

Helsevesenet i Norge – noen betraktninger om regimeutviklingen

Michael 2021; 18: 50–73.

I denne artikkelen karakteriseres utviklingen av makt- eller regimeforholdene i det norske helsevesenet det siste århundret. Jeg beskriver tre perioder: fra omkring 1900 til 1975, fra 1975 til 1995 og endelig perioden etter 1995. Den første perioden er preget av medikratiet, legestyret. Den andre preges av maktdeling og regimedragkamp. Den siste preges av det økonompregede nytteregimet og det juristpregede nomokratiet, men også av at det politiske legmannsstyre representerer potensiell og ofte aktuell egenmakt.

Et regime er en styre- og ledelsesform. Vi kan karakterisere et regime etter hvem som styrer og leder, og for hvilke formål og på hvilken måte de gjør det.

Jeg skal i denne artikkelen si noe *generelt* om regimeutviklingen i det norske helsevesenet, særlig den kliniske del av det. Jeg viser også eksempler på hvordan denne har gitt – og gir – enkeltpersoner muligheter for å påvirke styring og ledelse.

Jeg definerer tre perioder: den første fra begynnelsen av 1900-tallet til ca. 1975, den annen fra ca. 1975 til ca. 1995 og endelig den tredje fra 1995 og til i dag.

Medikratiets tid

Medisinen oppstod med basis i *praksisen*, en organisasjon hvor legen både var klinisk suveren og styrte seg selv: Den kliniske syklus og ledelsessyklusen var integrert. Den første bygde på delvis selvutviklet etikk og faglighet. Begge hadde en «ytre» teoretisk basis, men begge inneholdt et betydelig element av erfaringsbasert, personlig etikk og kunnskap. Medisinen var fortsatt, om enn i synkende grad, både etisk og faglig *intuitiv*.

Etisk var den fra gammelt av spesielt dydsetisk (karakter-etisk). Helse, en autotelisk verdi (det vil si: som har sitt mål i seg selv), gav det naturlige

formålet. Formålet ble forsøkt realisert gjennom en personlig-etisk holdning som tilsa at der hensynet til pasientenes beste kom i strid med hensynet til hva som gavnet legen privat (og egoistisk), skulle pasienthensynet komme først. Legene skulle altså i betydelig grad opptre altruistisk, og som folkehelseleger, idealistisk. Etikken skulle slik, for klinikerer, primært komme innenfra, ikke som regler utenfra, og løpende hente næring fra møtet med pasienter. Legen måtte derfor ha stor grad av klinisk autonomi. For folkehelselegen var situasjonen annerledes, og potensielt mer basert på regler, som delvis måtte være politisk bestemt. Det hygieniske regime var ikke på langt nær så medikratiske som det kliniske.

Faggrunnet var også, til lenge etter den annen verdenskrig, preget av usikkerhet. Selv om det fra omkring 1850 var nokså naturvitenskapelig basert, til dels også reduksjonistisk, krevde det en erfarings- og skjønnsbasert praksis. Det er ikke tilfeldig at det kliniske skjønn hadde høy status.

Denne situasjonen, med en klinikk som både etisk og faglig var preget av at intuisjon hadde stor plass, innebar at legen måtte være klinisk autonom. Legene resonerte slik at det å utforme og lede den organisasjon de skulle fungere med utgangspunkt i, men også å bestemme hvordan legen skulle honoreres, måtte være legenes sak. Det som krevdes for å gjøre det, var primært innsikt i medisinen etikk og, særlig, faglighet, og så en allmennkulturell (ut)dannelse. Skulle fremmede kunne påvirke legenes praksis og måte å lede seg selv på, kunne det i siste instans true også den kliniske autonomi.

At legene styrte seg selv i sine praksiser, ble sett på ikke bare som legitimt, men som det eneste praktiske. Da medisinen for alvor begynte å henlegge mer av sin praksis til sykehus, ble ledelsesspørsmålet mer alvorlig. Nå ble etter hvert ledelsessyklusen mer adskilt fra den kliniske syklus. Men legene organiserte til å begynne med sykehusene som overlegepraksiser. De styrte fra 1930-årene sykehusene som institusjoner via et overlegekollegium og med én overlege som administrerende sådan. Det hører med til denne selvledelsesordningen at legene, via sin forening, selv (siden 1918) vedtok sine ansettelsesvilkår, inkludert avlønningsform. I praksis kontrollerte også legene, delvis gjennom sin forening, ansettelsene (spesielt av leger).

Politikerne grep inn når det gjaldt tilgjengeligheten til legehjelp, først, men mildt, gjennom opprettelsen av offentlige legestillinger (fra 1603)¹,

1 Det var like mye legene som myndighetene som presset på for å få offentlige legestillinger, først fysikater, så distriktskirurgstillinger (langt flere, fra 1830-årene kalt distriktslegestillinger). Myndighetene var opptatt av det hygieniske (sunnhetspolitiet) og i noen grad fattigbehandlingen, mens legene var vel så mye opptatt av å få støtte til å kunne klare seg økonomisk utenfor (de små) byene. Også embedsstatusen, knyttet til hygienerollen, spilte dog en viss rolle for legene. Jeg har redegjort nærmere for regimeutviklingen fra 1809 i *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009*, del 1, Rapport fra Helsetilsynet 8/2009.

men spesielt da de innførte sykeforsikring i 1909 (i kraft fra 1911), for drøyt en tredjedel av befolkningen. Denne forsikringsordning ble universell fra 1956. Legeforeningen godtok forsikringsordningen, men på den betingelse at ordningen tok utgangspunkt i legenes ensidig fastsatte normaltariff (vedtatt første gang i 1897). Foreningen var engstelig for at ordningen kunne brukes av politikere og byråkrater til å styre legene. Kravet om legelig tariffdiktat ble akseptert, men skapte en del misnøye blant politikerne etter hvert; utover i 1920- og 1930-årene også ganske store spenninger.

Legene var spesielt opptatt av å ha kontroll over klinikken, men en del av dem mente at skulle legene beholde denne kontrollen, burde de medikratiske strukturer gå nesten helt til topps. Leger burde også lede medisinalforvaltningen, dog slik at de ikke også ville kreve statsråden. De hadde gjort det fra 1809 til 1815 (under Kongen), og, etter mye tautrekning, fra 1875 til 1893. Fra 1893 og frem til krigen var sentralforvaltningen delt i en juridisk ledet medisinalavdeling i departementet (fra 1913, Sosialdepartementet). Karl Evang (1902–1981), som tiltrådte som medisinaldirektør i 1938 ville gjerne ha samlet enhetene, under hans ledelse, men lyktes ikke med det før krigen. Samlingen stod nazistene for. Etter en viss dragkamp om ordningen mot slutten av krigen fikk Evang det som han ville og han kunne overta det samlede helsedirektorat i 1945. Etter denne ordningen var Helsedirektøren selvstendig i «faglig» spørsmål og en slags ekspedisjons-sjef (under statsråden) i «politiske» spørsmål. Denne nokså medikratiske ordningen ble beholdt under resten av Evangs embetstid (1972).

Utfordringene overfor legenes autonomi fantes også i det kliniske marked. Der var en form for konkurranse mellom leger om pasienters etterspørsel; det åpnet muligheten for forbrukerstyring av legene. Legene laget derfor regler som forbød leger å opptre konkurranseorientert, f.eks. ved å reklamere, positivt eller negativt. De forsøkte også å gjøre pasientmarkedet tregt, blant annet gjennom huslegeordninger og mer generelt ved å understreke betydningen av kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Det spilte også en rolle at pasientopptegnelsene (journalen og hukommelsen) var legenes. Myndighetene godtok på visse vilkår legenes, og andre profesjoners, konkurransedempende tiltak; antitrustlovgivningen (1922, 1926) til tross.

Medikratiet forutsetter at leger ikke bare er helseorientert, men også at de holder sin egoisme godt i sjakk. Jo mer egoistisk motivert noen er, og jo mer de handler ut denne motivasjonen, jo sterkere blir andres behov for å kontrollere dem, altså beskjære deres autonomi og kontroll over andre. Da finansieringsansvaret i stor grad ble sosialisert, ble legenes følelse av en forpliktelse til å være forholdsvis altruistiske, svekket. Møtet med pasienter med dårlig råd gjorde dem økonomisk tilbakeholdne. Ofte etterga de pasien-

ters gjeld. Når nå pengene i stigende grad kom fra sykekassene/trygdekassene (om enn som refusjoner), og disse endog i økende grad ble egalitært finansiert, ble motivasjonen til å holde takstene nede gradvis svekket. Der ble da også, nesten fra starten av (1911), en rekke konflikter om legenes kassepraksis, og Legeforeningen måtte fra ca. 1930 utnevne leger som skulle passe på legenes regningskrivning. Det er neppe tvil om at leger flest var samvittighetsfulle. Mange, både praktiserende leger og sykehusleger, strakte seg langt for sine pasienter.

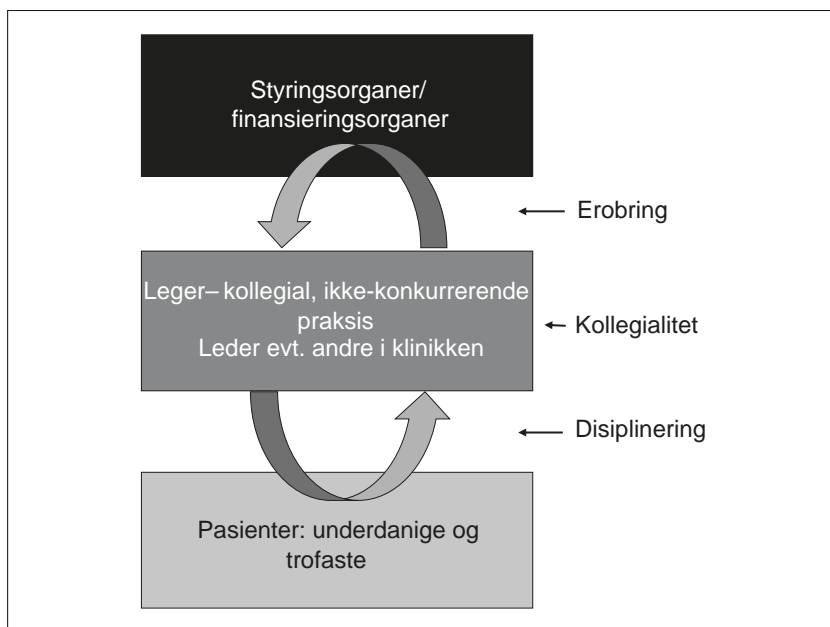
I figur 1 er regimesituasjonen i perioden illustrert, men uten at helsevesenets relasjoner til siden, f.eks. til leverandører av varer, er tatt med.

Det lå i de etiske rollekrav at legen skulle gå langt i retning av å sette pasientens interesser først i sin «preferansefunksjon». Mange distriktsleger og praktiserende leger, som Birger Lærum (1906–1991) på Voss, stod på for sine pasienter både sent og tidlig og la gjerne ut på farefulle sykebesøk når de mente at det var nødvendig. Birger Lærum var sønn av distriktslege på Voss, Birger sr. (1872–1953), og sønnesønn av nok en lege, Ole Didrik (1838–1894). Han virket, med noen avbrudd, som praktiserende lege på Voss fra 1934 til han ble pensjonist (1). Da han var «gått av» og pasienter forgjeves ringte de nye, yngre leger for å be dem om å komme på sykebesøk, hendte det de prøvde «Lærum'en». «Lærum'en» rykket ut.

På sykehusene vokste det frem en kultur som tilsa at overlegen alltid «stod på», også som klinisk leder, ja, undertiden som leder i videre forstand. På mange sykehus stod det frem overleger som satt i flere tiår, ble store institusjonsbyggere og i noen tilfeller samfunnsbyggere. Ved Drammen sykehus ble kirurgen Ole Ulfert Lied (1865–1931) overlege i 1910. Han ledet utbyggingen av sykehuset, var en internasjonalt anerkjent skjoldbruskkjertelkirurg, men også forretningsmann og politiker for Høire. Da han døde i 1931 flagget også arbeiderne i byen². Han ble, etter et par år, etterfulgt av Knud Dahl Nicolaysen (1891–1973), sønn av professor Johan Nicolaysen (1866–1944) og sønnesønn av professor Julius Nicolaysen («Keiseren») (1831–1909). Nicolaysen skapte det moderne, spesialiserte sentralsykehus i Buskerud og virket ut 1959³. Der var imidlertid en utvikling fra Lied til Nicolaysen. Den første hadde vært en betydelig allmenn samfunnsbygger. Den siste var mer en ren sykehusbygger. Medikratene ble mer rene klinikkpersoner, som en tilpasning til den postmedikratiske tid. Det gjaldt for øvrig også hva personlige særpreget angikk. Idiosynkrasien fikk friere utløp

2 Kfr. Herbert Palmer, «Oversikt over institusjon og virksomhet gjennom de 100 år. Et kort sammendrag», s. 24; H. Palmer, «Glimt fra sykehuset i perioden 1887–1962, s. 91; begge i Herbert Palmer, red., *Drammen sykehus – Buskerud sentralsykehus, 100 år, 1887–1987*, Drammen: Buskerud sentralsykehus.

3 Kfr. H. Palmer, *op.cit.*, s. 92–93.



Figur 1: Perioden fra begynnelsen av det 20. århundre til ca. 1975: Medikrati

før krigen enn etter. En lignende «tilbaketrekning» finner man for øvrig også blant distriktslegene. En større andel av førkrigslegene var bredt samfunnsorientert, og for øvrig personlig fascinerende, enn hva tilfellet var for etterkrigslegene⁴. Det var mer authoritarianisme (system med dikterende maktutøvelse) blant legene før krigen enn etter, men nok også mer altruisme.

Overgangsperioden: Dynamisk polyarki og interessepolitikk

Den store medisinske tilbudsutvikling etter krigen (2) førte først til at legenes autoritet økte, men også til at den ble utfordret: Årsakspilene hadde, som vist i figur 1, stort sett hatt legene som utgangspunkt. Nå begynte de også å få dem som endepunkt. Det skyldtes at fagutviklingen gjorde at legene gradvis trakk seg tilbake til den renere klinikk; det ble umulig å beholde den brede oversikt som en medisinsk basert ledelse krevde. Legene på sykehusene gav således i løpet av siste halvdel av 1970-årene, uten kamp, opp rollen som administrerende overlege og aksepterte at deres gamle tjener, forvalteren (nå økonomisjefen), eller en annen med «sivil» bakgrunn, ble

⁴ Ole Didrik Lærums bok om de «gamle» legene får godt frem hvilke selvoppofrende personligheter mange av dem var. Kfr. hans *Gamledoktoren forteller*, Bergen: Vigmostad Bjørke, 2005.

direktør. De gav også opp den private poliklinikken. Sykehuslegene ble ved overgangen til 1980-årene rene arbeidstagere⁵. Pilene ovenfra ble styrket fra 1976 da sykehuseierne, fylkeskommunene, fikk sin egen administrasjon, med blant annet en fylkeshelsesjef. I primærhelsevesenet ble avmedikratiseringen møtt med motstand, men til ingen nytte⁶. Primærlegene ble delvis kommunalt ansatte leger eller kommunale kontraktører fra 1984. Legene ble satt under administrasjon av en kommunal helsesjef og det kommunale styringsapparat generelt. Pilene mellom ledelsesnivåene og legene (klinikken) hadde for alvor begynt å snu retning⁷. Men dette gjaldt altså i første omgang den «politiske» autonomi, ikke den kliniske ledelse og slett ikke den kliniske praksis.

Fra høsten 1983 ble Helsedirektoratet delt og én del fortsatte som direktorat, under Sosialdepartementet og dets nye helseavdeling. Helsedirektøren og hans fagledere (overleger særlig) mistet slik den medikratiske kontakt med det som hadde vært klinikkens legeledere, ja, for så vidt med klinikklederne uansett hvem de nå var. De måtte nå forholde seg til institusjonseierne og de fagansvarlige, nemlig kommunene og fylkeskommunene. Med dette forvitret mye av den øverste, mest politiske form for medikrati.

Regimeomleggingen var basert på en plan Stortinget vedtok våren 1975 og som innebar at makten formelt ble samlet i statlige og lokale politisk-administrative organer og organisert etter fagnivå: primært, sekundært, tertiært osv. Der lå en industriell tankegang bak planen, gjerne kalt LEON-planen⁸.

Paradoksalt nok skyldtes den begynnende regimeomleggingen ikke minst den kliniske tilbudsutvikling. Fri tilgjengelighet gjorde at nye tilbud straks ble etterspurt. Omkostningsutviklingen ble alarmerende, spesielt i 1970-

5 Dette er nærmere omtalt av Maren Skaset i hennes doktoravhandling, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945–2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, 2006.

6 Den tidligere helsedirektør, Karl Evang (1902–1981), gikk i to store artikler i Aftenpostens aftennummer 6. og 7. januar 1976 hardt ut mot forslagene som skulle føre frem til avviklingen av distriktslegevesenet. Hans etterfølger, Torbjørn Mork (1928–1992), kjempet fra høsten 1977 hardt for å hindre den planlagte avviklingen.

7 Dette er grundig redegjort for i Tor Inge Romøren: *Kommunehelsetjenestens fem første år*, Sosialdepartementets utredningsserie, Rapport nr. 12 1989.

8 St.meld. nr. 9, *Sykehusutbygging m.m. i et regionalisert helsevesen*. Akronymet står for Laveste Effektive OmsorgsNivå. Den som i første rekke skrev meldingen var overlege i sykehusekontoret i Helsedirektoratet, Jo Asvall (1931–2010). Helsedirektør Karl Evang, som hadde ansatt Asvall, bidro ikke til meldingsarbeidet. Det gjorde heller ikke hans etterfølger, Torbjørn Mork. Asvall stod politisk til venstre, som de helsedirektører han arbeidet under, og som dem var han en slags medikrat. Han var imidlertid også en langt mer planleggingsorientert mann enn sine ledere, spesielt Mork. Han kom derfor mer til å bidra til å gi medikrati et nådestøt enn til å redde, eller fornye, det. Han hadde ønsket å fornye det, men de som fulgte opp planen – da han for lengst var dratt til København (WHO, 1976) – så jo at den kunne brukes til å profesjonalisere styringen av helsevesenet, om enn først med betydelig leg-politisk medvirkning. (Min tolkning er delvis basert på samtaler med Jo Asvall 18.12.2008, 20.12.2008, 15.7.2009 og 21.7.2009).

årene⁹. Myndighetene begynte da å gripe inn for å gjøre klinikken mer effektiv; å modifisere tilgjengelighetspolitikken var politisk umulig.

Vi fikk det vi kunne kalle en modifisert nyttestyring. Målet ble ikke samfunnsnytte helt generelt. Helsehensynet skulle skjermes, og i prinsippet løsrives noe fra samfunnsnytteformålet. Det skulle imidlertid underlegges det i den forstand at de kliniske helsetjenestene skulle ytes på en mest mulig effektiv måte. Inndelingen av tjenestene etter nivå var en måte å samle tjenestene på etter hvor hyppige/sjeldne de var, hvor mye og hva slags ressurser de krevde, og hvilken kompetanse de forutsatte hos behandlerne. Stordrift ble et stikkord for det som skulle skje, selv om den sentralisering det innebar ble skjult gjennom kvalifiseringsordet *laveste* (effektive omsorgsnivå). I denne omgang ble reformene begrenset til det makroorganisatoriske, det finansielle og det ledelsesmessige. Det første gjaldt altså LEON-reformen. Det annet innebar at det ble innført rammefinansiering fra 1980 for sykehusene og seks år senere for primærhelsetjenesten. Hva gjaldt det ledelsesmessige innebar det at de kliniske virksomhetene ble knyttet direkte til politisk-administrativ styring på statlig (noen sykehus), fylkeskommunalt (de fleste sykehusene) og kommunalt (primærhelsetjenesten, skjønt her også via kontrakter) nivå. Virksomhetene fikk nye ledere, utnevnt av og ansvarlige overfor de (som regel) politiske eiere. Lederne kunne være leger, men ble ikke utnevnt fordi de var leger. De ble direktører på sykehusene og (som regel) helsesjefer i kommunene.

Det ligger også i den industrielle logikken at tjenesteytelsen skal skje gjennom kortere eller lengre (særlig på sykehusene og særlig for pasienter med kroniske lidelser), mest mulig standardiserte forløp. Å innføre forløpsstyring nå var imidlertid for tidlig. Det ville innebære å nærstyre legene klinisk. Men de nye ledere fikk nå rammer, også økonomisk, som skulle gjøre det fristende for dem å gå inn i de kliniske forløp. De gjorde ikke det, men en del forsøkte å gjøre avdelingslederne, spesielt var det aktuelt på sykehus, mer til institusjonsledelsens enn til de kliniske miljøers ledere. Det var disse som skulle gjøre forløpsstyringen til konkret virkelighet.

Men problemene for de nye nyttestyrerne startet egentlig høyere oppe. Jeg skal si noe om det før jeg går ned i klinikken igjen. Med rammefinansieringen kom pengene helt ovenfra, fra staten. Det gjorde at de lokale eierne, spesielt de relativt nye sykehuseierne (fylkeskommunene), raskt mistet (det de hadde igjen av) omkostningsbevissthet. Da sykehusloven trådte i kraft i

9 Andelen av landets brutto nasjonalprodukt som gikk til helsevesenet sier noe om utviklingen. Andelen var nådd 2,3 prosent i 1950, 3,2 prosent i 1960, 4,0 prosent i 1970 og gikk så opp til hele 6,4 prosent i 1980. Det var altså i løpet av 1970-årene veksten i helseutgiftene relativt sett ble virkelig alarmerende. Men at veksten skapte alarm nå henger også sammen med den globale økonomiske krise som fulgte i kjølvannet av Yom Kippur-krigen i oktober 1973 og den derpå følgende oljeprisøkning (firedoblet på ett år).

1970 var det med en så generøs finansieringsordning at den nærmest måtte få fylkeskommunene til å glemme all omkostningsbevissthet. Staten strammet raskt til (1973), men klarte ikke å gjøre sykehuseierne særlig mer omkostningsbevisste igjen. Noe av grunnen til det var at fylkeskommunene fra 1976 mer representerte de mindre byene og tettstedene enn sentrum i fylket. LEON-reformen innebar i praksis nedleggelse av mindre sykehus eller flytting av funksjoner til større sykehus (sentralsykehus). Nesten all endring av sykehusstrukturen ble derfor nå, iallfall i de fleste fylker, bortimot umulig.

De nye sykehuslederne var i stor grad «sivile». De kjente ikke medisinen godt og hadde få og ingen ideer om hvordan de kliniske prosesser kunne effektiviseres. Noen av dem så at de undertiden var uendelig kompliserte, men hadde få ideer om hvordan de kunne brytes opp i diskrete trinn, standardiseres og organiseres i mer enhetlige og effektive forløp. Det gjorde det ekstra vanskelig for direktøren og hans eller hennes folk at det som skjedde i de enkelte kliniske trinn for dem var noe de ikke hadde noe med. De kliniske rom var lønnkamre, også for direktøren. Det endte med at direktøren og den administrative ledelse ellers forsøkte å bruke sitt viktigste styringsmiddel, pengene, på en måte de håpet kunne effektivisere driften. De fikk sjelden særlig hjelp fra avdelingsoverlegene til å skreddersy pengebruken. Avdelingsoverlegene lyttet som regel mer til sine «underordnede» leger enn til direktøren. De fleste av dem ble oppoverarbeidende interessenter mer enn nedoverarbeidende, disiplinierende ledere. Men direktørene fikk også et nytt, og voksende, problem med å bruke avdelingenes ledere til å bestemme hvordan effektiviseringen burde være. Det var at avdelingene i økende grad ble delt: Sykepleierne og deres søstre og brødre i paralleldisiplinene (i laboratoriene), forlangte, og fikk, i økende grad styringen med sine egne yrkessøstre og noen –brødre. Avdelingslederne ble slik et problem for direktørene ikke bare fordi de mer drev pågående korridorpolitikk oppover enn kreativ effektiviseringsledelse nedover, men også fordi de brukte så mye av sin tid og oppmerksomhet på å finne måter å beskytte og befeste (legene) eller bygge ut (sykepleierne) sin egen autonomi på at de var til mindre ledelseshjelp for direktøren.

Den nye, nytteinspirerte styringen skulle føre til at styringen, spesielt av sykehusene, skulle bli mer bestemt og mer integrert. Forsøkene på å oppnå dette slo altså feil. Sykehusene fikk i stedet en tredelt ledelse. I Danmark ble det tydelig erkjent; der ble ledelsesformen omtalt som troikaledelse¹⁰. Direktøren var en økonomisk-administrativ leder, legelederen (i Norge nå

10 Kfr. Sidsel Vinge, *Fra trojka model til entydig ledelse. En analyse af debatten om ledelsesmodeller i sygehussektoren med fokus på Århus Amt*, FLOS-centeret, Copenhagen Business School, arbeidspapir, nr. 3 – 2000.

sjefflegen) en (svak) medisinsk leder og sjefsykepleieren (en relativt sterk) sykepleieleder. Den som, på vegne av den nye ledelsesformen, pekte på denne tredelingen som ekstra uheldig, var den britiske supermarkedsdirektør Roy Griffiths (1926–1994). Han var vinteren 1983 utnevnt av statsminister Margaret Thatcher (1925–2013) for å se på ledelsen ved The National Health Service (NHS), og spesielt sykehusene.

Griffiths konkluderte med at det som manglet var en «general manager», en som var overordnet ansvarlig for den medisinske behandling, sykepleien og ressursbruken, samlet sett. Han foreslo at der ble utnevnt slike ledere, for så vidt i hele NHS, opp til nasjonalt nivå. Statsministeren godtok forslaget og det ble satt ut i livet fra 1984. I Norge, som ellers i Norden, var det et tiår for tidlig å gjøre det. I Norge kom slik ledelse, om enn med noen kvalifikasjoner, gradvis fra 1995, men ordningen ble lovfestet i 1999 (i kraft senest 2001). I Norge ble denne form for ledelse omtalt som *enhetlig*, i Danmark ble den kalt *entydig*.

Gjennombruddene for den nye, fagliggjorte, planbaserte og mer generelle, men også mer penetrerende styring og ledelse kom altså i Storbritannia mens Norden fortsatt var i en «pattpreget» overgangsfase. Også i USA og ellers i den engelsktalende verden var «ledelsesrevolusjonen» i gang. I USA ble den nye ledelsen omtalt som «managed care». Betegnelsen var god; den representerte *styrt* eller *ledet* behandling og omsorg. Steven Shortell, en av USAs ledende helseledelsesforskere i flere tiår, sa gjerne at den styrte omsorgen gikk ut på å skape «organized delivery systems» – altså til erstatning for de ikke-organiserte, eller legedrevne, «delivery systems» (4). Den nye ledelsen møtte sterk motstand i de engelsktalende land, særlig fra legene, men den rullet likevel videre, med en del tilpasninger.

I de norske kommunene ble de nye avdelingslederne, helsesjefene, stort sett sosionomer eller andre ikke-leger. De var lojale oppover, men fikk i noen grad problemer nedover, overfor kommuneoverlegene. Disse siste fikk igjen problemer overfor de ansatte legene, men særlig overfor avtalelegene. De nye ledernes avmakt i Norge ble størst i sykehus. Det var her utgiftene var størst. Her kom de også i hovedsak som bevilgninger. I kommunene var i stor grad utgiftene til legetjenestene knyttet til avtaler, refusjoner og egenandeler; de var altså regelbasert og hadde noe nesten automatisk over seg.

For å tvinge sykehuseierne til å bli mer kreative i sine bestrebelse på å effektivisere, ble rammebevilgningene fra starten av økt saktere enn sykehuseierne hadde ventet og mente de «skulle» være blitt økt. Sosialminister Leif Arne Heløe (H) prøvde nå å satse mer på forebyggende innsats og tidlig behandling, med håp om at behovet for de kostbare sykehustjenestene etter hvert skulle gå ned. Denne omfordelingen virket imidlertid ikke som ønsket,

iallfall ikke på kort sikt, og ville neppe gjort det på lang sikt heller¹¹. Omfordelingen av ressurser førte straks til at en del sykehuskøer begynte å vokse så raskt at regjeringen igjen måtte øke sykehusbevilgningene – og likevel nesten tapte valget i 1985 (den ble avhengig av Fremskrittspartiet). Arbeiderpartiet hadde brukt sykehuskøene i valgkampen («hjerteråhet») og da partiet kom til makten i 1986 kunne det ikke gjøre annet enn å øke bevilgningene til sykehusene i ganske høyt tempo. Den nye styringen hadde altså mislykkes i første omgang, for så vidt til en slags glede både for legene og mange distriktpolitikere.

Den nye, mer offensive og profesjonelle styringen og ledelsen gav altså ikke raskt resultater. I noen grad var det overraskende for de to store partiene, Høyre og Arbeiderpartiet. De stod begge bak den nye styringsoffensiven. Regjeringen Willoch hadde lansert sin versjon av offensiven, kalt moderniseringsprogrammet, foran valget i 1985 (5). Det ble året etter fulgt opp av den andre regjeringen Brundtlands fornyelsespolitikk: Den nye regjeringen talte offensivt om «den nye staten» (6). Denne staten var først og fremst en nyttestat, en (kvantitativt) målorientert stat. Fra overgangen til 1990-årene skulle, som en del av den nye staten, alle etater gå over til virksomhetsplanlegging – planer som skulle vise hvordan de mer presise mål skulle nås¹².

De sentraladministrative ledere ergret seg i økende grad over «profesjonspolitikken». Utfordringen ble derfor å forsøke å begrense politikernes rolle, iallfall til å bestemme noen mål eller prinsipper og noen spilleregler. Den nye ledelsen krevde det. De to høyreliberale økonomene Finn E. Kydland og Edward C. Prescott hadde i en artikkel i *Journal of Political Economy* allerede i 1977 foreslått noe slikt. Hovedtittelen på deres artikkel representerte nærmest et slikt program: *Rules Rather Than Discretion* (7). Politikerne kunne vedta spillereglene og så overlate til fagfolk å finne virkemidlene, altså utøve skjønn («discretion»). Det var jo slik også mye annen offentlig styring skjedde.

I utvalget som skulle se på sykehusenes organisering og finansiering, Eilertsen-utvalget, var det et mindretall som foreslo at staten skulle overta (alle de offentlige) sykehusene, ikke minst for å skjerme dem for den mest «politiserte» politikken, den lokale (8). Utvalgets innstilling kom i 1987, men regjeringen våget ikke å støtte mindretallets forslag da den la frem sin

11 Forebygging fører, med noen unntak, ikke til at spesialistkrevende sykdom ikke skjer, men at den utsettes i tid. I politikken gjelder imidlertid sjelden «lang sikt».

12 Som ivrig premissleverandør for nytteregimet stod Rasjonaliseringsdirektoratet, fra 1986 mer nytte-tilpasset kalt Statskonsult. Bak, eller ved siden av dette indre konsultentselskapet, stod en rekke ytre konsultentselskaper, blant annet Asplan (Analyse) og Agenda Utredning og Utvikling, og etter hvert også utredningsinstitutter og akademiske institutter.

nasjonale helseplan våren 1988 (9), selv om den åpenbart var tiltrukket av forslaget. Det skulle gå 12–13 år før forslaget ble tatt opp igjen av en senere arbeiderpartiregjering.

I løpet av 1960- og 1970-årene vokste der også frem en selvkritisk bevegelse innad i og rundt medisinen, representert ved den kliniske epidemiologi og helsetjenesteforskningen. De kliniske epidemiologer begynte å stille spørsmålstegn ved virkningen av medisinen på helsetilstanden generelt og av ulike undersøkelses- og behandlingsmetoder spesielt¹³. Helsetjenesteforskerne påviste «uforklarlige» variasjoner i medisinsk praksis mellom ulike leger og leger i ulike områder¹⁴. Denne forskningen gikk utover både medisinsens renommé og legers selvtillit og bidro slik til å svekke legenes motstandskraft mot angrepene på de medikratiske ordninger. Men den bidro også til å «rydde opp» i medisinen og gi den et utgangspunkt for å bli mer presis, mer *evidensbasert*, som det begynte å hete fra 1990–91 (10, 11). Den mer presist resultatorienterte medisinen skulle slik etter hvert også gi talspersonene for nytteregimet hjelp til å gå videre med sitt prosjekt. Medisinen begynte altså å tilpasse seg det nye nytteregime.

Den nye offentlige ledelsen hadde sin viktigste teoretiske basis i økonomikken, både den venstre- og den høyreliberale, særlig som den ble utviklet i USA¹⁵. I helsevesenet var det den venstreliberale som fikk størst innflytelse¹⁶. Symbolsk viktig var det at Margaret Thatcher, britisk statsminister fra 1979, i 1984 fulgte rådet fra Roy Griffiths om å innføre *allmenn* ledelse, i praksis planbasert ledelse. I USA vokste nå de store helseforetagender, med

13 Kfr. Thomas McKeown (1912–1988), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976. Se også Archie Cochrane (1909–1988), *Effectiveness and Efficiency*; David L. Sackett, R. Brian Haynes, red., *Compliance with Therapeutic Regimens*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976. McKeown spilte en stor rolle for debatten om medisinsens rolle i Storbritannia. Amerikansk-canadiske Sackett (1934–2015) ble i 1967 professor i klinisk epidemiologi ved McMaster University i Canada og er kanskje den viktigste av personene bak utviklingen av den såkalte evidensbaserte medisin. Cochranes arbeid er også viktig for fremveksten av evidensbasert medisin. Både Sackett og Cochranes arbeider bygger imidlertid på den kanskje viktigste person bak den statistiske «revolusjon» i medisinen, den britiske statistiker Austin Bradford Hill (1897–1991).

14 Amerikanske John E. Wennberg, The Dartmouth Institute, er pioneren bak studiene av variasjoner i legers kliniske praksis. Kfr. f.eks. hans *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*, New York, NY: Oxford University Press, 2010.

15 Den britisk-amerikanske økonom Ronald H. Coase (1910–2013) gav i 1930-årene premissene for å se på forholdet mellom de to former for økonomikk som teknisk-faglig mer enn ideologisk: Om det var best å basere koordinering på hierarki eller konkurranse (marked, som han og andre sa) var et spørsmål om hva som gav de minste transaksjonsomkostninger. Kfr. hans «The Nature of the Firm», *Economica*, b. 4, nr. 16, 1937, s. 386–405. Coases idé ble siden fulgt offensivt opp av den amerikanske økonomen Oliver E. Williamson. Kfr. hans «The Economics of Transaction Costs», *American Journal of Sociology*, b. 87, nr. 3, 1981, s. 548–577.

16 Med venstreliberal mener vi den hierarkiske strategien til Williamson. Konkurransestrategien (markedsstrategien) er den høyreliberale.

(det allerede vel etablerte) Kaiser Permanente¹⁷ som det dominerende, frem, basert på «privat sosialisme», altså hierarkisk styring. «Managed care» ble, som nevnt, et stikkord for det som skjedde. President Ronald Reagan (1911–2004) innførte fra 1983 den DRG-baserte finansieringsmåten for Medicare,¹⁸ den offentlige helseforsikringsordningen for eldre. Det bidro til at det offentlige begynte å styre private helsetjenesteytere på en mer planbasert og nærgående måte. Ordningen innebar at den komplekse medisinske praksis ble delt opp i standardiserte prosedyrer, basert *både* på medisinske og økonomiske kriterier. Også Thatcher og Reagan bidro altså mer til å styrke styringen ovenfra enn den konkurransebaserte «styringen» nedenfra – selv om Reagans DRG-politikk også brukte konkurranse (for å skjerpe styringen) nedenfra. De drev i et viktig henseende klinikken mot venstre. Disse initiativene, på ulike vis fulgt opp i de andre engelsktalende land, bidro til å styrke og inspirere nyttetenkerne i Norge og i det norske helsevesen.

Angrepet på de gamle medikratiske strukturer kom primært ovenfra, fra myndighetsorganer, men basert på premisser som kom fra styringsfagene, i første rekke økonomikken, dernest rettsvitenskapen. Styringsinitiativene ble møtt med mye motstand fra legehold. Men legene ytte ikke bare motstand. De tilpasset seg også og forsøkte å gjøre det på offensive måter. Legene og deres forening(er) gav opp mye av rollen som frie profesjonsutøvere i annen halvdel av 1970-årene uten altfor stor motstand. De var nok «mørnet» gjennom myndighetsoffensiven som hadde vart fra iallfall krigens slutt, men villigheten til å slåss for de gamle posisjoner var gradvis blitt svekket, særlig blant de yngre leger og blant de spesialister som tjente minst på den gamle ordningen. Villigheten til å slåss for rollen som administrerende overlege var i praksis borte midt i 1970-årene. Stadig flere leger så fordeler i å ha fast arbeidstid og tilsvarende mindre ansvar. Nyordningen ville gjøre det mindre illegitimt for leger å være mer egeninteresseorientert. Vi ser derfor at også Legeforeningen nærmest skiftet ham i slutten av 1970-årene.

Medikratiet ble i denne perioden også om ikke angrepet, så utfordret «nedenfra», altså fra borgerne og pasientene, eller en del av dem. Fra slutten av 1970-årene oppstod det internasjonalt en forbrukerbevisstgjøring. Den fikk snart også konsekvenser i det kliniske marked. Der ble stadig mer tale om pasientrettigheter, altså hvilke rettigheter borgere hadde til å bli pasienter (uten å måtte betale (særlig mye) for det). I kjølvannet av det første

17 Selskapet ble grunnlagt i grunnlagt i 1945 av industrimannen Henry J. Kaiser (1882–1967) og legen Sidney R. Garfield (1906–1984), men har røtter tilbake til 1933. Det har hovedkvarter i Oakland, California, USA.

18 Ordningen ble innført i 1965 og gjelder personer over 65 år samt uføre. DRG står for Diagnose-Relaterte Grupper.

prioriteringsutvalget (Lønning I, 1987) (12) kom der regler for ventetid for adgang til sykehustjenester (utover retten til akutt behandling). Jusprofessor Ståle Eskeland (1943–2015) la i 1992 frem et forslag til en generell pasientrettighetslov (13). Den kom i 1999. Der kom inn bestemmelser også i andre lover, som sykehusloven (1969), (tann)legeloven (1980), og kommunehelsetjenesteloven (1982) som gav borgere, som pasienter, rettigheter om tilgjengelighet, men også om journalinnsyn og medvirkning i behandlingen. Det kom også bestemmelser som indirekte gav pasienter nye rettigheter hva angikk kvaliteten av den behandling de fikk. Legeloven (1980) påla således (tann)leger å behandle *forsvarlig*; uforsvarlig behandling kunne lede til reaksjoner mot personell, som tap av autorisasjon. Tilsynet ble nå (fra 1984) også bygget ut og profesjonalisert, nettopp for å forebygge svikt som kunne ramme pasienter. Fra gammelt av kunne pasienter ut fra den ulovfestede culpanormen få økonomisk erstatning hvis pasienter var blitt påført unødig skade som følge av behandlingen. En ny produktansvarslov (1988) styrket pasientenes rettigheter i så henseende. I 1988 kom så ordningen med pasientskadeerstatning, en ordning som betyr at erstatning kunne og kan gis også uten at noen behandler kunne og kan lastes for behandlingen, nemlig på «objektivt» grunnlag.

Den nye rettighetslovgivningen er altså i stor grad uttrykk for styring ovenfra, men den reflekterer en voksende forbrukerbevissthet og bidrar slik til at pilene mellom klinikken og borgerne, eller pasientene, blir mer preget av gjensidighet. Borgerne, eller pasientene, bruker jo også nå i økende grad de rettigheter de får. Vi må føye til at forbrukerne også spilte en indirekte initiativskapende rolle, nemlig gjennom fremveksten i 1980-årene av pasientombudsordningen og dannelsen av Norsk Pasientforening i 1983.

Rettighetene kommer også av politiske grunner. De er uttrykk for det økonomen Albert O. Hirschman (1915–2012) har kalt «voice» (10). De er ordninger som bedrer mulighetene for å klage eller på andre måter «snu pilene» for pasientene. Men de er også ordninger som legger til rette for klaging. Rettighetspolitikken gir slik «voice» et visst paternalistisk preg, og mer enn tilfellet er for Hirschmans «voice». Også rettighetspolitikken er mer venstre- enn høyreliberal.

Vi kan si at mens økonomene skapte det nye nytteorienterte styringsregimet, skapte juristene (og interessenter av ulike slag) det nye, eller utvidede *nomokratiet*¹⁹.

19 Jeg har valgt denne betegnelsen siden *lov* på gresk, riktignok ofte brukt i religiøs sammenheng, er *nómos*. Det er vanskeligere å lage en god betegnelse med utgangspunkt i det latinske ord for lov, *jus*.

Mellomperioden er altså preget av dragkamp og ofte litt anstrengt samhandling. «Alle» de aktuelle regimer spiller nå en rolle, i stor grad en konkurrerende rolle. Jeg omtaler derfor perioden som polyarkisk (betegnelse på en styreform hvor makten springer ut av flere kilder). I figur 2 er situasjonen i denne perioden illustrert, igjen uten at relasjonene «til siden» er tatt med.

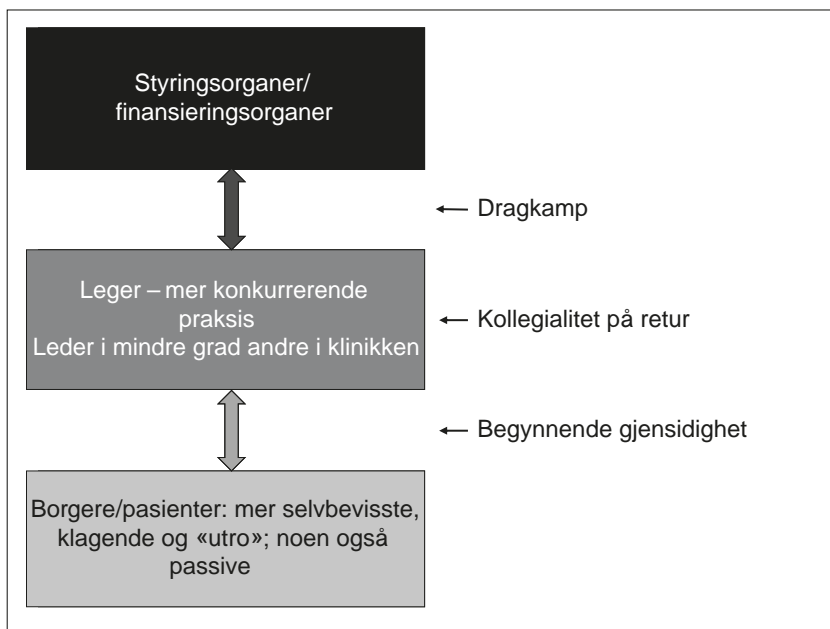
Ser vi på kasuistikken fra denne perioden, ser vi at den preges av dragkamper og polemikk: Regimespenningene gir seg også uttrykk gjennom gruppe- og personspenninger, ikke bare «normal» tautrekning og normale interaksjoner. I primærhelsevesenet strever legene med å finne sine nye roller og på sykehusene oppstår det spente situasjoner mellom selvbevisste, men litt defensive, leger og offensive sykepleiere og halvoffensive direktører. Men mest persondramatikk finner man på sentralt nivå, der det etter delingen av Helsedirektoratet i 1983 oppstår åpen, og offentlig, konflikt mellom departementsledelsen, etter hvert personifisert ved departementsråd Jon Ola Norbom (1923-2020) og helsedirektør Torbjørn Mork (1928-1992). Konflikten endte med at direktoratet ble vingestekket og gjort om til helsetilsyn. Siden (2002) ble direktoratsoppgavene overført til et nytt direktorat, Sosial- og helsedirektoratet.

Nytte- og rettsstatligheten slår for alvor igjennom

Den siste og nåværende perioden er preget av at det økonomipregede nytte-regimet og det juristpregede nomokratiet kommer på offensiven, men politikerne representerer hele tiden potensiell og ofte aktuell egenmakt. Nå begynner legene å tilpasse seg både nytteregimet og nomokratiet.

Det spenningspregede forholdet som eksisterte i tiden etter den første styringsoffensiven fra midt i 1970-årene, ikke bare utfordret, men frustrerte de politisk og klinisk ansvarlige ledere. I løpet av perioden ble de mer og mer opptatt av å «normalisere» forholdene, altså komme over i en mer stabil regimesituasjon. Det måtte imidlertid, for de styrende og deres ledere, bli en regimesituasjon som bekreftet deres overordnede posisjon. «Ingen» så på en reversering av utviklingen som ønskelig, eller endog mulig. De styrende ville videre, på den vei de hadde begynt på, altså mot en mer presist resultatorientert styring, der omkostningssiden skulle være en del av «formåls-pakken».

Klarte den ikke å befeste sin overordnede posisjon ville helsestaten fremstå som impotent. Det kunne hverken politikere eller ledende forvaltningsfolk tolerere. De karakteriserte også den fastlåste, konfliktfylte situasjon som hadde utviklet seg i løpet av 1980- og mye av 1990-årene som demokratisk uakseptabel.



Figur 2: Overgangsperioden, 1975 til ca. 1995: Dynamisk polyarki

Den andre regjeringen Brundtlands program for «Den nye staten» ble bekreftet og offensivt konkretisert av Brundtland III-regjeringen i 1992, under et møte på Halvorsbøle. Nå kom *tildelingsbrevet*, dog i noen grad basert på en *styringsdialog*²⁰. Initiativet ble fulgt systematisk opp i mai 1995 da Administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet og Statskonsult presenterte et sett av felles *Retningslinjer for styring og oppfølging av underliggende etater*. Hele styringsordningen ble nå i økende grad omtalt som *etatsstyring*. Disse retningslinjene ble fulgt opp fra 1997 med et nytt økonomiregelverk for staten.

De norske politikerne, og enda mer sentrale fagfolk i Finansdepartementet, Forbruker- og administrasjonsdepartementet (Arbeids- og administrasjonsdepartementet) og Statskonsult²¹, ble inspirert av både styringsfags- og politikikutviklingen i de engelsktalende land. Konsekvensene begynte vi å se fra midt i 1980-årene, men for helsevesenets vedkommende først i 1995, da Gudmund Hernes etterfulgte Werner Christie som helseminister.

²⁰ Gjennom denne skulle institusjonene få påvirke hvordan bevilgninger og mål ble koblet.

²¹ Statskonsult ble fra 2008 en del av Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI). DIFI ble fra 2020 til Digitaliseringsdirektoratet. De typiske statskonsultoppgavene ble da flyttet til Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ).

Etter det nye nytteregimet skulle statens rolle etter høyreliberale premiser være å lage spillereglene for markedene (særlig tilbyderne) samt å sørge for selv, eller gjennom kontrakter, å skaffe til veie såkalte offentlige goder (fellesgoder)²². Fra en venstreliberal synsvinkel kunne staten også ha som oppgave å eie og drive markedsvirksomheter, f.eks. behandlingsinstitusjoner. Da burde imidlertid institusjonene organiseres og behandles som bedrifter, dog med den begrensning at de ikke skulle kunne gå konkurs. I Norge ble og blir helsetjenester i hovedsak ytt av offentlige institusjoner og nesten helt finansiert via offentlige budsjetter. For de norske politiske partier, spesielt de venstreorienterte, var og er det ikke aktuelt å skape et konkurransebasert tjenestemarked.

Det var en utpreget venstreliberal versjon av nyttestyringsteorien som etter hvert ble realisert. Det skjedde litt i rykk og napp. De viktigste endringene kom under Jens Stoltenbergs første regjering, altså i 2000–2001. Da kom fastlegereformen og sykehusreformen ble vedtatt. Med disse reformene ble mange av tjenesteyterne og institusjonene kontraktører og bedrifter. Samtidig kom for alvor den mål- og resultatorienterte bestillingsstyringen i gang. Nå ble også nyttestyringen innført i apotekvesenet, men her med høyreliberale innslag. Sektoren var langt på vei blitt kommersialisert og konkurransebasert, om enn på nokså stramme offentlige og til dels EU-baserte kontrollpremisser.

Nyttestyringen er mål- og resultatorientert. Ideelt kan målene defineres kvantitativt, som maksimeringsmål, eller som (juridiske) enten-eller-mål. Ideelt skulle alle mål kunne integreres i et overordnet nyttemål, en sosial velferdsfunksjon. I praksis blir målene helserettede, som helsemaksimeringsmålet – ev. resultatlikhetsbetinget – og tilgjengelighets- og kvalitetsmålene. De vanskeligste mål å definere presist er kvalitetsmålene, men her har utviklingen av en mer presis medisin kommet nyttestyrerne til hjelp.

I noen grad var tanken opprinnelig å avgrense styringen ovenfra til måldefineringen og resultatkontrollen. Lederne nedover i klinikken skulle så få en viss frihet – dog langt fra full – til å bestemme virkemidlene. Et typisk uttrykk for denne kombinerte mål- og autonomistyring er den rammefinansiering som ble vedtatt for sykehusene fra 1980 og delvis for kommunene fra 1986. Lederne fikk en bevilgning de skulle bruke på en måte de så på som mest rasjonell for å nå de pålagte målene. Men slik maktet ikke lederne gjennom mellomperioden og til dels siden å bruke bevilgningene. Vi fikk derfor en gradvis overgang til en mer middelspesifiserende

22 Økonomer definerer fellesgoder som goder som har betydelige positive ringvirkninger («eksternaliteter»). Nettopp fordi de har det blir de ikke, eller i liten grad, skaffet til veie i markeder: ingen (få) vil betale for dem. Eksempler er trygghet (forsvar), rent miljø, (for mange) stillhet, fyrlykter.

styring. Innføringen av delvis DRG-basert finansiering av sykehusene fra sommeren 1997 er ett eksempel på det. Innføringen av et element av kvalitetsbasert finansiering av sykehusene fra 2014 er et annet eksempel på det samme. Nok et eksempel er de signaler, og til dels pålegg, som kom i 2014 om hvordan psykiatri- og rusomsorg skal prioriteres, nemlig etter «den gylne regel» (det vil si ha høyere vekst enn den somatiske helsetjeneste). Vi skal legge til at den DRG-baserte styringen kombinerer medisinsk og økonomisk styring på en finurlig måte, selv om den ikke praktiseres helt ned på klinisknivå.

I et viktig henseende var «middelstyringen» ovenfra tydelig fra starten av. Den gjaldt hovedorganiseringen av helsevesenet, altså defineringen av styringens subjekter. Denne organiseringen, formelt vedtatt av Stortinget våren 1975, ble basert på LEON-planen. De utøvende nivåer ble her definert som kommunene (primærhelsevesenet), fylkeskommunene (spesialisthelsevesenet) og, som et samarbeidsprosjekt mellom de siste, regionene. I tillegg kom staten hva gjaldt noen institusjoner. Det regionale nivå ble altså i 1975 gjort til et indirekte nivå. Fra 2002 ble det det viktige utøvende nivå, spesielt for spesialisthelsevesenet, men nå ikke som et samarbeidsnivå, men som et stateid nivå. Staten, som hadde hatt ansvaret for et mindre antall institusjoner, overtok altså nå alle offentlige sådanne.

Slik ble den integrerte styringen helt ovenfra vesentlig styrket. Den er siden blitt styrket ytterligere, blant annet gjennom den såkalte samhandlingsreformen (2012). Gjennom denne reformen fikk staten, delvis via helseforetakene, mer kontroll over primærhelsevesenet. Stikkordet er pasientforløp, litt upoetisk og upersonlig kalt «pakkeforløp». Forløpsideen reflekterer ideen om (virtuelle) «samlebånd», dog med den forskjell at målet med forløpene ikke er «produksjon», men mest mulig «reduksjon» (av den tilstanden som er utgangspunktet for forløpet). Forløpsideen ble for alvor aktuell fra annen halvdel av 1990-årene. Det var fra nå av deler av medisinen ble så presis at den standardisering forløpsideen representerer, kunne innføres.

Ved at sykehusene ble gjort til bedrifter i 2002 ble «faren» for ny politisering redusert. Sykehusene, eller helseforetakene, kunne således, delvis skjermet for den løpende politikk, sette i gang et ambisiøst, industrielt inspirert program med sammenslåinger, forløpsorganisering, retningslinjestyring og DRG-styring. Gjennom den integrerende samhandlingsreformen begynte i noen grad, som allerede nevnt, staten et «avpolitisert» forsøk på å integrere deler av det mer politisk utsatte primærhelsevesenet i det ambisiøse, industrielt inspirerte «integrer-alt»-prosjektet.

Den «instrumentelle» teori som brukes for middelstyringsformål er altså først og fremst den *industrielle*. Denne innebærer styrt, ikke organisk utviklet, spesialisering, standardisering av delaktiviteter og tett integrering av de spesialiserte delaktivitetene i «sømløse» prosesser.

Teorien krever at dagens sykehus, men også mye av praksisfeltet, må rives opp og nyorganiseres. Så langt har ikke styrerne gått. De har forsøkt å realisere så mye som mulig av teoriens anbefalinger, men gjort det innenfor rammen av de eksisterende halvmedikratiske og lokalpolitiske (fortids) strukturer som eksisterer. Noen stikkord er stordrift og sammenslåinger – dog administrativt mer enn fysisk, myke samhandlingsstrukturer, skjermede aktiviteter, halvformelle forløpsorganisasjoner og, som nevnt, forsøk på å programmere personelladferden gjennom retningslinjer og aktivitetsrettet finansiering.

Det er mer som kan gjøres sett fra en nyttestyringssynsvinkel. Hvis man virkelig skal nå lenger med nyttestyringen kan det imidlertid være man må begrense den. Den kan føres videre i noen henseender, men ennå ikke i alle. Det avhenger av kunnskapsstatusen. Den målorienterte nyttestyringen forutsetter at kunnskapsgrunnlaget er enten probabilistisk eller presist. Er det det, kan virksomheten drives forløpsorientert, gjennom såkalte kjedeorganisasjoner. I økende grad blir imidlertid kunnskapen slik at kjeden blir svært kort; der tales da om «detaljistmedisin» («retail medicine»)²³. Denne medisinen er imidlertid mer skjermet og avgrenset enn den tidligere ambulante medisinen. Den siste inneholder også mye intuitiv medisin. En god del av medisinen, både i tradisjonelle praksiser og i sykehus, er stadig intuitiv preget, og da gir det mindre mening å legge den til kjedeorganisasjoner; den trenger tradisjonelle «verkstedsorganisasjoner». Slik medisin lar seg heller ikke på en god måte målstyre. En del lidelser er også slik at kunnskapen kan være både relativt presis og relativt intuitiv, men hvor hverken kjede- eller verkstedsorganisasjonen vil egne seg. Det gjelder blant annet kroniske lidelser, hvor behandlingen og omsorgen i stor grad består i å «lede pasientene», altså følge dem opp aktivt og løpende. Da vil ofte den tredje hovedtype av organisasjoner, det tilretteleggende nettverk, egne seg best. Slik virksomhet kan i noen grad, men langt fra alltid, målrettes og målstyres²⁴. Annerledes sagt, for at nyttestyringen skal kaste mer av seg må den skjermes

23 Kfr. den amerikanske MinuteClinic-organisasjonen, etablert i 2000, av en lege, en pasient og en tredje person (i Minneapolis). MinuteClinic er nå eid av konsernet CVS Health, som også driver en apotekkjede og et viktig helseforsikringselskap (Aetna).

24 Kfr. Clayton Christensen m.fl., *The Innovator's Prescription*, New York: McGraw-Hill, 2009, "Introduction", særlig s. xxii-xxx. Her det redegjort nærmere for de ulike organisasjonsformer som er nevnt i teksten.

og avgrenses. Etter hvert kan så kanskje stadig mer av virksomheten nyttestyres, nemlig ettersom kunnskapen blir mer presis.

Industrialiseringen førte til at forholdsvis autonome håndverkere ble erstattet som produsenter av (korttidsutdannede) arbeidere av ulike slag: Ettersom kunnskapsgrunnlaget ble mer presist kunne bredt skolerte, intuitivt baserte håndverkere erstattes av raskt utdannede (samlebånds)arbeidere. Arbeidernes oppgaver ble nå laget og beskrevet av arbeidsgiverne og deres ingeniører. Kunnskapsutviklingen i og rundt medisinen kan i noen grad føre til en lignende utvikling hva gjelder klinikernes tjenesteytelse. I den sammenheng er det interessant at myndighetene, og helsekonsernlederne, i mange land nå har fattet interesse for å ta over mer av styringen av utformingen av klinikerrollene, inkludert de medisinske. Tanker om tidligspesialisering i medisinerutdannelsen og om oppgaveglidning er de første signaler om dette.

Pilene ovenfra er altså blitt stadig tydeligere. Norge har et styrt helsevesen, og et helsevesen som blir stadig mer styrt (ovenfra). Det preges av venstreliberal tenkning. Den er blitt nokså offensiv, men mye gjenstår før den blir så radikal som teorien allerede impliserer. Medikratisk og annen personalpolitisk, men også distriktpolitisk, interessepolitikk – ja, også nomokratisk aktivisme – setter stramme grenser for hvor gjennomgripende nyttestyret kan bli. Mye avhenger også, som nettopp nevnt, av kunnskapsutviklingen: Nyttestyret krever presis kunnskap.

Også nedenfra har pilene fått en viss kraft. Pasientrettighetsloven kom i 1999 og er nå blitt til en bruker- og pasientrettighetslov. Som en del av denne pasientmobiliserende loven kom der også fritt sykehusvalg. Fastlegeordningen preges av at det er et relativt fritt valg av fastlege. Det bidrar til presset på fastlegene at det i noen byer er i ferd med å vokse frem kommersielle tilbud, som Dr.Dropin.

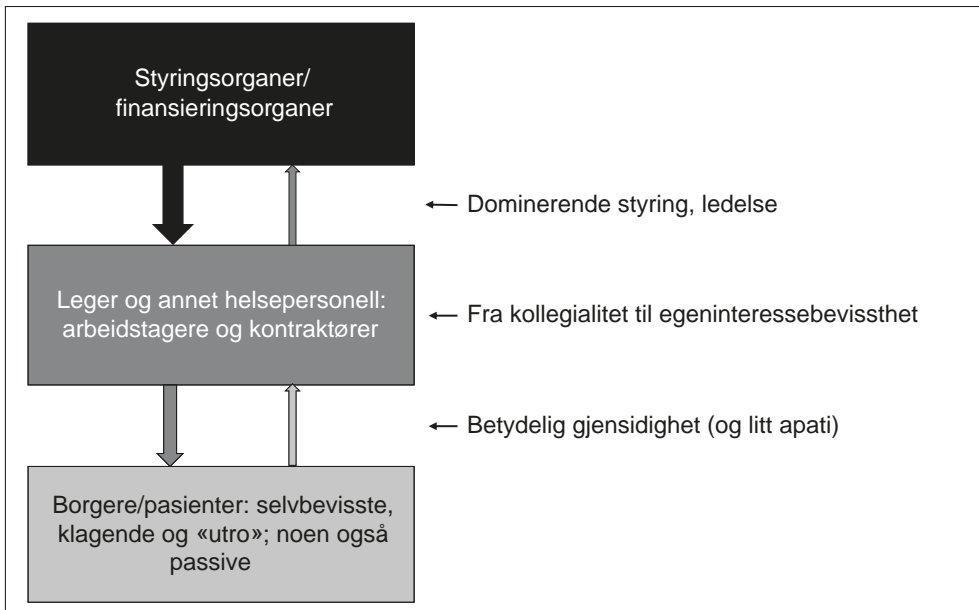
Selv om nyttestyringsregimet langt fra er fullt realisert i det norske helsevesen, er det, delvis sammen med nomokratiet, blitt det dominerende styringsregime. Å være på parti med det, betyr å styre og lede medstrøms. Å være på parti med det, gjør at lederne lettere får det til. Det gir makt, eller en følelse av å være på maktens side. Dette regime er altså et ovenfra-og-nedad-rettet styringsregime. Men det at målene for helsepolitikken er så mange, og så ambisiøse, og i tillegg skal realiseres innen rammer definert fra andre sektorer, gjør at det er blitt stadig mer overambisiøst, eller om man vil: hyklersk. Det kan bidra til at noe av den andre delen av det etterspørsmålsansvar pasienter før hadde, altså det økonomiske, etter hvert kan bli sendt tilbake til dem. Vi kan se for oss at nyttestyret etter hvert ikke bare forblir venstreliberalt, men får et økende høyreliberalt innslag. Ja, vi kan se

for oss at det må bli slik hvis nyttestyret skal fortsette å ekspandere. Stram styring ovenfra og konkurranse nedenfra er ordninger som ofte går godt sammen. Ja, de kan passe til hverandre som hånd i hanske. Konkurransen disiplinere arbeidstagere og kontraktører og kan forebygge at de styrende på toppen blir for egeninteresseorientert. De tendenser jeg har pekt på som gjør borgere og pasienter mer aktivt velgende, kan ses på som uttrykk for at grunnlaget for høyreliberale ordninger styrkes.

I figur 3 er regimesituasjonen i denne perioden illustrert, igjen uten at relasjonene «til siden» er tatt med.

Den siste periodens regime legemliggjøres, som de tidligere perioder, av personer og personligheter. I den første perioden var de regimetyperiske personene ofte leger, i den annen både leger, politikere og administratorer. I den siste perioden er de styrere og ledere, ofte med styringsteoretisk bakgrunn. Flere av dem er imidlertid også leger, men leger som nå er gått om bord i «nytteskuta». Det mer konkrete reformarbeidet var det spesielt ekspedisjonssjef for sykehusavdelingen i departementet siden 2000, juristen Vidar Oma Steine (1949–2009) som stod for. Han hadde for alvor kommet inn i helsesektoren gjennom sin ledelse av utvalget som i 1997 leverte utredningen «Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus» (11). Steine fortsatte som helseentreprenør gjennom det nye Forum for organisasjonsutvikling i sykehus. Han ledet forumet, et samarbeid mellom departementet og Kommunenes Sentralforbund. Da helseminister Tore Tønne (1948–2002) skulle gjennomføre sin sykehusreform var Steine den naturlige person til å lede arbeidet med planen og den kommende helseforetakslov. I årene som fulgte var Steine den sentrale person bak utformingen av det nye departementale styringsapparat, med blant annet en eieravdeling i departementet. Han var også sentral i nedsettelsen av Wisløff-utvalget (12), som skulle se på hvordan allmenn- og spesialisthelsevesenet kunne samordne sin virksomhet bedre, og i oppfølgingen av dette utvalgets utredning. Det var denne oppfølging som førte til samhandlingsreformen (2012).

Departementsråd Anne Kari Lande Hasle stod bak nyopprettelsen av direktoratet, men den som skapte direktoratet – under hennes «beskyttende» vinger – var legen Bjørn-Inge Larsen, også etter hvert en utpreget nyttestyrmann. Det er ikke tilfeldig at hun i 2013 gikk over i en spesialrådgiverstilling og la forholdene til rette for at Larsen kunne etterfølge henne som departementsråd. Som en del av helseforvaltningsreformen etter årtusenskiftet ble mange av folkehelseinstitusjonene samlet i Nasjonalt folkehelseinstitutt (2001), siden 2016 kalt Folkehelseinstituttet. Det ble, som forgjengeren i noen grad hadde vært også, en aktiv del av den nye nyttesta-



Figur 3: Perioden etter 1995: Nytte- og rettsstatlighetsstyret slår igjennom

ten, først under Geir Stene-Larsen i perioden 2001–2012 og så, enda mer aktivt, under Camilla Stoltenberg fra 2012.

Også den mer høyreliberale apotekreformen (2001) ble regissert fra det departement Hasle administrativt ledet fra 1999. Helsetilsynet brukte årene etter 1992 på å finne seg selv, men fremstod gjennom helseforvaltningsreformen som en spesialisert, utpreget rettsstatlig tilsynsinstitusjon. Ja, under den samarbeidende, men også selvstendige, Lars E. Hanssen, ble tilsynet et mer og mer generelt helse- og sosialtilsyn. Det kom endog etterhvert til å se på seg like mye som en del av statsforvaltningens tilsynsunivers som en del av et sektorisert helsevesen.

Noen sykehusdirektører måtte gå av på grunn av motstanden fra dem som representerte interesser knyttet til tidligere regimer, men spesielt lokale interesser. De ble, kan man si, reelt sett felt nedenfra.

I primærhelsetjenesten gikk utviklingen lenge sakte i nyttepreget retning, spesielt på klinisk nivå. Men ettersom staten strammet til nyttestyret, både gjennom samhandlingsreformen og fastlegeavtalene (forskrift fra 2012), har motstanden nedenfra tiltatt, spesielt blant fastlegene. Mange av dem taler om fastlegekrise, med sviktende rekruttering til og økende avgang fra fastlegestanden. Fastlegene fremstår imidlertid, et lite «trønderopprør» til tross,

stort sett uten tydelig ledelse og klare forslag – utover «mer penger». Heller ikke myndighetene har klare tanker om hva som bør gjøres, altså hva nytte-teorien tilsier. Samtidig vokser det, som nevnt, frem en liten kommersiell sektor i noen byer. Den henvender seg til tidligere ikke-etterspørere eller abdiserte og frustrerte tidligere etterspørere. Det er interessant at i mer kommersielle markeder, f.eks. datamaskinmarkedet, starter ofte opprivningen av tidligere tilbudsstrukturer ved at nykommere henvender seg til tidligere ikke-etterspørere²⁵.

Jeg skal legge til at det regimet vi kan kalle humanistisk-kunstnerisk, i mange henseender spilte en betydelig rolle under medikratiet, men ikke da ble formulert som regimealternativ. Det fortsatte å spille en rolle i mellomperioden og har altså også gjort det i den innværende periode. Det er imidlertid fortsatt ikke utviklet som et bredt regimealternativ. Det spiller først og fremst rollen som et modifierende tilskudd til de dominerende, mer fullstendige regimer. Sykehusdirektør Per Bleikelia er et eksempel på det.

Veien videre

Vi har siden opplysningstiden tatt for oss av kunnskapens tre. Vi vil fortsette å gjøre det. Vi vil antagelig særlig gjøre det på nytteteoriens premisser. Jeg er mindre sikker på hvor selvstendig nomokratiet vil fortsette å være. Det er under nyttepress. Usikkerheten er ellers knyttet til det politiske legmannsstyret. Velgerne er mindre forutsigbare enn før, og de folkevalgte blir derfor ofte også det, selv om skiftningene i politikken er mindre i Norge enn i mange andre vestlige land. At uttrykket «populisme» brukes oftere (igjen) av statsvitere og mediernes kommentatorer, er et uttrykk for den uforutsigbarhet legmannsstyret representerer. Det mest sannsynlige er likevel at nyttestyret fortsetter å konsolidere sin stilling, men kanskje på en internasjonalsert og mer høyreliberal måte. I begge tilfeller vil klinikken bli mer styrt, både i offentlig og privat sektor. Kunnskaps- og teknologiutviklingen sørger for det. Det vil stille den medisinske profesjon, men også de andre helseyrkesgrupper, overfor betydelige identitetsutfordringer.

25 Dette er et hovedpoeng i Clayton Christensens «opprivingsteori», først presentert i *The Innovator's Dilemma*, Cambridge, MA: Harvard Business Review Press, 1997.

Litteratur

1. Lærum OD. *I ulveskinnspeles. Legens historie i tre slektsledd*. Bergen: Vigmostad Bjørke, 2006.
2. Le Fanu J. *The Rise and Fall of Modern Medicine*. London: Little, Brown, 1999.
3. St.meld. nr. 43 (1987–88) *Helsepolitikken mot år 2000*.
4. Shortell S, Gillies RR, Anderson DA. The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems. *Health Affairs* 1994; 13: 46–64. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.13.5.46>
5. St.meld. nr. 83 (1984–85), *Langtidsprogrammet 1986–1989*, kap. 19, «Modernisering av offentlig forvaltning og regelverk».
6. *Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen*. Oslo: Forbruker- og administrasjonsdepartementet, 1987.
7. Kydland FE, Prescott EC. Rules Rather than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans. *The Journal of Political Economy* 1977; 85: 473–91.
8. NOU 1987: 25. *Sykehustjenester i Norge*.
9. St.meld. nr. 41 (1987–88). *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*.
10. Eddy DM. Practice Policies – Where Do They Come from?. *JAMA* 1990; 263: 1265–75.
11. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine, *JAMA* 1992; 268: 2420–25.
12. NOU 1987: 23. *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*.
13. NOU 1992: 8. *Lov om pasientrettigheter*.
14. Hirschman AO. *Exit, Voice, and Loyalty*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.
15. NOU 1997: 2. *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*.
16. NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*.

Ole Berg

o.t.berg@medisin.uio.no

Ole Berg er professor emeritus i helseadministrasjon og statsvitenskap ved Universitetet i Oslo.

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Postboks 1089 Blindern

0318 Oslo

The health care system in Norway – some considerations about regime development

Ole Berg

Summary

In this article, I characterize the development of the types of regimes in the Norwegian health care system over the last century. I describe three periods: one from about 1900 to 1975, the second from 1975 to 1995 and finally the third, starting around 1995. The “medarchy,” or the physician-dominated regime, characterizes the first period. Power-sharing and tug-of-war between different regime representatives, dominates the second period. The economics inspired utility-oriented regime and the law inspired “nomocracy” set the premises in the current, third period. The political layperson regime represents potential and often actual autonomy in all periods.