

Den evangske orden og dens forvitring¹

Michael 2013; 10: 149–197.

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

Medisinalforvaltningen, hvor medikratiske?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medikratiets logikk

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

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

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

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

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

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

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

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

Utviklingen frem til 1940

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

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

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

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

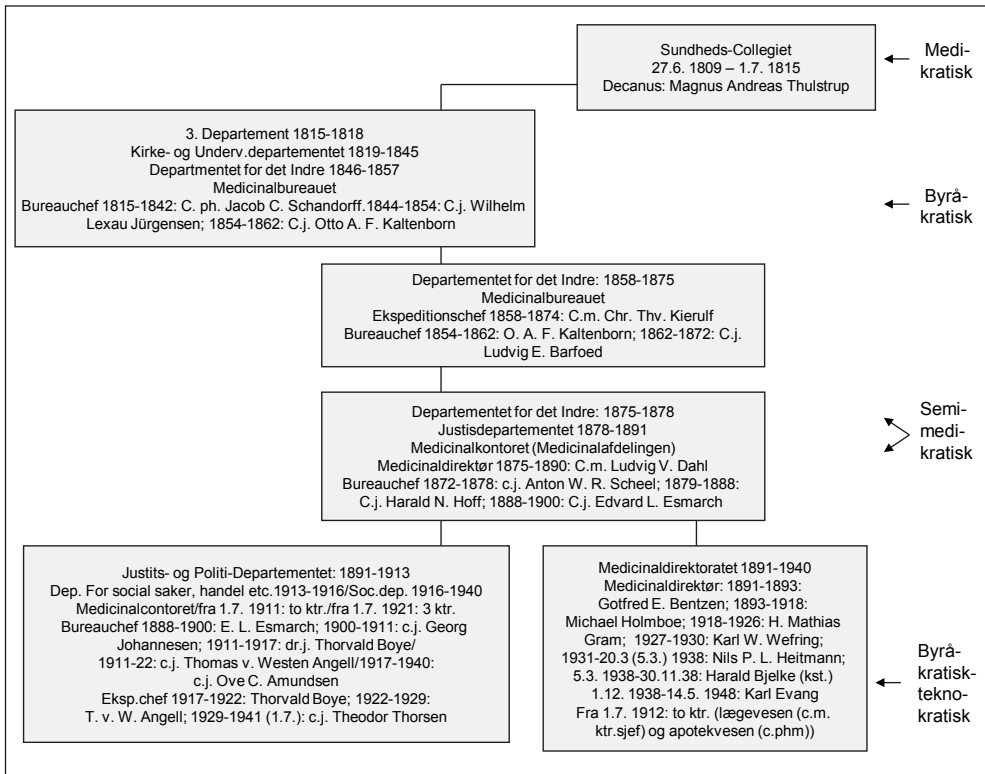
Denne tendensen ble for så vidt forsterket da psykiateren Ludvig Wilhelm Dahl (1826-1887) etterfulgte Kierulf. Embedet ble nå gjort om til et medisinaldirektørembede. Opposisjonen på Stortinget hadde villet flytte direktøren ut og la ham få et eget direktorat, men Regjeringen klarte å hindre det, blant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

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

I paragraf 3 heter det:

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

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



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

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

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

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



*Karl Evang,
ca. 50 år*

Krigstiden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Den evangske ordens oppbygning – 1945-1955

Den endelige etablering av det nye helsedirektorat – 1945-1948

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

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

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

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

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

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

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

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

Det evangske forvaltningsmedikrati: dets ordning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

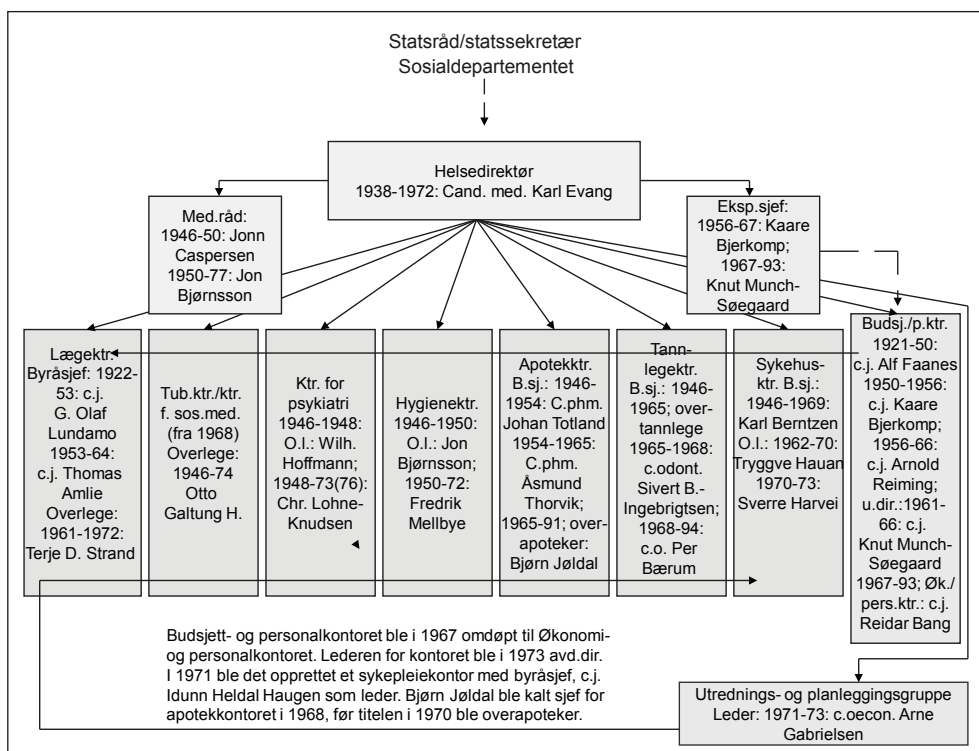
Landet hadde ikke egentlig en egen hygieneinstitusjon, eller et folkehelsevesen. Sentralt hadde man, men under Helsedirektoratet, Statens institutt for folkehelse (SIFF), og litt på siden et eget veterinærvesen. Der kom en lov om tilsyn med næringsmidler i 1933, men et eget forvaltningsorgan, administrativt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

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

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

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

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



Figur 2: Helsedirektoratet, 1946–1972

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

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

Det evangske forvaltningsmedikrati: dets virkemåte

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

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

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

15 Michael Power, *The Audit Society*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁸ *Ibid.*, s. 4.

¹⁹ *Ibid.*, s. 4.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

25 Aftenposten 18.10. 1952, s. 3.

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

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

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

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

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

Den evangiske ordens forvitring – 1955-1972

Den nyttestatlige trusel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Folkehelsemedikraten Evang og de voksende spenninger overfor det kliniske medikrati

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

³⁶ Samtale med Anders Evang 27.10. 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Den nye nyttestatalige planlegging som voksende utfordring for Evang

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴³ Mellbye, *op. cit.*, s. 147.

⁴⁴ Opplyst av Asvall i samtale den 18.12. 2008.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

«Fallet», i ettertid

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

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

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

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

--

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En epilog

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

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

Ole Berg

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

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