde og status

Eitt sentralt element i defineringa av primærmedisinen var avklaring av ord og omgrep. Lenge gjekk uttrykk som primærmedisin, distriktsmedisin og allmennmedisin om kvarandre. Dette hadde samband med den norske modellen med statlege distriktslegar som var «kombilegar»; dei tok seg av både befolkningsretta (samfunnsmedisinske) og individretta oppgåver. Det individretta arbeidet omfatta både forebyggjande og kurative oppgåver. Rammetekst 1 viser resultatet av rydding i terminologien.

Det uhøgtidlege tidsskriftet *Utposten*, som blei starta i 1972 av tre distriktslegar på nordvestlandet, fekk stor betydning for primærlegar over heile det vidstrekke landet vårt (Figur 3). Det tok opp både faglege spørsmål, politikk og organisatoriske forhold slik dei viste seg på grasrota. *Utposten* gav ei kjensle av fellesskap. Den uformelle tona fekk legane sine skriveevner til å blomstre (48). I 1978 blei redaksjonen overtatt av ei legegruppe i Trondheim. Redaksjonen har seinare skifta gjentatte gonger. Organet lever framleis i beste velgåande. Den er døgnflua som ikkje ville døy.

Aplf og Oll nedsette i 1977 ein felles komité til å utarbeide prinsipielle synspunkt på primærlegetenesta i framtida. Resultatet kom året etter, blei raskt kjent som «Tenkekomiteens innstilling», og fekk stor gjennomslagskraft (Figur 2). Komiteen konsentrerte seg i hovudsak om allmennmedisinen og lanserte det såkalla «kopf-idealet»; ei *kontinuerleg, omfattande, personleg og forpliktande legeteneste* (49). Innstillinga anbefalte at allmennlegen skulle ha eit definert «befolkningsunderlag», og at det blei vurdert forsøk med «listepasientsystem». Den foregreip dermed fastlegeordninga, som kom i 2001.

Tenkekomitéen blei følgt opp av eit nytt fellesutval for Aplf og Oll, som i 1982 la fram utkast til generalplan for allmennmedisin (50). I det avsluttande kapitelet om prioriteringar heiter det blant anna:

- Behandlande medisin og forebygging må ikkje settast opp mot kvarandre; i allmennmedisin vil det ofte vere eit spørsmål om både/og.
- Det bør skje ei geografisk utjamning av allmennlegedekninga.
- Organiseringa må vere slik at kvar innbyggjar har ein fast allmennlegekontakt, helst etter eit listepasientsystem.
- Legeverksemd ved alders- og sjukeheimar bør styrkast, og eldre bør få tilbod om helsekontrollar hos eigen lege etter eit fast program.
- Legedekninga må bli så god at allmennlegane dekkjer vaktene.

I 1983 blei Norsk selskap for allmennmedisin (Nsam) etablert som ei ny spesialforeining innanfor Legeforeningen. Aplf, som hadde sitt eige fagutval, var skeptisk til nyskapinga; men Nsam viste seg å bli ein viktig arena for kontakt, inspirasjon og fagutvikling i allmennlegemiljøet. I 1989 arrangerte Nsam og Oll i fellesskap for første gong «Primærmedisinsk uke», som blei ein suksess og etablerte seg som ein av dei viktigaste møteplassane for primærlegar. Seinare har denne funne stad kvart andre år, frå 1991 var også Aplf med på arrangørsida.

Vidare- og etterutdanning

I 1967 fekk Legeforeningen oppretta eit fond for vidare- og etterutdanning av legar. Fondssystemet har seinare blitt utbygd og har hatt svær betydning for vidare- og etterutdanning av primærlegar og forskning innan primærmedisinen.

Etter kvart blei det knesett eit prinsipp om at allmennlegane sjølve må ha hovudansvar for utvikling av vidare- og etterutdanning i faget. I 1980 blei det for første gong arrangert kurs om «allmennmedisin for allmennpraktikarar» (51). Da spesialistutdanninga seinare blei realisert, vart gruppevegleiing frå erfaren kollega eit sentralt element.

Spørsmålet om spesialitet(ar) i primærmedisin kom tidleg opp. I 1973 blei det innført ein «pseudospesialitet» med tittel «almenpraktiker Dnlf» for dei som tilfredsstilte gitte krav til praksis og vidareutdanning. I 1984 blei det – etter vedtak i Legeforeningens landsstyre året før – oppretta to nye spesialitetar i Noreg; allmennmedisin og samfunnsmedisin. Populært blei dei omtalte som «tvillingspesialitetar» (52). Den gongen var ein slik karakteristikk rimeleg dekkande, etter som det store fleirtalet av legar i samfunnsmedisinsk arbeid heldt til i primærhelsetenesta. I dag er denne situasjonen annleis. Samfunnsmedisinsk verke blir i større grad utført på alle tre nivå i helsetenesta og innanfor ulike typar verksemdar. Krava til spesialistutdanninga i faget er blitt endra for å tilpasse seg denne situasjonen.

Akademisering av faget

Helsepersonellkomiteén foreslo i 1967 at det skulle opprettast lærestolar i allmennmedisin ved universiteta (1). Idéen blei raskt følgt opp. Med økonomisk stønad frå Legeforeningen blei det i perioden 1968 -75 oppretta institutt med professorat i allmennmedisin ved alle dei fire universiteta, som utdannar legar. Først ute var Oslo, så følgde Bergen i 1972, Tromsø i 1973 og til sist kom Trondheim. Praksisperiode i primærhelsetenesta kom etter kvart inn som del av medisinarutdanninga.

I 1974 blei allmennmedisinsk forskningsutval oppretta i samarbeid mellom dei aktuelle universitetsinstitutta, Legeforeningen, Aplf og Oll. Frå 1976 har primærlegar kunna søke forskningsstipend. Stipenda blir gitt for ein til seks månader for å gjennomføre forskningsprosjekt og/eller undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin.

Frå 1978 har det komme ei rekke doktorgradar frå primærhelsetenesta, leverte av legar som sjølve er primærlegar. Pionerar var Per Fugelli (1943-2017), Jan-Ivar Kvamme (1936-2013) og Olav Rutle (1945-96) (53-55).

Avslutningsord

Når ein ser på situasjonen i norsk primærhelseteneste på slutten av 1960-talet og samanliknar med stoda midt på 1980-talet, ser ein at det er omfattande – til dels dramatiske – endringar som har funne stad. Denne artikkelen løftar fram sentrale aktørar og utviklingstrekk i denne spennande og viktige perioden i historia til det norske helsevesenet.

Litteratur

1. *Innstilling I om legetjenesten og tannlegetjenesten fra komitéen til utredning av spørsmålet om tilstrekkelig tilgang på og spredning av helsepersonell* (Kringlebotten-komitéen). Avgitt juli 1967. Vedlegg til St. meld. nr. 85 (1970-71).
2. *Lov om sykehus m.v.* av 19. juni 1969 nr. 57 (oppheva 2002).
3. St. meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus.*
4. St. meld. Nr. 45 (1972-73) Tillegg til St. meld. nr. 85 (1970-71).
5. St. meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen.*
6. St. meld. nr. 9 (1975-76) *Om de sosiale tjenester.*
7. NOU 1972:30 *Sosiale tjenester. Utredning om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat på kommune- og fylkesplanet: innstilling II.* Oslo: Universitetsforlaget 1972.
8. NOU 1979:10 *Helsepolitikken: Innstilling fra Juel-utvalget.* Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
9. NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet: Innstilling fra Nyhus-utvalget.* Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
10. *Høringsdokument med utkast til lov om allmennhelsetjenesten («kladden»).* Sosialdepartementet, 1979.
11. *Retningslinjer for statsstøttede hjelpeordninger for hjemmene* (omfattende hjemmesykepleie, husmorvikar, hjemmehjelp). Departementet for familie- og forbrukersaker 1. juli 1969.
12. *Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomheten.* Sosialdepartementet, i kraft fra 1. januar 1972.
13. Ot.prp. nr. 65 (1970-1971) *Om lov om helsestasjoner og helsetjenester blant barn m.v.*
14. 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).
15. Ot. prp. nr. 66 (1981-82) 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).
16. Heløe LA, Ånstad H. Striden om kommunehelse(tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen? *Michael* 2007; 4: 567–90.
17. *Lov om kommunalt helse- og sosialstyre m. v. av 12. juni 1987.* nr. 70 (oppheva).
18. Erlandsen C. Munnleg informasjon.
19. Birkeland FG, Kristiansen IS. Munnleg informasjon.

20. Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering – en beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009 – del 1*. Oslo: Helsetilsynet, 2009: 134-216.
21. *Lov om helsetjenesten i kommunene* av 19. november 1982 nr. 66 (oppheva 2012).
22. Ånstad H. Kommunehelsetjenestereformen i Norge på 1980-tallet – personlige betraktninger. *Michael* 2007; 4: 557–66.
23. *Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smittsomme Sygdomme* af 16. Mai 1860 (oppheva 1988/-95).
24. Larsen Ø. Sunnhetsloven – mer enn en helselov. *Michael* 2010; 7: Supplement 8: 11-49.
25. Ot.prp. nr. 40 (1986-87). *Miljørettet helsevern i kommunene*.
26. *Forskrift om miljørettet helsevern* av 25. april 2003.
27. *Lov om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester ved bedrifter* av 10 juni 1977 nr. 86 (oppheva).
28. *Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v.* av 4. februar 1977 nr. 4 (oppheva).
29. Schøitz A. *Folkets helse – landets styrke*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 424-5.
30. Berg O. *Spesialisering og profesjonalisering – en beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009 – del 1*. Oslo: Helsetilsynet, 2009: 409-12.
31. Skoglund E. Leger til folket. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 1847-50.
32. Willumsen E, Grund J, Kjølberg A et al. *Utdanningskapasiteten for leger og fysioterapeuter*. Utredning avgitt til sosialministeren, kultur- og vitenskapsministeren og finansministeren 12. november 1982. Oslo: Sosialdepartementet, 1982.
33. Grund J, Hjort PE, Lerche C et al. *Helseplan for 1980-årene*. Oslo: Gyldendal, 1982.
34. Bjørndal A, Borchgrevink CF, Johansen A. Legemarkedet i Oslo. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 2794-7.
35. *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste* av 23. november 1983.
36. *Forskrift om sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* av 14. november 1988.
37. *Forskrift om helsestasjonsvirksomhet* av 23. november 1988.
38. *Forskrift om helsetjenester i skoler* av 23.11.1988.
39. Schøitz A. *Folkets helse – landets styrke*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 357-8.
40. Johannessen E. Vi intervjuer: Jan-Ivar Kvamme. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1974; 94: 1204-6.
41. Schjøtz A. *Folkets helse – landets styrke*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003: 337-40.
42. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M (red.). *Allmenntidisin som akademisk fag*. *Michael* 2009; 6: 14.
43. Bentsen BG. *Illness and General Practice*. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.
44. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø. Hva husker vi? Aktørseminar om allmenntidisin. *Michael* 2009; 6: 7–10.
45. Bentsen BG, Koksvik T. De harde 1950- og 1960-årene. I Fugelli P, Johansen K (red.). *Langsomt blir faget vårt eget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
46. Bruusgaard D, Schrøder Å. De løfterike 1970- og 1980-årene. I Fugelli P, Johansen K (red.). *Langsomt blir faget vårt eget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
47. *Declaration of Alma Ata*. Alma Ata, Kazakhstan: The International Conference on Primary Health Care, 1978.

48. Bjertnæs Aa, Holte M. Utposten 10 år – et historisk tilbakeblikk. *Utposten* 1982; 4: 2-3.
49. *Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste*. Oslo: Alment praktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening, 1978.
50. *Generalplan for almenmedisin i Norge*. Oslo: Alment praktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening, 1982.
51. Hagestad K. Allmenmedisinen under lupa. *Utposten* 1980; 3-4: 5-6.
52. *Utposten* 1983; 3-4: Forside.
53. Fugelli P. *Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst*. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
54. Kvamme J-I. *Reformer i distrikthelsetjenesten*. Tromsø: UiT, 1981.
55. Rutle O. *Pasienten fram i lyset – analyse av legekontaktar i primærhelsetjenesta*. Oslo: Gruppe for helsetjenesteforskning, 1983.

Kristian Hagestad
tidlegare fylkeslege i Vest-Agder
Slettane
4760 Birkeland
krihages@online.no