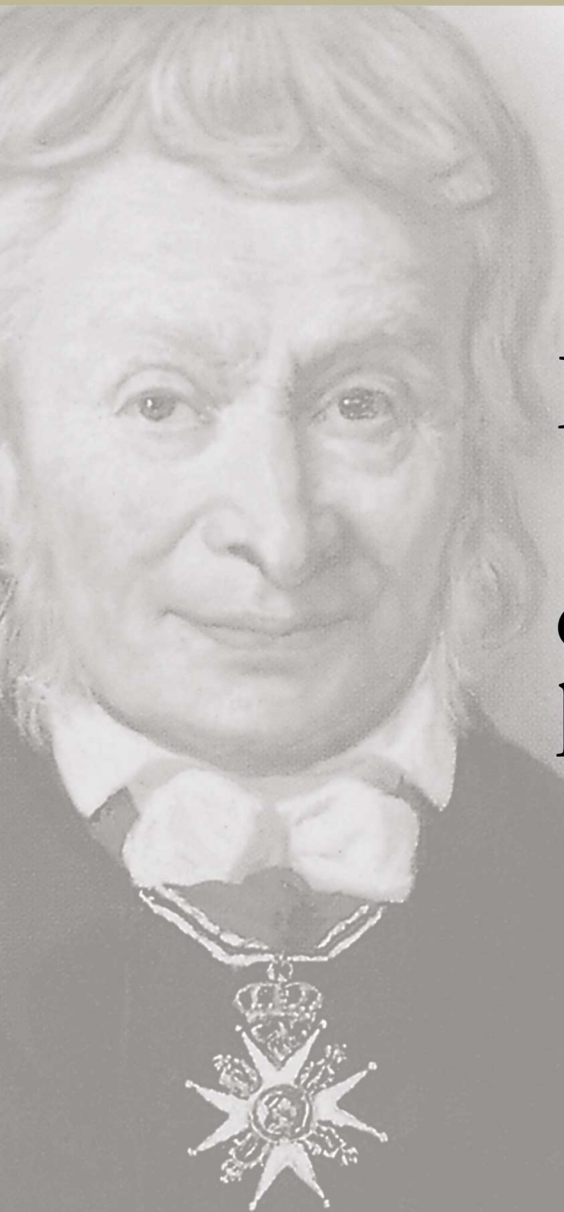


Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Formet
1970-tallet
dagens
helsetjeneste?

1/18



Michael Skjelderup

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

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

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

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

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

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

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

Ble dagens helsetjeneste formet av beslutninger på 1970-tallet?

Michael 2018; 15: 7–10.

The past three decades which have elapsed since the 1980'ies have seen fundamental shifts in the relationship between the public and the private in the financing and distribution of health-care services worldwide. There has been a decisive movement away from the post second-world-war social contract, of state provision of public health-care and protection of the public's health towards a more fragmented distribution of responsibility across public, private for-profit and not-for-profit organizations.

Ruth Prince (1)

Slik innledet Ruth Prince en omfattende artikkel her i *Michael* for et knapt år siden (1), og peker på at det siden 1980-tallet har skjedd en gradvis kommersialisering og privatisering av helsetjenestene i store deler av verden. Hun er opptatt av det bekymringsverdige ved at dette øker de sosiale ulikhetene av tilgang til helsetjenester, ikke minst ved at Verdensbanken og andre store aktører gikk inn for mer omfattende bruk av egenbetaling framfor skatter til finansieringen (2). Hun omtaler det som en bevegelse «from social solidarity to commodification of health care», dette som noen av oss har fornavnet som «varifisering av helse».

Det kan diskuteres om disse store endringene begynte på 1980-tallet eller tidligere. Mange vil hevde at de kom i kjølvannet av den såkalte nyliberale offensiven i den politiske ideologien og i verdensøkonomien etter statslederne Ronald Reagan og Margaret Thatcher. Etterkrigstidens sosiale kontrakt mellom arbeid og kapital ble svekket, den som hadde vært det ideologiske fundamentet for sosialdemokratiet i mange vestlige land. Statlig styring og offentlig drift ble ansett å være mindre «effektiv» enn det man fikk til i det private næringsliv, og ledelsesmodeller fra næringslivet ble introdusert på mange områder, også i helsetjenesten (3). Markedets usynlige hånd fikk en slags renessanse (4). Og vi fikk helseforetaksreformen under daværende helseminister Tore Tønne i 2002.

I dette nummeret av *Michael* blir vi invitert til å rette blikket bakover, med spørsmål om hvilke beslutninger og ideologiske trender som har formet dagens norske helsetjeneste. Vi må tilbake til – ikke 1980-tallet, men enda et hakk bakover – til 1970-tallet, skriver Ole Berg i en omfangsrik artikkel (5) om hvordan styrings- og ledelsesideologier gjennomgikk dramatiske endringer etter Karl Evangs abdisering som mektig helsedirektør i 1972 (6). Det 20. århundre sluttet med 1970-årene, skriver Berg polemisk.

Mange i min generasjon vil nikke gjenkjennende både til hans skildring av etterkrigstidens «Karl Evang-epoke», med et helsevesen i ekspansjon under sterk statlig styring, og til de senere reformene som sendte Helsedirektoratet ut av Sosialdepartementet og gjorde distriktslegene til kommuneleger. Vi får et interessant innblikk i hva som foregikk i kulissene, både faglig og politisk, med gjennomgang av den tids skiftende ledelsesideologier, de fleste adoptert fra USA. Men Berg tar oss lengre tilbake, og gir oss statsvitenskapelige og økonomifaglige leksjoner i forholdet mellom stat og folk, med glimt helt fra renessansen til Berlinmurens fall i 1989. Han forsømmer ikke helt helsetjenestens plass – heller ikke når han omtaler de senere årenes utvikling mot det han kaller «post-nasjonale, transnasjonale og territoriale regimer».

Ole Bergs betraktninger om betydningen av 1970-tallet som et tidsskille får støtte med Kristian Hagestads gjennomgang av sentrale hendelser i primærhelsetjenesten mellom 1967 og 1984, året da Lov om helsetjeneste i kommunene ble iverksatt, og distriktslegene ble historie (7). Også han legger vekt på at Norge i denne perioden var på vei «vekk frå etterkrigstid og sosialdemokratisk orden med harmoni og homogenitet». Hagestad gir oss et førstehånds blikk, et slags «vitneseminar» alene (8), med hovedvekt på de samfunnsmedisinske sidene av denne post-Evang-epokens hendelser. Men han tar også for seg allmennmedisinens utvikling, fra krise på 1960 og -70-tallet, til veksten og den nye faglige entusiasmen som preget faget gjennom 1980-årene. Akademiseringen av allmennmedisin, etter opprettelsen av det første professoratet i allmennmedisin i Oslo i 1968, og Bent Guttorm Bentsens utgivelse av sin refuserte doktorgradsavhandling, får også sin tenksomme omtale (9).

Men så bærer det rett inn i vår egen tid med Ivar Sønbo Kristiansens refleksjoner over kriser i primærhelsetjenesten (10). *Kriser* – i flertall, for han minner oss om at dagens krise i fastlegeordningen bare er enda en av mange liknende kriser i rekruttering og legefördeling i primærhelsetjenesten her til lands (11). Han skriver at vi i 1974 hadde én primærlege pr 2.400 innbyggere, mens vi i 2016 hadde én per 1.130 innbyggere, altså en nær doubling av primærlegetekningen i dette tidsrommet. Veksten av antall leger i

sykehusene har imidlertid vært enda sterkere. Svaret ligger ikke i mer vekst, men i prioritering, hører vi ham si. Eller sørge for at også fastleger får mer tid til å gjøre legearbeid, sier denne forfatteren.

Disse tre tilbakeskuende artiklene (5,7,10) inviterer oss umiddelbart til å tenke framover. Hva er det ved dagens ideologiske og politiske trender som kommer til å prege norsk helsetjeneste i årene som kommer? Blir det mere stat, mere styring eller mere marked og privatisering?

Utviklingen i USA, der vi så ofte henter ideologier og ser etter ledelsesguruer, lover ikke godt, etter at sittende president Trump har fått gjennomslag for at helsetjenesten der fortsatt skal være en vare på det amerikanske forsikringsmarkedet. Så innbarket er denne forestillingen at en helt fersk og mye omtalt kritisk gjennomgang av deres helsevesen ikke kommer opp med annen motstrategi enn at vi – *de* – som pasienter, må bli mer kritiske «shopper» (12): Lese alt med liten skrift, ikke stole på forsikringsselskapene, og ikke godta skyhøye legeregninger. Senator Bernie Sanders rop om en avbyråkratisert og enhetlig single-payer helsetjeneste får foreløpig lite gehør. Hans forslag om at USA kan spare en halv million helseforsikringsbyråkrater på et single-payer system, blir ikke forstått.

Stort lysere ser det ikke ut i England, med deres lovpriste NHS – National Health Service, som under Tony Blairs regjeringstid ble formet av New Public Management-ideer med omfattende måle- og telleregimer (13), og nå markedsrettes mer åpenlyst med ideer fra amerikanske helsetjenestekjeder (14,15).

Her hjemme vokser omfanget av private behandlingsforsikringer, såpass at vi nå har en halv million nordmenn som kommer til oss fastleger med forventning om å komme først i køen. Fortsatt blir de aller fleste av disse tatt godt vare på i vårt offentlige helsevesen i rimelig tid, så etterspørselen etter slike forsikringer ser ut til å bremse noe opp. Vår helseminister Bent Høie har hittil vært litt tilbakeholden med å slippe lege-shoppingen helt løs, selv om frie behandlingsvalg og private forsikringer fortsatt er på dagsordenen under den sittende regjering.

Fastlegeordningen kan bli den store prøvesteinen. Hva årsaken til dagens krise enn måtte være – økonomisk utrygge og overarbeidede fastleger kan vise seg å være den offentlige helsetjenestens svakeste ledd (14).

Litteratur

1. Prince R. Universal Health Coverage in the Global South: New models of healthcare and their implications for citizenship, solidarity, and the public good. *Michael* 2017; 14: 153-72.
2. Lancet, editorial. The struggle for universal health coverage. *The Lancet* 2012; 380(9845): 859.
3. Waitzkin H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Journal of the American Public Health Association* 1994; 84: 482-9.
4. Westin S. The market is a strange creature: family medicine meeting the challenges of the changing political and socioeconomic structure. *Fam Pract* 1995; 12: 394-401.
5. Berg O. "Det 20. århundre sluttet i 1970-årene". Betragtninger om 1970-årenes styrings- og ledelsesrevolusjon og hvordan den traff medisinalvesenet. *Michael* 2018; 15: 11-39.
6. Larsen Ø. Karl Evang – det opplyste eneveldets siste representant? *Michael* 2016; 13: 221-6.
7. Hagestad K. Norsk primærhelsetjeneste på 1970-tallet – oppbrott, strid og ny giv. *Michael* 2018; 15: 40-58.
8. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø. Hva husker vi? Aktørseminar om allmennmedisin. *Michael* 2009; 6: 7-10.
9. Bentsen BG. *Illness and General Practice*. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.
10. Kristiansen IS. Krise i primærlegetjenesten – et førtiårsperspektiv . *Michael* 2018; 15: 59-63.
11. Christiansen TW, Sandvik H. Fastlegeordningen forvitrer – hva nå? *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; DOI: 10.4045/tidsskr.17.0856
12. Rosenthal E. *An American Sickness. How healthcare became big business and how you can take it back*. New York: Penguin Press, 2017.
13. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael* 2011; 8: 423-7.
14. Westin S. Råkjør mot engelsk allmennpraksis. *Utposten* 2015; nr 2: 38-41.
15. Pollock A, Roderick P. Why we should be concerned about accountable care organisations in England's NHS. *BMJ* 2018;360:k343 doi: 10.1136/bmj.k343 (Published 30 January 2018).

Steinar Westin

Fastlege ved Mathesongården legesenter

og

Professor emeritus ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Trondheim

steinar.westin@ntnu.no

«Det 20. århundre sluttet i 1970-årene»

Betraktninger om 1970-årenes styrings- og ledelsesrevolusjon og hvordan den traff medisinalvesenet

Michael 2018;15: 11–39.

Det som skjedde i 1970-årene, kan sees på som avslutningen av det 20. århundre og begynnelsen på det 21. Skiftet ble blant annet preget av at styringen og ledelsen av de fleste samfunnssektorer, også helsesektoren, ble fagliggjort og profesjonalisert. Denne utviklingen hadde startet allerede med overgangen til moderne tid, men skjøt for alvor fart fra 1970-årene. I helsevesenet ble det markert gjennom fremleggelsen av St.meld. nr. 9 (1974–75). Meldingen ble grunnlaget for den senere reformvirksomhet i helsevesenet i Norge. I de første tyve årene ble den filosofi meldingen representerte, møtt med mye motstand. Men, etter påvirkning fra andre land og andre sektorer, slo den nye styrings- og ledelsesform for alvor igjennom også i Norge fra midten av 1990-årene. Denne styrings- og ledelsesreform har i de fleste land vært mer preget av venstreliberal planstyring enn av høyreliberal konkurranse mellom mange private tilbydere.

I mai 1975 diskuterte Stortinget den viktigste melding på det medisinalpolitiske område, i alle fall siden krigen. Det var St.meld. nr. 9 (1974–95) *Sykehusutbygging m.m. i et regionalisert helsevesen*. Meldingen inneholdt den første norske sykehusplan. Medisinaldirektoratet hadde begynt å forberede en slik plan allerede i 1934, i regi av sekretær Sigurd Bu (1885–1945). Han hadde samlet inn et meget stort tallmessig materiale om sykehusene da krigen brøt ut¹. Medisinaldirektør Karl Evang (1902–1981), som tiltrådte sitt embete senhøstes 1938, skrev og talte om sykehusutbyggingen under

¹ Sigurd Bu, *Sykehusene i Norge*, Oslo: Medisinaldirektoratet, 1941.

krigen og etterpå². Han fikk også, etter en del tid, nemlig i 1957, oppnevnt en sykehusordningskomite³. Forsommeren 1969 førte den til at landet fikk den første sykehuslov – hvis vi ser bort fra psykiatriloven, som kom i 1961. Loven bygget imidlertid ikke på noen plan, om den enn inneholdt planelementer om eierskap og finansiering. I løpet av etterkrigstiden hadde medisinalforvaltere og mange i fagmiljøene begynt å sondre mellom lokal- og sentralsykehus. Nå var man også begynt å tale om regionsykehus. Denne sykehusklassifiseringen ble sentral under utarbeidelsen av stortingsmeldingen.

Planen, kjent under betegnelsen «nr. 9», kom altså først våren 1974 og ble vedtatt av Stortinget våren 1975. Planen, som egentlig var en plan for hele medisinalvesenet, ble laget i Helsedirektoratet, som Medisinaldirektoratet etter krigen ble omdøpt til – etter initiativ fra den svært folkehelseorienterte, og nesten litt klinikkskeptiske, helsedirektør. Den ble, nærmest i sin helhet, skrevet av den mest offensive og interessante planlegger og strateg norsk medisin har fostret siden Frederik Holst (1791–1871), «venstre-medikraten» Jo Eirik Asvall (1931–2010), overlege (1973–1976) i direktoratets sykehuskontor. Asvall skrev planen, nærmest egenhendig. Han fikk litt bistand i sitt kontor, og av noen av de andre kontorene, og tok med seg mange av de erfaringer han hadde gjort gjennom god kontakt med Sosial-

2 Kfr. spesielt de to foredrag han holdt på Den Norske Sykehusforenings årsmøter/landsmøter i 1946 og 1949: «Norsk sykehuspolitikk», foredrag 13. mai 1946, og «Statens sykehuspolitikk», foredrag mai 1949; begge trykt i *Meddelelser fra Den Norske Sykehusforening* de aktuelle år. I foredraget i 1946 sa han at «Generalplanen for sykehus i vårt land er i dag i rask utforming, for en del fylker allerede ferdig» (s. 20). I foredraget i 1949 sa han blant annet: «Når det gjelder behandlingsmåten er landsplanen for sykehusene i hovedtrekk utarbeidet. Det hadde vært sosialministerens forutsetning å legge fram denne melding for Stortinget i sommer (1949) og helst så tidlig at Stortinget kunne få behandlet den før det gikk fra hverandre og enda fått rimelig tid på behandlingen» (s. 12). Slik skulle det imidlertid ikke gå. Han fikk ikke fremlagt noen landsplan, men dyttet, mer pragmatisk, i stedet på fylkeskommunene og andre sykehuseiere for å få dem til å påskynde planarbeidet. Dette kom blant annet frem i noen «bemerkninger» han gav på fylkeslegemøtet i Oslo 31.10. 1952 (*Meddelelsesblad for Helsedirektoratet*, 5. årg., nr. 2, 1952, s. 1–6). I et nytt foredrag i Den Norske sykehusforening (1.6. 1962), ti år før han gikk av, sa han litt om hvorfor sykehusplanen ikke var kommet. Han skriver at det «skortet» på «forståelse hos almenheten og hos de folkevalgte bevilgende myndigheter for den *differensiering* og *spesialisering* som hadde funnet sted på helsevesenets område og som burde komme til uttrykk i samme øyeblikk man begynte å bygge sykehus». Han nevner også ressursmangelen, først den materielle, så den menneskelige (personell). Deretter redegjør han mer praktisk for hvilken utbygging som faktisk hadde skjedd. Han er taus om landsplanen, og nevner den ikke siden. (Foredraget er trykket i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1962; 82 (18): 1195–201.)

3 Den kom med sin innstilling i 1959. Komiteen var ledet av stortingsrepresentant Harald Selås (Ap) (1908–1986).

komiteens medlemmer, blant annet på en utenlandstur⁴. Asvall ble ansatt under Evang (som spesiallege høsten 1971), etter anbefaling fra direktør på Radiumhospitalet, Reidar Eker (1903–1996), Evangs venn og tidligere studiekollega⁵. Planarbeidet startet imidlertid etter at Evang høsten 1972 var gått av. Asvall så, da han begynte i direktoratet, frem til å møte sin radikale åndsfrende, men stusset litt da han etter ansettelsen fikk se hva planlegging betydde i direktoratet: «..han hadde jo skrevet bøker om planlegging som jeg hadde lest. Så da jeg kom til Helsedirektoratet så ventet jeg å finne et sånn gjennomorganisert og planlagt system, men det var det jo ikke. Det var bare noe han fortalte om når han holdt foredrag på Johns Hopkins»⁶.

Asvall hadde fått i oppdrag av Eker å lage planer for Radiumhospitalets kreftbehandling. Der lærte Asvall, på egen hånd, men basert på eget planinstinkt, å lage planer. Han samlet inn tallbaserte data om driften og brukte disse som utgangspunkt for å beregne hva som kunne og burde skje, gitt hospitalets oppdrag. Det var dette planinstinkt, pluss en relativt fersk forståelse for politikken legmannslogikk, han brukte da han laget planen. Hans nye sjef, helsedirektør Torbjørn Mørk (1928–1992), var nok også en slags sosialist, men enda mindre en planlegger enn Evang og svært mye mindre av en strateg. Asvall laget planen uten Helsedirektørens medvirkning, ja, som nevnt, uten nesten noen annens medvirkning.

Normalt ble på denne tiden planer til på en halvpolitisk, korporativ måte gjennom interessentdominerte offentlige utvalg. Sykehusloven ble f.eks til slik. Asvall var ennå for fersk i forvaltningen til at han var oppmerksom på det som nå var blitt skikk i et etter hvert svært korporativt norsk politisk system. Han ble, pussig nok, heller ikke fortalt det av noen, ei heller av en helsedirektør som ennå var en medisinalpolitisk novise. Da jeg høsten 2008 snakket med Asvall om hans planarbeid, lo han og sa at det var først nå, altså i 2008, at han ble gjort oppmerksom på hva som hadde vært norsk politikktutviklingskikk.

Asvalls plan gikk ut på å klassifisere medisinske tilbud etter tilbudets art og behov og etterspørsel, og så regne ut hvor mange tilbud det var rasjonelt

4 Asvall samarbeidet spesielt med en liten gruppe av personer i Direktoratet som tenkte som ham. I et intervju jeg hadde med ham 18.12. 2008 sa han: «..vi var en gruppe i Sykehuskontoret. (Otto) Steinfeldt-Foss bidro til psykiatrien. Vi hadde også Idunn Haldal Haugen (for sykepleien)». Han la til: «I direktoratet den gangen var det litt to grupperinger. OS-F og jeg så nokså likt på det meste. Idunn var også med slik. (Alfred) Kvalheim (Planleggingskontoret) var også på vår linje, men en mer forsiktig general. Resten av Direktoratet var mer tradisjonelle».

5 Asvall begynte som klinisk onkolog ved Radiumhospitalet i 1963, og ble leder for hospitalets utviklingskomite i 1965. Arbeidet i komiteen bestod i å lage en plan for utviklingen av kreftomsorgen ved hospitalet. Det var gjennom dette arbeidet Asvall fikk sans for «management» og planlegging. Da han i november 1971 begynte som spesiallege i direktoratet, var det imidlertid ikke hans mening å gå over i helseadministrasjon. Han skulle være der et år eller så, for å lære. (Fra intervjuet.)

6 *Ibid.*

å ha og hvor de burde ligge. Som en tilleggsfaktor ville han ta hensyn til tilbudets omkostninger. Behov med lavt volum måtte da konsentreres på få steder, behov med høyt volum kunne spres langt mer. En del behov kunne ikke spres så mye som befolkningsgrunnlaget skulle tilsi, fordi de kostet så meget. For så vidt som medisinen ble stadig mer spesialisert, og stadig mer avhengig av stadig mer komplisert og kostbar teknologi, var altså planen i realiteten en dynamisk sentraliseringsplan. Det var en plan det ikke var politisk enkelt å vinne tilslutning for i et tynt og grigrendt befolket land. Asvall understreket imidlertid at tilbud burde legges på det laveste effektive omsorgsnivå, altså baseres på det såkalte LEON-prinsipp. Men hans plan innebar at dette nivået stadig ville stige. Vel så viktig for ham som den geografiske fordelingen var det at tilbudsfordelingen ble tilpasset den medisinsk-teknologiske utvikling.

Asvalls plan var først og fremst en medisinsk-organisatorisk plan. Det lå imidlertid implisitt i den en teknisk preget ledelsestenkning. Ledelsen skulle være «rasjonell», på et vis «vitenskapelig». Den var således om ikke basert på, så tilpasset, den tanke som nå vant frem, om at finansieringen, i første rekke av det spesialiserte medisinalvesen, burde være basert på rammebevilgninger⁷. De som ledet klinikken kunne ikke bare lede ut fra «ukritisk» behovsbaserte hensyn. Det utgiftspress som lå i sykeforsikringen, og som pasienter og leger var de fremste bærere av, måtte balanseres av en ledelsesbasert omkostningsbevissthet. Men Asvall fortsatte å være en medikrat, om enn nokså venstreorientert: Legene skulle lede. Han gav slik behovstilpassningen en slags forrang og var kritisk til de systemendringer som nå kom, for eksempel med delingen av Helsedirektoratet i 1983. Man kan si han var skeptisk til endringene både av etiske grunner og av hensyn til måten han forstod medisinen på: Den krevde fortsatt i stor grad et betydelig innslag av skjønnsutøvelse. Bare de som selv kunne utøve slikt skjønn, kunne lede dem som utøvet det.

Asvalls plan hadde imidlertid en «dødelig» svakhet. Den forutsatte innholdsmessig at de som skulle lede, forstod planens intensjoner og var tro mot dem. Den forutsatte altså en «nøytral», profesjonell ledelse. Det var ikke minst en ledelse som kunne heve seg over de mange «sireners sang». Men Asvall var blitt påvirket av de sentrale, legmannstenkende «sirener», (lokal)politikerne. Han ville legge det politiske styre av den sekundære klinikk til fylkeskommunene og den primære til kommunene. Som stemningen var i landet i 1970-årene, var noe annet umulig. Dermed sørget han

⁷ Asvalls kollega i Planleggingskontoret, Alfred Kvalheim, ledet det utvalget som foreslo innføring av rammefinansiering i sykehusvesenet; kfr. NOU 1977: 22 *Finansiering av helseinstitusjoner*.

for at planen ikke kunne realiseres fullt ut etter intensjonene, spesielt ikke hva sykehusene angikk.

I viktige henseender ble planen fulgt, men de problemer som oppstod, skyldtes makt delen av planen. Selv om planen ikke var politisk tydelig, tok politikerne medikratinedbyggende konsekvenser av den. Under det gamle regime gikk det en nokså dominerende faglinje fra Helsedirektøren via, eller utenom, fylkeslegene ned til de administrerende overleger på sykehusene og distriktsleger i lokalsamfunnene. Disse linjene gikk i noen grad også videre til privatpraktiserende spesialister og allmennpraktikere. I kjølvannet av Asvalls plan ble disse linjene i hovedsak brutt.

Evang så dette noen måneder før han ble rammet av slag og ble satt ut av spill, spesielt når det gjaldt linjen ned til distriktslegene. Han protesterte dramatisk i to artikler i *Aftenposten* vinteren 1976⁸. Hans etterfølger oppdaget nå gradvis at han også var en slags medikrat og meldte seg som protestant mot de styringsreformer som nå kom, men først senhøstes 1977, nesten to år etter at hans forgjenger hadde «sagt fra», og for så vidt hadde etterlyst Helsedirektørens synspunkter. Sykehusene var da allerede en tapt sak, men han fortsatte å mislike at de skulle styres fylkeskommunalt, som de for alvor ble fra 1976, og begynte nå å slåss mot kommunaliseringen av det primære medisinalvesen. Han, som siden han ble helsedirektør hadde talt bekreftende om samarbeid, og hadde kritisert «leger som fremdeles ikke innser eller avfinner seg med at denne stand ikke lenger har monopol på helsearbeid... og at legen ikke lenger er den selvskrevne leder på alle funksjonsområder»,⁹ tonet, for første gang, flagg som medikrat i et foredrag i Tromsø i november 1977. Her uttalte han blant annet:

«Jeg har selv for en del år tilbake vært en ivrig talsmann for en sterk grad av samordning, for ikke å si integrering, blant annet mellom trygde-, sosial- og helsesektorene. De erfaringer vi senere har høstet har gjort at jeg har moderert mitt syn. Jeg tror ikke at tiden er inne for integrering. Jeg tror erfaringen har lært oss at det faglig sett ikke er ønskelig og ikke er nødvendig»¹⁰.

Bittert sloss han også mot at han selv skulle bli frakoblet politikken og gjort til leder for et vingestekket og utflyttet (fra departementet) helse-

8 *Aftenpostens* aftenummer 6. og 7. januar 1976. Evang mente forslagene om å integrere primærhelsevesenet i det videre, kommunale sosialvesen ville innebære å ødelegge grunnmuren i det norske sunnhetsvesen.

9 Åpningsforelesning ved Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, 16. August 1976: «Tanker omkring samarbeid i helsetjenesten», foredrag nr. 7-1976 (Mork-samlingen, Statens helsetilsyn). Sitatet er fra s. 13.

10 «Problemer omkring primærhelsetjenesten», foredrag, NKS-konferanse om primærhelsetjenesten, Tromsø, november 1977 (dato ikke oppgitt, men manuskriptet er skrevet ut i Direktoratet siden, nemlig den 17.2. 1978). Mork-samlingen, foredrag 5-1977. Sitatet er fra s. 9.

direktorat. Han tapte naturligvis og ble plassert på sidelinjen senhøstes 1983. Resten av sitt liv sloss han mot politikere og det departement han var satt under administrasjon av. Han døde på sin post, høsten 1992, knapt 64 år gammel, etter en Pyrrhos-seier i Stortinget natten mellom den 15. og 16. juni det samme året¹¹.

I løpet av 1980-årene kom det et styrings- og ledelsesfaglig angrep på det politiske lekmannsstyret, altså demokratiet, i vårt land som ellers i Vesten. Dette angrep førte etter hvert frem. Det er i og med dét styrings- og ledelsesrevolusjonen, som fagdrevet revolusjon, for alvor slo igjennom og markerte overgangen til en regimemessig ny tid.

Men for å forstå dybden i den «revolusjon» som nå skjedde, er det nyttig å gå litt tilbake i tid. Jeg skal gå helt tilbake til Renessansen, men bruke svært bred pensel når jeg tegner et bilde av utviklingen.

Et styringshistorisk tilbakeblikk

Den dynamiske kraft i utviklingen er fagligheten. Renessansen markerer ikke bare en slags gjenfødelse. Mer markerer den starten på et brudd med fortiden, den nære (den kristne Middelalderen), men til dels også den fjerne (Antikken). Den representerer den sekulære faglighetens ekspanderende gjennombrudd. Denne faglighet markerte seg på alle felt, også medisinen og styringen og ledelsen. Den vant frem i svært stor grad på de naturvitenskapelige felt, om enn slik at medisinen stadig ble forstyrret av lekmannsinnslag og for så vidt av alternativ faglighet. På styringens og ledelsens område vant den også frem, men møtte her langt større motstand fra den lege folkelighet. Historien er derfor på dette «metaområde», en historie om dragkamp mellom faglighet og det vi i dag gjerne kaller populisme, eller lekmannsskjønn. Styrings- og ledelsesfagligheten ble dog også, og langt mer enn medisinen, preget av fagstrid.

Litt upresist sagt, med Renessansen vokste nasjonalstaten, men særlig i vest og nord av Europa, frem som den dominerende politiske enhet. I tiårene etter Den annen verdenskrig var den nesten blitt den globale politiske enhet, selv om en del enheter fortsatt hadde imperial karakter, som Sovjetunionen (frem til slutten av 1991), og andre enheter hadde et ustabil nasjonalt grunnlag. FN bygde, og bygger, imidlertid på nasjonalstaten.

Den nasjonalstaten som vokste frem for ca. 500 år siden, vokste frem som en kongelig basert enhet. Den var «moderne». Den slo seg frem ved å

11 Stortingets flertall la nærmest Regjeringens proposisjon om endring av Helsetilsynsloven til side og vedtok at Helsedirektoratet ikke, som Regjeringen ønsket, skulle deles opp i flere deler, men omdøpes til et helsetilsyn. Men slik ble det ytterligere vingestekket. Vingestekkingen av det gamle direktorat ble ført videre i 2002, da Helsetilsynet ble fratatt også forvaltningsoppgavene og et nytt helsedirektorat ble opprettet.

slåss oppover, mot de overnasjonale enheter, som det hellige tysk-romerske keiserrike og den romerske kirke og nedover, mot føydale enheter av ulike slag og de mer eller mindre frie byer. Den sloss på den økonomiske side mot adelen og på den kulturelle mot den «universelle» kirke. Den gjorde det i allianse med det fremvoksende borgerskap på den økonomiske side og det sekulære, vitenskapsbaserte samfunn på den kulturelle side, men i nord-vest lenge også med de opprørske protestanter.

Det var disse to allierte, det økonomiske borgerskapet og (den sekulære) intelligentsiaen, eller det akademiske borgerskap, som representerte det moderne. Handels- og siden industriborgerskapet var preget av økende grad av lek driftighet og nyskapning. I lengden ble det imidlertid mer og mer påvirket av, og til slutt helt avhengig av, det akademiske borgerskap. Det var det siste som gav stadig flere av premissene for den økonomiske innovasjon. Det var også dette siste som både gav stadig flere av premissene for den ekspansive nasjonalstats styring. I økende grad ble de også styringsapparatet, som et styringsborgerskap; fra det 19. århundre av gjerne også omtalt som byråkratiet, særlig i de germansktalende land (med unntagelse av de angelsaksiske).

Den første fase, tiden frem til midten av det 18. århundre, var preget av statskonsolidering og statsbygging, innad som utad, med den statlige administrasjon og det statlige rettsvesen som én pillar – opptatt av penetrasjon av (lokal)samfunnet, krigsmakten som den annen – opptatt av beskyttelse mot og konkurranse med rivaliserende nasjonalstater. Tredveårskrigen (1618–1648) og Westfaler-freden ble symbolske begivenheter for utviklingen, men skapte også det maktpolitiske grunnlag for nasjonalstatssystemet (i Europa). Denne fasen endte mange steder med det som misvisende kalles enevælde: Kongen fikk stor diskresjonær myndighet, men samfunnsstyringen var langt fra gjennomgripende. Den styringsfaglighet som nå vokste frem var hierarkisk preget, eller «planpreget». Den ble blant annet omtalt som merkantilisme¹².

Innad ble styringen preget av at maktoppbyggingen ble utvidet nedover i samfunnet. Befolkningen ble mer og mer sett på som en ressurs som måtte foredles, gjennom utdannelse, befolkningspolitikk – inkludert «sunnhetspoliti». Statsstyringen ble altså mer og mer «mobiliserende». Mobiliseringen

12 Mer eller mindre parallelt med fremveksten av det nasjonalstatlige eneveldet utviklet også ulike statsvitenskaper seg. Kjernen i disse ble på Kontinentet jusen (offentlig rett) og statshusholdningsvitenskapen (merkantilisme), til dels også (den institusjonelle) stat-istikken. Der ble også talt om en politivitenskap; (folke)helsepolitikken ble omtalt som medisinal- eller sunnhetpoliti. I England ble det talt om politisk økonomi. Men noen samlende statsvitenskap kom ikke, verken på Kontinentet eller i de engelsktalende land. Den statsvitenskap som ble utviklet fra annen halvdel av det 19. århundre ble en empirisk-forklarende, ikke en anvendt, politikkvitenskap.

kom snart også til å gjelde utbyggingen av infrastruktur, som veier og havneanlegg og utover i det 19. århundre, jernbane og siden telegraf.

I annen halvdel av det 18. århundre, altså i opplysningstiden, ble den planpregede styringsfaglighet utfordret av den nye, skotsk-baserte, økonomikken. Den gikk ut på at staten skulle skape rammebetingelsene for konkurranse mellom tilbydere om etterspørres gunst, men også selv sørge for det de (klassiske) økonomene siden skulle kalle «offentlige goder», goder som i liten eller ingen grad blir skapt i konkurransemarkedet¹³. Denne «alternative» styringsfaglighet ble snart den dominerende, særlig i Vest-Europa og i de britisk-baserte nybygger-samfunn i vest og syd. Den preget samfunnsstyringen inntil slutten av det 19. århundre. Men ettersom kombinasjonen av et aktivt næringsborgerskap og ny (ingeniør)faglighet vokste frem, og skapte den industrielle revolusjon, ble de små, håndverks- og laugspregede tilbydere raskt utfordret og til dels erstattet av kapitalisteide store foretagender, ikke minst fabrikker. I disse kom den «synlige hånd» tilbake, og vi fikk et nytt oppsving for planledelsen, ikke minst i USA, det landet som nå overtok det økonomiske moderniseringsinitiativ¹⁴. Utviklingen ble teoretisk summert opp, og symbolisert, gjennom mekanikkingeniøren Frederick Winslow Taylors (1856–1915) meget innflytelsesrike bok *The Principles of Scientific Management*. Den kom i 1911.

Fagfolk på styringens og ledelsens område spilte slik en økende rolle, spesielt fra opplysningstiden av. Men fagfolkene, i samarbeid med det økonomiske borgerskap, ble stadig utfordret av lekfolket, enten det befant seg på toppen av samfunnet, som Kongen og siden politikerne, eller (stadig) lenger nede i samfunnet. Lederne lot seg av og til friste av de muligheter for maktutøvelse den nye faglighet representerte, teknisk og styringsmessig, delvis for å utvide sin egen makt og delvis for å styrke nasjonen. Nasjonsbyggingen hadde også skapt nasjonalisme og en ny form for identitetspolitikk. Napoleon brukte nasjonalismen og fagligheten for å utvide sin egen makt. De gamle dynaster i Sentral- og Øst-Europa brukte i 1914 den nye fagligheten til å forsøke å bevare sine familiers makt og den identitet histo-

13 Offentlige goder defineres gjerne som goder preget av lav (ingen) grad av eksklusjonerbarhet og lav (ingen) grad av rivaleri. Det vil si, når et gode, som trygghet eller frisk luft, er skapt, kan man ikke ekskludere noen, for eksempel noen som ikke vil betale for godet, fra adgang til det; ei heller er det slik at når én nyter godet reduserer det ikke andres mulighet for å nyte det. Vanligvis ansees den amerikanske økonomen Paul A. Samuelson som begreps skaper. Han lanserte sin teori om offentlige goder i artikkelen «The Pure Theory of Public Expenditure» (*Review of Economics and Statistics* 1954; 36 (4): 387-89.) Begrepet og teorien er siden gjort til gjenstand for en omfattende litteratur og en betydelig grad av differensiering. Denne differensieringen har også bidratt til, som vi skal se, en betydelig raffinering av samfunns- og til dels bedriftsstyring og -ledelse.

14 Den amerikanske bedriftshistorikeren Alfred D. Chandler Jr. (1918–2007) har gitt den klassiske beskrivelsen av denne utviklingen, kfr. hans *The Visible Hand. The Managerial Revolution in American Business*, Cambridge MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 1977.

riens mystikk hadde skapt rundt dem. De tyske nazister utnyttet fagligheten for en nesten mystikkbasert nasjonalistisk identitetspolitikk. Fagligheten lot seg altså stadig utnytte for ulike personlige og identitetsmessige formål.

Men andre legmenn, «folk flest» eller ulike grupper utenfor den øverste maktssfære, spilte også en rolle for utviklingen. Ettersom den kongelig drevne maktoppbyggingen gikk over til en dypere nasjonsmobilisering og modernisering, reagerte spesielt borgerskapet på innslagene av vilkårlighet i statsstyret. Der kom derfor, i tiden etter Napoleons (1769–1821) fall, stadig mer høylytte krav om at staten, eller Kongen, måtte styre på en mer forutsigbar måte. Der kom krav om at statsstyret måtte bli rettsstatlig. Det var et krav Kongens egne forvaltere også hadde sans for, spesielt hvis de var jurister, hvilket de fleste på Kontinentet og i Norden var, men også hvis de representerte den ennå bare fremvoksende statshusholdningsvitenskapen, eller den politiske økonomi (i Storbritannia). Den «eneveldige» staten ble slik gradvis temmet og gjort til en rettsstat frem mot midten av det 19. århundre. I Norge ble den nærmest en juriststat, eller som den, mer generelt ble kalt, en embetsmannsstat.

Men presset nedenfra, som moderniserings- og mobiliseringspolitikken langt på vei hadde skapt, ble bare forsterket av rettsliggjøringen av staten. Den allmennfolkelige utfordring av elitefolkeligheten førte snart til krav om at maktutøvelsen ovenfra måtte demokratiseres. Det begynte å skje i annen halvdel av det 19. århundre og var, i de fleste vest-europeiske og «fjern-europeiske» land fullført før Den første verdenskrig. En utvikling som hadde startet gjennom kongelig-statlig aktivisme, altså som en slags høyrepolitikk, ble slik gradvis mer venstrepreget, først gjennom rettsstats-offensiven, så gjennom demokratiseringspresset, og, da det var i ferd med å føre frem, gjennom krav om at staten måtte bidra til å skape velferd for alle. Omkring det forrige århundreskifte startet omfordelingsrevolusjonen i de fleste vest-europeiske og til dels også fjern-europeiske land (med USA som delvis unntak). Den revolusjonen var fullført i løpet av 1950- og 1960-årene i nesten alle disse land, og altså delvis bortsett fra i USA. I tabell 1 er det gitt en skjematisk oversikt over utviklingen, med vekt på utviklingens politiske logikk. Oversikten er inspirert av Stein Rokkans stats- og nasjonsbyggingsmodell¹⁵.

15 Kfr. Stein Rokkan, "Dimensions of state formation and nation-building: A possible paradigm for research on variations within Europe" I: Tilly C. (red.) *The formation of national states in Western Europe*. Princeton: Princeton University Press, 1975, s. 562-600. På norsk som «Dimensjoner ved statsdannelse og nasjonsbygging: Et mulig paradigme for utforskning av variasjoner i Europa» I: Rokkan S. *Stat, nasjon, klasse*, Oslo: Universitetsforlaget, 1987, s. 347-80.

Tidsperiode	Fase	Innflytelsesretning	Symbolisk hendelse
1500	1. Statsbygging	Ovenfra og ned	Renessansen
1600	Kulminering av statsbyggingen	Enevelde	30-årskrigen: 1618-1648. Westphalerfreden
1700	2. Nasjonsbygging og modernisering	↓	
1750	Det moderne gjennombrudd: Opplysningstiden		Den franske revolusjon
1800	3. A. Innføring av rettsstaten	↑	Julirevolusjonen, 1830
1850	3. B. Demokratisering		Februarrevolusjonen, 1848
1900	4. Omfordeling: staten blir velferdsstat	Nedenfra og opp	Den russiske revolusjon, 1917
1950	Kulminering av velferdsstatsbyggingen		
2000	5. Nasjonalstatens relative betydning begynner å svekkes	↑ Både ovenfra og ned og nedenfra og opp	Berlinmurens fall, 1989; kommunismens sammenbrudd 1991
2050	Fremveksten av post-nasjonale og transnasjonale territorielle regimer og superterritorielle, funksjonelle regimer (bedriftsregimer – til dels nettverkspregede, og kriminelle regimer)	↓ Både ovenfra og ned og nedenfra og opp	(9/11; finanskrisen 2008-2009; begynnende klimakrise/økologikrise)

Tabell 1: Vestens ideal-typiske nasjonalstatlige utviklingslogikk 1500–2000. 2000– : mot post- og transnasjonalitet?

Ved faglighetens bistand ble slik de vest-europeisk baserte land velstående og det på en slik måte at de fleste fikk ta del i denne rikdommen. Hovedmålene for alle disse land ble altså velstand, relativt likt fordelt. Vi har sett at styrings- og ledelsesfagligheten, som i betydelig grad hadde vært basert på staten som tilrettelegger og allmenngodeskaper, fra slutten av det 19. århundre så en renessanse for den synlige hånds hierarkiske styring. Det siste skjedde først i næringslivet. Med fremveksten av velferdsstaten ble også staten stadig mer direkte planstyrende.

Børssammenbruddet i USA i 1929 bidro til å diskreditere den usynlige hånds velstandsskapende rolle og vi fikk en mer og mer inngripende stat. Inspirert blant annet av John Meynard Keynes (1883–1946) fikk vi det som ble kalt planøkonomi.

Store deler av fagøkonomikken beveget seg i «hierarkisk» retning. Den gjorde det ikke fordi den egentlig utfordret Adam Smiths usynlige hånd-filosofis dypere premisser, men fordi den, mer enn Smith og hans arvtagere, spesielt David Ricardo (1772–1823), ble opptatt av at mye markedskonkurranse førte til «svikt» og at mange «private» goder, også hadde positive «offentlige» sider, blant annet helse og utdanning/kunnskap, eller negative slike sider, knyttet til konsumering og bruk av mange varer. Staten, mente

disse (venstre)økonomene, måtte altså intervensere nærmest «overalt», for å kompensere for markedssvikten.

I årene etter krigen hørte lekpolitikkerne i økende grad på styringsfagfolkene, og bedriftseierne på ledelsesfagfolkene. Vi fikk, i noen grad, det som ble omtalt som en avideologisering. Den norske planøkonomen Ragnar Frisch (1895–1973) mente han og hans fag hadde mulighet for å avskaffe mye av lekmannspolitikken. Han så for seg at man kunne bestemme samfunnets nyttefunksjon ved å stille de folkevalgte en rekke spørsmål om deres preferanser¹⁶. Taylors etterfølgere i forretningsadministrasjonen mente noe liknende kunne skje med legmannseierskapspolitikken. Kunnskap kunne erstatte legmannsskjønn. Kunnskapens forvaltere hadde nådd et hit-til ukjent nivå av selvsikkerhet – og arroganse.

1970-årene og den allmenne styrings- og ledelsesrevolusjonen

Idyllen, som den svenske statsviter, og redaktør i Dagens Nyheter, Herbert Tingsten (1896–1973) kalte den fagpregede og avideologiserte situasjonen i de to første etterkrigstiår, tok slutt i siste halvdel av 1960-årene¹⁷. Uroen hadde i første omgang sammenheng med gjenoppdagelsen av ulikheten i vestlige samfunn, med den avmakt den kalde krig konfronterte Vesten med, spesielt i Vietnam, og ikke minst, møtet med stor finansiell og økonomisk uro i kjølvannet av Yom Kippur-krigen i oktober 1973. Yom Kippur-krigen, som startet som en arabisk hevnmot Israel på grunn av ydmykelsen i 6-dagerskrigen i 1967, førte i løpet av et år til en firedobling av oljeprisen og til «stagflasjon» i Vesten. Samtidig ble det klart for Vesten at de offensive offentlige velferdsprogrammer, nå ledsaget av en snart tiårig utdannelseksponasjon, ville utsette Vesten for store finansieringsproblemer. Svaret på krisen, eller krisene, ble først og fremst en styrings- og ledelsesrevolusjon. Med andre ord: den renessanse for legmannspolitikken man fikk i slutten av 1960-årene, ble kortvarig. Politikerne ble skremt av krisen etter 1973 og måtte igjen kalle på fagfolkene.

En viktig grunn til at de gjorde det, var at det var blitt politisk vanskelig, ja, umulig, å reprivatisere finansieringen av velferdsprogrammene og stanse den offentlige utdannelseoffensiven. Politikerne, altså legfolkene, måtte

16 Frisch skilte, influert blant annet av Max Weber, mellom, som han sa, sak og vurdering, altså er og bør. Vitenskapen er opptatt av sak, politikere skulle komme med vurderingene. Ved å «fange» politikernes vurderinger gjennom nøye utviklede spørreskjemaer kunne økonomene ta seg av det saklige, altså å bestemme sammensetningen av virkemidlene. Kfr. Bjerkholt O, Strøm S. "Decision Models and Preferences: The Pioneering Contributions of Ragnar Frisch" I: Tangian Andranik S, Gruber J. (red.), *Constructing and Applying Objective Functions*, Berlin: Springer-Verlag, Berlin, 2001, s. 17 – 36.

17 Tingsten H. *Från idéer til idyll*, Stockholm: P. A. Norstedt & Söner, 1966.

spørre styrings- og ledelsesfagfolkene om de kunne peke på effektiviseringsløsninger som kunne gjøre det unødvendig å gi betalingsansvaret for velferdstiltak, men også høyere utdanning, tilbake til folk flest som enkeltindivider, med voksende ulikhet som konsekvens. Vesten var blitt vant til (individuell) velstand for om ikke alle, og ikke like mye for alle, så for de aller fleste, og uten for stor ulikhet i velstandsfordelingen. Leggpolitikerne ville gjerne ha tilbake idyllen fra 1950-årene og begynnelsen av 1960-årene. De ville igjen gjerne «halvabdisere». Krisene fra slutten av 1960-årene var riktignok delvis en funksjon av fagfolkenes, selvsagt teknologenes og legenes, men også økonomenes, overmot, men folkets kårne så ingen andre utveier enn igjen å kalle på det som under John F. Kennedy (1917–1963) (og Lyndon B. Johnson (1908–1973)) ble kalt «The Best and the Brightest»¹⁸.

Svaret ble, generelt sagt, mål- og resultatstyring og ditto ledelse. Man kunne gjerne også kalle det «presisjonsledelse»: Målene ble i økende grad kvantitative. Private bedrifter ble ansett for å være langt bedre ledet enn offentlige, og her dominerte (ofte) en bestemt form for målledeelse, avkastningsledelse, en (nesten) helt presis ledelse.

Staten og statlige virksomheter burde lære av bedriftene, mente de nyofensive styrings- og ledelsesentreprenørene. Offentlige målsettinger var flere og til dels mer komplekse, men langt på vei var de de samme: avkastning av den investerte kapital, dvs. nasjonal velstandsmaksimering (BNP/capita), gitt noen likhetskrav. Sektormål, som helse og kunnskap, kunne nok sees på som mål i seg selv, og ble det langt på vei, men ble også i noen grad forstått som midler til velstanden, med den begrensning at hva gjaldt helse og kunnskap burde tilgjengeligheten være forholdsvis lik¹⁹.

Den nye styringen og ledelsen krevde at staten spesialiserte og profesjonaliserte sine oppgaver. Den måtte sørge for de offentlige goder, som sikkerhet og et trygt og sunt miljø, en «god» (nasjonal) kultur, og, for så vidt, markeder der konkurransen kunne fungere godt og «riktig». Staten måtte i tillegg fortsette å ha som oppgave å regulere samkvemmet i samfunnet, fra samferdsel til privatliv. Endelig skulle staten fortsette å ha som oppgave å skaffe til veie, direkte eller indirekte, en rekke primært private goder, som utdanning og helsetjenester. Det var viktig at alle disse oppgavene ble utført på en målrettet måte. Når det gjaldt slikt som utdanning og helsetjenester, altså i stor grad private tjenester, måtte ytelsen av slike foregå i bedriftslignende institusjoner eller praksiser (for helsetjenester), og disse måtte også ledes profesjonelt, det vil si uten politisk-amatørmessig innblanding. Verdi-

18 Kfr. Halberstam D. *The Best and the Brightest*. New York, NY: Random House, 1972.

19 Hva dette mer konkret skulle innebære, var ofte uklart. Det var også en ideologisk preget uenighet om likhetsforståelsen.

ene knyttet til f.eks. helsetjenester skapes i et marked, det vil si en sosial ordning hvor etterspørere, pasienter, og tilbydere, helsetjenesteytere, møtes. I den grad staten (det offentlige) skulle stå for eierskapet til tilbyderinstitusjonene, men uten å ha monopol, måtte den utøve eierskapet på en ikke-diskriminerende måte, ikke minst hva finansieringen av tjenestene angikk.

Staten kunne, hva helsetjenester angikk, velge alt fra rent hierarkisk-statlige, altså planbaserte, monopolordninger, via ulike former for blandede konkurranseordninger til rent private konkurranseordninger. Relasjonen mellom staten som eier og de utøvende offentlige institusjoner og praksiser måtte på toppen ha utgangspunkt i en skjermet eierinstitusjon, og nedover bestå i målbasert kontraktsledelse. I den grad staten ville bruke private tjenesteytere, måtte den gjøre det enten ved å la slike konkurrere på like finansielle vilkår om etterspørerne som de offentlige, eller ved at de i større eller mindre grad skulle fungere som kontraktører med offentlige bestillere – helst etter forutgående anbuds konkurranse.

Styringsproblemene utover i 1970-årene bidro i noen grad til å diskreditere den synlige hånds faglige tilhengere. Høyreliberale økonomer slo tilbake og pekte på at såkalt markedssvikt, det vil si konkurransesvikt, ikke uten videre kunne løses gjennom offentlig inngripen. Gitt økonomenes rasjonalistisk-egoistiske premisser var det ikke uten videre grunn til å tro at staten, det vil si politikerne og byråkratene, hadde (egen)interesse av å gjøre som (de «idealistiske») fagfolkene rådet den til å gjøre. Annerledes sagt: Den «gode» staten kan betraktes som et offentlig gode, og et offentlig gode «underproduseres» i et «marked» (for stater). Det gjør den først og fremst fordi dens representanter forsøker å maksimere egne, altså private, interesser. De vil ofte avvike fra det som er statens «ideelle» interesser, som å maksimere «det felles beste». James Buchanan (1919–2013), professor ved Virginia Tech og siden George Mason University, og skaper av «public choice»-skolen i økonomikk, konstaterte at hans skole

“has been the avenue through which a romantic and illusory set of notions about the workings of governments and the behavior of persons who govern has been replaced by a set of notions that embody more skepticism about what governments can do and what governors will do, notions that are surely more consistent with the political reality that we may all observe about us”²⁰.

20 Buchanan JM «Politics without Romance: A Sketch of Positive Public Choice Theory and Its Normative Implications». I: Buchanan JM, Tollison RD. (red.) *The Theory of Public Choice – II*, Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 1984, del 2, s. 11-22. Sitatet er fra s. 11. Artikkelen ble opprinnelig trykket i *HIS-Journal*: B1-11, 1979.

Han sa også at vi ikke kan ta utgangspunkt i at byråkrater er «economic eunuchs»²¹. Chicago-skolens mangfoldige Gary Becker (1930–2014) karakteriserte engang, ironisk, den weberske teori om almenorienterte offentlige tjenestepersoner som «the sissy theory of bureaucracy». Den amerikanske Rand-baserte økonomen Charles Wolf Jr. (1924–2016) omtalte politikeres og byråkraters interesseadferd som uttrykk for «internaliteter»²². Etter årtusenskiftet har mer venstreliberale økonomer for så vidt gitt en indirekte støtte til «public choice»-teoretikerne ved å peke på at «internalitetene» i mange tilfeller reflekterer at de er «fanget» av interesser, særlig private, av ulike slag: Internalitetene kan slik bli uttrykk for korrupsjon²³. Paul A. Samuelson (1915–2009), en av USAs ledende venstreliberale økonomer i de første etterkrigstiar og forfatter av den mest brukte læreboken i økonomikk, tok «den gode stat» nokså mye for gitt i førsteutgaven av sin lærebok fra 1948. I utgaven fra 1985, skrevet sammen med Yale-økonomen William D. Nordhaus (1941-), er synet på myndighetenes evne til effektiv handling redusert. De skriver i 1985: “Before we race off to our federal, state, or local legislature, we should pause to recognize that *there are government failures as well as market failures*”.²⁴ I viktige henseender oppdaget venstre- og høyreøkonomene at de ikke var så uenige; de var alle nyklassikere.

-
- 21 Buchanan JM. *Cost and Choice*, Chicago: Markham Publ., 1969; her sitert etter Ridley M. *The Origins of Virtue*, London: Penguin Books, 1996, s. 27.
- 22 Wolf C Jr. “A Theory of Non-Market Failures”. *The Public Interest*, våren 1979, s. 114-33; se spesielt s. 121-26. Wolf definerer også internaliteter som private goder (“private goods”).
- 23 Kfr. ikke minst Stiglitz JE. *The Price of Inequality*, New York: W.W. Norton & Co., 2012, særlig kap. 5, talende kalt “A Democracy in Peril”. “Public Choice”-teoretikerne er dog ikke blinde for muligheten for at beslutningstakere kan bli “kjøpt”. De har pekt på at jo mer omfattende, og dermed inngripende, statsstyringen er, jo større blir de “styrtes” fristelser til å påvirke de styrende. For dem skaper sosialisering korrupsjon. Den høyreliberale Chicago-økonomen George J. Stigler lanserte i 1971 sin berømte «capture theory»; kfr. hans “The Theory of Economic Regulation”, *The Bell Journal of Economics and Management Science* 1971; 2(1): 3-21. Stigler nevner blant annet hvordan mange yrkesgrupper, blant annet legene, fikk (del)statene til å lisensiere dem, og slik gi dem et økonomisk gunstig tjenestemonopol. Å bruke staten (eller andre) for egen økonomisk vinning omtales av økonomer som «rent seeking». Det var «public choice»-pioneren Gordon Tullock (1922–2014) som lanserte teorien i 1967 («The Welfare Costs of Tariffs, Monopolies, and Theft», *Western Economic Journal* 1967; 5 (3): 224-32), men betegnelsen ble laget av Anne O. Krueger (1943-) i 1974 («The Political Economy of the Rent-Seeking Society», *American Economic Review* 1974; 64 (3): 291-303).
- 24 Samuelson PA. *Economics: An Introductory Analysis*, New York: McGraw-Hill, 1948. Den første utgaven med William D. Nordhaus som medforfatter, kom i 1985. Den 19. utgaven kom i 2009, det året Samuelson døde. Uthevelsen i teksten er forfatternes. Her sitert etter Gostlin LO, Wiley LF. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*, Oakland, CA: University of California Press, 2016, s. 200.

Hvis offentlige tjenestepersoner opptrer interesseorientert, fragmenterer eller segmenterer, de staten²⁵. De gjør den til en koalisjon av konkurrerende og til dels «krigende» forvaltningsgrener. Det gjør at de påfører hverandre og helheten, omkostninger. Wolf omtalte slike omkostninger – som altså til dels er en følge av internalitetene – som «avledede eksternaliteter». Wolfs terminologi har ikke «satt» seg, men hans poenger er nært beslektet med de mange poenger Buchanan og hans kolleger innen «public choice»-skolen har om statssvikt. Skolen fikk snart stor innflytelse så vel faglig som politisk. Denne innflytelsen ble styrket av den renessanse den høyre-liberale økonomikken, og nå særlig representert ved Chicago-skolen, fikk i løpet av 1960- og 1970-årene. Ledende representanter for denne skolen var Milton Friedman (1912–2006), George Stigler (1911–1991), Gary Becker og Robert E. Lucas Jr. (1937-), alle (som Buchanan) etter hvert mottagere av Nobels minnepris i økonomisk vitenskap²⁶. Også spillteorien, utviklet av naturvitere, matematikere og økonomer i årene etter krigen bidro nå til å underminere troen på staten som en «god» «Deus ex machina». I Norge ble økonomen, og kommunisten, Leif Johansen (1930–1982) påvirket av spillteorien og bidro slik til å relativisere troen på ikke bare statens, men også økonomikkens «instrumentelle» rolle, og til å gjøre det norske, nokså venstreorienterte, økonommiljøet mere mottakelig for høyre-liberale synsmåter²⁷.

Denne utviklingen bidro egentlig ikke bare til å underminere den venstre-liberale planstyringen. Den bidro til å underminere statlig styring, ja, styring og ledelse generelt. Den gjorde styring til dragkamp og kamp, nesten til en modifisert hobbesiansk «alles krig mot alle», eller i beste fall, til et spill og til forhandlinger mellom egeninteresseorienterte aktører. Dermed reiser den også spørsmålet om hvem den eller de styrende er. I staten er det i siste instans tjenestepersoner (byråkrater), men disse styrer etter styring fra ministre, som igjen styrer etter styring fra regjering og parlamentsmedlemmer og disse igjen etter «styring» fra velgere – og i et demokrati er det

25 Begrepet segmentering var sentralt i den første norske maktutredningen (1972–1982). Begrepet ble, inspirert av den amerikanske, rasjonalistisk og «indirekte» «public choice»-orienterte, sosiolog James S. Coleman (1926–1995). Coleman så på politisk beslutningsfatning som bytte- eller forhandlingspreget. Kfr. Hernes G. «Segmentering og samordning», s. 151–66 I: Berg O, Underdal A (red.) *Fra valg til vedtak*, Oslo: Universitetsforlaget, 1984; Egeberg, Morten m.fl., «Organisasjonssamfunnet og den segmenterte stat», kap. 2 I: Olsen JP. (red.) *Politisk organisering*, Bergen: Universitetsforlaget, 1978.

26 Chicago-skolens sterke påvirkning på amerikansk, og til dels generell vestlig økonomisk tenkning, er interessant redegjort for i Johan Van Overtveldts (1955-), *The Chicago School: How the University of Chicago Assembled the Thinkers Who Revolutionized Economics and Business*, Chicago, IL: Agate Publishing, 2007.

27 Kfr. Johansen L. «Spillteori som grunnlag for samfunnsanalyse», *Statsøkonomisk tidsskrift*, 1974, s. 89–110.

velgerne som er utgangspunktet for styringssyklusen. I denne kjeden av det som omtales av teoretikere som «prinsipaler» (oppdragsgivere) og «agenter» (utførere), der velgerne er de egentlige prinsipaler og tjenestepersonene de egentlige agenter, og de imellom spiller en slags kombinerte roller. Også denne formen for teori vokste frem fra 1970-årene av, men egentlig som en del av den mer generelle (rasjonalistiske) kontraktsteori²⁸. Denne hadde røtter tilbake til 1930-årene og til den britiskfødte Chicago-økonomen Ronald Coases (1910–2013) arbeider om «the theory of the firm»²⁹. Den ungdommelige sosialisten ble, kanskje på grunn av sin sosialisme, opptatt av regulering, og dermed jus. Mens mer høyreliberale, og teoretiske, økonomer så bort fra transaksjonsomkostninger (handelsomkostninger), så Coase dem som sentrale og kom til at det var disses størrelse som avgjorde om entreprenører ansatte folk eller inngikk kontrakter med andre entreprenører: De ansatte i den grad det var billigere enn å kjøpe tjenestene i markedet. Coase, som altså endte i Chicago i 1960-årene, men ble vel så mye knyttet til jus som til økonomikk, kom tidlig til at offentlig regulering ofte gjorde mer ondt enn godt og forble knapt noen venstreliberal økonom. Coases elev Oliver E. Williamson (1932-) førte hans arbeid om transaksjonsomkostninger – og forholdet mellom markeder og hierarkier – videre³⁰. Begge fikk Nobels minnepris i økonomikk.

Coase og Williamson gav både ny legitimitet til styring som sådan (blant økonomer), men gjorde også styring mer sofistikert. Det siste bidro til at styring og ledelse fremstod som mer ekspertisekrevene og dermed profesjonell. Det bidro, kan man også si, til at de to mest konkrete styringsvitenskaper, jusen og økonomikken nå, for første gang, virkelig kunne (også intellektuelt) integreres. Særlig Coase kom etter hvert til å se på seg som like meget som «jurist» som som økonom. Det er ikke tilfeldig at han tok over, og gjorde til et institusjonsbyggende foretagende, tidsskriftet *Law and Economics* i 1964. Tidsskriftet ble grunnlagt i 1958, utgitt av the University of Chicago Press og støttet av Chicago-universitetets juridiske fakultet og handelshøyskole. Coase satt som dets redaktør til 1982.

Høyre- og venstreøkonomene fant altså nå, som vi har nevnt, egentlig hverandre. De var i ferd med å «samle» den nyklassiske økonomiske teori. Den ble en teori som på et konsistent rasjonalistisk-egoistisk grunnlag gjaldt både markeder og alle former for hierarkier, for å bruke Williamsons be-

28 Den vanligste historiske referansen til denne typen teori er denne: Michael C. Jensen MC, Meckling WH. "Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure". *Journal of Financial Economics* 1976; 3 (4): 305–60.

29 Coase R "The Nature of the Firm", *Economica*. 1937; 4 (16): 386–405.

30 Kfr. hans *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York: Free Press, 1975 og *The Economic Institutions of Capitalism*, New York: Free Press, 1985.

greper. Men «subjektproblemet», altså spørsmålet om hvem som skulle styre og lede hierarkiene, ikke minst de statlige, og hvordan de skulle gjøre det, ble ikke besvart. Litt ukritisk ble (aksje)eiere og «folket» (velgerne) utpekt som de «riktige» styrere og ledere. Men for så vidt som disse var like rasjonelt nyttemaksimerende som andre ville det innebære at de, eller rettere, noen blant dem, ville bruke hierarkiene til egen fordel og ikke til det man kunne kalle det felles, eller alles, beste, eller til realiseringen av noen idealer man gjennom saklig diskusjon var blitt enige om (som Jürgen Habermas (1929-) ville si)³¹. De styrende («prinsipalene») ville forsøke å styre ut fra egne interesser, men kunne få problemer med å få disse realisert når det skulle skje i regi av like egeninteresseorienterte iverksettere («agenter») – uansett hvor mye fantasi de brukte på å utforme agentkontraktene. Annerledes sagt, de klarte ikke å løse egoismens problem, det problem de som tenkte, og tenker, som dem, hadde formulert som «fangens dilemma»³². Men dette spørsmålet tok de ikke opp. Deres egoistiske forutsetninger var betingede, som de hadde vært siden Adam Smith. Men Smith var eksplisitt. Han forutsatte, hva Hobbes ikke hadde gjort, at den egoistiske konkurransen i markedene var betinget av «moral sentiments»: Folk holdt avtaler også når de kunne ha fordel av å bryte dem³³. Slik forble markedene i stor grad konkurransemarkeder og ikke krigssoner. Smith så også på deler av samfunnet, som privatsfæren, som drevet av andre hensyn enn de selviske: Disse sfærer var med på å gjøre at borgernes adferd som handlende ble mindre preget av «juks». Men, som Hobbes hadde påpekt, og siden den norsk-amerikanske økonomen Torstein Veblen (1857–1929) skulle påpeke: Smiths «forhåpninger» var, i lengden, urealistiske. Fangens dilemma-spillet, det klassiske avmaktsspillet, ville gjøre at brutalismen spredte seg. Veblen

31 Habermas har redegjort for sine betraktninger om den tvangsfrie, moralsk sannehetssøkende samtale flere steder, men mest utførlig i det monumentale verket *Theorie des kommunikativen Handelns, Band 1, Handlungsrationalityt und Gesellschaftliche Rationalisierung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981, særlig del I.

32 Dette konflikt/samarbeidspillets struktur ble påvist opprinnelig av matematikerne Merrill Flood (1908–1991) og Melvin Dresher (1911–1992) i 1950. De arbeidet da ved the RAND Corporation. De gav også spillet det navn som raskt satte seg. Spillet ble viktig for både nydarwinister og nyklassiske økonomer fordi det sådde tvil om deres antagelse om at individuell nyttemaksimering gav optimale utfall: Spillet kan kalles et avmaktsspill.

33 Smith A. *The Theory of Moral Sentiments*, London: A. Millar, 1761 (2. utg., første 1759). Bokens første setning lyder slik: “How selfish soever man man be supposed, there are evidently some principles in his nature, which interest him in the fortune of others, and render their happiness necessary to him, though he derives nothing from it except the pleasure of feeling it” (s. 1).

var påvirket av den nye overlevelsesorienterte evolusjonslæren³⁴. Men økonomer flest nølte med å trekke slike slutninger, og de ledende blant dem, både oppførte seg altruistisk (også når det ikke «lønnte seg» for dem) og idealistisk. De var opptatt av å legge grunnlaget for bedre styring og bedre samfunn – i mer enn en aggregert betydning av «bedre». Det er heller ikke tilfeldig at så mange av dem, når modellene ikke kunne forklare alt de så, trakk inn (eller ut av hatten) preferanser (holdninger) som ikke var rasjonelt-selviske, som når Anthony Downs (1930-) trakk inn «democratic sentiments» for å forklare hvorfor velgerne stemte, selv om de (som regel) ikke hadde individuell nytte av det³⁵, eller Albert O. Hirschman (1915–2012) trakk inn det ikke-reduksjonistiske motivet lojalitet for å forklare at flere tydde til «voice» når «exit» var den mest selvsk-rasjonelle reaksjonen på misnøye med en vare eller en tjeneste de hadde kjøpt³⁶.

Selv om økonomene nå ikke fant noe svar på styringssubjektproblemet, tok de, man kan nesten si idealistisk, utgangspunkt i det som fremstod som de «naturlige» styringssubjekter (prinsipaler), aksje/eierne i bedrifter og velgerne, eller i praksis, dem de velger (politikere), i samfunnet. De forutsatte altså at disse subjekter kunne opptre som «idealister», men at de skulle styre og lede som om dem de skulle styre og lede opptrådte på en «anstendig» selvsk måte. Men de høyre- og venstreliberale foreslo litt ulike strategier, spesielt hva gjaldt den offentlige styring. De første la mer vekt på å flytte ut (privatisere) mest mulig av den markedsrettede virksomheten, inkludert kliniske tjenester og det som tidligere ble sett på som naturlige monopoler, som telefontjenester og vann- og energiforsyning. En del av dem ville også frata politikere – «provinsielle amatører» – mest mulig autonomi, altså muligheter for å fatte diskresjonære (løpende) beslutninger, ved å «fristille» institusjoner, spesielt sentralbanken, og la dem styres av fagfolk (med utgangspunkt i noen presise mål)³⁷. De andre aksepterte i større grad offentlig eierskap til markedsrettet virksomhet, blant annet kliniske tjenes-

34 Veblen er vanskelig å plassere teoretisk. Han var, i tillegg til Darwin, påvirket av den tyske historiske skole i økonomikk og Marx. Han mente, i motsetning til nyklassikerne at økonomien var tett integrert i samfunnet for øvrig og ble slik en slags sosiologisk økonom. I boken *The Theory of the Leisure Class* (New York: MacMillan, 1899), viser, og ironiserer, han således over hvordan kapitalistene tok seg til rette (med «conspicuous consumption»).

35 *An Economic Theory of Democracy*, New York: Harper, 1957.

36 *Exit, Voice, and Loyalty*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.

37 Denne filosofien ble blant annet begrunnet av de høyreliberale økonomene Finn E. Kydland og Edward C. Prescott i artikkelen «Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans». Artikkelen ble publisert i Chicago-skolens tidsskrift, *The Journal of Political Economy* 1977; 85 (3): 473-92. Artikkelen skulle bli én av flere de to i 2004 fikk Nobels minnepris i økonomisk vitenskap for. Jens Stoltenberg, som før og etter årtusenskiftet var en nesten entusiastisk tilhenger av den nye ledelsesfilosofien, sa i anledning pristildelingen at det var Kydland/Prescott-filosofien som lå til grunn for den norske halvt politisk abdiserende «handlingsregelen».

ter, men ville styre dem som private bedrifter, altså målrettet og kontraktsbasert overfor medarbeidere og leverandører. Det hang ikke minst sammen med deres høyere rangering av utjevningshensyn. Men både de høyre- og venstreorienterte stod for en mer gjennomgripende styring og ledelse enn man hadde hatt før. Det reflekterte den større grad av forståelse av egoismens logikk den økonomiske forskning hadde ført til siden 1960- og 1970-årene. Det skulle få spesielt tydelige konsekvenser for profesjonstunge verdiskapende virksomheter, enten de var offentlig, ideelt eller kommersielt forankrede: Her hadde autonomien vært betydelig. Nå ble den i stigende grad begrenset. Men, som vi skal se, for klinikkens vedkommende henger det også sammen med at medisinen ble mer presis og standardisert og lettere å styre og lede.

Det var denne styringsfagligheten som gav premissene for styrings- og ledelsesrevolusjonen fra slutten av 1970-årene, men som særlig gjorde seg gjeldende fra 1980-årene av. Den ble, og blir gjerne, for offentlig sektor, omtalt som «ny offentlig ledelse»³⁸. Men det er viktig å ta med at den også skapte en mindre radikal ledelsesrevolusjon i konkurrerende, private som offentlige, bedrifter. Også her ble ledelsen mer presis, og mer gjennomtrengende.

I begge sektorer, det må nevnes, spilte teknologiutviklingen en betydelig rolle. Ny teknologi, medregnet ny kunnskap, gjorde det mulig å utvikle nye, mer spesialiserte og standardiserte produksjonslinjer. Spesielt viktig her er utviklingen av den digitale teknologi. Med den kunne stadig mer av ledelsen, kontrollen med produksjonen inkludert, overtas av maskinprogrammer. Teknologi- og kunnskapsutviklingen skulle bli viktig også for klinikken: Skulle den nye ledelsen virkelig bite, måtte medisinen og dens resultater bli mer presise. Bare slik kunne den kliniske autonomi som gjorde ledelsen i klinikken så slarkete, reduseres og eventuelt elimineres.

1970-årenes styrings- og ledelsesrevolusjon: konsekvenser for medisinalvesenet, spesielt det kliniske

Da styrings- og ledelsesrevolusjonen kom, var klinikken i Vesten enten offentlig eid eller eid av ikke-kommersielle (ideelle) instanser. I USA spilte

38 Begrepet «New Public Management» oppstod i Australia, New Zealand og England i 1980-årene, i de to første land under sosialdemokratiske regjeringer. Det ble så tatt i bruk i andre deler av den engelsktalende verden og siden i (resten av) Europa og Det fjerne Østen. For en faglig og politisk innflytelsesrik redegjørelse for begrepet og fenomenet, se Christopher Hood (1947-), «A Public Management for All Seasons», *Public Administration* 1991; 69 (1): 3-19. For en diskusjon av hva NPM har ført til, se Christopher Hood og Ruth Dixon, *A Government that Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government*, Oxford: Oxford University Press, 2015.

kommersielle eiere en viss rolle, men i andre vestlige land bare en marginal rolle. Som nevnt var klinikken overalt, også der den var kommersiell, preget av at legene hadde betydelig autonomi, særlig i praksisene, men også på sykehusene. Spesielt var det overlegene og legene som kollektiv som hadde slik autonomi, og i praksis dominerte måten klinikken, ja, til dels også medisinalvesenet generelt, fungerte på. De ledende legers erfaringsbaserte skjønnsutøvelse lå til grunn for det meste av de beslutninger som ble fattet. De gav klinikken og til dels vesenet et *medikratis*k preg. Det innebar at ikke bare underordnede leger – inntil de ble overordnede, men også andre klinikkgrupper og administratorer og teknikere av ulike slag var underordnet medisinsk styring og ledelse. Det innebar videre at de overordnede leger, praksislegene medregnet, også hadde nokså stor grad av kontroll over det kliniske marked. Langt på vei «styrte» de publikums etterspørsel, delvis ved kollektivt å hindre kollegial konkurranse (konkurranseorientert legeatferd, for eksempel gjennom reklame, ble sett på som uttrykk for illojalitet) og delvis ved å «disiplinere» pasientene (til legeloyalitet, det frie legevalg skulle helst bare skje én gang).

I noen grad innebar det også at medisinen, spesielt ved de overordnede og selvstendige leger, i noen grad klarte å «erobre» kommandopostene i medisinalvesenet, både nasjonalt (i Norge gjennom Medisinaldirektoratet, fra 1945/48 Helsedirektoratet) og lokalt (i Norge gjennom sunnhetskommisjoner/helseråd og lokale sykehuskomiteer/styrer).

Denne styringsformen var kommet under økende press i tiårene etter krigen, men den begynte ikke for alvor å rakne før fra midt i og mot slutten av 1970-årene. Denne prosessen har siden fortsatt. Den er møtt med motstand fra legehold, men motstanden er gradvis blitt mindre. Den var tydelig da «angrepet» fra klinikken for alvor begynte i 1970-årene og var minst like tydelig da «angrepet» ble bredere og mer gjennomtrengende utover i 1980- og til dels 1990-årene. Fra midten av 1990-årene har de «sekulære» myndighetene fått overtaket og legene og deres forening blir mer reagerende enn agerende. Legenes, og Legeforeningens strategi ble gradvis å bytte makt – altså medikrati – med penger, altså privat velferd for «alle» leger. I Norge var det Sverre Strand som skulle orkestrere dette strategiskifte for Legeforeningen. Det startet for alvor da han ble hentet fra arbeidsgiversiden og ansatt som foreningens første forhandlingssjef (1977) (via kontorsjefsposten i Yngre Legers Forening (1974))³⁹.

39 Kfr. Tom Sundar, «Legeforeningens grå eminense», intervju *Tidsskr nor legeforen* 2001; 121(22): 2650-1; Skaset M. *I gode og onde dager. De norske legene og staten 1945–2000*, Oslo: Det medisinske fakultet (doktoravhandling nr. 424), 2006, s. 187-9.

På makroplan skjedde det, særlig fra 1970-årene av, en viss grad av privatisering av eierskapet til kliniske institusjoner, i første rekke ved at der kom til nye, kommersielle klinikker, eller ved at ideelle klinikker ble kommersialisert. Dette skjedde særlig i USA, men i noen grad også ellers i Vesten, inkludert i de nordiske land. Ellers skjedde der, og spesielt i Storbritannia og de nordiske land, en fristillelse av mange av de tradisjonelt eide offentlige institusjoner. De forble offentlige, men altså delvis fristilt fra politisk-administrativ løpende styring.

Samtidig ble de tradisjonelle, medikratiske pregede, private praksiser gjort om til kontraktspraksiser, etter den nye typen forståelse av kontraktsinngåelse og kontraktsstyring. Resultatet ble altså mer, ikke mindre, styring og ledelse. «Taperne» ble i første rekke legene, særlig de overordnede leger og praksislegene, men etter hvert klinikkens kvinner og menn generelt. De ble delvis gjort til stadig mer nærstyrte arbeidstakere og delvis til nesten like nærstyrte kontraktører. Dette skjedde nesten uavhengig av om klinikkene var preget av offentlig eierskap eller av privat næringsdrift.

I en del ideelle organisasjoner, for eksempel diakonale sykehus, ble legene mer nærstyrte arbeidstakere i nærstyrte, kontraktbundne organisasjoner. Styringen og ledelsen ble altså nå strammere og mer gjennomgripende overalt. At det nye regime i USA ble omtalt som «managed care» er betegnende for situasjonen: Det som kom, var *styrt* undersøkelse og behandling. Annerledes sagt, klinikken gikk fra løst, desentralisert styre til sentralisert, stramt planstyre. Det skjedde, og skjer, i de store private helseforetak i USA, og overfor deres kontraktspartnere, like meget som i de store og mindre store nordiske og britiske kliniske organisasjoner. I USA var det særlig i de store, integrerte HMO-ene⁴⁰ man fikk denne planstyreutviklingen. Men den kom også ellers i det kliniske USA, med press fra arbeidsgivere (premiebetalere) og myndigheter, et press som ble videreført til og av finansieringsplaner (privat) og Medicare og Medicaid (offentlig)⁴¹.

Den republikanske president Ronald Reagan (1911–2004) bidro forøvrig til å bruke de to offentlige finansieringsordningene til å styrke «planme-

40 Health Maintenance Organizations. Slike, som regel nokså utpreget styrte, organisasjoner fikk viktig politisk støtte fra føderasjonen gjennom HMO-loven av 1973, vedtatt etter initiativ fra Nixon-administrasjonen. En republikansk president gav altså støtte til fremveksten av den (private) planmedisinen i USA.

41 De to offentlige finansieringsplaner, Medicare (for eldre) og Medicaid (for fattige) ble innført i 1965 (under Johnson-administrasjonen) og gjorde med ett slag det offentlige til den viktigste finansieringskilden for klinikken. Planene markerte høydepunktet, og – frem til 2010 («Obamacare») – endepunktet for amerikansk utjevningpolitikk hva gjaldt kliniske tjenester. For en god redegjørelse for denne utviklingen, se: Starr P. *Remedy and Reaction – The Peculiar American Struggle over Health Care Reform*, New Haven, CT: Yale University Press, 2011. Sosiologen Starr (1949-) er en erfaren iakttaker av det amerikanske medisinalvesens utvikling og var i begynnelsen av 1990-årene med på å utarbeide Hillary Clintons (1947-) helseplan.

disinen»: Fra 1983 kom de offentlige penger basert på diagnoserelaterte grupper (DRG), noe som både direkte og indirekte (de offentlige satser ble referansesatser) innebar at pengene ble brukt mer nærstyrende⁴².

I USA kom der et lite innslag av planmodifisering gjennom konkurranse organisasjonene imellom om pasienter (også de «offentlige») og forsikringskunder. Et slikt innslag begynte også å komme i Europa utover i 1990-årene, gjennom lovgivning som gav pasientene større grad av frihet til å velge sykehus og for så vidt (som før) leger. Denne «pasientfrigjørelsen» ble styrket av et økende innslag av (påbudt) offentlighet om klinikkens og klinikerens resultater. Denne spredte «styringen» nedenfra bidro imidlertid mer til å styrke enn svekke styringen ovenfra og førte, sammen med den, til at utthulingen av legenes (klinikernes) autonomi ble enda sterkere: Legene ble fanget i en «knipetangsmanøver». Ovenfra ble de tatt av de nye styrere og ledere, nedenfra av pasientene; ja, styrerne kunne bruke nedenfrapresset til å øke ovenfrapresset, nesten som direktører i konkurrerende bedrifter gjør.

I Storbritannia lanserte Margaret Thatcher (1925–2013), statsminister siden våren 1979, en gjennomgripende ledelsesreform i det britiske *National Health Service*. Ideen til reformen var ikke hennes, men supermarkedsdirektør (Sainsbury's) Roy Griffiths (1926–1994). En kommisjon som ble oppnevnt vinteren 1983, og som han ledet, foreslo på forsommeren 1983 at det ble innført generell ledelse overalt i den britiske nasjonale helsetjeneste. Han hadde studert tjenesten og var blitt slått av at den manglet «general management». Den fagledelse han fant, så han ikke på som ledelse i ordets egentlige forstand. Hans forslag ble altså fulgt opp av statsministeren. Den ble et angrep på spesielt de medikratiske ordninger, og møtte massiv motstand fra legehold. Men reformen ble gjennomført og siden fulgt opp med et skille mellom bestillere (distriktskontorer og bestillende primærleger) og utførere (sykehus og primærleger), med et slags indre marked (1991) og, ikke minst, med kontraktualisering av relasjonene mellom myndighetsorganer, andre bestillende organer og utførere. Reformen førte til en gradvis tilstramning av styringen – som var blitt en mål- og rammestyring – ovenfra, altså mer (venstreinspirert) planstyre. Denne styringstilstramningen, med vekt på mål, resultatoppfølging (som «targets and terror»-politikken

42 DRG, «Diagnosis-Related Group» er en ordning for å klassifisere et sykehus «produkter» (for eksempel operasjoner) på en faglig og økonomisk standardisert måte og for å bruke ordningen for å styre den kliniske adferd. Ordningen, som ble utviklet av Yale-universitetets Robert B. Fetter (1924-) og John D. Thompson (1917–1992), erstattet den refusjonspregede (omkostningspregede) finansieringsmetoden med en «prospektiv» metode (for sykehuspasienter under Medicare).

under Tony Blair (1953-))⁴³ er siden, på ulike vis, ført videre av alle senere regjeringer i Storbritannia.

I Norge startet, som nevnt, styrings- og ledelsesrevolusjonen i helsevesenet med Asvalls LEON-plan (1975), og ble fulgt opp gjennom «sosialisering» av styrings- og ledelsesoppgavene (til departement (1983), fylkeskommuner (1970, 1976) og kommuner (1984)), men den gikk først i dybden fra annen halvdel av 1990-årene, da Gudmund Hernes (1941-), senhøstes 1995 overtok som helseminister.

Målstyringsfilosofien hadde dog fått sin spede begynnelse gjennom innføringen av virksomhetsplanlegging i staten fra 1989-90 og gjennom utdypingen av den gjennom innføringen av etatsstyring under Gro Harlem Brundtlands siste regjering (1990–1996). Bedriftsliggjøringen av klinikkene og den stadig mer konkrete og kvantitative oppdragsstyringen kom med sykehusreformen i 2001/02 og fastlegereformen i 2001. Samtidig ble styringsapparatet både sentralt og lokalt spesialisert og tilpasset oppdrags- og kontraktsstyrings logikk. Norge fulgte i viktige henseender Storbritanniass eksempel, og gjorde det med spesielt stor entusiasme da den Blair-inspirerte Jens Stoltenberg (1959-) ble statsminister i 2000⁴⁴.

Den senere Samhandlingsreformen (2012, men bebudet i 2008) var i noen grad et britisk-inspirert forsøk på å integrere primærhelsevesenet og «sekundærhelsevesenet» – og lage et norsk NHS, et helse-Nor(ge). Cand. oecon. Jens Stoltenberg var, og er, en venstreliberal nyklassisk økonom. Han eksperimenterte litt med mer høyreliberale ideer i 2000 og 2001, men gikk i mer ensidig planstyringsorientert retning da han kom tilbake som statsminister i 2005.

Denne utviklingen, mot en mer og mer presis, det vil også etter hvert si normativt kvantitativ (målene, levealdersforventning, helsejustert, tilgjengelighet, tjenestekvalitet og (omkostnings)effektivitet) og «teknisk» instru-

43 Den ambisiøse målstyringsfilosofien, basert på «star ratings» for sykehus og ambulansetjenester, og som gikk ut på at tjenestene, og deres ledere, skulle belønnes eller straffes («targets and terror», eller «naming and shaming») ble utviklet av de ny ledelses-orienterte britiske professorene Gwyn Bevan og Christopher Hood. Politikken ble innført i 2000 og varte til 2005. Politikken kunne også brukes som et eksperiment, siden de nylig «devolved» skotske, walisiske og nord-irske helsetjenester ikke innførte denne målstyringsteknikken. Eksperimentene viste at politikken virket, men også at den førte til strategiske tilpasninger – «gaming». Kfr. Bevan G, Hood C. "Have targets improved performance in the English NHS?" *BMJ* 2006; 332 (7538): 419-22; Bevan G, Hood C. "What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system". *Public Administration* 2006; 84 (3): 517-38.

44 Stoltenberg tilhørte rundt årtusenskiftet et nettverk av prominente sosialdemokrater (m.m.), som under ledelse av Tony Blair, og under inspirasjon av sosiologiprofessor (LSE) Anthony Giddens (1938-), fra tid til annen møttes til idemøter. Gruppen omfattet i tillegg til de nevnte, blant annet Gerhard Schröder (1944-) og Bill Clinton (1945-). Blair og Schröder lanserte i 1999 sin planfilosofi kalt, «The Third Way», eller «Die neue Mitte». Den baserte seg på Giddens bok fra året før, *The Third Way. The Renewal of Social Democracy* (Oxford: Polity Press/Blackwell Publishers).

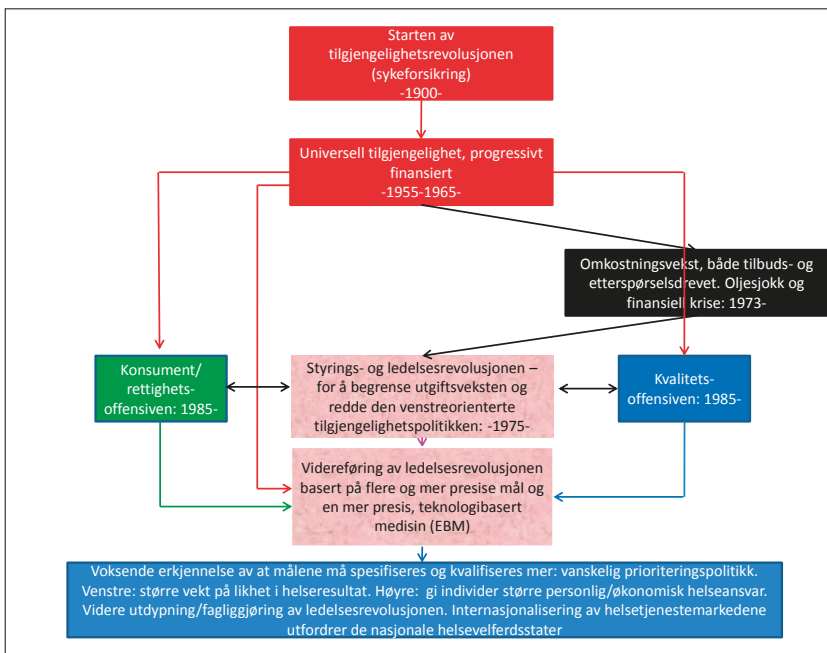
mentell (regler, planer – helt ned til kliniske sådanne) styring og ledelse, var ikke bare avhengig av den ovennevnte utviklingen (siden ca. 1970-årene) av «vitenskapelige» ledelsesteknikker, men også av medisinsk-teknisk presise prosedyrer. Ja, uten de siste, var det begrenset hvor mye man kunne få til med de første. Da ville man blitt stående igjen med «altfor mye» legelig autonomi, og dermed også «alt for mye» medikrati. De ambisiøse styrings- og ledelsesteoretikere, og praktikere, var avhengig av at medisinen og teknologien gav styrerne og lederne redskaper som gjorde det mulig for dem å nærstyre og nærlede legene, og andre klinikere. De kom for alvor fra 1970-årene. Erkjennelsen av det skjedde imidlertid med lanseringen i 1990 av betegnelsen og «slagordet» evidensbasert medisin. Med den «bad» legene om å komme under styring og ledelse, av politikere, andre eiere, profesjonelle ledere og, og det er viktig, sine ikke-lenger-klinisk-aktive forskende og kunnskapsforvaltende «kolleger» (eller «ekskolleger»). Det gamle medikrati var avhengig av at medisinen i stor grad var skjønnsbasert (intuitiv), kunstnerisk og delvis personlig forankret. Styrt og ledet omsorg («managed care») fordrer at medisinen er blitt probabilistisk (regelbasert), eller endog helt presis (resultatgaranterende) og uavhengig av personer. Den ble det etter 1970-årene, og særlig fra 1990-årene av, mer og mer, men ikke helt. Vi bør legge til at både medisinen og ledelsen var avhengig av den teknologiske utvikling, ikke minst utviklingen av «tenkende» teknologi. Det er ikke tilfeldig at gjennombruddene for 1970-årenes ideer for alvor kommer fra 1990-årene av.

Det bør legges til at forutsetningen for at styrings- og ledelsesrevolusjonen skulle få slik virkning i medisinalvesenet, var at der var så stor (politisk) enighet om målene, levealderøkning (dog uten spesifisering), tilgjengelighetslikhet (gitt behov), tjenestekvalitet (nær kunnskapsfronten) og (jevnt økende) (omkostnings)effektivitet.

Etter årtusenskiftet skulle det komme en viss dissonans inn i målbildet. Hva gjaldt levealderen, skulle en del av de mest venstreorienterte begynne å kreve reduksjon av helsejustert levealdersulikhet – noe som er nokså kostbart – og en del av de mer høyreorienterte å stille spørsmålstegn ved om

man kunne fortsette å ha «full» tilgjengelighetslikhet⁴⁵. De høyreorienterte mente den egalitære tilgjengelighetspolitikk var i ferd med å bli for kostbar. Politikken er altså i ferd med å utfordre noe av «konsensusarven» fra 1970-årene. Den nye «uroen» kommer altså, interessant nok, snarere fra styringsfagfolkene enn fra «amatørstyrerne», politikerne – i alle fall i første omgang.

I figur 2 er «logikken» i utviklingen av medisinalvesenene i Vesten skjematisk illustrert.



Figur 2: Vestlige medisinalveseners utvikling i løpet av det 20. århundre: De strategisk viktige begivenhetene

45 Et uttrykk for endringen i, eller utviklingen av, holdningene på venstresiden er Norman Daniels (1942-) utvikling. I 1985 gav han ut boken, *Just Health Care* (Cambridge, MA: Cambridge University Press) – om lik tilgjengelighet (adgang). I 2008 kom *Just Health – Meeting Health Needs Fairly* (Cambridge, MA: Cambridge University Press), om større grad av resultatlikhet. Et uttrykk for en mer offensiv holdning på høyresiden er forslagene om å flytte (mer av) styringen fra myndighets-, arbeidsgiver-, tilbyder- og forsikringselskapssiden til konsumentensiden. I USA presenteres disse forslag kollektivt som «consumer-driven health care». Såkalte «Health Savings Accounts», skattebegunstigede forsikringsordninger med høye «deductibles», styrt og eid av pasientene, er et viktig innslag i slik konsumentdrevet helsetjeneste. USA innførte en slik forsikringsordning fra 2004 (under George W. Bush). Om konsumentdrevet helsetjeneste generelt, se Regina E. Herzlinger RE. (red.) *Consumer-Driven Health Care*, San Fransisco, CA: Jossey-Bass, 2004.

1970-årene og det 20. århundres avslutning

Den nye, mer teoretisk offensive styrings- og ledelsesrevolusjon vi fikk fra 1970-årene av, er i stor grad en fortsettelse av den utviklingen som startet for 500 år siden, men markerer en nesten overmodig utgave av den. Samtidig er den også uttrykk for nasjonalstatens siste, og mest ambisiøse, forsøk på å få kontroll over seg selv og samfunnet og dets institusjoner. Nå har imidlertid den statsekspanstive dynamikk begynt å tape noe av sin energi. Markedene blir på område etter område større enn nasjonalsamfunnene og blir til dels globale. Det vil også etter hvert gjelde helsetjenestemarkedene. Også den statsbaserte helse- og velferdsstaten vil bli svekket. Den nye teknologien, IT-teknologien, som også for alvor slo igjennom i 1970- og 1980-årene – basert på de integrerte kretser⁴⁶, bidrar sterkt til denne utviklingen, og slik til å redusere ikke bare nasjonen som *sted*, men overhodet stedet som identitetsdannende realitet. Vi blir alle mer abstrakte, mer mobile og mer sekulære. Det blir stadig mer uklart hvor vi hører til og hvor vi skal.

Men denne stedløse, abstraherende og trosoppløsende globalisering møter også motstand, spesielt blant dem som representerer samfunnsformasjoner som dem vi i Vesten hadde før Renessansen. Motstanden kommer særlig fra den av de to teistiske og misjonerende religioner som er minst verdsliggjort, islam, men den kan også komme fra mulige nymobiliserte deler av kristenheten, blant annet fra det post-kommunistiske Russland (og andre land i Øst-Europa), og fra hinduismen og India. Den kan også komme fra et mer (tradisjonelt) sekulært, men nynasjonalistisk China. Ja, den kan endog komme fra de sekulariserte kristne land, delvis som kristen mobilisering (USA) og delvis som frykt for antisekulær og fremmedreligiøs innvandring (Vest-Europa).

Nytradisjonalismen og nynasjonalismen er i stor grad reaksjoner på den fagbaserte, sekulær-vitenskapelige offensiv fra 1970-årene. Den blir utenfor Vesten sett på som reaksjoner på Vestens forsøk på å universalisere den kultur som, gjennom «organisk» utvikling, er blitt dominerende her. Slik sett er reaksjonene defensive. Et uttrykk for det er også at de land som forsøker å beskytte seg, ikke klarer å la være å spise av kunnskapens tre; de tar i bruk kunnskapen og den teknologi den representerer. De håper at de kulturelementer de tar i bruk, ikke skal være trojanske hester. Det er imidlertid antagelig det de er.

1970-årene kan slik, i nokså dyptgående forstand, bli innledningen til det 21. århundre. Men historien har også en tendens til å overraske. Så

⁴⁶ Jack S. Kilby (1923–2005) ved Texas Instruments utviklet den første integrerte, halvledermetallbaserte, kretsen («micro chip») i 1958, og fikk i 2000 Nobelprisen i fysikk for oppfinnelsen.

hybrispreget som det vitenskapelig funderte, sekulære etablissement er blitt, kan vi ikke se bort fra nye overraskelser, endog dramatiske slike. Kunnska-
pen har skapt muligheter. Den kan også komme til å skape forskrekkelser.

Litteratur

- Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ*; 2006; 332 (7538): 419-422.
- Bevan G, Hood C. What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration* 2006; 84 (3): 517-538.
- Bjerkholt O, Strøm S. Decision Models and Preferences: The Pioneering Contributions of Ragnar Frisch. I: Andranik S. Tangian, Gruber J (red.) *Constructing and Applying Objective Functions*. Berlin: Springer-Verlag, 2001, s 17 – 36.
- Bu S. *Sykehusene i Norge*. Oslo: Medisinaldirektoratet, 1941.
- Buchanan JM. *Cost and Choice*, Chicago: Markham Publ., 1969.
- Buchanan JM. Politics without Romance: A Sketch of Positive Public Choice Theory and Its Normative Implications. I: Buchanan JM, Tollison RD, (red.) *The Theory of Public Choice – II*, Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 1984, del 2, s. 11-22.
- Chandler AD Jr. *The Visible Hand. The Managerial Revolution in American Business*, Cambridge MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 1977.
- Coase R. The Nature of the Firm. *Economica* 1937, bind 4, nr. 16, s. 386-405.
- Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1985.
- Daniels N. *Just Health – Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 2008.
- Downs A. *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper, 1957.
- Egeberg M et al. Organisasjonssamfunnet og den segmenterte stat. I: Olsen JP (red.) *Politisk organisering*, Bergen: Universitetsforlaget, 1978, kap. 2.
- Evang K. Norsk sykehuspolitikk. Foredrag ved Den Norske Sykehusforenings årsmøte/ landsmøte 13. mai 1946, trykt i *Meddelelser fra Den Norske Sykehusforening*, 1946.
- Evang K. Statens sykehuspolitikk. Foredrag ved Den Norske Sykehusforenings årsmøte/ landsmøte mai 1949, trykt i *Meddelelser fra Den Norske Sykehusforening*, nr. 5, 1949.
- Evang K. Norsk sykehuspolitikk gjennom 25 år. *Tidsskr Nor lægeforen* 1962; 82 (18): 1195–1201.
- Giddens A. *The Third Way, The Renewal of Social Democracy*. Oxford: Polity Press/Blackwell Publishers, 1998.
- Gostlin LO, Wiley LF. *Public Health Law: Power, Duty, Restraint*. Oakland, CA: University of California Press, 2016.
- Habermas J. *Theorie des kommunikativen Handelns, Band 1, Handlungsrationalität und Gesellschaftliche Rationalisierung*, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1981.
- Halberstam D. *The Best and the Brightest*. New York: Random House, 1972.
- Hernes G. Segmentering og samordning. s. 151–166 I: Berg O, Underdal A. (red.) *Fra valg til vedtak*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Herzlinger RE. (red.) *Consumer-Driven Health Care*. San Fransisco, CA: Jossey-Bass, 2004.

- Hirschman AO. *Exit, Voice, and Loyalty*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.
- Hood C. A Public Management for All Seasons. *Public Administration* 1991; 69 (1): 3-19.
- Hood C, Dixon R. *A Government that Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and Change in UK Central Government*. Oxford: Oxford University Press, 2015.
- Jensen MC, Meckling WH. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure". *Journal of Financial Economics* 1976; 3 (4): 305–360.
- Johansen L. Spillteori som grunnlag for samfunnsanalyse. *Statsøkonomisk tidsskrift*, 1974; : 89-110.
- Krueger AO. The Political Economy of the Rent-Seeking Society. *American Economic Review* 1974; 64 (3): 291-303.
- Kydland FE, Prescott EC. Rules Rather Than Discretion: The Inconsistency of Optimal Plans. *The Journal of Political Economy* 1977; 85 (3): 473-492.
- Mork T. *Tanker omkring samarbeid i helsetjenesten*. Åpningsforelesning ved Nordiska Hälsovårdshögskolan, Göteborg, 16. august 1976. Foredrag nr. 7-1976 i Mork-samlingen, Statens helsetilsyn.
- Mork T. *Problemer omkring primærhelsetjenesten*. Foredrag, NKS-konferanse om primærhelsetjenesten, Tromsø, november 1977 (dato ikke oppgitt, men manuskriptet er skrevet ut i Direktoratet 17.2. 1978). Foredrag nr. 5-1977 i Mork-samlingen, Statens helsetilsyn. NOU 1977: 22, *Finansiering av helseinstitusjoner*.
- Overtveldt JV. *The Chicago School: How the University of Chicago Assembled the Thinkers Who Revolutionized Economics and Business*. Chicago, IL: Agate Publishing, 2007.
- Ridley M. *The Origins of Virtue*. London: Penguin Books, 1996.
- Rokkan S. Dimensions of state formation and nation-building: A possible paradigm for research on variations within Europe. I: Tilly C. (red.) *The formation of national states in Western Europe*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1975, s. 562-600. (På norsk, som «Dimensjoner ved statsdannelse og nasjonsbygging: Et mulig paradigme for utforskning av variasjoner i Europa». I: Rokkan S. *Stat, nasjon, klasse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987, s. 347-380.)
- Samuelson PA. *Economics: An Introductory Analysis*. New York: McGraw-Hill, 1948.
- Samuelson PA. The Pure Theory of Public Expenditure. *Review of Economics and Statistics* 1954; 36 (4): 387-89.
- Samuelson PA, Nordhaus WD. *Economics* New York, NY: McGraw-Hill, 1985–2009.
- Skaset M. *I gode og onde dager.. De norske legene og staten 1945–2000*. Oslo: Det medisinske fakultet (doktoravhandling nr. 424), 2006, s. 187-189.
- Smith A. *The Theory of Moral Sentiments*. London: A. Millar, 1761 (2. utg., første utg. 1759).
- Starr P. *Remedy and Reaction –The Peculiar American Struggle over Health Care Reform*. New Haven, CT: Yale University Press, 2011.
- Stigler GJ. The Theory of Economic Regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science* 1971; 2 (1): 3-21.
- Stiglitz JE. *The Price of Inequality*. New York, NY: W.W. Norton & Co., 2012.
- St.meld. nr. 9 (1974-95), *Sykehusutbygging m.m. i et regionalisert helsevesen*.
- Sundar T. Legeforeningens grå eminense. Intervju, *Tidsskr nor legeforen* 2001; 121 (22): 2650-1.

Taylor F W. *The Principles of Scientific Management*. New York, NY: Harper & Brothers, 1911.

Tingsten H. *Från idéer til idyll*. Stockholm: P. A. Norstedt & Söner, 1966.

Tullock G. The Welfare Costs of Tariffs, Monopolies, and Theft. *Western Economic Journal* 1967; 5 (3); 224-32.

Veblen T. *The Theory of the Leisure Class*, New York: MacMillan, 1899.

Williamson OE. *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*. New York, NY: Free Press, 1975.

Williamson OE. *The Economic Institutions of Capitalism*. New York, NY: The Free Press, 1985.

Wolf C Jr.. A Theory of Non-Market Failures. *The Public Interest* 1979; : 114-133.

Ole Berg
Institutt for helse og samfunn,
avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitet i Oslo
o.t.berg@medisin.uio.no

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

Michael 2018; 15: 40–58.

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

Det utvida 70-talsomgrepet

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

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



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

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

Langdryg politisk prosess fram mot kommunehelsetenestelov

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

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

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

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

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

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

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

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

Primærhelseteneste	helseteneste i førstelina (jf. <i>Leon-prinsippet</i>)
Primærmedisin	medisinsk verke på førstelinenivå
Primærlege	lege som utøver primærmedisinsk verke
Allmennmedisin	individretta medisinsk verke på førstelinenivå <ul style="list-style-type: none"> • Kurativ verksemd • Forebyggande verksemd <ul style="list-style-type: none"> – Vaksinasjon, helseopplysning, helsestasjon, skolehelseteneste
Allmennlege	lege som utøver allmennmedisinsk verke
Samfunnsmedisin	befolkningsretta legearbeid, nivåuavhengig
Kombilege	primærlege som utøver både samfunnsmedisin og allmennmedisin

Rammetekst 1: Primærmedisin – ord og uttrykk

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

Desentralisering, demokratisering, byråkratisering

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

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

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

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

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

Svekking av medikrati og legemakt

Endring av rolla til helsedirektøren

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

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

Overgang frå distriktslege til kommunelege

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

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

Frå helse råd til miljøretta helsevern

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

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

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

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

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

Frå bedriftslege til bedriftshelseteneste som særomsorg

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

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

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

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

Regulering av legemarknaden

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

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

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

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

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

Strid om inntektssystem for primærlegar

Privat praksis i ei kommunal helseteneste

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

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

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

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

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

Fastlønsalternativet – vekst og fall

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

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

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

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

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

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

Helseprofesjonar – utvikling og motsetningar

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

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

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

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

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

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

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

Fagleg løft for primærmedisinen

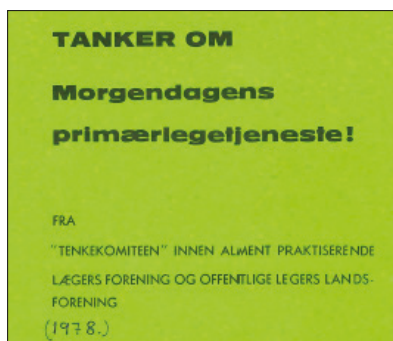
Eit dystert bakteppe frå 1950-60-talet

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

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

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

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



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

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

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

Motoffensiv på brei front

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

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

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

Ny organisering av allmennpraksis

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



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

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

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

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

Fagleg identitet, sjølvbilde og status

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

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

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

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

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

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

Vidare- og etterutdanning

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

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

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

Akademisering av faget

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

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

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

Avslutningsord

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

Litteratur

1. *Innstilling I om legetjenesten og tannlegetjenesten fra komitéen til utredning av spørsmålet om tilstrekkelig tilgang på og spredning av helsepersonell* (Kringlebotten-komitéen). Avgitt juli 1967. Vedlegg til St. meld. nr. 85 (1970-71).
2. *Lov om sykehus m.v.* av 19. juni 1969 nr. 57 (oppheva 2002).
3. St. meld. nr. 85 (1970-71) *Om helsetjenesten utenfor sykehus.*
4. St. meld. Nr. 45 (1972-73) Tillegg til St. meld. nr. 85 (1970-71).
5. St. meld. nr. 9 (1974-75) *Sykehusutbygging m. v. i et regionalisert helsevesen.*
6. St. meld. nr. 9 (1975-76) *Om de sosiale tjenester.*
7. NOU 1972:30 *Sosiale tjenester. Utredning om de sosiale tjenester og det sosiale hjelpeapparat på kommune- og fylkesplanet: innstilling II.* Oslo: Universitetsforlaget 1972.
8. NOU 1979:10 *Helsepolitikken: Innstilling fra Juel-utvalget.* Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
9. NOU 1979:28 *Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet: Innstilling fra Nyhus-utvalget.* Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
10. *Høringsdokument med utkast til lov om allmennhelsetjenesten («kladden»).* Sosialdepartementet, 1979.
11. *Retningslinjer for statsstøttede hjelpeordninger for hjemmene* (omfattende hjemmesykepleie, husmorvikar, hjemmehjelp). Departementet for familie- og forbrukersaker 1. juli 1969.
12. *Midlertidige retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleievirksomheten.* Sosialdepartementet, i kraft fra 1. januar 1972.
13. Ot.prp. nr. 65 (1970-1971) *Om lov om helsestasjoner og helsetjenester blant barn m.v.*
14. Ot. prp. nr. 36 (1980-81) 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.* (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene).
15. Ot. prp. nr. 66 (1981-82) 1. *Om lov om helsetjenesten i kommunene.* 2. *Om lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr. 2 om sosial omsorg.* 3. *Om lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene.* (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene).
16. Heløe LA, Ånstad H. Striden om kommunehelse(tjeneste)loven: Hvor ble det av forebyggingen? *Michael* 2007; 4: 567–90.
17. *Lov om kommunalt helse- og sosialstyre m. v.* av 12. juni 1987. nr. 70 (oppheva).
18. Erlandsen C. Munnleg informasjon.
19. Birkeland FG, Kristiansen IS. Munnleg informasjon.

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

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

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

Krise i primærlegetjenesten – et førtiårsperspektiv

Michael 2018; 15: 59–63.

I 1974 hadde Norge 2 400 innbyggere per primærlege, og alle distriktslegetiltinger var besatte. Tre år senere var det krise med mange kommuner helt uten distriktslege. De raske skiftningene har gjentatt seg med nye kriser som har vært møtt av reguleringslover, trusler om legebeordring, utdanningstilbud og ymse frynsegoder. Etter noen år med velfungerende fastlegeordning, er primærlegene igjen overarbeidet og frustrerte av lange arbeidsdager. Forfatteren tror at mer av de samme tiltakene som har vært brukt før, ikke vil hjelpe, med mindre man prioriterer bort de minst nyttige arbeidsoppgavene for å få en rimelig balanse mellom arbeidskapasiteten og pasientenes forventninger..

Prioritering i helsetjenesten betyr å si nei til gode helsetiltak. Prioritering kan fremstå som et nytt fenomen, fordi helsetjenesten har ressursknapphet på tross av at budsjettene er større en noensinne. Leger har imidlertid til alle tider måttet prioritere. Mens pengemangel er mest fremtredende i vår tid, var tids- og personellmangel mer fremtredende i tidligere tider.

I min distriktslegetid fikk jeg oppleve prioritering på godt og vondt. En bekymret mann i en utkant av kommunen ringte om en eldre dame med sterke brystmerter. Stedet lå ca én times reise med bil og båt unna kommunesenteret. Dersom jeg rykket ut, ville det meste av kommunen være uten lege i et par timer. Jeg valgte å bestille nærmeste ambulansesom innebar at pasienten ikke ville være på sykehuset før etter minst halvannen time. Pasienten døde før ankomst til sykehus, men det fikk jeg vite først senere, fordi en mor ringte om sin 17 år gamle sønn som hadde høy feber og hodesmerter. Jeg rykket ut og var hos pasienten etter 20 minutter. Diagnosen var lett. Pasienten var ikke nakkestiv, men hadde petecchier, dvs. røde flekker i huden som tegn på hjernehinnebetennelse. Jeg satte umiddelbart penicillin intramuskulært og sendte han til sykehus. Forløpet var ukompli-

sert og pasienten fikk ingen mén av hjernehinnebetennelsen. Trolig gjorde jeg en god prioritering da jeg valgte å ikke dra ut til pasienten med sannsynlig hjerteinfarkt. Det får jeg imidlertid aldri vite, fordi ingen med sikkerhet kan vite hva utfallene hadde blitt med motsatt prioritering.

Denne historien om prioritering kan tjene som et memento når vi har nok en «krise» i Helse-Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *Dagens Medisin* og andre massemedier melder om overarbeidede fastleger og mange ubesatte praksishjemler og stillinger. Mange fastleger er frustrerte og krever tiltak fra myndighetene. Det er god grunn til å ta klagen på alvor, men kanskje også grunn til å se problemene i et lengre tidsperspektiv.

I 1972-3 var jeg turnuskandidat ved daværende Sentralsykehuset i Trondheim. Våren 1973 skulle jeg velge distriktsturnusplass. Valget falt på Aure på Nordmøre, en kystkommune på grensen til Sør-Trøndelag. Etter én ukes tjeneste gikk distriktslegen ut i tre måneders permisjon. Jeg var «alene» med 3000 potensielle pasienter, hvorav de fleste bodde på øyer. Turnuskandidaten disponerte egen båt og det «løste» mitt transportproblem, men bød på utfordringer i dårlig vær, og det var det ikke helt lite av. Reisetiden til nærmeste sykehus, dvs. i Orkdal eller i Kristiansund, var 2-5 timer, avhengig av kjøreforhold og fergetider.

Turnustjenesten var et arbeidsmessig krevende, men meningsfullt arbeid. Særdeles hyggelige og takknemlige pasienter kompenserte for lange arbeidsdager. Da visste jeg ikke at jeg fikk oppleve slutten på en type distriktslegeliv som nå er en saga blott. I løpet av få år endret veiprojekter, bruer og flere legestillinger arbeidssituasjonen i Aure nokså fundamentalt.

I 1974 ble distriktslegestillingen i Aure ledig. Jeg hadde planlagt å bli stipendiat hos Jon Lamvik ved nåværende St Olavs hospital i Trondheim, men jeg hørte ikke mer fra ham. Distriktslegelivet i en kystkommune ga mersmak på mange måter, og jeg søkte den ledige stillingen. Vi var imidlertid mange om «beinet», og stort sett var alle distriktslegestillinger i Norge besatt det året. Den uken jeg fikk tilbud om stillingen, kom også brevet fra Jon Lamvik med beskjed om at stipendfinansiering var i orden. Jeg led valgets kvaler, men valgte Aure – et valg jeg ikke har angret.

I løpet av 1975-76 endret bemanningssituasjonen seg, trolig fordi sykehusene hadde gode tider med kurpengefinansiering og budsjetter som tillot oppretting av flere legestillinger. Mange distriktslegestillinger ble igjen ledige. Mine nabokommuner Halså/Tustna og Smøla hadde imidlertid besatt stillingene, og enkelte helgevakter der var det eneste jeg fikk føling med av direkte konsekvenser av den legekrisen som nå var under oppseiling.

Økte forventninger og nye oppgaver, blant annet i forbindelse med sykehjem, betydde også lengre arbeidsuker. Distriktslege Per Wium i Mid-

sund tok initiativ til en arbeidstidsundersøkelse som viste at distriktslegene hadde arbeidstid langt over Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Selv klokket jeg 75 aktive arbeidstimer pluss 93 timer vakt de to ukene jeg var «pålagt» å registrere.

Eide kommune ble stående uten distriktslege. En turnuskandidat ble alene og ønsket bedre boforhold som kompensasjon. Han skrev brev til kommunen om dette, men formulerte uheldigvis sine ønsker som trusler. Lokalpressen grep behendig formuleringene med kommentarer som vi distriktsleger oppfattet som hets.

Samtidig slet vi altså med vakanser og stort arbeidspress. Noen av oss på Nordmøre startet en «legeaksjon» med krav om flere stillinger og mulighet for fastlønsordning. Vi møttes til møte i Kristiansund og formulerte et åpent brev til sosialministeren. Regjerende distriktslege i Aukra og redaktør av *Utposten*, Harald Siem, var et at noe var i gjære. Han fløy inn med privatfly til Kristiansund for å delta i møtet.

Det åpne brevet fikk mye oppmerksomhet og ble tema i NRKs debattprogram på TV. Stortingets sosialkomite behandlet saken, hvilket medførte økning i antall distriktslegestillinger.

Etter noen år ble situasjonen i primærlegemarkedet igjen bedre. Men i annen halvdel av 1980-årene økte ledigheten, og Stortinget vedtok en reguleringslov for legemarkedet. Loven ga adgang til å beordre leger, noe som satt sinnene i kok i Legeforeningen. Foreningen vedtok én dags politisk streik, men denne ble åpent boikottet av en del av oss som mente den foreslåtte loven var nødvendig. I det påfølgende landsstyremøte i Legeforeningen talte flere deltakere varmt for ekskludering av oss boikottere, men flertallet takket nei.

Dagens fastlegekrise gir for meg en *déjà-vu*-opplevelse. Hvorfor oppstår det jevnlig mangel på primærleger? Forklaringene er nok ganske enkle. Alle leger med norsk autorisasjon kan søke primærlegestillinger eller søke utlyste praksisavtaler. De fleste leger later til å ha nokså sterke preferanser for å bo i urbane strøk og å arbeide i sykehus. Det betyr at når arbeidsmarkedet ekspanderer i de prefererte områdene, velger legene bort utkant og primærhelsetjeneste. For tiden er også stort arbeidspress, også i større kommuner, en kilde til at fastlegene søker seg bort.

De siste 30 år har beordring av leger og regulering av legemarkedet vært hete helsepolitiske temaer med Legeforeningen som en glødende motstander av begge. Stortinget vedtok i 1988 en hjemmel for beordring, men den ble aldri brukt. Derimot har vi hatt ulike former for regulering for å begrense etterspørselen etter leger i sentrale strøk og derved å øke legetilbudet i utkantstrøk.

Nå er altså problemet på nytt aktuelt, og spørsmålet er hva samfunnet kan eller bør gjøre. En rekke tiltak har vært foreslått og er til dels prøvd i praksis:

- Økonomiske incentiver
 - Brenselstilskudd (avviklet for mange år siden)
 - Tjenestebolig (da vi hadde statlige distriktsleger)
 - Flyttetilskudd
 - Statlig nedbetaling av studielån
 - Skattefordeler i Nord-Troms/Finnmark (ikke spesifikt for leger)
 - Fastlønn (i perioder med flest leger på stykkpris)
 - Stykkpris og privat praksis (i perioder med mange på fastlønn)
- Utdanningstiltak basert på «lakseffekten» – leger vender tilbake til der de er utdannet
 - Legestudium i Tromsø
 - Preferanse for opptak av studenter fra utkantfylker
 - Spesialistutdanning på perifere sykehus)
- Økning i antall primærlegestillinger
- Regulering av legemarkedet (ulike former)
- Beordring (ikke brukt i praksis)
- Primærhelseteam med sykepleier og helsesekretær (prøveordning fra 2018)

Økonomiske incentiver og regulering er kanskje de sterkeste virkemidlene, men de første er politisk utfordrende og de siste er upopulære, både blant leger og sykehusledere. Det er rimelig å tro at mange, om ikke alle, av tiltakene kan ha en viss effekt. Dessverre har tiltakene i liten grad blitt evaluert med vitenskapelige metoder.

For meg er det imidlertid et tankekors at vi nok en gang opplever «legekrise» i primærhelsetjenesten. I 1974 hadde Norge 1660 primærleger inklusive turnuskandidater, hvilket representerte 2.400 innbyggere per primærlege. I 2016 har vi 4.600 primærleger eksklusive turnuskandidater. Det utgjør 1.130 innbyggere per lege, men fortsatt har vi «krise». Primærlegedekningen er altså forbedret med en faktor på nesten tre i løpet av 40 år, og aldringen i befolkningen har vært moderat.

De neste 15 år vil vi få en økning i antall eldre og derved i etterspørselen etter fastlegetjenester, og økningen blir større fra ca 2035. Tall fra Helse- og omsorgsdepartementet viser at forbruket av helsetjenester for folk i alderen 40–60 år ikke er så mye lavere enn blant de gamle. Kanskje har yngre mennesker vennet seg til et høyere forbruk enn dagens gamle? I så fall kan denne potensielle kohorteffekten etterhvert gi en sterk økning i etterspørselen etter

primærlegetjenester. Kan vi klare å møte den etterspørselsveksten vi vet kommer, samtidig som fastlegene kan sikres rimelige arbeidsvilkår? Det gjenstår å se, men jeg føler meg temmelig overbevist at problemene kommer til å bli større snarere enn mindre, dersom samfunnets tiltak igjen er «mer av det samme».

Personlig tror jeg ikke fastlegene kan klare å tilby gode tjenester med mindre man systematisk søker etter oppgaver som kan prioriteres bort, slik at oppgavene blir overkommelige. Det må bety at forventningene fra pasienter og politikere kommer ned på et rimelig nivå.

Etter 40 år med periodevis «krise» der jeg selv har hatt rollen som aksjonsdeltaker, streikebryter, leder av ulike reguleringsråd og flue på veggen, har jeg mistet troen på «mer av det samme» er den medisinen vi trenger. Fastlegene må begynne å si nei. Kanskje bør alle konsultasjoner avsluttes med at pasient og fastlege spør hverandre: «Var denne konsultasjonen meningsfull? Kunne tiden bedre ha vært brukt på noe annet?»

*Ivar Sønbo Kristiansen,
Institutt for helse og samfunn,
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitetet i Oslo
i.s.kristiansen@medisin.uio.no*

How do physicians prioritize?

Michael 2018; 15: 64–69.

A selection of physicians in the Oslo University Hospital (OUH) in Norway responded to a survey of how they did prioritize patients received for consultation and/or treatment. They were given a choice of seven statements. Their importance for the prioritizing was weighted on a scale from one (low) to six (high). Patients defined with the right to treatment came out on top, while financial refunding as compared to resources used, received the lowest score. There was no difference between consultants and physicians in training or between physicians from medicine and surgery departments.

Introduction

DRG (diagnosis-related-groups) and activity based financing were introduced to Norwegian hospitals in 1997 (1). Particularly in the beginning, the debate was intense about how this system affected physicians' choices. Would the financial reimbursement influence the medical decisions in an unwanted way (2, 3)?

Classical economics presuppose that an economic man is maximizing his utility function, reacting to economic incentives. As a physician inside a hospital, he would prioritize patients where financial funding compared to resources used had the best ratio.

There have been many statements that this is not necessarily a realistic and correct foundation for an analysis. Simon (4) declares that there is nothing like a rational economic man. He may be "intendedly rational but only limited so." A rational decision presupposes full and equal information. Particularly in the health services there is neither complete nor equal information between the actors in the game. There is an asymmetry of information (5). Stiglitz in his prize lecture on information economics goes even further. (6) "... while much of the earlier literature focused on simple

situations of information asymmetry –, the problems of information imperfections run deeper,..”.

One way of coming closer to analyze what to expect from an activity based system, is to ask those deciding how they prioritize. This was done in this survey in the beginning of 2016, as part of a larger study about physician activity.

Methods

A questionnaire to individual physicians was used. The physicians worked in a part of Oslo University Hospital (OUH) encompassing 40 percent of the hospital's patients, covering both surgical and medical specialities, consultants and residents (physicians in training).

Physicians in these three clinics of Oslo University Hospital (OUH) received the questionnaire:

- Clinic for head, neck and reconstructive surgery, comprising the departments of ear-nose and throat, ophthalmology, oral-maxillofacial surgery and plastic surgery.
- Clinic for orthopaedics
- The neuro clinic, comprising neuro medicine, neurosurgery, the national centre of epilepsy, the department of psychosomatics, the department of physical medicine and rehabilitation, the department of neuro habilitation.

To promote the questionnaire, it was first presented for all departments in a management meeting with the heads of all departments. Then it was presented in the physicians' morning meeting, except for orthopaedics and neurosurgeons. The questionnaire was then distributed electronically by the department managers or in a paper version to every individual physician working in the department. 167 physicians answered the questionnaire. Of these 154 (92%) answered the questions concerning how they prioritized between patients.

The patient was characterized by seven parameters and the physicians should give each a number from 1–6, telling the importance it had. One was the lowest and six the highest score of importance. The characteristics were:

- Patient defined with the right to treatment (Right to treatment)
- Assumed health benefit by the consultation/treatment (Assumed health benefit)
- Assumed reduced loss of health
- How long the patient had been waiting (Time waited)
- Health status of the patient (Health status)
- Resources needed for the consultation/treatment (Resources needed)
- Financial reimbursement

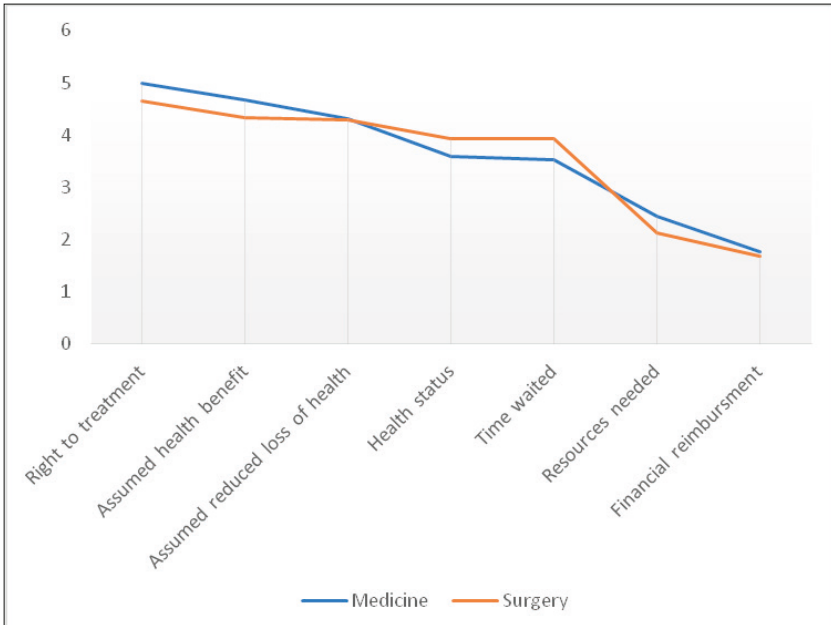


Figure 1: How physician prioritize patients for treatment/examination, medicine and surgical departments.

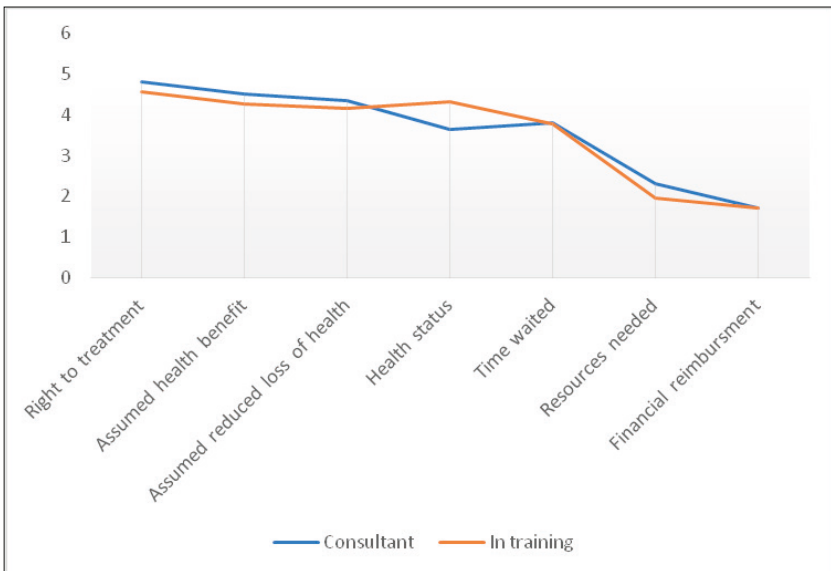


Figure 2: How physicians prioritize patients for treatment/examination, consultants and physicians in training.

Norwegian patients have the right to treatment according to a secondary law¹. The Health directorate has guidelines for 33 medical groups, each describing different conditions. Assumed benefits of treatment are compared to the expected costs. Defined medical conditions are entitled to treatment within a certain time span. If this is not given, the patient may seek treatment from another hospital, and the original hospital must pay the bill.

Results

The results are first presented for physicians from medical and surgical departments. There is hardly any difference between physicians from the two main specialties, as to what they emphasize. Highest ranking is given to patients defined with the right to treatment. Only looking on financial reimbursement is given the lowest rating. The standard deviation is about 1/3 for the five highest rated criteria, while the deviation rises to about 0,6 for the two lowest. The variations in how the physicians emphasize the criteria are larger in how they assess resources needed and financial reimbursement, than for the other criteria. The standard deviation is smaller for medical physicians than for surgeons.

The picture is very much the same when consultants and physicians in training (residents) are compared. They do not differ much, and the slope of the curve is almost identical in the two figures, with a small deviation for general condition and time waited. Right to treatment is rated highest and financial reimbursement lowest. The standard deviation for the two groups is almost equal, except for how they evaluate resources needed and financial reimbursement. For these two the standard deviation is higher for consultants than for physicians in training.

Discussion

From the beginning, the intention behind activity based financing of Norwegian hospital services is to be neutral, related to different illnesses and treatments. The income should balance the estimated costs, so no treatment should be more profitable than others. Despite this, both the Health directorate (7) and the Norwegian Medical Association (8) are skeptical and afraid that the financial solution is creating a situation where what is paid, comes before what is needed.

1 Secondary law about prioritizing health services, right to necessary health support from specialist health services, right to be treated abroad and ... § 2 and §2a.
Authority in law: Law about patient rights and users' rights.

It is interesting that the respondents in this survey have “patients with the right to treatment” as the highest rated criteria for selection, and financial reimbursement as the lowest criteria. I will draw the attention towards two reasons which might explain this:

Patients with the right to treatment have been selected in a process where medical benefits and resources used are evaluated together. The hidden threat is that the patient will be treated elsewhere for the cost of the physician’s hospital, if she or he is not prioritized. Assuming the costs connected to the particular treatment process are equal in different Norwegian hospitals, the loss of the first hospital is the loss of activity based income for those cases which the physicians evaluates the lowest when prioritizing. The criterion with second highest score was the estimated health gain by the treatment, indicating that their embracement of “patients with the right to treatment” is because they find this statement as a help in their medical evaluation.

The second interesting point is that the physicians have a public set of indications as their top priority tool. Studies have documented that physicians are skeptical to rules enforced on their practice from central bodies (9). Answers to this survey indicate that there are situations where this skepticism is traded for acceptance. One reason could be that the “right to treatment” is not mandatory. The Health directorate have written guidelines for different specialties, and there is a room for physician assessment.

Conclusion

We should not be too surprised to see physicians giving resources used and financial reimbursement a low rating as criteria for prioritizing. Norwegian hospital physicians have no direct incentive to be concerned about the hospital economy when making decisions upon what to do for a particular patient. The daily and normal, micro decisions, are probably taken separately from a discussion of the hospital budget. Such appraisals could come to the surface with a situation where a treatment could be very expensive, beyond what is normal, a situation which, however, only occasionally occurs.

What may be surprising is that criteria for prioritizing, developed publicly, obviously have been embraced by the physicians. That opens for a study to see if the results would be repeated, and to find out more about what supports this impression.

References

1. DRG historie i Norge fra slutten av 70-tallet: Health Directorate of Norway; 2017 [Available from: <http://sites.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/drg-struktur/Sider/drg-historie-i-norge-fra-slutten-av-70-tallet.aspx>].
2. Riksrevisjonen. *Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus – en sammenligning av organiseringen av hofteoperasjoner*. Oslo: Riksrevisjonen; 2003 14. November 2003. Contract No.: Dokument 3:3 2003–2004.
3. Hansen TWR. *Underkoding er vanligere enn overkoding*. Tidsskr nor legefaren 2005; 125 (16):2244.
4. Simon HA. *Administrative Behavior*. 5th ed. New York: The Free Press; 1997: 368.
5. Arrow K. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. The American Economic Review. 1963; 53 (5):941–73.
6. Stiglitz JE. *Information and the change in the paradigm in economics*. In: Columbia Business School CU, Prize Lecture 2001: 68.
7. *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; May, 2007. Report No.: IS-1443.
8. *Lang, lang rekke – hvem skal vente, hvem skal få?* Rapport. Oslo: Den norske legefaren; 2007.
9. Martinussen PEF, Jan C. Vrangbæk, Karsten. Magnussen, Jon. Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener legene? *Michael*. 2017;14, Supplement 19:11.

Tarald Rohde

tarald.rohde@sintef.no

Mangt om makt og mat

Gudbrand Bakken (red.):

Makt og styring rundt matfatet – fra Mosebøkene til Mattilsynet.

Oslo: Pax forlag A/S, 2017.

325 sider. Pris: NOK 262,-.

ISBN 978-82-530-4016-5.

Michael 2018; 15: 70–72.



I denne boka har sju seniorer fra næringsmiddel feltet skrevet om det mangefasetterte fagområdet de har arbeidet innenfor. Det er velkjente navn: Gudbrand Bakken, Martin Eggen Binde, Per Folkestad, Anders Heen, Truls Krogh, Eivind Liven og Atle Ørbeck Sørheim.

Her er det mye å lese. De fleste, lek og lærd, vil finne stoff som fenger, alt ettersom interessene er og hvilken bakgrunn og synsvinkel man har.

Opplegget av boka er kronologisk. Den begynner i bibelsk oldtid og ender med den nye, norske matloven av 19. desember 2003. Første del er det historiske bakteppet, annen del dekker tiden fra 1814 til mellomkrigsårene og tredje del etterkrigstiden. I fjerde del leser vi om «den blå åkeren», dvs. fiske, fangst og annen havbruk. I del fem behandles plante- og førsektoren, øko-

logisk landbruk, dyrehelse, og maten sett fra et ernærings synspunkt. Den sjettede delen av boka handler om alt det juridiske og organisatoriske som har skjedd fram mot matreformen og opprettelsen av Mattilsynet. Det er et utvalg gode illustrasjoner, en fyldig litteraturliste og et godt register.

Problemet med boka er faktisk dens mangfold. Den har også en undertittel :«– fra fjord og jord til bord». Her slås bredden an! Forfatterne er

innom en hel rekke forskjellige fagområder, der unnskyldingen og begrunnelsen for dette riktignok kan være at det foreligger lite av historiske oversiktsarbeider på enkeltfeltene. Det er altså om næringsmiddelhygiene, drikkevannshygiene, ernæring, veterinærmedisin og veterinærvesenets utvikling og mye mer. Kanskje blir bredden litt for bred. Kanskje blir det da også noe som mangler.

Dybden i tekstene er naturlig nok ulik, alt ettersom noe av stoffet åpenbart er hentet fra litteraturen, mens andre avsnitt vitner om solid «hands-on» engasjement i praktiske problemer. Hvorfor er forfatterne anonymisert i teksten, slik at leseren ikke vet hvem som har skrevet hva? Det dreier seg jo om topp fagfolk på enkeltområdene. Dessuten halter den kronologiske linjen litt, og det kortfattende innblikket i den aller eldste historien hadde egentlig ikke vært nødvendig.

I det store bildet og med den bredeste penselen kan vi beskrive utviklingen fra en tid rundt 1814 da kunnskapstilfanget og den offentlige styringen rundt mat, matproduksjon og næringsmiddelhygiene var lite utviklet, og fram til nå, da det meste er samlet i Mattilsynet, som også har oppgaver som dyrevelferd og dyrehelse.

I dette historiske sveipet er det imidlertid enkelte, etter denne anmelders skjønn avgjørende hendelser som er lite eller uklart omtalt. Da Norge kom på egne bein som akademisk nasjon med eget universitet, var det meningen at veterinærfag og humanmedisin skulle utvikles sammen. Dette var i tråd med tidens bredt anlagte vitenskapssyn, f. eks. på 1820-tallet. Medisinprofessoren Christian Peter Bianco Boeck (1798-1877) hadde endog veterinærmedisin i fagkretsen han skulle undervise. Hvorfor ble det ikke slik?

På 1960-tallet var denne anmelder stipendiat på Hygienisk Institutt ved Universitetet i Oslo. Jeg spiste daglig min matpakke i lunsjrommet sammen med professor Haakon Natvig (1905-2003). Han var en av datidens betydeligste kapasiteter innenfor næringsmiddelhygiene, og han fortalte blant annet levende og engasjert om det fellesnordiske arbeidet han var med på for å standardisere kontrollmetodene for matvarer. I hygieneundervisningen for legestudentene inntok undersøkelse og forebygging av matbårne sykdommer en stor plass, spesielt i lys av datidens store svenske epidemier som hang sammen med begynnende, storskala matproduksjon og matdistribusjon. Natvig var også den som på den tiden i størst grad så betydningen av å ha hygienen som et stort, overgripende og samlende medisinsk fag som skulle ta seg av helse og miljø. Hans lærebok i hygiene (1958) ble en klassiker med varig verdi. Natvig var også instrumentell da organiseringen av kontrollsystemene innenfor næringsmiddelfeltet skulle utformes. Hvorfor ble det slik at næringsmiddelhygiene gled ut av medisinernes synsfelt? Slik

at når en matbåren epidemi rammet et lokalsamfunn, var det veterinæren som hadde kompetansen og kommunelegen som hadde ansvaret? Hvorfor ble det slik at det i en periode i siste del av 1900-årene var mer enn 20 ulike, statlige kontrolltater skulle holde orden på mattryggheten, i tillegg til at kommunene også hadde egne oppgaver? Boka formår liksom ikke å få fram tydelig nok de store endringene og hvorfor de skjedde.

En annen stor endring kunne det ha vært interessant å høre om: Fra 1950-tallet og utover endret konserveringen av mat seg dramatisk i Norge, fordi fryseteknikken kom inn, både i matproduksjonen, i handelsleddet og i hjemmene. Like viktig som å holde mikroorganismene unna ble det nå å sørge for at kjølekjeden var ubrutt fra produksjonssted til kjøkkenbenk. Jeg vet dette godt, fordi min far underviste maskinister i kjøleteknikk, så det var mye snakk om dette rundt guttedagenes middagsbord. Jeg visste den gang en god del om fordeler og ulemper ved ammoniakkanlegg, kullsyrebaserte maskiner og freon som kjølemedium, den gang de mange fryseboks-sentralene for privatfolk ble etablert og fikk sin korte glanstid som forløpere til dagens frysebokser i de tusen hjem. Skjemt mat ble sjeldnere.

Saltkonservert mat ble også sjeldnere. Hva hadde nedsatt saltforbruk å si for folkehelsen, især for hjerte-kar-sykdommene? I det hele: Hvordan avleses næringsmiddelhygien i helsestatistikken?

Holdninger som kan være av betydning, har også forandret seg gjennom tidene. Noe om dette er nevnt, blant annet i omtalen av dyrevelferd. Men holdningendringer overfor hygiene i sin alminnelighet er en allment viktig faktor. Da jeg var turnuskandidat i distrikt i 1963 og skulle kontrollere drikkevannsbrønner, snakket man ikke om *hvorvidt* det var *coli*-bakterier i vannet, man spurte *hvor mye coli*-bakterier det var i brønnvannet. Og var det ikke altfor mye, var det greit.

De siste kapitlene om jus og administrasjon er i og for seg underholdende lesning ut fra perspektivet hvordan fagområdet simpelthen ble en slagmark. Men hvorfor? Vel er matfeltet noe som har politiske, økonomiske og emosjonelle og mange andre sider, men likevel! Her leser vi om maktspill!

Nå er altså Mattilsynet her. Krigen er avsluttet, eventuelt tapt eller vunnet, alt etter hvordan man ser det.

Jeg tror likevel det er tvilsomt om det er noen ubrutt linje fra Mosebøkene til Mattilsynet.

Øivind Larsen
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
oivind.larsen@medisin.uio.no

Nytt universitetssykehus i Oslo – glimt fra en planleggingsprosess

Michael 2018; 15: 73–77.

Det planlegges et nytt universitetssykehus i Oslo- Planene har allerede vært sterkt omdiskuterte, ikke minst fordi de griper sterkt inn i den eksisterende sykehusstrukturen. Nedleggelse av Ullevål sykehus inngår som en del av opplegget. Et åpent møte om dette i Litteraturhuset 16. januar 2018 viste hvor steile frontene er, og bærer bud om at siste ord på langt nær er sagt i spørsmålet om Ullevåls framtid.



Figur 1: Professor Rolf Kåresen med fargerikt forsvar for Ullevål (Foto: Øivind Larsen)

KUNNGJØRING OM OPPSTART AV DETALJREGULERING OG PLAN- PROGRAM TIL OFFENTLIG ETTERSYN FOR GAUSTADALLÉEN 34 M.FL. I OSLO



Gaustadalléen 34 m.fl.
Saksnummer: 201704683
Bydel Nordre Aker og Vestre Aker
Kunngjøring fra 05.02.2018
Frist for uttalelse 19.03.2018

Helse Sør-Øst RHF ønsker å starte reguleringsplanlegging for Gaustadalléen 34 m.fl. Formålet med planarbeidet er å legge til rette for en sykehusutvidelse hvor Rikshospitalet utvikles til et samlet og komplett regionsykehus med nasjonal- og lokalsykehusfunksjoner. Planområdet er på 400 daa, og det planlegges ca 150 000 m² nytt sykehus- og universitetsareal. Fagkyndig for reguleringsarbeidet er Rambøll Norge AS.

I planarbeidet inngår konsekvensutredning grunnet tiltakets omfang jf. Forskrift om konsekvensutredninger §6b jf vedlegg 1, punkt 24. I den forbindelse legges planprogrammet ut på offentlig ettersyn og kan sees på <http://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/sidinmening/> og på kommunens saksinnsynportal: <http://innsyn.pbe.oslo.kommune.no/saksinnsyn/casedet.asp?caseno=201704683>

Hvis du har innspill eller merknader til planprogrammet og planarbeidet, kan du sende det til Rambøll Norge AS v/ Lars Syrstad, PB 427 Skøyen, 0213 Oslo innen 19.03.2018

Har du spørsmål, kan du ta kontakt med Lars Syrstad, e-post: lars.syrstad@ramboll.no

RAMBOLL

Figur 2: Kunngjøring av reguleringsplanlegging for Gaustad, Aftenposten 5.2.2018, del 1. s. 26.



*Figur 3: Direktør Bjørn Erikstein med retorisk parering av motstanden
(Foto: Øivind Larsen)*

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum, i samarbeid med Oslo legeforening, hadde invitert til åpent møte i Litteraturhusets største sal, Wergelandssalen, 16. januar 2018 for å drøfte hva som skal skje med Ullevål sykehus i forbindelse med byggingen av nytt universitetssykehus. En halv time før møtestart var salen så full at mange måtte avvises og stå utenfor. Her var det åpenbart at planen om å legge ned Ullevål sykehus ville møte massiv motstand.

Da møtet begynte og professor emeritus Rolf Kåresen entret talerstolen, var stemningen i salen intens. Hans forsvar for Ullevål sykehus var veldokumentert og overbevisende (figur 1). Ullevål måtte bestå inn i framtida. «Ullevål gjennom 130 år – hva er Ullevål sykehus i dag og hva skal erstatte det?» var hans foredragstittel.

Tre andre innlegg støttet godt opp under ham: Konserntillitsvalgt Christian Grimsgaard med innlegget «Sykehusplanlegging – hvorfor får vi det ikke til?», professor emeritus Rune Slagstad med «Foretaksdelen» – hvordan fungerer den anonyme byråkratmakten?, og stortingsrepresentant Jan Bøhler: «En politikers tanker om sykehusutbygging i Oslo-regionen».

Motparten var Oslo universitetssykehus' administrerende direktør Bjørn Erikstein, som tilsynelatende uberørt av både de øvrige innledderne og av stemningen i salen, argumenterte for hvorfor Ullevål sykehus skulle legges ned og tomtearealet fristilles til boligutvikling. Heller ikke den korte, åpne



Figur 4: Smekkfull sal og folk på gangen vernet om Ullevål (Foto: Øivind Larsen)

diskusjonen ved møteslutt antydte noen oppmykning eller ettertanke om denne beslutningen.

Møtet ga næring til tanker om planlegging i sin alminnelighet, og især når det gjelder de helt store prosjektene, der blant annet milliarder av kroner flyr gjennom rommet som om de var dagligdagse beløp. En milliard er mye. Regn om en milliard til årslønner, boligpriser eller hva som helst fra vår hverdag. Egner vanlige styringsprosesser seg for å håndtere beløp som er hinsides horisont og referanserammer for folk flest? Milliardene var imidlertid høyaktuelle i denne saken, fordi Ullevål-området går inn i finansieringen av det nye sykehuset.

Kort tid etterpå, nemlig den 5. februar 2018, brakte *Aftenposten* en kunngjøring om utbyggingen av sykehus på Gaustad, med høringsfrist allerede 19. mars 2018 (figur 2). Denne viser hvor langt planleggingsaken er kommet og at møtedeltakerne den 16.1.2018 nå har det travelt. Vel er Ullevålnedleggelse og Gaustadutbygging formelt to ulike saker, men de er ikke det likevel, fordi nedleggelsen av Ullevål er en forutsetning for gjennomføringen av utbyggingen på Gaustad i den form den presenteres.

Medvirkning er et kjernepoeng i moderne byplanlegging – at de berørte parter tas inn, orienteres og *høres* på en forpliktende måte. Medvirkning er et smøremiddel som simpelthen er nødvendig, ellers skjærer mekanismen

seg. Nyere planleggingslitteratur er overbevisende på dette punktet. På møtet merket man lite til slik forpliktende medvirkning.

Direktør Bjørn Erikstein (figur 3) sto alene mot salen, der man så en tett pakket forsamling av engasjerte folk fra Ullevålmiljøet og dets faglige og sosiale omgivelser (figur 4). Det var medarbeidere med mange år bak seg på Ullevål, og folk med betydelig innsikt og omtanke for byens ve og vel.

Her var det 220 mot 1.

Et gammelt finsk ordtak sier at du skal lytte til suset i den gran som vokser ved ditt hus.

Ordspråket gjelder også i Norge.

Øivind Larsen

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

oivind.larsen@medisin.uio.no

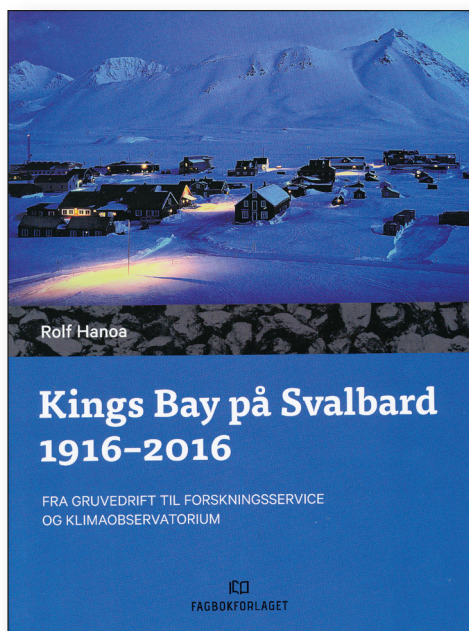
Konsist om Kings Bay

Rolf Hanoa: *Kings Bay på Svalbard 1916-2016. Fra gruvedrift til forsknings-service og klimaobservatorium.*

Bergen: Fagbokforlaget 2016. 400 s. Pris: 498,-.

ISBN 978-82-419-1161-3

Michael 2017; 14: 78–79.



Professor Rolf Hanoa har som en del av sitt meget varierte medisinske og samfunnsengasjerte virke hatt oppdrag på Svalbard gjennom mange år, og kjenner øygruppa bedre enn de fleste. I 1993 ga han ut en bok om Ny-Ålesunds historie (1). Den boka som nå foreligger, er en oppdatert og utvidet utgave, der historien er ført fram til Kings Bay-selskapets hundreårsjubileum i 2016. Undertittelen er *Fra gruvedrift til forsknings-service og klimaobservatorium*. Boka reflekterer dermed i enda større grad enn forgjengeren den transformasjonen av samfunnet som har skjedd der nord – fra røff industri til en vitenskapelig aktivitet som opererer på forskningsfrontene.

Dramatiske hendelser underveis er selvsagt behørig omtalt. Man leser med spesiell interesse om eksplosjonsulykken den

5. november 1962. Den ble et vendepunkt, ikke bare for samfunnet i Ny Ålesund, men for norsk industripolitikk i sin alminnelighet.

Hanoas språkføring er knapp og poengtert, og boka inneholder et vell av informasjon. En mengde rammetekster formidler spennende detaljer. Det er også mange gode bilder.

Både i tekst og bilder er det naturlig nok en del overlapping med forrige utgave av boka, men skal man bruke Hanoas uhyre veldokumenterte tekst som utgangspunkt for videre arbeid, kan det være klokt å ha begge utgavene foran seg, blant annet fordi en del illustrasjoner etter denne anmelders skjønn faktisk kommer bedre til sin rett i boka fra 1993.

Forfatter, forlag og folk i Ny Ålesund gratuleres med den nye jubileumsboka!

Litteratur:

1. Hanoa R. *Kings Bay Kull Comp AIS 1917-1992*. Oslo: Schibsted, 1993.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Hvem er dette?



Michael 2018; 15: 80.

I malerisamlingen til Det norske medicinske Selskab er det funnet et lite bilde som det ikke foreligger noen opplysninger om. Kanskje kan noen av Michaels lesere hjelpe til med å identifisere det?

Det norske medicinske Selskab eier en ganske stor malerisamling, i hovedsak portretter av personer som har markert seg i Selskabet og i norsk medisin (1).

Under rydding ble det for noen år siden funnet et lite, nokså medtatt maleri i oval ramme. Det er både buklet og krakelert, og har tydeligvis sett bedre dager. Bildeflaten måler 23x17 cm, og det er utført i olje på kartong.

Både utførelsen og den portrettertes utseende og klesdrakt gir grunn til anta at maleriet er fra siste del av 1800-tallet. Det er ingen signatur, men teknikken viser at bildet må være malt av en meget dyktig kunstner, men hvem? Det er heller ingen opplysninger om hvem portrettet forestiller – det er bare spor på baksiden av en merkelapp som er forsvunnet.

Lesere: Er det noen som gjenkjenner bildet og kan hjelpe oss med å identifisere det? I så fall, send en mail til ovind.larsen@medisin.uio.no.

Litteratur

1. Larsen Ø, Nylenna M. Profiler og portretter i norsk medisin. Malerisamlingen i Det norske medicinske Selskab. *Michael* 2012; 9: Supplement 11.

Øivind Larsen

ovind.larsen@medisin.uio.no

Michael

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

Editors:

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

Editorial board:

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

Postal address:

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

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

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

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004