

Sosialdepartementet i Norge

Momenter til en karakteristik av en sekellang historie

Michael 2013; 10: Supplement 13, 103–33.

Sosialdepartementet ble etablert i 1913, for hundre år siden. Det var til å begynne med mer enn et sosialdepartement. Det omfattet også handel og industri. Det var et slags kombinert sosial- og næringsdepartement, og litt til. Det ble et renere sosialdepartement fra 1916, da næringsoppgavene ble flyttet ut.

Under krigen ble deler av det integrert i det brede Innenriksdepartementet, men gjenoppstod som sosialdepartement etter krigen. Det forble et sådant frem til og med 1993. Fra 1994 ble det halvveis delt og kalt Sosial- og helsedepartementet. Denne delingen hadde imidlertid startet allerede høsten 1992, da der kom en egen helseminister. Som dobbelt departement fungerte det ut 2001.

Fra 2002 ble den halve delingen gjort hel og der kom et sosial- og et helsedepartement. Disse departementer fungerte til høsten 2004. Da ble Helsedepartementet omdøpt til Helse- og omsorgsdepartementet, og som sådant eksisterer det også i dag. Det annet departement ble til Arbeids- og sosialdepartementet. Det fikk arbeidssakene fra Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Arbeid ble også, som vi ser, plassert først i navnet. Allerede fra 2006 forsvant så «sosial» helt ut, samtidig som det meste av det som direkte hadde med innvandring å gjøre kom til, og departementet ble omdøpt til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Med det var «sosial» borte som betegnelse for et departement, selv om sakene ikke ble borte.

Slik sett er det egentlig ikke noe sosialdepartement som i år blir 100 år. Det er imidlertid 100 år siden et sosialdepartement ble skapt.

I det følgende skal jeg forsøke å sette Sosialdepartementets historie inn i en historisk sammenheng.¹ Jeg skal forsøke å vise at det kan forstås som uttrykk både for en politisk utviklingslogikk og det jeg skal kalle en moderniseringslogikk. De to logikker er vevet sammen, men er ikke bare uttrykk for den samme logikk. Den politiske logikk har en viss tilknytning til den lege logikk, den sunne fornufts logikk, mens moderniseringslogikken er, slik jeg her skal presentere den, først og fremst en faglogikk. Den siste er den mest dynamiske. Den «spiser» stadig av den lege. Det moderne kunnskapsetablisement vil, om ikke som et foretagende så som en idé, spesielt i lengden, helst overflødiggjøre den lege logikk. Den vil at all virksomhet skal være det som i dag kalles kunnskapsbasert, men kunnskapsbasert må da forstås på den moderne vitenskaps premisser. Den lege logikk påvirker i noen grad hvordan Departementet utformes og får fungere, men i disse henseender spiller moderniseringslogikken en stigende og stadig mer dominerende rolle. Som vi skal se, er det imidlertid tale om flere faglogikker, og om at de endrer seg over tid – altså modnes som moderne logikker – og at de filteres inn i mer eller mindre uttalt rivaleri. Det siste henger sammen med at faglogikkene aldri helt klarer å frigjøre seg fra de lege logikker de sprang ut av – og forblir en del preget av egeninteresser. De faglogikker vi spesielt skal legge vekt på, er de som representeres av verdiskapningsfagene – de som gjerne selv omtaler seg kun som *fagene* – og styringsfagene, de som de første, men også deres egne representanter, gjerne omtaler bare som jusen, økonomikken og statsvitenskapen. Samlet, og med en viss referanse til historien, kunne vi omtale de tre siste fag som «statsvitenskapene» (styringsvitenskapene).

Forenklet kunne man si at den politiske logikk sørger for at man overhode får en sosialpolitikk som noe annet enn en fattigpolitikk, og dermed et sosialdepartement, mens faglogikkene bestemmer hvordan departementet organiseres og drives. Men som allerede antydnet, logikkene virker sammen, og er aldri rene.

Ja, logikkens skjebne er koblet på en skjebnesvanger måte: Moderniseringen, og spesielt moderniseringspolitikken og -ledelsen blir i økende grad et middel til å muliggjøre en gradvis mer ambisiøs sosialpolitikk, det vil si en «oppjevende» utjevningpolitikk.

1 Empirisk er fremstillingen basert på Norges Statskalender, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjenestes forvaltningsdatabase, de aktuelle departementers hjemmesider, egne studier av helseforvaltningens historie (Ole Berg, *Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1: 1809–1983 – Den gamle helseforvaltning*, Statens helsetilsyn: Rapport nr. 9: 2009), samt politisk-historiske fremstillinger om velferdspolitikken utvikling i Norge, spesielt Anne Lise Seip, *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk 1920–75*, Oslo: Gyldendal, 1994 og Stein Kuhnle, *Velferdsstatens utvikling*, Oslo: Universitetsforlaget, 1983.

Forhistorien: den sosialpolitiske

Vestens, og etter hvert verdens, politiske historie er en historie om fremveksten av nasjonalstaten som den stadig mer dominerende politiske enhet. Denne staten er i stor grad en moderniserende enhet, men den er også tungt bundet til fortiden. Det er det som gjør at den, ettersom modernismen fortsetter å folde seg ut, kommer på defensiven: Vi lever i en verden som er i ferd med å bli transnasjonal.

Nasjonalstatsbyggingen i Vesten kom for alvor i gang etter renessansen, først som statsbygging – altså som bygging av et administrativt-politimessig apparat for penetrasjon av periferien og et militært apparat for beskyttelse og eventuelt utvidelse av nasjonalstatens yttergrenser. Statsbyggingen førte naturlig over i nasjonsbyggingen, mobiliseringen materielt og kulturelt av befolkningen og samfunnet generelt. Ettersom mobiliseringen virket, og der vokste frem et offensivt borgerlig samfunn, kom kravene om en mer profesjonell og forutsigbar stat, altså en stat der Kongens maktutøvelse ble bundet til lover. Kravene om slik å binde Kongens makt ble snart til krav om å erstatte Kongens lovgivende makt med folkelig makt. Nasjonsbyggingen skjøt fart i annen halvdel av det 18. århundre, rettsstatliggjørelsen og demokratiseringen i det påfølgende århundre. Stats- og nasjonsbyggingen, som hadde startet som en ovenfrastyrt prosess, ble nå mer preget av initiativ nedenfra. Men det stanset ikke med demokratiseringen av nasjonalstaten. Ettersom folk flest fikk makt, direkte eller indirekte, begynte de å bruke den, eller de ble, av det gamle regimes folk, tatt mer hensyn til. Demokratiseringen førte over i siste fase i den lange nasjonalstatsutviklingen, i omfordelingens fase. Nasjonalstaten ble, fra 1880-årene og frem til 1960-årene i de fleste vestlige land, en velferdsstat. Det kan meget vel være at dette er denne enhets både fullendelse og endelse, og at det vi nå ser er fremveksten av en, ennå nokså uryddig, post-nasjonal orden.²

Det land som først gikk inn i den siste fase var, pussig nok, Tyskland. Tyskland var nettopp blitt samlet (1871), for så vidt etter at det var blitt en kraftfull og patriotisk nasjon og måtte altså håndtere alle nasjonalstatsbyggingens faser samtidig. Tysklands første rikskansler, Otto von Bismarck (1815–1898), valgte, med Keiserens støtte, å bruke omfordeling, den siste fases politikk, for å forebygge demokratisering, den tredje fases politikk. I 1883 innførte således Tyskland lett progressive forsikringsordninger, dog basert på privat-korporative forsikringskasser, for arbeidere. De gav økonomisk bistand ved ulykker og invaliditet, sykdom, arbeidsledighet og

2 Dette perspektivet på Vestens politiske utviklingslogikk, idealtypisk forstått, er basert på arbeidet av den norske statsviteren Stein Rokkan (1922–1979). Kfr. blant annet Bernt Hagtvet, red., *Stat, nasjon, klasse. Essays i politisk sosiologi*, Oslo: Universitetsforlaget, 1987.

alderdom(ssvekkelse). Snart fulgte de fleste andre vestlige land etter, også Norge. I Norge kom ulykkesforsikringen i 1894, arbeidsledighetsforsikringen i 1906, sykeforsikringen i 1909 og aldersforsikringen i 1936; først for arbeidere og andre, fra 1950-årene for alle, i økende grad progressivt finansiert.

Ordningene var altså en følge av nasjonalstatsutviklingen, av at de lavere sosiale lag, direkte eller indirekte, fikk politisk makt. De var imidlertid også en følge av den moderniserende nasjonsbygging. Utviklingen av en ny, stadig mer dynamisk-industriell økonomi brøt opp følelsen av samfunnet og livet som skjebne. Sosiologien vokste frem, særlig i Tyskland, som en refleksjon nettopp over dette, over overgangen fra det skjebnepregede og konkrete *Gemeinschaft* (det førmoderne samfunn) til det «konstruerte» og abstrakte *Gesellschaft* (det moderne samfunn).³ Selv om mye fattigdom hang igjen som funksjoner av det skjebnepregede samfunn, bidro fremveksten av moderne, altså industriell-urban nød til at fattigdom generelt i større grad ble sett på som iallfall i noen grad beslutningspreget og derfor også som noe som kunne reduseres eller kanskje fjernes gjennom fornuftige beslutninger. Velferdsstaten fremstod gradvis som det besluttede svar på den sosiale nød og store ulikhet i livsvilkår. Også av slike grunner vokste altså velferdsstaten nå frem.

Elementer av det førmoderne, skjebnepregede standssamfunn eksisterte til slutten av det 19. århundre. Et uttrykk for det var behandlingen av de fattige. De ble behandlet som «naturlig» fattige; som en gruppe man alltid ville ha. Det var derfor intet poeng i å forsøke å løfte dem ut av fattigdommen. Spørsmålet for det øvrige samfunn var hvordan man skulle hindre at de ble en for stor byrde for, eller trussel mot, det øvrige samfunn. Men med moderniseringen, og den holdningsindividualisme den skapte, skjedde noe med de ikke-fattiges syn på de fattige. Fattigdom ble i økende grad sett på som det mange økonomer også i dag kaller «valg». Skjebnen ble erstattet av viljen. Den som ikke klarte å sørge for seg selv, den som forble som barn – avhengige av andre – måtte selv ta konsekvensene av sin uformuenhet, med mindre spesielle omstendigheter, som sykdom og alderdom, hadde redusert deres evne, ikke deres vilje. De som hadde fått redusert sin evne, uten at det hadde med viljesvakhet å gjøre, var verdig trengende, og fikk en viss offentlig (fattig)hjelp. Men mot slutten av det 19. århundre ble (den

3 Det var den tyske sosiologipioner Ferdinand Tönnies (1855–1936) som lanserte disse begreper. Han gjorde det i 1887 gjennom boken *Gemeinschaft und Gesellschaft*, Leipzig: Fues's Verlag (R. Reisland). Boken har undertitelen *Abhandlung des Communismus und des Socialismus empirischer Culturformen*. Boken finnes i fulltekst på Internettet (på tysk): http://kaskade.dwds.de/dtaq/web/book/view/toennies_gemeinschaft_1887?p=9.

moderne) individualismen gradvis svekket og synet på hva som skapte og undergrov evne endret seg. Samfunnet fikk større, industrielle strukturer, strukturer som var menneskeskapt – skapt av de mektige, blant annet de (ny)rike – og disse kunne treffe, og undergrave evnen like meget hos «viljesterke» som hos «viljesvake». Strukturene kunne bestå i arbeidsplasser som var farlige, arbeidsoppgaver som slet ut folk og arbeidsplasser som var utrygge. Det nye kapitalistisk-industrielle samfunn ble også preget av dramatiske konjunktursvingninger. Intellektuelt førte dette til at deler av den individualistiske, eller psykologiske, liberalisme ble sosial og at en ny, mer sosiologisk innstilt, politisk retning vokste frem, sosialismen. For denne, men også for den sosiale liberalisme, ble svaret på den sosiale nød strukturtiltak, altså politikk. Også slik var moderniseringen med på å skape velferdspolitikken ved overgangen fra det 19. til det 20. århundre. Det må dog nevnes at velferdspolitikken, den nye sosialpolitikken, ikke straks overflødiggjorde fattigpolitikken. Det moderniserende samfunn trakk med seg «gammeltdags» fattigdom og nød, samtidig som det i perioder – som i første halvdel av tredveårene – skapte ny.

Den nye velferdspolitikken reflekterte altså en forskyvning av oppmerksomheten fra den moderne-borgerlige vekt på vilje til den moderne-sosialistiske vekt på sosialt betinget evne. Der var, og er forblitt, politisk uenighet om balansen mellom disse hensyn. De mest borgerlig innstilte ville bygge ut velferdstiltak for å mildne kriser og for å «tvinge» eller «overtale» arbeidere og andre ikke-borgere til å opptre mer borgerlig, altså selvansvarlig. Da sykeforsikringen (for arbeidere) trådte i kraft i 1911 måtte således medlemmene betale 60 prosent av premien selv: De skulle «tvinges» til å bli mer fremsynte, altså mer borgerlig-rasjonelle. Mange sosialister så på velferdstiltakene som midlertidige. De skulle etter hvert erstattes av et planlagt egalitært samfunn, med et fullt fellesskapliggjort ansvar for alt og alle.

*

Demokratisering, og dermed omfordeling, og modernisering, bidro til at Norge, som andre vestlige land, for vel 100 år siden fikk en mer aktiv sosialpolitikk. Det viktigste innslaget i den ble forsikringspolitikken. Fattigforsorgen, den sosiale hjelp, forble frem til et stykke ut i etterkrigstiden, en litt annerledes politikk, men også den ble nå gjort til et større statlig «overansvar» – selv om tjenesten forble lokal. Sosialdepartementet, som altså ble opprettet i 1913, er det viktigste uttrykk for den nye, brede velferdspolitikken som nå kom og som i så stor grad skulle gjøre nasjonalstaten til en velferdsstat.

Forhistorien: den forvaltningspolitiske

Moderniseringen ble drevet fra tre «kanter», den kulturelle, den økonomiske og den politiske. Fra den kulturelle kant overtok vitenskapene og de akademiske institusjoner mer og mer det intellektuelle overtak fra kirken. Fra den økonomiske kant overtok de industrialiserende bedrifter og deres eiere og ledere overtaket fra de håndverksfungerende (halv)føydale virksomheter eller småvirksomheter, inkludert gårds- og fiskebruk. Fra den politisk kant ble staten i stigende grad en moderniseringsinstitusjon. Det hang sammen med at Kongen og nasjonalstaten inngikk en allianse med den moderniserende økonomiske klasse, borgerskapet, mot den økonomiske og, men særlig i det katolske Europa, kulturelle fortidsallianse. Staten ble, som moderniseringsinstitusjon, både en tilrettelegger for privat modernisering av økonomien og kulturen og selv en direkte moderniserende institusjon. Inntil opplysningstiden kom den første rollen til å bestå i å tildele privilegier og altså å skape (lokale) monopoler, mens den siste rollen bare i noen grad var av betydning. Staten (ennå dansk-norsk) fungerte merkantilistisk. I løpet av opplysningstiden og gjennom mye av det 19. århundre ble den regulerende rolle mer spilleregelskapende og –overvåkende. Den løpende styring skulle heretter i stor grad skje ved hjelp av den usynlige hånd, altså gjennom «lik» konkurranse mellom tilbydere. Samtidig kom, etter 1814, staten til å bli en stadig mer direkte moderniserende institusjon.

Fremveksten av statens rolle som spilleregelskaper ble delvis begrunnet nyttemessig: konkurranse skapte bedre resultater enn monopolisme. Den ble imidlertid også begrunnet moralsk. I det liberal-moderne samfunn var individene moralsk primære. Staten hadde en instrumentell status. Den skulle trygge borgerne, også som økonomiske aktører, og deres frihet, ikke, gjennom uforutsigbar inngripen, true den, som enevoldsstaten ofte hadde gjort. Den skulle være en rettsstat, en stat som sørget for lov og orden. Etter 1814 fikk Norge i stor grad en slik stat. Det betydde at statens representanter, hvis man så bort fra den legmannspregede toppen, altså ennå en tid Kongen, og etter hvert folkevalgte politikere, måtte være regelkyndige folk, altså jurister. Moderniseringsstaten ble slik i første fase primært en juriststat.

Men den norske stat ble aldri helt bare en slik spillregulerende, eller liberal, rettsstat. Den moderniserende økonomi og til dels hele det moderniserende samfunn, krevde en stadig mer omfattende infrastruktur både lokalt og nasjonalt, som enten representerte naturlige monopoler eller som ikke ville bli tilstrekkelig utbygget på privat basis i et land som Norge. Staten og lokale myndigheter kom slik, gjennom egne selskaper (bedrifter), til å bli aktive økonomiske aktører. Staten hadde også lenge vært aktiv på

den kulturelle side, ved å eie Kirken, ved å drive militær og, etter 1814 i økende grad, sivil utdanning. Utdannelsene, i offentlig regi, ble også, spesielt fra annen halvdel av det 19. århundre, mer knyttet til det økonomisk nyttige enn det åndelig og sosialt dannende. Utdannelsene ble i stor grad behandlet, i det folkefattige land, som en slags naturlige monopoler. Medisinalvesenet representerte ikke noe naturlig monopol, men ble allikevel i noen grad behandlet som sådant: Gjennom distriktskirurg-, siden distriktslege-, vesenet ble deler av legestanden «halvoffentlig». Den offentlige delen var imidlertid i første rekke knyttet til det å skape offentlige goder⁴ – det skjedde gjennom hygienisk arbeid – og til i noen grad å forebygge sykdom og den med den følgende nød, altså et «offentlig onde», gjennom gratis behandling av fattige syke.

Slik direkte moderniseringsvirksomhet egnet ikke jurister seg til å stå for. Til den krevdes eksperter på det som skulle skapes, altså (militær)teknikere, etter hvert (sivil)ingeniører, økonomer, leger og veterinærer og, for den nye skolen, realister og (moderne) filologer. De krevdes til å planlegge politikken (lovene), i noen grad til å iverksette den og til å vurdere resultatene av den. Noen slike substanseksperter hadde der vært i forvaltningen fra tidlig av, men for alvor begynte de å komme etter opprettelsen av det første virkelige moderniseringsdepartement, Departementet for det Indre. Det kom i 1846. De nye ekspertene ble delvis plassert i utenomdepartementale organer, som direktorater og lignende, eller fungerte som konsulenter og ble delvis tatt inn i departementene. Det siste førte til at det i 1850-årene begynte å komme ekspedisjonssjefer. Medisinalkontoret fikk sin fra 1858. Men fortsatt satt den juridisk utdannede ekspedisjonssekretær – den som mottok, fordelte og sendte ut post – på toppen (under statsråden). Der kom en ny bølge av utbygging av slik ekspertforvaltning fra 1870-årene av, en utbygging som nå, i motsetning til i 1850-årene, ble støttet av et legmannspreget storting som var opptatt av å vingestekke den juridiske

4 Begrepet 'offentlig gode' brukes om goder som er preget av at når de er skaffet til veie kan ingen i prinsippet utelukkes fra å kunne nyte, eller benytte seg av, dem, (prinsippet om ikke-ekskluderbarhet) og at den enes nytelse eller bruk av godene ikke (i særlig grad) hindrer andre i å nyte eller bruke dem (prinsippet om ikke-rivaleri). Slike goder vil, hvis vi forutsetter at borgerne (bedriftene) er individuelt nyttemaksimerende, ikke bli skaffet til veie i et (konkurransepreget) marked – man kan jo ikke kreve betaling for nytelsen/bruken av godet. Fyrlykten, et godt miljø og (mye) kunnskap er eksempler på offentlige goder. Kliniske helsetjenester er det ikke, men de kan ha et visst offentlig innslag for så vidt som de kan ha positive ringvirkninger (eksternaliteter) for andre (og som disse ikke kan tvinges til å betale for). Den amerikanske økonom, og vinner av Nobels minnepris i økonomikk, Paul A. Samuelson, sees gjerne på som den som skapte (dagens) begrep om offentlige goder. Han gjorde det i 1954 gjennom artikkelen: «The Pure Theory of Public Expenditure», publisert i *Review of Economics and Statistics*, bind 36, nr. 4, s. 387-389.

embedsmannsstaten. En følge av denne utviklingen var at ekspedisjonssekretærembedet ble opphevet i 1898. Man kan imidlertid si at dette embede så vidt begynte å komme tilbake i 1920-årene, med utenriksrådseembedet, etter krigen med forsvars- og finansrådseembedene og fra 1955 med departementsrådseembedene.

Under den klassiske liberale rettsstat – en stat Norge aldri helt fikk – var også staten en nyttestat, en stat som hadde som formål å skape konkret, spesielt materiell, nytte i samfunnet, men bare i indirekte forstand. Den skulle skape de konkurransemessige og trygghetsmessige forutsetninger for at nytte kunne skapes privat. Ettersom staten selv mer og mer engasjerte seg i produktiv virksomhet, ble den også en direkte nytteskapende institusjon; ja egentlig en nyttestat. Den forble en indirekte nyttestat, altså en liberal rettsstat, men, relativt sett, i synkende grad. Denne utviklingen har, i varierende tempo, fortsatt opp til i dag, som vi skal komme tilbake til.

Substanssekspertenes inntog i statsforvaltningen skapte fra tid til annen betydelig uro – altså fag- og faggruppestrid – innad i forvaltningen. Det var strid om i hvilken grad de nye ekspertene skulle taes inn og hvor de skulle plasseres, altså hvor mye makt substanssekspertisen skulle ha i forhold til formekspertisen. I hovedsak kom selvsagt juristene på defensiven. Men de tilpasset seg også, snedig får man si, ved at de i stigende grad bøyet jusen i nytteorientert retning. De forlot den idealistisk-liberale jurisprudens og tok inn den middelorienterte og instrumentelle sådanne. Det startet også tidlig, med professor og stortingsmann Anton Martin Schweigaard (1808–1870). Schweigaard distanserte seg, med stor polemisk kraft, fra den tyske idealisme og romantikk og gjorde at norsk jus i stor grad fikk en positivistisk-instrumentell profil. Man kan nesten si at han tilpasset, om ikke underordnet jusen under den nye, nytteorienterte økonomikken. Han var jo også selv, som sin etterfølger Torkel H. Aschehoug (1822–1909), professor både i rettsvitenskap og økonomikk. At Schweigaard i så stor grad lyktes med sitt utilitaristiske foretagende skyldtes imidlertid også at han i regjeringen hadde sin gode venn, jurist-økonomen Frederik Stang (1808–1884).

Men om jusen gikk i instrumentell retning gav den ikke, i en viktig forstand, opp rettsstatligheten. Det instrumentelle styret skulle, selv om stadig mer konkrete mål var utgangspunktet, manifesteres gjennom regler. Den prinsipielle forutsigbarhet skulle beholdes, selv om den reelle – klassisk-liberale, på grunn av regelmangfoldet (lover, og «underlover», altså forskrifter etc.) og den stadige revisjon av reglene, etter hvert ble mer og mer redusert. Til tross for den stadig mer instrumentaliserte styringen kunne slik juristene beholde meget av makten i statsforvaltningen. For så vidt som den offentlige styring helt til i dag har tiltatt hva gjelder ambisjoner betyr det

også at juristenes samfunnsmakt har økt. Den siste norske maktutredningen talte om politikkens, altså statsstyringens, rettsliggjørelse.⁵ La meg føye til: substansekspertene spiller også en økende rolle, men de må gjøre det ved å konkretisere sin politikk som regler. Det gjelder for eksempel i dag økonomenes (og helsemyndighetenes) «politikk» for å bruke penger til å styre helseinstitusjoner og i stor grad den enkelte helsetjenesteyter – konferer den såkalte innsattsstyrte, DRG-baserte, sykehusfinansiering,⁶ og «evidenslegenes» (og helsemyndighetenes) «politikk» for å (kunnskaps)styre (prosedyrestyre) den enkelte kliniker. Vi ser jusens betydning når saker settes på spissen, det vil si når den vedtatte, instrumentelle regel (prosedyre eller lignende, eller målkonkretisering) ikke gir de resultater den skulle, eller ikke ser ut til å «stemme» (være en god konkretisering av et mål): Da er det regelen som normalt får forrang, for eksempel ved en forvaltningsmessig eller domstolsmessig prøvelse.

Jeg har nevnt at innordningen av substansekspertise i forvaltningen ikke alltid gikk like greit. Det reflekterte det forhold at juristene var opptatt av å ikke tape makt; de ville ikke bare at all styring skulle være juridisk forankret, men også at det var de som skulle forvalte den samordning som skulle skje før konkretiseringen gjennom regler. Det innebar at bare de kunne ha direkte kontakt med statsråden. Substansekspertene ville samtidig nærmest mulig Makten, altså Statsråden. Juristene vant i stor grad denne dragkampen; rettsstatligheten bidro i stor grad til det. Men mer kom til. Med en stadig mer inngripende stat ble belastningen på departementsledelsen så stor at denne i økende grad måtte skjermes. Svaret ble, og det passet for så vidt nyttestaten, å konkretisere de mål, og økonomiske rammer, de tekniske deler av forvaltningen skulle ha ansvar for i en slik grad at de kunne plasseres i egne sentraladministrative organer, for eksempel direktorater, og styres selvstendig innen de oppdrag de hadde fått. Det er etter hvert skjedd over det meste av det statlige styringsfelt, til dels i «rykk og napp», og ikke uten en viss dragkamp. Den siste store offensiv kom da Einar Gerhardsen kom tilbake som statsminister i 1955 – etter sin formelle «sjefpause». Det

5 Den økende rettsliggjørelsen av styringen var et viktig synspunkt i Makt- og demokratiutredningen. Kfr. Øyvind Østerud, Fredrik Engelstad og Per Selle, *Makten og demokratiet. En sluttbok fra den norske Makt- og demokratiutredningen*, Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003. kap. 7.

6 DRG står for Diagnose-Relaterte Grupper. Begrepet innebærer at pasienter (i sykehus) klassifiseres i ulike grupper, basert på den internasjonale sykdomsklassifikasjon og den undersøkelse og behandling som gies for de ulike diagnoser. Begrepet, eller «systemet», ble først utviklet (av Robert B. Fetter (f. 1924) og John D. Thompson (1917–1992) ved Yale University) tidlig i 1980-årene for å klassifisere sykehus- «produkter», men ble snart tatt i bruk for finansieringsformål. Hver DRG skulle gi en bestemt refusjon, basert på gjennomsnittsomkostninger. Sykehus skulle slik motiveres til å bli mer effektive ved at de fikk beholde «overskudd» og selv måtte dekke «underskudd».

var et stykke ut i denne offensiv, og en god stund etter at Gerhardsen var gått av, nemlig i begynnelsen av 1990-årene, at det store oppgjøret ble tatt med fagstyret på helsevesenets område.

På det sosialpolitiske område var det gjennom storparten av det 19. århundre bare på det medisinalpolitiske område bruken av substansespertise spilte en rolle. Her spilte det imidlertid en viktig rolle. På det sosiale område ellers fantes det i virkeligheten ikke spesiell fagekspertise. Sosialpolitikken var i stor grad en fattigpolitikk, og den ble håndtert lokalt og på nokså legmannspreget, både legmannspraktisk og legmannsmoralsk, vis. Nasjonalt kom den, typisk nok, til å bli administrert under Kirke- og undervisningsdepartementet, dog slik at deler av den også berørte justis- og medisinalpolitikken og da behandlet under disse politikkområders departementer. Som en mer avgrenset politikk fortsatte politikken overfor de mest nødstedte, som vi har nevnt, å bli administrert som fattigpolitikk, lokalt og nasjonalt, helt frem til et stykke ut i etterkrigstiden, og hele tiden uten noen egentlig støtte fra en egen fagekspertise. Med etableringen av Sosialdepartementet i 1913 fikk imidlertid politikken et overordnet fagdepartement.

Da sosialforsikringsordningene begynte å komme rundt århundreskiftet, var håpet at behovet for en fattigpolitikk etter hvert skulle forsvinne. Det skjedde ikke. De økonomiske kriser som kom i begynnelsen av 1920-årene og så fra overgangen til 1930-årene både forsinket forsikringsekspansjonen og skapte økende fattigdom. Den siste krisen gjorde imidlertid at økonomene ble mer opptatt av de mulige (negative) ringvirkninger (eksternaliteter) av en konkurransebasert økonomi og utviklet planer for større grad av offentlig intervensjon for å «korrigere» de uheldige konkurransevirkningene. Slik ble, men for alvor først etter krigen, markedsstyring det viktigste sosialpolitiske virkemiddel. Slik styring var imidlertid ikke nok og fattigpolitikken ble ført videre som sosialt arbeid og gitt et visst faglig grunnlag – ikke i en slags klinisk sosiologi, men i det som etter hvert ble kalt sosionomi.

På det medisinalpolitiske område hadde man altså en sterk faggruppe, legene. Mer enn noen annen faggruppe ønsket denne å styre seg selv, nærmest helt til topps, helst helt opp til Kongen, men i alle fall til Statsråden. Gruppens flertall, altså ikke alle, motsatte seg den løsningen som etter hvert kom på de tekniske områder, vidt forstått, nemlig den mandatbaserte selvforvaltning gjennom et direktorat eller lignende. For legefleertallet hang det sammen med at medisinen, ulikt de tekniske fag, hadde sitt eget normative grunnlag, helse, og spesielt, i klinikken, «den annens» (den enkelte leges pasienters) helse, et grunnlag som måtte bestå som et ikke-konkretisert prinsipp. Dette prinsipp var det allmenn oppslutning om og derfor behøvde ikke medisinen

få noe mandat utenfra. Også «preklinisk» mente medisinen den måtte være (forholdsvis) autonom, for så vidt som dens mandat, folkehelsen, i stor grad var både ukontroversielt og ikke helt operasjonaliserbart.

Medisinen hadde en god ordning fra 1809 til 1815, en ordning hvor de styrte medisinalvesenet gjennom Sundheds-Commissionen – og både hadde direkte adgang oppover til Kongen og tilhørte (pre)klinikken: Medlemmene hadde en heisposisjon, noe som var nødvendig for at de kunne fungere skreddersyende. De trengte faglig (og etisk) næring fra den løpende medisinske praksis for å kunne fornemme hva som styringsmessig burde gjøres.

Men denne gode medikratiske ordningen forsvant altså i 1815, og medisinalvesenets administrasjon ble overlatt til ikkemedisinere i et medisinalkontor, et kontor som i siste instans stod under juridisk kommando. Der kom en halvmedikratiske nyordning fra 1858, da en lege, Thorvald Chr. Kierulf (1823–1874) ble ekspedisjonssjef og leder for Medisinalkontoret i Indredepartementet. Kierulf fikk en slags delt status, for så vidt som han i faglige spørsmål ble sett på som selvstendig. I 1875 ble det medikratiske elementet understreket ytterligere ved at ekspedisjonssjefen fikk tittelen medisinaldirektør. I 1891 fikk man så en deling, Medisinaldirektøren ble flyttet ut av Departementet, siden 1878 hadde det vært Justisdepartementet, og fikk et eget medisinaldirektorat. Medisinalvesenet fikk slik en plassering som reflekterte nyttestatens behov; det fikk en status som de andre, tekniske sentralforvaltninger. Innen i Departementet kom det så et juridisk medisinalkontor, etter hvert kalt avdeling. Medisinaldirektøren og hans leger ble slik avsondret fra Makten, det vil si Statsråden – de måtte gå via den juridiske byråsjef, fra 1917 den juridiske ekspedisjonssjef. Nå var imidlertid Medisinalavdelingen plassert i det nye Social- og handelsdepartementet, fra 1916 i det renere Socialdepartementet. Denne utpreget moderne, nyttestatlige ordning ble beholdt helt frem til krigen.

Sosialdepartementet 1913 til 1940

Sosialdepartementet ble opprettet den 3. juni 1913, som et kombinert sosial- og næringsdepartement. Det ble kalt Departementet for Sociale Saker, Handel, Industri og Fiskeri. Dets første sjef, og egentlige skaper, ble juristen og venstreliberaleren Johan Castberg (1862–1926). Han gikk inn i Gunnar Knudsens (1848–1928) (V) annen regjering som sjef for Departementet for handel, sjøfart og industri. Han tok på seg oppgaven under den forutsetning at dette departement snart skulle utvides til også å bli et sosialdepartement. Det ble det altså, men Castberg – sosialpolitikkenes viktigste skaper i Norge – skulle ikke bli sittende så lenge som sosialminister. Den stridbare

arbeiderdemokrat – han stiftet sitt eget parti, Arbeiderdemokratene⁷ – forlot Regjeringen allerede den 21. april 1914. Han hadde røket uklar med sin sjef – også han en stridbar herre – over et tollspørsmål, men møtte også motstand mot sin sosialpolitikk. For noen ble Castberg for sosialt ambisiøs. Han fortsatte imidlertid med å drive sosialpolitikk, fra Stortinget og dets justiskomite, til sin død, noen dager før årskiftet 1926-27.

Allerede i 1913 var det mange som mente at man burde få et «renere» sosialdepartement – og for så vidt også næringsdepartement. Når Regjeringen nølte, skyldtes det delvis økonomiske hensyn, men først og fremst politiske. Industrialiseringen hadde skapt oppmerksomhet om arbeidslivet ikke bare som kilde til vekst og utvikling, men også som kilde til nød og elendighet. Handelsdepartementets ene (av to) avdelinger var således en avdeling for industri og sosiale saker, inndelt i et industri- og et sosialkontor. Politisk var for eksempel ulykkesforsikringen og fabrikktilsynet eksempler på nærheten mellom nærings- og sosialpolitikk. Lovgivning om barnearbeid og etter hvert en mer allmenn arbeidervernlovgivning var andre eksempler. For avholdsmannen Castberg var også handelen med alkoholholdige drikker sosialt viktig, og denne handelen lå under den handelspolitiske avdeling. Næringspolitikken måtte, mente Castberg, bli en del av sosialpolitikken; den måtte også bli en arbeids- eller arbeiderpolitikk og en bonde- og småbrukerpolitikk og en forbrukerpolitikk.

Norge fikk altså i 1913 et slags sosial- og, kunne vi nesten si, arbeidsdepartement – som landet nå igjen, om ikke i samme grad som i 1913, har fått. Men det gamle departement kombinerte altså den offensive og den defensive arbeidspolitikken – det gjør ikke dagens departement på samme måte; det er i hovedsak på den defensive siden, om enn litt vidt forstått. Denne kombinasjonen av nærings- og sosialarbeidspolitik ble ikke beholdt lenge. Allerede i 1916 ble de først og fremst offensive, institusjonelt orienterte næringsoppgavene lagt til et nytt departement for handel, sjøfart, industri, håndverk og fiskeri – ikke minst etter krav fra næringene selv – mens de defensive, personorienterte oppgaver, med blant annet arbeidstilsyn, ble liggende igjen i et renere, mer defensivt orientert sosialdepartement.

1913-departementet fikk tre avdelinger, Den Almindelige Avdeling, Socialavdelingen og Medicinalavdelingen. Under den første hørte Sosialkontoret og Industrikontoret, under den annen Lovkontoret og Kontoret for social statistik og under den tredje 1ste og 2det medicinalkontor. Medi-

7 Partiet stilte, nærmest som en venstrefløy av Venstre, for første gang opp ved et stortingsvalg i 1906, under navnet De forenede norske arbeidersamfund, og skiftet navn til Arbeiderdemokratene i 1911. Partiet var et indre-østlandsparti, preget av Castberg, og spilte en liten rolle etter Castbergs død i 1926. Det ble formelt oppløst i 1940.

cinalavdelingen ble imidlertid ikke en egentlig avdeling før i 1917; da fikk den en ekspedisjonssjef. Sosialkontoret var særlig et forvaltningskontor for arbeids(miljø)- og sosialforsikringssaker, men fikk nå også nye saker, som sedelighets- og avholdssaker. Lovkontoret var et politikktutviklingskontor for den samme type saker, men også for medisinal saker – dog med Medisinaldirektoratet som medspiller. Medisinalkontorene var i hovedsak forvaltningskontorer. Sammen med statistikkkontoret, kontoret for sosial og medisinsk «diagnostikk», kan man si, skulle Lovkontoret være det strategisk offensive kontoret. Det var også offensivt. Det nye Handelsdepartementet, og fra 1916 Sosialdepartementet, ble meget offensive departementer (om enn, for Sosialdepartementets verdkommende, på vegne av en «defensiv» oppgave). Den ene loven etter den andre kom – og i kjølvannet av lovene kom tilsyn og inspektorater.

Det var en indrepolitisk offensiv stemning under Den første verdenskrig, og pengene satt forholdsvis løst. Samtidig hadde sosialpolitikken vind i seilene. At Justisdepartementets lovavdeling måtte gi fra seg lovutviklingsarbeidet på det sosiale området til Handelsdepartementet (Sosialdepartementet) er et uttrykk for det. At kontorantallet, og antallet ansatte også, økte betydelig frem til den økonomiske krisen i 1922, er andre uttrykk for det. Ved etableringen av Sosialdepartementet i 1916 ble endelig fattigvesenssakene overført fra Kirke- og undervisningsdepartementet. Fattigpolitikken, som ble forvaltet i kommunene, og som fra gammelt av (som en moralsk oppgave) var knyttet til den geistlige forvaltning, hadde Handelsdepartementet vegret seg mot å ta over i 1913. Nå sa altså Sosialdepartementet ja og der kom et eget kontor for fattigvesenet (og offentlige stiftelser) i Den almindelige Avdeling. Samme år ble Sosialkontoret delt i to (1ste og 2det); det første kontor fikk ansvar for arbeidssaker og sosialforsikring, det annet for diverse saker, som sedelighets- og edruelighetssaker, barneforsorg, emigrantsaker og generell departementsforvaltning. Et tredje sosialkontor kom i 1920; det fikk ansvar for den nye alkoholforbudspolitikken. Den andre avdelingen ble etter departementsetableringen i 1916 kalt Avdeling for Lovforberedelse og Statistikk, men fikk ikke flere kontorer. Medicinalavdelingen fikk et tredje kontor i 1921. I 1919 hadde Sosialdepartementet også fått et boligkontor, plassert rett under Statsråden, og altså utenfor avdelingene. Antallet ansatte, som i 1913 på sosialsiden hadde vært på 44, hadde økt til 51 i 1916 og til 81 i 1922.⁸

*

⁸ Tallene er hentet fra Kåre D. Tønnesson, *Sentraladministrasjonens historie. Bind 4. 1914–1940*. Oslo: Universitetsforlaget, 1979, s. 42.

Før jeg fortsetter med historien skal jeg skyte inn noen analytiske kommentarer.

Sosialpolitikk, vidt forstått, dreier seg om menneskelige ressurser, men spesielt om å forebygge tap av slike, og hvis tap har skjedd, å forsøke å redusere dem. Sosiale tiltak er slik mer på den «defensive» enn den «offensive» siden, mens for eksempel utdanning og nærings- og infrastrukturutvikling først og fremst er på den offensive side. De ressurser det spesielt dreier seg om er de bio-psykologiske, de sosiale (ferdighetsmessige) og de økonomiske. Man forsøker gjennom sosiale tiltak, vidt forstått, å forebygge at helse og sosial kompetanse går tapt, og at inntekter faller (for mye) bort, og når ressurstap er skjedd, å erstatte tapet. Man forsøker imidlertid også i regi av de sosiale apparater å virke offensivt, ved å fremme helse og sosial kompetanse og det vi kunne kalle økonomisk kompetanse.

Departementet har en overordnet styrende rolle. Den virksomheten det styrer er, på den hjelpende siden, enten tjenesteytende eller ytelsestildelende. På den forebyggende og mobiliserende siden er den i noen grad tjenesteytende, men i større grad det vi kunne kalle almenpedagogisk (informerende overfor almenheten) og regulerende overfor «andre» sektorer.

Sett fra en moderniserende synsvinkel skal den hjelpende virksomhet som er tjenesteytende organiseres og drives bedriftslig, dog slik at betalingen for hjelpen i stor grad skjer i regi ikke av dem som hjelpes, men av offentlige organer. Disse organer skal, igjen sett fra en moderniserende synsvinkel, fungere som en slags forsikringsselskaper, dog med tvungent medlemskap og en (progressiv), eventuelt skattebasert, finansiering. Den ytelsesorienterte hjelpen skal, moderne forstått, skje i regi av et offentlig forsikringsselskap, igjen med (mer eller mindre) tvungent medlemskap og en (progressiv) finansiering som i stor grad er skattebasert. Disse pseudoforsikringsselskaper skal overfor de tjenesteytende organer, moderne sett, spille en aktiv, målorientert rolle – som den private betaler i et konkurranseorientert marked ville gjort det. Når det gjelder de ytelsestildelende «forsikringsselskaper» skal disse, moderne sett, spille en både kontrollerende og mobiliserende rolle, særlig overfor mottagerne, men også overfor «sertifiserende» leger og aktuelle og potensielle arbeidsgivere (for mottagerne av ytelser). Departementet får da to roller overfor tjenesteytende organisasjoner, nemlig som regulator av det aktuelle marked og eventuelt som eier av tjenesteytende organisasjoner. For så vidt som det er en spenning mellom disse roller, skal staten helst ikke eie slike organisasjoner, eller hvis den gjør det skal de være mest mulig fristilte. Overfor forsikringsselskapene skal forholdet strengt moderne sett være det samme, men for så vidt som disse (også) skal spille

både en omfordelende rolle og en styrende rolle, skal de fristilles operativt, men ha et klart, målorientert oppdrag.

Hva angår det forebyggende og mobiliserende arbeid er én moderne implikasjon at det individrettede arbeidet i stor grad må skje i regi av de hjelpende institusjoner, blant annet klinikken, som tjenesteytelse (vaksinasjon for eksempel) eller som veiledning. Det samfunnspedagogiske arbeid (angående livsstil) – det er mest aktuelt for helse- og sosialmobilisering – skal, sett fra et moderniserende perspektiv, skje i regi av egne institusjoner. De skal arbeide innenfor et målbasert (kontraktspreget) oppdrag og kan være både offentlige og private. For så vidt som slik virksomhet er samfunnsomfattende vil det ofte være slik at den legges til forvaltningsorganer, men helt moderne er ikke det. Organene skal, innen et mandat, drive faglig basert veiledning, ikke styring i streng forstand. Når den forebyggende og mobiliserende virksomhet består i regulering av andre sektorer – som i EU-ideen fra 2006 om «health in all policies»⁹ – får den et politisk styrende preg og blir en departemental oppgave.

Styring, både av hjelpende, forebyggende og mobiliserende virksomhet, skal, moderne sett, ta utgangspunkt i verdi- og prinsippkonkretisering og til sist følges opp av kontroll, tilsyn og, mer generelt, resultatregistrering. Konkretiseringen skal skje som målspesifisering – slik at målene gjøres mest mulig kvantitative – og (dernest eventuelt) formuleres som lover (regler). Når det gjelder helsetjenester kan man for eksempel ha kvantitative kvalitetsmål og regler for tilgjengelighet. Målkongretiseringen er, moderne sett, den primære politiske oppgave, og skal skje i Departementet(s) ledelse), eventuelt i regjering og storting. Kontrollen etc., er, moderne sett, faglig og skal skje i regi av mandatbaserte, men ellers uavhengige, offentlige organer. Hva gjelder virksomhetsregistreringen skjer de mer generelle deler av den, spesielt hva gjelder den hjelpende virksomhet, i regi av et statistisk organ, mens annen registrering skjer i regi av mer spesialiserte tilsyn og «moniteringsorganer».

Det sosialvesen, vidt forstått, som Norge hadde i 1913 var langt fra helt moderne, men ordningen i 1913, og enda mer, ordningene som allerede fantes på det verdiskapende plan, representerte moderne inslag. På det hjelpende, og i noen grad forebyggende, plan, hadde man nokså distinkte og moderne fungerende helseinstitusjoner. Klinikken, delvis offentlig og delvis privat, fungerte forholdsvis bedriftsmessig. Hospitalene hadde delvis tilhørt

9 Ideen ble lansert under det finske EU-presidentskap dette år, men har røtter tilbake til 1970-årene og lanseringen av en «new public health». WHO-erklæringen fra Almaty i 1978 talte om «intersectoral action for health» og i «The Ottawa Charter for Health Promotion» (1986) ble det tatt til orde for «healthy public policies».

sosial- og fattigvesenet, men ble fra om lag århundreskiftet mer og mer integrert i en stadig mer distinkt klinikk. Med Sundhedsloven av 1860 fikk medisinalvesenet, det vil si de offentlige leger, i noen grad en både helsepremisseksporierende og kontrollerende rolle.

Medisinalvesenet hadde også, naturlig nok, en tydelig plass i styringssystemet, i første rekke gjennom Medicinalavdelingen i Departementet og Medicinaldirektoratet under departement og avdeling. Forholdet mellom de to enheter var ikke tydelig moderne, altså basert på prinsippet om mål- og resultatstyring, fulgt opp som oppdrags- og kontraktsstyring. Verdien mer lå der som en allmenn forståelse enn de ble presisert, og arbeidsdelingen ble derfor ikke prinsipielt tydelig. Dog var det slik at avdelingen brukte juridiske og økonomiske virkemidler og direktoratet i større grad, men ikke bare, faglig-pedagogiske. Styringen nedover fikk derfor et noe todelt, og ikke helt moderne, preg. Delingen mellom avdeling og direktorat, som kom i 1891, var imidlertid moderne. Som jeg har nevnt mislikte mange leger denne ordningen. Som betingede modernister foretrakk de en ordning der helsehensynene på et vis var skjermet fra konkurranse og hvor leger styrte helt gjennomgående. Den moderne ordningen ble opphevet, og legefagstyre innført av nazistene under krigen, en ordning Karl Evang (1902–1981), som medisinaldirektør, siden helsedirektør, førte videre etter krigen.

Resten av det tjenesteytende sosialvesen, både det «behandlende» og det forebyggende, hadde ikke en slik distinkt struktur som medisinalvesenet hadde. I praksis omfattet det bare det lokalt, og der nokså legmannspreget, fungerende fattigvesen. Slik forble det i stor grad til etter krigen. Dette vesen var også mer økonomisk enn sosialt orientert; det var et almisseeutdelende vesen – der almissene ble delt ut på nokså skjønnsmessig grunnlag. Vesenet ble også først anerkjent, kan man si, som et sosialvesen (og ikke bare et moralvesen) da det fikk et kontor i Departementet i 1916. Etter hvert kom der imidlertid, gjennom øremerket lovgivning, sosiale tiltak av ulike slag, tiltak som representerte et mer aktivt sosialt arbeid. Barnevernslovgivningen var et uttrykk for det; det samme kan man kanskje si sedelighets- og edruskapstiltakene var. Men de «rent» sosiale tiltak ble ikke samlet i et eget kontor. Fattigkontoret fortsatte for seg, mens andre saker havnet i sosialkontor nr. 2. Slik ble det sosiale arbeids fragmenterte, ikke-faglige, karakter understreket. Her lå en fagliggjørelse og modernisering et stykke inne i fremtiden. Det understreker det sosiale arbeids lite faglige status at det var lagt til Den almindelige avdeling, et navn som gjerne ble brukt om avdelinger som ikke hadde et faglig spesialisert og gjerne sektorisert eller institusjonalisert preg.

Forsikringsordningene lå under 1ste socialkontor, men ble i praksis først og fremst administrert av Riksforsikringsanstalten, et organ som ble etablert i 1895 og som fikk det nynorske navnet Rikstrygdeverket i 1930. Det fungerte både juridisk og aktuarfaglig, men skulle aldri bli noen dynamisk målorientert institusjon. Forsikringsstyringen skulle først få noe som lignet på et slikt, utpreget modernistisk, preg da (mye av) Rikstrygdeverket i 2006 ble en del av den nye arbeids- og velferdsetat, NAV.

Det forebyggende og til dels mobiliserende arbeid, når vi ser bort fra det medisinalle sådanne, var lagt til Den almindelige afdelings 1ste kontor, samt, må man si, til Boligkontoret. Det første kontoret fikk etter hvert flere inspektorater og andre kontrollorganer under seg, men hadde ikke egentlig noen ytre etat. Det hadde heller ingen spesiell fagprofesjonell basis, selv om flere av organene hadde både juridisk, teknisk og til dels medisinsk ekspertise. Den forebyggelsesinteresserte Karl Evang satt som assistentlege hos Fabriktilsynets (1914) Chefinspektorat da han høsten 1938 ble utnevnt til medisinaldirektør.

Departementet fikk også, som nevnt, en avdeling for lovforberedelse og statistikk. Denne var ment som, og ble for så vidt, en politisk-strategisk avdeling, en «oppstrømsavdeling». Herfra skulle mye av politikken springe ut. De andre avdelinger skulle så, gjennom sine kontorer, i hovedsak være iverksettende og kontrollerende enheter. De skulle fungere «nedstrøms». Lovavdelingen fungerte imidlertid slik primært på det sosiale og økonomiske område. På det medisinalle område ble politikken utviklet med utgangspunkt i egen avdeling og eget direktorat. Som den desidert mest institusjonelle sektor var medisinalforvaltningen «noe for seg selv» – og alltid en god del finere enn den øvrige forvaltning. Den representerte høy faglighet, de andre lav eller ingen spesiell faglighet, utover den formelle, altså juridiske og ellers den lege, erfaringsbaserte kyndighet. Avdelingens grunnlag for å drive det som siden blir kalt etatsstyring var i liten grad til stede. Medisinalavdelingen fikk heller ikke sin egen ekspedisjonssjef før i 1917; å få en slik var nå blitt nødvendig både for avdelingens status i Departementet og for dens status overfor Medisinaldirektøren. Helt siden 1893 hadde Medicinaldirektøren vært den myndige, men vennlige Michael Holmboe (1852–1918).

*

Frem til siste halvdel av 1930-årene fortsatte Sosialdepartementet i hovedsak som før, med mindre endringer – bl.a. kom der et tredje medisinalkontor i 1921. Lovavdelingen ble nedlagt i 1929 – der skulle spares – og dets sjef, Theodor Thorsen (1878–1958), overtok som sjef for Medicinalavdelingen; lovutarbeidelsen ble nå fordelt på kontorene – der satt jo hovedsakelig jurister der. I denne perioden var det mer en sosialpolitisk konsolidering

og til dels retrett, enn ekspansjon. Med bedrede konjunkturer og en sosial-politisk ambisiøs regjering Nygaardsvold fra 1935 ble den sosialpolitiske offensiv – i praksis utjevningsoffensiven – gjenopptatt. Det satte også noen spor i forvaltningen. I 1936 kom det et alderstrygdkontor – for å ta seg av den nylig vedtatte aldersforsikring – og i 1939 var forsikringsordningene blitt så omfattende at det ble opprettet en egen Trygdeavdeling. Avdelingen fikk som sjef juristen Agnar Kringlebotten (1892–1972). Kringlebotten skulle senere, i 1955, bli Sosialdepartementets første departementsråd.

Ved Den annen verdenskrigs utbrudd hadde Departementet for sociale saker, som det nå het, tre avdelinger, Medicinalavdelingen, Trygdeavdelingen og, den faglig og institusjonelt svakeste avdeling, Den almindelige avdeling. Det mest utpreget sociale arbeid stod altså stadig ikke bare svakest, men svakt, i det departementet som kalte seg sosialt. Det som stod sterkest her var det som var knyttet til forebygging av ulykker og helseskader i arbeidslivet, altså et premisseksporterende arbeid, men også et arbeid hvis plassering i dette departement var usikker. Det er symptomatisk at den heterogene almindelige avdeling også hadde ansvar for Departementets indre-forvaltning.

Det vi kunne kalle det sosiale arbeid for dem som av medisinske grunner ikke kunne ta vare på seg selv, altså det vi i dag kaller omsorg, var ikke skilt ut som noe som lignet på en egen sektor. Den omsorg som ble drevet ute i samfunnet, var i hovedsak knyttet til hospitalene, asylene medregnet, og til ulike særomsorger, spesielt tuberkulosevesenet, og ble sett på og forvaltet som en del av medisinalvesenet.

Under krigen fortsatte Sosialdepartementet, men nokså redusert, med Den almindelige avdeling og Trygdeavdelingen. Medisinalvesenet ble flyttet til det nye, tyskinspirerte Innenriksdepartementet – og fra sommeren 1941 der organisert som en integrert helseavdeling, med en medisinaldirektør, den regimetro nevrolog og psykiater Thorleif Dahl Østrem (1898–1980), som sjef. Nazistene stod, som Evang, på fagstyrets, og énlederstyrets, grunn og satte derfor legesjefen på toppen av den nye avdelingen – den som skulle bli Evangs helsedirektorat. Medisinalavdelingens sjef, Theodor Thorsen nærmet seg nå pensjonsalder. Det nye regimet pensjonerte ham derfor.

Sosialdepartementet 1945–1992

Sosialdepartementet ble straks samlet etter krigen, men nå ble altså Medisinaldirektoratet, formelt som Helsedirektoratet fra 1948, integrert i Departementet – og ble den helt dominerende enheten, kvantitativt og «kvalitativt». Det siste viste seg ved at Helsedirektøren, Karl Evang, var den samme i hele den egentlige etterkrigstiden, altså frem til 1970-årene (1972),

mens de andre avdelinger hadde flere sjefer, at han, hva personlig utstråling og myndighet angikk, gikk langt utenpå alle de andre avdelingssjefer og ved at han både hadde direkte adgang til Statsråden, utenom Departementsråden (fra 1955) og i «faglige» spørsmål var helt selvstendig. Men mer spilte, som vi har nevnt, en rolle. Helsedirektøren ledet en anseelsestung, og selvbevisst, institusjon, mens den ene ekspedisjonssjefen ledet svakt institusjonaliserte, og stort sett lavt ansette virksomheter – fortsatt forankret i den diffuse almindelige avdeling, og den annen en nokså teknisk-juridisk fungerende, men nå også svært økonomisk «tung», forsikringsetat, forankret i Trygdeavdelingen.

Etter hvert skjedde det en viss faglig spesialisering, og slik sett modernisering, av Den almindelige avdeling, men, typisk nok, preget av en del prøving og feiling. Det begynte med at Den almindelige avdeling, men først fra 1967, ble delt. Den sosialpolitiske del av den ble gjort om til en sosialavdeling med fem kontorer, mens administrasjonskontoret ble gjort til en avdeling med tre kontorer.

Sosialpolitikken fikk slik et visst sektorpreg, men ikke et helhetlig sådant. Man kan snarere tale om en subsektorisering, eller en fortsettelse av den subsektorisering som hadde startet i Den almindelige avdeling. Subsektorene var barnevern, omsorgen for personer med rusproblemer og den mer allmenne sosialomsorg. Den siste representerte da særlig fortsettelsen av fattigforsorgen: Med vedtagelsen av Lov om sosial omsorg i 1964 ble fattigforsorg til sosial omsorg. Loven markerte også at sosialomsorgsarbeidet hadde fått et tydeligere faglig preg: sosialarbeidet, eller sosionomien. Denne omsorgen forble imidlertid i stor grad økonomisk orientert; den fungerte, som fattigforsorgen, inntektsstyrkende. Snart kom også eldreomsorgen og omsorgen for funksjonshemmede til som en, eller flere, subsektorer. Utviklingen pekte frem mot en bredere sektoriell spesialisering, med omsorg som det ene stikkord og økonomisk-sosialt arbeid som det annet. Det ble tatt noen skritt i denne retning da sosialavdelingen i 1992 ble delt i to. Den første avdeling ble en avdeling for rusmiddelsaker i vid forstand og for sosialkontorsaker og saker om økonomisk sosialhjelp, mens den annen avdeling ble en avdeling for omsorgstjenester. Denne sektoriseringen ble ytterligere understreket da avdelingene i 1999 fikk de enklere, mer sektorielt signaliserende navnene Sosialavdelingen og Pleie- og omsorgsavdelingen.

Da Den almindelige avdeling ble delt i 1967, kom der også to internasjonale kontorer; fra 1972 ble de til ett. Slik ble, på en forsiktig måte, fremveksten av en tverrnasjonal sosialpolitikk, men særlig omfordelingspolitikk, markert.

At der i 1967 kom en egen administrasjonsavdeling, kan man også se på som et moderniserende trekk. Avdelingen skulle bidra til å gjøre ledelsen av det styringsapparat fagavdelingene representerte, bedre. Slik sett skulle avdelingen ha vært plassert i stab til departementsledelsen, men det ville ha brutt for mye med den tradisjonelle departementsorganiseringen – og skapt motstand i fagavdelingene. Disse ville egentlig mest mulig styre seg selv, innen mandater gitt av den politiske ledelse. Administrasjonsavdelingen kom da også lenge til å fungere mer som en administrativ enn som en ledelsesmessig avdeling. Dens oppgaver var knyttet til den regelbaserte personalforvaltning og den budsjettbaserte økonomiforvaltning – altså til beslutninger fattet i forhandlingssystemet og i andre departementer. Det var først etter at de såkalte Norbom-prosesser var bragt til ende, altså etter 1992-93, at Administrasjonsavdelingen, under en ungdommelig-yr ekspe-disisjonssjef, Steinar Stokke (f. 1955), fikk et tydeligere preg av å være en intern ledelsesavdeling. Det er for øvrig symptomatisk at Administrasjonsavdelingen ingen myndighet hadde over Helsedirektoratet. Direktoratet hadde sitt eget administrasjonskontor, lenge (1967–1993) under juristen Reidar Smith Bang (f. 1928). Kontoret fungerte, som Administrasjonsavdelingen, bare administrativt, ikke som et indre ledelsesorgan. Det er imidlertid et uttrykk for at den interne ledelse blir mer målrettet og ambisiøs, for så vidt som en del av den generelle styrkelse av styringen fra 1990-årene av, at avdelingen, som hadde vokst en del, fra 1995 ble omdøpt til Administrasjons- og budsjettavdelingen og fra 2000 ble delt i en budsjett- og en økonomiavdeling, i det som siden 1994 hadde vært kalt Sosial- og helsedepartementet.

Fra 1968 fikk departementet et utredningskontor,¹⁰ et kontor som fra 1972 ble til en plan- og utredningsavdeling. Avdelingen ble en sideordnet avdeling, ikke en stabsavdeling til ledelsen, og ble derfor ikke det uttrykk for styringsmodernisering på oppstrømssiden den, moderne sett, skulle ha blitt. Den fikk, som de fleste planleggingsavdelinger som kom ved avslutningen av etterkrigstiden, altså ved overgangen fra 1960- til 1970-årene, en mer perspektivtenkende enn politikkutviklende rolle. Politikkutviklingen fortsatte å skje i fagavdelingene. Departementets planavdeling, under den underfundig-selvbevisste økonomen Jan Madsen (1925–2011), fikk selvsagt intet med Helsedirektoratet å bestille. Her kom der i 1973 en egen utrednings- og planleggingsgruppe (siden kontor), en oppstrømsavdeling som, som Madsens, ble sittende litt på den politikkutviklende sidelinje.

10 Fra 1964 hadde det vært en utredningsgruppe i departementet.

Jeg skal føye til at samtidig som planenhetene kom, kom der et eget eldreomsorgskontor i Sosialavdelingen. Vi begynner å ane hvordan avdelingens oppgaver etter hvert får et mer faglig-sektorielt distinkt preg. Denne prosessen fortsetter så nå, i den nye tid – i det vi kan se på som det 21. århundres innledningsperiode. I løpet av 1970-årene skjedde der et viktig idemessig hamskifte, i alle sektorer. Moderniseringsprosessen ble forsterket; vi fikk, som en del av denne utviklingen nye gjennombrudd i styringens og ledelsens modernisering.

*

Halvintegreringen av Helsedirektoratet i Sosialdepartementet var altså en reform som i viktige henseender mer forsinket enn fremskyndet moderniseringen av styringen av helsevesenet. Den gjorde at helsepolitikken ble forankret i verdier medisinen selv tolket – Evang forble tilfreds med det vage mandat Medisinaldirektøren hadde fått i 1927 – og at styringen i viktige henseender skulle skje nedenfra-og-opp. Ja, den gjorde nesten Helsedirektoratet til et eget departement, med Helsedirektøren som en slags minister. Direktoratets «umoderne» plassering var desto mer påfallende som Regjeringen, med Statsministeren i spissen, ble mer og mer moderniseringsorientert.

Statsminister Einar Gerhardsen (1897–1987) hørte på fagfolkene, spesielt naturvitenskapsmennene og økonomene, etter 1945. Etter 1955 hørte han også stadig mer på dem som ville modernisere forvaltningen; ja, regjeringsskiftet kom kanskje også i noen grad istand fordi Gerhardsen og folk rundt ham mente der trengtes en mer offensiv statlig styring. En av dem som slik presset på Gerhardsen var hans fortrolige fra Gerhardsens andre regjering (fra høsten 1945), Jens Chr. Hauge (1915–2006), men nå som advokat. En annen var gruppesekretær Karl Trasti (1917–1976). Trasti ble nå (1955) statssekretær i Finansdepartementet, under den like styringsmoderniserende minister, Mons Lid (1896–1967). Trasti overtok nå også, etter Lid, vervet som formann i Statens rasjonaliseringsråd.¹¹

Gerhardsen ville stadig jevne ut, men like meget ville han nå modernisere. Velferdsstaten skulle jo finansieres. Folketrygdmeldingen til den radikale venstreman, men også statssekretær i Gerhardsens (annen) regjering, Knut Getz Wold (1915–1987), og som kom i 1948, ble lagt til side. Dens ideer ble gjennomført av Borten-regjeringen og Egil Aarvik (1912–1990) – i 1967. For Gerhardsen var moderniseringen av stat og samfunn nå kanskje enda viktigere. For staten som styringsinstitusjon skulle den moderni-

11 Kfr. Tore Grønlie, *Sentraladministrasjonens historie etter 1945. Ekspansjonsbyråkratiets tid 1945–1980*, Bergen: Fagbokforlaget, 2009, kap. 6, spesielt s. 163-165.

serende nyttestatsoffensiv blant annet føre til at den politiske ledelse i departementene, og Regjeringen, skulle bli en mer strategisk ledelse. Derfor kom der (flere) statssekretærer og etter hvert andre politiske medarbeidere. Derfor kom der fra 1955 departementsråder. Og derfor ble nå, på mer presist mandatgrunnlag, faglig pregede oppgaver flyttet ut av departementene og lagt til direktorater, direktorater som særlig enten skulle være en slags konsernledelser for offentlige virksomheter, eller spille en kontrollerende og tilsynspreget rolle. Helsedirektoratet burde derfor vært flyttet ut av Sosialdepartementet, som også Gerhardsens nye sosialminister i 1955, den gamle Evang-beundrer, dr. Gudmund Harlem (1917–1988), gikk inn for. Harlem ville ikke ta belastningen med å gå i konflikt med Evang og nøyde seg derfor med å pådytte ham en juridisk ekspedisjonssjef, Kaare Bjerkomp (1907–1966), altså den person som egentlig skulle blitt leder for en departemental helseavdeling. Da Evang gikk av høsten 1972, kunne regjeringen (Trygve) Bratteli (1910–1984) ha sørget for at delingen hadde skjedd greit, nemlig ved å utnevne nettopp Gudmund Harlem til ny helsedirektør – han var blant søkerne. Men regjeringen valgte statssekretær i Sosialdepartementet Torbjørn Mork (1928–1992), med én stemmes overvekt.¹² Snart hadde man i noen grad en ny Evang i Direktoratet, altså en ny medikrat.

Regjeringen Willoch, som kom til makten høsten 1981, valgte straks, med Leif Arne Heløe (f. 1932) som sosialminister og Astrid Nøklebye Heiberg (f. 1936) som sosialstatssekretær, å gjennomføre delingen. Den ble gjennomført. Torbjørn Mork fortsatte som en mer, men ikke helt, ordinær direktoratssjef, og Legeforeningens avtroppende president, Harald E. Hauge (1936–2006), ble ekspedisjonssjef i Helseavdelingen. De to kom snart i konflikt, en konflikt som etter hvert ble generalisert og endte, i 1991 og 1992, med en dramatisk konfrontasjon mellom Helsedirektøren og Departementets politiske og administrative ledelse, Tove Veierød (f. 1940), Bjørn Martin Aasen (f. 1944) og Jon Ola Norbom (f. 1923). De tre siste foreslo å ordne helseforvaltningen under Departementet i en rekke sentre, og å flytte viktige oppgaver, tilsynsoppgavene, opp til Departementet, eller ned til fylkeslegene. De tapte, i en dramatisk natt i juni 1992 i Stortinget.¹³ Resultatet ble at Helsedirektoratet i stor grad ble beholdt, men omdøpt til helsetilsyn. Ikke så overraskende, vi var nå kommet inn i en tid hvor resul-

12 Kfr. Ole Berg, *Spesialisering og profesjonalisering. En betretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009. Del 1 1809–1983 – Den gamle helseforvaltning*, Oslo: Statens helsetilsyn, Rapport nr. 8, 2009, s. 222ff.

13 Jeg har redegjort nærmere for dette i det ennå ikke trykte bind 2 av *Spesialisering og profesjonalisering*, op. cit.

tatmåling, inkludert kvalitetsmåling, kom som en bølge – ja, en del av den nye moderniseringsbølgen – og mer og mer ble til et tilsyn, et tilsyn som selvsagt måtte være ekstra uavhengig. Det siste gjorde at den største del av direktoratsoppgaven, altså den første del av politikkkutforming (planleggingen) og storparten av iverksettelsen, måtte skilles ut og vi fikk et gjenopprettet, og renere direktorat fra 2002. Norbom-prosessen førte altså til at det var direktoratet som ble skilt ut fra tilsynet og ikke tilsynet fra direktoratet. At det gikk slik, altså at den organisatoriske modernisering av helseforvaltningen ble så forsinket, kan man si ble en nokså utilsiktet virkning av at Torbjørn Mork ble valgt, og for så vidt Gudmund Harlem vraket, i 1972. På den annen side kan man si vrakingen av Harlem i 1972 antagelig var det som gjorde at Arbeiderpartiet fikk en ekstra moderniseringsorientert leder i 1981 (og til 1992), nemlig hans datter, Gro Harlem Brundtland (f. 1939).

Sosialdepartementene i nyere tid

Norges etterkrigsregjeringer har altså, alle som én, vært moderniserende, eller nytteorienterte, regjeringer. De har gått inn for å konkretisere målene med styringen og for å realisere dem på en mest mulig effektiv, altså fagliggjort, måte. De, og deres medlemmer, har ikke alltid vært seg dette helt bevisst, men tidsånden har preget dem, og fagfolkene i og rundt departementene har påvirket og oppdratt dem med stor effekt. De har stadig intervenert, på legbasert grunnlag, men uten at det har påvirket den generelle utvikling i særlig grad. De har hatt sine verdier og interesser, og de har hatt betydning for måldefineringen, men disse verdier og interesser har i stor grad også vært forvaltningsfagfolkenes verdier og interesser. Som jeg har nevnt, vi befinner oss politisk i den omfordelende fasen av stats- og nasjonsbyggingen, og betoningen av omfordeling har vært og er noe sterkere i Norge og til dels de andre nordiske land, enn ellers i vesten. I nyere tid, altså fra 1970-årene av, har denne omfordelingspolitikken kommet under større trykk på grunn av internasjonaliseringen og en begynnende svekkelse av nasjonalstaten. Men også ellers merkes i noen henseender spenningen mellom den moderniserende effektivisering av all annen måloppnåelse og utjevning målsetningen.

Mange har pekt på at vi fikk en høyreliberal dreining fra slutten av 1970-årene og gjennom i alle fall 1980- og 1990-årene. Vi fikk det for så vidt som moderniseringen førte ikke bare til fristillelse av offentlig produktiv virksomhet, men også privatisering. Med denne privatisering kom en økende konkurranse. Dette er imidlertid ikke hele bildet, for den industrielle logikk som hadde omskapt varefremstillingen, kom nå til å bli tatt i bruk i

de ikke-industrielle næringer, samtidig som den fortsatte å omskape industrien, og denne logikk impliserer stordrift, altså mer, ikke mindre styring. Det var denne tenkningen som lå til grunn for Gerhardsens moderniseringsprogram og det var denne tenkningen som fikk ny fart fra midt i 1970-årene, etter hvert etter aktiv påvirkning fra OECD.¹⁴ Regjeringen Willoch lanserte like før den gikk av våren 1986 sitt *Program for modernisering av statlig forvaltning*.¹⁵ Arbeiderpartiet, som overtok makten i mai 1986, offentliggjorde i 1987 sitt forvaltningspolitiske program, *Den nye staten. Program for fornyelse av statsforvaltningen*.¹⁶ Arbeiderpartiets forvaltningspolitikk var i hovedsak en videreførelse av den borgerlige regjeringspolitikk. Den ble fulgt opp med flere utredninger, blant annet «Den bedre organiserte staten» fra 1989,¹⁷ og etter hvert av konkrete reformforslag, blant annet om såkalt virksomhetsplanlegging. På borgerlig side ble den betegnelse jeg har brukt, modernisering, den vanlige. Arbeiderpartiets representanter kunne også tale om modernisering, men kom til å foretrekke ordet fornyelse, siden fornying, som betegnelse på «sin» variant av politikken.

Men styringen – offentlig som privat – og (den departementale) styringen av denne styringen, ble altså nå ikke svekket, men skjerpet. Staten ble mer profesjonelt, mer presist, (mål)styrende (og kontrollerende). Det ble den overfor sine egne underliggende institusjoner og det ble den overfor lokale offentlige organer. Den reform Margaret Thatcher (1925–2013), med Sir Roy Griffiths' (1926–1994) hjelp, satte i gang i 1983–84 i Storbritannias National Health Service, betydde vesentlig mer og mer nærgående styring av helsevesenet enn før; den ble mer gjort til gjenstand for ambisiøs planøkonomi enn for konkurranseøkonomi. Det passet arbeiderpartilederen Anthony Blair (f. 1953) godt å føre denne nærstyringspolitikk videre fra 1997, under vignetten *New Labour*. I det mer, men langt fra helt, privatiserte amerikanske helsevesen har utviklingen meget til felles: Virksomheten konsentreres og utsettes for mer nærstyre, i regi av bestemte ledere og nærgående forsikringsselskaper. Amerikanerne kaller, eller kalte, det *managed care* – styrt omsorg. Dagens navn, fra øverste hold, *accountable care*, er et uttrykk for at

14 OECD, *Serving the Economy Better. The Role of Public Management*, Paris: Public Management Committee, 1990.

15 Det skjedde gjennom Kgl. res. av 11. april 1986. Moderniseringspolitikken var ellers også presentert året før, gjennom St.meld. nr. 83 (1984–85), *Langtidsprogrammet 1986–1989*.

16 Det ble publisert som vedlegg til St.meld. nr. 4 (1987–88), *Perspektiver og reformer i den økonomiske politikken*.

17 NOU 1989: 5. Utredningen var ledet av Tormod Hermansen (f. 1940), finansråd i Finansdepartementet og siden sjef for det stadig mer fristilte (1994), og til sist (2000) delprivatiserte Televerket/Telenor.

den offentlige styring skal bygge opp om den som skjer privat, og til dels underordne den siste under den første.

Politisk ble den mer offensive, moderniserende styring et middel også til å redde mest mulig av den omfordelende helse- og sosialpolitikk. Men den kunne bare bli det, altså reddende, i den grad en slik styring virkelig var mer effektiv enn annen styring, for eksempel basert på forskjellige former for ustyrt koordinering ute i det vi kunne kalle markedene – forstått som de sfærer hvor tilbydere og etterspørrere møtes og verdier slik skapes. Denne styringen, den gang ofte omtalt som mål-, siden som mål- og resultatorientert, styring, ble imidlertid ikke straks en suksess, altså en effektiviseringssuksess. Det hang sammen med at det faglige grunnlag for å konkretisere mål ikke var godt utviklet, med at kunnskapen om sammenhenger mellom for eksempel behandling eller omsorg og resultater, og mellom ulike måter å styre på og virkninger på behandlingsadferd og dermed behandlingsresultater, var for dårlig utviklet. Man kan også si det hang sammen med at mye av den styring man så for seg ville kreve svært mye personell: Byråkratiseringen styringen førte med seg kunne spise opp gevinsten av den teoretisk bedrede styringen.

Amerikanerne, som lanserte den nye styringen, gjennom sitt Programming, Planning, Budgeting System i slutten av 1960-årene¹⁸ – et system inspirert av ideene i privat sektor om «Management by Objectives» (fra 1950-årene),¹⁹ fikk snart problemer med å få systemet til å virke godt. Det gjorde man også i Norge, gjennom forsøk på programbudsjettering. Mot slutten av 1980-årene, og som en del av den store fristillelsesbølge Den nye staten etc. førte med seg, kom forsøkene med virksomhetsplanlegging ved overgangen til 1990-årene.²⁰ Heller ikke disse forsøk ble noen stor suksess. Den nye måten å styre på, ble et symbolsk forsøk på å vise at den styring man allerede drev var basert på en slags virksomhetsplanlegging. Men utover

18 Kfr. Herman R. van Gunsteren, *The Quest for Control*, London: John Wiley & Sons, 1976, kap. 2. Van Gunsteren er kritisk til den moderniserende styringstenkning som han ser på som et uttrykk for ønsket om å oppnå mer gjennom vitenskapelig basert styring. Det aktuelle kapittel i hans bok har den talende tittel «Program Budgeting: The Mirage of Success». Etter at van Gunsteren skrev er mye skjedd, og styringsmoderniseringsprosjektet er kommet lenger, og har, gitt dets egne premisser, oppnådd mer, som jeg påpeker i den videre tekst. Men van Gunsterens påpekning av at styringsmoderniseringsprosjektet er inspirert av ønsket om å oppnå mer gjennom styring, passer med mitt resonnement.

19 Ideen om «Management by Objectives» ble utviklet i 1950-årene av den (østerriks-)amerikanske ledelsesteoretikeren Peter Drucker (1909–2005). Kfr. hans *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*, London: Heinemann, 1973, kap. 34 («Management by Objectives and Self-Control»).

20 Innen utgangen av 1990 skulle alle statlige virksomheter ha innført virksomhetsplanlegging.

i 1990-årene og senere har denne styringsformen hatt økende suksess. Den er blitt styrende. Annen styring tilpasses dette fagliggjorte styringsregime.

Her kan jeg bare gi noen stikkord for det som er skjedd. Jeg skal særlig bruke det kliniske helsevesen som referanse. Problemet med målkonkretisering ble nå for alvor redusert, om ikke helt fjernet. Det startet i klinikken, hvor statistisk orienterte forskere siden overgangen fra 1960- til 1970-årene var begynt å studere legelig praksis og sammenholde den med resultater. De fant vanskelig forklarbare variasjoner. Denne forskningen ble utgangspunktet for systematiske forsøk på å kontrollere virkningen av ulike måter å undersøke og behandle på. I 1990-91 førte denne virksomheten til etableringen av den såkalte evidensbaserte medisin. Denne forskningen var avhengig av presise målindikatorer – og utviklet derfor slike. Samtidig hadde den industrielt inspirerte kvalitetsbevegelsen ført til en tilsvarende aktivitet for å definere kvalitet av alle slag på en målbar måte. Nå kunne man altså for alvor drive mål- og resultatstyring og -ledelse overfor klinikerne. Men man kunne gjøre mer enn det, man kunne også drive middelstyring og -ledelse, for så vidt som evidensforskningen brøt ned en tidligere mer diffust avgrenset behandling til presise prosedyrer. Man kunne altså nå i økende grad drive direkte fagstyring; etter hvert kom det derfor også nå kunnskaps-sentre av ulike slag – også i Norge. Her kom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004, basert på tre allerede eksisterende kunnskapsmiljøer, og plassert under Helsedirektoratet, altså som en del av det større helsepolitiske styringsmiljø.

Det som faglig skjedde på det verdiskapende plan, var altså avgjørende for at styringen og ledelsen kunne bli presist målrettet. Nå var spørsmålet om man kunne utarbeide et moderne sett av styringsmidler som gjorde det mulig å utløse den adferd på for eksempel klinisk plan som kunnskapen fortalte at man burde. Det ble i stigende grad gjort fra begynnelsen av 1990-årene over hele styringsområdet, med Arbeids- administrasjonsdepartementet, Finansdepartementet og Statskonsult som ivrige pådyttere. Fagliggjørelsen av styringen ble gitt politisk konfirmasjon av Regjeringen, Brundtlands siste, på et møte på Halvorsbøle i 1992. Regjeringen gav beskjed om at arbeidet med mål- og resultatstyring skulle skjerpes. Svaret ble generelt sagt, *etatsstyring*, mer konkret sagt *tildelingsbrev*, *styringskalender* og *styringsdialog*. Det het at det skulle formuleres «relevante styringsparametre i tildelingsbrevet som det skal stilles resultatkrav til og rapporteres etter».²¹ Disse tiltakene ble i 1997 fulgt opp med det nye statlige økonomiregelverk, som innebar at etatsstyringen ble integrert med økonomistyringen. Selv om

21 Grønlie, s. 109.

den nye, mer nærgående styringen ble myket noe opp gjennom styringsdialogen, kom denne, som medarbeidersamtalen på mikronivå, mer til å fungere styringsutdypende enn egentlig forhandlende og diskuterende. Samfunnsforskning, også anvendt og evaluerende sådan, bidro til å gi mer innsikt i de ulike virkemidlers potensialer og dermed til å gjøre etatsstyringen mer kraftfull. Det var slutt med den tid da den nye stats målstyring var preget av «window-dressing». For Sosialdepartementet ble overgangen stor, for Departementet hadde ikke tatt virksomhetsplanleggingen altfor alvorlig. Helsedirektoratet hadde forsøkt å gjøre det, men klaget over at Departementet helt overså deres planer og rapporter.²² Siden offensiven midt i 1990-årene har utviklingen fortsatt, og Helse- og omsorgsdepartementet er blitt et offensivt, og krevende, etatsstyrende departement.

Vi skal ikke her gå nærmere inn på hvordan den nye styringen, som altså gjør at målstyringen i økende grad også er blitt til konkretisert målstyring (f. eks. når det gjelder tilgjengelighet) og middelstyring, har artet seg på Sosialdepartementets etterfølgelsesdepartementers områder, men vil kort peke på ett virkemiddel, den kombinert medisinske og økonomiske innsatsstyrte finansiering – med DRG-systemet som en kjerne. Gjennom dette virkemiddel kan man i økende grad kombinere medisinsk og økonomisk middelstyring, og slik få leger til å tenke og handle medisinsk og økonomisk samtidig. DRG-teknikken som styringsteknikk representerer et utpreget faglig styringsbidrag – utviklet på Yale University i USA – og først tatt i bruk av det amerikanske Medicare, organisasjonen som finansierer helse-tjenester for eldre (kfr. note 7).

Denne styringen kan lett bli meget personellkrevende, og har i noen grad blitt det. I tillegg skaper den tidsbruk på tjenesteytende nivå – det tar tid å tilpasse seg og, ikke minst, å rapportere at man har tilpasset seg. Men her er potensialet for styringseffektivisering stort. Ettersom medisinen standardiserer kunnskapen, og utvikler standardiserte behandlingsforløp – en slags virtuelle samleband – blir det stadig enklere å formalisere kravene til behandlerne og dermed til å la maskiner overta både styringen, ledelsen og kontrollen. Som behandlingen standardiseres og teknifiseres vil altså også styringen og ledelsen bli standardisert og teknifisert. Og som det gjør at dyre mennesker kan erstattes av maskiner og billigere mennesker på klinisk plan vil det kunne skje på styrende og ledende plan. Menneskelig, om enn av og til litt amenneskelig, styring og ledelse vil bli til e-styring og e-ledelse.

22 Ikke minst trakk helsedirektør Torbjørn Mork dette frem i den dragkamp han hadde med Sosialdepartementet og departementsråd Jon Ola Norboms såkalte styringsgruppe (1990–91). Dette er omtalt nærmere i mitt ennå ikke utkomne bind 2 av helseforvaltningens historie (nevnt ovenfor).

Var de personlige ledere ofte autoritære på en idiosynkratisk, og kanskje morsom, måte, vil de nå bli det på en anonym måte.

*

Norbom-prosessene endte i 1992 med at Sosialdepartementet først, nemlig i 1992, fikk to ministre, en helse- og en sosialminister og så fra 1994 ble omdøpt til Sosial- og helsedepartementet. En nesten-deling av Sosialdepartementet ble altså også ett av utfallene av striden om Helsedirektoratets plassering fra 1983 til 1992. En full deling ble det neste utfall. Den kom i 2002. Samtidig ble Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet til 2008) gjenopprettet, og som et renere forvaltningsorgan enn det halvt medikratiske Helsedirektoratet hadde vært. Med den samtidige nasjonalisering av spesialisthelsetesenet, og med den ennå forholdsvis ferske, og nasjonalt styringsstyrkende, Samhandlingsreformen (2012), har Norge fått et klinisk helsevesen som fremstår som et nokså integrert, og stadig mer styrt, helsekonsern, et Helse Norge (eller snarere Klinikk Norge). Men sett fra en moderniserende synsvinkel er der, som vi skal komme tilbake til, spenninger mellom Departementets markedsregulerende, bestillende og konsernledende roller.

Departementet, altså Sosial- og helsedepartementet, ble delt i et sosial- og et helsedepartement i 2002. I 2004 ble så det siste gjort om til et helse- og omsorgsdepartement – som det altså siden har vært. I noen grad kan man si at med denne organiseringen kom omsorgsoppgaver, som tidligere hadde vært sett på som i alle fall i stor grad sosiale og sosialøkonomiske, til å bli definert som mer helselignende omsorgsoppgaver, eller tjenesteytende oppgaver. Slik ble imidlertid samtidig helsevesenets, og tjenesteytelsens, dominans understreket. Nå kom helse først, og ordet sosial var blitt helt erstattet med omsorg. Den politiske vektforskyvning fra omsorg til helse, eller helsesvikt, ser vi også ved Departementets organisering. I Sosialdepartementet av 1983 bestod helseforvaltningen på toppen av en mindre helseavdeling, pluss et middels stort direktorat. Etter 1992 kom så helseeksplikasjonen og nå har vi et Helse- og omsorgsdepartement med fire nokså rene helseavdelinger, en spesialisthelsetjenesteavdeling, en eieravdeling, en helserettsavdeling og en folkehelseavdeling. I tillegg kommer tre andre avdelinger, som alle har betydelig oppgaver på helsesiden, en kommunetjenesteavdeling og to generelle, «tekniske» styringsavdelinger, en budsjett- og økonomiavdeling og en (intern) administrasjonsavdeling. Omsorgssiden, som en tjenesteytende side, har altså ikke fått en egen avdeling, men styres fra en kommunetjenesteavdeling – som også er en primærhelsetjenesteavdeling. I Direktoratet er der ingen omsorgsdivisjon, men en omsorgsavdeling under Primærhelsetjenestedivisjonen.

Folkehelsearbeidet, både som pedagogisk virksomhet overfor befolkningen direkte, og som premisseksporterende virksomhet overfor andre sektorer, er blitt faglig profesjonalisert og samlet. I dragkampen om ressurser og oppmerksomhet svinger dets suksess en del. Både i pasientmarkedet og velgermarkedet taper som regel «preklinikken» for klinikken, de friske for de syke. Ministrene (Leif Arne) Heløe (1981–1986), (Tove Strand) Gerhardsen (1986–1989) og (Tove) Veierød (1990–92) ville gjerne være folkehelseministre, også for, som de sa – og slik forsøkte de å selge politikken – det var billigere å forebygge enn å behandle. De endte opp som klinikkministre, ja, sykehusministre. Werner Christie (1992–1995) og Gudmund Hernes (1995–1997) forsøkte ikke å bli folkehelseministre, men (Dagfinn) Høybråten I (1997–2000) og II (2001–2004) gjorde det – og fikk noe til, selv om også han ble tatt av sykehussakene, ikke minst etter sykehusreformen. Av de neste ministre var hverken Ansgar Gabrielsen (f. 1955) eller Sylvia Brustad (f. 1966) spesielt opptatt av å være folkehelseministre, mens Bjarne Håkon Hansen (f. 1962), ved å lansere Samhandlingsreformen, tok skritt i folkehelse retning – med økonomisering som et viktig formål. Hans etterfølgere har fulgt opp denne politikken, og den nåværende minister, Jonas Gahr Støre (f. 1960), er blitt den aller mest folkehelseopptatte minister vi har hatt. Men sykehusrebellene,²³ som de kaller seg, og ventende pasienter, lar ham ikke få glemme klinikken. Samtidig kommer der også kritikk av folkehelse tiltakene, en kritikk som minner litt om den klinikkrebellene målbærer: Vi, borgerne, blir, som klinikerne, for nærstyrt. Annerledes sagt, vi mister noe av det som gir livet mening, friheten, friheten til å utøve litt skjønn – om det enn av og til gjøres på en «dum» måte – med hensyn til hvordan vi lever som private mennesker og som leger og sykepleiere.

Departementet fungerer mer moderne enn noen gang. Det vil, på den tjenesteytende side, si at dets styring og ledelse er mer basert på faglig utviklede kvantitative mål enn noen gang, samtidig som det følger målstyringen (gitt gjennom lover, budsjetter og oppdrag) opp med nærgående overvåkning, blant annet gjennom resultatrapportering nedenfra. Styringens nærgåenhet viser seg også ved at den blir mer konkret dikterende, gjennom spesifisering både av noen av målene (for eksempel om tilgjengelighet) og av virkemiddelbruken (for eksempel hva gjelder ressursbruk og organisering, vidt forstått). Også på den forebyggende og helsefremmende side fungerer Departementet stadig mer moderne, det vil si kunnskapsbasert mål- og resultatstyringsorientert.

23 Geriatriprofessor ved Oslo universitetssykehus (Ullevål), Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) (og flere) satte i 2012 i gang en helsepolitiske diskusjon over e-post, en diskusjon som våren 2013 ble utvidet og omdannet til e-diskusjonsforumet Helsetjenesteaksjonen.

Organiseringen preges også av slik modernitet, men her er det en del spenninger. Den «oppstrømspregede» planlegging av politikken er nå flyttet (tilbake) til institusjonelle avdelinger, og er slik sett blitt litt despesialisert. Statsråden har ikke fått ved sin side en egen strategisk stabsavdeling. Samtidig har det skjedd en viss integrering av planleggingsrollen i departementale organer, og på den måten også en viss profesjonalisering av den. Den politisk-korporative, og dermed mer legmannspregede, ordningen med utredningsutvalg brukes mindre. Politikktutformingene skjer i stor grad i de to institusjonelt fungerende avdelinger, spesialisthelsetjenesteavdelingen og kommunetjenesteavdelingen, samt i den hovedsakelig «preklinisk» orienterte folkehelseavdelingen.

Den første avdelingen har ansvar for en nokså distinkt sektor, nesten et slags konsern, med mer eller mindre private frynsepraksiser og -klinikker av ulike slag i ytterkanten eller litt utenfor «kanten». Den annen avdeling har ansvar for flere, mindre sektorer, som deler av helsetjenestesektoren, nemlig allmennhelsetjenesten og tannhelsetjenesten (som er både offentlig og privat) og de kombinert helse- og omsorgsorienterte sektorene, omsorgen for rusmiddelavhengige og for mentalt syke. Videre har den ansvar for den lokale pleie- og omsorgstjeneste og for sosialomsorgen. Med Samhandlingsreformen (2012) integreres imidlertid i noen grad den statlige spesialisthelsetjeneste og allmennhelsetjenesten, til dels også (den lokale) sykepleie- og omsorgstjenesten. Vi beveger oss altså, som nevnt, mot et slags klinisk Helse Norge; noe som ligner mer på den britiske National Health Service, men er enda mer omfattende enn den (omsorg). Den pågående reformvirksomhet peker mot en samlet helsetjeneste-, kanskje også en samlet helse- og pleieavdeling (omsorgsavdeling), som øverste del av et, hovedsakelig offentlig, og stadig mer statlig, helsetjenestekonsern. Det kan imidlertid være at omsorgssektoren etter hvert vil bli så stor, og krevende, at den vokser frem som en mer distinkt sektor, med en egen avdeling i Departementet – en avdeling som i økende grad vil styre sektorens eier, kommunene. Om den stadig oppsplittede sosialomsorgssektor vil bli mer samlet, og slik administrativt og politisk tyngre, er usikkert. Nå er barnevernet tatt ut av Helse- og omsorgsdepartementet, og for så vidt Arbeidsdepartementet, og plassert i Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. Etableringen av dette departementet er jo ellers også et uttrykk for at en ny sosialomsorgssektor vokser frem, en sektor knyttet til de problemer en del innvandrere har. Folkehelseavdelingen fungerer som folkehelseavdeling delvis halvsektorielt, via helsetjenesten (lokalt) og gjennom sine helsetilstandsovervåkningsinstitusjoner (registre) og sine helsepedagogiske organer (som befinner seg i både direktorat og folkehelseinstitutt), og delvis fremmedsektorstyrende

(premissekspporterende). Den siste oppgaven er den dog ikke alene om; Arbeidsdepartementet spiller her også en rolle, en rolle som ligner på den det gamle 1913-departement hadde. Folkehelseavdelingen har også en oppgave knyttet til reguleringen av en sektor som er en slags søstersektor til helsetjenesten, nemlig legemiddelsektoren (vidt forstått). Den var en sektor som lenge var preget av et offentlig kontrollert fagstyre (farmakokrati), men ble kommersialisert rundt det siste århundreskifte – og styres derfor gjennom regulering, forvaltet av Statens legemiddelverk (opprettet 2001), ikke som de fleste andre sektorer, helt eller delvis «bedriftsinternt».

Etatstyringsavdelingen er også en kombinert oppstrøms- og nedstrømsavdeling, men knyttet eksklusivt til styringen av spesialisthelsetjenesten. Den skal ivareta statens eierinteresser, og er slik en slags parallell til bedrifters styre. Avdelingen har ansvar for det formelle, som de såkalte foretaksmøter, for det som gjelder det økonomiske ansvar og for prinsipielle organisatorisk-juridiske forhold. Men mens styrer i bedrifter befinner seg over den daglige ledelse, er her eieravdelingen formelt sideordnet med spesialisthelsetjenesteavdelingen. Deres roller har også over tid blitt mindre distinkte. Forsøkene på å bedriftsliggjøre styringsordningen kompliseres også av det politiske legmannsstyre: Den statlige helsetjeneste har et overstyre i Statsråden og over-overstyre i regjering og storting. Linjen nedover fra de to avdelinger kompliseres også av at de delvis går direkte nedover til sykehussektoren og delvis går via Helsedirektoratet – og av at sykehusene er organisert som regionale og det vi kunne kalle lokale helseforetagender, og som sådanne skal ha en viss frihet overfor sin eier, en frihet som understrekes ved at de har egne styrer, siden 2006 styrer som også omfatter (lokal)politikere.

Departementets rolle kompliseres, ikke minst sett fra en moderniserende synsvinkel, også ved at det har en tradisjonell regulerende rolle overfor helse- og omsorgsvesenene, en rolle som ikke minst har sitt utspring i Helserettsavdelingen. Departementet, eller staten, styrer slik sine egne, og kommunenes, tjenestesektorer både gjennom linjestyring (og med i alle fall to linjer) og generell regulering. Det fører, nærmest med nødvendighet, undertiden til styringsspenninger. På de områder hvor det også finnes private tilbydere, og der i prinsippet er en form for konkurranse, får slik staten problemer med sin styringsnøytralitet (reguleringsnøytralitet).

Budsjett- og administrasjonsavdelingene har delvis interne ledelsesroller og delvis utadrettede styringsoppgaver av ulike slag. Det siste gjelder spesielt den første avdelingen. Den har, som analytisk avdeling, viktige oppstrømsoppgaver, for eksempel knyttet til utviklingen av helsevesenets finansierungsordninger.

Helse- og omsorgsdepartementet er altså et moderniserende departement, men den varierende organiseringen av spesielt den tjenesteytende virksomhet, de krav den demokratiske legmannsstyring og de byråkratiske rettsstatstradisjoner setter, gjør at Departementet i dag fremstår som styringsmessig spenningsfylt.

Da Helsedepartementet ble til Helse- og omsorgsdepartementet, ble Sosialdepartementet til Arbeids- og sosialdepartementet. De økonomiske sider ved det sosiale arbeid ble adskilt fra de tjenesteytende og styringsmessig plassert sammen med andre sider ved det vi kunne kalle den sosiale arbeidsinntektspolitikken, (mye av) trygdepolitikken inkludert. Parallelt med den mer offensive, helsefremmende folkehelsepolitikken, skulle arbeids- og trygdepolitikken være offensiv og arbeidsmobiliserende. Politikken skulle settes ut i livet gjennom den nye, integrerte arbeids- og velferdsetat, NAV. NAV kom i 2006. Arbeids- og sosialdepartementet ble i 2006 omdøpt til Arbeids- og inkluderingsdepartementet og fra 2010 til bare Arbeidsdepartementet.

Arbeidet med arbeidsmiljøet, altså en sykdoms- og skadeforebyggende, og i noen grad helsefremmende, oppgave, er blitt liggende i Arbeidsdepartementet.

En oppsummering

Sosialdepartementet ble til som et ledd i den nye omfordelingspolitikk – og som en følge av nasjonalstatens demokratisering. Departementets oppbygning og virkemåte er stadig blitt endret, delvis som en følge av at de omfordelende og utjevnerende formål er bevart og til dels er blitt gjort mer ambisiøse. Etersom politikken er blitt fordelingsmessig, og man kunne gjerne si kvalitativt, mer ambisiøs har presset for å profesjonalisere, på modernistiske premisser, styringen økt sterkt. Moderniseringsoffensiven har gått litt i rykk og napp, men etter krigen har rykkene og nappene vært mange og er blitt stadig mer ambisiøse. Nå har vi nærmest vært inne i en sammenhengende styringsmoderniseringsprosess siden overgangen til 1990-årene. Den er et uttrykk for kunnskapssamfunnets ekspansjon – et samfunn som overlater stadig mindre rom til erfaringsbasert, leg skjønnsutøvelse. Selv om der nå stadig kommer reaksjoner på denne styringsoffensiv, av og til prinsipielle sådanne, som Helse-tjenesteaksjonen er uttrykk for, men også mer kasuistiske, nemlig når de som skulle være profesjonelle ledere blir grepet av private, egoistiske følelser og «skeier» ut, som bank- og finansfolk en tid har gjort i mange vestlige land, og nå «high tech»-ledere beskyldes for å gjøre, er det mer sannsynlig at utviklingen vil fortsette enn at den vil snu. Kunnskapsutviklingen fortsetter jo,

og kunnskapsentreprenørene lar intet område være hellig og åpent for leg synsing. Slik sett er vår frihet, tradisjonelt forstått, truet.

Sosialdepartementet er altså borte, men den institusjon som startet den sosiale politikk, nasjonalstaten, er fortsatt tilstede, mer ambisiøs enn noen sinne, både som fordelingssubjekt og som moderniseringsinstitusjon. Vi ser imidlertid at det potensial som har ligget i den nasjonale stat, og som har ført til nasjonsbygging og en viss grad av sosial utjevning holder på å bli tappet for energi. Det er ikke minst dens egen politikk, moderniseringen, som sørger for det. Den gjør nasjonalstaten som politisk enhet stadig mer for liten. Politiske oppgaver finner i økende grad sin løsning på flernasjonalt og til dels globalt nivå. Der tales om «a world of governance» og «the rise of transnational regulation».²⁴ Det gjelder også på det helse- og sosialpolitiske område. Dette er, på «vårt» område, en politikk, og en regulering, som også er preget av en kombinasjon av om- og oppfordeling og modernisering. Overgangen fra nasjonal styring til ulike former for internasjonal styring vil, selv om den vil gå gradvis, bli vanskelig, meget vanskelig, ikke minst på det helse- og sosialpolitiske område.

Ole Berg

o.t.berg@medisin.uio.no

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Postboks 1089 Blindern

0318 Oslo

²⁴ Kfr. Marie-Laure Djelic og Kerstin Sahlin-Andersson, red., *Transnational Governance. Institutional Dynamics of Regulation*, Cambridge: Cambridge University Press, 2006, s. 1.