

ADMINISTRASJONSHISTORISKE
OVERSIKTER

Norsk arkivforum er en skriftserie
utgitt av Arkivarforeningen,
Oslo Riksarkivet, Oslo

MEDISINALVESENETS
SENTRALADMINISTRASJON 1809-1940

Redaktør
Knut Skistad

HELSEVESENET 1940-1983

Arkivarforeningen, 1988
Trykt i Riksarkivet, Oslo
ISBN 82-548-0017-0 (hft)

LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1940-1983

ADMINISTRASJONSHISTORISKE OVERSIKTER

**Norsk arkivforum er en skriftserie
utgitt av Arkivarforeningen,
c/o Riksarkivet, Oslo**

Redaktør

Knut Skistad

Arkivarforeningen, 1988

Trykt i Riksarkivet, Oslo

ISBN 82-548-0017-0 (hft)

ISSN 0800-3106 (hft)

F O R O R D

Arkivarforeningens styre og generalforsamling bestemte i 1984/85 at Norsk arkivforum skulle søkes videreutviklet fra utelukkende å være et publikasjonsforum for de norske arkivseminarer til å bli et periodisk skrift med arkivfaglig/arkivteoretisk innhold. Tanken har vært og er at det skal utgis minst to nummer i året.

Festskriftet til Carlo Larsen, som utkom i 1985, representerte det første brudd på rekken av seminarrapporter. Nærværende skrift er en fortsettelse i samme retning og består av administrasjonshistoriske oversikter som ble forfattet av medarbeidere i Riksarkivet i 1983/84 til bruk ved det sist avholdte, etatsinterne registratorkurs.

Redaktøren har egentlig ikke hatt noe redaksjonsutvalg ved sin side. Han har imidlertid hatt god hjelp av Riksarkivets sekretariat og edb-avdeling til manuskriptredigering og skrivning.

INNHold

ANDRES A. SVALESTUEN:

MEDISINALVESENETS SENTRALADMINISTRASJON 1809-1940

INNLEDNING	s. 1
DET KONGELIGE NORSKE SUNDHEDS-COLLEGIUM I CHRISTIANIA 1809-15	s. 3
Opprettelse og avvikling	s. 3
Organisasjon og sakområde	s. 4
MEDISINALKONTORET I POLITIDEPARTEMENTET 1815-18 OG I KIRKEDEPARTEMENTET 1819-45	s. 9
MEDISINALKONTORET I INDREDEPARTEMENTET 1846-78. FRA LEGEKYNDIG KONSULENT TIL MEDISINALDIREKTØR	s. 21
Medisinaldirektør innenfor departementet 1875-	s. 34
MEDISINALKONTOR OG MEDISINALDIREKTØR UNDER JUSTISDEPARTEMENTET 1878-1913	s. 41
Medisinaldirektøren utenfor departementet 1891-	s. 45
Medisinalkontorets deling i 1911 og deling av medisinaldirektørens kontor 1912	s. 52
MEDISINALAVDELING OG MEDISINALDIREKTØR UNDER SOSIALDEPARTEMENTET 1913-40	s. 61
Medisinalvesenets overgang til Sosial- departementet 1913	s. 61
1917-22: Ekspansjon	s. 64
Medisinalavdelingen og medisinaldirektøren under sparekniven 1923-35	s. 70
Ny utvidelse av medisinaladministrasjonene 1935-40	s. 86
Forholdet mellom direktorat og departement. Helsedirektør Evangs forslag til reform	s. 89

NOTER	s. 96
KILDER OG LITTERATUR	s. 104
ORGANISASJONSKART 1809-1940	s. 107

ANNE MARIE BØHMER:
HELSEVESENET 1940-1983; EN ADMINISTRASJONSHISTORISK OVERSIKT

INNLEDNING	s. 108
ANSVARSFORHOLD OG ARBEIDSFORDELING	s. 111
Fra desentralisering som mulighet til desentralisering som mål	
OFFENTLIGE HELSETJENESTER	s. 116
<u>Institusjonshelsetjenesten</u>	s. 116
Somatiske helseinstitusjoner	s. 117
Tuberkuloseinstitusjonene	s. 118
Psykiatriske institusjoner	s. 123
Helsevernet for psykisk utviklings- hemmede	s. 126
Finansierungsordninger for institusjons- helsetjenesten	s. 128
Oversikt over institusjonshelsetjenesten	s. 129
<u>Offentlig helsetjeneste utenfor institusjon</u>	s. 132
Jordmortjenesten	s. 132
Helsesøstertjenesten	s. 134
Helsestasjonene	s. 136
Helsetjenesten i skolene	s. 137
Hjemmesykepleien	s. 139
Tannhelsetjenesten	s. 140
Bedriftshelsetjenesten	s. 142
Finansiering av helsetjenesten utenfor institusjon	s. 143
Oversikt over helsetjenesten utenfor institusjon	s. 144
Oversikt over offentlig helsetjeneste i og utenfor institusjon	s. 145

FORVALTNINGSORGANER

s. 149

<u>Lokale forvaltningsorganer</u>	s. 150
"Minste lokalenhet"	s. 150
Kommunal styring av helsevesenet	s. 150
Helserådet	s. 152
Stads- og distriktslegene	s. 156
Oversikt over forvaltningsorganer innenfor "minste lokalenhet"	s. 161
"Største lokalenhet"	s. 164
Fylkesmannen	s. 164
Fylkeskommunal styring av helsevesenet	s. 165
Fylkeslegen (Stadsfysikus)	s. 168
Fylkeslegens administrasjon	s. 173
Fylkestannlegen	s. 174
Oversikt over forvaltningsorganer innenfor "største lokalenhet"	s. 175
Oversikt over lokale forvaltningsorganer for helsevesenet.	s. 176
 <u>Sentrale forvaltningsorganer</u>	 s. 180
Ved utbruddet av annen verdenskrig	s. 181
Annen verdenskrig	s. 184
Medisinaldirektoratet i London	s. 185
Tiden etter 1945	s. 188
Budsjett- og personalkontoret/ Økonomi- og personalkontoret (H 2)	s. 191
Legekontoret (H 1)	s. 192
Tuberkulosekontoret/Kontoret for sosialmedisin (H 3)	s. 193
Kontoret for psykiatri (H 4)	s. 195
Hygienekontoret (H 5)	s. 196
Sykepleiekontoret (H 6)	s. 198

Apotekkontoret (H 7)	s. 200
Tannlegekontoret (H 8)	s. 201
Sykehuskontoret (H 9)	s. 202
Utredningskontoret (HU)	s. 202
Kontinentalsokkelkontoret (KK)	s. 203
Omorganisering av den sentrale forvaltning av helsevesenet i 1983	s. 203
Bemannning	s. 205
Oversikt over de sentrale forvaltnings- organer for helsevesenet	s. 210
Oversikt over forvaltningsorganer for helsevesenet	s. 211
Oversikt over helsevesenet 1940-1983	s. 214
NOTER	s. 219
LITTERATURLISTE	s. 224

TOR BREIVIK:
 LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1940-1983

INNLEDNING	s. 227
I. UTVIKLINGEN I DEPARTEMENTENE GENERELT	s. 230
II. GENERELLE TENDENSERS INNVIRKNING PÅ LANDBRUKS- DEPARTEMENTET	s. 237
III. DE ENKELTE ENDRINGER I LANDBRUKSDEPARTEMENTETS OPPBYGNING	s. 251
Innledende kommentarer	s. 251
Avdelinger i Landbruksdepartementet. 1945-1982. Kronologisk	s. 254
Direktorater i Landbruksdepartementet 1900-1976 (1982). Kronologisk	s. 256
Kronologisk oversikt over kontorenheter opprettet i Landbruksdepartementet 1900-1982. Nye og navneendringer	s. 258
Kronologisk oversikt over kontorenheter opprettet i Landbruksdepartementet 1900-1982. Nye saksområder og overføringer fra eldre enheter	s. 261
Kronologisk oversikt over nedlagte kontorenheter i Landbruksdepartementet 1945-1982, inkludert navneendringer	s. 264
Kronologisk oversikt over nedlagte kontorenheter i Landbruksdepartementet 1945-1982. Overføring av saksområder til andre enheter	s. 266
Alfabetisk oversikt over kontorenheter i Landbruksdepartementet 1900-1982, med deres avdelingstilknytning 1960-	s. 268
FIGURER	s. 272
NOTER	s. 276
LITTERATUR OG TRYKTE KILDER	s. 279
UTRYKTE KILDER	s. 283

ANDRES A. SVALESTUEN:

MEDISINALVESENETS SENTRAL- ADMINISTRASJON 1809-1940

INNLEDNING

Utgangspunktet for dette arbeide var å skrive en oversikt over administrasjonen av norsk helsevesen i tidsrommet 1814-1940. Emnets omfattende karakter, den lange perioden som skulle dekket og den forholdsvis korte tiden som sto til rådighet gjorde at jeg valgte å foreta to vesentlige avgrensninger av oppgaven: 1) framstillingen er begrenset til helsevesenets sentraladministrasjon og 2) herunder det sivile helsevesen. Dermed er det lokaladministrative planet skåret vekk, og likeså hele det militære medisinalvesen (sanitet), som hadde to separate grener - en for Hæren (Armeen) og en for Marinen - og dessuten sorterte under to forskjellige departementer, før vi fikk et felles Forsvarsdepartement i 1885. De som vil vite mer om administrasjonen av det militære medisinalvesen henvises til Johnsen, A.O. og Wasberg, G.C.: Norsk militærhistorisk bibliografi, s. 166-71 (Oslo 1969).

Under behandlingen av det sentraladministrative apparat for det sivile helsevesen har jeg imidlertid strukket tidsgrensen tilbake til 1809. Dette fordi en beskrivelse av Sundheds-Collegiet 1809-15 ville danne en høvelig bakgrunn for de gjentatte forsøkene som seinere ble gjort for å få innført et kollegialt faglig topp-organ innenfor medisinaladministrasjonen. Alle disse forsøkene, som ble presset fram av legeprofesjonen, og som bunnet i sterke krav om større legekyndig innflytelse i den sentrale avgjørelsesprosess, strandet på motstand i Stortinget (1848) og ved seinere anledninger i departementet. Her foretrakk man et hierarkisk

"enebestyrelsesprinsipp" framfor kollegieformen. Kampen for et sterkere medisinsk-faglig innslag i et ellers juristdominert topp-byråkrati, og hvordan sakkyndighetsproblemet ble løst ved konsulentordninger og en direktør innenfor (1875-) og seinere utenfor (1891-) departementet, danner en av hovedlinjene i framstillingen.

Et annet hovedtema er en beskrivelse av det sentraladministrative apparats vekst fram til 1922, kontraksjonen fram til ca. 1935 og deretter ny ekspansjon i siste halvpart av 1930-årene. Jeg har søkt å gå nøyere inn på virkningene av spare- og innskrenkningstiltakene i mellomkrigstiden når det gjelder den sentrale styring av det sivile helsestellet.

Ellers er denne administrasjonshistoriske oversikten mer deskriptiv enn analytisk. Den bærer preg av å være skrevet for arkivbruk, idet det er lagt vekt på en temmelig detaljert beskrivelse av medisinalkontorenes myndighetsområder (ressortforhold) og administrative endringer så som utspaltningen av et Medisinaldirektorat (1891-), forskjellige kontordelinger, og den skiftende departementstilhørigheten. Medisinalvesenet er et eksempel på en administrasjonsgren som vandret fra det ene departementet til det andre ("som en Jerusalems skomaker", sa en stortingsmann) - for endelig å havne i Sosialdepartementet i 1913. Ordningen av arkivene vil derfor medføre en del proveniensmessige overveielser.

Forholdet mellom Sosialdepartementets Medisinalavdeling og det utenforstående Medisinaldirektoratet kom i forgrunnen som et konfliktstoff i 1920- og '30-årene. Helse- og Medisinaldirektør Karl Evangs modell med en sammenslåing av de to enhetene til et Helse- og Medisinaldirektorat eksisterte i 39 år 1945-83. Fra slutten av 1983 har man igjen fått et direktorat utenfor og en Helseavdeling i Sosialdepartementet, altså en administrasjonsstruktur som minner sterkt om den ordningen vi hadde i nærmere femti år, 1891-1940.

DET KONGELIGE NORSKE SUNDHEDS-COLLEGIUM I CHRISTIANIA

1809-15

OPPRETTELSE OG AVVIKLING

Det norske Sunnhetskollegiet ble opprettet ved kgl. res. 27.6.1809 og nedlagt ved kgl.res. 25.5.1815, med virkning fra 1.7. samme år.

I sitt opphav tilhører således Sunnhetskollegiet de såkalte kriseinstitusjonene som ble opprettet i det første tiåret av 1800-tallet. Det var nødvendigvis tillagt en viss selvstendig myndighet, men var ellers underordnet Sundhedskollegiet i København (Collegium Medicum), som igjen sorterte under det dansk-norske Kanselliet. Herfra ble alle viktige saker forelagt Kongen til avgjørelse. I København fantes også en Medicinal-Providerings-Commission og en såkalt Vaccinations-Commission. Norge hadde fra 1809 et eget Medisinalvaredepot, med en kommisjon som styre-Commissionen for Norges Medisinalvaredepot. Depotet ble nedlagt ved regjeringens resolusjon 14.4.1815.¹

Vi legger merke til at Sunnhetskollegiet overlevde unionsbruddet og Christian Fredriks regjeringsråd i 1814. Etter den nye departementsinndelingen fastlagt ved kgl. kunngjøring 30.11.1814 - altså etter unionsinngåelsen med Sverige - skulle medisinalvesenet sortere under 3. departement for Politisager m.v. (Politidepartementet). Men som vi har nevnt ble denne ordningen først iverksatt fra 1.7.1815 da Sunnhetskollegiet ble definitivt nedlagt.² Ellers er å bemerke at Sunnhetskollegiet opprinnelig også hadde ansvaret for det militære medisinalvesen. I 1813 (kgl.res.20.4.) ble det imidlertid opprettet en særskilt Direktion for det mili-

taire Medicinalvæsen. Denne besto til i slutten av 1815. Kgl.res. 6.11.1815 bestemte at den skulle oppheves --- "og dens Forretninger henlægges deels under Armee-Departementet, deels under Collegium medicum, samt dens Archiv overleveres til Stabschirurgen."³

ORGANISASJON OG SAKOMRÅDE

I "Instruction for det Kgl. norske Sundheds-Collegium i Christiania" av 7.2.1810 finner vi detaljerte regler for dette forvaltningsorganets organisasjon og en temmelig inngående beskrivelse av dets sakområde ("Pligter og Forretninger").⁴

Kollegiets organisasjonsmessige struktur ble bevart, med den vesentlige forskjellen at båndene til København ble kuttet over og subordinasjonsforholdet til København opphørte i 1814. Men Sunnhetskollegiet ble i første omgang ikke underlagt noe departement, og hadde således direkte forbindelse med Kongen. Saker fra et departementskontor som ble lagt fram for Kongen, måtte foredras gjennom vedkommende statsråd. Den kollegiale ansvars- og avgjørelsesform passet heller ikke så godt inn i den nyere departementsstruktur, som var basert på eneansvarsprinsippet og en hierarkisk oppbygging. Kollegieformen måtte av mange oppfattes som en levning av eneveldet. Både de militære kollegier og Sunnhetskollegiet ble derfor etter hvert avvirket. Det samme gjaldt Opplysningskomiteen av 1814.^{4a}

Om Sunnhetskollegiets sammensetning bestemte instruksen av 7.2.1810 at det skulle..."bestaae af de Læger og andre Kgl. Embedsmænd, som det maatte behage Kongen at udnævne til Medlemmer af Samme; og skal Stabs-Chirurgen i Norge stedse være iblandt disses Tal." De opprinnelige medlemmer var ifølge resolusjonen av 27.6.1809 stabskirurg (og senere professor) Magnus Andreas Thulstrup, kaptein og politimester

Christopher Weidemann, apoteker og professor Hans Henrich Maschmann, stadsfysikus dr.med. Johan Møller og amtsfysikus dr.med. Bernt Godsche Baumgarten. Farmasøytten Jacob Christlieb Schandorff ble utnevnt til sekretær.⁵ Den medisinske sakkyndighet var altså sterkt representert.

En av de legekyndige medlemmene hadde forsetet og ledet forhandlingene. Han ble kalt decanus og hadde såkalt votum decisivum, dvs. utslagsgivende stemme ved stemmelikhet. Stillingen som decanus gikk over til en av de andre legekyndige etter ett års forløp. Decanus var førstevoterende ved sakenes avgjørelse, og dikterte avgjørelsen, som ble innført av sekretæren i en resolusjonsprotokoll. Forhandlingene kunne foregå muntlig eller ved skriftlig votering. Medlemmene hadde møteplikt og plikt til å uttale seg om saker som kom opp i kollegiet. Avgjørelsene ble fattet ved flertallsbeslutning, som alle måtte underskrive, men avvikende standpunkter var sikret å komme til uttrykk. Det heter i instruksens § 11: "Finder noget Medlem sig beføiet til at afvige fra Pluralitetens Beslutning, da bør hans Votum tilføres Protokollen, og ligeledes Expeditionen fra Collegiet; men ingen bør vægre sig ved at underskrive nogen Expedition, fordi han --- er af anden Mening end Pluraliteten ---".⁶ Det var videre bestemmelser om føring av protokollene. Sekretæren hadde ansvaret for arkivet (prgf. 16): "Alle løbende Sager beholder Secretairen i sin Forvaring, indtil de ere afgjorte, hvorefter han strax henlægger dem i Collegiets Archiv, hvilket bør være paa det Sted, hvor Forsamlingerne holdes, og bør saavel Decanus som Secretairen dertil have Nøglen. Af Archivet maa intet udtages uden at derfor nedlægges Bevis, og intet udlaanes uden til Collegiets Medlemmer, med mindre Collegiets speciell Tilladelse erholdes."⁷

Sunnhetskollegiets sakområde var det samme som seinere tillå Medisinalkontoret i departementet - når vi altså ser vekk fra det militære medisinalvesen.

Kollegiet skulle - generelt sett - våke over og føre kontroll med at alle lover og bestemmelser som gjaldt medisinalvesenet ble overholdt. Medisinalvesenets personale - leger (medici og kirurgi), apotekere, jordmødre etc. sto under kollegiets oppsyn, og dette kunne gripe inn mot embets- og pliktforsømmelser. Hertil kom tilsynet med sykehus og hospitaler, samt helseforholdene i tukthus, fengsler og pleieanstalter. Kollegiet skulle avgi betenkning ved opprettelsen av nye institusjoner av denne art. Det heter videre at "Det Samme gjælder ogsaa om Fabrikers Anlæg, som ere af den Beskaffenhed, at de Materier, som i samme forarbeides, ved skadelige Uddunstninger o.s.v. kunde blive farlige for de i Nærheden boende Menneskers Helbred, og derfor udkræve Forsiktighed ved Anlæggets Udførelse."⁸ - Altså et begynnende forurensningstilsyn!

Kontrollen med apotekvesenet (prgf. 24) ble ført gjennom autorisasjon av apotekere, gjennom legenes visitasjon av apotekene og gjennom regning- og reseptkontrollen, utført av kollegiets farmasøytiske medlem. Kollegiet hadde også det øverste ansvar for medisinalvareforsyningen og foresto revisjonen av medisinaltaksten (prisen på legemidlene).

Kollegiet avga innstilling om besettelse av legeembetene, og mottok de årlige innberetninger fra de autoriserte leger, slik dette var fastsatt i Kanselliets skrivelse av 20.12.1803.

Et særlig ansvar hadde Kollegiet når det gjaldt å iverksette tiltak mot utbredelsen av epidemiske sykdommer. Videre skulle det være "fortrinlig opmærksomt paa Radesygen." Det

fantas spesielle radesykehospitaler. Professor Horn skulle inngi årlige innberetninger om denne sykdommen (kgl.res. 20.3.1807 og instruks 10.4.1810).

Jordmorvesenet sto under Kollegiets spesielle oppsyn. Det skulle se til at flere såkalte eksaminerte jordmødre ble ansatt og treffe tiltak til utdanning av slike. Her må tilføyes at Norge først fikk sin Fødselsstiftelse i Christiania rundt 1820; før 1814 foregikk opplæringen av jordmødre ved en tilsvarende institusjon i København.

Til slutt må vi nevne at Sunnhetskollegiet skulle virke for en større utbredelse av vaksinasjonen i landet, bl.a. ved å anlegge en "Vaccinations-Anstalt" i Christiania, noe som imidlertid ikke ble iverksatt. Legene sendte hvert år inn meldinger om antall vaksinerte. Helt til slutt fører instruksens av 1810 opp bekjempelsen av kvaksalveriet som en viktig oppgave for den sentrale helsemyndighet i Norge.

Nedleggingen av Sunnhetskollegiet og overføring av sakområdet til et medisinalkontor under 3. departement (Politidepartementet) fra 1.7.1815 var et ledd i raseringen av det eldre kollegievesen, og en tilpasning til den nye departementsstrukturen av 30.11.1814. Argumentene for denne saneringen var dels praktisk - økonomiske, dels av konstitusjonell karakter: Grunnloven krevde en ansvarlig statsråd som leder for de enkelte administrasjonsgrener.⁹

Innstillingen om avskaffelsen av Sunnhetskollegiet er svært kortfattet, men legger vekt på at årsakene til at dette administrasjonsorganet ble opprettet er falt vekk, og at man har fått et departement som disse sakene skal sortere direkte under: "Sundheds-Collegiet i Norge blev oprettet paa en Tid da Danmark og Norge endnu være forenede, da Sam-

færdselen imellem Rigerne som oftest var afbrudt, og da der i Norge ikke gaves nogen Central Regjering der i Sager Sundheds Politiet vedkommende, som ingen Ophold taalte, kunne træffe de fornødne Foranstaltninger.

Da disse Aarsager nu ere ophørte og da der under den Norske Regjering er oprettet et Departement hvorunder alt hvad der vedkommer Rigets Medicinal Væsen er henlagt, synes førnævnte Collegium nu at være overflødig, og vi formene derfor underdanigst at samme kunde ophæves mod at det medicinske Facultets Professorer bleve paalagte at gaae Politie Departemente tilhaande med alle de Oplysninger og Erklæringer som samme maatte finde fornødent at affordre dem."¹⁰

MEDISINALKONTORET I POLITIDEPARTEMENTET 1815-18 OG I

KIRKEDEPARTEMENTET 1819-45

Av personalet i Sunnhetskollegiet var det bare sekretæren, farmasøyten Jacob Christlieb Schandorff, som fortsatte i Medisinalkontoret under 3. departement. Ved kgl.res. 18.9.1815 ble han utnevnt til fullmektig i det nevnte departement, og med plikt til å bestyre medisinalvesenets saker under det samme ("overtage den Deel af Forretningerne som vedkomme Medicinal Væsenet").¹¹

Medisinalkontorets journaler, kopibøker og journalsaker starter i juli 1815, og den første innførsel i referatprotokollen er fra september samme år. Men den egentlige formelle kontordannelsen kom først på vårparten 1816, da den førnevnte J. C. Schandorff ved kgl.res. 20.5. ble utnevnt til byråsjef for et særskilt kontor i 3. departement. I regjeringsinnstillingen til denne utnevningen ble det pekt på medisinalsakenes økende mengde og Schandorffs fortjeneste som embetsmann. En fullstendig kontordannelse forutsatte altså at det sto en byråsjef i spissen for dette sakområdet.¹²

Foruten byråsjefen besto kontorpersonalet i 1816 av to kopister: cand. pharm. Hans Christian Brasch, som også var pålagt revisjonen av medisinregningene betalt av det offentlige, og cand. jur. Christopher Delphin, som er kalt "Copist ad interim". Kontoret er kalt "Expeditionen af de til Medicinalvæsenet henhørende Sager."¹³

Farmasøyten Brasch ble utnevnt til fullmektig ved kgl.res. 20.3.1817.¹⁴ Senere ble bemanningen styrket ved tilsetning av nok en kopist og en ekstraskriver.

Personalmessig og medisinsk-faglig kan det se ut som Medisinalkontoret sto langt svakere enn det tidligere Sunnhetskollegiet. Men vi må ta i betraktning at kontoret hadde tre personer som hovedsaklig og på mer permanent basis arbeidet med den sentrale helseadministrasjon, og at de kunne dra på sakkunnskapen til professorene ved Det medisinske fakultet. Disse var forpliktet til å yte kontoret gratis bistand når de ble spurt om råd. I lengden skulle det likevel vise seg at legestanden fant denne ordningen uholdbar.

Ved kgl. kunngjøring 17.11.1818 om fordeling av regjerings-sakene mellom departementene, ble departementenes antall innskrenket fra 7 til 5. Ved denne anledning ble Medisinalkontoret med tilhørende sakområde og personale flyttet over til Kirke- og undervisningsdepartementet fra 1.1.1819. Men karantenevesenet gikk nå over til Marinedepartementet.¹⁵

Det militære medisinalvesen var ellers delt mellom Armédepartementet og Marinedepartementet, med henholdsvis en stabsskirurg (fra 1819 kalt generalkirurg) og en overlege (fra 1826) i spissen. Medisinalkontoret befattet seg altså kun med det sivile helsevesen.

Medisinalkontorets organisering var uendret inntil slutten av 1842, da personalet besto av byråsjef, 1 fullmektig, 2 kopister og en ekstraskriver. På dette tidspunkt døde imidlertid byråsjef Schandorff, og fullmektig Brasch ble entlediget. Det ble da fra legehøld gjort flere fremstøt for å sikre et sterkere innslag av medisinsk sakkyndighet i den sentrale ledelse av rikets medisinalvesen.

Ved kgl.res. 8.12.1842 fikk Kirkedepartementet gjennomført at de to ledige embetene i Medisinalkontoret skulle stå ubesatt inntil videre. Departementet ble dertil gitt anledning til å bruke de ledige gasjene til to konstituerte fullmektiger. I den ene posten ble tilsatt en lege med farmasøytiske kunnskaper, i den andre en jurist. I sin innstilling påpekte departementet ønskeligheten av å tilføre kontoret større legekynndig kompetanse. Videre ville man ta under overveielse en omregulering av saksmengden blant kontorene, og avvente utfallet av medisinalkommisjonens arbeide (kommisjonen av 1834).¹⁶

Den 31.3.1841 søkte Det medisinske fakultet om lønnsbevilgning til en sekretær som skulle bistå fakultetet i dets funksjon som rådgiver for medisinaladministrasjonen. Fakultetet anførte at dets forretninger "bestaae ikke blot i Undervisning i Lægevidenskabens forskjellige Dicipliner og Afholdelse af medicinsk Embedseksamen samt andet Universitetet Vedkommende, men de angaae tildels ogsaa, siden Sundhedscollegiets Ophævelse ved kongelig Resolution af 25.Mai 1815, Administrationen af Medicinalvæsenet og Bedømmelse af medicinske Qvæstioner ved Retterne". Det akademiske kollegium anbefalte ikke søknaden, forsåvidt utgiftene ville bli belastet Universitetets budsjett. Men på medisinalvesenets budsjett 1842 ble det oppført 150 spd. til en assistent for Det medisinske fakultet, og Kirkedepartementet ble ved kgl.res. 9.1.1843 bemyndiget til inntil videre å bruke denne summen til det omtalte formål.¹⁷

Den midlertidige ordningen av bestyrelsen av Medisinalkontoret i slutten av 1842 fremkalte den rene proteststorm fra en voksende og mer selvbevisst legestand, og departementet ble gjennom dette presset til å ta spørsmålet om fagkyndighetens representasjon i sentraladministrasjonen opp i sin fulle bredde.

Legeforeningen i Christiania krevde i en "underdanigst Forestilling" 1842 at det ubesatte byråsjefembete i Medisinalkontoret måtte besettes med en vitenskapelig utdannet lege, for å styrke det sakkyndige element i administrasjonen. Dette for å oppnå en mer betryggende saksforberedelse i det hele, en bedre kontroll med legenes embetsførsel og en mer vitenskapelig bearbeidelse av de årlig innkomne medisinalinnberetninger som "... blive for Resten henlagte for største Delen uændsede i Archivet, uagtet de oftere maatte kunne foranledige Paamindelser, Undersøgelser eller andre Foranstaltninger." En legekyndig i byråsjefposten ble ansett for et minimumskrav, ellers ville legeforeningen avvente forslagene fra medisinalkommisjonen av 1834 -Samtidig inkom en henvendelse fra en rekke leger i Christiansand med stadsfysikus i spissen om "--- at en fuldkommen Overmedicinalbestyrelse for Landet maatte blive organiseret, navnlig saaledes, at der ogsaa gives Lægestanden enten i Hans Majestæts Raad eller dettes nærmeste Sphære en Representation ---eller at i det Mindste den oven nævnte Bureauchefspost maatte blive besat med en lægevidenskabeligt dannet Mand." Maksimumskravet var altså her en egen statsråd for medisinalsakene!

Som nevnt innebar den midlertidige bestyrelse av Medisinalkontoret (kgl.res. 8.12.1842) at byråsjefembetet ble stående vakant, og at det ble konstituert to fullmektiger - en farmasikyndig lege og en cand.jur. Hverken legeforeningen i Christiania eller legene i Christiansand kunne akseptere denne ordningen, de avga skriftlige motiverte erklæringer om dette, krevde saken foredratt i statsråd og avgjort på toppnivå (ved kgl.res.). De legekyndige ville ha kanalisert sin innflytelse gjennom en stillingsinneholder som kunne ta initiativ "--- af egen Drift og uden at afvente nogen Forespørgsel, kunde give de Raad og gjøre Forslag til de Forandringer, han maatte ansee tjenlige." Derfor kunne de ikke nøye seg med noe mindre enn en byråsjef.

Resultatet av denne kompetansestriden var i første omgang at Kirkedepartementet i en lang og omstendelig innstilling 23.3.1844 punkt for punkt gjendrev klagemålene mot den eksisterende ordning, forsvarte de trufne avgjørelser og fikk utvirket kongelig resolusjon 13.4. s.å. for "at der Intet Videre bliver at foretage i Anledning af de af Lægeforeningen i Christiania og en Deel Læger i Christiansand indgivne Forestillinger ---".

Kirkedepartementets innstilling i denne saken er et ypperlig eksempel på datidens formal-juridiske argumentasjon. Det er det jurist-dominerte embetsbyråkratiets legalistiske teori om hva som er administrasjonens oppgaver som her kommer til uttrykk.

Departementet beskrev og forsvarte i detalj den midlertidige organisasjon av Medisinalbyrået. Denne innebar bl.a. at kontoret fra 1.1.1843 overtok saker angående almueskolevesenet, seminarene, fattigvesenet samt offentlige stiftelser og legater (egen arkivserie D) fra 1. ekspedisjonskontor A (Kirkekontoret). Disse sakene utgjorde ca. 1/3 av den samlede saksmasse i Medisinalkontoret. Dette forhold talte i mot å utnevne en legekyndig i den ledige byråsjefposten. Og selv om kontorets ressort ble innskrenket til de rene medisinalsaker, kunne ikke departementet tilråde en slik løsning: "Det maa nemlig vel bemærkes, at Contoiret, som henlagt under et Regjeringsdepartement, selvfølgelig ikke i nogen Henseende kan have til Hensigt directe at virke til Lægevæsenets videnskabelige Udvikling,---hvorumod Contoirets Bestemmelse alene er at behandle eller forberede de Sager, der vedkomme Medicinalvæsenets Administration og navnlig den Control, der middelbart gjennem vedkommende Overøvrighed skal føres med de civile Lægers almindelige Embedsvirksomhed. Men heraf følger formentlig ogsaa, at i al Fald en væsentlig Deel af Forretningerne i dette Contoir, lige saa vel

som i ethvert andet Contoir i Departementerne, henhører til det Slags, til hvis Behandling der væsentligst udfordres administrativ Dannelselse og almindelig Forretningsdygtighed, uden at nogen speciel Indsigt i Lægevidenskaben dertil behøves."

Sakenes formelle og juridiske behandling sto centralt i denne administrasjonsteorien, som selvfølgelig var egnet til å forsvare det rådende juristmonopol i den sentrale statsforvaltning. Kirkedepartementet gikk i 1844 så langt som til å anta at hvis det ble ansatt en medisinsk fagmann som sjef for Medisinalkontoret, så måtte en også supplere denne med en sideordnet, juridisk skolert embetsmann, "der kunde supplere den Garanti, Expeditionssecretairen fra vedkommende Contoir har Føie til at kræve ikke for en i Sagens Hovedgjenstand kyndig, men ogsaa for en fra den juridiske og formelle Side paalidelig Behandling af de Expeditioner --- som han igjen --- har at forelægge eller foredrage for Departementschefen."

Departementet avviste denne gangen både på prinsipielt grunnlag og av hensyn til den påtenkte reform i medisinallovgivningen å etterkomme kravene fra legene om en sterkere representasjon i sentralforvaltningen. Sakene under de forskjellige kontorer var for uensartede til at man kunne sette en spesielt fagkyndig i spissen for hvert enkelt av disse. Hensynet til konsekvensene spilte nok en betydelig rolle: Ga man etter for medisinerne, ville de geistlige og skolefolkene med like stor rett kunne kreve en økt innflytelse i departementet. Det mest vidtgående kravet fra legene i Kristiansand ble ansett for å være ugjennomførbart under de rådende forhold: "Skulde et saadant Princip med Consequents søges gjennemført, vilde ikke blot Medicinalvesenet, --- men ogsaa mange andre Bestyrelsesgrene kunne gjøre lige grundet Fordring paa at repræsenteres særskilt og selvstændigt i Hans Majestæts Raad, altsaa ved særegne Departementer."¹⁸

Året etter ble imidlertid Kirkedepartementet etter eget forslag og ved kgl.res. 1.3.1845 bemyndiget til å innkalle to spesialkyndige i medisinalsaker og 3 i kirke- og skolesaker. Ordningen skulle tre i kraft fra 1.7.1845.

At Kirkedepartementet ga denne konsesjonen kom nok helst av et stadig økende press for å få et sterkere innslag av fagkyndighet inn i sentraladministrasjonen. Det var flere profesjoner som gjorde seg gjeldende, også de geistlige og filologene ville ha større innflytelse på henholdsvis kirke- og skolesakene. Teknikere og jordbrukskyndige kom også med i disse fremstøtene mot juristmonopolet i statsforvaltningen.

Vi må her være klar over at den førnevnte medisinallovkommisjonen av 1834 kom med sin første innstilling - "Udkast til Lov om Medicinalvæsenet i Norge" så seint som i mai 1844, ti år etter kommisjonens nedsettelse, og etter at Kirkedepartementet avga sin første innstilling om medisinsk sakkyndighet i administrasjonen (23.3.1844) samme år. Medisinallovkommisjonen var nedsatt ved kgl.res. 23.7.1834 og besto av generalkirurg, professor M.A. Thulstrup, professor F. Holst og kst. professor, lektor U.A. Motzfeldt. Særlig prof. Holst var en ivrig forkjemper for reformer i landets helseadministrasjon.¹⁹

Kommisjonens foreløpige lovforslag ble sendt ut til høring. Det var et omfattende lovutkast med motiver - 17 kapitler og 248 paragrafer - som var ment å dekke landets totale medisinalvesen - også det militære. Der var egne kapitler om amtsleger, distriktsleger, jordmorvesenet, vaksinasjons- og karantenevesenet, om sykehus, tannleger, dyrleger, apotekere etc. Når det gjaldt den sentral medisinaladministrasjon, gikk kommisjonen inn for å etablere et sunnhetskollegium utenfor departementet, som også skulle dekke det militære helsestellet.²⁰

Dette måtte fortone seg som et meget radikalt forslag i de departementale kontorer. Man ventet ikke at det endelige forslag til medisinallov kom fram på Stortinget før i 1848. Det synes å være klart at Kirkedepartementets ledelse 1844-45 var sterkt mot en kollegial løsning. Men for å stoppe den mest høylydte kritikken, ble det altså i mars 1845 besluttet å åpne adgangen til å tilkalle to medisinsk fagkyndige konsulenter. En midlertidig og svært moderat løsning ble valgt. Man visste også sikkert på dette tidspunkt at Medisinalkontoret fra 1.1.1846 kom til å gå over til det nye Departementet for det indre. Dette ble bestemt ved kgl.res. 16.7.1845.

Kirkedepartementets innstilling som leder opp til den kgl.res. 1.3.1845 om tilkalling av de sakkyndige, er interessant lesning fra et administrasjonshistorisk synspunkt. ²¹ Departementet er ikke i tvil om at det først og fremst er den juridiske ekspertise som er av størst viktighet for dets administrasjon: "Med Hensyn til Dispositionen af Lønningerne maa det imidlertid fortrinsviis komme i Betragtning at sørge for Tilstedeværelsen inden Departementet af den almindelige administrative Dygtighed og den i Forbindelse dermed staaende juridiske Dannelse, hvorom der ved de fleste vigtigere Anliggenders Behandling i et Departement eller i Regjeringen nødvendigviis her maa blive Spørgsmaal." Det dreide seg her om kontroll med embetshandlingenes lovmessighet, avgjørelse i kompetansesaker når det gjaldt myndighetsutøvelsen, konsekvensanalyse etc. Departementet vil til dette arbeidet først og fremst bruke jurister, selv om dette kan ha sine svakheter:

"Da for Øvrigt det Slags juridiske eller rettere administrative Dygtighed, Departementet her har for Øie, maa støtte sig mindre til et, om end nok saa grundigt, dog altid i det Væsentlige theoretisk Examensstudium, end til en med Øvelse

og Erfaring i det praktiske Forretningsliv forbunden Oversigt over Lovgivningen---, maa det vistnok erkjendes, at den absolverede juridiske Examen i og for sig her kun bør komme i Betragtning som et efter Omstændighederne mere eller mindre vegtigt Moment ved Bedømmelsen af Vedkommendes Qualification, da denne ad andre Veie kan være opnaaet og lagt for Dagen paa en saa fyldestgjørende Maade, at der om deres Brugbarhed for den høiere Administration ogsaa i nys berørte Henseende ikke kan være grundet Tvivl. Paa den anden Side antages det dog ogsaa at maatte indrømmes, at der til Erhvervelsen af den mere formelle Dannelse, der i Følge foranførte er ønskelig og tildels nødvendig, i Almindelighed vil udfordres en større Opofrelse af Tid og Arbeide, end der i Regelen kan ventes af Mænd, hvis Virksomhed fra tidligere aar har været hovedsageligt optagen i ganske andre Retninger, og at der saaledes med Hensyn til Tilveiebringelsen af det formelle eller egentlige administrative Element i Statsstyrelsen synes i Almindelighed nærmest at maatte blive Spørgsmaal om Personer med juridisk Dannelse saa vel i theoretisk som praktisk Henseende" (uthevet her).

Et "mesterstykke" av snirklet og omstendelig juridisk kancellistil!

Innstillingen omtaler videre den svære mengden av uensartede saker under KUD. Om embetspersonalet heter det at de "i Almindelighed maa have fuldt op at bestille med Sagernes Behandling fra den administrative eller juridiske Side, ikke at tale om det Formelle ved deres Expedition. De rene fagsakene kunne "--- dog med Hensyn til Antal og Omfang ikke paa langt nær sammenlignes med den øvrige Mængde af for største Delen reent juridiske Forretninger, der ere henlagte under Departementet". Når det gjaldt den sakkyndige bistand hadde departementet hittil vendt seg til institusjoner og enkeltmenn, f.eks. biskoper og skolenes eforater - og med hensyn til medisinalvesenet - Det medisinske fakultet. De-

partementet innrømmet at det kunne reises kritikk mot denne ordningen: 1) De sakkyndige kunne bare uttale seg om saker som ble dem forelagt (intet initiativ), og 2) de hadde ingen adgang til å følge sakene i departementet (manglende oversikt).

Den mest effektive måte å løse sakkyndighetsspørsmålet på ville være "Organisationen af Centralautoriteter for hvert enkelt Hovedfag", som var frie til å avgjøre enkelte saker selv, men som ellers forberedte saker til avgjørelse av det departementet som de sorterte under (jfr. direktorat eller kollegium). Ulempene ved en slik ordning med spesielle sentralautoriteter var imidlertid så store at departementet ikke kunne godta en slik modell: "Foruden den større Vidtløftighed i Administrationen, en saadan Foranstaltning medfører, kommer end Videre i Betragtning, at eftersom Detaillbestyrelsen i alle Retninger maatte centraliseres hos eller igjennem de omhandlede Autoriteter, --- maatte Localbestyrelsernes Betydning og Indflydelse paa Andliggændernes Behandling blive forholdsviis ringere." Og..."Meget af det der ellers kunde være Gjenstand for Centralisation, bør og maa her overlades til vedkommende Localautoriteters Afgjørelse---." Altså et "demokratisk" argument! Lokalmyndighetenes innflytelse ble foretrukket framfor sentrale fagorgan. Departementet mente at det derved tok godt vare på det offentliges tarv. Dessuten var den desentrale løsning avgjort billigere, og dette var selvsagt et tungtveiende hensyn. Kirkedepartementet ville beholde biskopene, eforatene og stiftsdireksjonene som rådgivende instanser på det lokale plan, og har med en uttalelse som peker fram mot de seinere amts- eller fylkeslegene: "... ligesom det formentlig under hvilkensomhelst Form for Medicinalvæsenets Overbestyrelse vil findes ønskeligt, om der efterhaanden kunde erholdes ansat lægevidenskabeligt dannede Embedsmænd som Overautoriteter for et større District."

Også på grunnlag av likebehandlingsprinsippet måtte departementet forkaste den kostbare løsningen med sentrale fagautoriteter utenfor og underordnet departementene "---hvad enten man tænker sig de sagkyndig Centralautoriteter organiserede i den collegiale Form eller blot som et af en enkelt Mand bestyret Embede med det fornødne Contoirpersonale." Det siste henspeiler på direktoratformen, som seinere ble så aktuell i denne sammenheng.

Departementet drøfter så temmelig inngående forskjellige framgangsmåter for å styrke det sakkyndige element innenfor departementsstrukturen ("Arrangements inden selve Departementet") -både på ekspedisjonssekretær- og byråsjefnivå, forkaster disse både av økonomiske og prinsipielle grunner, og lander til slutt på den moderate minimumsløsning med tilkalling av fagkyndige konsulenter utenfra. Denne løsningen var både billig og rokket ikke for mye ved det bestående; dessuten ble den lansert som en ren prøveordning ".... medens man fremdels undersøger og overveier ---".

For medisinalvesenet innebar dette tilkalling av to legekyn-
dige enten i eller utenfor Det medisinske fakultet. Disse konsulentene skulle ha fullt innsyn i alle saker som kom inn til departementet og som berørte deres fag. De skulle stå i direkte forbindelse med departementssjefen, og var utstyrt med et visst initiativ: "enten selv bringe under Ventilation eller i Følge Departementschefens Opfordring ytre sig--". Under møtene eller konferansene med toppledelsen skulle ekspedisjonssekretæren være til stede, det skulle føres protokoll hvor avvikende meningsytringer skulle bli nedfelt, likesom dissenterende meninger skulle komme til orde i de "underdanigste Foredrag", hvor sakene skulle avgjøres av Kongen i statsråd, dvs. ved kgl. resolusjon: "--- (der) bør stedse føres Protocol ikke blot over Resultatet, men ogsaa over de derfra afvigende Meninger, som nogen Vedkommende

maatte inhærere, og som, i Tilfælde af at den angjældende Sag efter sin Beskaffenhed egner sig til underdanigst Foredrag, ligeledes i dette maatte af Departementschefen anføres og imødegaaes".²¹ Her var da en sikkerhetsgaranti for at avvikende faglige synsmåter ikke ble undertrykt og kvalt i det departementale byråkrati!

MEDISINALKONTORET I INDREDEPARTEMENTET 1846-78.

FRA LEGEKYNDIG KONSULENT TIL MEDISINALDIREKTØR

Den departementsreformen som ble vedtatt ved kgl.res. 16.7.1845 innebar opprettelsen av et nytt Departement for det indre fra 1.1.1846. Fra samme dato ble Medisinalkontoret og en del av dets personale overført til det nyopprettede departement fra Kirkedepartementet, som på sin side fikk tilført Riksarkivets kontor fra Finansdepartementet. Regjeringen hadde også overveiet å la medisinalsakene forbli i KUD, og i stedet flytte Revisjonskontoret for off. stiftelser og legater over til Revisjonsdepartementet, men frafalt dette av kontrollmessige hensyn.²²

Byråsjef cand.jur. Wilhelm Lexau Jürgensen, en legekyndig fullmektig og en kopist ble avlevert fra Kirkedepartementet til Indredepartementet, sammen med det sakområde som vedkom det egentlige sivile medisinalvesen, bortsett fra karantenevesenet som fortsatt lå under Marinedepartementet.²³ I KUD hadde Medisinalkontoret hatt hjelp av 3-4 flere kopister, men hadde da også i de tre siste årene bestyrt fattigvesenet, almueskolevesenet, seminarene m.v., ved siden av medisinalsakene. Til disse siste hørte også apotek-, vaksinasjons-, jordmor- og veterinærvesenet.²⁴

Innkallingen av de legekyndige konsulenter ble utsatt i påvente av departementsendringene. Først ved kgl.res. 30.9.1846 innhentet Indredepartementet bemyndigelse til å sette ordningen i verk, og denne var på viktige punkter innsnevret i forhold til Kirkedepartementets innstilling året før. Bare en legekyndig ble tilkalt, dels fordi Indre-

departementet fryktet en langsommere saksbehandling ved to konsulenter, og dels fordi viktigere saker fremdeles ville bli forelagt Det medisinske fakultet. Den nye sakkyndige, lektor i medisin Carl Wilhelm Boeck, ble videre bare "en confidentiel Consulent inden Departementet", ikke en mer uavhengig rådgiver som på eget initiativ kunne ta opp saker. Han fikk imidlertid anledning til å foreta inspeksjonsreiser.

- Det var uten videre klart at en slik ordning langt fra kunne tilfredsstille legestandens krav om en sterkere representasjon i den øverste medisinalbestyrelse. Det var da også forutsetningen at denne ordningen skulle være midlertidig.

25

Medisinalkontorets sakområde ved overgangen til Indredepartementet kan listes opp som følger:

Medisinalvesenet

- Legeembeters regulering, bestyrelse og besettelse.
- Revisjon av legers skyss- og medisinregninger.
- Do. av lensmenns og skysskafferers regninger over utgifter ved fattige sykes befordring til og fra sykehus.
- Utgivelse av en årlig fortegnelse over praktiserende leger i riket.
- Revisjon av medisinaltaksten.
- Avgivelse av en årlig generalberetning om sunnhetstilstanden i riket, ledsaget av tabeller over resultatene av sykehusbehandlingen på de forskjellige sykehus, samt lister over antallet av fødte og døde, dødfødte, vaksinerte osv.
- Overoppsyn med rikets sykehus, navnlig Rikshospitalet og Fødselsstiftelsen.
- Opprettelse av hospitaler og helbredelsesanstalter, så som for spedalske og sinnssyke.
- Foranstaltninger i anledning av epidemiske sykdommers utbrudd.

Apotekvesenet

- Apotekers opprettelse og nedleggelse. Apotekeres utnev-
nelse.
- Kontroll med apotekenes bestyrelse. Farmasøytisk eksa-
men.

Vaksinasjonsvesenet

- Beskikkelse av hjelpevaksinatører. Forsendelse av vak-
sinestoff.

Jordmorvesenet

- Jordmordistrikters inndeling. Regulering av jordmødres
lønn.

Veterinærvesenet

- Revisjon av dyrlegenes skyssregninger. Foranstaltninger
i anledning av smittsomme sykdommers utbrudd mellom hus-
dyrene.
- Hertil kan vi tilføye saker ang. tannlegers autorisa-
sjon, og etter hvert også ang. tannlegeeksamen.
- Antall journal- og kopibok- samt referatnummer vedk.
medisinalvesenet i det hele er i 1844 angitt til hen-
holdsvis 1405, 1475 og 46; personalet til 1 byråsjef,
1 fullmektig og 2 kopister.²⁶

Ekspedisjonssekretæren i Kirkedepartementet, Christian Birch-Reichenwalt, var i 1845 motstander av å avgi en fullmektig til Indredepartementet: "En Bureauchef og en Fuldmægtig er et forholdsvis altfor stort Embedspersonale for de blotte Medicinalforretninger".²⁷

Opprettelsen av et nytt Sunnhetskollegium ble som vi har nevnt foreslått av medisinallovkommissjonen av 1834, da denne la fram sitt utkast til en omfattende medisinallov i 1844. Dette utkastet ble sendt ut til høring, og ble til dels

livlig debatteret i den følgende tid. På grundlag av de innkomne uttalelser la kommisjonen i 1847 fram et revidert utkast til lov i 16 kapitler og 196 paragrafer, oversendt til Indredepartementet 31.3. dette år.

Det er spesielt det første kapittel, som angår det påtenkte sunnhetskollegiet, som her har interesse. Medisinallovkommisjonen hadde nå frafalt kravet om at dette forvaltningsorganet også skulle bestyre det militære helsestellet. Kollegiets ressort ble innskrenket til den sivile sektor, og generalkirurgen (sjefen for hærens helsevesen) skulle bare tilkalles som ekstraordinært medlem under behandlingen av saker som angikk hans myndighetsområde. Årsaken til denne revisjonen var den kraftige motstand som forslaget om et felles overstyre møtte fra militært hold. Også forslaget om å forene de to grenene av det militære helsevesen ble avvist av generalkirurgen og Armédepartementet. Sjøetaten hadde sin overlege som sorterte under Marindepartementet. Om hovedsaken uttalte Armédepartementet følgende: "Paa Grund af hvad man saaledes, væsentlig med de fra de militære Læger indkomne Betænkninger, har anført om Vigtigheden og Nødvendigheden af et selvstændigt ordnet militært Medicinal- og Lægevæsen, kan man ingenlunde erkjende, at det militære Medicinal- og Lægevæsen hensigtsmæssigen kan forbindes med Statens almindelige Medicinalvæsen, eller at de overordnede Poster i den militære Læge-Etats Personale bør holdes vacante i Fred".²⁸

Medisinallovkommisjonens reviderte forslag ble gransket og bearbeidet i Indredepartementet, og nå skjedde det bemerkelsesverdige at man her overtok medisinerens argumenter til fordel for opprettelsen av et sunnhetskollegium! Dette har nok sammenheng med at lederen for det nye departement - Frederik Stang - på dette tidspunkt var mindre bundet til det bestående og mer reformvennlig enn den tidligere ledelsen i Kirkedepartementet.

Av kommisjonens mange forslag fant Indredepartementet i første omgang bare å kunne fremme ett, og det gjaldt nettopp opprettelsen av et kollegium for å styrke den sentrale helseadministrasjon. Forslaget fremkom som St.prp. nr.13, 1848 "Om Bevilgelse af Lønninger for Medlemmerne og de underordnede Embedsmænd af et paatænkt Sundhedscollegium". Departementet mente altså at man her ikke behøvde å gå lovveien, men gjennomføre den administrative reformen ved Stortingets bevilgning og kongelig resolusjon.²⁹

I sin innstilling til proposisjonen (dat. 31.12.1847, bifalt ved kgl.res. 12.1.1848) redegjør departementet først for medisinalkommisjonens arbeide og grunngir hvorfor det ikke vil fremsette et omfattende lovforslag om helsevesenet (utilstrekkelig forberedelse m.v.), og anfører deretter:

"Det er denne Side af Sagen, nemlig Tilveiebringelse af større Sagkyndighed i Bestyrelsen, hvorpaa Opmærksomheden efter Departementets underdanige Formening først og fornemmelig bør være henvendt, og som maa betragtes som Udgangspunktet for enhver gjennemgribende Reform i Rigets Medicinalvæsen idethele. Dette Departement troer derfor fortiden at burde indskrænke sig til alene at tage det Afsnit af Lovforslaget, der anngaaer Organisationen af Medicinalvæsenets Centralstyrelse, under Behandling, hvorvel man...ikke antager, at de herhen hørende Bestemmelser bør gives ved Lov, men formener, at de som omfattende et reent administrativt Anliggende, kunne og bør fattes af den udøvende Magt, under Forudsætning af, at de til deres Iværksættelse fornødne Midler af Stortinget bevilges".³⁰

Departementet anså det "aldeles nødvendig, at Medicinalvæsenets Overbestyrelse overdrages til Mænd med lægevidenskabelig Dannelse," og argumenterte i det hele tatt sterkt for å styrke det sakkyndige element, samt at dette burde

fremtre som et kollegium. Viktige reformer sto i stampe fordi man i administrasjonen manglet den legevitenenskapelige innsikt. Den eksisterende ordning var utilfredsstillende. Det medisinske fakultet og den legekyndige konsulent som kom inn i departementet høsten 1846, hadde bare en konsultativ rolle. De kunne bare uttale seg om saker som ble dem forelagt, de manglet oversikt over medisinalforvaltningen, og hadde ikke forutsetninger for å ta initiativ til å få saker gjennomført. "Følgerne af denne vor Medicinalbestyrelses mangelfulde Organisation have ogsaa i flere Retninger været kjendelige, og Departementet kan derfor for sitt Vedkommende ikke andet end afgive den uforbeholdne Erklæring, at det under de nærværende Forholde, ligesaa lidt i Fremtiden som hidtil, vil være istand til i noget væsentligt Mon at virke til Medicinalvæsenets Tarv og tidsmæssige Udvikling".

Kollegieformen var å foretrekke framfor enkeltmannsbestyrelse (direktør) fordi det brakte større bredde og allsidighet inn i saksbehandlingen og avgjørelsesprosessen. Alle sivile medisinalsaker - også karantenevesenet og dyrlegevesenet - skulle sortere under kollegiet, som skulle ha myndighet til å avgjøre alle saker som ikke måtte passere gjennom foredrag i statsråd, eller som representerte uttellingene fra statskassen. Disse siste saksgrupper måtte gå via departementet.

Når det gjaldt kollegiets sammensetning ville departementet, likesom kommisjonen, at det skulle bestå av 3 faste legekyndige medlemmer (hvorav en preses), 1 overordentlig medlem (en farmasøyt), en sekretær m.v. Men departementet ville ha generalkirurgen inn blant de faste medlemmer, under forutsetning av at han fikk forhøyet sin gasje. "Det forekommer Departementet at i et Land med en ikke større Militairetat, end Norge, bør det civile og militaire Lægevesen saavidt muligt være fælles"----, (og fant det) "ikke alene maatte synes hensigtsmæssigt, men endog nødvendigt, at General-

chirurgen ex officio inträder som Medlem af Collegiet". Det oppsto dissens i regjeringen på dette punktet, og Frederik Stang fikk bare med seg statsråd Herman Foss her. Flertallet i regjeringen anså at saken om generalkirurgens stilling i kollegiet var avgjort ved kgl.res. 15.3.1847, som bestemte at han bare skulle være til stede i saker av felles interesse for det sivile og militære helsevesen, og departementets forslag ble endret i henhold til dette: Generalkirurgen gikk inn som ekstraordinært medlem av kollegiet. Det var videre en forutsetning at Medisinalkontoret skulle nedlegges. Indrekontoret - som forutsattes delt - skulle overta byråsjefen og den departementale behandlingen av medisinalsakene.³¹

Forslaget om et sunnhetskollegium i Norge ble nedstemt i Stortinget 2.6.1848 med 85 mot 17 stemmer. Dette var i overensstemmelse med gasje- og pensjonskomiteens innstilling av 29.4. samme år. Komiteen rådde til ikke-bevilgning til de påtenkte kollegie-medlemmer, fordi den fant det nye forvaltningsorgans virkeområde for dårlig definert, og at en så inngripende forandring burde ordnes gjennom en lov. Gasje- og pensjonskomiteen hadde også prinsipielle innvendinger mot kollegie-formen som sådan: "Den collegiale Forretningsform er uidentvivelid det skikket for administrative Anliggender. Den medfører vistnok en mere alsidig Behandling af Sagerne; men hvad der saaledes vindes, tabes paa den anden Side i Eenhed, Kraft og Hurtighed i Forretningsførselen. Dette finder formeentlig Stadfæstelse baade i ældre og nyere Tidens Erfaring; og denne Erfaring er det formeentlig at tilskrive, at den almindelige Opinion neppe er denne Administrationsform gunstig". -Dertil kom avgjørende økonomiske og andre konsekvenser av forslaget: Et sunnhetskollegium ville bety stadig økende utgifter til medisinalvesenet, og en måtte forvente at krav om liknende ordninger - med faglige autoriteter utenfor departementene - ville melde seg i andre administrasjonsgrener, f.eks. innenfor skole-, kirke-, postvesen m.v. Landet kunne ikke holde oppe en slik

kostbar administrasjonsstruktur. Gasjekomiteen mante til sparsommelighet i statshusholdningen: "Her maa man uden tvivl, for dog at udrette Noget og for at ikke Alt skal gaae i Staae, lade sig nøie med muligst simple og lidet bekostelige Former saavel i Administrationen som i vore øvrige offentlige Forholde".³²

Proposisjonens nederlag førte til at universitetslektor C.W. Boeck frasa seg stillingen som Indredepartementets konsulent i medisinal saker, men professor A.C. Conradi trådte inn i hans sted. Lønnen gikk opp fra 200 til 300 spd. I innstillingen til den kgl.res. 12.7.1848 om denne saken ble det tatt forbehold om å tilkalle ytterligere en konsulent, i overensstemmelse med Kirke departementets forslag om samme saken 1845.³³

Konsulentordningen for Medisinalkontoret ble i 1850 utvidet til en rådgivende medisinalkomité. Dette skjedde ved tilkalling av to andre legekyndige menn, professor F.C. Faye og Dr.H. Steffens. Den tidligere konsulent, professor A.C. Conradi, ble komiteens formann. Løpende saker skulle til vanlig bare forelegges formannen, mens saker av større viktighet skulle behandles i samlet komité, som så skulle avgi skriftlig betenkning og innstilling til departementet. Departementet frafalt altså kravet om et sunnhetskollegium, og søkte å finne en middelvei ved å bygge ut den eksisterende ordning. Vi ser at dette ble gjort i et samarbeid med Det medicinske Selskab i Christiania. Med noen mindre endringer var det et forslag fra dette selskapet som departementet fikk gjennomført ved den kgl.res. 12.7.1850 om opprettelse av medisinalkomiteen. Departementet kjente sterkt behovet for å styrke sakkyndigheten, og anførte om utilstrekkeligheten av den daværende konsulentordning: "Ved den i saa Henseende hidtil vundne Erfaring har Departementet overbevist sig om, at den hidtil ansatte Consulent alene ved de løbende Medicinalsagers Gjennemgaaelse, under disses stadige Tiltagende

saa vel med Hensyn paa Vigtighed som Antal, er i den Grad beskjeftiget, at nogen mere indgribende Virksomhed fra hans Side til Medisinalvæsenets Fremme, saa længe han staaer alene og ikke understøttes af andre Kræfter, ei er at vente, og at det navnlig ikke kan paaregnes, at han skulde tage Initiativet til samt forberede Foranstaltninger af en mere almindelig eller omfattende Natur".³⁴

Også medisinalkomiteen var ment som en midlertidig prøveordning, og honoraret til medlemmene -800 spd.- ble inntil videre utredet av departementets kontorkasse. Men da departementet i 1854 søkte å få denne summen overført til den alminnelige sivile gasjeliste, ble den av Stortinget nedsatt til 600 spd. årlig. Komiteens medlemmer svarte med å be seg fritatt for sine stillinger, men gikk med på å bli stående inntil departementet fikk andre til å gå inn på de tilbudte vilkår. Da dette ikke lyktes, og da komiteen ved kgl.res. 7.2.1855 fikk 200 spd. til å lønne en sekretær, og dertil særskilt honorar og juristhjelp til større arbeider, fortsatte de gamle medlemmer ut medisinalkomiteens funksjonstid til 1857.³⁵

Medisinalkomiteen var altså utstyrt med et visst initiativ til å fremme saker, og dens uttalelser ble ansett for å være offentlige - ikke konfidensielle. Indredepartementet bidro med 30 spd. årlig til offentliggjøringen av de viktigste erklæringer og betenkninger fra komiteen i Norsk Magazin for Lægevidenskaben. Komiteen varslet også at den ville komme med forslag til en definitiv ordning av medisinaladministrasjonen, slik at dette kunne legges fram for Stortinget i 1857.³⁶

Da Indredepartementet dette år fremmet forslag om bevilgning til et fast organiseret medisinalråd, bestående av 3 legekyn-
dige medlemmer og en sekretær, gjorde det bare ubetydelige
endringer i en betenkning 14.4.1856 utformet av den eksiste-
rende medisinalkomité, etter anmodning fra departementet.

Komiteen innså det nyttesløse i denne gangen å fremme et
forslag om et sunnhetskollegium med utstrakt administrativ
myndighet, men den ville "bibeholde og saavidt muligt fulds-
tændiggjøre den i de senere Aar stedfundne Ordning", og
ville oppnå dette ved "et Departementet adjungeret Medici-
nalraad", bestående av minst tre leger og en sekretær. Dette
faste rådgivende organ var ment å få et omfattende virkefelt
----"den skal omfatte samtlige Medicinalvæsenets vedkommende
Gjenstande", sto det å lese i departementets innstilling.
Det var tale om en stadig oversikt og kontroll med medisi-
nalforholdene i alminnelighet, bearbeidelse av legenes års-
beretninger, uttalelser om rettsmedisinske spørsmål, epide-
miske sykdommer, karantenevesenet (som lå under Marine-
dept.), kontroll med apotekene og det sivile veterinærvesen.
Videre en gjennomgåelse av den gjeldende medisinallovgivning
med forslag til endringer/forbedringer etc. Etter Medisinal-
komiteens mening skulle det påligge "den med Departementet
forbundne Medicinalautoritet at gribe Initiativet til og at
forberede nye Foranstaltninger af forskjellige Slags, selv
om disse nærmest komme til at sortere under et andet Depar-
tement end det, hvorunder Medicinalvæsenet i strengere For-
stand hører, og dersom en saadan Autoritet tillige skal have
Overopsigten med Medicinalvæsenet og give Betænkninger til
Bistand ved Administrationen, da ville dens Pligter og Ar-
bejder efter Committeens Formening ikke blive synderligt
mindre end dem et Sundhedscollegium kunde have at
udføre".³⁷

Og det viste seg at det var nettopp på denne måten saken ble oppfattet i Stortinget: altså som et forsøk på å smugle inn et sunnhetskollegium ad omveier. Gasje- og pensjonskomiteen uttalte: "Ved at sammenholde de vidtløftige Forhandlinger, der gjennem et længere Tidsrom have fundet Sted om Ordningen af en sagkyndig Medicinalbestyrelse i Riget, kan Committeeen efter nøieste Overveielse ikke skjønne Andet, end at den nu foreslaaede Institution, hvad enten man ser hen til dens ydre Anordning -- -- eller til dens Forretnings- og Myndighedssphære, --- kun er en anden Form for det Medicinalcollegium, der, grundet paa en naadigst anordnet Commissions Betænkning, blev foreslaaet for 12te ordentlige Storthing, men da med stor Eenstemmighed af Storthinget forkastedes".³⁸

Gasjekomiteen grep tilbake til Stortingsbehandlingen i 1848, og især til en erklæring avgitt 1845 av professorene Heiberg, Boeck og Conradi for å finne argumenter mot den foreslåtte ordning. I tråd med denne argumentasjonen rådde gasjekomiteen Stortinget til å avslå bevilgningen på 1600 spd. til det påtenkte medisinalrådet, men derimot å godta en bevilgning på 1200 spd. som årlig lønn til en legekyndig ekspedisjonssjef for medisinalvesenet i Indredepartementet, foreløpig for budsjetterminen 1857-60.³⁹ Stortinget bevilget pengene til ekspedisjonssjefposten. Sekretæren i den rådgivende medisinalkomité, cand.med. C.T. Kierulf, gikk inn i den nye stillingen fra 1.1.1858. Samtidig ble den nevnte komiteen avviklet.

Det viste seg at ekspedisjonssjef-løsningen fungerte tilfredsstillende, og etter forslag fra Indredepartementet bevilget Stortinget i 1860 gasje til en permanent stilling, og Kierulf fikk fast utnevning i dette embetet. Departementet

forbeholdt seg imidlertid rett til i framtida å komme med forslag om "Adgang til, ved Medicinalsagernes Behandling at benytte Bistand af flere, særskilt dertil beskikkede og derfor lønnede lægekundige Mænd".⁴⁰

I sitt foredrag om opprettelsen av den faste ekspedisjonssjefposten anførte Indredepartementet at hovedgrunnen til at en ikke tidligere hadde gått inn for denne av Stortinget framtvungne løsning, var at en ikke kunne vente å finne noen med så allsidige kunnskaper at han kunne bekle en slik stilling. Derfor hadde altså departementet gått inn for sakkyndig bistand i form av et kollegium, en komité eller et råd, der en større bredde av medisinskfaglig kunnskap var representert, og sakene kunne få en flersidig behandling. Men etter tre års prøvetid med ekspedisjonssjefen, måtte departementet innrømme at dette argumentet hadde mistet mye av sin kraft: "Det har nemlig viist sig, at den ansatte Expeditionschef for Medicinalanliggenderne i Almindelighed har kunnet yde den fornødne sagkyndige Veiledning ved Medicinalsagernes Behandling i Departementet, saa at der kun i et ringere Antal Sager er fundet Anledning til at indhente Betænkning fra det medicinske Fakultet". Slike betenkninger ble bare avkrevd i saker av større og mer inngripende betydning. - Fordelene ved ekspedisjonssjefen var dessuten at denne kunne ofre hele sin tid og arbeidskraft på den departementale behandling av alle medisinalsakene; han kunne derfor skaffe seg et godt overblikk over det sivile medisinalvesen i sin helhet. Man hadde også en analogi i Kirkedepartementets ekspedisjonssjef for skolesakene fra 1857.⁴¹

* * * *

Fra 1842 og framover satte legestanden inn en rekke fremstøt for å få en sterkere sakkyndig representasjon i den øverste medisinaladministrasjon. Kirkedepartementet stilte seg til å begynne med svært avvisende (forsvar for juristmonopolet),

men ble presset til å innkalle to legekyndige konsulenter i 1845. Dette ble ikke iverksatt. Medisinalkontoret gikk over til Indredepartementet fra 1.1 1846, og dette departementet nøyde seg med å innkalle en såkalt "confidentiel" konsulent fra slutten av samme året.

I 1847 går departementet fullstendig over til den sivile le-geetats krav om opprettelse av et sunnhetskollegium utenfor departementet, med omfattende administrativ og eksekutiv myndighet, og et modifisert forslag i denne retning ble fremsatt på Stortinget i 1848. Både legekommisjonen av 1834, som framla to utkast til en omfattende medisinallov (1844,1847) og Indredepartementet måtte bøye seg for kravet om at det militære helsevesen skulle stå utenfor kollegiets myndighet. Forslaget om et sivilt sunnhetskollegium ble imidlertid nedstemt på Stortinget i 1848.

Fra 1850 ble ordningen med den enslige konsulent forsøksvis utvidet til en rådgivende medisinalkomité på 3 medlemmer + sekretær (fra 1854), men da departementet i 1857 fremsatte forslag om et permanent medisinalråd, oppfattet Stortinget dette som et sunnhetskollegium under et nytt navn, og avslø å bevilge noe til formålet. Derimot bevilget Stortinget gasje til en ekspedisjonssjef for medisinalsakene i departementet, foreløpig for 3 år, og fra 1860 fast. Dermed hadde spørsmålet om den fagkyndige bistand for Medisinalkontoret gjennomløpt flere faser, til ordningen stabiliserte seg det sistnevnte år.

Stortingets motstand mot en kollegial styreform var ikke bare begrunnet ut fra økonomiske og praktiske hensyn (kostbart apparat, sendrektig saksbehandling etc.). Kollegiformen kunne også avvises prinsipielt av konstitusjonelle årsaker. Kollegial ansvarlighet passet ikke inn i departementsstrukturens hierarkiske system hvor eneansvarsprinsippet var rå-

dende, og hvor statsråden etter grunnloven i siste omgang var ansvarlig for Stortinget. Et kollegialt administrasjonsapparat ville ikke gi den samme mulighet for parlamentarisk kontroll, idet ansvarsforholdene ville bli mer diffuse.

I dette standpunkt kunne Stortingets flertall i 1848 og 1857 støtte seg til den militære legeetat, hvor de som ytret seg avgjort gikk inn for "enebestyrelse" med klare ansvars- og kommandolinjer, og ikke et sunnhetskollegium som representerte en fare for et separat militært medisinalvesen. - Desuten gikk utviklingen på andre administrasjonsområder klart i retning av å styrke det fagkyndige element i sentraladministrasjonen gjennom konsulenter og direktører, ikke gjennom kollegier.⁴²

MEDISINALDIREKTØR INNENFOR DEPARTEMENTET 1875

Ved ekspedisjonssjef Kierulfs død oppsto spørsmålet om en bedre avlønning til hans ettermann, og for Stortinget 1875 fremmet regjeringen, etter Indredepartementets innstilling, forslag om å bevilge 400 spd. årlig som et fast tillegg til gasjen (1200 spd.) for ekspedisjonssjefen for det sivile medisinalvesenet.

Departementet understreket betydning av å kunne trekke dyktige søkere til denne viktige og ansvarsfulle posten, og beskrev embetet som følger:

"Expeditionschefen for det civile Medicinalvæsen forestaar - under Departementschefen - Behandlingen af samtlige Departementssager vedkommende denne Bestyrelsesgren; Forholdets Natur medfører herunder med Nødvendighed, at i de Sager, til hvis Bedømmelse der kræves medicinsk Indsigt, maa Afgjørelsen i væsentlig Grad bero paa Expeditionschefen og det moralske Ansvar derfor i udpræget Grad falde paa ham. Embedet

fordrer derfor hos sin Indehaver baade omfattende theoretiske Indsigter og mangesidig praktisk Erfaring; thi det er derhos en Selvfølge, at Expeditionschefen maa følge Lægevidenskabens Udvikling i dens forskjellige Retninger og specielt gjøre sig nøie bekjendt med alle nye Anskuelser og Erfaringer i Alt, hvad der angaaar det offentlige Sundhedsvæsen".⁴³

Nå skjedde det ekstraordinære at Stortingets flertall forkastet regjeringens forslag, grep initiativet selv og bevilget gasje på 1600 spd. årlig til en medisinaldirektør, mot at ekspedisjonssjefembetet ble inndratt. Dette var etter gasje- og pensjonskomiteens korte begrunnelse fordi en direktør ville kunne virke med større kraft, og befri departementet for en del detaljer.⁴⁴

Debatten om denne budsjettposten viste at uenigheten når det gjaldt de to løsningene - ekspedisjonssjef eller direktør - ikke var så mye faglig som politisk begrunnet. Stillingens status ble trukket inn i kompetansestriden mellom Storting og regjering. Opprettelse av direktørposter kunne sees som en utvei til å styrke det faglig-tekniske element i forvaltningen, men det var i maktkampens tid også et middel til å svekke regjeringens dominans i sentraladministrasjonen.

Otto Løvenskiold hadde dissentert i gasjekomiteen; han foreslo at saken skulle sendes tilbake til departementet til fornyet overveielse, men ble nedstemt mot sin egen stemme. Løvenskiold ville bl.a. ha utredet nærmere en kollegialstyrelse, og viste til at de ledende legekretser i 1857 hadde gått inn for et sunnhetskollegium. Han møtte mildest talt liten forståelse for dette syn blant de legekyndige stortingsrepresentanter som grep ordet i debatten (Sparre, Schaaning, Homann, Danielssen). Alle disse betraktet diskusjonen om et kollegium som et tilbakelagt stadium. De holdt altså på prinsippet om "enebestyrelse", slik Stortinget tid-

ligere hadde gått inn for, men ville styrke denne enebestyrelsen på medisinalvesenets område ved å forfremme ekspedisjonssjefen til direktør. Bare Schaaning var tvilende på dette punktet.

Det ble ikke rettet nevneverdig kritikk mot den ordning som hadde eksistert under ekspedisjonssjef Kierulf, og denne avdøde embetsmannen høstet mange anerkjennende ord for sin innsats. Det egentlige siktemål var å svekke departementssjefens innflytelse i avgjørelsesprosessen. Dissenterende standpunkter ville kunne komme til uttrykk etc.⁴⁵ "Af en Medicinaldirektørs Indstilling og Foredrag i en Sag kan man se, hvad han mener; det slaaes ikke i Hartkorn med en usagkyndig Departementschef, saa den Anke er netop imødegaaet ved at foreslaa en Direktørpost istedetfor en Expeditionschefspost" (Ole Jacob Sparre).⁴⁶ Distriktslege Christian Homann uttalte: "Spørgsmaalet synes ikke nu at skulle være, hvorvidt man bør have en kollegial Styrelse, men alene, hvorvidt man skal have en Expeditionschef eller en Direktør. Forskjellen mellom disse Poster ligger for mig deri, at en Direktør har anledning til at faa Sager frem uafhængig af, om hans Mening er overensstemmende med Departementschefens Ønsker, og det er det, jeg tror er gavnligt".⁴⁷ Den kjente overlegen Daniel Danielssen understreket også at en medisinaldirektør ville få et større ansvar, større uavhengighet og større muligheter til å fremme egne standpunkter. Han satte saken inn i et større perspektiv: "Men det Væsentlige er, at man ved denne Post ligesom ved Skovdirektørposten, ved Kanaldirektør-, Fyrdirektør- og Telegrafdirektørposten gjør Postens Indehaver til en selvstændig Mand ... saaledes at ikke hans Kræfter skulle svækkes ved en Statsraad, som er ukyndig---. Man vil frigjøre Manden, saaledes at han kan arbeide uhindret af en saadan Paavirkning".⁴⁸

Og Søren Jaabæks ord ble kanskje oppfattet som en trussel mot det departementale embetsvelde: "Jeg har den mening, at en Direktørpost i Departementet i nogen Mon vil decentralisere Styrelsen lidt. . ., om Forretningerne i det saaledes kløves til forskjellige Personer... Det tør være muligt, at der om ikke saa ret længe vil blive Spørgsmaal om flere Direktørposter".⁴⁹

Medisinaldirektørembetet ble opprettet ved Stortingets beslutning 1.5.1875 og kgl.res. 31.7. samme år om iverksettelsen av denne beslutningen. I sluttfasen av denne behandlingen ble spørsmålet om direktøren skulle plasseres i eller utenfor departementet aktuelt. Gasjekomiteen hadde ikke uttalt seg om dette, men det fremgikk temmelig klart av debatten i Stortinget at flertallet der ønsket å plassere medisinaldirektøren utenfor Indredepartementet (av talerne var det bare Jaabæk som uttrykkelig nevnte en direktørpost i departementet). Likevel fikk regjeringen ved kgl.res. 31.7.1875 om instruks m.v. for medisinaldirektøren utvirket at denne skulle stilles innenfor departementet, og Stortingets protokollkomité godtok dette året etter under en gjennomgåelse av saken. Hvordan kan vi forklare dette?

I foredraget til den kgl.res. om instruks for og utnevnelse av medisinaldirektøren, la Indredepartementet vekt på den betydelige saksmengde som fremdeles måtte avgjøres på departementsnivå eller av Kongen i statsråd, selv om direktøren var tillagt en nokså utstrakt avgjørelsesmyndighet på visse felter. Man måtte i alle tilfeller opprettholde et medisinalkontor i departementet. Stortinget hadde intet bevilget til eget kontorhold og -personale for direktøren; ved å beholde denne innenfor departementet ville en unngå utgiftene til et større kontorpersonale, og unngå en mer omstendelig saksbehandling med en oppsvulming av korrespondansen. Departementet foretrakk avgjørelser ved muntlige for-

handlinger: "Men en stor Del af disse Sager er af den Beskaffenhed, at deres Afgjørelse hurtigst og med minst Besvær for alle Parter bestemmes ved mundtlige Forhandlinger med Departementschefen---".

Protokollkomiteen i Stortinget fant disse argumentene såpass tungtveiende at den lot det hele passere, især da departementet hadde understreket at direktørens plassering var en prøveordning, og det forelå en instruks som ga direktøren avgjørende myndighet innenfor visse definerte grenser.⁵⁰

På denne måten ble altså medisinaldirektøren innkapslet i Indredepartementet og ikke gitt en fullt så selvstendig stilling som visse stortingsmenn hadde ønsket seg. Forsåvidt kan man se dette som en liten seier for statsråd Nils Vogt, som den gang sto i spissen for det nevnte departementet. - Vår første medisinaldirektør ble tidligere direktør for Rotvoll asyl, Ludvig Wilhelm Dahl, utnevnt ved kgl.res. 31.7.1875, altså under samme dato som instruksen ble godkjent. Instruksen beskrive direktørens ansvarsområde og myndighet som følger:⁵¹

Prgr.1

"Medicinaldirektøren skal indtil Videre være ansat i det Departement, hvorunder det civile Medicinalvæsen er henlagt,---med Forpligtelse til at finde sig i saadan forandret Ordning af Embedet, som i Tilfælde maatte blive truffen.

Prgr.2

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

Indtil Videre afgjør Direktøren saaledes selvstændig følgende Sager:

a. Besættelse af de Lægeposter ved det civile Medicinalvæsen,--- forsaavidt de udelukkende ere Lægeposter--, der for Tiden besættes af Indre-Departementet, og Udfærdigelse af Instruxer for disse Poster, forsaavidt Indredepartementet hidtil har udfærdiget Instrux for dem; Antagelse af Ordførere i Sundhedskommissioner, i hvilke det naadigst er tilladt, at en anden Læge end vedkommende Embedslæge kan antages som Ordfører; Antagelse af de af Staten lønnede Vaccineopsamlere.

b. Autorisation af Provisorer ved Apotheker, af Hjælpevaxinatører og af Dyrlæger.

c. Udgivelsen af den offentlige Medicinalstatistik; Udfærdigelse af de Bestemmelser, overensstemmende hvormed Lægernes aarlige Medicinalberetninger blive at afgive.

d. Udfærdigelse af de Bestemmelser, som det ved Lov om Sundhedskommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme af 16de Mai 1860, dens prgr. 17 og 20, er tillagt Medicinalbestyrelsen at foreskrive med Hensyn til de i disse prgr. omhandlede Indberetninger; Fastsættelsen--i Tilfælde-- af Størrelsen af de i samme Lovs prgr. 19 omhandlede Godtgjørelser for det der nævnte Lægetilsyn; Udfærdigelse af de Forholdsregler, som det ved Lov om Foranstaltninger i Anledning af ondartede smitsomme Sygdomme iblandt Husdyrene af 27de Februar 1866, dens prgr. 4, er overdraget til Kongen eller den, han dertil bemyndiger (for Tiden ifølge

kongelig Resolution af 7de Marts 1868 Indredepartementet) at udfærdige til Gjennemførelse af Afsondring og Rensning af Dyr, som lide af de i bemeldte Lov omhandlede Sygdomme.

e. Udfærdigelsen af de i kongelig Resolution af 10de Juni 1871 omhandlede Rettelser i og Tillæg til de gjældende Medicinaltaxter; den under den civile Medicinalstyrelse henlagte Medicinalrevision; Udgivelse af de aarlige Fortegnelser over autoriserede Læger, Tandlæger og Dyrlæger.

f. Meddelelse af Besvarelser og Erklæringer paa Forestillinger eller Forespørgsler, hvis Afgjørelse udelukkende bero paa sagkyndigt Skjøn eller Indsigt; Indhentelse af Erklæringer og Betænkninger, som tjene til foreliggende Sagers Belysning.

Prgr. 3

I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Medicinaldirektøren ikke er bemyndiget til selvstændig at afgjøre, forestaar han under Departementschefen deres Behandling i og Expedition fra Departementet".

MEDISINALKONTOR OG MEDISINALDIREKTØR UNDER JUSTISDEPARTEMENTET

1878-1913

Medisinalkontorets overgang til Justisdepartementet i 1878 var ledd i en større omfordeling av forretningene mellom departementene, vedtatt ved kgl.res. 28.8. samme år. Omfordelingen tok i hovedsak sikte på å befri et overbelastet og raskt ekspanderende Indredepartement for en del sakområder som ble skilt ut og tillagt andre departementer.⁵²

Det var særlig på to områder at Medisinalkontorets saksmasse hadde svulmet opp mens det lå under Indredepartementet: Det gjaldt sinnssykepleien etter lov av 17.8.1848 og foranstaltninger mot den spedalske sykdom fra ca. 1850. Hertil kom de mange sakene i forbindelse med opprettelse av sunnhetskommissjoner på det lokale plan etter sunnhetsloven av 16.5.1860. Endelig må vi nevne at karantenevesenet ble overført fra Marindepartementet til Indredepartementets Medisinalkontor ved kgl.res. 6.6.1861. Det årlige beløp bevilget til det sivile medisinalvesen steg fra kr. 144.668 1845/48 til kr. 1.151.496 1877/78, altså nesten en 8-dobling!⁵³

At man valgte å overføre det sivile medisinalvesen til Justisdepartementet, hadde trolig sin årsak i at man så en forbindelse mellom det såkalte "Sundhedspoliti" og det vanlige politi. Det gjaldt f.eks. gjennomføringen/håndhevelsen av sunnhets/hygieneforskrifter m.v. Tanken om å tilbakeføre medisinalvesenet til Kirkedepartementet ble avvist: "Medicinalvesenet, derunder indbefattet Kvarantænevæsenet, have vi tænkt os at kunne ligesom i Danmark henlægges til Justitsdepartementet. Før Oprettelsen af Indredepartementet hen-

hørte Medicinalvæsenet, i Lighed med, hvad der endnu finder sted i Sverige, under Kirkedepartementet. Vi vove imidlertid ikke at foreslaa det tilbageført dertil".⁵⁴ Til gjengjeld fikk Kirkedepartementet en rekke andre saker fra Indredepartementet: tekniske skoler, husflidsskoler, bidrag til tekniske tidsskrifter og den europeiske gradmåling.

Personalet som fulgte med overføringen til Justisdepartementet var: medisinaldirektør, byråsjef, 2 fullmektiger, 3 kopister og 4 ekstraskrivere. I 1890 var kopistenes antall økt til 4, hvorav 1 lege og 1 jurist, og ekstraskriverne til 5, hvorav 2 leger, 1 farmasøyt og 1 jurist. Dertil kom en farmasøyt som midlertidig ekstrahjelp. Byråsjefen var jurist, mens de to fullmektigene var legeutdannet. I alt hadde da medisinalvesenet i Justisdepartementet en stab på 14 personer, med medisinaldirektøren på topp.⁵⁵

Medisinalkontoret ble i siste fjerdepart av forrige århundre ofte kalt for medisinalavdelingen i Justisdepartementet; språkbruken her var vaklende, kanskje fordi medisinaldirektøren i saker som han ikke kunne avgjøre selv, sto på linje med en ekspedisjonssjef, som pleide å ha en avdeling bestående av flere kontorer under seg. Men det er helt klart at vi her i arkivhistorisk/administrasjonshistorisk forstand bare hadde med ett medisinalkontor å gjøre (ett arkiv, en byråsjef), og det er da også som ett kontor at denne administrative enheten framtrer i statskalendrene.

Vi har en god beskrivelse av Medisinalkontorets arbeidsområde fra 1887/88; her har man også brukt termen "Afdeling" for å markere den eksisterende arbeidsdeling innen kontoret i en juridisk, medisinsk og farmasøytisk gren:

"Medicinalafdelingen"* behandler alle Sager vedkommende det civil Medicinalvæsen. Den bestaar af 3 Underafdelinger, den juridiske, den medicinske og den pharmaceutiske Afdeling.

Under den juridiske Afdeling er henlagt:

Behandlingen af alle det civil Medicinalvæsen vedkommende Budgetter.

Administrationen af de under det civile Medicinalvæsen henlagte Indretninger og Anstalter med Ansættelse af Bestyrere og Forstandere, Kontrollkommisærer, Kasserere og Reservelæger, Approbation af Byggeplaner og Regulativer m.v.

Administrationen af det civile Medicinalvæsen: Oprettelse af nye Lægeembeder, Udnævnelse og Afskædigelse af civile Embedslæger samt Pensionering af deres Enker; Autorisation af Dyrslæger og Hjelpevaccinatører; alle Sager vedkommende Kvarantænevæsenet med Beskikkelse af told- og søkyndige Medlemmer af Kvarantænekommissioner; Autorisation af Tandlæger og Dispensationer fra Reglementet for Tandlægeexamen samt fra Kvaksalverlovgivningen; Omregulering af Jordemoderdistrikter; Sager angaaende Honorar af Statskassen til lønnede Sundhedskommissionsordførere, Approbation paa Sundhedsforskrifter, paa Foranstaltninger mod Faareskabsygen og Indførselsforbud i Anledning af i Udlandet udbrudte smitsomme og epidemiske Sygdomme hos Mennesker og Dyr samt Behandling af Expeditioner, foranledigede ved saadanne Forbud; Sager vedkommende Nordlands, Tromsø og Finmarkens Medicinalfond og Vaarsildafgiftsfondet.

* Les:Kontoret

Apothekervæsenet: Oprettelse af nye Apotheker, Ansættelse af Apothekere, Autorisation af Provisorer; Dispensationer fra Apothekerlovgivningen m.m. Bearbejdelse og Fortolkning af Love vedkommende Medicinalvæsenet; Besvarelse af Forespørgsler angaaende de under Medicinalvæsenet hørende Funktionærers Rettigheder og Pligter, samt deres hele Forhold ligesoverfor Private og det Offentlige.

Anvisninger af Regninger for Skyds og Diæt samt Honorarer vedkommende Medicinalvæsenet m.m. (ca. 1900 aarlig).

Den medicinske Afdeling bearbejder de fra Læger og Dyrlæger indkomne Beretninger om Sundheds- og Medicinalforholdene, udarbejder maanedlig Oversigt over de forekommende epidemiske og epizootiske Sygdomme og afgiver aarlig "Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge" og "Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed". Videre behandler Afdelingen Døds- og Sygdomsstatistik vedkommende Mennesker og Dyr samt udarbejder aarlig Fortegnelse over Læger, Tandlæger og Dyrlæger. Tillige gennemgaaes de indkomne retsmedicinske Visa reperta et responsa.

Den pharmaceutiske Afdeling reviderer Taxterne paa Medikamenter, leverede for offentlig Regning fra Apotheker, Læger og Dyrlæger samt udfærdiger de herved foranledigede Antegnelser og Skrivelser; udarbejder de til Medicinal- og Veterinær-Medicinaltaxterne udkommende Tillæg og Rettelser, fører Protokol over de fra Apothekerne anmeldte Lærlinge, besvarer pharmaceutiske Spørgsmaal og behandler forekommende Sager vedkommende Apothekervæsenet".⁵⁶

Som vi ser hørte også det sivile veterinære medisinalvesen inn under Medisinalkontoret, men dette sakområde ble i 1890 skilt ut og gikk tilbake til Indredepartementet. I 1900 gikk veterinærvesenet over til det nyopprettede Landbruksdepartementet. Denne utviklingen hadde sin bakgrunn i at Stortinget 1890 bevilget gasje til en konsulent og overlege for det sivile dyrlegevesen. Indredepartementet hadde de andre husdyrsakene, og medisinaldirektøren ønsket å lette seg selv og Medisinalkontoret for en del arbeidsoppgaver. Den første veterinærkonsulent (senere direktør) ble cand. med. Ole O. Malm.⁵⁷

Med visa reperta et responsa siktes til de rettsmedisinske betenkninger som kom inn fra bl.a. Det medisinske fakultet. I 1900 ble det opprettet en særskilt rettsmedisinsk kommisjon under Justisdepartementet til å ta seg av disse sakene (kgl.res. 30.6.1900).

MEDISINALDIREKTØREN UTENFOR DEPARTEMENTET 1891

Den midlertidige ordningen med medisinaldirektøren som en embetsmann inne i departementet kom til å bestå i 16 år. I 1891 oppsto det ledighet i embetet, og det ble da ved kgl.res. 2.5. godkjent en ny instruks for medisinaldirektøren, som nå ble plassert utenfor departementet og ble tillagt en noe utvidet avgjørelsesmyndighet. Embetets endrede status gjenspeiles i arkivdanningen: Det er først i 1891 at direktørens egne arkivrekker begynner.

Justisdepartementet viste til at det hadde vært Stortingets forutsetning i 1875 at medisinaldirektøren skulle plasseres utenfor departementet, og henviste også til en uttalelse av representanten Sparre i 1876. Som det nå var innehadde medisinaldirektøren en spesiell dobbeltstilling, ulikt de andre direktørene: "Efter den nuværende Ordning indtager Medici-

naldirektøren en Særstilling, der ikke har noget Tilsvarende for de øvrige Direktoriaters Vedkommende, og som heller ikke kan siges at svare til det Begrep, som maa forbindes med Stillingen, idet Medicinaldirektøren kun handler selvstændig for endel lidet betydelige Sagers Vedkommende, men forøvrigt ifølge prgr. 3 i sin Instrux er forpligtet til som en Expeditionssekretær under Departementschefen at forestaa Sagernes Behandling i og Expedition fra Departementet".⁵⁸

Departementet ville altså oppheve denne dobbeltheten og gi direktøren en mer uavhengig stilling utenfor departementsstrukturen. Dette ville medføre at hans medisinsk-faglige standpunkter og meninger ville oppnå en større grad av offentlighet, og ikke bli bortgjemt i de departementale foredrag eller betraktet som interne departementale uttalelser. Hertil kom at byråsjefen for Medisinalkontoret trengte til en lettelse i sine arbeidsbyrder; denne fungerte også som sekretær for medisinaldirektøren, og kontorets journalnummer hadde økt fra 3630 i 1875 til 6214 i 1890. Direktøren skulle få avgitt en del av personalet fra M-kontoret, og ville fremdeles ha sitt kontor i de samme lokaler, slik at det ble lett adgang til muntlige konferanser med byråsjefen og statsråden.⁵⁹ Skriftvekslingen mellom direktøren og Justisdepartementet ble da også sterkt begrenset.

Spørsmålet om en kollegial medisinalstyrelse dukket opp også denne gangen (gjennom pressen), og fra apotekernes rekker kom det tre skriftlige henvendelser med krav om en sterkere representasjon av farmasøyter i det øverste medisinalstyret. Departementet avviste disse kravene, og fikk medhold av sanitetsgeneral Thaulow som ble rådspurt. I stedet for Det medisinske fakultet ønsket imidlertid Thaulow en rådgivende komité for medisinaldirektørembetet, men heller ikke dette vant departementets støtte.⁶⁰

Bortsett fra direktørens plassering og utelatelse av det sivile veterinærvesen, gikk endringene i 1891 i det vesentligste ut på å instruksfeste direktørens initiativ og overordnede kontrollfunksjoner gjennom inspeksjonsvirksomhet (prgr. 1-2). Han fikk også skriftfestet rett/plikt til å komme med budsjettforslag for det sivil medisinalvesen. Ellers er det ingen egentlig utvidelse av listen over saks typer som direktøren kunne avgjøre i siste instans.

Instruksen, godkjent ved kgl.res. 2.5.1891, er sålydende:

Prgr. 1

"Medicinaldirektøren, der staar direkte under det Departement, hvorunder det civile Medicinalvæsen er henlagt, skal have sin Opmærksomhed henvendt paa alt, hvad der kan tjene til Fremme af Landets Sundheds- og Medicinalvæsen og skal træffe eller bringe i Forslag de Foranstaltninger, som i saa Henseende maatte ansees paakrævet.

Prgr. 2

Han har at føre Indseende med, at de om det offentlige Sundhedsvæsen gjældende Bestemmelser gennemføres, og at bistaa Sundhedskommissionerne med Raad og Veiledning samt at føre Tilsyn med Apothekervæsenet og med Lægernes, Tandlægernes og Jordemødrenes Virksomhed. Han har at foretage de i den Anledning fornødne Inspektioner.

Prgr. 3

Han har til Departementet i betimelig Tid før Stortingets Sammentræden at fremkomme med Forslag til Budget vedkommende det civile Medicinalvæsen. Han har ligeledes at indgive Forslag om de civile Lægeembeders Besættelse, Meddelelse af Apothekerbevil-

linger og om nye Apothekers Oprettelse samt angaaende enhver Foranstaltning, Medicinalvæsenet vedkommende, hvorom han ikke ifølge næste prgr. selv har at træffe endelig Beslutning.

Prgr. 4

Han har at træffe Afgjørelse med Hensyn til:

a. Besættelse af Reservelægeposterne ved Rigshospitalet, Fødselsstiftelserne i Christiania og Bergen og ved Statens Sindssygeasyler, Beskikkelse af Rigshospitalets Elektrisør og af Assistenterne ved Rigshospitalets Polikliniker og ved det pathologisk anatomiske Institut samt Udfærdigelse af Instruxer for de her nævnte Poster, --Antagelse af Ordførere i Sundhedskommissioner, for hvilke det naadigst er tilladt, at en anden Læge end vedkommende Embedslæge kan antages som Ordfører, --Antagelse af de af Staten lønnede Vaccineopsamlere.

b. Autorisation af Provisorer ved Apotheker og af Hjelpevakcinatører eller Vakcinatriser.

c. Udgivelse af den offentlige civile Medicinalstatistik samt Udfærdigelsen af de Bestemmelser, overensstemmende hvormed Lægernes aarlige Medicinalberetninger bliver at afgive.

d. Udfærdigelse af de Bestemmelser, som det ved Lov om Sundhedskommissioner og Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme af 16de Mai 1860 prgr. 17 og 20 er tillagt Medicinalstyrelsen at foreskrive med Hensyn til de i disse prgr. omhand-

lede Indberetninger, og Fastsættelsen --i Tilfælde-- af Størrelsen af den i samme Lovs prgr. 19 omhandlede Godtgjørelse for det i prgr.en nævnte Lægetilsyn.

e. Udfærdigelse af de i kongelig Resolution af 10de Juni 1871 omhandlede Rettelser i og Tillæg til de gjældende Medicinaltaxter; den under det civile Medicinalstyrelse henlagte Revision af Medikamentregninger, --og Udgivelsen af de aarlige Fortegnelser over examinerede eller autoriserede Læger, Tandlæger og Dyrlæger.

f. Besvarelser og Erklæringer angaaende Sager, hvis Afgjørelse udelukkende bero paa sagkyndigt Skjøn eller Indsigt.

Prgr. 5

I de Sager, det civile Medicinalvæsen vedkommende, som Direktøren ikke har at afgjøre, er han pligtig at forrette som Departementets Konsulent. Han har derhos paa Begjæring at bistaa de øvrige Regjerings-Departementer med Afgivelse af Betænkninger angaaende de dem vedrørende Sager, forsaavidt der ved sammes Afgjørelse udfordres medicinal Sagkyndighed.

Prgr. 6

Direktøren har at finde sig i mulige Forandringer i denne Instrux og med Hensyn til Omfanget af de ham underlagte Forretninger".⁶¹

Da medisinaldirektøren fikk eget kontor adskilt fra departementet, fikk han anledning til å bruke det lege- og apotekkyndige personalet i Medisinalkontoret. Det besto av 4 leger (2 fullmektiger, 1 kopist, 1 ekstraskriver) og 3 farmasøyter

(2 faste og 1/2 midlertidig ekstraskriver). Resten av staben i Medisinalkontoret var et juridisk utdannet personale på 5 (byråsjef, 1 fullmektig, 1 kopist og 2 ekstraskrivere) pluss en journalfører/renskriver.⁶² Det var en forutsetning at direktøren skulle kunne dra vekslar på den juridiske ekspertise i M-kontoret, og at han ellers skulle få utført skrive- og arkivarbeidet der.

Dette viste seg ganske snart å være en dårlig løsning, idet medisinaldirektøren ble sterkt hemmet i sin virksomhet av mangel, på eget kontorpersonale, noe som satte ham i et avhengighetsforhold til departementet. Således måtte det forberedende budsjettarbeide foregå i Medisinalkontoret, enda det etter instruksen skulle tilligge direktøren. Etter forslag fra Justisdepartementet bevilget da Stortinget i 1892 lønn til en sekretær og en teknisk assistent for medisinaldirektøren. Sekretæren skulle være direktørens legekyn-dige stedfortreder når denne var borte på sine hyppige inspeksjonsreiser, og han kom til å bli sjef for direktørens kontor. Teknisk assistanse var nødvendig når direktøren skulle avgi uttalelser om bygging av sykehus, anlegg av vannverk og andre sanitær- og sunnhetstekniske spørsmål. Legene og farmasøytene i Medisinalkontoret var vesentlig beskjeftiget med utarbeidelsen av medisinalstatistikken og med revisjon av medisinaltakstene og medisinalregningene. I proposisjonen om bevilgning av lønn til de to nye stillingene finner vi en god beskrivelse av den eksisterende arbeidsordning som hersket mellom medisinaldirektøren på den ene side og departementet på den andre side.⁶³

I Stortings-debatten om denne saken grep Trondheims-representanten dr. Bøckman ordet og talte for å styrke medisinaldirektørens stilling: "Jeg tror, at det vilde være ønskeligt, om Medicinaldirektørens Stilling blev saadan at han kunde blive den virkelige Leder, den virkelig dirigerende Mand for alle Landets Medicinalanliggender. Det er, saadan

som Forholdet nu er, ikke Tilfælde".⁶⁴ Det fulle faglige ansvar burde ligge på direktøren, også når det gjaldt utarbeidelsen av budsjettforslagene. Men for å oppnå dette måtte direktørembetet forsterkes med flere funksjonærer. Ble ikke dette gjort, var Bøckman ikke fremmed for tanken om å flytte direktøren inn i departementet igjen; men da måtte man få garantier for at han ikke forsvant i "Departementets Foredrag".

Justisminister O.A. Qvam fant det tvilsomt om direktøren kunne opprettholde sin uavhengige stilling ved å flyttes inn igjen, og forsvarte den bestående ordning: "Men jeg vil si, at hvad spesielt Medicinaldirektøren angaar, tror jeg, at med den nuværende Ordning har man forenet Fordelene baade ved den ene og anden Maade at indrette det paa, idet Medicinaldirektøren ikke alene har sit Kontorlokale i Departementet, men Ordningen tillige er den, at der om alle Sager jevnlig, dagligt foregaar mundtlige Konferencer mellem Medicinaldirektøren og Departementschefen, og mellem Medicinaldirektøren og vedkommende Kontor i Departementet, saa at al den Skriven, som er blevet klaget saa meget over, alle disse unødige skriftlige Expeditioner med dette umaadelige Forbrug af Papir, som der er mellem Departementerne og de øvrige Direktoriater -det sparer man ved den nuværende Ordning mellem Justisdepartementet og Medicinaldirektøren".⁶⁵

Til Bøckmans anke over den uklare faglig ansvarsfordeling mellom medisinaldirektøren og byråsjefen for Medisinalkontoret, svarte statsråden ved å presisere at det parlamentariske ansvar lå hos departementssjefen, og selvfølgelig ikke hos byråsjef eller direktør. Qvam ville skille mellom det juridiske og det medisinsk-faglige aspekt ved sakenes behandling, og la dette reflekteres i det administrative apparat: "Lad Juristerne stelle med de juridiske og Lægerne med

de medicinske Anliggender". Også Bøckman innrømmet at det var behov for en "juridisk Medicinalafdeling" i departementet, men han ville styrke fagdirektørens innflytelse.⁶⁶

Utenom sekretæren og den tekniske assistent (fra 1899 benevnt kontorsjef og tekniske konsulent) var det øvrige personalet som medisinaldirektøren disponerte over fremdeles formelt ansatt i Medisinalkontoret, men ved kgl.res. 8.6.1899 ble også disse (unntatt en jurist) definitivt flyttet ut av departementet og over til direktørens kontor.⁶⁷ Det dreide seg om 3 leger, 3 farmasøyter og en kvinnelig kontorist (journalfører, renskriver, arkivar m.v.). Medisinaldirektørens personale fikk eget gasjeregulativ og de nye stillingsbetegnelsene sekretær/assistent (i stedet for fullmektig/kopist/ekstraskriver), men de beholdt den eldre kontortiden på 5 timer daglig. Ellers innebar den nye arbeidsordning og det nye gasjeregulativ av 1899 at departementsfunksjonærene ble pålagt 6 timers arbeidsdag. Og det var nettopp denne arbeidsforlengelsen som var hovedgrunnen til at medisinaldirektøren fikk flyttet ut legene og farmasøytene: En forutsetning ved dere ansettelse var at de skulle ha anledning til å drive privatpraksis ved siden av arbeidet for direktøren.⁶⁸

MEDISINALKONTORETS DELING 1911 OG DELING AV MEDISINALDIREKTØRENS KONTOR 1912

Trass i at medisinaldirektøren fikk overført noen flere oppgaver og tilført et større personale, fikk det gjenværende Medisinalkontoret i Justisdepartementet en stadig økende arbeidsbelastning. Klager over dette og krav om økt bemanning er et tilbakevendende tema i dokumentene angående kontorbudsjettene. Særlig ble det fremhevet at sinnssykeloven av 27.6.1891 og lov 27.6.1892 om kjøttkontroll og slaktehus m.v. tilførte nytt arbeidsstoff. Kontoret fikk en ny fast

ekstraskriver i 1893, men utgiftene til ekstraarbeide fortsatte å stige ut over i 90-årene. Det tiltakende og kostbare "ekstraskriveri" var ellers en ting som Stortinget prøvde å bremse på ved flere anledninger.

Rundt århundreskiftet fikk M-kontoret et betydelig tillegg til sin arbeidsbyrde ved gjennomføringen av lov 19.12.1898 om jordmødre og lov 8.5.1900 om foranstaltninger mot tuberkuløse sykdommer. Kontoret fikk da også bevilget en ny sekretærgasje fra 1903.⁶⁹ Justisdepartementet skrev videre i anledning kontorbudsjettet for det nevnte år: "Hertil kommer, at der er udarbeidet forslag om ordning af apothekvæsenet, at videre spørgsmaalet om en omordning af det civile lægevæsen er under behandling af en kgl. kommission, samt at der foreligger spørgsmaal om en omordning af tandlægenes undervisning og om oprettelse af et eget tandlægeinstitut -alt større sager, hvis ordning og gennemførelse maa forudsættes at ville skaffe kontoret et betydeligt arbejde".⁷⁰

I forbindelse med kontorbudsjettet 1910-11 tok Justisdepartementet opp spørsmålet om en deling av Medisinalkontoret. Stigningen i arbeidsmengden ble belyst med statistikk tilbake til 1868. Utviklingen i det siste 10-år 1898-1908 innebar en økning på 54 % (inn- og utgående skriv):⁷¹

	Innkomne skriv	Utg. brev	Foredrag
1898	4745	5103	156
1908	6354	6739	176
Stigning 1609		1636	20

Stortinget bevilget gasje til et nytt byråsjefembete fra 1.7.1911, og delingen i et 1. og 2. medisinalkontor (kontor M og L) ble iverksatt fra det nevnte tidspunkt. Sakfordelingen mellom de to kontorene i Justisdepartementets medisinalavdeling ble som følger:

" C. Medicinalavdelingen med 2 kontorer:

M. 1ste Medicinalkontor, hvorunder hører saker an-gaaende karantænelovgivningen, administration av Statens karantæneindretninger, forholdet til uten-landske sundhetsmyndigheter, det internationale sundhetsbyraa og utenrikske sundhetsraad, tuberkulo-selovgivningen, anvisning av Statens utgifter ved fattige tuberkuløses forpleining, tilstaaelse av fripladser ved tuberkulose-sanatorier, administrati-on av Reknes sanatorium, lovgivningen om sindssyke-væsenet, administration av Statens sindssykeasyler, anvisning av utgifterne ved sindssykes transport til og fra asyler og av Statens bidrag til kommunernes sindssykeutgifter, autorisation av kommunale og private asyler og approbation paa deres regulativer, alkoholanstalter, tandlægers forskrivning av læge-midler, lægers og dyrlægers utlevering av lægemid-ler, apoteklovgivningen, arkanalovgivningen, medde-lelse av apotekbevilling og bevilling til kjøbmænd til at drive handel med gifter og apotekvarer, den farmaceutiske undervisning, lovgivningen om vaar-sild- og medicinalavgiftsfondene.

L. 2det Medicinalkontor, hvorunder hører saker an-gaaende besættelse av lægeembeder, avsked, permissi-on, embedslægers forhold, lægedistrikters deling, stipendier for embedslæger, saker vedkommende Riks-hospitalet, de spedalske pleiestiftelser og lovgiv-ningen om spedalskheten, fødselsstiftelserne i Kristiania og Bergen, jordmorvæsenet, deling av jordmordistrikter, vaccineinstituttet og vaksinati-onslovgivningen, fripladser paa Rikshospitalet og sykehus, kysthospitalerne for skrofuløse barn, an-visning av skyss- og kostgodtgjørelse for reiser i medicinalvæsenets anliggender, tilstaaelse av skyss-

godtgjørelse for kommunelægers fattigreiser og faste reiser, beslutninger om kommunelæger som ordførere i helseraad, sundhets-, tuberkulose- og epidemiforskrifter, den almindelige sundhetslovgivning, pleiebarnsloven, lovgivningen om kvaksalvere, autorisation av tandlæger, kurser i retsmedicin m.v., mødre-hjem".⁷²

Saker angående tannlegeundervisningen ble fra 1.1.1910 overført til Kirke- og undervisningsdepartementet (kgl.res. 17.11.1909). Dette hadde sammenheng med at Statens Tannlegeinstitutt ble opprettet i 1909 (fra 1928 kalt Statens Tannlegehøyskole). En forløper for denne skolen var Statens Poliklinikk for Tannsykdommer fra 1893. Det tidligere hjemlige undervisningstilbud var svært dårlig, men det eksisterte en eksamenskommissjon alt fra 1852. Vi legger merke til at autorisasjon av tannleger også etter 1910 ligger i Justisdepartementets medisinalavdeling.⁷³

Den kongelige legekommisjon av 11.7.1898 avga i 1903 sin hovedinnstilling "Angaaende Omordning af det civile Lægevæsen", og en tilleggsinnstilling "Angaaende Omordning af Medicinalstyrelsen". Begge innstillingene med bilag - blant annet en historisk oversikt over det sivile legevesen i Norge - er trykt som bilag til Ot. prp. nr. 39, 1911, Om utførelsen av de offentlige legeforretninger. Det var denne proposisjonen som førte opp til lov om utførelsen av de offentlige legeforretninger av 26.7.1912.⁷⁴

Legekommisjonen, som hadde medisinaldirektør M. Holmboe til formann og ellers en sterk representasjon fra legestanden, gikk i den nevnte tilleggsinnstillingen fra 1903 sterkt inn for et mer kollegialt, faglig styre på topp-planet. Det skulle foregå på den måten at direktøren fikk ved sin side--"to for 6 Aar ad Gangen af Kongen beskikkede Medicinalraader, ved hvis Valg der saavidt muligt bliver at tage

Hensyn til, at speciel Kyndighed i almindelig Sundhedslære og i Psykiatri til enhver Tid findes repræsenteret inden Styrelsen".⁷⁵ Det kunne også bli tale om å tilkalle et farmasøytisk utdannet medlem i saker som angikk apotekvesenet. Bare de viktigste sakene skulle behandles i den samlede medisinalbestyrelse.

Legekommisjonen kunne vise til at man hadde kollegiale styrer for sunnhetsvesenet i de andre skandinaviske land. Men det viktigste motiv var nå, slik som tidligere, et krav fra legestanden om å få styrket sin posisjon i den administrative ledelse av landets helsevesen. Det faglige element ville styrkes ved at flere sakkyndige ble tilkalt; leger som representerte forskjellige spesialiteter. Legevitenskapens oppspalting i flere spesialdisipliner og det ekspanderende offentlige helsevesen gjorde dette nødvendig. Kommisjonen tenkte altså særlig på å få inn i den påtenkte medisinalbestyrelsen en spesialist innenfor hygienen (den alminnelige sunnhetslære) og en spesialist i psykiatrien, da det var på disse områdene at behovet for en styrket sakkyn-dighet ble sterkest følt:

"Da det neppe vil være muligt at finde en Mand, som i ønskelig grad samtidig behersker disse to Fagomraader, og da ved Besættelsen af Medicinaldirektørstillingen ogsaa andre Egen-skaber end særlig Fagkundskab maa tages i Betragtning, vil der neppe kunne anvises nogen anden Udvei til at sikre sig, at den ønskelige Kyndighed i disse Retninger er repræsenteret inden Medicinalstyrelsen, end at der tilforordnes denne specielle Sagkyndige, og at der ved Valget af disse sørges for, at den omhandlede Fagkundskab til enhver Tid er repræsenteret inden Styrelsen".

Når legekommisjonen i sin innstilling fra 1903 gikk inn for den kollegiale løsning, er det som å høre et ekko av liknende krav fra legehoid 50-60 år tidligere. Også professor

Lochmann i 1886 og sanitetsgeneral Thaulow i 1891 hadde gjort seg til talsmenn for liknende tanker. Legekommisjonen la spesielt vekt på at kollegieformen ville forebygge kompetansekonflikter og garantere en mer grundig og allsidig saksbehandling.⁷⁷

Kommisjonen mente at direktørens adgang til sakkyndig bistand var utilstrekkelig. Det underordnede personalet i hans kontor (3 leger og 3 farmasøyter) var fullt opptatt med bearbeidelsen av medisinalstatistikken og revisjon av medikamentregninger, utarbeidelse av medisinaltakster m.v. I 1892 hadde direktøren fått en teknisk konsulent (ingeniør) -jfr. Justisdepartementets instruks for stillingen 12.3.1896. I 1902 fikk han en assistent ved Universitetets hygieniske institutt, som utførte undersøkelser vedrørende epidemiske og smittsomme sykdommer (statens epidemi- og karantenelege). Utenom disse to funksjonærene som var fast tilknyttet Medisinaldirektoratet, kunne direktøren innhente sakkyndige uttalelser hos professorene ved Det medisinske fakultet (tidligere gjaldt dette særlig rettsmedisinske spørsmål). Videre var de personlig privilegerte apotekerne i Kristiania ifølge kgl.res. 22.12.1866 tilpliktet å yte bistand i spørsmål som gjaldt apotekervesenet (revisjon av farmakopøen og medisinaltakstene m.v.), og Kristiania stadsfysikus hadde etter sin instruks 12.4.1893 den samme forpliktelse i spørsmål vedkommende den alminnelige sunnhets- og sykepleie. Endelig var direktørene ved statens asyler pålagt å være konsulenter i saker som gjaldt sinnssykevesenet. Men alle disse sistnevnte hadde konsulentfunksjonene som en del av sine embetsplikter uten å oppebære noe ekstra vederlag for dette, og heri lå en begrensning for medisinaldirektøren til å utnytte sakkyndigheten.⁷⁸ Kommisjonen uttalte at "----der alene med stor Varsomhed kan trækkes Vexler paa saadan Bistand, særlig paa de Omraader, hvor der hyppigst og stærkest haves Brug derfor, saalænge de Mænd,

man maa henvende sig til, er optagne af Arbeidet i sine egentlige Stillinger og ikke stillede i noget andet Forhold til Medicinalstyrelsen end som ulønnede Konsulenter".⁷⁹

Legekommissjonen hadde også pekt på at man ved et kollegialt styrt Medisinaldirektorat ville kunne overføre flere saker til endelig avgjørelse her, og derved lette det overbebyrdede Medisinalkontoret i Justisdepartementet. Kommisjonsmedlem E.L. Esmarch, selv mangeårig byråsjef i det nevnte kontoret, ville i tillegg få opprettet en ekspedisjonssjefstilling for medisinalvesenet i departementet. Formannen, direktør M. Holmboe, mente at man enten måtte overføre et stort antall saker til den foreslåtte medisinalstyrelse eller foreta en deling av Medisinalkontoret.⁸⁰

Justisdepartementet stilte seg negativt til den anbefalte kollegiale styringsmodell. Den ville i såfall også ha blitt temmelig enestående i norsk administrativ praksis, da man ellers overalt opererte med departementale styringsstrukturer eller "enebestyrelser" i form av direktorater m.v. I Ot. prp. nr. 39 1911 om utførelsen av de offentlige legeforretninger, m.v., anførte departementet at følgende reformer var iverksatt siden 1903 for å forbedre den sentrale medisinaladministrasjon:

I 1908 ble det bevilget lønn til en kjemiker ved Det hygieniske institutt. Han skulle foreta de kjemiske undersøkelser og avgi de uttalelser som medisinalvesenet måtte forlange. Fra 1909 fikk medisinaldirektøren en fast farmasøytisk utdannet apotekvisitator. Og fra 1.7.1911 hadde man delt Medisinalkontoret i departementet. Endelig forelå det forslag om å skille ut de farmasøytiske sakene i Medisinaldirektoratet i et eget kontor. "Yderligere skridt til omordning av medicinalstyrelsen agter departementet for tiden ikke at bringe i forslag", het det i innstillingen 4.8.1911. Dermed var det satt bom for kollegie-alternativet også denne gangen.⁸¹

Departementet landet altså på løsningen med å dele Medisinalkontoret og tilføre medisinaldirektøren større fagkyndig arbeidshjelp. Fra 1.7.1912 ble også medisinaldirektørens kontor delt i to, idet den såkalte "farmaceutiske avdeling" ble spaltet ut under en egen kontorsjef. Vi fikk således Kontoret for lege- og sunnhetsvesen og Kontoret for apotekvesen i direktoratet.⁸²

Begrunnelsen for opprettelsen av det nye kontoret - hvor personalet for øvrig fikk 6 timers arbeidstid - var den økende arbeidsmengde som fulgte med gjennomføringen av lov om drift av apotek av 4.8.1909. Et stort antall nye apotek ble opprettet, og dette økte presset på administrasjonen. Også arbeidet med medisinalrevisjonen (revisjon av legenes og apotekernes regninger for medikamenter som det offentlige betalte for) var i stigende. -I 1906 hadde apoteker Fr. Hoel og redaktør Eivind Koren fremsatt et forslag om å utskille apotekvesenet under en egen bestyrelse (direktør), men medisinaldirektøren frarådet å skille apoteksakene fra de andre medisinalsakene i en betenkning avgitt i desember samme år (trykt som bilag til Ot. prp. nr. 14, 1908). Han ville i stedet styrke det sakkyndige element på apotekvesenets område i Medisinaldirektoratet; og dette mente han å oppnå gjennom kontordelingen. Det viste seg da også at det var en av de eldre farmasøytiske sekretærene som fikk kontorsjefstillingen. Samtidig med kontordelingen ble det også gjennomført en lønnsforbedring for den tekniske konsulenten i direktoratet.⁸³

I stortingsdebatten 24.4.1912 om bevilgninger til lønninger m.v. til statsrådet og regjeringen, henstilte representanten A.H. Egede-Nissen til departementet at den nye kontorsjefposten ble besatt med en farmasøytisk eller medisinsk kandidat: "---jeg haaber, at man ikke i justisdepartementet i den grad plages av juristeri, at man partout skal ansatte en

jurist" -Representanten L. Krag-Torp tok til orde for å flytte administrasjonen av medisinalvesenet over til Handelsdepartementet (Departementet for Handel, Sjøfart og Industri): "Jeg vilde dernest henstille til regjeringen, hvorvidt det ikke skulde være hensigtsmæssig at flytte hele medicinalkontoret over til handelsdepartementet. Medicinalkontoret har gaat omkring som Jerusalems skomager, uten hjemsted. Det begyndte i kirke departementet, har været husvildt og er nu tilslut havnet i justisdepartementet. Men aldrig har jeg kunnet forstaa, at der var nogettinging i medicinalvæsenets gjøremaal, som tilsa, at det skulde være der. Derimot er det meget som tyder paa, at det hensigtsmæssig burde være under handelsdepartementet".⁸⁴

Krag-Torp pekte på den nære forbindelse mellom medisinalvesenet og syke/ulykkesforsikringen, som på dette tidspunkt sorterte under Handelsdepartementets Sosialkontor D. Men det var først mot slutten av neste år, 1913, at medisinalsakene ble overført til det nyopprettede Sosialdepartement.

MEDISINALAVDELING OG MEDISINALDIREKTØR UNDER SOSIALDEPARTEMENTET

1913-40

MEDISINALVESENETS OVERGANG TIL SOSIALDEPARTEMENTET 1913

Kort tid etter Venstres valgseier 1912 og regjeringen G. Knudsens tiltredelse 30.1.1913 brakte den nye handelsministeren Johan Castberg spørsmålet om en styrking og utvidelse av departementets Sosialkontor (D) på bane. Allerede 6.2. samme år ble flere departementer tilskrevet med anmodning om en uttalelse om hvilke saker de ønsket å overføre til en ny Sosialavdeling innen det daværende Handelsdepartement (eller som det het "et departement væsentlig for sociale sager og industri").

Når det gjelder overføringen av Medisinalavdelingen med Medisinaldirektoratet til Departementet for sociale sager etc. fra 1.7.1913, så synes det å ha rådet stor samstemmighet som dette. Som svar på Handelsdepartementets henvendelse uttalte Justisdepartementet i brev 12. og 13.2. 1913 seg for den påtenkte omordning - mest av hensyn til sin egen arbeidsbyrde - og medisinaldirektøren gikk også inn for en slik overføring i brev 10.2. s.å. Han grunnga i dette skrivet sitt standpunkt ved å vise til hvordan helsevesenet gradvis hadde fått en tettere forbindelse med de sociale saker, selv om han verdsatte samarbeidet med Lovavdelingen, Fengselsstyret og Kriminalkontoret i de 35 år (fra 1878) medisinalvesenet hadde sortert under Justisdepartementet:

"Paa den anden side har utviklingen ført med sig, at stedse flere opgaver av rent social art er blit henlagt under medicinalvæsenet . og at dettes forbindelse med andre foranstaltninger av almen social art er blit mere og mere fremtrædende - en utvikling som utvilsomt vil fortsætte sig videre. -Saa fremt nu alle saker av denne art blir samlet i et nyt Socialdepartement, da synes det mig derfor naturlig og hensigtsmæssig, at ogsaa Medicinalavdelingen overføres dit. Overveiende grunde taler for at saa sker".⁸⁵

I det samme brevet anførte direktør Holmboe at han antok at Medisinaldirektoratet under nyordningen ville beholde stillingen utenfor departementet, gitt ved kgl.res. 2.5.1891. Antallet av funksjonærer som måtte overføres, var 13.

Trass i at Stortinget gjennom halvannen dag debatterte omformingen av Departementet for Handel, Sjøfart og Industri til "Departementet for Sociale Saker, Handel, Industri og Fiskeri", vakte overføringen av medisinalvesenet fra Justisdepartementet lite motstand, og gikk glatt gjennom slik som foreslått i St.prp. nr. 66 1913 om bevilgning til opprettelse av en Sosialavdeling (i Handelsdepartementet). Statsråd Castberg gikk sterkt på for å få gjennomført reformen av departementet, og siterte proposisjonens ord: "Eksempelvis skal nævnes den forbindelse, som bestaar mellem sykeforsikringen med dens ytelse av gratis lægehjelp paa den ene side og paa den anden lægevæsenets administration, de offentlige foranstaltninger til motarbeidelse av tuberkulose, behandling av epidemiske sykdomme, sindssyge m.v. Ligeledes berører folkeforsikringen i sterk grad det offentlige sundhetsvæsen".⁸⁶

Også representantene Eftestøl og Krag-Torp understreket den nære forbindelse mellom legevesenet og de sosiale reformsaker; derfor burde medisialadministrasjonen gå over til den

nye Sosialavdelingen i Castbergs departement.⁸⁷ Enkelte av talerne gikk inn for et rent Sosialdepartement allerede på dette tidspunkt. Og statsminister Gunnar Knudsen uttalte: "Jeg er ingenlunde i tvil om, at der ikke vil gaa lang tid, før det viser sig, at det eneste tilfredsstillende for behandlingen av disse forskjellige saker vil være, at de sociale spørsmåal faar sit eget departement, og nærings-spørsmåalene faar sit".⁸⁸

Ved kgl.res. 3.6.1913 ble det så bestemt at det sivile medisinalvesen skulle overflyttes til Sosialdepartementet fra 1.7. samme år.⁸⁹ Og denne administrasjonsgrenen fulgte naturlig nok med inn i det rene Sosialdepartementet da dette ble opprettet i 1916. Etter sterkt påtrykk fra handelsstanden og andre næringsdrivende ble det da skilt ut et eget næringsdepartement, kalt Departementet for Handel, Sjøfart, Industri og Fiskeri. (Sjøfartssakene kom fra Utenriksdepartementet, dit de ble flyttet i 1913). Det "renskaarne" Sosialdepartementet fikk på sin side overført bl.a. Kontoret for fattigvesenet og offentlige stiftelser fra Kirkedepartementet. Medisinalavdelingen ble i det hele tatt ikke berørt av disse endringene. Den besto fortsatt av 2 kontorer - 1.Medisinalktr. M og 2.Medisinalktr. L - med hver sin byråsjef, 9 sekretærer m.v.⁹⁰

Statsråd Friis-Petersen, som på regjeringens vegne fremmet St.prp. nr. 46, 1916 "Om bevilgning til omdannelse av det nuværende Social- og Industridepartement m.v.", fant grunn til å rose samarbeidet med de frittstående direktoratene som var tilknyttet departementet: "Vi har fiskeridirektøren og medicinaldirektøren, som begge staar utenfor departementet, og den ordning har saavidt mig bekjendt hittil vist sig at være meget tilfredsstillende; arbeidet har gaat godt, og samarbeidet har vært letvindt og bekvemt, og har slet ikke sinket sakerne i nogen nævneværdig grad".⁹¹

Den omtalte departementsreformen ble iverksatt ved kgl.res. 8.9., med virkning fra 1.10.1916.⁹²

1917-22: EKSPANSJON

E.L. Esmarchs forslag i legekommisjonens innstilling fra 1903 om å opprette en egen ekspedisjonssjefstilling for medisinalvesenet i departementet, ble realisert fra 1/7 1917. I motsetning til de andre departementsavdelingene var det tidligere i Medisinalavdelingen de to byråsjefene som la sakene fram direkte for departementssjefen. Samtidig med ekspedisjonssjefen fikk avdelingen en ny sekretær.

Sosialdepartementet begrunnet kravet om de nye stillingene med den sterkt økende arbeidsmengde i medisinalkontorene. Utgiftsbudsjettet hadde økt fra 3,6 mill. kr. 1910/11 til 6,4 mill. 1916/17. Den økende arbeidsmengde skrev seg fra gjennomføringen av tuberkuloseloven av 1900, lov om foranstaltninger mot innførsel av smittsomme sykdommer av 1909, den nye apotekloven av 1909 og den nye legeloven av 1912. Revisjonen av kommunenes regnskaper over utgifter til tuberkuløses og sinnssykes forpleining (4/10 statsbidrag) var tyngende. Statens bidrag til kommunenes sinnssykeutgifter steg fra kr. 550.000 til 1 1/4 mill. i perioden 1900-1915/16. Flere større byggarbeider var igang ved forskjellige anstalter (sanatorier, karanteneanstalter, hospitaler m.v.) En del ekstraordinære tiltak i anledning krigen skapte også merarbeid. Hertil nevntes spesielt gjennomføringen av legeordningen fra 1912, revisjon av legenes skyss- og kostregninger og approbasjon på de mange sunnhetsforskriftene som kom inn til departementet. -Ekspedisjonssjefen skulle forberede saker som skulle legges fram for Stortinget, føre kontroll med helseanstaltenes økonomiske forvaltning og føre forhandlinger med andre myndigheter på sosialministerens vegne. Departementet anførte videre: "Det vil være en betryggelse, at

der i departementet er en melleminstans, som sigter sakerne og gjennomgaar dem nøiagtig, før de forelægges departementets chef. Der forestaar nu behandling av flere lovsaker vedkommende medicinalvæsenet, saaledes forandringer i tuberkulose-loven, ny lov om medicinalavgiftsfond og ny sindssykelov, ny lov om den farmaceutiske undervisnings ordning m.v. Sandsynligvis vil der i nærmeste fremtid maatte søkes nedsatt en kommission til revision av sundhetsloven av 16. mai 1860. De under medicinalvæsenet hørende saker bør ligesaa nøiagtig gjennomgaaes og betryggende behandles som saker fra de andre avdelinger i departementet".⁹³

Det var da naturlig at en jurist ble tilsatt i det nye embetet - det ble dr.jur. Thorvald Boye.⁹⁴

I de to første tiårene av 1900-tallet var helsevesenets sentraladministrasjon preget av til dels sterk utvidelse. Statens engasjement på denne sektoren vokste gjennom iverksettelsen av en rekke viktige lover og opprettelse av medisinalanstalter. Bekjempelsen av folkesykdommene sto i sentrum, generelle hygieniske og sosialmedisinske tiltak kom etter hvert sterkere i forgrunnen (f.eks. utbyggingen av næringsmiddelkontrollen). Dette skapte et press på det sentraladministrative apparat, og for Medisinalavdelingen/Medisinaldirektoratet resulterte dette i økt personale og kontordelinger.

I 1914 ble det opprettet en egen stilling som overlege for tuberkulosevesenet. Stillingen ble opprettet etter påtrykk bl.a. fra medisinaldirektøren og Nasjonalforeningen mot tuberkulosen. Overlegen skulle inspisere og føre kontroll med samtlige offentlige og private sanatorier (9) kysthospitaller (3) og tuberkulosesanatorier (49), og ble altså tillagt en utstrakt reisevirksomhet. Dessuten skulle han være medisinaldirektørens konsulent i tuberkulosesaker, bistå med utredninger m. v.⁹⁵

Fem år seinere -1919- fikk vi en tilsvarende overlegestilling for sinnssykevesenet med de samme funksjonene på denne sektor av helsevesenet. Inspeksjons- og kontrollvirksomheten skulle her særlig gjelde den private sinnssykepleien utenfor asylene, som hadde egne direktører. Men overlegen for sinnssykevesenet (K. W. Wefring konst. ved kgl.res. 10.10.1919) fikk den samme saksforberedende konsulentposisjon vis à vis medisinaldirektøren som overlegen for tuberkulosevesenet. Begge overlegestillingen ble tillagt en kontorassistentstilling og ellers bevilgning til den nødvendige kontordrift-
96

En annen nydannelse kom til ved etableringen av Medisinalvesenets byggekantor 1918, ledet av en fagkyndig bygnings sjef. Det var de store pågående og planlagt byggeprosjekter innenfor helsesektoren som begrunnet denne tilvekst i det sentrale administrasjonsapparat. Fra før av hadde Medisinaldirektoratet en teknisk konsulent. Bygnings sjefen kom imidlertid til å stå utenfor direktoratet, og var heller ikke direkte tilknyttet departementets Medisinalavdeling.⁹⁷

Karantene- og epidemilege i medisinalbestyrelsens laboratorier, Harald Mathias Gram, ble utnevnt til medisinaldirektør i 1918, etter Michael Holmboes bortgang. Holmboe hadde da vært direktør siden 1893. Den nye medisinaldirektøren fikk en lønn på kr. 12.000 (Legeforeningen hadde forlangt kr. 15.000). I forbindelse med direktørskiftet kom både Den norske legeforening og Norges apotekerforening med henstillinger om en reorganisering av det sentrale medisinalstyret. Apotekerforeningen ville ha et eget direktorat for apoteksakene, og Legeforeningen gjentok sitt gamle krav om et kollegialt styre, i samsvar med legekommisjonens innstilling fra 1903.⁹⁸

Sosialdepartementet stilte seg negativt til forslaget om en utsondring av apotekvesenet, men bebudet ellers at organisasjonsformen ville bli drøftet på ny:..."så vil medisinaldirektøren senere komme med forslag til en endelig ordning av medisinalstyrelsen". I mellomtiden skulle direktøren tilføres 4 nye konsulenter: 2 medisinere og 2 farmasøyter. Stortingets lønnskomité gikk bare med på å bevilge lønn til de to medisinske konsulenter, og da som en rent midlertidig ordning, under henvisning til de aktuelle reformplaner.⁹⁹ Konsulentene falt vekk allerede i 1921, og deres arbeidsoppgaver ble overført til overlegen for sinnssykevesenet.

Fra 1.7.1921 fikk vi etablert det 3. Medisinalkontor (N) i Sosialdepartementet ved utskilling av en rekke sakområder fra 1. Medisinalkontor (M). I Stortingsproposisjonen om bevilgning av gasje til det nye byråsjefembetet understreket man sterkt det økende arbeidspress i Medisinalavdelingen. Dette skrev seg i særlig grad fra administrasjonen av tuberkulose- og alkoholistanstaltene, dispensasjoner fra brennevinsforskriftene under forbudstiden, og byggarbeider ved asylene og sanatoriene. Dessuten var en rekke lovarbeider under forberedelse (ny tuberkuloselov og sinnssykelov, lov om tilsyn med næringsmidler m.v.). Allerede fra 1918 hadde man i 1. Medisinalkontor skilt ut i en egen journal og kopibok (N) saker vedkommende apotekvesenet, karanteneanstalter og karanteneavgivning, alkoholistanstalter, vårsild-avgiftsfondet og medisinalfondene i Nordland, Troms og Finnmark.¹⁰⁰

Sakfordelingen mellom Medisinalavdelingens tre kontorer ble heretter som følger:

"C. Medisinalavdelingen med 3 kontorer:

M. 1ste Medisinalkontor, hvorunder hører saker angående Rikshospitalet og Kvinneklubben, friplasser på Rikshospitalet og sykehus, tuberkulose-lovgivningen, administrasjon av Staten tuberkulosesanatorier samt kysthospitalene i Fredriksvern og i Vadsø, anvisning av Statens utgifter ved fattige tuberkuloses forpleining, tilståelse av friplasser ved tuberkulose-sanatorier, lovgivningen om sinnssykevesenet, administrasjon av Statens sinnssykeasyler, anvisning av utgiftene ved sinnssykes transport til og fra asyler og av Statens bidrag til kommunenes sinnssykeutgifter og til utgiftene ved selvbetalende sinnssykes opphold på asyl, autorisasjon av kommunale og private asyler og approbasjon på deres regulativer.

L. 2net Medisinalkontor, hvorunder hører saker angående besettelse av offentlige lægestillinger, avskjed, permisjon, lægedistrikters deling, stipendier for læger, saker vedkommende de spedalske pleiestiftelser og lovgivningen om spedalskheten, fødselsstiftelsen i Bergen, jordmorvesenet, deling av jordmordistrikter, vaksineinstituttet og vaksinasjonslovgivningen, anvisning av skyss- og kostgodtgjørelse for reiser i medisinalvesenets anliggender, tilståelse av skyssgodtgjørelse for kommunelægers fattigreiser og faste reiser, beslutninger om kommunelæger som ordfører i helseråd, sundhets-, tuberkulose- og epidemiforskrifter, de almindelige sundhetslovgivning, lovgivningen om kvaksalvere, kurser i rettsmedisin m.v.

N. 3dje medisinalkontor, hvorunder hører saker angående karantene-lovgivningen, administrasjon av Statens karanteneanstalter, forholdet til uten-

landske sundhetsmyndigheter, det internasjonale sundhetsbyrå og utenrikske sundhetsråd, Medisinalstyrelsens laboratorier, det norske pleiehjem for epileptiske, alkoholistanstalter, saker ang. Statens bidrag til forsorgen for vanføre, tannlægers forskrivning av lægemidler, medisinforsyning ombord på skib, lægers og dyrlægers utlevering av lægemidler, apoteklovgivningen hvoriblandt saker om brennevins utlevering fra apotek og dispensasjon fra forskriftene herom, arkanalovgivningen, meddelelse av apotekbevilling og bevilling til kjøbmenn til å drive handel med gifter og apotekvarer, den farmasøitiske undervisning, lovgivningen om medisinalavgiftsfondene for Nordland, Troms og Finnmark, administrasjonen vedk. Vårsildavgiftsfondet, næringsmiddelkontrollen".¹⁰¹

Denne fordelingen av sakene holdt seg noenlunde konstant fram til 1940.

Stortinget hadde liten lyst til å gå med på opprettelsen av det nye kontoret i 1921, men fant likevel å måtte bøye seg for departementets argumentasjon.¹⁰² Men dette var også det siste fremstøtet som lyktes i å styrke det sentraladministrative byråkrati innenfor helsesektoren. Mye var oppnådd på den korte tiden 1911-21 under oppgangs- og krigskonjunktorene, da pengestrømmen økte og bevilgningene satt løst. Deretter kom reaksjonen i det kriseherjede og deflasjonsredne Norge på 1920- og '30-tallet, med kontraksjon og nedskjæringer i den offentlige sektor. Hvordan klarte den sivile sentraladministrasjon av helsevesenet seg gjennom denne prosessen? Dette er temaet for det neste hovedavsnittet i denne framstillingen.

**MEDISINALAVDELINGEN OG MEDISINALDIREKTORATET UNDER SPAREKNI-
VEN 1923-35**

Statens forenklings- og sparekomité, nedsatt ved Stortingets beslutning 12.6.1922 og kgl.res. 25.8. samme år, kom med sin innstilling I i 1923. Den første "øksekomiteen" konsentrerte seg her om en ganske inngående og kritisk gjennomgåelse av sentraladministrasjonen, og kom med vidtrekkende forslag om reduksjons- og sparetiltak.

Nest etter Kirkedepartementet ofret komiteen mest tid og spalteplass på Sosialdepartementet. Forslagene når det gjelder innskrenkninger og besparelser i Medisinalavdelingen og det tilknyttede Medisinaldirektoratet kan oppsummeres som følger:

- A. Medisinalavdelingen oppheves og ekspedisjonssjefen sløyfes.
3. Medisinalkontor nedlegges og sakene fordeles på de andre kontorene.
- B. Medisinaldirektoratet flyttes inn i departementet og direktøren stilles direkte under statsråden.
Lege- og apotekkontorene i direktoratet slås sammen til ett kontor. Direktoratet overtar 1. og 2. medisinalkontor.
- C. Innskrenkning i personalet.

	<u>Antall</u>	<u>1914</u>	<u>Do.1922</u>	<u>Forslag til reduksjon</u>
Medisinal- avdelingen		13	22	9
Medisinal- direktoratet		<u>10</u>	<u>13</u>	<u>4</u>
Til sammen		23	35	13
Inkl. direktør og eksp.sjef		24	37	14

Sparekomiteen ga anvisninger på løsninger som kunne rettferdiggjøre den drastiske innskrenkning av det sentraladministrative apparat, ved forenklinger i saksbehandlingen og ikke minst ved delegasjon av myndighet.

Da. Følgende saker skulle overføres fra Kongen til departementet:

1. Besettelse av overlegestillinger som er bistillinger.
2. Regulativer for sinnssykeasylene.
3. Fordeling av stipendier til sinnssykeleger.
4. Permisjon til offentlige leger inntil 3 (6) måneder.
5. Utdeling av stipendier til leger og jordmødre.
6. Approbasjon på helseforskrifter etter lov av 16.5. 1860.
7. Erstatning for redskapstap m.v. til leger og jordmødre. 1-3 sorterte under 1., 4-7 under 2. Medisinalkontor.

Db. Følgende myndighet skulle overføres fra departementet til fylkesmennene:

1. Anvisninger for transportutgifter til sinnssyke.
2. Anvisninger for utgifter til ubemidle tuberkuløses innlegging og forpleining.
3. Innvilging av permisjon til asyldirektører i 3 (6) måneder.
4. Oppretting, deling og omregulering av jordmordistrikter.

Spesielt de to første postene representerte mye arbeide i 1. Medisinalkontor, siste punkt angikk 2. Med.ktr.

Fordelingen av visse andre bidrag ble foreslått overført fra departementet til overlegen for tuberkulosevesenet og overlegen for sinnssykevesenet.

Komiteen kunne vise til at overføringen av arbeidsoppgaver fra departementet allerede var i gang: Fra 1.4.1922 ble anvisning og revisjon av legers og jordmødres skysregninger overført fra 2. Medisinalkontor (L) til fylkesmennene. Dette hadde tidligere representert ca. 2000 journalnummer i året (1921), men det betydelige arbeidet med regningene ble for det meste utført som ekstraarbeide, og hvilte altså ikke på den faste kontorstab.

Legekontoret i Medisinaldirektoratet utarbeidet medisinalstatistikken. Denne ville sparekomiteen i betydelig grad forenkle og bare la den utgis in extenso hvert 5.år. I Apotekkontoret arbeidet 3 funksjonærer nesten hele året med revisjon av medisinalregninger, dvs. regninger over medikamenter som det offentlige betalte for. Komiteen anså denne medisinalrevisjonen for lite effektiv (10-20 % av regningene), og foreslo derfor at den skulle bortfalle. Bestemmelsene om denne revisjonen, innført ved kansellipromemoriaer 26.11.1803 og 9.3.1811, ble betegnet som "antikverte".

Kontrollen med overholdelsen av forbudslovgivningen skapte spesielle problemer på denne tiden. Bare i direktoratets Apotekkontor arbeidet 4 ekstra, midlertidig ansatte med kontrollen av legenes forskriving av brennevin! Dette var i hovedsaken en tallmessig kontroll (1,2 mill. resepter årlig) som sparekomiteen anså som ineffektiv og foreslo overført til A/S Vinmonopolet. Den nærmere kontroll med alkoholreseptene både fra leger, dyrleger og tannleger skulle derimot tillegges Medisinaldirektoratet, som eventuelt måtte utstyres med et særskilt kontor til dette.¹⁰³

Det var i sannhet gjennomgripende reformforslag som her ble lansert, både når det gjelder forholdet direktorat/departement, kontorenes antall og sakområde og personalet. Forslaget til reduksjon av antallet ansatte i Medisinalavdelingen/Medisinaldirektoratet innebar at hele økningen på 50 % (14 stillinger) 1914-22 skulle skjæres vekk, slik at tallet på stillinger ble redusert til førkrignivået!

Sosialdepartementets reaksjon på Forenklings- og sparekomiteens forslag kom i et lengre brev til Finansdepartementet 13.2.1924, som bl.a. hvilte på en skrivelse fra den daværende medisinaldirektør Gram 24.11.1923. Del III av Sosialdepartementets brev var utformet av Medisinalavdelingens ekspedisjonssjef, Thomas von Westen Angell. Det ble her påvist at den voldsomme reduksjonen av personalet i den øverste medisinaladministrasjon ikke på noen måte sto i et rimelig forhold til de påståtte rasjonaliseringsgevinster ved de fremsatte forslag til forenkling av saksbehandlingen: "Det skal ikke bli vanskelig aa paavise, at mens medisinalavdelingens personale blir det halve av nu, vil arbeidsforenklingen bli av noksaa beskjedne maalestok".¹⁰⁴

Når det gjaldt delegasjon av myndighet fra Kongen til departementet, mente Sosialdepartementet, som ikke var uvillig til disse endringene, at det her var forholdsvis lite arbeide å spare. Antall foredrag innenfor de aktuelle saksområder var relativt begrenset. Men en slik overføring forutsatte lovendringer, f.eks. når det gjaldt approbasjon på helseforskrifter etter sunnhetsloven av 1860. - Derimot ville forslaget om å overføre anvisning av statens andel av utgiftene til sinnssyke og tuberkuløse fra departementet til fylkesmennene bety en merkbar lettelse. Revisjonsarbeidet vedrørende disse utgiftene ble imidlertid ikke utført av Medisinalavdelingens faste personale, men av utenforstående revisorer mot ekstrabetaling. Dersom anvisningsmyndigheten

overgikk til fylkeskontorene, måtte revisjonen bli å belaste Statsrevisjonen. Sosialdepartementet var i det hele tatt interessert i å bli kvitt det omfattende anvisnings- og revisjonsarbeidet.

Medisinalavdelingen hadde rasjonalisert litt på kontorsiden (innskrenket journalisering, bruk av stenografering, skjemaer), men ville ikke gå over til journal på løsblad eller avskaffe presskopibok til fordel for løse gjennomslag, og var i tvil om man burde avskaffe kopibokregistret.

Sosialdepartementet satte seg bestemt i mot at 3. Medisinalkontor skulle nedlegges, og de fleste av sakene overføres til 1. Medisinalkontor. Siden 1921, da 3. kontor ble opprettet, hadde 1. kontor fått flere asyl- og sanatorier inn under seg, og flere større byggarbeider pågikk eller sto for døra: "Forenklingskomiteen maa enten ikke være opmærksom herpaa eller ha liten forstaaelse av det arbeide, som disse store anleggs opførelse og derefter deres aarlige drift skaffer 1. medisinalkontor". Kontoret kunne heller ikke motta den ekspanderende næringsmiddelkontroll eller vanføreforsorgen fra 3. Medisinalkontor. Her ville departementet også beholde en del viktige apoteksaker (lovgivning, budsjetter etc.), og kunne ikke gå inn på å overføre disse til medisinaldirektøren, slik sparekomiteen hadde foreslått. Lov- og fortolkningsarbeide krevde juridisk ekspertise: "Man vil betegne det som lite heldig aa la saadanne saker helt forberedes av funksjonærer med farmasøitisk eller medisinsk utdannelse for derefter direkte aa forelegges for departementets chef til avgjørelse". Medisinalavdelingen vaktet vel på sin myndighet vis à vis medisinaldirektøren, ikke minst når det gjaldt administrasjonen av apotekene, mens direktøren ville ha tillagt seg større avgjørelsesfullmakter. - På det samme grunnlag kunne departementet heller ikke gå med på å delegere myndighet til overlegen for tuberkulosevesenet:

"Det kan ikke forstaaes paa annen maate enn som innledningen til overløgestillingens omdannelse til et direktorat for tuberkulosen eller en selvstendig avdeling med ham som chef".

Den aller mest kompakte motstand i departementet møtte den virkelig dyptgripende organisatoriske forandring: nedlegging av ekspedisjonssjefstillingen og innflytting av medisinaldirektøren, slik at denne kom til å stå direkte under statsråden. Han skulle ikke kalles ekspedisjonssjef, men foredra sakene for statsråden med ansvar for den medisinske, økonomiske og juridiske side. Også medisinaldirektøren tok sterkt avstand fra denne ordningen, som etter hans mening i realiteten ville bety at han samtidig ble både direktør og ekspedisjonssjef. Han hadde ikke forutsetninger for å overta det juridiske ansvar, og arbeidspresset ville bli uoverkommelig. Derimot innførte han en vesentlig modifikasjon av forslaget, som en betingelse for at han skulle flytte inn i departementet: Byråsjefene skulle stå direkte ansvarlig for statsråden når det gjaldt sakenes juridiske behandling.

Sosialdepartementet avviste også dette alternativ til løsning, og argumenterte sterkt for å beholde den eksisterende struktur med ekspedisjonssjef og Medisinalavdeling i departementet og Medisinaldirektoratet utenfor. For det første var dette en garanti for at de generelle økonomiske hensyn ble tillagt den nødvendige vekt (f.eks. under budsjettbehandlingen). Medisinaldirektøren ville være mer bundet av de medisinsk-faglige hensyn og sine forbindelser i legeverdenen. Dette var noe som måtte appellere til sparemennene: "At sakerne før de forelegges statsraaden faar en alsidig utredning, ledsaget av innstilling fra en "uinteressert" ekspedisjonschef anseer man av stor nytte. Vil man legge en økonomisk maalestok her----kan det sies at der ved avgjørelsen av en enkelt sak kan spares beløp, som er

flerdobbelt av en ekspedisjonschefs gasje". For det andre var det ikke tilrådelig å svekke det juridiske element i Medisinalavdelingen, som selv behandlet sine lovsaker. Departementet nevnte en lang rekke lovarbeider som foresto: Det gjaldt lov om legers rettigheter og plikter, lov om tannleger, lov om behandling av venerisk syke, lov om kontroll med næringsmidler, revisjon av sunnhetsloven, ny tuberkuloselov etc.

Sosialdepartementet hevdet altså at forenklingskomiteen hadde bygget på feilaktige forutsetninger når den påsto at Medisinaldirektørens innflytting ville bringe besparelsen. Departementet avviste også denne løsningen på rent prinsipielt grunnlag, og viste til uttalelser fra justisminister Quam i 1892, legekommisjonen 1903 og statsminister A. Berge i 1912 (da finansminister). Dersom man gjorde departementssjefen svakere og fagdirektøren sterkere, ville Stortingets innflytelse og kontrollmuligheter bli svekket.

Forslaget om et medisinalkollegium dukket også opp denne gangen, idet medisinaldirektøren hadde referert en uttalelse fra overlegen for sinnssykevesenet (den senere medisinaldirektør Wefring) om at denne burde bli "medlem av en oprettedes kollegial medisinalstyrelse". Departementet gjorde "kort prosess" også med dette forslaget, og uttalte bl.a.: "Spørsmålet om en kollegial medisinalstyrelse har som nevnt vært oppe flere gange, for ikke længe siden er det reist av apotekerne. Administrasjonen har holdt igjen. Men det er aa forutse at det vil melde sig igjen. Det trenger ingen paa-visning, at overfor en kollegial medisinalstyrelse - sammensatt av fagfolk - vil det være enn mer paakrevet at departementschefen ved sin side har en ekspedisjonschef, som vil se mer uhildet - mer samfunnmessig - paa en sak enn fagfolk flest gjør".¹⁰⁵ Det ser ut som tanken om en kollegial toppadministrasjon hermed ble offisielt begravd innenfor vår periode (fram til 1940).

Vi får et sterkt inntrykk av at Sosialdepartementet mobiliserte hele sin tyngde for å bekjempe forslaget om en sammenmelting av Medisinaldirektoratet og Medisinalavdelingen og en styrking av direktørstillingen. Derimot fulgte departementet forenklings- og sparekomiteen et stykke på vei når det gjaldt nødvendigheten av å skjære ned på personalsiden.

Medisinaldirektøren avga også en lengre uttalelse om innstilling I fra den første sparekomiteen. I tilfelle innflytting i departementet, ville han som nevnt fraskrive seg det juridiske ansvar for sakenes behandling og la dette hvile direkte på byråsjefene, som han også ville at skulle foredra rent juridisk-administrative saker direkte for statsråden (jfr. ordningen før 1917 da Medisinalavdelingen manglet ekspedisjonssjef). I og for seg stilte han seg positivt til forslaget om å styrke hans stilling som fagsjef, men protesterte kraftig mot den vidtgående personalreduksjon: "Inndragning av poster må være konsekvensen av og ikke programmet for forenklingen". Det var mer enn nok å gjøre både i Legekontoret og Apotekkontoret. I perioden 1905-23 hadde tallet på legedistrikter økt fra 158 til 400, og apotekene fra 144 til 234! Kontorsjefen i Legekontoret, H. Scharffenberg, måtte regelmessig arbeide overtid. Teksten til medisinalstatistikken måtte utarbeides av en lege. Det var absolutt nødvendig å opprettholde et eget kontor for apotekvesenet, og med en farmasøytisk utdannet sjef, av hensyn til kontrollen med tilvirkningen og omsetningen av medisinalvarer. Apotekenes antall var økende, og "dertil kommer at der siden 1912 har utviklet seg en hel industri for fremstilling av medikamenter". Under forbudstiden hadde Apotekkontoret videre overtatt en del av kontrollen med spirituososalget, som nå gikk gjennom apotekene. Medisinalrevisjonen var også nødvendig av kontrollhensyn; slik kunne prisene på medikamenter som det offentlige betalte for holdes under oppsikt. "De penger som staten ofrer på denne

revisjon er derfor vel anvendte og jeg vil derfor på det indstændigste anbefale at medisinalrevisjonen bibeholdes". Den nærmere kontroll med legers og dyrlegers alkoholresepter burde også tillegges Apotekkontoret, og ikke legges til et eget reseptkontroll-kontor, slik som komiteen hadde foreslått.

Ellers listet medisinaldirektøren opp en lang rekke saker som han mente å kunne avgjøre selv, men her fikk han ikke medhold av departementet. Han støttet også forslaget om en større avgjørelsesmyndighet til de to overlegene for sinnssykevesenet og for tuberkulosevesenet, og refererte uttalelser fra disse. Den førstnevnte beklaget den omstendelige saksbehandling og at han hadde for liten innflytelse på sakenes endelige avgjørelse: "Det er jo ganske naturlig, at en ordning som den nuværende må knirke. Jeg skal således få lov at nevne at de fleste skrivelse som nevnt kun passerer dette kontor. Her er derfor intet arkiv---. Endog viktige sindssykesaker kan bli behandlet av departementet uten at ha passert overlægen. Men likeså bemerkelsesverdige er det at departementets avgjørelser blir man som oftest holdt i den fuldstændigste uvidenhed om". Karl Wilhelm Wefring ville ha en kollegial medisinalstyrelse, hvor overlegen for sinnssykevesenet var medlem. Han hadde lite til overs for departementets jurister: "Da avgjørelsene som nevnt træffes i departementet og av jurister, følger det av sig selv at der ikke altid blir tat fornødent hensyn til den specielt sakkyndige uttalelse. Og det hændes også at politiske hensyn kan komme til at spille en avgjørende rolle i direkte strid mot sakkyndigheten. Det burde være alment anerkjent sak at alle helsespørsmål aldri måtte få lov til at bli inficeret av politisk smittestof. Ellers kan følgene bli skjæbnsvangre". Dette uttalte Wefring i 1923, fire år etter var han selv medisinaldirektør!

Også overlegen for tuberkulosen, N.P.L. Heitmann, støttet (selvsagt) forslaget om en større delegasjon av myndighet til egen stilling, spesielt anvisningsmyndighet. Han ga eksempel på den omstendelige saksbehandling, som han beskrev slik: "Den almindelige fremgangsmåte er nu at sakene indkommer til departementet, indføres i journal der, oversendes til Medicinaldirektoratet hvor de indføres i journal og oversendes til overlægen av hvem de så efterat være journaliseret får sin behandling, hvorpå de via Medicinaldirektoratet regelmessig uten bemerkninger fra Medicinaldirektøren sendes tilbake til departementet, som da træffer en bestemmelse om sakens videre skjæbne". Overlegen betraktet denne fremgangsmåten som tids- og arbeidsspillende. Han ville helst ha direkte kontakt med bl.a. helserådene og fylkeskontorene.

Medisinaldirektøren mente at den beste og enkleste måte å oppnå forenklinger og besparelser på var å delegere myndighet til direktøren og de to overlegene. To kontorer måtte opprettholdes i direktoratet, men det var ikke på det rene om det ville bli nødvendig med et eget kontor for reseptkontrollen. For sin inntreden i departementet satte han bl.a. det vilkår at han ble fritatt for det juridiske ansvar ved saksbehandlingen. Dessuten måtte ikke direktoratets personale reduseres vesentlig. Derimot kunne en sløyfe et kontor i departementet ved en sammenslåing.¹⁰⁶

Departementenes svar på forenklings- og sparekomiteens forslag ble drøftet av Stortingets lønnskomité i 1925, og denne innstilte at det ikke skulle foretas nevneverdige organisatoriske endringer i medisinalvesenet sentraladministrasjon. Det skulle fortsatt være en Medisinalavdeling med ekspedisjonssjef og tre kontorer, og et Medisinaldirektorat utenfor med to kontorer. Så langt fikk altså Sosialdepartementet totalt gjennomslag for sine standpunkter. Men lønnskomiteen ville at departementet skulle gå videre med perso-

nalinnskrenkingen (inntil midten av 1925 var det inndratt 1 sekretær- og 2 assistentstillinger), ved at ytterligere 1 sekretær og 1. assistent ble innspart. Komiteen pekte videre på at Medisinaldirektoratet fra 1. juli 1925 ville sløyfe 3 sekretærstillinger knyttet til medisinalstatistikken og 2 sekretærstillinger i medisinalrevisjonen, men antok dessuten at kontorsjefstillingen i Legekontoret kunne nedlegges.¹⁰⁷ K.W. Wefring, som dengang var stortingsrepresentant for Oslo, advarte mot en videre innskrenking i direktoratet, men Stortinget vedtok lønnskomiteens innstilling som hadde form av en anmodning til regjeringen om å gjennomføre de anviste forslag til innskrenkinger og forenklinger i sentraladministrasjonen.¹⁰⁸

Utarbeidelsen av medisinalstatistikken, grunnlagt på de innkomne medisinalinnberetninger, ble fra 1. juli 1925 overført fra direktoratet til Statistisk Sentralbyrå. Dermed mistet altså Legekontoret 3 sekretærstillinger, og ytterligere to sekretærstillinger gikk tapt i Apotekkontoret da medisinalrevisjonen ble opphevet samme dato. Men regner vi til reseptkontrollen (et nytt kontor under Medisinaldirektoratet fra mars 1924), som fra 1. juli 1925 omfattet hele 11 funksjonærer, blir det samlede personalet i direktoratet 20, mot 14 i 1922! Medisinalvesenets byggekontor, som hverken ble regnet med til Medisinalavdelingen i departementet eller til Medisinaldirektoratet utenfor, hadde 20 funksjonærer både pr. 1. januar 1922 og pr. 1.1.1925. Herav var i sistnevnte år 3 lønnet over tuberkulosebudsjettet og 17 over anleggsbudsjettet. Men i 1927 er det bare oppført 3 stillinger under dette kontoret, så her ble det foretatt en hardhendt reduksjon. Innskrenkingen i Medisinaldirektoratet fortsatte ved at kontorsjefstillingen i Legekontoret ble inndratt fra 1. juli 1926, og fra 1.7.1927 ble reseptkontrollen kraftig redusert (3-4 personer) og gikk over til å bli finansiert av en særavgift.¹⁰⁹

Anført av Finansdepartementet formelig bombarderte departementene sine underliggende etater med rundskriv for å få gjennomført spareprogrammet. I 1927 nedsatte Sosialdepartementet et 3-mannsutvalg til å gjennomgå medisinalvesenets budsjett og komme med forslag til besparelser. Fhv. kontorsjef i Medisinaldirektoratet, lege Herman Schaffenberg, var medlem av utvalget, som avga sin innstilling 27. august samme år. Utvalget foreslo bl.a. at overlegstillingene for sinnssykevesenet og for tuberkulosevesenet skulle inndras og deres forretninger henlegges til Medisinaldirektoratet, mot at dette fikk tilbake sin legekyndige byråsjef. Videre skulle etter utvalgsinnstillingen både Medisinalvesenets byggekantor og reseptkontrollen nedlegges.¹¹⁰

Ved kongelig resolusjon 1. juli 1927 ble overlegeembetet for sinnssykevesenet nedlagt fra 1. august samme år, og innehaveren, Karl Wilhelm Wefring, ble utnevnt til medisinaldirektør fra samme tid.¹¹¹ Ny instruks for medisinaldirektøren ble utferdiget ved kgl.res. 11. mars 1927. Modifikasjonene i den eldre instruks av 2. mai 1891 gikk ut på å fjerne en del bestemmelser som ikke lenger var aktuelle, f.eks. autorisasjon av hjelpevaksinatører, som gikk over til fylkesmennene i 1926, og utgivelsen av medisinalstatistikken, som ble overført til Statistisk Sentralbyrå i 1925. Av nye ting kan vi nevne at direktøren ble bemyndiget til å besette reserve- og underlegestillingene ved alle statens medisinalanstalter. Han fikk videre rett til å gi regler om særegne foranstaltninger mot tuberkulosen (lov 8.5.1900 prgr. 12) og bestemmelser om de midler jordmødrene kunne anvende (lov 19.12.1898 prgr.6) -jfr. kgl.res. 15. august 1924. Et annet punkt gjaldt dispensasjoner ang. utlevering av sterkvirkende medikamenter fra apotek og tannlege (plakat 4.6.1904).¹¹²

Fra 1. juli 1928 ble det bevilget gasje til å gjenopprette kontorsjefstillingen i Medisinaldirektoratets Legekontor. Ellers kom "Socialdepartementets uttalelse om den av det departementale spareutvalg avgitte innstilling om medisinalvesenets budgett" i form av St.med. nr. 16 for 1929. Det var den nye medisinaldirektør som hadde avfattet denne uttalelsen. Han motsatte seg bestemt ytterligere reduksjoner i personalet: "For en institusjon, som stadig pålegges mere og mere arbeide, må der være en grense for reduksjon i personale, og denne er nådd i Medisinaldirektoratet". Forslaget om å inndra overlegeembetet for tuberkulosen ble avvist i budsjettproposisjonen for 1928, kap. 481. Sosialdepartementet sluttet seg til direktørens uttalelse, og anførte at i tillegg til de 5 sekretærstillingene som ble inndratt i 1925, hadde direktoratet mistet en juridisk konsulentstilling fra 1. juli 1927. Reseptkontrollens personale var redusert fra 11 1925/26 til 3 1929/30, og man overveide en opphevelse av reseptloven. Medisinalvesenets byggekantor ble avviklet fra 1. januar 1929, og sakene overført til Statens bygningsinspektorat.¹¹³

Men spareprogrammet kom til å gå enda videre. Overlegestillingen for tuberkulosevesenet ble inndratt fra 1. januar 1931, da overlege N. Heitmann ble konstituert som medisinaldirektør. Saksbehandlingen gikk over til Medisinaldirektoratet, som fikk tilført lønn til to midlertidige legekyndige sekretærer fra budsjett-terminen 1930/31.¹¹⁴

Ser vi vekk fra reseptkontrollen, som fra 1927 ble finansiert av en særavgift, ble Medisinaldirektoratets personale (ekskl. direktøren) redusert fra 14 i 1922 til 7 i 1929, altså nøyaktig en halvering.¹¹⁵ I det sistnevnte året ble også den tekniske konsulentstillingen nedlagt. Og selv om direktoratet fikk to nye sekretærer i 1930, ble altså til gjengjeld overlegestillingen for tuberkulosen (og en assistentstilling) strøket av gasjelisten.

Reduksjonen i Sosialdepartementets Medisinalavdeling var i sammenligning ubetydelige: Bare to assistentstillinger var strøket ifølge en oppgave fra 1929. De tre kontorene hadde et personale på 22 i 1922 og 20 i 1929.¹¹⁶

Nedskjæringen av personalet i den sentrale administrasjon av helsevesenet kulminerte i 1930/31. I 1932 fikk vi en ny "øksekomité", kalt Spare- og forenklingsskommisjonen av 1932, nedsatt ved kgl.res. 15.4. samme år. Denne kommisjonen avga i alt 7 trykte og 5 utrykte innstillinger! Når det gjaldt medisinalvesenet konsentrerte den seg i særlig grad om en "løsning av bundne utgifter", dvs. en reduksjon og omfordeling av lovbundne utgifter påhvilende stat, fylke og kommune, og da i første rekke de store utgiftspostene til tuberkulosevesenet og sinnssykevesenet, legelønninger m.v. Dette var utgifter som steg automatisk med en økende klientmasse, og derfor var vanskelig å beskjære. Videre trakk forslagene i retning av delegasjon og desentralisering av avgjørelsesmyndighet.¹¹⁷

En omlegging og reduksjon av de lovbundne utgifter hadde også stått på programmet i 1920-årene, og det kom to stortingsmeldinger angående de såkalte bundne statsutgifters vekst mv., 1923 og 1931.¹¹⁸ Og som vi har sett foreslo Forenk-lings- og sparekomiteen av 1922 at avgjørelsene i en rekke saker skulle delegeres fra Kongen til Sosialdepartementet, og andre saker igjen fra departementet til fylkesmennene (jfr. s. 71). I løpet av 1920-årene ble det foretatt en del delegasjon av myndighet fra Kongen til departementet, f.eks. rett til å gi offentlige leger permisjon inntil 1 år (kgl.res. 15.8.1924). Men Sosialdepartementet mente bestemt at de omfattende helseforskriftene i henhold til sunhetsloven av 1860 fremdeles burde behandles av den samlede regjering og avgjøres av Kongen i statsråd. Departementet fraskrev seg altså her en eksklusiv approbasjonsmyndighet,

og henviste til at helserådsvedtak kunne appelleres til Kongen. Da måtte også forskriftene godkjennes av denne. Ellers hadde Sosialdepartementet konstitusjonelle betenkeligheter ved de vidtgående delegasjonsforslag fra sparekomiteen av 1922, og siterte en uttalelse fra Stortingets protokollkomité i 1925: "Det, å la sig forelegge regjeringens protokoller er en forfatningsmessig rett og plikt for folkerepresentasjonen, som administrasjonen ikke kan gjøre inngrep i. Vistnok kan mindre viktige saker avgjøres i de enkelt departementer, men komiteen mener, at den grense, som hittil har vært den vanlige mellem regjerings- og departementsavgjørelser, ikke bør overskrides i den grad, som skjedd uten samtykke av nasjonalforsamlingen".¹¹⁹

Spørsmålet om å overføre myndigheten til å godkjenne asylenes regulativer fra Kongen til departementet var også reist av sparekomiteen av 1922. Dette krevde i likhet med helseforskriftene en lovendring, men departementet hadde i slutten av 1929 enda ikke tatt noe standpunkt i denne saken. - Vi har videre sett at medisinaldirektøren ifølge sin nye instruks av 11. mars 1927 ble tillagt en noe større avgjørelsesmyndighet på enkelte begrensede områder (f.eks. besettelse av reservelestillinger).

I det store og hele ble delegasjon av myndighet på det sentrale plan av liten betydning når det gjaldt medisinalvesenet. Med hensyn til overføring av myndighet til lokale organer (desentralisering) har vi nevnt at anvisningene av legers og jordmødres skyssregninger ble tillagt fylkesmennene 1922. Men anvisningene av statsbidragene til sinnssykepleien og tuberkulosevesenet ble ikke flyttet ut fra departementet i første omgang.

Sparekommisjonen av 1932 foreslo derfor at anvisningsmyndigheten for statsbidrag under følgende poster skulle delegeres til fylkesmennene:

1. Tilskudd til offentlig forpleiede sinnssyke og tuberkuløse.
2. Tilskudd til forpleining av hjemstavnsløse sinnssyke.
3. Tilskudd til transport av sinnssyke.
4. Tilskudd til skyss av asylenes kontrollkommisjoner.

For øvrig anbefalte kommisjonen en omlegging av statens utgifter til de sinnssyke og de tuberkuløse som gikk ut på at bidragene skulle ytes i form av et bestemt beløp pr. dag pr. klient, i stedet for som hittil en viss prosentandel (4/10) av utgiftene. Transportutgiftene til de sinnssyke ville kommisjonen i sin helhet overføre til fylkene/kommunene, og kontrollkommisjonene ville den avskaffe. - I sentraladministrasjonen kunne man ytterligere innskrenke Medisinaldirektoratets reseptkontroll (3 funksjonærer 1932) og nedlegge det sakkyndige legeråd og det sakkyndige dyrlegeråd, som var knyttet til denne kontrollen med sprit til medisinsk bruk.¹²⁰

Alle disse forslagene finnes oppsummert og grunnlagt i innstilling VI fra den andre sparekommisjonen - "Iakttagelser, motiver og forslag", trykt i 1935. Men fra midten av 1930-tallet hadde mye av lufta gått ut av seilene for spare- og forenklingmennene. Den verste krise- og depresjonstida var forbi, og i alle fall fra 1935 var det en klar oppgang og ny optimisme i landets næringsliv. Samme år fikk vi et regjeringsskifte som betydde en mer ekspansiv finans- og budsjettpolitikk, og sentraladministrasjonen begynte å vokse på ny. Ikke minst gjaldt dette Sosialdepartementet, som måtte følge med i en mer dynamisk sosial- og trygdepolitikk.

Det kom således ikke på tale å redusere det sentraladministrative apparat for helsevesenet; vi fikk i stedet en viss utvidelse fram til 1940 (se nedenfor). Også reseptkontrollen ble beholdt uforandret i disse årene.

Noen av sparekommisjonens forslag til forenkling og desentralisering ble likevel gjennomført. Departementets uttalelser om forslagene, med opplysninger om hva som hadde blitt eller ville bli gjennomført, ble gjengitt i St.med. nr. 35 for 1936 og St.med. nr. 33 for 1937.

Overføring av anvisningsmyndigheten for statsbidrag til sinnssyke- og tuberkulosevesenet fra departementet til fylkesmennene, ble stort sett ordnet i samsvar med sparekommisjonens forslag, fra 1. juli 1937 (rundskriv fra Sosialdepartementet 25. juni 1937). Men når det gjaldt statens andel av disse utgiftene, ble det tvert om åpnet lovlig adgang til å øke denne fra 4/10 til 8/10 ved tillegg til tuberkulose- og sinnssykelovene av 5. juni 1936. Sparekommisjonen fikk heller ikke departementets og Stortingets tilslutning til forslaget om å sløyfe reseptkontrollen, og slett ikke kontrollkomisjonene for de forskjellige asylene.¹²¹ Et forslag om å bytte ut porselensservice med flintservice ved statens tuberkuloseanstalter avfødte en lengre skriftveksling!

NY UTVIDELSE AV MEDISINALADMINISTRASJONEN 1935-40

Som vi har sett ble Medisinaldirektoratets personale radikalt skåret ned i 1920-årene. Oppsvulmingen av kontrollapparatet i forbindelse med forbudslovgivningen var et forbigående fenomen; det samme kan sies om utbyggingen av det frittstående Medisinalvesenets byggekantor, som ble nedlagt i 1927, da de fleste av de større byggearbeidene var avsluttet. Mer permanent karakter fikk stillingen som medisinalvesenets økonomiinspektør i Sosialdepartementet, opprettet 1924, men det var da også en stilling som kunne forsvares ut fra sparehensyn!

I det egentlige Medisinaldirektorat ble det skåret til beinet, men den nedgående trend ble snudd i 1931 - da direktoratet fikk en apotekvisitator nr. 2. Og det samme år fikk Legekantoret 2 legekyndige sekretærer - den ene psykiater og den andre tuberkulosespesialist. Dette var ment som en kompensasjon for at de mer frittstående overlegestillingene for sinnssykevesenet og tuberkulosen ble inndratt henholdsvis i 1927 og 1931.

Etter henstilling fra Norsk Psykiatrisk Forening og Den norske Nationalforening mot Tuberkulosen foreslo medisinaldirektøren i budsjettframlegget for 1935 at de to sekretærstillingene skulle omgjøres til avdelingssjefstillinger - en for sinnssykevesenet og en for tuberkulosevesenet. Men departementet ville ikke gå med på en løsning som innebar at Legekantoret i direktoratet fikk tre sjefsstillinger og ingen sekretær. Administrasjonskomiteen i Stortinget innstilte i samsvar med dette, men anbefalte at saken ble ytterligere drøftet, og forhøyet bevilgningen til reiseutgifter med kr. 3000 til den psykiatrisk sakkyndige (inspeksjon av asylene).¹²² Etter ytterligere press ble da de to sekretærstillingene ombyttet med inspektørstillinger: en inspektør for sinnssykevesenet 1936 og en inspektør for tuberkulosevesenet 1939. En kan nesten si at her dukket de eldre overlegestillingene fram i nye former. Den personalmessige styrking av Medisinaldirektoratet tvang seg fram bl.a. gjennom ny lovgivning - og i begynnelsen av 1940 hadde direktøren et personale på 12 tilknyttet de to kontorene (13 i 1922) og hertil kom 3 i reseptkontrollen.¹²³

I motsetning til Medisinaldirektoratet holdt personalet i Sosialdepartementets Medisinalavdeling seg bemerkelsesverdig stabilt i mellomkrigstida - 22 funksjonærer utenom ekspedisjonssjefen i 1922 - og 20 i 1939. I det sistnevnte år ble

det gjort et fremstøt for å få etablert et 4. medisinalkontor i departementet. Men Stortinget valgte i stedet å bevilge penger til å bygge ut en trygdeavdeling i Sosialdepartementet.

Det var særlig 2. og 3. Medisinalkontor som var hardt arbeidsbelastet i slutten av 1930-tallet. Av forholdsvis nye saksområder nevnes under 2. kontor: utferdigelse av landsomfattende helseforskrifter for særlige forhold så som camping, garasjer, etc., legebehandling av sjømenn i havnebyene, kampen mot veneriske sykdommer, kontrollstasjoner for svangre kvinner, mødre og spebarn, og ikke minst idrettssaker, som hadde tilført kontoret mye arbeid etter "idrettsforliket" 1936. Hertil kom badesaken - Stortinget begynte i slutten av '30-årene å bevilge penger til opprettelse av folkebad. 3. Medisinalkontor anførte: "Av større saker som i de senere år er henlagt under kontoret, merkes: kontrollen med farmasøitiske spesialpreparater, næringsmiddelkontrollen (loven om tilsyn med næringsmidler), opprettelse av håndkjøpsutsalg av medisin i henhold til tilleggslov av 23. mai 1930, lovene om vanføre og sykegymnaster og massører, Rikshospitalets ombygning, diettbidrag til ubemidlede sukkersyke patienter. Forhandlinger med forskjellige organisasjoner i henhold til forhandlingsloven av 1933 om lønns- og arbeidsvilkår for personale ved medisinske anstalter har særlig for dette kontor medført sterkt tidsrøvende arbeide".

Men Medisinalavdelingen oppnådde ikke å få et nytt kontor før krigen, idet Stortingets administrasjonskomité antok at behovet for dette ville bortfalle ved opprettelsen av den nye avdeling (Trygdeavdelingen) i Sosialdepartementet, og den derav følgende arbeidsfordeling.¹²⁴

Idrettsspørsmålene ble overført fra Forsvarsdepartementet i oktober 1929, og ble her, sammen med en del andre "friluftssaker", lagt til Medisinalavdelingen (2. Med.ktr.), da de ble oppfattet som intimt forbundet med det øvrige arbeide for folkehelsa.¹²⁵

FORHOLDET MELLOM DIREKTORAT OG DEPARTEMENT. HELSEDIREKTØR EVANGS FORSLAG TIL REFORM

Fra departementshold betraktet man forholdet til Medisinaldirektøren som avgjort ved at Stortinget i 1925 besluttet å opprettholde den eksisterende ordning. Når det seinere ble spørsmål om de frittstående direktoraters administrative stilling, refererte Sosialdepartementet til sin utførlige redegjørelse av 13. februar 1924 angående forslagene fra sparekomiteen av 1922. Dette skjedde således i skrivelse av 3. mars 1925 til Finansdepartementet, som var en uttalelse om innstilling I og II fra riksdirektørene om direktoratenes stilling, og videre i brev til samme adressat 10. februar 1930 om samme sak. I begge tilfeller gikk Sosialdepartementet bestemt imot en systemforandring. Men i det sistnevnte brevet sa departementet seg villig til å trekke direktøren inn til muntlige konferanser i viktige spørsmål, og lovet å overveie en ytterligere delegasjon av myndighet. Dette var etter press fra medisinaldirektør Wefring, og departementet gjenga en uttalelse fra ham. Direktøren hadde liten innflytelse på sakenes videre behandling når han hadde avgitt sin innstilling eller uttalelse. Det kunne f.eks. skje vesentlige endringer i budjettforslagene. Direktøren ble sjelden innkalt til konferanse med statsråden. "Medisinaldirektøren er nærmest satt ut av spillet, når han undertegner sine skrivelser. Samtidig er alle de, som er interessert i de forskjellige saker, meget tilbøielig til å gi Medisinaldirektøren ansvaret for det som skjer og det som ikke skjerDet er derfor et misforhold mellem stillingens ansvars-

byrde og maktområde, som ofte kan føles trettende". For å bøte på dette ville direktøren ha hyppige konferanser med departementets ledelse og ellers få større anledning til å avgjøre saker på egen hånd. Men i 1930 var det ikke stemning for noe systemskifte: "Iøvrig mener jeg, at den nuværende ordning gir en mere alsidig betryggende behandling enn om der blev gjort en hel sammendragning av departementets medisinalavdeling og direktoratet".¹²⁶

Norsk Hygienisk Forening rettet 3. desember 1934 en henvendelse til Sosialdepartementet om at det måtte nedsettes en komité til å revidere det offentlige legevesen og den medisinala sentraladministrasjon. Departementet fant ikke å kunne foreslå en slik komité, hvilket ble meddelt den nevnte forening 8. august 1936. To år etter gjentok foreningen sine krav i et brev av 11. januar 1938. Svakhhetene ved den medisinala sentralforvaltning ble her oppsummert i fire punkter:

1. Helseoppgavene var for sterkt desentralisert.
2. Medisinaldirektøren var for svak i forhold til den øvrige sentraladministrasjon (departementet).
3. Den juridiske fagkunnskap var for sterkt representert til fortrengsel for medisinsk fagkunnskap.
4. Medisinaldirektoratet var for knapt utstyrt med faglig og teknisk arbeidshjelp.

Hovedkravene var altså en sterkere sentralisering og en styrking av Medisinaldirektoratet.¹²⁷ Og det var nettopp disse hovedkrav og de fire nevnte punktene som ble tatt opp i en kritisk innstilling om medisinalvesenets sentraladministrasjon, avgitt februar 1938 av en komité nedsatt av Socialistiske Lægers Forening. Komiteens formann var daværende reservelege i Arbeidstilsynet, dr. Karl Evang, og

det var også Evang som innledet da saken kom opp på Den norske legeforenings landsmøte i juni samme år. Følgende resolusjon ble enstemmig vedtatt på møtet og oversendt til Sosialdepartementet:

"Den norske lægeforenings 27. landsmøte tillater sig å henstille til regjeringen å ta op til drøftelse spørsmålet om en omorganisering efter følgende hovedlinjer:

1. Sterkere centralisering av helseoppgavene.
2. Mere hensiktsmessig avveining i forholdet mellem den medisinske og den juridiske fagkunnskap".¹²⁸

Det lå sprengstoff i komiteinnstillingen og resolusjonen. Med sentralisering forsto man samling av alle helsesaker i vid forstand under ett departement, og helst i et eget Helsedepartement. Under de rådende forhold lå f.eks. skolehygiene og skolelegevesen under Kirke- og undervisningsdepartementet, veterinærvesenet under Landbruksdepartementet og helsespørsmål vedrørende straffanstaltene under Justisdepartementet - sammen med Den rettsmedisinske kommisjon (opprettet 1900). Som den nest beste løsning foreslo komiteen at man samlet helseadministrasjonen i en felles institusjon under Sosialdepartementet, med andre ord en sammenslåing av Medisinaldirektoratet og Sosialdepartementets Medisinalavdeling. Den nye institusjonen skulle få en legekyndig ekspedisjonssjef i spissen. Det var omtrent den samme løsning som Forenklings- og sparekomiteen av 1922 hadde gjort seg til talsmann for!

Kritikken mot den eksisterende ordning var særlig konsentrert om

1) Det uklare kompetanseforholdet mellom Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet.

Medisinaldirektøren ble oppfattet som departementets, ikke statsrådens konsulent, og det var departementet som avgjorde etter eget omdømme hvilke saker som skulle legges fram for direktøren til uttalelse. Dette gjaldt saker hvor den medisinske sakkyndighet måtte trekkes inn. Men det ble påstått at flere viktige saker av denne art var avgjort uten at direktøren var tatt med på råd. Forholdet til statsråden var særlig viktig. Etter vanlig praksis kommuniserte ikke medisinaldirektøren direkte med statsråden, men hans synspunkter ble gjort gjeldende gjennom ekspedisjonssjefen for den juridisk-administrative Medisinalavdelingen. Direktøren hadde ingen innflytelse på sakenes avgjørelse etter han hadde avgitt sine uttalelser. Departementet kunne fravike hans tilrådinger, og det bestemte hvor mye av hans uttalelser som skulle tas med i proposisjoner og foredrag som ble presentert for regjeringen og Stortinget. Dette kunne føre til at direktørens standpunkt ikke ble utførlig nok referert, eller at opplysninger ble skåret vekk.

2) Dobbeltbehandling av saker i Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet.

Direktoratet fikk hvert år forelagt ca. 6000 saker fra departementet til behandling ut fra et medisinsk-faglig synspunkt. Men deretter ble de samme sakene behandlet i departementet ut fra en juridisk/administrativ og økonomisk synsvinkel. I lovsaker var en slik dobbeltbehandling nødvendig, men i andre tilfeller ble den betegnet som unødvendig, ørkesløs og tidsspillende. Sosialdepartementets Medisinalavdeling måtte legge beslag på et stort personale (22 funksjonærer og 1 ekspedisjonssjef 1938), men direktoratet hadde en for knapt tilmålt faglig og teknisk arbeidshjelp. Dobbeltbehandlingen ved budsjettsaker var ugunstig: "Ved alle bevilgningssaker har det etter hvert utviklet sig den uheldige praksis at medisinaldirektoratet stiller kravene, mens departementet ser det som sin oppgave å skjære dem ned".¹²⁹

Innstillingen fra de sosialistiske legers reformkomité møtte liten begeistring i Sosialdepartementet. Ekspedisjonssjef Theodor Thorsen, som hadde vært Medisinalavdelingens sjef siden 1929, innhentet skriftlige bemerkninger fra sine byråsjefer. Disse gikk temmelig entydig mot den foreslåtte nyordning. Byråsjef Faanes i 3. Medisinalkontor skrev bl.a.: "Altsammen er ganske kjente ting som før har været inngående behandlet og har funnet sin avgjørelse. Da man vel ikke kan forutsette, at lægene prinsipielt stiller sig illojalt mot det nuværende system, som Stortinget godkjente så sent som i 1925, er grunnen til deres aksjon antagelig den at de mener systemet praktiseres uheldig. Er dette så, skulde det imidlertid ikke være nødvendig å gripe til så drastiske midler som foreningen gjør".¹³⁰

Men ekspedisjonssjef Thorsen unnlot å ta direkte standpunkt for den ene eller den andre løsning da han på Den norske legeforenings landsmøte 28. juni 1938 holdt en innledning om den aktuelle saken. Han kunne heller ikke da på departementets vegne uttale noen mening om sakens realitet. Etter et historisk tilbakeblikk når det gjaldt forholdet mellom departementet og medisinaldirektøren, gikk han nærmere inn på komitéinnstillingens ankepunkter. Han tilbakeviste påstanden om unødvendig dobbeltbehandling. Formelle skriftlige henvendelser var innskrenket til et minimum. Samarbeidet skjedde i stor grad muntlig og pr. telefon (departementet og direktoratet var plassert i forskjellige etasjer i samme hus). Men ekspedisjonssjefen sa seg enig i at medisinaldirektøren hyppigere burde innkalles til konferanser med ham og statsråden. Men hensyn til direktørens uttalelser var hovedregelen at disse ble gjengitt in extenso i foreleggene for regjering og Storting. Av sparehensyn måtte man imidlertid la lengre utredninger følge proposisjoner o.l. som utrykte bilag. Departementet forsøkte ikke med forsett å

"stikke hans embetsmessige erklæringer under stolen". Men i enkelte tilfeller var det departementets rett å fravike eller gå helt utenom direktørens uttalelser. Statsråden bar det parlamentariske ansvar.

Den jurist-dominerte departementsavdelingen med ekspedisjonssjefen i spissen representerte den lovtekniske fagkyndighet, og var vel egnet til å avveie de kryssende økonomiske hensyn som gjorde seg gjeldende i budsjettspørsmål. Det var et samspill av forskjellige innsikter. Hittil hadde det vært den juridiske ekspedisjonssjef som hadde det siste ord før sakenes endelige avgjørelse. "Det er han som har til embedsplikt i siste hånd å legge sakene fram for departementets chef, best mulig og objektivt belyst, og med råd om hvilken avgjørelse departementet bør treffe. Sakens historie viser at det også hittil har vært de vekslende socialministres likesom Stortingets opfatning at en slik ordning stemmer best med vort administrative og konstitusjonelle system". -Men ekspedisjonssjef Thorsen uttalte også at han ikke anså dette som en avgjørende innvending mot en systemforandring, og sa at han hadde forståelse for de prinsipielle grunner som talte for en nyordning ... "jeg finner resonnementet logisk".¹³¹

Vi kan fundere på om ekspedisjonssjefens imøtekommende holdning hadde sammenheng med det politiske skiftet i andre halvdel av 1930-tallet. Det er kanskje nærmere å tenke på besettelsen av medisinaldirektørembetet etter direktør Heitmanns død 20. mars og utlysningen av posten 29. april 1938. Visste Thorsen i slutten av juni at Karl Evang kom til å bli utnevnt til ny helsedirektør? Han visste i alle fall hvem søkerne var, idet søknadsfristen var 4 uker. Og sosialminister i 1938 var Arbeiderpartiets Oscar Torp. Karl Evang ble utnevnt til helsedirektør ved kgl. resolusjon 23. september 1938 og tiltrådte 1. desember s.å. Fra 20. august foreligger et P.M. fra ekspedisjonssjef Thorsen om "Medisinaldirektør-

embedets besettelse og Medisinaldirektoratets organisasjon". Her omtales Evang sist av de 6 søkerne, men embetsbesettelsen blir satt i direkte forbindelse med spørsmålet om omorganisering av medisinalstyrelsen og resolusjonen fra lege-landsmøtet 1938. Og det anbefales å ta forbehold om en reorganisering i utnevningen av den nye direktøren. Dette ble da også gjort, men en omstrukturering av den sentrale helseadministrasjonen etter Karl Evangs modell ble ikke realisert før vi fikk Helsedirektoratet i 1945. Den nye direktøren ville ha mer tid på seg til å utforme et detaljert forslag, og så kom kriseforbereidelsene og krigsutbruddet som satte en effektiv bom for dette arbeidet.¹³²

Helsedirektoratet 1945-83 representerte en sammenslåing av den medisinalde departementsavdeling og det utenforstående Medisinaldirektorat, inne i Sosialdepartementet. Helsedirektøren kom da til å forene funksjonene både til den tidligere ekspedisjonssjef og den tidligere medisinaldirektør. Men dette får vi høre mer om i fortsettelsen av denne framstillingen.

NOTER

1. Arkivene etter Sunnhetskollegiet og Kommisjonen for medisinalvaredepotet er i RA. Se Registratur over arkiv frå kriseinstitusjonar 1807-1814 (1817), s. 80-90. Her finnes korte innledninger av Johan Agerholt. Wessel-Berg IV, s. 808-09. Vogt, Arntzen m.fl. 1, s. 241. Krog Steffens s. 192
2. Do., s.st. og s. 22
3. Vogt, Arntzen m.fl. 1, s. 315. Collegium medicum = Det medisinske fakultet
4. Wessel-Berg IV, s. 829-33
- 4a. Se Maurseth, s. 75-79
5. Under 29.5. 1811 skjedde en supplering av personalet, idet professor dr. Hans Iver Horn i Tønsberg, amtsfysikus dr. Hans Munk i Smålenene og regimentskirurg Lund ble pålagt å tre inn i kollegiet. Wessel-Berg, s. 808. Coll. Tid. 1811, s. 346. Jfr. Agerholt, s. 80
6. Wessel-Berg IV, s. 830
7. Do., s. 831
8. Do., s. 832
9. Jfr. Maurseth, s. 81-82
10. RA. Statssekretariatet. Den norske regjerings innstillinger 1815, nr. 459
11. RA. DNR. innst. 649 1815 og kgl.res. nr. 649 s.å. (18.9.)
12. Medisinalkontorets arkiv under 3. departement, RA. DNR. innst. nr. 1264, 1816 (Statssekretariatets arkiv, RA) Jfr. Maurseth, s. 121-22
13. Statskalenderen 1816, s. 92
14. Kgl.res. 1817, nr. 1889. Medisinalkontorets referatprotokoll 1815-17, nr. 55
15. Vogt, Arntzen m.fl., 2, s. 374-75. Maurseth, s. 87-88
16. DT 1842, s. 817-19
17. DT 1843, s. 170-73
18. DT 1844, s. 289-308, sitatene s. 290-308

19. Haffner 1, s. 94. Medisinallovkomisjonens innstilling "Udkast til Lov om Medicinalvæsenet i Norge", er trykt i Christiania 1844
20. "Udkast", s. 3-5. Motiver, s. 65-78
21. DT 1845, s. 153-69, sitatene s. 155-67
22. Om opprettelsen av Indredepartementet se DT 1845, s. 17-31, 33-35 og 477-84
23. DT 1846, s. 11, kgl.res. 20.12.1845 om personalet i det nye departementet. Byråsjef Jürgensen ble utnevnt 23.5.1844
24. Finansdepartementets referatprot. 1845, innstilling 13.12.s.å. til den førnevnte resolusjon (konsept til innstilling i pk. 21, Indredeptet)
25. DT 1846, s. 702-03. Indredepartementets innstilling om tilkalling av en legekyndig konsulent
26. Indredept. pk. 21 "Opprettelse af Indredepartementet 1845". I tillegg kom saker ang. almueskoler, seminarer, fattigvesen og off. stiftelser de tre siste årene (1843-45) da Medisinalkontoret lå under KUD
27. Indredept. pk. 21
28. Om motstanden mot de påtenkte reformer fra militært hold se DT 1847, s. 255-264 (Armèdepartementets innstilling til kgl.res. 15.3.1847 ang. generalkirurgembetet m.v.) Sitat s. 262
29. SF D1, 1848. St. prp. nr. 13 om opprettelse av et sunnhetsskollegium. Medisinalkommisjonens første (1844) og andre (1847) forslag er inntatt som bilag A og B
30. Do., s. 2-3
31. Do., s. 5-11
32. SF 1848 D6, s. 241-45. Gasje- og pensjonskomiteens innstilling om bevilgning til et sunnhetsskollegium. Sitatene på s. 243 og 245. SE 1848, s. 339-41
33. DT 1848, s. 594-95
34. DT 1850, s. 473-79, sitat s. 477
35. DT 1854, s. 806-09. DT 1855, s. 289-98. Krog Steffens, s. 195
36. DT 1852, s. 746-47 (trykkebidrag). DT 1855, s. 292 (initiativet), 295 (medisinaladministrasjonen)

37. Indredepartementets innstilling 17.12.1856 om opprettelse av et fast medisinalråd. SF 1857, 2D. S No 19, s. 246-51
38. SF 1857, 8D, s. 431-36. Innst. S. No 92. Innstilling fra Gasje- og pensjonskomiteen ang. siviletatens gasjeringsvesen
39. Do, s. 436. SE 1857, s. 226-27
40. SF 1859-60 7D, s. 368-69 (gasjekomiteens innst.) SF 1859-60, D3, s. 52-54 (Indredeptets innstilling), sitat s. 54
41. Do, s. 53-54, sitat s. 53
42. Se f.eks. SF 1848 D6, s. 242-43, SF 1857 8D, s. 432-35
43. SF 1875 2D, s. 37-38. Indredeptets innstilling 5.1., bifalt ved kgl.res. 16.1.1875
44. SF 1875 6D, s.337
45. S.Tid. 1875, s. 571-79
46. Ibid., s. 572
47. Ibid., s. 574
48. Ibid., s. 576
49. Ibid., s. 577
50. SF 1876 6D, Innst. O. IV, s. 3-8, sit. s. 6. (Indredeptets innstilling om instruks for medisinaldirektøren, protokollkomiteens merknader)
51. DT 1875, s. 524-26
52. DT 1878, s. 573-74. Benum, s. 227 anfører at Medisinaldirektoratet var innordnet i Indredeptet like til 1891 (under henvisning til Dahl Jacobsen). Dette er feil. Medisinaldirektøren fulgte med Medisinalkontorets overflytting til Justisdeptet
53. DT 1878, s. 659, 661-62, 664-65. Regjeringens innstilling til kgl.res. 23.8.1878 om omfordeling av sakmengden i departementene står i sin helhet i op. sit., s. 657-68 og 673-80. Jfr. DT 1861, s. 645 om overføring av karantenevesenet fra Marinedeptet
54. DT 1878, s. 667
55. Justisdept. C., pk. kontorbudsjettene 1864/65-91/92. Statskalenderne 1890-91

56. "Indstilling angaaende Spørgsmaalet om Indførelse af en hensigtsmæssigere og billigere Arbejdsordning i Regjeringens Kontorer. Bilag I: Angaaende Arbejdsfordelingen mellem Departementernes Kontorer m.v.", s. 7 (Kra. 1891)
57. Kgl.res. 7.7.1890. Departementets foredrag i DT 1890, s. 449-54, jfr. St.prp. nr. 49, 1890. Overgangen skjedde fra 1.10. s.å.
58. DT 1891, s. 324
59. Do., s. 325-26
60. Do., s. 326-29
61. Do., s. 329-31
62. St. prp. nr. 47 1892 "Ang. bevilgning af Gager for en Sekretær og en teknisk Assistent for Direktøren for det civile Medicinalvæsen", s. 5
63. S.st., srl. s. 5-6. Enkelte punkter i denne arbejdsordning ble presisert ved Justisdeptets skriv 24.3. 1893. Se M-kontorets kopibok
64. SF 1892 7D, s. 1245
65. Do., s. 1247
66. Do., s. 1248-51
67. Krog Steffens, s. 196
68. DT 1899, s. 790-95. SF 2b 1898/99. St.prp. nr. 76 1898/99 "Angaaende Vedtagelse af et nyt Lønningsregulativ for det i Medicinaldirektørens Kontor tjenestegjørende Personale m.v." S.st. St.prp. nr. 77 1898/99 om et nytt lønnsregulativ for regjeringens kontorer i Kristiania m.v.
69. Justisdept. C, kontorbudsjettpakke 1902-03, notat 22.8.1901 fra M-kontorets byråsjef m.v.
70. Do., skriv 11.2.1902 til Finansdeptet
71. Do., budsjettpk. 1910-11, jfr. SF 1911, 1a, s. 2-4
72. Statskalenderen 1912, sp. 53-54
73. DT 1910, s. 643-45

74. Om legekommisjonen av 1898, se Haffner, s. 482. Medlemmer var medisinaldirektør M. Holmboe (formann), byråsjef E.L. Esmarch, distriktslegene H. Kjeldsberg og B.M. Müller, kommunelege H.F. Scharffenberg og dosent J. Utheim
75. Legekommisjonen av 1898. Tilleggsinnstilling om omordning av medisinalstyrelsen, s. 29 (Kra. 1903)
76. Do., s. 31
77. Do., s. 24, 27. I den nevnte innstilling finnes også en detaljert beskrivelse av sakfordelingen mellom medisinaldirektøren og Medisinalkontoret, en del opplysninger om saksbehandlingen m.v.
78. Do., s. 5-6 og 11-12
79. Do., s. 23
80. Do., s. 25
81. Ot. prp. 39, 1911, s. 98-99. Se også St.prp. nr. 1, 1908, hovedp. VI, kap. 10, tit. 18-30 og SF 1a 1911, s. 4
82. Statkalender 1913, s. 434.
83. SF 1a 1912, s. 9-13 og St. kal. 1913
84. SF 7a 1912, s. 1104-05, jfr. s. 1109-10
85. Brev fra medisinaldirektør Holmboe til Justisdeptet 10.2.1913. Medisinaldirektørens kopibok 1913 I, s. 256 ff. Jfr. St.prp. nr. 66 1913 "Om bevilgning til oprettelse av en Socialavdeling" (Handels- og industrideptets innstilling 18.3.1913), s.9-10. (SF bd. 2a 1913). Innst. S. XXXIV 1913, s. 9-10
86. St.prp. nr. 66, 1913, s. 3. SF 7a 1913, s. 1155, 1188
87. Do., s. 1178-79, 1183-84
88. F.eks. Mowinckel og Ellingsen, op.cit., s. 1195, 1199, Knudsen, s. 1218
89. DT 1913, s. 359. Krog Steffens, s. 185, jfr. kgl.res. 9.9.1913
90. St.prp. nr. 46, 1916, s. 16-23 (SF 1916, bd. 2a)
91. St. tid. 1916, s. 1716 (SF 1916, bd. 7a)
92. DT 1917, s. 27-28, 49-53, 65-70
93. SF 1917, bd. 1a, St.prp. nr. 1 h.p. III, s. 6-9, sitat s. 8

94. St.kal. 1918, s. 65
95. SF 1914, bd. 1a, St.prp. nr.1. h.p.VII, s. 27-29
96. SF 1919, bd. 2c, St.prp. nr. 207 om bevilgning av lønn til en overlege for sinnssykevesenet, jfr. Innst. S. nr. 265 s.å. (bd. 6aI, s. 405-06) og videre SF 1920, bd. 1b. St.prp. nr. 1. h.p.VII B, tit. 12, s. 41-42
97. SF 1918, bd. 1. St.prp. nr. 1, h.p. VII, s. 45-47, bd. 6a, S. XXXXVI, s. 7. Bygningsjefen (Nils Haugland, ingeniør) skulle også utføre visse oppgaver for Kirke-
deptet
98. SF 1919, bd. 1a, St.prp. nr. 1, h.p. III, s.5-6
99. S.st., s. 6 og Innst. S. XXXIV 1919, s. 2 (bd. 6a)
100. SF 1921 bd. 1a. St.prp. nr. 1, h.p. III, s. 8-9
101. St.kal. 1922, sp. 59-60
102. SF 1921, bd. 6a, S. XXXIV, s. 5
103. Statens forenkling- og sparekomité. Innstilling I (Kra. 1923), s. 84-98
104. Brev fra Sosialdeptet til Finansdeptet 13.2.1924. 1. Med.ktr. M, pk. Statens forenkling- og sparekomité m.v. 1923-36
105. Do.
106. Brev fra medisinaldirektøren til Sosialdeptet 24.11.-1923. S.st.
107. Innst. S nr. 168 1925, C. Medicinalavdelingen
108. SF bd. 7b, 1925, s. 2883-84, 2886. K.W. Wefring var også forsvarsminister 1923-24 og 1926
109. Skriv fra medisinaldir. 27.1.1925 og brev 22.1.1925 fra bygningssjef N. Haugland til Sosialdeptet. Oversikt over antall funksjonærer pr. 1.1.1927 og brev 10.2. fra ekspedisjonssjef Angell til Stortingets budsjettkomité. Sosialdept. M, pk. Besparelser m.v. ca. 1920-28
110. Det departementale spareutvalgs innstilling 27.8.1927, s. 2-3, 11, 19. Med.dir., pk. Øksekomiteen 1927-28
111. Sosialdeptet, referatprot. M. 1927, nr. 9
112. Do. nr. 7. Instruksen er trykt i Norsk Lovtidende 2. avd. 1927, s. 118-20

113. SF 1929, bd. 2, St.med. nr. 16, 1929, s. 2-3, 42-43. Med.dir., pk. Øksekomiteen 1927-28
114. Sosialdept, referatprot. 1930, nr. 13 og 4 (kgl.res. 14.11. og 30.12.1930)
115. For 1929 se statskal. 1930, sp. 502. Do. 1923, sp. 502
116. Oppgaver over reduksjonen i personaltallet 1922-29. Sosialdeptet ktr. X, pk. 9, Forenkling og rasjonalisering 1920-39
117. Innstilling I fra Spare- og forenklingsskommisjonen av 1932. Vedkommende avsnittet om løsning av bundne utgifter (Oslo 1933), s. 7, 45-48. Innstilling VI. Iakttagelser, motiver og forslag (Oslo 1935), s. 41, 66 og 93-96
118. St.med. nr. 15 (1923) og St.med. nr. 13 (1931). Angående de såkalte bundne statsutgifters vekst m.v.
119. Brev fra Sosialdeptet til Finansdeptet 30.10.1929. Sosialdept ktr. X, pk.9. Innst. O IV 1925, s. 38
120. Innstilling VI fra sparekommisjonen av 1932 (Oslo 1935), s. 41, 66, 93-96
121. St.med. nr. 35, 1936, s.5-19. St. med. nr. 33, 1937, s. 5-6. Innst. S. nr. 4, 1938, s. 54-56
122. SF 1935 bd. 1a. St.prp. nr. 1, kap. 451, s. 1-5. Budsjettinnst. S. nr. 50, 1935
123. St.prp. nr. 1, 1939, kap. 451, s. 1-2 og do. 1940. Budsjettinnst. S. nr. 59, 1940
124. St.prp. nr. 1, 1939, kap. 22, s. 6-7. Tillegg til budsjettinnst. S. nr. 3, 1939. Sosialdept. M, pk. Budsjetter, kontororganisasjon m.v. 1926-39
125. Notat fra eksp. sjef Thorsen 14.3.1939. Samme pakke
126. Brev 10.2.1930 fra Sosialdeptet til Finansdeptet. Sosialdept. M, pk. Statens forenkling- og sparekomité 1923-36. Brev fra do. til do. 3.3.1925. Sosialdept. M, kopibok 1925 I, s. 267-72
127. Brev fra Sosialdept. til Norsk Hygienisk Forening 8.8.1936. Brev fra foreningen til deptet 11.1.1938 v/formannen Axel Strøm. Sosialdept. M, pk. Budsjetter, kontororganisasjon m.v. 1926-39
128. Innstillingen om "Medisinalvesenets centraladministrasjon" er trykt i Socialistisk Medisinsk Tidsskrift nr. 1, april 1938, s. 4-12. Resolusjonen på Den norske le-

geforenings landsmøte, se brev fra Centralstyret til Sosialdeptet 14 .7.1938. Sosialdept. M, pk. Budsjetter, kontororganisasjon m.v. 1926-39

129. Den nevnte innstilling, s. 7-10, sitat s. 10
130. P.M. fra byråsjef Alf Faanes 20.6.1938. Samme pakke
131. Innlegg fra ekspedisjonssjef Thorsen på Den norske legeforenings landsmøte 28.6.1938. Samme pakke
132. P.M. ang. omorganisering av den sentrale helseadministrasjon 2.2.1939. Sosialminister Torp utsatte nedsettelsen av et engere utvalg til å behandle spørsmålet 19.3.1939. Brev 10.5.1939 medisinaldirektør Evang til ekspedisjonssjef Thorsen. Samme pakke

Forkortelser

DT = Departements-Tidende
SE = Stortings-Etterretninger
SF = Stortings-Forhandlinger
RA = Riksarkivet

KILDER OG LITTERATUR

De viktigste trykte kilder har vært Departementstidende 1829-1921 og Stortings-forhandlingene 1848-1939. Jeg har dessuten brukt statskalendrene, Lovtidende og i mindre utstrekning Vogt, Arntzen m.fl.: Love, Anordninger m.v. bd. I-II, 1814-19 (Christiania 1817-20), samt Wessel Berg: Rescripter, Resolutioner og Collegialbreve bd. IV, 1797-1813 (Chra. 1845). Av større viktighet har vært enkelte kommisjonsinnstillinger vedrørende administrasjonen av det sivile medisinalvesen. Ved hjelp av Haffner, Vilhelm: Innstillinger og betenkninger 1814-1924 (Oslo 1925) med tilleggsbind for 1925-34 (Oslo 1936) kan man lete seg fram til disse kommisjonsinnstillingene. Jeg vil her spesielt nevne:

- Medisinallovkommisjonen av 1834: Udkast til Lov om Medicinalvæsenet i Norge (Christiania 1844)
- Legekommisjonen av 1898: Tillægsinnstilling. Angaaende Omordning af Medicinalstyrelsen (Kristiania 1903), trykt i samme bind som hovedinnstillingen Om Omordning af det civile Lægevæsen. Bilag 2 er en Oversigt over Det norske civile Lægevæsens historiske Udvikling og nuværende Ordning (Kristiania 1901)
- Statens Forenklings- og sparekomité av 1922: Innstilling I (Kristiania 1923)
- Spare- og forenklingskommisjonen av 1932: Innstilling I. Vedkommende avsnittet om løsning av bundne utgifter (Oslo 1933), og Innstilling VI. Iakttagelser, motiver og forslag (Oslo 1935)

- Innstilling om Medicinalvesenets centraladministrasjon, trykt i Socialistisk Medisinsk Tidsskrift nr. 1, 1938, s. 4-12, jfr. Tidsskrift for den norske Lægeforening 1938, s. 1319-1334 (Oslo 1938)

Det finnes egne trykte samlinger av lover m.v. vedrørende medisinalvesenet, f.eks. Norsk Medicinallovgivning 1672-1900 (Oslo 1927)

Det utrykte kildematerialet beror i Riksarkivet. Jeg har brukt litt av Sundheds-Collegiets arkiv, se Registratur over arkiv frå kriseinstitusjonar 1807-1814 (1817) (Oslo 1973). Pk. 19 inneholder en del administrasjonshistorisk stoff. Ellers har jeg gått gjennom en del materiale fra Medisinalkontorets arkiv på 1800-tallet. Under 3. departement finnes en pakke merket Medisinalkommisjonen 1815 - (hvis forslag ble henlagt), og fra den tiden Medisinalkontoret sorterte under Kirkedepartementet har vi en tilsvarende pakke ang. Medisinallovkommiteen 1834-37. Kontorets referatprotokoller har vært benyttet.

I Indredepartementets arkiv: pk. 21, Oprettelse af Departementet for det Indre 1845. Under KUD, ktr. D, pk. 21 finnes et legg om sakkyndighet i den høyere administrasjon 1844-45.

Enkelte innstillinger fra Statssekretariatets arkiv 1815-16.

Justisdeptets kontor C: kontorbudsjettpakker 1878/79 - 1910/11.

Sosialdepartementet, 1. Medisinalktr. M:

- 1 pk. Statens forenklings- og sparekomité m.v. 1923-36
- 1 " Besparelser m.v. ca. 1920-28
- 1 " Budsjetter, kontororganisasjon m.v. 1926-39

Sosialdepartementet, Adm. ktr. X:

Pk. 9: Forenkling og rasjonalisering 1920-39

Medisinaldirektørens arkiv:

1 pk. Øksekomiteen 1927-28

- Jeg viser ellers til noteapparatet.

Administrasjonshistorisk litteratur:

Maurseth, Per:	Sentraladministrasjonens historie, bd. 1, 1814-1844	
Benum, Edgeir:	1845-1884	" bd. 2,
Tønneson, Kåre D.:	1914-1940 (alle Oslo 1979)	" bd. 4,

Dette har vært de viktigste verkene. Dessuten må nevnes: Jacobsen, Knut Dahl: Teknisk hjelp og politisk struktur (Oslo 1964)

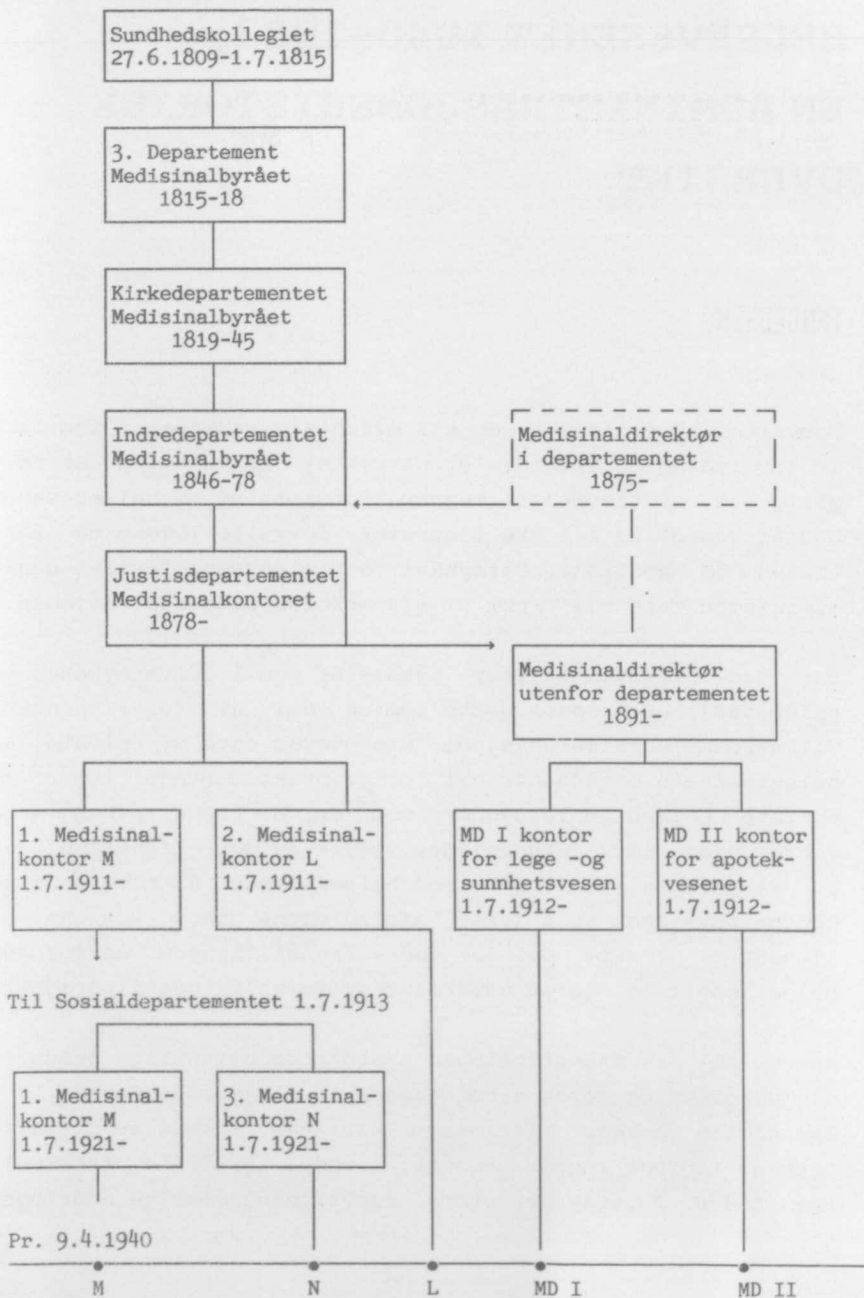
Steffens, Haagen Krog: Den norske Centraladministrations Historie 1814-1914 (Kristiania 1914)

Artikler:

Evang, Karl: Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren. I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1961, s. 81-111 (København 1961)

Hansson, Rs.: Norges civile medisinalvesen - dets styre. I Tidsskrift for Den norske lægeforening 1930, s. 1-25. (Oslo 1930) Lunde, Kristian: Medisinalforvaltningen i Norge og Danmark. Nordisk Administrativt Tidsskrift 1936-37, s. 226-37 (København 1936-37)

DET SIVILE MEDISINALVESEN. SENTRALADMINISTRASJONEN 1809-1940



ANNE MARIE BØHMER: HELSEVESENET 1940-1983; EN ADMINISTRASJONSHISTORISK OVERSIKT

INNLEDNING

Forvaltning defineres som all offentlig virksomhet som ikke er lovgivning og rettspleie. Uttrykket "forvaltning" er følgelig et vidtfavnende begrep. Forvaltning av helsevesenet består vesentlig i å yte tjenester, forvalte lovene og føre tilsyn og kontroll. Uttrykket "administrasjon" vil i denne oversikten bare bli brukt om tjenestemannsadministrasjonen.¹

Når det offentlige yter tjenester som å drive sykehus og helsestasjoner, regnes dette som en del av forvaltningen. Tilsvarende servicefunksjoner kan utøves også av private. På helsevesenets område har vi privatpraktiserende leger og private helseorganisasjoner som driver f.eks. sykehjem og vanførehjem. Servicefunksjoner utført av det offentlige, er et karakteristisk trekk ved helsevesenet. En hovedhensikt med helsevesenet er å dekke befolkningens behov for helse-tjenester. Første del av denne fremstillingen tar for seg helsetjenestene, deres utvikling og forvaltningstilhørighet.

Annen del av fremstillingen gjelder de offentlige forvaltningsorganer og deres arbeidsoppgaver på helsesektoren. Oversikten dekker tidsrommet 1940-1983. I enkelte tilfelle trekkes linjene lenger bakover, i andre tilfelle fremover. For tiden foregår det store forvaltningsmessige endringer

innen helsevesenet. I medhold av kgl. res. av 8. juli 1983 er den sentrale forvaltning av helsevesenet midt oppe i en omorganisering. 1. januar 1984 trer loven om helsetjenesten i kommunene i kraft. Den vil medføre endringer i forvaltningen av offentlig helsetjeneste utenfor institusjon. Da denne oversikten hovedsakelig er utarbeidet før bestemmelsene iverksettes, kan endringene bare antydes.

Helsevesenets administrative historie kan fremstilles ut fra forskjellige synsvinkler. At den foreliggende oversikt skal være undervisningsmiddel i en etatsopplæring i Arkivverket, har her vært bestemmende.

Opprettes nye offentlige institusjoner, oppstår det også nye arkivskapere. I tiden etter annen verdenskrig har det offentlige påtatt seg stadig flere oppgaver, utvidet sin virksomhet og regulert flere sider av samfunnslivet. En vil søke å avdekke utviklingen av det offentlige engasjement på helsesektoren.

Spørsmål om hvem som skal ha ansvaret for arkivet, oppstår når institusjoner og forvaltningsorganer skifter forvaltningstilhørighet. Det skjer når oppgaver og ansvar endres mellom forvaltningsnivåene, staten, fylkeskommunene og kommunene. Oppgave- og ansvarsfordeling vil derfor være en viktig innfallsvinkel.

For å finne opplysninger om et emne eller en sak, er det nødvendig å vite hvor saken behandles. Går den gjennom flere statlige organer eller gjennom flere forvaltningsnivåer, må en kjenne til dette. En vil derfor prøve å vise hvordan saksområder blir behandlet i forskjellige organer og på forskjellige nivåer.

Det kan undertiden oppstå tvil om hva helsevesenet omfatter. Skillelinjene mellom forvaltningsområdene er ikke alltid like opplagte. Helsevesenet vil på mange områder være nær beslektet med sosialvesenet, og tjenester som i ett tidsrom hører til den ene sektoren, kan i et annet tidsrom tilhøre den andre. Et forvaltningsorgan på helsesektoren kan også ha ansvaret for tjenester som kan defineres som å ligge utenfor helsesektoren. På den annen side er det i de senere år en tendens til å se helsetjenesten og sosialtjenesten som en helhet. Til en viss grad vil det bero på skjønn hva som skal tas med i en fremstilling som er avgrenset til å omfatte helsevesenet. En retningslinje er det å ta med de områder som i løpet av det aktuelle tidsrom har ligget til organer for helsevesenet.

ANSVARSFORHOLD OG ARBEIDSFORDELING

Fra desentralisering som mulighet, til desentralisering som mål.

Forvaltningen av de arbeidsoppgaver det offentlige har ansvaret for, er delt mellom de 3 forvaltningsnivåene - staten, fylkeskommunene og kommunene. Hvordan fordeles ansvaret - hvem tar seg av hva? Svært generelt kan en si at staten tar seg av oppgaver som er felles for hele landet. Hva det skal innebære, vil være gjenstand for diskusjon, og meningene kan variere med person og tidspunkt. Spørsmålet om arbeidsfordeling vil derfor være av politisk art.

Ingen lov gir alminnelige bestemmelser for arbeidsfordelingen mellom staten, fylkeskommunene og kommunene. Mangelen på prinsipper i arbeidsfordelingen kommer tydelig frem i en uttalelse av Skatteutjæmningskomitéen i 1956:

"Ved fordelingen av samfunnsoppgavene mellom staten og kommunene vil det ... være en rekke forhold å ta i betraktning. Noen av disse forhold kan tilsi at en oppgave legges til kommunene. Avgjørende vil bli hva som - alle forhold tatt i betraktning - fremstiller seg som mest hensiktsmessig for oppgavens løsning".²

Skillet mellom statlig, fylkeskommunal og kommunal forvaltning har ikke vært like tydelig på alle felter. Arbeidsfordelingen har tildels vært innviklet og lite samordnet. I 1961 skrev daværende helsedirektør Evang:

"Et sentralt problem i norsk samfunnsliv er forholdet mellom stat, fylkeskommuner og primærkommuner. De tre siviladministrative trinn i vårt land - stat, fylke, kommune - er som kjent også politiske, økonomiske og sosiale ledd i vår samfunnsstruktur.

Om forholdet mellom disse tre instanser når det gjelder ansvar for å ta initiativ, planlegge, finansiere, sette ut i livet og videreutvikle de nødvendige tiltak, er mere eller mindre tilfredsstillende i vårt land enn i andre, skal jeg ikke uttale meg om, dertil har jeg ikke tilstrekkelig inngående kjennskap til andre land. De relativt få stikprøver jeg har hatt anledning til å ta i andre nordiske land og europeiske land, synes ikke å tyde på at vi noe sted har et så uklart og utilfredsstillende forhold som i Norge, iallfall ikke på det område jeg representerer. Hva dette betyr for en belastning på administrasjonen i alle tre ledd, behøver jeg ikke her å fremheve. Hav av unødvendig korrespondanse, gjensidig irritasjon og hva verre er, dårlige løsninger og direkte "frustrasjon" springer ut av dette forhold. På alle tre plan sitter det en rekke funksjonærer hvis hovedoppgave nærmest kan sies å være å søke å finne de smutthull hvorved utgifter kan overføres fra deres egen til en annen instans".³

Utvidet offentlig virksomhet har ført til større behov for prinsipper for arbeidsfordeling mellom staten, fylkeskommunene og kommunene. I den politiske debatten har spørsmålet om desentralisering stått sentralt. Det gjelder desentralisering både fra staten, fylkeskommunene og kommunene, og fra den statlige sentralforvaltning til den statlige lokalforvaltning.

Desentralisering foregår enten ved delegasjon av myndighet eller ved overføring av oppgaver. Å delegere forvaltningsmyndighet fra et forvaltningsorgan til et annet, vil si at begge organer får kompetanse. Det organ som delegerer, gir ikke fra seg myndighet. Det kan trekke delegasjonen tilbake eller øve kontroll. Når derimot et organ overfører oppgaver til et annet organ, gir det fra seg myndighet.⁴

I 1946 ble det nedsatt en desentraliseringskomité med det mandat å undersøke spørsmålet om det burde gjennomføres en større desentralisering av den offentlige virksomhet og forvaltning. Komitéen uttalte at det de siste mannsaldre var foregått en forskyvning av myndighet fra lokale til sentrale organer. Dens synspunkter gikk i favør av desentralisering. Den anførte bl.a. et argument som kan være av interesse, da det viser hvordan også mer subjektive innstillinger kan øve innflytelse på avgjørelser og oppfatninger:

"Det er også grunn til å være oppmerksom på den alminnelige uvilje som gjør seg gjeldende mot en sentralisering av forvaltningen. Den går riktignok til dels videre enn begrunnelsen for den rekker, og den tar ikke sjelden sentraliseringen ensbetydende med byråkratisering. Men selv den omstendighet at uviljen er til stede er et moment som man ikke bør se bort fra".⁵

Komitéen mente at forvaltningsordningen måtte være en blanding av sentralisering og desentralisering. Som en hovedregel burde sentraladministrasjonen innskrenke seg til å fastlegge de alminnelige linjer og gi generelle regler, mens de lokale organer burde avgjøre de enkelte konkrete sakene.⁶

Da "Hovedkomitéen for reformer i lokalforvaltningen" ble oppnevnt i 1971, lå det i mandatet at målet for reformvirksomheten skulle være "en desentralisering og demokratisering forbundet med en praktisk og effektiv administrasjonsordning".⁷ Det var denne gangen ikke spørsmål om desentralisering eller ikke. Desentralisering var et mål. Hovedkomitéen skal samordne og forberede reformer innenfor lokalforvaltningen. Som grunnlag for en forenkling og avklaring av arbeidsfordelingen mellom staten, fylkeskommunene og kommunene, har komitéen utarbeidet generelle retningslinjer. Et utdrag av dem gjengis her:

"Arbeidsdelingen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner fastsettes av Stortinget. Arbeidsdelingen kan ikke fastsettes en gang for alle, men må endres når samfunnsutviklingen krever det. Til enhver tid er det nødvendig å ta hensyn til fylkeskommunenes og kommunenes størrelse, struktur og økonomi.

Spørsmålet om en arbeidsoppgave skal legges til staten, fylkeskommunene eller kommunene, må i hvert enkelt tilfelle bli gjenstand for en konkret vurdering. Det avgjørende må være hvilken løsning som ut fra befolkningens interesser er den beste.

Samfunnsoppgaver som egner seg for avgjørelse i folkevalgte organer, bør så langt som mulig legges til fylkeskommuner og kommuner.

I den utstrekning det foretas endringer i arbeidsdelingen mellom fylkeskommuner og kommuner, bør dette i alminnelighet skje ved å overføre oppgaver fra fylkeskommuner til kommunene.

Staten bør selv i stor utstrekning ta seg av oppgaver av nasjonal betydning. Videre er det en statsoppgave å føre tilsyn og kontroll med både fylkeskommuner og kommuner.

Avgjørelsesmyndighet i statlige anliggender bør i stor utstrekning delegeres til fylkesmennene og den lokale statsadministrasjon for øvrig".⁸

Ut fra disse retningslinjene er arbeidsoppgaver vurdert, og en rekke reformer er gjennomført.

Endringer i ansvarsforhold og arbeidsfordeling mellom de tre forvaltningsnivåene medfører at institusjoner skifter forvaltningstilhørighet - statlige institusjoner blir fylkeskommunale og kommunale; og det forekommer også at kommunale institusjoner overføres til staten.

Hvilke endringer i ansvarsforhold har foregått på helsesektoren etter 1940? Hvilke konsekvenser vil eventuelle endringer ha for tjenesters og forvaltningsorganers forvaltningstilhørighet?

OFFENTLIGE HELSETJENESTER

Helsetjenestene inndeles gjerne i to kategorier, institusjonshelsetjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon.

Institusjonshelsetjenesten

Helseinstitusjonene er av forskjellige typer. Man skiller mellom sykehus, sykestue, fødehjem, sykehjem og sykehotell.

Sykehus brukes om "medisinsk institusjon som undersøker og behandler pasienter og som, hvor undersøkelse og behandling krever det, gir pasienter opphold i nødvendig tid".⁹

Sykestuene er små og har som regel ikke egen lege, men står under tilsyn av distriktslegen. Man kan der behandle pasienter fra steder i distriktet det ellers ville være tungvint å komme på sykebesøk til. Sykestuene gir også pleie og etterbehandling til pasienter som er behandlet på sykehus. Mange sykestuer har egen fødeavdeling. Sykestuer finnes helst på steder hvor befolkningen bor spredt, særlig i Nord-Norge.⁹

Med sykehjem menes "medisinsk institusjon hvor pasient etter tilvising av sykehus oppholder seg og får aktiv behandling som kan gjennomføres uten at pasienten oppholder seg i sykehus, eller får nødvendig pleie etter at aktiv behandling er avsluttet".¹⁰ Sykehjemmene er særlig beregnet på eldre som trenger medisinsk pleie og ikke kan være på aldershjem.

Sykehotellene ligger i nærheten av sykehusene og gir opphold til pasienter som får behandling og kontroll på sykehus, men som ikke behøver å ligge på sykehuset. Sykehotellene betyr en avlastning for sykehusene.

Helseinstitusjonene kan inndeles i somatiske institusjoner (soma - kropp), psykiatriske (psyke - sjel, sinn) institusjoner og institusjoner under helsevernet for psykisk utviklingshemmede (HVPU).

Somatiske helseinstitusjoner

De somatiske helseinstitusjoner hadde i 1940 tilsammen 20.400 senger.¹¹ Etter krigen var det et stort behov for sykehusplasser, og etter 1950 foregikk det en sterk utbygging av helseinstitusjoner. I 1976 var antall senger i somatiske institusjoner mer enn fordoblet i forhold til 1940.¹²

Statistikken for sykehjem er ikke like fullstendig som for sykehus, men man regner med at det i 1960 fantes 5.000 sykehjemsplasser, og i 1964 var det godtatt planer for nok 3.388 plasser.¹³ I 1976 var det 21.743 senger i sykehjemmene.¹² Av utbyggingen av somatiske institusjoner falt en mindre del på sykehusene. Særlig gjelder det tidsrommet 1946-1976. Da var det knapt noen kapasitetsøkning på sykehusene i det hele tatt. Spesialsykehusene ser tilmed ut til å ha hatt tilbakegang.¹⁴ Hva angår sykestuer og fødehjem, ble deres kapasitet halvert. Hele utbyggingen av de somatiske institusjonene falt på sykehjemmene.

Utbyggingen av de somatiske sykehjemmene hører vesentlig etterkrigstiden til. Langtidspasienter som tidligere ville ha tatt opp plass på sykehus, blir nå overført til sykehjem og

frigjør således kapasitet på sykehusene. Avlastningen på sykehusene betyr at disse kan konsentrere seg om pasienter som skal ha behandling.

Tilbakegangen for sykestuer og fødehjem henger sammen med den tekniske utviklingen. Det er naturlig at den spredte bosetningen og de lange avstandene tidligere førte til at det ble bygget mange små institusjoner. I dag spiller avstandene mindre rolle. Samtidig krever den tekniske og vitenskapelige utviklingen innenfor medisinen teknisk utstyr og ekspertise som bare større enheter kan gi. Vi har derfor nå større og færre sykehus enn tidligere.

Tuberkuloseinstitusjonene.

Tuberkulose var en av våre alvorligste og mest utbredte sykdommer helt opp i 1950-årene. I tiden før annen verdenskrig ble det bygget mange institusjoner til å ta seg av tuberkulose. I 1939 fantes 7 statlige sanatorier og 10 kommunale og private sanatorier og kursteder. Dertil var det 119 tuberkulosehjem. Tilsammen hadde tuberkuloseanstaltene en sengekapasitet på ca. 5000.¹⁵

Sanatoriene og kuranstaltene var beregnet på behandling av pasienter som var lettere angrepet og hadde mulighet for å bli helbredet. De gamle tuberkulosesanatoriene ligger ofte avsides, da det var klimatiske hensyn som avgjorde hvor de skulle plasseres.

Tuberkulosehjemmene var pleiehjem for syke med langt fremskreden tuberkulose, slike man regnet med at det ikke fantes helbredelsesmuligheter for.

Overvinnelsen av tuberkulosen har ført til at institusjoner er blitt nedlagt. I tiden 1939-1964 gikk antall sengeplasser tilbake med 2/3.¹⁵ I dag er det kun Glittre sanatorium som eksisterer. Sanatoriet er statlig. I stedet for de gamle sanatoriene er det siden 1950-årene innrettet lungeavdelinger ved de større sykehusene.

Å bygge og drive de store sanatoriene ble sett på som en oppgave for staten, mens tuberkulosehjemmene helst var kommunale eller private.

Tidligere hadde ingen det overordnede ansvaret for sykehusbyggingen i landet. Sykehusenes størrelse, plassering og funksjoner ble avgjort av sykehuseieren. Første skritt for å få en mer planmessig utbygging, var en endring av sunnhetsloven (se s. 151) i 1930. Endringen gikk ut på at Kongen kunne gi forskrifter om private anstalter. Det kom så forskrifter om at det skulle gis melding til medisinaldirektøren før tomt ble anskaffet og bygningsarbeider påbegynt. Fylkeskommuner og kommuner fikk henstilling av Sosialdepartementet om å forelegge planer. I 1951 ble sunnhetsloven endret slik at alle, både private og offentlige, fikk plikt til å melde fra om sykehusplaner.

Da helseinstitusjonene ble bygd ut i 1950-årene, var det behov for en koordinering og bedre planlegging. Det uklare forholdet mellom staten, fylkeskommunene og kommunene viste seg særlig problemfylt. Helsedirektør Evang uttalte:

"Med den nåværende mangel på klare retningslinjer hender det gang på gang at tiltak som alle er enige om må gjennomføres, faller mellom to eller flere stoler. Ut-

byggingen av de alminnelige sykehus i fylkene har det av visse grunner vært vanskelig å lose frem, og det tjener til de fleste fylkers heder at de tross uklarheten har fått løst iallfall endel av sine viktigste problemer etterhvert. Men vi har også eksempler på hvordan en slik sykehussak er blitt en økonomisk kasteball mellom fylke og stat. En rasjonell løsning måtte kanskje forkastes, en mindre rasjonell aksepteres. Fylket var villig til å ta sitt økonomiske løft først når det visste hva staten i tilfelle ville skyte til. Og staten var først villig til å yte sitt når den var klar over hva fylket selv kunne yte. Det er noe dypt forstemmende for alle parter når den situasjon oppstår at en rasjonell plan er lagt. Den er fullt utredet gjennom de sakkyndige instanser og det er i og for seg ingen uenighet om at samfunnet må ta dette løft. Tilslutt er det bare uklarheten og diskusjonen mellom samfunnets egne ansvarlige organer på stats-, fylkes- og kommuneplan som hindrer at tiltaket blir gjennomført".¹⁶

I 1957 ble det nedsatt en komité til å utrede en ordning av somatiske og psykiatriske helseinstitusjoner. I resolusjonen av 1. februar 1957, som lå til grunn for oppnevningen, heter det bl.a.:

"I vårt land har så vel staten som fylkeskommuner, primærkommuner og frivillige organisasjoner stått for utbyggingen og driften av sykehus uten at det har foreligget faste regler om dette i lov eller på annen måte. Det er således ikke bestemt hvem som skal ta initiativet til å bygge nødvendige sykehus av forskjellig slag, eller modernisere eldre sykehus, hvem som skal finansiere byggene, hvem som skal være ansvarlig administrativt og finansielt for driften av de enkelte sykehus og samordne driften av sykehus i et område av landet".¹⁷

På grunnlag av sykehuskomitéens "Innstilling I" ble lov om psykisk helsevern vedtatt 28. april 1961. På grunnlag av "Innstilling II" ble sykehusloven vedtatt 19. juni 1969.

Fylkeskommunene skal sørge for planlegging, oppføring og drift av de somatiske helseinstitusjonene. Det gjelder sykehus, sykestuer, fødehem, sykehjem og sykehoteller. To eller flere fylkeskommuner kan gå sammen om å løse oppgavene.

Fylkeskommunene skal utarbeide en plan for utbyggingen av de institusjoner loven gir dem ansvaret for. Planen skal godkjennes av Kongen, som kan gjøre endringer i den. Kongen kan også bestemme at planen skal tas opp til revisjon.

At helseplanene skal godkjennes, gjør det mulig å bygge ut et ensartet sykehusvesen for hele landet. Sykehusvesenet bygges i dag ut etter et prinsipp der sentralsykehusene utgjør grunnstammen.¹⁸ I hvert fylke skal det være et sentralsykehus med differensierte tjenester. Det er likevel ikke meningen at alle spesialtjenester skal dekkes på fylkesnivå. For enkelte tjenester kan behovet være så begrenset at det er rasjonelt å legge dem kun til noen av sentralsykehusene.

Ved siden av sentralsykehusene finnes en rekke mindre lokalsykehus. Disse tar seg av pasienter som ikke trenger så spesialiserte tjenester som et sentralsykehus gir.

Sykehusloven tolkes slik at fylkeskommunene skal ha det overordnede ansvaret for helseinstitusjonene, og sørge for at behovet for institusjonsplasser i fylkeskommunene blir dekket. Dette betyr ikke at fylkeskommunene skal eie institusjonene. Både staten, kommuner og private kan eie og drive helseinstitusjoner.

Fylkeskommunene og kommunene har vært de største sykehuseierne. Private - særlig helseorganisasjonene og religiøse sammenslutninger - har også drevet sykehus. I 1964 eide disse nesten 1/4 av sykehusenes sengeplasser.¹¹ En mindre del av sykehusene har vært statlige, først og fremst tuberkulosesanatorier og spesialsykehus.

Etter at sykehusloven trådte i kraft i 1970, har det foregått en utvikling dithen at fylkeskommunene eier de fleste sykehus. Alle kommunale sykehus er overført til fylkeskommunene. Fylkeskommunene eier sentralsykehusene, bortsett fra Rikshospitalet, som er statlig. Av de lokale sykehusene eier private 33, de øvrige er fylkeskommunale.¹⁹ Staten eier i dag færre helseinstitusjoner enn tidligere.

Sykehjemmene har for det meste vært kommunale og private. I 1976 drev kommunene 412 sykehjem.²⁰ Fra 1. januar 1977 er det gjennomført en lovendring for utgiftene til planlegging og bygging av slike hjem. Det har resultert i at mange kommunale sykehjem er blitt overført til fylkeskommunen. Ved overtagelsen er personalet overført til fylkeskommunene.

Alle institusjoner som omfattes av sykehusloven, skal godkjennes av Kongen. Myndigheten er delegert til helsedirektøren og Sosialdepartementet. Myndigheten til å godkjenne somatiske sykehjem er delegert videre til fylkeslegen.

Hver fylkeskommune skal ha en sykehusnemnd som skal arbeide for at alle helseinstitusjoner i fylket - uansett eierforhold - blir bygd og utnyttet i samsvar med lovens forutsetninger og fylkets helseplan. Medlemmene av sykehusnemnda velges av fylkestinget for den kommunale valgperiode. Fylkeslegen deltar i nemndas forhandlinger og har rett til å uttale seg og stille forslag, men er uten stemmerett. Fylkestinget gir nærmere regler for nemndas virksomhet.

Hver helseinstitusjon som inngår i fylkets helseplan skal ha et styre som velges av institusjonens eier. Ved fylkeskommunale institusjoner velger fylkestinget styret. Fylkestinget kan også oppnevne en representant til styret der kommuner og private er eiere.

Psykiatriske institusjoner

Psykiatriske institusjoner tok seg helt opp til 1920-årene av pasienter med alle former for psykiske lidelser og avvik, såvel sinnssyke som åndssvake. Først i etterkrigstiden har det skjedd en utvikling som differensierer mellom de forskjellige typer av pasienter.

I 1940 fantes 23 psykiatriske sykehus.²¹ Oppgavene fra 1945 viser at det da var 22 psykiatriske sykehus.²² Fra dette året har vi også oppgaver over plasser både i de psykiatriske sykehusene, sykehjemmene og i de psykiatriske klinikene. Sammenlagt var det 6.650 plasser i psykiatriske institusjoner.²² Uten at vi har så detaljerte opplysninger for 1940, kan vi gå ut fra at forholdene da var omtrent de samme.

I årene etter 1945 var det et stort behov for institusjonsplasser for sinnssyke, og sinnssykehusene var overbelagt. Overbelegget nådde toppen i 1955, da det var 26% flere pasienter enn det var plasser til. I annen halvpart av 1950-årene begynte en sterk utbygging av sinnssykehusene. I løpet av en 10-årsperiode økte plasstallet med 1/3. Dette skjedde ved utvidelse av de gamle asylene, ingen nye ble bygget.²²

Nesten alle de psykiatriske sykehjemmene er bygd etter krigen. Når de psykiatriske institusjonene sett under ett, økte til det dobbelte fra 1945 til 1964, skyldes det i høy grad disse. Sykehjemmene som tar seg av langtidspasienter, betyr en avlastning for sykehusene.

Frem til 1. juli 1961 var sinnssykeloven av 7. august 1848 med senere tilleggslover grunnlaget for det psykiske helsevern. Loven ga bestemmelser om sinnssyke både i privat forpleining og i institusjon. Sinnssykeasyl skulle ikke opprettes uten Kongens godkjenning.

I dag er loven om psykisk helsevern av 28. april 1961 grunnlaget for behandling av sinnslidelser. Loven omfatter psykiatriske sykehus, psykiatriske klinikker og poliklinikker, psykiatriske institusjoner for barn og ungdom, psykiatriske sykehjem, andre psykiatriske institusjoner og psykiatrisk vern i privat forpleiningssted.

Loven pålegger fylkeskommunene å planlegge, oppføre og drive institusjoner som loven gjelder. To eller flere fylkeskommuner kan inngå samarbeide. Da enkelte psykiatriske sykehus dekker to fylker, har dette i flere tilfelle vært naturlig.

Loven tolkes slik at fylkeskommunen ikke behøver selv å eie eller drive institusjonene. Både kommuner og private kan eie og drive psykiatriske institusjoner, slik som forholdet også er for somatiske sykehus. Men fylkeskommunen har det overordnede ansvar og må sørge for at befolkningen får det nødvendige psykiske helsevern.

Psykiatriske institusjoner har vært eid av staten, fylkeskommunene og private. I 1947 eide staten 6 psykiatriske sykehus, fylkeskommunene 14 og private 3.²³ I 1962 overdro

staten flere av sine sykehus til fylkeskommunene, slik at den nå kun eier Gaustad og Reitgjerdet sykehus. I dag eier fylkeskommunene alle andre psykiatriske sykehus.

Det er to typer psykiatriske sykehjem, de som er knyttet til psykiatriske sykehus, og de som ikke er knyttet til et sykehus. De siste kan være fylkeskommunale eller private. Dessuten er noen få statlige.²⁴

Fylkeskommunene skal utarbeide en plan for det psykiske helsevernet i distriktet. Planen kan omfatte også institusjoner som eies av kommuner og private. Planen skal godkjennes av Kongen. Myndigheten er delegert til helsedirektøren ifølge kgl. res. av 26. september 1969.

Alle institusjoner som omfattes av loven, skal godkjennes av Kongen. Myndigheten er delegert helsedirektøren ved kgl. res. 26. september 1969. Myndigheten til å godkjenne psykiatriske sykehjem har han delegert videre til fylkeslegene. Kongen kan gi forskrifter om planlegging, oppføring, endring og drift av slike institusjoner, og om tilsynet med dem.

Alle psykiatriske institusjoner skal ha et styre. Institusjonene er lagt under den fylkeskommunale sykehusnemnda.

Sinnsykeloven av 1848 påbød å opprette kontrollkommisjoner ved hvert sinnsykeasyll. Kontrollkommisjonene skulle ta seg av de sykes rettigheter. De ble oppnevnt av departementet, og utgiftene dekket staten.

Også etter gjeldende lov er kontrollkommisjonene statlige, og de oppnevnes av fylkesmannen. Ved hvert større psykiatrisk sykehus er det en slik kommisjon. I hvert fylke er det

dessuten en eller flere reisende kontrollkommisjoner, i alt 50.²⁵ De skal ha tilsyn med alle som er under psykisk helsevern uten eget samtykke, og med andre syke som selv ber om det.

Helsevernet for psykisk utviklingshemmede

I 1940 eksisterte 2 åndssvakehjem. Emma Hjorts hjem var skjenket staten i 1917, og samme år opprettet staten Klæbu offentlige pleiehjem for åndssvake. I 1942 åpnet Oslo Røde Kors' Barnehjelp et privat hjem. I disse 3 hjemmene var det i 1945 495 pasienter.²⁶

Omsorgen for åndssvake lå under Kirke- og undervisningsdepartementet frem til 1941. Da ble de tre åndssvakehjemmene overført til Helseavdelingen i det nyopprettede Innenriksdepartementet.

Etter krigen har det funnet sted en stor utbygging av åndssvakeomsorgen. For en stor del skyldes det frivillig innsats av humanitære organisasjoner. I 1965 fantes i alt 88 institusjoner for åndssvake.²⁷ I forhold til 1945 var tallet på åndssvake under omsorg 10-doblet. I 1976 var åndssvakeomsorgen ytterligere bygd ut. Da fantes 170 institusjoner (7984 plasser).²⁸

Utbyggingen av institusjoner henger sammen med gjennomføringen av loven om hjem som mottar åndssvake til pleie, vern og opplæring av 28. juli 1949. Den bestemte at hjem som mottok åndssvake, skulle godkjennes av Sosialdepartementet. For åndssvake i godkjent hjem betalte staten pleie, vern og opplæring.

Loven av 1949 sikret driften av institusjonene, men sa ingenting om hvem som skulle ha ansvaret for utbyggingen av

åndssvakeomsorgen. Da loven ble erstattet av loven om sykehus av 19. juni 1969, ble helsevernet for psykisk utviklingshemmede fylkeskommunenes ansvar på samme måte som de somatiske helseinstitusjonene og det psykiske helsevern. Fylkeskommunene skal sørge for planlegging, bygging og drift av de helseinstitusjoner som er nødvendige i omsorgen for de utviklingshemmede.

Institusjoner for psykisk utviklingshemmede har eiere av forskjellige kategorier. De private utgjør den største gruppen. I 1976 eide private 127 institusjoner, kommunene 10 og fylkeskommunene 32.²⁸ De siste er gjerne de største institusjonene. Dertil kommer Statens senter for epilepsi. For øvrig har staten overført Klæbu pleiehjem og Emma Hjorts hjem til henholdsvis Sør-Trøndelag og Akershus fylker.

Mange fylkeskommuner har områdelege som er faglig leder av helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Han er i alminnelighet ansatt og lønnet av fylkeskommunen og hører da administrativt under sykehussjefen. I Østfold og Finnmark er områdelegen også fylkespsykiater og tilhører fylkeslegens kontor. Staten dekker utgiftene til disse to kombinerte stillingene.

Med hjemmel i sykehusloven har Sosialdepartementet bestemt at alle fylker skal ha tilsynsutvalg for helsevernet for psykisk utviklingshemmede. Hvert utvalg skal ha 3 medlemmer som oppnevnes av fylkesmannen. Utvalget skal føre tilsyn med institusjoner og påse at pasientene får forpleining m.v. som fastsatt i loven. Klager fra de psykisk utviklingshemmede eller deres pårørende behandles av tilsynsutvalget. Tilsynsutvalgene er statsorganer, staten betaler deres utgifter.

Finansieringsordninger for institusjonshelsetjenesten

I den perioden som her behandles, har det offentlige dekket eller gitt bidrag til behandling på helseinstitusjon. I henhold til loven om syketrygd av 6. juni 1930, skulle de som var medlem av trygdekassen, ha fri kur og pleie på offentlig sykehus. For pasienter innlagt på privat sykehus, betalte trygdekassen ikke utgifter utover det behandlingen ville ha kostet ved distriktets offentlige sykehus. Sykehuse- sene fikk betaling etter et system der utgiftene ble fordelt på antall kurdøgn. Til tross for forhøvelser av kurtakstene etter 1945, dekket kurpengene ikke alle sykehusets utgifter.²⁹ Mellomlegget ble dekket av staten, fylkeskommune- ne og bykommunene. Syketrygden betalte kun for trygdede under kurativ behandling, ikke for pleiepasienter som sinn- syke, åndssvake, epileptikere og tuberkuløse. Utgiftene til disse ble fordelt mellom staten, fylkeskommuner og bykommuner.

Lovene om psykisk helsevern (1961) og om sykehus (1969) holdt fast ved kurpengesystemet. Utgiftene til dem som var under psykisk helsevern ble dekket av folketrygden (tidl. syketrygden) og av den fylkeskommune hvor pasienten hadde sitt bosted. Til pasienter etter sykehusloven dekket folke- trygden en del av de godkjente kurpenge, øvrige utgifter dekket institusjonens eier. Kommunale og private helseinsti- tusjoner som inngikk i fylkets helseplan, fikk sine utgifter utover folketrygden dekket av fylkeskommunen.

Finansieringsordningen både før og etter 1960-årene var basert på refusjonsordninger fra staten med grunnlag i kur- pengesystemet. Systemet virket slik at de fylkeskommuner som var mest aktive og bygde mest ut, også fikk tilført størst ressurser, mens de som hadde dårligst utgangspunkt, fikk minst.

Ønsket om desentralisering og en jevnere fordeling av ressursene, førte til at kurløssystemet ble avskaffet i 1980.³⁰ I stedet er det innført en ordning med rammetilskudd. Fylkeskommunene får tildelt en sum penger etter en bestemt fordelingsnøkkel. Folketallet og hvordan det er fordelt på aldersgrupper, er et viktig kriterium.

Oversikt over institusjonshelsetjenesten

I tiden før 1940 var helseinstitusjonene offentlige, dels private. Det viser at det offentlige anså seg å ha et visst ansvar, om enn ikke eneansvaret. Minst aktiv var det offentlige når det gjaldt åndssvakeomsorgen. Omkring 1940 ble de aller fleste åndssvake tatt hånd om av familien.

I tiden etter 1945 har det funnet sted en voldsom økning i institusjonsplasser. Det gjelder alle kategorier helseinstitusjoner. Den største kapasitetsøkningen innen institusjonshelsetjenesten skyldes at det offentlige har økt sitt engasjement. Selv om private fremdeles eier og driver helseinstitusjoner, har størstedelen av institusjonsplassene offentlig eier.

Det offentlige ikke bare bygger helseinstitusjoner, men ser det også som sitt ansvar å sørge for at behovet blir dekket. Ansvaret er hjemlet i to sentrale lover - loven om psykisk helsevern og sykehusloven. De avklarer ansvaret slik at fylkeskommunene er ansvarlige for å dekke behovet for institusjonsplasser, uten at de nødvendigvis skal eie de enkelte institusjoner. Likevel har utviklingen gått i den retningen at fylkeskommunene har overtatt helseinstitusjoner. Det

henger også sammen med det forhold at byene inntil 1964 sto utenfor fylkeskommunen. Da de ble en del av fylkeskommunen, ble tidligere kommunale sykehus i byene fylkeskommunale.

Tidligere kommunale sykehus i landkommuner er overført til fylkeskommunene. Statlige sykehus er det blitt færre av. Staten var tidligere sterkt engasjert i kampen mot tuberkulosen. Nå eksisterer bare ett statlig sanatorium. Av statens psykiatriske sykehus er flere overført til fylkeskommunene. Meningen er at staten ikke selv skal drive med den detaljadministrasjon av helseinstitusjoner som et eierforhold medfører.

De fleste sykehus er i dag fylkeskommunale. Kostbart utstyr og spesialisert ekspertise peker fylkeskommunene ut som det forvaltningsnivå som kan og bør ha ansvaret for sykehusene. Tjenester som er så spesialiserte at fylkeskommunene er for små enheter, kan flere fylkeskommuner gå sammen om.

Sykehjemmene har vært og er både private, kommunale og fylkeskommunale. Mange av de somatiske sykehjemmene er overført til fylkeskommunene i de siste årene. Mindre psykiatriske institusjoner og institusjoner for psykisk utviklingshemmede kan være private, kommunale eller fylkeskommunale.

Av ovenstående går det frem at helseinstitusjoner har vært og er statlige, fylkeskommunale, kommunale eller private. Faktisk har det foregått både en desentralisering og en sentralisering av helseinstitusjoner. Det henger sammen med den kostbare driften av de store sykehusene. De er mest å betrakte som store bedrifter og er lite egnet til å drives på kommunenivå.

Eierforholdet er avgjørende for en institusjons forvaltningstilhørighet. En kommunalt eid institusjon er en del av den kommunale forvaltning, selv om fylkeskommunen har et overordnet ansvar. Mange helseinstitusjoner har skiftet eier, hvilket også har medført endret forvaltningstilhørighet.

At ansvaret for helseinstitusjonene er lagt til fylkeskommunene, betyr ikke at de står fritt. Loven om psykisk helsevern og sykehusloven er fullmaktslover eller rammelover. Stortinget har gitt rammen og delegerer til Kongen, Sosialdepartementet eller helsedirektøren å gi nærmere bestemmelser. Fra Sosialdepartementet var det i 1982 sendt ut ca. 150 rundskriv med hjemmel i disse lovene.³¹

I tillegg til å gi utfyllende bestemmelser til lovene, er statlige myndigheter tildelt konkrete oppgaver. Sosialdepartementet godkjenner helseplanene og kan derved samordne institusjonshelsetjenesten for hele landet.

Helsedirektøren skal godkjenne de enkelte sykehusene. Det stilles bygningsmessige krav. Helsedirektøren gir en faglig godkjenning av planer for nye sykehusbygg. For sykehjem og institusjoner i helsevesenet for psykisk utviklingshemmede, er det utarbeide detaljerte regler. Håndhevelsen av dem er delegert til fylkeslegen. Det er regler for tomtens størrelse og beliggenhet, institusjonens størrelse, om sengerom og fellesrom m.v. Det stilles krav til kjøkken, vaskeri, lager, legekontor, vaktrom og personalkontor. I institusjonshelsetjenesten er det følgelig et samspill mellom staten, fylkeskommunene, kommunene og private. Statens oppgave er først og fremst å føre tilsyn og kontroll.

Offentlig helsetjeneste utenfor institusjon

Jordmortjenesten

Det offentlige jordmorvesenet ble instituert ved reglement av 21. nov. 1810, "Gjordemorvæsenets Indretning og Bestyrelse for begge Riger, Kjøbenhavn undtagen".³² Reglementet inneholdt bestemmelser om inndeling av landet i jordmordistrikter, jordmødrenes utdannelse m. v. I dag gjelder loven om jordmødre av 1898.

Tidligere hadde jordmødre på landet og i byene forskjellig forvaltningstilhørighet. Etter jordmorloven var ansettelsesmyndigheten for distriktsjordmødrene på landet lagt til fylkesmannen. Myndigheten ble (etter loven om offentlige tjenestemenn av 1918) utøvd av fylkesrådet frem til midten av 1970-årene. Det besto av fylkesmannen som formann og 2 medlemmer valgt av fylkestinget. Offentlige jordmødre på landet må regnes som fylkeskommunale. I byene derimot, ble de offentlige jordmødrene ansatt av formannskapet og var kommunale.

At jordmorvesenet hadde forskjellig forvaltningstilhørighet på landet og i byene, skyldes at byene ikke hørte med til fylkeskommunen. Fylkeskommunene var før 1964 en sammenslutning av landkommuner. Etter fylkeskommuneloven av 16. juni 1961 skal fylkeskommunen omfatte både landkommuner og bykommuner. Etter at loven trådte i kraft i 1964, ble jordmorvesenet fylkeskommunalt også i byene.

De offentlig ansatte jordmødrene skal yte fødselshjelp. Tidligere skulle de særlig ta seg av fattige fødende etter forlangende av forsorgsvesenet. Fødselshjelpen til fattige skulle de gi uten særskilt betaling, bortsett fra skyss- og kostgodtgjørelse. Andre pasienter betalte.

Etter en endring av jordmorloven i 1937 kan jordmødrene, mot særskilt godtgjørelse, bli pålagt også andre oppgaver. De kan utføre spedbarnskontroll og gi veiledning til gravide, være helsesøster, jordmor på fødehem og fødeavdelinger samt ha andre oppgaver innenfor det offentlige helsevesen.

De offentlige jordmødrene har spilt en større rolle i landdistriktene enn i byene, hvor det har vært flere privatpraktiserende jordmødre. Det har der vært mulig å betale disse for fødselshjelp til fattige i stedet for å ansette offentlige jordmødre.

Landet er inndelt i jordmordistrikt, slik at det er en jordmor i hvert distrikt. Opprettelse, deling eller omregulering foretas av Sosialdepartementet etter forslag fra fylkesmannen og etter at vedkommende distriktslege og kommunestyre har hatt anledning til å uttale seg. Et jordmordistrikt kan omfatte flere kommuner, være en del av en kommune, eller omfatte deler av flere. Distriktsinndelingen har vært skiftende. I den perioden som behandles her, har jordmødre utenfor institusjon vært i tilbakegang som en følge av at stadig flere føder på institusjoner. Distriktene er følgelig blitt færre og større. Om jordmorvesenet utenfor institusjon er utdøende, er det likevel ikke utdødd. Det vil gå frem av nedenstående tall over offentlig ansatte jordmødre:

1898: 735³³

1946: 900³⁴

1976: 175³⁵

Det kan være overraskende at det i 1946 fantes atskillig flere offentlige jordmødre utenfor institusjon enn omkring århundreskiftet. I byene foregikk fødslene på klinikker, men på landet var hjemmefødsler fremdeles vanlig. Det er helst i tiden etter den annen verdenskrig at fødslene også på landet foregår i institusjon. Men heller ikke i de siste årene er det helt slutt på hjemmefødslene.

Fra 1. januar 1984 oppheves jordmorloven av 1898. Da trer loven om helsetjenesten i kommunene (av 19. nov. 1982, nr. 66) i kraft. Den omfatter også jordmortjenesten utenfor institusjon. Det vil ikke bli en plikt for kommunene å organisere en jordmortjeneste, men "der forholdene ligger til rette og det finnes hensiktsmessig", kan jordmødre enten settes i kommunale stillinger eller kommunen kan inngå avtaler med private jordmødre.

Helsesøstertjenesten

Sykepleievirksomhet i distriktene går tilbake til slutten av 1800-tallet.³⁶ Sykepleieforeninger, menigheter, private humanitære organisasjoner og kommuner ansatte sykepleiere. De utførte sykepleie i hjemmene, drev spedbarnskontroll o.l. De kom med i helsearbeidet i skolene, assisterte distriktslegen og helserådet. Før 1957 hadde de større kommunene ansatt helsesøster på frivillig basis.

Loven om helsesøstertjenesten av 28. juni 1957 regulerer helsesøstertjenesten. I landdistriktene fikk fylkeskommunene ansvaret for gjennomføringen og ledelsen, i byene ble kommunene ansvarlige. Da byene ble innlemmet i fylkeskommunene i 1960-årene, ble helsesøstertjenesten fylkeskommunal også der.

Helsesøster skal bistå offentlig lege i det sykdomsforebyggende arbeidet. Derved blir hun også knyttet til helserådene, og hun betraktes på sett og vis som personale ved helserådet.³⁷ Det skyldes helsesøsters virksomhet i det epidemiologiske arbeide - tiltak mot smittsomme sykdommer slik som undersøkelser og som offentlig leges assistent ved vaksinasjoner - og arbeidet med den tekniske hygiene - bl.a. å foreta hygieniske inspeksjoner, kontrollere barnehager, godkjenne familiedagmødre.

Helsesøster har tilsyn med pasienter i privat forpleining etter loven om psykisk helsevern, hun driver oppsøkende og rådgivende virksomhet innen eldreomsorgen og omsorgen for de funksjonshemmede. De største arbeidsoppgavene er knyttet til helsearbeidet i skolene, som ledes av helsesøster, og til helsestasjonene. De blir vanligvis administrativt ledet av helsesøster.

Gjennom distriktslegen skal helsesøster gi årlig rapport om sitt arbeide til kommunestyret, fylkestinget og helsedirektøren.

Helsesøsters arbeidsoppgaver består både i å yte tjenester og å utføre administrative oppgaver. Når helsesøster i denne fremstillingen er regnet blant helsetjenestene, henger det sammen med at tyngdepunktet av virksomheten består i å yte tjenester.

I sin virksomhet er helsesøster som tidligere nevnt, knyttet til distriktslegen, som er helsesøsters nærmeste overordnede. Inndelingen av distriktene for helsesøstertjeneste er knyttet til legedistriktene, men er mindre enn dem, slik at ett legedistrikt har flere helsesøstre. I 1979 var det 1100 helsesøsterstillinger, innbefattet fylkeshelsesøstre.³⁸

Helsesøster tilsettes av fylkeskommunen. Legen i distriktet og fylkeslegen skal avgi innstilling. Selv om helsesøster er fylkeskommunal, er det kommunenes plikt å skaffe kontor og utstyr.

Fra 1. januar 1984 oppheves loven om helsesøstertjenesten av 1957. I henhold til loven om helsetjenesten i kommunene skal helsesøster bli kommunal. Kommunene skal da både ansette, lønne og holde kontor og utstyr.

Helsestasjonene

Humanitære organisasjoner har drevet helsestasjoner siden Norske Kvinners Sanitetsforening i 1914 åpnet kontrollstasjon for spedbarn i Oslo. I 1947 fantes 400 faste kontrollstasjoner for mor og barn, de fleste opprettet under og etter krigen.³⁹ I 1971 var tallet kommet opp i 1.400.⁴⁰ Fler-tallet ble eid og drevet av humanitære organisasjoner. Kommuner eide omkring 180 av helsestasjonene. Helsestasjonenes vesentligste oppgave var å kontrollere spedbarn, vaksinere dem og gi mødrene veiledning i ernæring og stell av barn.

16. juni 1972 ble det gitt lov om helsestasjoner. Den pålegger opprettelsen av helsestasjoner. Ansvaret for å etablere stasjonene ligger etter loven til "vedkommende kommune eller fylkeskommune". Bestemmelsen har vært tolket slik at det er kommunenes ansvar, hvis fylkestinget ikke bestemmer noe annet.⁴¹ Kommunene har opprettet og driver helsestasjonene. I 1977 var det opprettet 1.357 helsestasjoner.⁴¹

Helsestasjonenes virksomhet skal forebygge medfødte og ervervede sykdommer og skader blant barn, og fremme barns psykiske helse. Alle helsestasjoner gir helsekontroll av barn fra 0 - 5 år. Noen gir kontroll også av større barn.

Over halvparten av helsestasjonene driver en viss grad av hjemmebesøk til nyfødte. De færreste har tatt opp oppgaver som angår barnets familie, slik som familieplanlegging, fødselsforberedende kurs, svangerskapskontroll m.v.⁴²

De fleste helsestasjoner er administrativt ledet av en helseøster. De kan være ledet av lege eller jordmor. Den daglige drift kan også overlates til privat helseorganisasjon. Helsestasjonsvirksomheten er knyttet til helserådet. Det godkjenner helsestasjonens budsjett. Den offentlige lege som er helserådets ordfører, skal utarbeide en plan for helsestasjonsvirksomheten i kommunen. Planen skal forelegges helserådet og kommunestyret til uttalelse.

På grunnlag av planene for de enkelte kommuner skal fylkeslegen utarbeide en samlet plan for fylkeskommunen. Helsedirektøren har det overordnede tilsyn med helsestasjonene.

Loven om helsestasjoner av 1972 oppheves fra 1. januar 1984, når loven om helsetjenesten i kommunene trer i kraft. Det vil da bli opp til den enkelte kommune hvordan den vil organisere helsestasjonstjenesten.

Helsetjenesten i skolene

Helsearbeidet i skolene går tilbake til 1860-årene. De første skolelegene ble ansatt i Oslo og Bergen omkring 1900.⁴³ Senere etablerte kommuner og humanitære organisasjoner mange steder en skolehelsetjeneste. Lov av 1936 om folkeskolen i byene påla bykommunene å ansette skolelege, mens loven om folkeskolen på landet fra samme året, lot landkommunene stå fritt om de ville ansette skolelege.

28. juni 1957 ble det gitt en lov om helsearbeidet i skoler og andre undervisningsinstitusjoner. Den pålegger kommunene å sørge for helsearbeidet i skolene. Kongen bestemmer hvilke skolearter loven skal gjelde for. I 1979 var den gjort gjeldende for grunnskoler, videregående skoler, lærerskoler og faglærerskoler.⁴⁴ Ordningen omfatter både statlige, fylkeskommunale, kommunale og private skoler.

Helserådene administrerer helsearbeidet i skolene. De skal:

1. Årlig fremlegge for kommunen en plan for legetilsyn og andre helsetiltak,
2. Fremme forslag for kommunen om tilsetting av skoleleger og annet nødvendig personell,
3. Påse at helsearbeidet utføres i samsvar med den vedtatte plan og etter de faglige retninglinjer som fastsettes av helsedirektøren,
4. Gi slike innberetninger som fastsettes av departementet.

Helsearbeidet i skolene gjelder først og fremst rutinemessige undersøkelser og vaksinasjoner. Skolehelsearbeidet drives av skolelegen og helsesøster.

I Oslo helseråd er en avdeling for skolehelsetjenesten. Der er flere ansatte skoleleger og helsesøstre, spesialleger og fysioterapeuter. I mindre kommuner er distriktslegen eller en annen lege skolelege. Det daglige helsearbeidet på skolene er administrativt ledet av helsesøster. Helsesøster har med barna å gjøre fra de er spedbarn og til de går ut av skolen. Fylkeslegen skal etter loven koordinere skolehelsearbeidet i fylket og føre det overordnede tilsyn.

Kirke- og undervisningsdepartementet var overordnet departement for helsearbeidet i skolene frem til 1. juli 1958, da det ble en del av Helsedirektoratets arbeidsområde.

Loven om helsearbeidet i skoler og andre undervisningsinstitusjoner oppheves fra 1. januar 1984, når loven om helsetjenesten i kommunene trer i kraft.

Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie er frivillig. Både private organisasjoner, menigheter og kommuner har utført sykepleie i hjemmene. Foreløpig er hjemmesykepleien ikke pålagt ved lov, men folkestrygdloven (1966) gir godtgjørelse for en del av utgiftene til kommunal sykepleie. Det er gitt retningslinjer for kommunal hjemmesykepleie (1971). Det skyldes at virksomheten har tilknytning til husmorvikar- og hjemmehjelpordningen, de såkalte hjemmehjelpordningene for hjemmene.

Hjemmesykepleien skal være et supplement og alternativ til opphold på institusjon. I praksis har den mye vært et ledd i eldreomsorgen. Den ytes etter henvisning fra lege. I 1977 var det innført hjemmesykepleie i 47 av landets 454 kommuner.⁴⁵ Kommunen kan inngå avtale med private organisasjoner og menigheter om at deres virksomhet i hjemmesykepleien innpasses i den kommunale ordning. Hjemmesykepleien skal drives i nær kontakt med distriktets lege og helsesøster. Fylkeslegen fører det overordnede medisinske tilsyn.

En sykepleiesjef skal ha ansvaret for virksomheten. Sykepleiesjefen er i mange kommuner leder også for husmorvikar- og hjemmehjelpordningen. Med samtykke av fylkesmannen og fylkeslegen kan helsesøster fungere som sykepleiesjef. I hjemmesykepleien er det videre ansatt sykepleiere, hjelpepleiere, kontorpersonale.

Hjemmesykepleien ligger til kommunenes sosialetat, samtidig som den regnes som en del av helsevesenet. Loven om helse-tjenesten i kommunene omfatter også hjemmesykepleien. Dette viser hvordan skillelinjene mellom sosialsektoren og helse-sektoren er mer eller mindre klare.

Tannhelsetjenesten

Skoletannpleie har vært drevet av kommuner på eget initiativ siden 1910, da Oslo kommune innførte gratis skoletann-pleie.⁴⁶ Ved lov om grunnskolen av 13. juni 1969 ble sko-letannpleien regulert. Der heter det:

"Elevane får fri tannrøkt på skolen, dersom kommunestyret har løyvt pengar til det eller utgiftsspørsmålet er løyst på annan måte.

Frå den tid det blir vedteke for fylket, gjeld lov frå 28. juli 1949 om folketannrøkt."

Loven gjelder kun grunnskolen, og gjennomføringen er frivil-lig. I dag har ca. 100 kommuner skoletannpleie.⁴⁷ I 1979 hadde kommunene 497 skoletannleger i hovedstilling. Skole-tannpleien sorterer under skolesektoren i kommunene. Kirke-og undervisningsdepartementet var overordnet departement frem til 1944 da skoletannpleien ble overført til det nyopp-rettede Tannlegekontoret i Innenriksdepartementet.

Skoletannpleien har vært best utbygd i byer og større kommu-ner. I 1947 hadde bare 1/3 av skolebarna i Nord-Norge tilbud om skoletannpleie.

Ønsket om større ensartethet, uavhengig av kommunenes økono-mi, førte til loven om folketannrøkt av 28. juli 1949. Gjennomføringen og ledelsen av folketannrøkta ble på landet

lagt til fylkeskommunene, i byene til kommunene. Da byene ble innlemmet i fylkeskommunene i 1960-årene, ble folketannrøkta fylkeskommunal også der. Sentralt ligger folketannrøkta under Helsedirektoratet.

Folketannrøkt ble tidligst innført i de nordligste fylkene der skoletannpleien var dårligst utbygd. Etter loven skulle folketannrøkt vært gjennomført i hele landet i 1965, men fremdeles er den ikke innført i Oslo, Akershus Vestfold og Østfold. Folketannrøkt er helt eller delvis innført i 352 kommuner.⁴⁸

Folketannrøkta skal gi fri behandling til barn og ungdom i alderen 6 - 18 år. Flere steder får også aldersgruppen 3 - 6 år fri tannlegebehandling.

I alle fylker skal det være en fylkestannlege (se denne). Hvert fylke skal inndeles i tannrøktdistrikter. De kan bestå av en eller flere kommuner. Distriktenes grenser fastsettes av departementet etter at vedkommende fylkesting og kommune-styre har fått uttale seg. Ved utgangen av 1976 hadde landet 161 distrikter.⁴⁹

Til å utføre folketannrøkt skal det være minst en distrikts-tannlege i hvert tannrøktdistrikt. Noen distriktstannleger har vært ansatt statlig, andre fylkeskommunalt. Etter 1977 ansettes de fleste distriktstannleger av departementet, og det var en tid meningen at alle skulle bli statlige etter hvert.

Tannpleiere og tannteknikere ved tannklinikkene er fylkeskommunale. I hvert tannrøktdistrikt skal det være minst en fast tannklinikk. Kommunene plikter å dekke utgifter til husleie for klinikklokaler. Utstyr til tannklinikkene er fylkeskommunenes ansvar.

I hvert tannrøkt-distrikt skal det være en tannrøkt-nemnd som skal bestå av en distriktstannlege og minst 2 andre medlemmer. Medlemmene oppnevnes av fylkesutvalget for 4 år av gangen. Loven krever ikke at det skal være noen nemnd som styrende organ for hele fylket. Tannrøkt-nemnda kan bl.a. uttale seg i forbindelse med klager og prioritering av pasientgrupper.

Fra 1. januar 1984 oppheves loven om folketannrøkt av 1949, og loven om grunnskolen av 1969 endres. Fra samme dato trer loven om tannhelsetjenesten (av 3. juni 1983, nr. 54), i kraft. Den offentlige tannhelsetjenesten vil bli et rent fylkeskommunalt anliggende. Fylkestannleger, distriktstannleger, ansatte ved tannklinikkerne vil bli ansatt og lønnet av fylkeskommunen. Klinikklokalene vil også bli fylkeskommunens ansvar.

Bedriftshelsetjenesten

Etter en frivillig rammeavtale mellom Den Norske Lægeforening, Norsk Arbeidsgiverforening og Landsorganisasjonen i Norge har det vært utført bedriftshelsetjeneste siden 1946. Bedriftshelsetjeneste etter denne avtalen har vært frivillig, og utgiftene har vært dekket av den enkelte bedrift.⁵⁰

Etter arbeidsmiljøloven av 4. februar 1977 skal det, "når det er nødvendig å gjennomføre særlig overvåking av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne", være verne- og helsepersonale ved virksomheten. I andre bedrifter er bedriftshelsetjenesten frivillig.

Lov av 10. juni 1977 om planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester i bedrifter inneholder bestemmelse om at bedrifter med særlig yrkesrisiko skal kunne få opptil 50% av utgiftene til bedriftshelsetjenesten refundert fra folketrygden.

Loven om bedriftshelsetjeneste pålegger kommunene å utarbeide en plan for organisering og gjennomføring av helsetjenester ved bedrifter. Helserådets ordfører skal hjelpe til med å forberede planforslaget. Helserådet skal uttale seg om planen før den vedtas. På grunnlag av planene for de enkelte kommuner, skal fylkeskommunene utarbeide en samlet plan for hele fylket. Dette planforslaget skal fylkeslegen hjelpe til med å utarbeide.

Loven om helsetjenesten i bedrifter av 1977, oppheves fra 1. januar 1984, når loven om helsetjenesten i kommunene trer i kraft. Den gir ikke pålegg om bedriftshelsetjeneste, men kommunene kan organisere slik, dersom forholdene ligger til rette, og det synes hensiktsmessig.

Finansiering av helsetjenesten utenfor institusjon

Utgiftene til de enkelte helsetjenestene utenfor institusjon har vært fordelt mellom staten, fylkeskommunene og kommunene. Utgiftsfordelingen har vist et broget bilde med en rekke forskjellige refusjonsordninger. Samtidig med loven om helsetjenesten i kommunene, innføres en forenkling av det økonomiske ansvar, slik at det forvaltningsnivået som får ansvaret for en tjeneste, også får det økonomiske ansvar. På samme måte som for institusjonshelsetjenesten, innføres det en ordning med rammebevilgninger til kommunenes og fylkeskommunenes helsevesen.

Oversikt over helsetjenesten utenfor institusjon

Offentlig helsetjeneste utenfor institusjon som var pålagt ved lov, omfattet omkring 1940 jordmortjenesten, og i byene var også skolelegetjeneste pålagt. Frivillig drev kommuner og private kontrollstasjoner for mor og barn, skoletannpleie, ytet helsesøstertjeneste og i landkommuner skolelegetjeneste. I tiden etter 1945 er disse tjenestene blitt lov-hjemlet. Det har ført til økt offentlig engasjement på hel-sesektoren utenfor institusjon. Ansvar for tjenestene fikk kommuner og fylkeskommuner.

Fylkeskommunene fikk ansvaret for helsesøstrene og for folketannrøkta på landet i tillegg til den offentlige jordmortjenesten utenfor institusjon. Kommunene har ansvaret for helsestasjonene og skolelegetjenesten; i tillegg fikk bykommunene ansvaret også for institusjoner som på landet lå til fylkeskommunene. Fra midten av 1960-årene har bykommunene hatt de samme oppgaver som landkommunene.

Det kan synes overraskende at helsesøstrene med sin sterke tilknytning til helsestasjonene og kommunen, ble lagt til de fylkeskommunale myndigheter. Virkelig komplisert er det når flere forvaltningsnivåer engasjerer seg i samme tjeneste. Selv om fylkeskommunen er ansvarlig for helsesøstrene, er det kommunens ansvar å holde kontor og utstyr. Innen folketannrøkta har forholdene vært minst like innviklede. Vi har sett at i den fylkeskommunale folketannrøkta, er noen distriktstannleger statsansatt, andre fylkeskommunalt ansatt. Kommunene har ansvaret for å holde klinikklokaler, mens utstyr er fylkeskommunens ansvar. En slik oppstyking av arbeidsoppgaver og ansvar må medføre visse problemer.

De nye lovene om primærhelsetjenesten og tannhelsetjenesten som trer i kraft 1. januar 1984, vil føre til en enklere fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar. Helsesøstertjenesten og jordmortjenesten overføres fra fylkeskommunen til kommunene. Disse tjenestene blir derved desentralisert. Kommunene vil fortsatt ha ansvaret for helsestasjonene, skolehelsetjenesten, for bedriftshelsetjenesten og for hjemmesykepleien. Fylkeskommunene får ansvaret for tannhelsetjenesten. Det ansvarlige forvaltningsnivå vil da få hele ansvaret - det vil få ansettelsesmyndighet, ansvaret for lokaler, utstyr og det fulle økonomiske ansvar.

Oversikt over offentlig helsetjeneste i og utenfor institusjon

Både når det gjelder institusjonshelsetjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon, har det offentlige engasjement økt i den tidsperiode som behandles - vi har fått flere helseinstitusjoner og et bedre utbygd serviceapparat utenfor institusjon. Endringene har funnet sted i tiden etter 1945, mens det skjedde lite i krigsårene. Ansvarsforhold og oppgavefordeling har vært et problem på helsesektoren. En rekke komitéer og utvalg har i løpet av de siste 30 år vurdert de forskjellige sider av helsetjenesten og gitt en rekke utredninger. Gjennom en utstrakt reformvirksomhet er forholdene etter hvert regulert. Staten overlater gjennomføringen av enkelttiltak til fylkeskommunene og kommunene. I reformarbeidet har desentralisering vært et hovedprinsipp, men slik at en oppgave er søkt lagt til det laveste forvaltningsnivå som synes hensiktsmessig, idet en tar hensyn til omkostninger og befolkningsgrunnlag. De helsetjenestene utenfor institusjon som nå endrer forvaltningstilhørighet, legges til et lavere forvaltningsnivå (overgang fra kommunal skoletannpleie til fylkeskommunal tannhelsetjeneste er et

unntak). Desentralisering er likevel ikke alltid sett på som det mest hensiktsmessige. Når helseinstitusjoner har forandret forvaltningstilhørighet, har det foregått såvel ved sentralisering som ved desentralisering.

Hele helsetjenesten er prøvd vurdert som en helhet. Fra 1. januar 1984 vil lovgivningen om institusjonshelsetjenesten og helsetjenesten utenfor institusjon være samlet i noen få sentrale lover som koordinerer de offentlige helse-tjenestene.

Landkommuner 1940

[Helse-
søster
stasjon] [Skole-
lege] [Skole-
tannpleie] [Helse-
institusjon]

Bykommuner 1940

Jordmor [Helse-
søster] [Kontroll-
stasjon] [Skole-
lege] [Skole-
tannpleie] [Helse-
institusjon]

Bykommuner 1963

Jordmor [Helse-
søster] [Kontroll-
stasjon] [Skole-
lege] [Folke-
tannrøkt] [Skole-
tannpleie] [Helse-
institusjon]

Kommuner 1983

[Helse-
stasjon] [Skole-
lege] [Hjemme-
sykepleie] [Skole-
tannpleie] [Bedrifts-
helsetjeneste] [Helse-
institusjon]

Kommuner 1984

[Jordmor] [Helse-
søster] [Helse-
stasjon] [Skole-
lege] [Hjemme-
sykepleie] [Bedrifts-
helsetjeneste]

[] Hjemlede helsetjenester
[- - -] Frivillige helsetjenester

HELSETJENESTER - FYLKESKOMMUNER

1940

Jordmor

[Helseinstitusjon]

1983

Jordmor

Helsesøster

Folketanrøkt

Helseinstitusjon

1984

Tannhelsetjeneste

Helseinstitusjon

[]

Hjemlede helsetjenester

[- - -]

Frivillige helsetjenester

FORVALTNINGSORGANER

Det har vært viktig å vise hvordan ansvaret for de tjenesteytende institusjoner er fordelt mellom de tre forvaltningsnivåene. Som enkeltpersoner vil vi alle komme i kontakt med instituerte tjenester som er beskrevet. De er et viktig område av helsesektoren, men utgjør bare en del av den. For å få en oversikt over alle sider av helsevesenet, må de lokale og sentrale forvaltningsorganers arbeidsoppgaver avdekkes.

Statens forvaltning omfatter den sentrale forvaltning og den statlige lokalforvaltning. Den sentrale forvaltning omfatter departementene og sentrale forvaltningsinstitusjoner utenfor departementene - til den siste kategori hører først og fremst direktoratene. Den statlige lokalforvaltning er den sentrale forvaltnings forlengede arm ute i distriktene. Den statlige forvaltning utøver således både sentral og lokal forvaltning. Vi snakker gjerne om det sentrale og det lokale embetsverk.

Fylkeskommunene og kommunene har selvstendige folkevalgte organer. Den fylkeskommunale og kommunale forvaltning utøver lokal forvaltning. Kun med hjemmel i lov kan staten gi dem pålegg om å utføre oppgaver.

Mens sentral forvaltning utøves kun av staten, utøves lokal forvaltning både av staten, fylkeskommunene og kommunene.

Lokale forvaltningsorganer

Som vi tidligere har sett, utøver de 3 forvaltningsnivåene, kommuner, fylkeskommuner og staten, lokal forvaltning på helsesektoren. Denne forvaltningen finner sted innenfor forskjellige lokale enheter. Vi har kommuner og fylkeskommuner med egne styringsorganer, fylker som danner administrative enheter for den statlige forvaltning, og en inndeling i legedistrikter. Geografiske områder vil være utgangspunktet for undersøkelsen av den lokale forvaltning. Det er behov for å etablere betegnelser for slike områder.

Grensene for en kommune og et legedistrikt kan være sammenfallende, men ikke nødvendigvis. Det forhold at alle geografiske områder i Norge vil tilhøre såvel en kommune som et legedistrikt, gjør det hensiktsmessig å operere med et fiktivt geografisk område, "minste lokalenhet" for en kommune og et legedistrikt.

Fylker og fylkeskommuner dekker de samme geografiske områder. For et slikt område vil betegnelsen "største lokalenhet" bli brukt.

MINSTE LOKALENHET

Kommunal styring av helsevesenet

Kommunestyret med formannskap og ordfører er politisk valgt. Det er også opprettet nemnder og råd til hjelp for kommunestyre og formannskap. Til å utføre de folkevalgtes vedtak kan kommunene ansette det nødvendige antall tjenestemenn (pålagt er kommunekasserer og revisor, og i kommuner over en viss størrelse skal det være rådmann). Det er stor forskjell på antall tjenestemenn i kommunene. I små kommuner kan det

være kun kommunekasserer og formannskapssekretær. I store kommuner vil det være en stor administrasjon med en eller flere rådmenn i spissen. I små kommuner med liten administrasjon, har de folkevalgte, særlig ordføreren, utført forvaltningsoppgaver i tillegg til sine politiske oppgaver.

Den kommunale forvaltnings virksomhet er av to typer. Den utfører for det første oppgaver etter beslutning av kommunestyre og formannskap, for det andre oppgaver som er hjemlet i lov.

Formannskapslovene av 1837 og de senere kommunelovene har ikke regnet opp hva kommunene skal gjøre. De kan ta seg av oppgaver som lovgivningen ikke har lagt til andre organer. Det uttrykkes gjerne slik at kommunenes virksomhet er negativt begrenset.

Opgaver som det i lov er bestemt at kommunene skal ta seg av, er de pliktige til å utføre. I årene etter krigen er stadig flere forhold regulert ved lov. Dette begrenser kommunenes eget initiativ. Ofte har utviklingen vært slik at større kommuner først frivillig har påtatt seg oppgaver som senere er blitt lovbestemt for alle. Som vi har sett, påtok mange kommuner seg å bygge sykehjem og ansette helsesøstre før det kom lovhjemler for slik virksomhet.

Det finnes en rekke særlover som påbyr opprettelse av styringsorganer. De fleste slike organer velges av kommunestyret, men vedkommende særlover bestemmer deres oppgaver, og staten har instruksjonsmyndighet. På denne måten kan staten overføre oppgaver til kommunene. Selv om disse styringsorganene er folkevalgte, er de faglig ikke underordnet kommunestyret, men vedkommende fagdepartement. F.eks. er

sosialstyret, skolestyret, bygningsrådet hjemlet i særlover. Formannskapet, som skal føre tilsyn med hele den kommunale forvaltning, har også tilsyn med virksomheten i utvalg nedsatt etter særlovgivningen.

Helserådet

Sunnhetsloven av 1860 påbyr kommunene å opprette helseråd, tidligere kalt sunnhetskommisjon. Etter loven skal helserådet bestå av representanter i kommunestyret, medlemmer valgt av kommunestyret, i byene skal byingeniøren være med. Distriktslegen er helserådets formann. I denne egenskap er distriktslegen helsevesenets øverste myndighet i kommunen. Helserådet er følgelig en blanding av et politisk og et faglig organ.

Helserådet skal føre tilsyn med helseforholdene i kommunen. Det skal fremme sunnheten og fjerne omstendigheter som fremkaller sykdom. Helserådets oppgaver kan sammenfattes i uttrykket "teknisk-hygienisk inspeksjons- og kontrollvirksomhet".

Helserådet er pålagt å foreta de nødvendige foranstaltninger for å hindre spredning av smittsomme sykdommer og utbrudd av epidemier. Tidligere var det epidemiologiske arbeide kanskje det viktigste arbeidsområdet. Det gjaldt i første rekke bekjempelsen av tuberkulose. Etter tuberkuloseloven (8. mai 1900) kan helserådet gripe inn overfor personer som lider av tuberkulose når det er særlig smittefare. Forebyggende arbeide er fremdeles viktig. Helserådet gjennomfører vaksinasjon og skjermbildefotografering i kommunen.

I dag er den tekniske kontrollvirksomhet særlig viktig. Helserådet skal kontrollere kommunens drikkevann og kloakkutslipp. Det skal se til at boliger, forsamlingshus, kirker,

skoler, barnevernsinstitusjoner, barber- og frisørsalonger, hytteområder og fiskevær, ikke er helsefarlige. Helserådets ordfører er etter bygningsloven (tidligere av 1924, någjeldende av 1965) medlem av kommunens bygningsråd, og helserådet er pålagt teknisk-hygieniske oppgaver i forbindelse med bygninger.

Kontroll av næringsmidler har vært helserådets oppgave siden 1860. Etter loven om tilsyn med næringsmidler (19. mai 1933) skal det ha tilsyn med at forskrifter om innførsel og omsetning av næringsmidler blir overholdt. Helserådet kan forby omsetning av varer som rådet anser å være helseskadelige. Etter loven om samordnet næringsmiddelkontroll (17. mars 1978) er kommunene pålagt å ha en næringsmiddelkontroll. Helserådets personell skal utføre arbeidet. Flere kommuner kan gå sammen om en felles kontrollordning.

I henhold til sunnhetsloven skal helserådet i byene gi forslag til helsevedtekter, og på landet kan det gi forslag til vedtekter. Forskriftene inneholder regler om drikkevann, kloakk, boligforhold, tilberedning, oppbevaring osv. av matvarer; renhold i bedrifter, butikker, slakterier, bakerier og andre virksomheter som produserer matvarer.

Den offentlige lege som er ordfører i helserådet, har tilsyn med jordmødrene, skal utarbeide en plan for helsestasjonsvirksomheten som skal forelegges helserådet (se s. 137), helserådet administrerer helsearbeidet i skolene (se s. 138). Dersom kommunen har skoletannpleie (se s. 140), legevaktordning, psykiatrisk helsetjeneste og familierådgivningskontor, kan også disse bli administrert av helserådet.

Frem til 1954 hadde helserådet tilsyn med barn etter lovene om tilsyn med pleiebarn av 29. april 1905 og om forsorg for barn av 10. april 1915. Etter den førstnevnte loven skulle helserådets tilsyn gjelde pleiebarn bortsatt for betaling.

Etter den siste loven var tilsynsplikten mer omfattende. Helserådet kunne beslutte å ta under sitt tilsyn også barn som ikke var satt bort for betaling, dersom de ble vanskjøttet. Helserådets tilsyn kunne utføres enten av medlemmene eller av lønnede tilsynsmenn. Videre skulle helserådet opprette et helserådsutvalg, hvor helserådets ordfører skulle være med. Utvalget tok seg av gravide kvinners søknad om bistand. Helserådet førte tilsyn med anvendelsen av de kommunale bidrag.

Helserådets befatning med forsorg av barn utgjorde bare en del av barnevernet. Barnevernet var splittet på tre organer, vergerådet, forsorgsstyret og helserådet. Ved gjennomføringen av loven om barnevern av 17. juli 1953 ble barnevernet samlet og lagt til ett organ, barnevernsnemnda. Barnevernsnemnda er en del av sosialvesenet. Loven om barnevern administreres av Sosialdepartementet. Her har vi igjen et eksempel på uklare grenser mellom sosialsektoren og helsesektoren.

Forberedelsen av helserådets møter og effektueringen av dets vedtak er i stor utstrekning blitt utført av distriktslegen som er helserådets ordfører, og med helsesøsters bistand, etter at disse ble ansatt. I de fleste kommuner er helserådet uten kontor og administrasjon. Av 454 kommuner har 400 ikke spesialutdannet teknisk-hygienisk helserådspersonell.⁵¹ I store kommuner har helserådene en tilsvarende administrasjon. Der kan det være særskilte avdelinger for skolelege-tjeneste, helsesøstertjeneste, familievern, kjøtt- og næringsmiddelkontroll, omgivelseshygiene. Personalet ved helserådet er, bortsett fra distriktslegen (og helsesøster), kommunalt ansatt.

Helserådene tar seg av oppgaver som de er pålagt etter sunnhetsloven eller etter særlover. For andre oppgaver på helsesektoren kan kommunene selv bestemme forvaltningen. Mange kommuner har opprettet utvalg som tar seg av kommunens helsevesen. Dette er ofte slått sammen med kommunens sosialstyre til et helse- og sosialutvalg.

Det er ikke hjemlet i noen lov at kommunene skal bygge sykehjem, eller hvordan kommunale sykehjem skal forvaltes. De er i noen kommuner lagt til helserådet, andre steder kan de ligge til rådmannen eller til et utvalg for helsevesenet. Bykommunene hadde frem til midten av 1960-årene ansvaret for offentlige jordmødre utenfor institusjon, helsesøstre og tannhelsetjenesten, men lovverket sa ingenting om forvaltningen. Den nye loven om helsetjenesten i kommunene legger flere oppgaver til kommunene, men heller ikke den gir pålegg for hvordan forvaltningen skal være. Sunnhetsloven skal fortsatt gjelde, men nye oppgaver legges ikke nødvendigvis til helserådene. De skal fortsatt eksistere, men det er mulig for kommunene å søke om å få oppheve helserådet, og i stedet legge tidligere helserådssaker til et utvalg som tar seg av alle kommunens helsesaker.

Sunnhetsloven og helserådets funksjon har vært debattert i de senere år. Særlig i forbindelse med forvaltningen av helsetjenester utenfor institusjon etter loven om helsetjenesten i kommunene, er det stilt spørsmål om helserådet med sin lite utbygde administrasjon, er egnet til å administrere arbeidsoppgavene innen helsesektoren. Det hevdes at det er behov for et styringsorgan til å utarbeide retningslinjer for helsepolitikken, lage budsjett og ha ansvaret for tiltak.⁵²

Det er pekt på at det er en uheldig sammenblanding av politisk ansvar og administrativt utøvende ansvar, når helserådet består både av politisk valgte og av offentlig lege som er administrativ og faglig leder av kommunens helsevesen.⁵²

Hovedkomitéen for reformer i lokalforvaltningen mener at alle kommuner bør ha et utvalg som samordnende organ for den kommunale helse- og sosialpolitikk, slik som mange allerede har. For at kommunene skal stå mest mulig fritt, går komitéen ikke inn for at dette skal lovfestes.⁵³

Gjennomføringen av loven om helsetjenesten i kommunene vil kreve økt administrasjon. En regner med at kommunene kommer til å gjennomføre nye organisasjonsformer. Enten vil de bygge opp en særskilt helseadministrasjon med en helsesjef, likestilt med sosialsjefen; eller de kan innføre en felles administrasjon for helse- og sosialvesenet med en helse- og sosialsjef på toppen.

Stads- og distriktslegene

Den første offentlige lege ble ansatt i Bergen i 1603.⁵⁴ Han ble kalt Provincialmedicus eller Stadsmedicus. I 1814 fantes 4 stadsfysikater og 11 landfysikater. I løpet av 1800-tallet ble det opprettet flere distriktslegeembeter, slik at antallet i 1900 var 153. Det offentlige legevesen går følgelig lenger tilbake enn kommunene og fylkeskommunene.

Opprinnelig gikk de offentlige legers virksomhet hovedsakelig ut på å yte legehjelp. Da Stortinget i 1851 opprettet 6 nye distriktslegestillinger, het det at distriktslegeordningen "sørger for det nødtørftige legetilsyn".⁵⁵ Loven om de offentlige legefóretninger av 1912, som fremdeles gjelder, sier at enhver stadslege og distriktslege har plikt til

å yte befolkningen legehjelp "mot passende godtgjørelse", og at fattige skal ha gratis hjelp. Unntatt er distrikter "hvor forholdene for øvrig ligger tilrette for det"; da kan den offentlige lege fritas for denne plikten. Det siste vil gjelde store kommuner der de offentlige legeforretninger vil kreve hele arbeidstiden, samtidig som det vil være privatpraktiserende leger.

Til tross for at det hører med til distriktslegers og stadslegers oppgaver å yte legehjelp, blir de her ikke sett på som helsetjeneste men som forvaltningsorgan. Det skyldes at den offentlige leges praksis betraktes som privatpraksis, på linje med privatpraktiserende legers. Riktignok kan det innvendes at mange kommuner bidrar til kontorhold ved å holde inventar og medisinsk utstyr og å dekke telefonutgifter, slik at distriktslegens praksis ikke er å anse som privat. Her skal en likevel begrense seg til de klart offentlige funksjoner, og de vil hovedsakelig være som forvaltningsorgan.

Landet er inndelt i legedistrikter. Loven om offentlige leger av 1912 bestemmer at "i lægedistrikt som består av en enkelt by, opprettes det stadslegestilling", og "i lægedistrikt som består av et eller flere herreder med eller uten en eller flere mindre byer, beskikker Kongen en distriktslege, dog ikke som embetsmann".

Distriktsleger og stadsleger er statstjenestemenn. Deres arbeidsoppgaver er stort sett sammenfallende. Stadslegene vil derfor ikke beskrives særskilt. Innholdet i begrepet "stadsfysikus" har endret seg.

Stillinger som forutsetter både offentlige legefóretninger og almenlegepraksis, kalles kombinerte stillinger i motsetning til stillinger som krever leger ansatt på heltid med offentlige forretninger.

Stadsfysikus var tidligere tittelen på leger som var beskjeftiget med offentlige forretninger på heltid. Etter en endring i 1968 av loven om de offentlige leger, er stadsfysikus nå den som utfører de offentlige legefóretninger i byer som er eget fylke. Etter denne betydningen av ordet, hadde Oslo og Bergen stadsfysikus frem til 1972. Etterat Bergen gikk inn i Hordaland fylke, er det stadsfysikus kun i Oslo.

Den tidligere stadsfysikus' oppgaver faller sammen med distriktslegens, den nåværende stadsfysikus forener distriktslegens og fylkeslegens funksjoner. Stadsfysikus vil heller ikke beskrives særskilt.

Distriktslegen fører tilsyn med distriktets sunnhets- og sykepleie. Han skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alt som kan fremme "distriktets sunnhetsvesen", og foreslå og treffe de foranstaltninger som kreves til det.⁵⁶

Distriktslegen utøver statlig tilsyn og kontroll, samtidig som han er de kommunale myndigheters rådgiver i helsespørsmål. Sunnhetsloven av 1860 knytter hans virksomhet til helserådet. Alle de arbeidsoppgaver som er helserådets, er også distriktslegens. Som ordfører i helserådet er det han som står for forberedelse av sakene og iverksettelse av vedtakene. Det går frem av avsnittet om helserådet og vil her ikke beskrives nærmere.

Distriktslegens oppgaver vil være videre enn de som ligger innenfor helserådets lovbestemte virksomhet. På den annen side er de i tilknytning til hans oppgaver i helserådet og

ikke alltid lette å skille ut. Likevel vil det være nødvendig å nevne plikter som ikke er kommentert i avsnittet om helserådet.

Etter sin instruks som er fra 1913, fører distriktslegen tilsyn med apotekene, han er pliktig til å fungere som fast rettsmedisinsk sakkyndig ved strafferettslige undersøkelser, han skal på forlangende utføre legetilsyn i fengslene.

Etter instruksen har distriktslegen videre tilsynet med sinnssyke i privat forpleining innenfor distriktet. Loven om psykisk helsevern fra 1961 betyr derfor ikke nye oppgaver når den pålegger distriktslegen å forestå det psykiske helsevern for sinnslidende som forpleies utenfor institusjon, samt å godkjenne private forpleiningssteder.

Distriktslegen er pliktig til å avgi de uttalelser og erklæringer som fylkeslegen, fylkesmannen eller helsedirektøren måtte kreve. Han utarbeider årlige medisinalberetninger for distriktet. Ved utbrudd av farlig epidemisk sykdom skal han straks melde fra.

Distriktslegen har tilsyn med kommunale helseinstitusjoner. Han fører også tilsyn med aldershjemmene, som ligger til sosialetaten. Hjemmesykepleien drives i kontakt med distriktslegen. Vi har sett at helserådet administrerer skolehelse-tjenesten. Mange steder er distriktslegen også skolelege.

Gjennomføringen av loven om helsesøstertjenesten av 1957 knytter den fylkeskommunale helsesøstere til legedistrik-tene og gjør den statlige distriktslegen til nærmeste over-ordnete.

Fylkeslegen er distriktslegens nærmeste overordnede, og som det senere vil gå frem, utøver denne de fleste arbeidsgiverfunksjonene.

I 1941 var landet inndelt i 379 legedistrikter.⁵⁷ I 1979 var det 391 distrikter.⁵⁸ De har hittil ikke falt sammen med kommuneinndelingen. En annen sak er at kommunesammenslåingene i 1960-årene har ført til at det nå er det vanligste at legedistrikter og kommuner dekker samme området.

Tallet på legedistrikter har vært forholdsvis konstant. Det betyr ikke at tallet på offentlige leger har vært like konstant. Før 1968 var det kun én lege i hvert distrikt, senere har det vært mulig å ansette flere leger i samme distrikt.⁵⁹ I 1970 var det 459 stillinger, og i 1979 var tallet steget til 637.⁶⁰ Tallet på distriktsleger er blitt nesten fordoblet siden 1940.

Når det er flere distriktsleger i distriktet, vil en av dem bli tillagt funksjonene som helserådsordfører. Når ett distrikt har kun én offentlig lege, og det omfatter flere kommuner, må legen være med i flere helseråd. En kommune er aldri delt i flere legedistrikter.

Distriktslegen er som helserådets ordfører, nært knyttet til kommunale styringsorganer. Dersom helserådet er bygd ut med kontorpersonale, vil distriktslegen lede dette og derved være overordnet for kommunalt ansatte.

Loven om helsetjenesten i kommunene av 1982 vil oppheve loven om de offentlige legefretninger av 1912. Fra 1. april 1984 vil den statlige distriktslegeetat opphøre å eksistere. Fra denne dato vil de offentlige legene bli ansatt av kommunene. Isteden for distriktsleger vil vi få kommuneleger.

At distriktslegene endrer forvaltningstilhørighet, vil medføre visse endringer. Helserådet vil fullt ut bli en kommunal institusjon. Kommunelegens arbeidsgiverfunksjoner overfor helsesøster må bli enklere når begge blir kommunale tjenestemenn.

Helseforvaltningen innenfor "minste lokalenhet" vil bli rent kommunal. Staten vil ikke ha noen lokal tjenestemann for helseforvaltningen i kommunene. Kommunelegene blir ikke underordnet fylkeslegen på samme måte som distriktslegene. Innen "minste lokalenhet" vil det derfor ikke finnes en statlig kontroll- og tilsynsmyndighet for helsevesenet. Da kommunelegene ikke kan utøve kontroll og tilsyn slik som distriktslegene, vil en del av de tilsynsoppgaver som nå ligger til distriktslegene, bli lagt til bl.a. fylkeslegen. Kommunene vil også i høyere grad enn tidligere måtte føre kontroll med sin egen virksomhet.

Oversikt over forvaltningsorganer innenfor "minste lokalenhet"

Innenfor "minste lokalenhet" har organer for forvaltningen av helsevesenet lange tradisjoner. Omkring 1940 besto de av helserådet og distriktslegen. Helserådet har sin særegne organisasjonsform ved at det er et politisk valgt styringsorgan, men har en distriktslege, som er statstjenestemann, til ordfører. Der helserådet har en administrasjon, er distriktslegen leder for denne, der det ikke er administrasjon, utgjør distriktslegen alene administrasjonen. Vi kan si at i helserådet forenes to forvaltningsnivåer i ett organ.

Ikke alle saker på helsesektoren behøver å gå gjennom helse- rådet. I den senere tid har mange kommuner hatt behov for å opprette nye styringsorganer og særskilt administrasjon. I andre kommuner er helserådenes administrasjon bygd ut. Hel- sevesenet innenfor "minste lokalenhet" bygger på et samar- beide mellom staten og kommunene.

Alt i alt har det vel ikke foregått så store endringer in- nenfor "minste lokalenhet" i tidsrommet 1940-1983. Ventelig vil gjennomføringen av loven om helsetjenesten i kommunene kreve større endringer og en utbygging av styringsorganer og administrasjon.

Når distriktslegene i løpet av 1984 blir kommunale, vil ett forvaltningsorgan få ansvaret for helsetjenesten innenfor "minste lokalenhet". Da vil også legedistriktene og kommune- ne geografisk dekke samme område. I alle kommuner vil det være minst én kommunelege. I store kommuner vil det som hittil, være flere leger.

At de offentlige legene forandrer forvaltningstilhørighet og går over fra å være statsansatte til å bli kommunale tje- nestemenn, betyr en desentralisering av helseforvaltningen innenfor "minste lokalenhet".

LOKALE FORVALTNINGSORGANER - "MINSTE LOKALENHET"

Kommunale styringsorganer

1940

Ordfører

Rådmann

Kommunestyre

Kasserer

Helseråd

1984

Ordfører

Rådmann

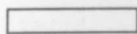
Kommunestyre

Kasserer

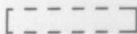
Helseråd

Kommunelege

Helseutvalg



Hjemlede styringsorganer



Frivillige styringsorganer

Statlig lokalforvaltning

Distriktslege

STØRSTE LOKALENHET

Fylkesmannen

Fylkene har siden 1662 vært administrative enheter for den statlige lokalforvaltning. Fylkesmannen er den høyeste embetsmann i fylket. Det er 18 fylkesmenn i alt (Oslo og Akershus har felles fylkesmann). Fylkesmannen er underlagt Justisdepartementet, men han er generell representant for Regjeringen i fylket og kan motta oppdrag fra og gjøre henvendelser til samtlige departementer. Fylkesmannen er den administrative leder for statsforvaltningen i fylket.

Fylkesmannens instruks var frem til 1981 "Instruction for Amtmændene i Norge" av 7. februar 1685. Ny instruks for fylkesmenn ble gitt ved kgl. res. 7. august 1981. I instruksen av 1685 heter det bl.a. at amtmannen "...skulle have flittig og alvorlig Agt og Indseende med, at Kongens Lov, Forordninger og Befalinger, så vit deris ampt strekker sig, i alle Maader holdis og efterkommis, og intet derimod handlis eller tilladis".⁶¹

Innntil formannskapslovene av 1837 ivaretok staten de offentlige oppgaver i distriktene. Amtmannen var statens fremste representant i fylket og hadde oppsyn med all offentlig virksomhet i sitt distrikt. Etter 1837 ble amtmannen også leder av den fylkeskommunale forvaltning (se denne). Etter at fylkeskommunene fikk sin egen administrasjon i 1970-årene, har fylkesmannen kun statlige oppgaver. Etter instruksen av 1981, skal han samordne, forenkle og effektivisere den statlige virksomhet i fylket. Han skal arbeide for et best mulig samarbeid mellom kommunene, fylkeskommunene og den lokale statsforvaltning.

På helsesektoren er avgjørelsesmyndighet delegert fra Kongen og Sosialdepartementet til fylkesmannen på flere områder. I overensstemmelse med Desentraliseringskomitéens forslag til endringer i Helsedirektoratet, ble anvisningsmyndighet i en rekke saker overført til fylkesmannen ved kgl. res. av 7. mars 1952. Det gjaldt statens andel i lønn til jordmødre, distriktslegers feriegodtgjørelse, statens andel i tuberkulose- og vanføreutgifter.

Fylkesmannen er delegert myndigheten til å oppnevne medlemmer til kontrollkomisjoner etter loven om psykisk helsevern (se s. 125), til tilsynsutvalg for helsevesenet for psykisk utviklingshemmede (se s. 127), og han godkjenner distriktstannklinikker. Behandlingen av klager i helserådssaker er delegert fylkesmannen.

Etter loven om samordnet næringsmiddelkontroll av 1978 skal fylkesmannen føre tilsyn med næringsmiddelkontrollen i fylket.

Før fylkeskommunene fikk sin egen administrasjon, ansatte fylkesmannen jordmødrene (se s. 132).

Fylkeskommunal styring av helsevesenet

Fylkesting, fylkesutvalg og fylkesordfører er fylkeskommunale styringsorganer. Fylkestinget er fylkeskommunens øverste myndighet. Det har bevilgnings- og beskatningsretten.

Fylkeskommunene er blitt tillagt en rekke oppgaver i de senere år. For større saker som det offentlige har tatt på seg, er kommunene ansett for å være for små enheter til at

ansvaret kan legges på dem. I stedet har det vært naturlig å legge oppgavene til fylkeskommunene. Fylkeskommunene har 4 hovedoppgaver: helseinstitusjoner, videregående undervisning, fylkesveier og kulturtiltak.

Veksten i fylkeskommunal virksomhet krevde en omorganisering og styrking av fylkeskommunens administrasjonsordning. I 1975 ble fylkeskommuneloven endret for at fylkeskommunene bedre kan utføre sine oppgaver. Valgordningen ble endret slik at representantene til fylkestinget, som tidligere ble valgt av kommunestyrene i de enkelte kommuner, nå velges direkte av fylkets innbyggere. Fylkesskatten, som tidligere var indirekte og utlignet gjennom kommunene, blir nå lignet ut direkte.

Vi har sett at fylkesmannen tidligere administrerte fylkeskommunen. Det var en viktig endring at fylkeskommunens forvaltning ble skilt fra den statlige. Ved endringen av fylkeskommuneloven i 1975 ble det påbudt å ansette rådmann til å lede fylkeskommunens administrasjon.

Etter 1975 har fylkeskommunene opprettet politisk valgte utvalg. De fleste steder er fylkeskommunens virksomhet samlet under politisk valgte hovedutvalg. Under hvert hovedutvalg kan det være flere underutvalg.⁶² Det er gjerne hovedutvalg for samferdsel, undervisning, kultur og helse- og sosialvesen. Utvalgene forbereder saker for fylkestinget og tar avgjørelser i saker hvor de er delegert avgjørelsesmyndighet. På denne måten avlaster de fylkestinget.

Å sørge for helseinstitusjoner til befolkningen, har vært en hovedoppgave for fylkeskommunene så lenge de har eksistert. I løpet av 1960-årene ble fylkeskommunene ifølge lov pålagt å planlegge, oppføre og drive institusjoner som omfattes av loven om psykisk helsevern (se s. 126), og av sykehusloven (se s. 121), og de har ansvaret for omsorgen av psykisk ut-

viklingshemmede. Fylkeskommunen har videre ansvaret for jordmødrene (se s. 132), helsesøstertjenesten (se s. 134), folketannrøkta (se s. 140-141) og planleggingen av bedriftshelsetjenesten i fylkeskommunen (se s. 143).

Sykehusloven pålegger fylkeskommunen å opprette en særskilt sykehusnemnd til å ivareta ansvaret for planlegging, bygging og drift av helseinstitusjoner som inngår i fylkeskommunens sykehusplan (se s. 122).

Som nevnt ovenfor, har de fleste fylkeskommuner fått et hovedutvalg for helse- og sosialsaker. Mens sykehusnemnda er opprettet etter særlovgivningen, er dette utvalget frivillig. Det kalles de fleste steder helse- og sosialstyret. Dette styret har ansvaret for alle helse- og sosialpolitiske tiltak, bortsett fra de saker som er lagt til sykehusnemnda etter sykehusloven. Ofte velges de samme personer til medlemmer av sykehusnemnda og til helse- og sosialstyret. Utvalgene har dessuten felles administrasjon. Dette kan føre til uklare skiller mellom sykehusnemnda og helse- og sosialstyret.

Helse- og sosialstyret og sykehusnemndas administrasjon ledes av sykehussjefen. Han er sekretær for begge de to institusjonene, og hans administrasjon er sekretariat. I Akershus har sykehussjefen 30 ansatte. Sykehussjefen har den daglige økonomiske styring og forbereder budsjettet for fylkestinget. På helsesektoren er helseinstitusjonene det mest omfattende feltet. Helseinstitusjonenes budsjett utarbeides av eieren. Sykehussjefen utarbeider budsjettet for de fylkeskommunale institusjonene, godkjenner budsjettet til institusjoner med andre eiere og sammenfatter til slutt det hele i ett budsjett.

Fylkeslegen (Stadsfysikus)

Fylkeslegeembetet er hjemlet i loven om utførelsen av de offentlige legefóretninger av 26. juli 1912. Gjeldende instruks for fylkesleger er fra 1914, endret i 1931. Fylkeslegen er utnevnt av Kongen. Han er statens lokale representant for forvaltningen av helsespórsmaal i fylket. Fylkeslegen har det overordnede tilsyn med helsestellet innenfor "stóreste lokalenhet." Han skal páse at lover og bestemmelser om hel-sevesenet blir overholdt.

Etter instruksen er fylkeslegen fylkesmannens konsulent i helsespórsmaal. Instruksen er ikke endret etter at fylkesmannens administrasjon ble skilt fra fylkeskommunens. Etter 1976 er forholdet mellom fylkesmann og fylkeslege endret. En del ekspedisjoner gár fremdeles via fylkesmannen.

Fylkeslegen er fylkeskommunens rádgiver med møte- og talerett i fylkestinget i saker som gjelder helsespórsmaal. Han er helserádenes rádgiver og kan delta i helseráds møter, men er uten stemmerett.

Fylkeslegen skal kontrollere at helserádsvedtak ikke er i strid med gjeldende bestemmelser. Helseráds ordfører sender utskrift av møteprotokollen etter hvert møte.

Fylkeslegen er distriktslegenes nærmeste overordnede og skal føre tilsyn med deres offentlige tjenester. Etter 1975 har Legekontoret i Helsedirektoratet delegert myndighet til fylkeslegene, slik at de fleste arbeidsoppgaver staten har som arbeidsgiver overfor distriktslegene, utfóres av fylkeslegen. Han godkjenner permisjoner, godkjenner bolig og kontor, anviser lønn og reiseutgifter, godkjenner bruk av egen bil.⁶³ Tilsetting og avskjed foretas fremdeles av sentralforvalt-

ningen. Fylkeslegen skal føre tilsyn med de privatpraktiserende leger i fylket og skal hvert år gi helsedirektøren en fortegnelse over disse.

Fylkeslegen skal etter instruksjonen føre tilsyn med tannlegers, jordmødres og "øvrigt medicinalpersonales utøvelse av deres kald". Nå har fylkeslegen tilsyn bare med de privatpraktiserende tannleger, mens fylkestannlegen har tilsynet med de offentlig ansatte. I etterkrigstiden er det kommet til nye kategorier helsepersonell, f.eks. helsesøstre og fysioterapeuter, som fylkeslegene skal ha tilsyn med. Hva angår helsesøstrene, har vi sett at loven av 1957 pålegger fylkeslegen å avgi innstilling i ansettelsessaker (se s. 136).

Etter instruksjonen skal fylkeslegen føre "kontrollerende tilsyn" med fylkets kommunale og private helseinstitusjoner. Fylkeslegen var nok mer engasjert i institusjonstjenesten før sykehusloven la ansvaret til fylkeskommunen, men også nå utfører han viktige oppgaver på dette feltet. Han har det overordnede tilsyn med helseinstitusjonene. Foruten tilsynsplikten er han delegert myndigheten til å godkjenne sykehjem (se s. 131), han er medlem av sykehusnemnda (se s. 122), behandler klagesaker m.m.

Fylkeslegen har fått en rekke nye oppgaver etter 1945. Han koordinerer skolehelsetjenesten i fylket og fører det overordnede tilsyn (se s. 138). I tilknytning til helsestasjonene skal han godkjenne lokaler, budsjett og regnskap, gi faglig rådgivning og ha tilsyn med virksomheten.

Planlegging er blitt et viktig område innenfor helsevesenet. Distriktslegen har planarbeide på kommunenivå, fylkeslegen i fylket. Han utarbeider helsestasjonsplan, plan for helsesøstertjenesten og hjelper fylkeskommunen med å utarbeide plan for bedriftshelsetjenesten.

Fylkeslegen er delegert godkjenningsmyndighet overfor visse typer helsepersonell som hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysio kjemikere og radiografer.

Mange av fylkeslegens arbeidsoppgaver ligger innenfor det område som kalles sosialmedisin. Begrepet kan tolkes som sosiale og økonomiske forholds innvirkning på helsetilstanden.⁶⁴ Dette er et vidt begrep som ikke er enkelt å definere. I stedet for å forsøke videre avgrensninger, skal det her nevnes en del felter som betraktes som sosialmedisin.⁶⁵

Som sosialmedisin regnes tuberkulosearbeidet. Det var tidligere et viktig arbeidsfelt såvel for distriktslegene og helserådene som for fylkeslegen. I dag vil arbeidet først og fremst gjelde kontroll. Fylkeslegen fører tilsyn med og gir rådgivning til distriktsleger og helseråd. Planlegging av særskilte skjermbildeundersøkelser vil ligge til fylkeslegen.

Mens distriktslegene har tilsynet med sinnslidende i privat forpleining innenfor sine distrikt, har fylkeslegen det overordnede tilsynet i fylket. Da denne omsorgsformen er i avtagende, er arbeidet med slike saker blitt mindre.

Mens tuberkulosearbeidet og tilsynet med de sinnslidende er pålegg i fylkeslegeinstruksen, er det mange oppgaver innenfor sosialmedisin som ikke er nevnt, men som er kommet til senere. Arbeidsoppgaver som gjelder funksjonshemmede, har tiltatt i de senere årene. Det foregår et samarbeide med funksjonshemmedes interesseorganisasjoner for å bidra til å dekke funksjonshemmedes særlige behov for avlastningstiltak, transportordninger og boligtilbud. Fylkeslegen fordeler bevilgede midler til velferds- og trivselstiltak for funksjonshemmede, holder kurs for funksjonshemmede barn m.v.

Etter lov om grunnskolen av 13. juni 1969 skal det være et fylkesråd for funksjonshemmede. Rådet, som skal koordinere oppgaver i forbindelse med opplæring, kan også ta opp andre spørsmål som gjelder funksjonshemmede. Rådet er tverretattlig, politikere og representanter for de funksjonshemmede er med. Det oppnevnes av fylkestinget. Fylkeslegen bør være medlem (rundskriv fra Kirke- og undervisningsdepartementet 19. nov. 1980). I Akershus ble fylkesrådet opprettet i 1977.

Fylkesnemnder er opprettet etter loven om folketrygd (17. juni 1966). De behandler saker om attføring og hjelp til blinde og vanføre. Fylkesnemnda er en del av trygdeapparatet og er underlagt Rikstrygdeverket. Til tross for at nemnda egentlig ikke er en del av helsevesenet, er fylkeslegen medlem, ofte formann.

Andre oppgaver på det sosialmedisinske området gjelder narkotikamisbruk, der fylkeslegen driver opplysningsvirksomhet og deltar i fylkesregionale kontaktutvalg for narkotikaproblemer. I abortsaker gjennomgår fylkeslegen bl.a. alle skjemaer om utført abort og oppnevner medlemmer til abortnemnda. Han har også med steriliseringssaker å gjøre og er medlem av steriliseringsnemnda, der det tas stilling til søknader om sterilisering.

Sosialmedisin grenser opp til flere fagområde. Fylkeslegen har da også et utstrakt samarbeide med andre forvaltningsgrener. Han samarbeider f.eks. med fylkesskolesjefen om funksjonshemmede og narkotikaproblemer, med fylkesbyggesjefen i miljøspørsmål og med trygdevesenet.

Flere arbeidsområder kunne nevnes, men dette skulle være tilstrekkelig til å vise at fylkeslegens ansvar spenner over et vidt felt. En stor del av oppgavene er kommet til i den perioden som her behandles. Han har et nært samarbeide både

med sentralforvaltningen, de statlige lokale forvaltningsorganer, fylkeskommunen og helsevesenet innenfor "minste lokalenhet". Han er helsedirektørens forlengede arm i det lokale miljøet. Helsesaker fra kommuner og fylkeskommuner går til helsedirektøren via fylkeslegen. Hans arbeidsfelt kan best sammenfattes som tilsyn og kontroll samt rådgivning.

Gjennomføringen av de lovendringer som gjelder primærhelsetjenesten, vil ikke endre fylkeslegenes forvaltnings-tilhørighet. De vil fortsatt være statlige. For fylkeslegens arbeidsoppgaver vil likevel loven om helsetjenesten i kommunene få visse konsekvenser. Han vil ikke være kommunelegenes overordnede slik som han nå er distriktslegenes. Derved vil arbeidsgiverfunksjonene falle bort. Hans plikter overfor kommunene og de offentlige leger, vil være som tilsyns- og kontrollmyndighet.

Opphevelsen av loven om de offentlige legeforretninger krever ny lovhjemmel for fylkeslegenes virksomhet. Det er vedtatt en ny lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.⁶⁶ Den tillegger fylkeslegen bl.a. tilsynet med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket. Han skal medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Han skal medvirke til at lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten blir kjent og overholdt.

Ettersom staten kun med hjemmel i lov kan gi kommunene pålegg om å utføre oppgaver, vil helsedirektørens forhold til kommunelegene bli et annet enn til distriktslegene. Helsedirektøren har det overordnede ansvar i arbeidet mot epidemiske og smittsomme sykdommer. Hittil har kontrollen gått gjennom distriktslegene. I fremtiden vil saksgangen bli noe annerledes.

Sunnhetsloven av 1860 skal endres slik at helsedirektøren kan gi pålegg om tiltak helserådene skal iverksette, når det er risiko for at farlig epidemisk og smittsom sykdom skal bre seg. Helsedirektøren skal også kunne pålegge den kommunelegen som er ordfører i helserådet, å følge nærmere bestemte faglige retningslinjer i sitt arbeide for å bekjempe epidemiske og smittsomme sykdommer. Helsedirektørens fullmakter kan delegeres til fylkeslegene. Han får derved nye oppgaver.

Når den statlige distriktslegeetat opphører, blir fylkeslegene eneste lokale myndighet for den statlige helseforvaltning. Som en følge av det, vil fylkeslegene få kontroll- og tilsynsoppgaver som distriktslegene hadde tidligere.

En kunne kanskje tenke seg at omorganiseringen av helsevesenet kunne føre til forandringer i fylkeslegens forvaltningstilhørighet. Når det ikke vil skje, må det henge sammen med at fylkeslegen oppfattes som nærmere tilknyttet staten enn fylkeskommunen, samtidig som staten har behov for en lokal representant.

Det er vist at fylkeslegens arbeidsoppgaver har økt i de senere år. Veksten gjenspeiler seg i fylkeslegens administrasjon.

Fylkeslegens administrasjon

Den første fylkeslegen ble utnevnt i 1920.⁶⁷ I begynnelsen var fylkeslegeembetet kombinert med stilling som distriktslege. Først i 1961 var alle fylkesleger utnevnt i heldagsstilling.⁶⁸ I forbindelse med at fylkeslegen ble heltidsansatt, ble det opprettet stilling som kontorassistent. Senere er kontoret videre utbygd med fylkeshelsesøster og assiste-

rende fylkeslege, fylkespsykiater, sosialkonsulent for funksjonshemmede og andre sosialarbeidere. De sistnevnte kalles gjerne fylkeslegens sosialmedisinske team. Etter 1974 er det opprettet kontorsjefstilling ved de fleste fylkeslegekontorene. Denne stillingen er en forutsetning for delegering av myndighet til fylkeslegen som har foregått i de senere år. Tidligere er nevnt at de sentrale myndigheter har delegert godkjenningsmyndighet og arbeidsgiverfunksjoner overfor distriktslegene. Fylkeslegen er også delegert arbeidsgiverfunksjonene overfor det statlige personellet ved fylkeslegens kontor. Kontoret til fylkeslegen i Akershus har ca. 20 ansatte.

Personellet ved fylkeslegekontorene er statsansatt, bortsett fra fylkeshelsesøster som er fylkeskommunal. Personellet ved fylkeslegens kontor har følgelig forskjellig forvaltnings-tilhørighet. Fra 1. januar 1984 vil også fylkeshelsesøsteren være statsansatt. Da vil fylkeslegen og hele hans kontor være statlig.

Fylkestannlegen

Etter loven om folketannrøkt av 28. juli 1949 skal det være en fylkestannlege i hvert fylke. Han har det overordnede tilsyn med folketannrøkta i fylket. Han påser at loven blir fulgt og bevilgningene brukt på best mulig måte. I spørsmål om tannpleie er fylkestannlegen konsulent for fylkesmannen, fylkeslegen og helsedirektøren. Han kan delta i tannrøkt-nemndas møter og i fylkestingets forhandlinger om tannpleiespørsmål, men har ikke stemmerett. Fylkestannlegen utnevnes av Kongen. Han er knyttet til fylkeslegens kontor.

Fra 1. januar 1984 trer loven om tannhelsetjenesten i kraft. Da vil hele tannhelsetjenesten bli fylkeskommunens ansvar. Vi har sett at distriktstannlegene skal bli fylkeskommunale. Det samme vil gjelde fylkestannlegene. De vil forandre sin forvaltningstilhørighet og vil i stedet for å ha staten som arbeidsgiver, gå over til fylkeskommunen. Dette vil bl.a. føre til at fylkestannlegen ikke lenger vil være knyttet til fylkeslegens kontor, men vil overføres til sykehussjefen.

Oversikt over forvaltningsorganer innenfor "største lokalenhet"

Ved inngangen til den perioden vi behandler, var forvaltningsorganer for helsevesenet innenfor "største lokalenhet" av begrenset omfang. Fylkesmannen og hans kontor sto for administrasjonen av såvel statlige som fylkeskommunale anliggender. Fylkeslegen var den eneste som kun stelte med helsevesenet, og han var ansatt på deltid og hadde ikke personale.

I tiden etter krigen, og særlig i de siste 20 årene, har det foregått store endringer. Innføring av folketannrøkt krevde forvaltning, og fylkestannlegeembetet ble opprettet. Statlig og fylkeskommunal forvaltning er blitt skilt. Fylkeskommunens helse- og sosialvesen har fått egen administrasjon med mange ansatte og en sykehussjef på toppen. Han iverksetter beslutninger tatt i helse- og sosialstyret. På helsesektoren har fylkeskommunen oppgaver først og fremst i forbindelse med institusjonshelsetjenesten. Fra 1. januar 1984 kommer tannhelsetjenesten i tillegg. Statens forvaltning er styrket ved at fylkeslegen er heltidsansatt og har fått en stor administrasjon. Hans viktigste oppgave er å være tilsyns- og kontrollorgan.

På helsesektoren finnes to forskjellige administrasjoner innenfor "største lokalenhet". De har hver sin forvaltnings-tilhørighet. Lover og forskrifter fordeler arbeidsoppgavene mellom dem. Det ligger likevel i sakens natur at arbeidsområdene har tilknytningspunkter som krever et nært samarbeide. Fylkeslegen planlegger den fylkeskommunale helsetjenesten og blir som fylkeskommunens rådgiver forelagt f.eks. planer om sykehusutbygging. Han er videre medlem av den fylkeskommunale sykehusnemnda. At områdeoverlegen i helsevernet for psykisk utviklingshemmede kan være underlagt enten sykehussjefen i fylkeskommunen eller den statlige fylkeslegen (se s. 127), viser hvordan fylkeskommunale og statlige arbeidsoppgaver går over i hverandre. Det er karakteristisk for det nære samarbeide mellom sykehussjefen og fylkeslegen at de i Akershus holder til i samme bygning.

Av ovenstående går det frem hvordan fylkeskommunale og lokale statlige forvaltningsorganer innen "største lokalenhet" er filtret i hverandre. Likevel er dette en ordning man har valgt å holde fast ved. Fylkeslegen skal fortsatt være statsansatt.

Bare fylkestannlegene vil endre forvaltningstilhørighet. At de overføres fra staten til fylkeskommunene, betyr en desentralisering.

Oversikt over lokale forvaltningsorganer for helsevesenet

Som nevnt i innledningen er det ikke alltid like skarpe skiller mellom de enkelte sektorer. Dette gjelder særlig helse- og sosialvesenet i fylkeskommunene, som har et felles politisk styre og felles administrasjon. Det gjelder også en del kommuner, og rimeligvis vil flere kommuner komme til å

benytte denne modellen. Fylkeslegens arbeidsområde, og også til en viss grad distriktslegens, er så omfattende at et nært samarbeide med andre etater er nødvendig.

Helsevesenet er en sektor av offentlig forvaltning der desentralisering og inndeling i større og mindre lokalerheter er rasjonelt og vel også nødvendig. Den lokale forvaltningen av helsevesenet er bygd opp på den måten at de lokale selvstyrringsorganene har ansvar innenfor sine områder, samtidig som staten har sine lokale representanter til å føre tilsyn og kontroll. Utbygging og nye funksjoner og tiltak har ført til et konglomerat av organisasjonsformer og ansvarsforhold.

En annen modell for desentralisering, er å fordele alle oppgavene til de enkelte nivåene i forvaltningen, slik at samme forvaltningsnivå har ansvaret for helsevesenet innenfor ett geografisk område, dvs. at ett forvaltningsnivå har ansvaret innenfor "største lokalerhet", et annet innenfor "minste lokalerhet".

Når loven om helsetjenesten i kommunene gjennomføres, vil den lokale forvaltning på helsesektoren ha elementer av begge modellene. "Største lokalerhet" vil som tidligere, ha både fylkeskommunale og statlige forvaltningsorganer. Innenfor "minste lokalerhet" vil kommunene få ansvaret for helsetjenesten utenfor institusjon bortsett fra tannhelsetjenesten. Det er da lagt opp til en modell som et stykke på vei svarer til den sistnevnte. Unntatt er da myndigheten til å utøve kontroll og tilsyn. Den skal fortsatt være en statsoppgave.

Utøvelsen av kontroll og tilsyn gjør staten og de lokale statlige forvaltningsorganer til myndigheter overordnet fylkeskommuner og kommuner.

I de senere år har det foregått en desentralisering ved at fylkeslegene er delegert en rekke oppgaver fra den sentrale forvaltning. I 1984 vil enkelte forvaltningsorganer endre forvaltningstilhørighet. Det gjelder distriktsleger og fylkestannleger. Begge legges til et lavere forvaltningsnivå. Det vil bety en ytterligere desentralisering av den lokale helseforvaltning.

LOKALE FORVALTNINGSORGANER - "STØRSTE LOKALENHET"

Fylkeskommunale styringsorganer

1940

Fylkesordfører

Fylkesting

Fylkesutvalg

1983

Fylkesordfører

Fylkesting

Fylkesutvalg

Sykehusnemnd

Helse- og sos.
styre

Fylkesrådmann

Sykehussjef

1984

Fylkesordfører

Fylkesting

Fylkesutvalg

Sykehusnemnd

Helse- og sos.
styre

Fylkesrådmann

Sykehussjef

Fylkestannlege

Statlig lokalforvaltning

Fylkesmann

Fylkeslege


Fylkesmann


Fylkeslege

Fylkestannlege

Fylkesmann

Fylkeslege

 Hjemlede styringsorganer

 Frivillige styringsorganer

Sentrale forvaltningsorganer

Regjeringen leder den statlige forvaltning. Statsråden er departementets sjef. Et departement har to funksjoner. Den ene funksjonen er som statsrådets sekretariat, på statsrådets ønske, å forberede saker han skal legge frem i statsråd og Storting. Som statsrådets sekretariat tar departementene seg først og fremst av juridiske, økonomiske og fagpolitiske spørsmål. Den annen funksjon er å utøve forvaltning.

En del forvaltningsområder ligger utenfor departementene. Det kan ha flere årsaker. Noen saker kan være av en slik art at de ikke bør være under politisk kontroll, eller de trenger en særskilt fagkunnskap som ikke naturlig lar seg kombinere med et departements funksjon som statsrådssekretariat.⁶⁹ Sentralforvaltning utenfor departementet vil som regel ha større selvstendighet enn en departementsavdeling, men departementet kan gi instruksjer og utøve kontroll. Full selvstendighet har disse institusjonene derfor ikke.

Det er ikke alltid like opplagt om et organ er departementalt eller et sentraladministrativt organ utenfor departementet. En definisjon er at i et departementsorgan tas avgjørelser i statsrådets navn eller "etter fullmakt", mens i en ytre etat treffes avgjørelser i eget navn innenfor rammen av lover og kongelige resolusjoner. En formell forskjell er, at mens en departementsavdeling skriver brev fra departementet, skriver en ytre etat til departementet.⁷⁰

Avgjørelser tatt av sentralforvaltning utenfor departementet kan ankes inn for overordnet departement, mens et departements avgjørelser ankes inn for Kongen. En karakteristisk

forskjell er at mens en byråsjef i et departement ikke kan gi ordre til en overordnet i departementet, kan han etter fullmakt" gi ordre til en direktør utenfor departementet. 70

VED UTBRUDET AV ANNEN VERDENSKRIG

Før annen verdenskrig besto helsevesenets sentralforvaltning av en juridisk avdeling i Sosialdepartementet, Medisinalavdelingen, og et faglig medisinaldirektorat utenfor departementet.

Medisinalavdelingen besto i 1939 av 3 kontorer, 1. Medisinalkontor (M), 2. Medisinalkontor (L) og 3. Medisinalkontor (N). Avdelingen ble ledet av en ekspedisjonssjef og 3 byråsjefer, alle med juridisk utdanning.

Medisinaldirektoratet besto av 2 kontorer, kontoret for legevesenet og kontoret for apotekerverneset. De ble ledet av to kontorsjefer, den ene var lege, den andre farmasøyt. Innenfor direktoratet var det en inspektør for sinnsykevesenet og en inspektør for tuberkulosevesenet (se Svalestuens artikkel om helsevesenet før 1940). Medisinaldirektoratet ble ledet av en medisinaldirektør.

Etter instruks av 11.3.1927 skulle medisinaldirektøren bl.a. føre tilsyn med at bestemmelsene om det offentlige sunnheitsvesen ble gjennomført, bistå helserådene med råd og veiledning, føre tilsyn med legenes, tannlegenes og jordmødrenes virksomhet. Videre førte han tilsyn med statens medisinalanstalter. Medisinaldirektøren skulle avgjøre innstilling ved ansettelse av offentlige leger og når det gjaldt å meddele apotekerbevillinger.

Det påla medisinaldirektøren å komme med forslag til departementet i saker hvor han selv ikke hadde avgjørelsesmyndighet. For visse legestillinger ved statlige helseinstitusjo-

ner hadde medisinaldirektøren ansettelsesmyndighet. Han hadde også ansvaret for å utarbeide instruksjer for disse stillingene. Dessuten utarbeidet han forslag til instruksjer for legestillinger der departementet eller Kongen ansatte.

Medisinaldirektøren utferdiget bestemmelser om hvordan distriktslegenes årlige innberetninger og spesielle beretninger om smittsomme eller andre sykdommer, skulle avgis. Beretningene stilte han til rådighet for Statistisk Sentralbyrå.

Om forholdet mellom Medisinaldirektoratet og departementet sier instruksjen: "Medisinaldirektøren står direkte under det departement som det civile medisinalvesen hører under". Videre heter det: "Han er departementets konsulent i saker vedkommende det civile medisinalvesen. Han har dessuten på begjæring å bistå de øvrige regjeringsdepartementer med avgivelse av betenkninger forsåvidt det utkreves medisinal sakkyndighet".

Saker om helsevesenet av juridisk/administrativ art ble behandlet i Sosialdepartementets medisinalavdeling, der den juridiske kompetanse var. Medisinaldirektoratet hadde den medisinske kompetanse. Saker av medisinsk karakter oversendte departementet til Medisinaldirektoratet til uttalelse.

At medisinaldirektøren etter instruksjen sto direkte under det departement som helsevesenet hørte under, ble tolket slik at medisinaldirektøren var departementets konsulent, ikke statsrådens. Medisinaldirektøren hevdet sine synspunkter overfor ekspedisjonssjefen i Sosialdepartementets medisinalavdeling.⁷¹ Denne la så sakene frem for sosialministeren. Vanligvis var han ikke til stede når helsevesenets budsjettforslag ble behandlet.⁷²

Senere helsedirektør Evang fant ordningen lite tilfredsstillende. Han var formann i en komité i Socialistiske Lægers Forening som i 1938 tok opp problemer i den sentrale forvaltning av helsevesenet. Komiteen mente at en fast avgrensning mellom departementets og direktoratets myndighetsområde manglet.⁷¹ Det var opp til departementet om en sak skulle oversendes til direktoratet, hvilket førte til at viktige saker undertiden ikke var forelagt medisinaldirektøren. På den annen side var det i andre saker en urasjonell dobbeltbehandling i Sosialdepartementet og i Medisinaldirektoratet. Komiteen fremholdt derfor det uheldige i at det juridiske og det medisinske ansvar var delt.⁷³

Kompetanseforholdet ble altså sett på som et problem. Ekspedisjonssjefen i Sosialdepartementets medisinalavdeling og medisinaldirektøren var ikke direkte underordnet hverandre, men sto i "uklart sideordningsforhold".⁷³

Forholdet til sosialministeren ble oppfattet som det vanskeligste. At medisinaldirektøren ikke selv kunne legge saker frem for statsråden, men måtte gå gjennom ekspedisjonssjefen i departementet, svekket Medisinaldirektoratets stilling i forhold til sentraladministrasjonen for øvrig, mente Evang.⁷³

Allerede Statens forenklings- og sparekomité av 1923 hadde foreslått å oppheve medisinalavdelingen i departementet og i stedet flytte medisinaldirektøren over i departementet, og stille ham direkte under statsråden for de sakenes vedkommende som ble avgjort av departementet. I innstillingen fra komitéen fra Socialistiske Lægers Forening foreslås to alternative ordninger. Helst så man opprettet et særskilt helsedepartement med en helseminister som enten kunne være lege eller ikke lege. Den andre løsningen ville være å slå sammen Medisinaldirektoratet og Sosialdepartementets medisinalavdeling. Den nye institusjonens ekspedisjonssjef måtte

være lege og stå direkte under sosialministeren. Enten man valgte det ene eller det andre alternativet, måtte den nye institusjonen ha både juridisk og medisinsk ekspertise. Da komitéens innstilling forelå i februar 1938, var det ikke lenge før endringer inntraff, om enn det skjedde på en noe annen måte enn man hadde tenkt. Tyskernes okkupasjon av Norge fikk varige virkninger på den sentrale forvaltning av helsevesenet.

ANNEN VERDENSKRIG

25. september 1940 erklærte Reichskommissar Terboven at Kongen og Regjeringen var avsatt, og at de politiske partiene, bortsett fra NS, var oppløst. Til å lede departementene oppnevnte Terboven 13 kommissariske statsråder.⁷⁴

Ved forordningen av 25. september 1940 ble den sentrale forvaltning av helsevesenet lagt til det nyopprettede Innenriksdepartementet. 16. oktober 1940 gikk det ut melding fra Innenriksdepartementet om at Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet var overført fra Sosialdepartementet til Innenriksdepartementet. Dette nykonstruerte departementet som ble bygget opp etter tyske forbilder, ble det sentrale departementet. Til det ble lagt vidt forskjellige sakområder. Saker angående kommunalforvaltningen ble overført fra Justisdepartementet, Veterinærdirektoratet ble overført fra Landbruksdepartementet, også restene av Utenriksdepartementet ble lagt til Innenriksdepartementet. Sentralavdelingen og Den alminnelige avdeling ble tillagt forvaltningsmessige og politiske oppgaver. Debes uttaler om Innenriksdepartementet at det ga inntrykk av "et faglig sammensurium".⁷⁴

Fra 1. juli 1941 ble Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet slått sammen til en avdeling under navnet "Helseavdelingen". Avdelingen ble ledet av en medisinaldirektør. Ekspedisjonssjefstillingen i den tidligere medisinalavdeling

ble opphevd.⁷⁵ Ekspedisjonssjefen ble, i likhet med andre avdelingssjefer, stilt direkte under departementssjefen. Helseavdelingen fikk 7 kontorer:

Legekantoret
 Administrasjonskantoret
 Tuberkulosekantoret
 Sinnsykekantoret

Hygienekantoret
 Befolkningskantoret
 Apotekkantoret⁷⁶

Medisinaldirektoratet i London

Da Kongen og Regjeringen evakuerte til England 7.juni 1940, reiste helsedirektør Evang med. Sosialdepartementets medisinalavdeling derimot, var ikke representert i London. Ved kgl. res. 28. november 1941 fikk derfor Medisinaldirektoratet overdratt Medisinalavdelingens oppgaver. Medisinaldirektøren fikk ekspedisjonssjefs funksjoner og skulle legge sine saker direkte frem for statsråden. Derved var grunnlaget lagt for en ny organisasjonsform for helsevesenet også hos den norske regjering i London. Medisinaldirektøren hadde, foruten hovedkantoret i London, også kontor i Washington og Stockholm.

Medisinaldirektoratet kom ikke til å være uten arbeidsoppgaver under krigen. Viktigst var å organisere en helsetjeneste for norske sjøfolk. Det ble opprettet en rekke legekantorer, sykehus og rekonvalesenthjem både i Storbritannia, USA, Kanada og India.⁷⁷

Sosialdepartementet ved Medisinaldirektoratet fikk ansvaret for å skaffe forsyninger med medisinske varer. Statens Medisindepot i Storbritannia forsynte de norske sivile og militære anlegg i Storbritannia med legemidler. I samarbeide med allierte og norske militære myndigheter ble det trukket opp linjer for gjennomføring av forsyninger til Norge under og etter frigjøringen.

Like etter at Regjeringen kom til England, ble det oppnevnt en komité, "Reliefkomitéen" som skulle sette i gang en aksjon for å skaffe matvarer, klær og legemidler til den nødlidende norske befolkning i Norge.

Behandlingen av "reliefsaker" ble først lagt til Sosialdepartementets alminnelige avdeling i London, men fra 1. januar 1942 ble de overført til Medisinaldirektoratet. "Reliefsakene" krevde hyppige forhandlinger med de allierte myndigheter og med andre myndigheter, som svenske, sveitsiske og portugisiske. Både hovedkontoret i London og kontoret i Washington hadde mye av sin tid besatt med "reliefoppgavene". Sverige hadde en spesiell stilling da det både var giver og gjennomgangsland for varer. Der ble det opprettet et særskilt organ, "Reliefcentralen" som i 1944 ble en del av Medisinaldirektoratets kontor.⁷⁸

Norske flyktninger i Sverige utgjorde etter hvert 50.000 personer. Helsetjenesten var en viktig del av flyktningeadministrasjonen. Medisinaldirektørens kontor i Stockholm ble etablert i 1943. Det sorterte administrativt under Flyktningekontorets sjef, faglig under medisinaldirektøren i London. Medisinalkontoret i Stockholm planla og ledet lege- og tannlegetjenesten for flyktingene.⁷⁹ Også medisinske og hygieniske spørsmål angående repatriering (hjemføring) av krigsfanger fra Tyskland lå under medisinaldirektørens kontor i Stockholm.

Hva med sentralforvaltningen da frigjøringen kom? Allerede under krigen måtte regjeringen i London ta stilling til hvordan departementsordningen skulle være i Norge når krigen ble slutt. I dette spørsmålet hadde Regjeringen samarbeidet med hjemmefronten i Norge. Hjemmefrontens første forslag gikk ut på at sentralforvaltningen ved frigjøringen burde være som før 9. april 1940. For den sentrale helseforvaltning betød det en medisinalavdeling i departementet og et medisinaldirektorat, til tross for at komitéen mente det var en tungvint ordning. I november 1944 ble det oversendt en innstilling nummer to til regjeringen i London. Denne inneholdt forslag til en rekke endringer. For helsevesenets vedkommende gikk innstillingen inn for å opprettholde sammenlåingen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet.⁸⁰ I innstillingen heter det bl.a.:

"Administrasjonsordningen for medisinalvesenet har vært sterkt kritisert i lang tid. Ordningen har i det hele vært lite rasjonell med atskillig overflødig dobbeltbehandling av sakene. Spørsmålet om å slå Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet sammen har derfor tidligere vært oppe. Vi antar at det er en nokså alminnelig oppfatning hos sakkyndige at dette er en praktisk og hensiktsmessig ordning. Noen forbindelse med nazisme har det ikke. Under disse omstendigheter ville det etter vårt skjønn være helt forfeilet å rive den nye ordning i stykker og føre alt tilbake til det som var bare fordi den er blitt til under okkupasjonsstyret.

Ut fra de synsmåter som her er nevnt foreslår vi at nyordningen prinsipielt opprettholdes. Vi finner det dog mere praktisk at Helseavdelingen gis form av et Helsedirektorat med utstrakt fullmakt til å treffe avgjørelser på egen hånd. Saker som er så viktige at de bør avgjøres av departementet bør forelegges av Helsedirektøren

direkte for departementssjefen. Noen særskilt helseavdeling i departementet skulle det ikke være bruk for".⁸¹

TIDEN ETTER 1945

Etter at hjemmefrontens innstilling var behandlet, ble den nye departementsordning vedtatt ved kongelig resolusjon av 8. mai 1945. Ordningen skulle være midlertidig. Hva den sentrale helseforvaltning angår, falt ordningen i prinsippet sammen med hjemmefrontens forslag. "Sammenslutningen av Medisinalavdelingen og Medisinaldirektoratet opprettholdes i form av et Helsedirektorat".⁸² Forholdet mellom Helsedirektoratet og Sosialdepartementet skulle utredes særskilt. Inntil videre skulle helsedirektøren selv foredra direktoratets saker for statsråden.

Etter at spørsmålet var utredet av en komité, ble ved kgl. res. av 12. mars 1948 bestemt at

1. "Sosialdepartementets tidligere Medisinalavdeling og det tidligere Medisinaldirektorat oppheves.
2. Medisinalavdelingens og Medisinaldirektoratets funksjoner overføres til Helsedirektoratet som skal være en avdeling av Sosialdepartementet og samtidig et direktorat med de oppgaver som tillå Medisinaldirektoratet.
3. Helsedirektøren utfører de funksjoner som tillå såvel den tidligere ekspedisjonssjef for Medisinalavdelingen som Medisinaldirektøren".⁸²

Helsedirektoratet ble dels en departementsavdeling, dels et direktorat. I enkelte saker treffer helsedirektøren avgjørelse i statsrådets navn, han undertegner "etter fullmakt". I slike saker fungerer helsedirektøren som ekspedisjonssjef. I andre saker treffer han avgjørelse som helsedirektør, i eget navn. I det første tilfellet brukes Sosialdepartementets skrivepapir, i det andre tilfellet Helsedirektoratets. Når en sak avgjort av helsedirektøren ankes, er helsedirektøren også ankeinstans.⁸³

Helsedirektøren foredrar alle saker for statsråden, både dem han avgjør som fagdirektør, og dem han avgjør som departementsmann. Departementsråden har derved ingen kompetanse når det gjelder departementsbehandling av saker som angår helsevesenet. Ordningen har vært karakterisert som at Sosialdepartementet nærmest er to departementer med felles statsråd.⁸⁴

I hvilke saker treffer helsedirektøren avgjørelse som fagdirektør, og i hvilke saker er han departementsmann? Departementene styrer arbeidet med lovene. Dette gjør de som statsrådets sekretariat. I forbindelse med lovarbeider opptrer derfor Helsedirektoratet som departementsavdeling.

Det kan være fastlagt i loven eller i kgl. res. hvilken instans som har myndighet. Noen eksempler vil illustrere dette. I loven om psykisk helsevern av 1961 står det om planlegging, oppføring og drift av institusjoner at to eller flere fylkeskommuner kan samarbeide, og at "Kongen kan påby slikt samarbeid". Videre skal institusjoner og forpleiningssteder som går inn under samme lov, "godkjennes av Kongen". Ved kgl. res. er denne myndighet senere delegert helsedirektøren. Videre heter det: "Kontrollkommisjonene oppnevnes av departementet ...". I disse eksemplene, som er hentet fra samme lov, er både Kongen, Sosialdepartementet og Helsedirektøren tillagt hver sine oppgaver.

I andre saker vil det være vanskeligere å avgjøre i hvilken egenskap helsedirektøren tar avgjørelsen. Da må en vurdere om saken er av "faglig" eller "departemental" art, et skille som kan være tvilsomt.⁸⁵

Kgl. res. av 12. mars 1948 inneholder bestemmelser om Helse- direktoratets oppbygging. Det skulle bestå av 8 kontorer:

Budsjett- og personalkontoret
 Legekontoret
 Tuberkulosekontoret
 Kontoret for psykiatri
 Hygienekontoret
 Apotekkontoret
 Tannlegekontoret
 Sykehuskontoret

Helsedirektoratets dobbeltstilling som departementsavdeling og direktorat krever foruten fagkunnskap i medisin, hygiene, farmasi osv., også juridisk sakkunnskap. Helsedirektøren, som ved siden av å være faglig leder og øverste medisinske autoritet, også fikk funksjon som ekspedisjonssjef, har ansvaret både for juridiske og administrative sider av en sak. Helsedirektoratet trenger derfor juridisk kyndige. Som nærmeste rådgiver fikk helsedirektøren en jurist, medisinal- råden.

Det følgende vil gi en beskrivelse av de viktigste arbeidsområdene til de enkelte kontorene i Helsedirektoratet, med utgangspunkt i forholdene slik som de er nå, og med linjer bakover.⁸⁶

Budsjett og personalkontoret/Økonomi- og personalkontoret (H2)

En del oppgaver som under okkupasjonen lå til Helseavdelingens administrasjonskontor, ble etter krigen overtatt av Budsjett- og personalkontoret.

- Direktoratets budsjett-, lønns- og personalsaker.
- Kontoret styrer statens helseinstitusjoner.
- Budsjett-, regnskaps- og lønnsaker for kommunale og private somatiske og psykiske helseinstitusjoner.
- Vanføreomsorgen lå før krigen til Kirke- og undervisningsdepartementet. I 1941 ble ansvaret delt slik at nevnte departement beholdt skoleforholdene, mens institusjonsforhold ble overført til Administrasjonskontoret i Helseavdelingen. Vanføresaker ble senere (1962/63) overført til Tuberkulosekontoret (se dette).
- Administrasjonen av åndssvakehjem og epileptikerhjem ble overført fra Kontoret for psykiatri i slutten av 1960-årene (se dette).
- Kurpengesakene ble behandlet i Økonomi- og personalkontoret. Etter 1980 beregnes og fordeles folketrygdens rammetilskudd.
- Fylkesplanene for utbygging av helseinstitusjoner, som etter sykehusloven av 1969 skal godkjennes, blir behandlet her. Kontoret foretar også den tekniske vurdering av byggeprosjekter og kostnadsrammer for institusjonsbygg.

Flere oppgaver, særlig i forbindelse med gjennomføringen av sykehusloven, førte til at kontoret ble delt i seksjoner, en personalseksjon, en teknisk seksjon, en budsjettseksjon og en økonomiseksjon. Det ble opprettet stilling for avdelingsdirektør. I dag har kontoret dessuten underdirektør, 4 byråsjefer samt 3 overarkitekter og en overingeniør til å

vurdere byggesaker. En så stor bemanning ligner mer en avdeling enn et kontor. Ved midten av 1960-årene endret kontoret navn fra Budsjett- og personalkontoret til Økonomi- og personalkontoret.

Legekontoret (H 1)

Legekontoret ble opprettet i 1941.

- Lovgivning, organisasjon, ledelse og kontroll med landets legevesen. Den som vil kalle seg lege og drive legevirksomhet, må ha autorisasjon eller lisens fra Sosialdepartementet (ved Helsedirektoratet). Sosialdepartementet treffer også vedtak om å tilbakekalle autorisasjoner og lisenser. Private leger er underlagt helsedirektøren. Han fører tilsyn med at lover, forskrifter og bestemmelser om leger og helseinstitusjoner blir fulgt.
- Legekontoret administrerer loven om utførelsen av de offentlige legefóretninger, saksbehandlingen i ansettelsessaker til fylkeslege- og distriktslegestillinger. Hit hører også fylkeslegekontorene og personalsaker ved disse.
- Administrasjonen av saker angående kvakksalvere.
- Administrasjon av loven om godkjenning av helsepersonell (14. juni 1974). Kontoret er overordnet myndighet i godkjenningssaker av visse typer helsepersonell der godkjenningsmyndigheten er delegert til fylkeslegen (se denne).
- Helsetjenesten utenfor institusjon.

- Helsearbeidet i skolene lå før 1. juli 1958 til Kirke- og undervisningsdepartementet. Fra denne dato trådte lov om helsearbeidet i skoler og andre undervisningsinstitusjoner i kraft. Det overordnede ansvar ligger nå til Helsedirektoratet. Det skal gi forskrifter etter loven, sette i verk tiltak for å fremme helsearbeidet i skolene, fastsette instruks for skoleleger m.v. Arbeidsområdet ble overført fra Hygienekontoret 1961-62 (se Hygienektr.)
- Sosialdepartementet (ved Helsedirektoratet) kan gi forskrifter til gjennomføring av loven om bedriftshelsetjeneste. I forbindelse med bedriftshelsetjenesten i staten gir Helsedirektoratet råd i faglige spørsmål. Ved kommunale og private arbeidsplasser har helsedirektøren innstillingsmyndighet ved ansettelse av bedriftsleger. Omkring 1960 ble bedriftslegetjenesten overført til Legekontoret fra Hygienekontoret (se Hygienektr.).
- Sykepleietjenesten, jordmortjenesten og fra 1958 også helsesøstertjenesten ble administrert fra Legekontoret før Sykepleiekontoret ble opprettet omkr. 1970 (se dette).

Tuberkulosekontoret/Kontoret for sosialmedisin (H 3)

Tuberkulosekontoret ble opprettet i 1941.

- Lovgivning, organisasjon, ledelse og kontroll av tuberkulosearbeidet.

- Etter lov av 8. mai 1900 om foranstaltninger mot tuberkulose skal Sosialdepartementet gi bestemmelser for alle slags lokaler som hoteller, forsamlingslokaler, arbeidssteder osv. Medisinaldirektøren skal gi nærmere anvisninger om gjennomføringen av loven.
- Administrasjonen av skjermbildefotografering (lov av 12. desember 1947) og tuberkulinprøving og vaksinasjon mot tuberkulose (lov av 12. desember 1947). Sosialdepartementet gir bl.a. påbud om røntgenundersøkelse av lungene, om tuberkulinprøving og om fritak fra dette. Helse- direktøren er bemyndiget til bl.a. å gi forskrifter i tilknytning til lovene. I årene etter krigen arbeidet kontoret med å gjenoppbygge statens tuberkulosesanatorier, da flere var blitt helt eller delvis ødelagt under krigen. Senere førte overvinnelsen av tuberkulosen til mindre behov for et særskilt tuberkulosekontor.

Omkring 1970 fant det sted en omorganisering, og Tuberkulosekontoret endret navn til Kontoret for sosialmedisin.⁸⁷ Det er nå kontorets oppgave å koordinere og være konsultativt organ for de forskjellige departementers oppgaver innenfor omsorgen for de funksjonshemmede (f.eks. ligger statens atføringsinstitutter under Kommunaldepartementet, skoleforhold til Kirke- og undervisningsdepartementet)

- Kontoret administrerer de bevilgninger på statsbudsjettet som skal gå til tiltak for de funksjonshemmede, bl.a. funksjonshemmedes organisasjoner, spørsmål om tekniske hjelpemidler til funksjonshemmede.
- Kontoret ansetter sosialkonsulentene ved fylkeslegens kontor (se denne).

- Saker om seksualinngrep overført fra kontoret for psykiatri. Lovene om svangerskapsavbrudd (13. juni 1975) og om sterilisering (3. juni 1977) administreres av Kontoret for sosialmedisin. Søknader om kastrering avgjøres av steriliseringsrådet, der helsedirektøren er medlem sammen med en dommer og to leger.

Kontoret for psykiatri (H 4)

De saker som under okkupasjonen lå til Sinnsykekontoret, gikk etter krigen til Kontoret for psykiatri.

- Lovgivning, organisasjon, ledelse og kontroll med psykisk helsevern.
- Kontoret utøver sykehuseierfunksjoner for psykiatriske institusjoner (Gaustad, Vindern og Sogn) og kontrollerer de øvrige. Etter sinnsykeloven av 1848 skulle bl.a. sinnsykehus godkjennes. Det samme gjaldt forskrifter om de sykes forpleining og tjenestereglement for visse ansatte. Gjeldende lov om psykisk helsevern krever godkjenning av psykiatriske sykehus, av fylkeskommunens helseplaner og av leger som har tilsyn med psykiatriske pasienter i privat pleie (se s. 125).
- Frem til 1941 lå omsorgen for psykisk utviklingshemmede under Kirke- og undervisningsdepartementet. Under okkupasjonen ble åndssvakehjemmene overført til Sinnsykekontoret i Innenriksdepartementet. Siden krigen har omsorgen for de psykisk utviklingshemmede vært delt, idet Kirke- og undervisningsdepartementet har ansvaret for dem som er på spesialskoler, mens Helsedirektoratet har ansvaret for de øvrige åndssvake.

- Før 1971 administrerte kontoret statens åndssvakehjem (se s. 126). Nå står kontoret for koordineringen av landets åndssvakeomsorg.
- Helsevernet for epileptikere.
- Spørsmål om behandling og ettervernstiltak for narkomane.
- Psykologer må godkjennes av Sosialdepartementet (lov av 9. mars 1973), og departementet kan gi forskrifter om forhold vedrørende psykologers virksomhet.
- Saker om seksualinngrep før dette saksområdet gikk over til kontoret for sosialmedisin.

Hygienekontoret (H 5)

Hygienekontoret ble opprettet i 1941.

- Lovgivning, organisasjon, ledelse og kontroll av den generelle hygiene, bl.a. drikkevann, bad og hygieniske forhold ved boliger, skoler, fabrikker.
- Godkjenning av helserådenes sunnhetsvedtekter (loven om sunnhetskommisjoner av 16. mai 1860).
- Overordnet instans for klager over helserådsvedtak.
- Ved utbrudd av epidemisk eller smittsom sykdom kan helsedirektøren forby avholdelse av offentlige arrangementer. Sosialdepartementet kan gi forskrifter om tiltak som kan settes i verk for å hindre overføring av smittsom sykdom fra utlandet, forskrifter for å gjennomføre tiltak mot kjønnssykdommer, påbud om vaksinasjon mot kopper og andre farlige akutte infeksjonssykdommer.

- Revmatiske sykdommer og strålehygiene (røntgen, radium m.v.).

- Staten eier en rekke medisinske laboratorier. Statens institutt for folkehelse eksisterte allerede før annen verdenskrig. Statens bakteriologiske laboratorium i Tromsø ble opprettet i 1940, senere er flere kommet til. Der foregår forskning, foretas ulike undersøkelser som blodtypeundersøkelser og drikkevannsundersøkelser. Laboratoriene betjener leger, sykehus og helseråd og foretar analyser av innsendte prøver. Mens Statens institutt for folkehelse er et nasjonalt laboratorium og skal betjene hele landet, er de andre medisinske laboratoriene landsdelslaboratorier. Staten eier og driver Statens institutt for strålehygiene. Instituttets viktigste oppgave er å kontrollere røntgenutstyr og strålesikringstiltak ved alle landets røntgenavdelinger ved sykehusene, ved diagnosestasjoner, hos praktiserende leger og tannleger og i industrien.

- Helsemessig opplysningsvirksomhet.

- Overordnet tilsyn og kontroll med tilvirkning og omsetning av nærings- og nytelsesmidler. Med hjemmel i loven av 19. mai 1933 om tilsyn med næringsmidler m.v. utarbeides forskrifter med detaljerte krav til lokaler hvor næringsmidler tilvirkes og omsettes, krav til varer med hensyn til hygiene og verdi som næringsmiddel.

- Helsetjenesten for norske sjøfolk. Ved krigens slutt hadde staten en rekke legekontorer, sykehus og rekonvalesenthjem utenfor Norge. Mange av disse institusjonene ble avviklet etter krigen.

- Tobakkslovgivningen. Etter loven om omsetning av tobakksvarer (9. mars 1973) kan departementet gi forskrifter om innhold i tobakksvarer og om merking av pakker som inneholder tobakksvarer.
- Bedriftslegetjenesten i staten før 1960. Nå ligger bedriftslegetjenesten til Legekontoret (se Legektr.).
- Tidligere lå overoppsynet med kontrollstasjoner for mor og barn til Hygienekontoret (se Sykepleiektr.).
- Helsearbeidet i skolene fra 1958 og noen år inntil overføring til Legekontoret (se Legektr.).

Sykepleiekontoret (H 6)

Organisasjon, ledelse og kontroll med pleiere og hjelpepersonale, deres organisasjon og utdanning ble ved ordningen av Innenriksdepartementet i 1941 lagt til Legekontoret.

Offentlig godkjenning av sykepleiere ble påbudt i loven om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere av 10. desember 1948. For å få godkjenning, ble det krevd utdanning fra godkjent sykepleieskole. Det ble satt vilkår for godkjenning av læreanstaltene.

Både staten, fylkeskommuner og private humanitære organisasjoner eide sykepleieskolene. De var ofte knyttet til et sykehus, og mer eller mindre underlagt sykehusenes administrasjon.⁸⁸

Loven om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere av 8. januar 1960 krever at sykepleieskolene skal ha en selvstendig administrasjon. Etter loven skulle staten refundere skolenes utgifter til undervisning.

I forbindelse med at staten påtok seg nye oppgaver med utdanning og godkjenning av sykepleiere, var det etter krigen på tale å opprette et særskilt kontor for sykepleiesaker (av den skjematisk oversikten over kontorordningen i Helsedirektoratet går det frem at H 6 er utelatt i 1948. Det var med tanke på et nytt sykepleiekontor).

I første omgang ble det ikke noe av planene, men i forbindelse med gjennomføringen av sykepleieloven av 1948, ble det opprettet en stilling for sykepleieinspektør i Legekantoret. Det var meningen at dette skulle være begynnelsen til et særskilt kontor for sykepleiesaker.

Gjennomføringen av sykepleieloven av 1960 krevde en utbygging av den sentrale administrasjon av sykepleiesaker. Fra 1967 ble det opprettet en særskilt seksjon for disse sakene ledet av en byråsjef.

Fra 1. desember 1971 er Sykepleiekantoret et særskilt kontor.

- Helsestasjonsvirksomheten ble overført fra Hygienekantoret.

Følgende arbeidsoppgaver ble overført fra Legekantoret:

- Offentlig godkjenning av sykepleiere, jordmødre, vernepleiere og hjelpepleiere.
- Sykepleietjenesten i institusjon, personellsituasjonen, organisering av tjenesten m.v.

- Sykepleietjenesten utenfor institusjon. Det gjelder jordmortjenesten og helsesøstertjenesten. Videre ble hjemmesykepleien (retningslinjer fra 1971) lagt til det nyopprettede Sykepleiekontoret.
- Utdannelse av sykepleiere og hjelpepleiere. Godkjenning av sykepleieskoler, godkjenning av skolestyrer, regler for å refundere skolenes utgifter, pålegg til fylkeskommuner om å opprette sykepleieskoler, lå til Sykepleiekontoret før 1. januar 1981. Fra denne dato ble utdanning av helsepersonell overført til Kulturdepartementet og Kirke- og undervisningsdepartementet.

Apotekkontoret (H 7)

Apotekkontoret ble opprettet i 1941.

- Lovgivning, organisasjon og ledelse av apotekvirksomheten. Grunnlaget for apotekvesenet var tidligere loven om drift av apotek av 4. august 1909. Nå gjelder loven om drift av apotek av 7. juni 1963.
- Apotekene drives som vanlig næringsvirksomhet i privat regi, men regulert av staten. For å drive apotek, er det nødvendig å ha apotekbevilling. Etter loven har Kongen myndighet til å opprette og nedlegge apotek. Myndigheten er delegert til Sosialdepartementet, avgjørelsene tas i Apotekkontoret. Det stiller krav til apotekenes lokaler, innredning og utstyr, til legemidlenes kvalitet, gir regler om oppbevaringsforhold og utleveringsvilkår. Apotekinspektører ansatt i Apotekkontoret foretar ettersyn av apotekene. Apotekkontoret fastsetter priser på legemidler. For at befolkningen i tynt befolkede områder skal ha lett adgang til slike, er det innført avgifts-

og tilskuddsordninger som sikrer apotekene en rimelig inntekt. Apotek som har en årlig omsetning over et visst beløp, betaler en avgift til staten. De som har lite omsetning, får tilskudd av midlene.⁸⁹

- Apotekkontoret har ansvaret for lovgivning, organisasjon og ledelse av legemiddelforsyningen og legemiddelkontrollen. Det er overordnet instans for organer som foretar kontroll av legemidler. Det gjelder Statens legemiddelkontroll, (inntil 1973 Spesialitetskontrollen og Statens farmakopélaboratorium) som har å gjøre med kontroll av ferdige legemidler. Norsk Medisinaldepot (loven om Norsk Medisinal depot av 27. februar 1953) kontrollerer råvarer til legemidler.

Tannlegekontoret (H 8)

Tannlegesaker lå under Legekontoret frem til 1944 da Tannlegekontoret ble opprettet.

- Lovgivning, organisasjon og kontroll av landets tannlegevesen. Etter tannlegeloven (tidligere lov av 29. april 1927, nå lov av 13. juni 1980) har helsedirektøren tilsyn med landets tannlegevirksomhet. Bare de som har autorisasjon som tannlege, har rett til å bruke titelen og drive tannlegevirksomhet. Slik autorisasjon gis av Sosialdepartementet.
- Offentlig tannhelsetjeneste.

Sykehuskontoret (H 9)

Den overordnede myndighet over sykehusvesenet lå etter ordningen av 1941 til Administrasjonsavdelingen i Innenriksdepartementet. Sykehuskontoret ble opprettet i 1946. Arbeidsområdet kan skisseres slik:

- Lovgivning, organisasjon, ledelse og kontroll av de somatiske helseinstitusjoner.
- Etter 1951 mottar kontoret melding om alle byggeplaner.
- Administrerer sykehusloven av 1969. Kongen har utstrakt myndighet over sykehusutbygging. Sykehuskontoret godkjenner sykehus. De planer som fylkeskommunene skal utarbeide for det somatiske helsevernet, forelegges Sykehuskontoret som har den overordnede planlegging og koordinering av sykehusvirksomheten (se s. 121).

Utredningskontoret (HU)

Omkr. 1970 ble det dannet en utrednings- og planleggingsgruppe innenfor Økonomi- og personalkontoret. Noen år senere ble denne et særskilt kontor med planleggingssjef og byråsjef.

- Kontoret har "utrednings- og planleggingsoppgaver av økonomisk karakter vedrørende helsevesenet, herunder bl.a. konsultasjon under arbeidet med godkjenning av fylkesplaner, hovedansvar for direktoratets arbeid i langtidsprogrammsammenheng ...".⁹⁰
- "Utredningskontorets hovedarbeid består i å lage en analyse av helsetjenestens utvikling fram til år 2000. I den forbindelse lages det bl.a. analyser for etterspør-

sel etter og tilgang på ulike kategorier helsepersonell. Har under oppbygging et edb-basert helsepersonellregister".⁹⁰

Kontinentalsokkelkontoret

Kontinentalsokkelkontoret er Helsedirektoratets nyeste og minste kontor. Det ble opprettet i 1979. Det skal ta seg av hygieniske spørsmål i forbindelse med oljevirkksomheten. Kontoret er plassert i Stavanger. Det blir sett på som et selvstendig kontor, (selv om det ikke står oppført i Statskalenderen) men fordi kontoret ikke har jurist, blir saker av juridisk art fremmet gjennom Hygienekontoret.⁹¹

Omorganisering av den sentrale forvaltning av helsevesenet i 1983

Den organisasjon av Helsedirektoratet som er bestemt i kgl. res. av 12. mars 1948, vil opphøre i november 1983. Etter kgl. res. av 8. juli 1983 vil Helsedirektoratets dobbeltstilling som departementsavdeling og direktorat opphøre. I stedet skal det opprettes en helseavdeling i Sosialdepartementet og et Helsedirektorat utenfor departementet.

Det sentrale helsevesenets organisasjon ble drøftet i 1960-årene av utvalget til å utrede hovedprinsippene for oppbyggingen av den sentrale forvaltnings organisasjon. Flertallet i utvalget gikk inn for å opprette et frittstående Helsedirektorat. Den gang ble likevel ingen endring foretatt.⁹²

Hovedprinsippet for den nye ordningen er at medisinske og faglige saker skal ligge i direktoratet. Det skal videre ha avgjørelsesmyndighet i enkeltsaker. Departementet skal samordne og ha oppgaver på det økonomiske område. Det forutsettes at Helseavdelingen tillegges saker av mer politisk art.⁹³ Det nye Helsedirektoratet skal etter planen bestå av 5 avdelinger:

- Administrativ avdeling
- Avdeling for kommunehelsetjenesten
- Avdeling for fylkeshelsetjenesten
- Legemiddelavdelingen
- Avdeling for miljørettet helsevern

Det er meningen at tyngden av sakene skal behandles i Helsedirektoratet, mens Helseavdelingen i Sosialdepartementet skal være en liten avdeling.

Omorganiseringen av den sentrale forvaltning av helsevesenet henger sammen med gjennomføringen av loven om helsetjenesten i kommunene. En anser det som praktisk at helsetjenesten i fylkeskommuner og kommuner blir lagt til særskilte avdelinger.

Helsedirektoratet er tillagt oppgaver hvor myndigheten kan ligge hos Kongen, Sosialdepartementet eller helsedirektøren. Bortsett fra at de saker hvor Kongen har avgjørelsesmyndighet, skal avgjøres av Kongen i statsråd, har det nå mindre praktisk betydning hvilken instans myndigheten tilligger. Det vil bli annerledes når departementsavdelingen og direktoratet blir atskilt. Før det nye Helsedirektoratet kan overta oppgaver der Kongen og Sosialdepartementet har myndighet, må delegasjon finne sted - hvor Sosialdepartementet er myndighet, må den delegeres til helsedirektøren, hvor Kongen er myndighet, må delegasjon først skje til Sosialdepartementet og derfra videre til helsedirektøren.

Vi har vist at de enkelte kontorer i Helsedirektoratet i tiden etter 1945 har fått sitt arbeidsområde utvidet - det er flere lover å administrere, flere forhold det skal utarbeides forskrifter for, mer kontroll og utvidet planvirksomhet. Antall kontorer er økt fra 8 i 1948 til 11 i 1983. Har det samtidig funnet sted en økning i det personale som skal utføre arbeidsoppgavene?

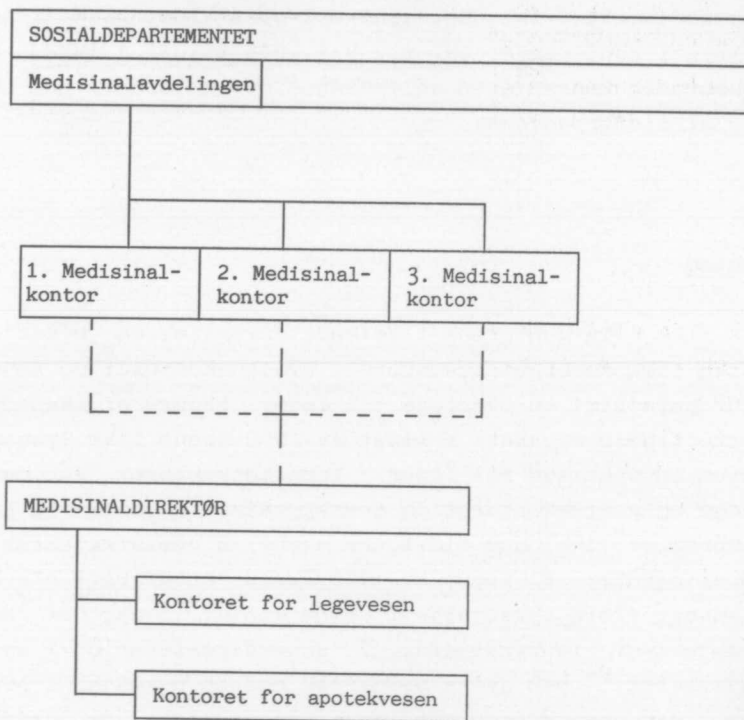
Bemanning

I 1948 fikk alle kontorene i Helsedirektoratet en byråsjef, dessuten fikk Tuberkulosekontoret, Hygienekontoret og Kontoret for psykiatri en overlege til leder. Senere er ekspertisen ytterligere styrket. I løpet av 1960-årene fikk Sykehuskontoret en overlege til leder, Tannlegekontoret en over-tannlege og Apotekkontoret en overapoteker. Økonomi- og personalkontoret fikk, som tidligere nevnt, 3 overarkitekter og en overingeniør i løpet av 1970-årene. Etterhvert ble det også ansatt flere byråsjefer i samme kontor. I dag har Helsedirektoratet 14 byråsjefer, 2 underdirektører og 1 avdelingsdirektør.⁹⁴ Den gamle ordningen med en byråsjef i hvert kontor, der byråsjefen er leder, er forlatt. Som juridisk kyndig ved siden av den medisinsk utdannede medisinalråden, fikk Helsedirektoratet også en ekspedisjonssjef omkring 1960. Bemanningen innen ledersjiktet er styrket siden 1948.

De forskjellige personellgrupper sett under ett både i Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet og i Medisinaldirektoratet var tilsammen 42 i 1940.⁹⁵ I 1968 var funksjonertallet i Helsedirektoratet ca. 125.⁹⁶ I 1983 er det en stillingsramme på 193.⁹⁷ Antall ansatte er følgelig nesten femdoblet siden 1940.

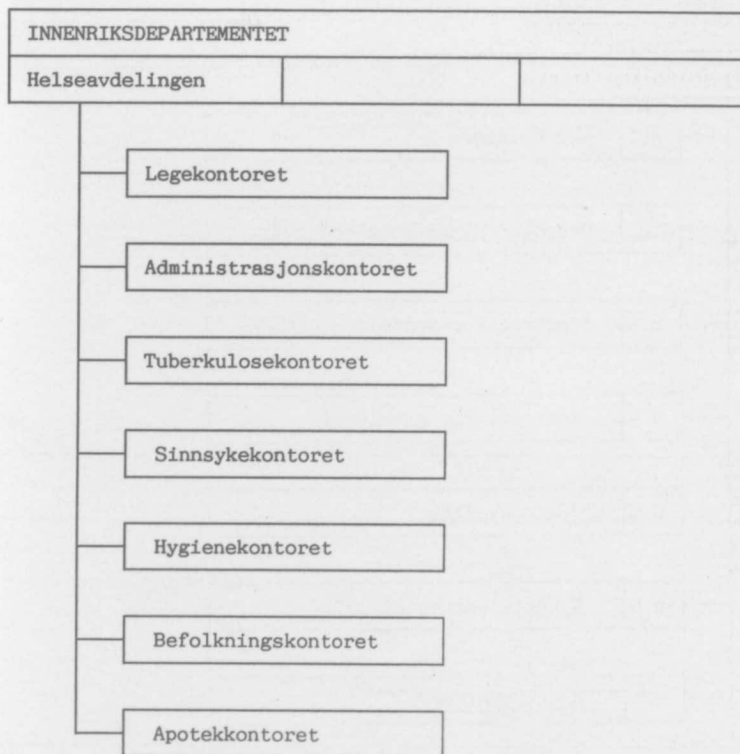
SENTRAL FORVALTNING AV HELSEVESENET

1940



SENTRAL FORVALTNING AV HELSEVESENET

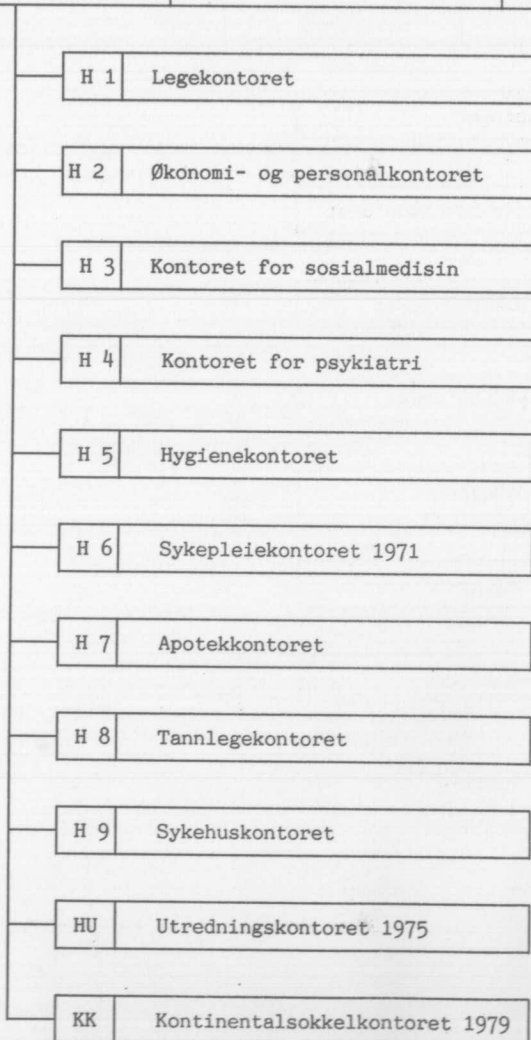
1941



SENTRAL FORVALTNING AV HELSEVESENET

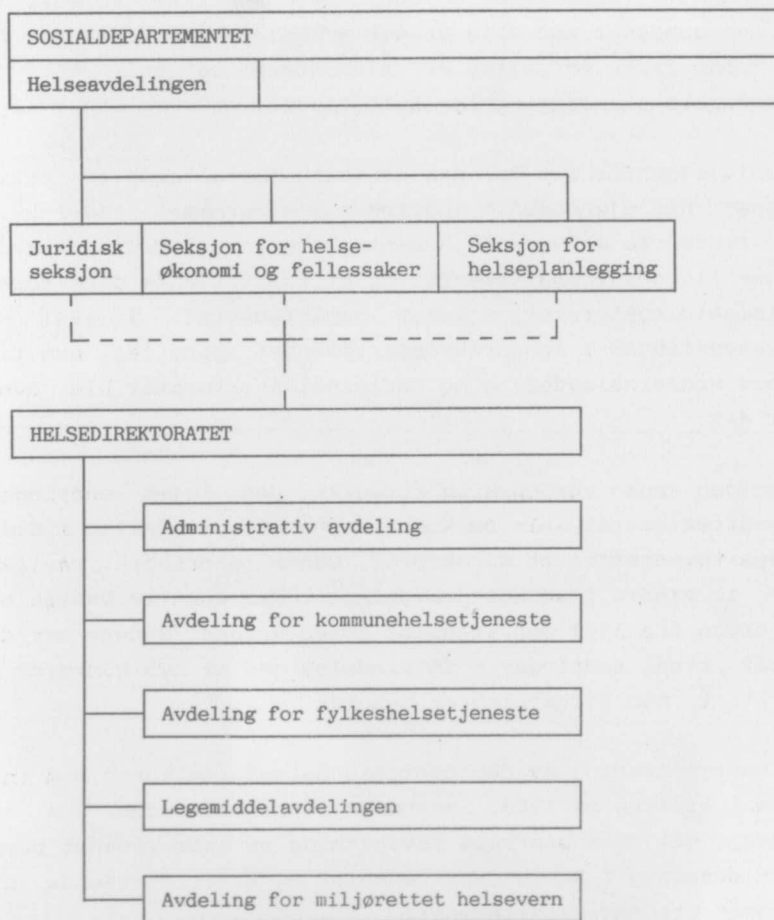
1948-83

SOSIALDEPARTEMENTET		
Helsedirektoratet



SENTRAL FORVALTNING AV HELSEVESENET

1984



Oversikt over de sentrale forvaltningsorganer for helsevesenet

Den sentrale forvaltnings oppgaver er i forbindelse med lovgivningen. Den utarbeider forskrifter og retningslinjer i medhold av lov; den kontrollerer og fører tilsyn med at virksomhet foregår etter lovene. Den sentrale forvaltning har overoppsynet med alle grener av helsevesenet, sørger for den geografiske fordeling av tjenestene og står for den overordnede planlegging for hele landet.

Organisasjonsformene for den sentrale forvaltning av helsevesenet har gjennomgått endringer i tidsrommet 1940-1983. I 1940 fantes to selvstendige sentrale organer, Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet og et frittstående direktorat, Medisinaldirektoratet, utenfor departementet. I 1941 ble Helseavdelingen i Innenriksdepartementet opprettet. Den tidligere medisinalavdeling og Medisinaldirektoratet ble overført dit.

Etter den annen verdenskrig foregikk det igjen endringer. Helsedirektoratet ble en kombinasjon av en avdeling i Sosialdepartementet og et direktorat. Denne endringen påvirket bare i mindre grad kontorordningen. Med enkelte unntak ble kontorene fra 1941 opprettholdt etter krigen. Senere har det funnet sted endringer i forbindelse med at nye kontorer er opprettet, men strukturen er beholdt.

Den omorganisering av den sentrale helseforvaltning som innføres i slutten av 1983, innebærer store endringer. Som før krigen, vil den sentrale forvaltning av helsevesenet bestå av en avdeling i Sosialdepartementet og et frittstående direktorat utenfor departementet.

Siden 1940 har det funnet sted en økning i arbeidsoppgaver, i antall kontorer og i antall ansatte innenfor den sentrale helseforvaltning.

Oversikt over forvaltningsorganer for helsevesenet

Forvaltningsorganene for helsevesenet er hierarkisk bygd opp. Faktisk består de av flere hierarkier, som alle har den sentrale forvaltning på toppen. Den sentrale forvaltning er overordnet kommuners, fylkeskommuners og lokale statlige forvaltningsorganer. Forbindelsene går fra kommunene til staten, fra fylkeskommunene til staten og fra de lokale statlige forvaltningsorganer til sentralforvaltningen.

Staten utøver sin myndighet gjennom den sentrale forvaltning og gjennom de statlige tjenestemennene ute i distriktene. De statlige forvaltningsorganer besto i 1940 av 4 trinn, distriktslegen nederst, dernest fylkeslegen, neste trinn var Medisinaldirektoratet og på toppen, Medisinalavdelingen i Sosialdepartementet. Administrasjonsordningen av 1941 reduserte de statlige forvaltningsorganer til 3 trinn, distriktslegene, fylkeslegene og Helseavdelingen i Innenriksdepartementet. I tidsrommet 1945-1983 har de statlige forvaltningsorganer bestått av distriktslegene, fylkeslegene og Helsedirektoratet.

Når loven om helsetjenesten i kommunene trer i kraft, og det skjer en omorganisering sentralt, vil de statlige forvaltningsorganer bestå av fylkeslegene nederst i hierarkiet, dernest Helsedirektoratet og på toppen Helseavdelingen i Sosialdepartementet.

Av den hierarkiske oppbyggingen følger at samme sak behandles på flere trinn i systemet. Her skal nevnes noen eksempler, alle fra forvaltningsordningen etter 1945. Helserådet er ansvarlig for næringsmiddelkontrollen i kommunen, Hygienekontoret i Helsedirektoratet har ansvaret på landsbasis.

Fylkeskommunene har ansvaret for utbyggingen av helseinstitusjonene. Fylkeskommunens utbyggingsplaner blir først forelagt fylkeslegen, og til slutt skal de vurderes og godkjennes av tekniske eksperter i Helsedirektoratets Økonomi- og personalkontor og i Sykehuskontoret.

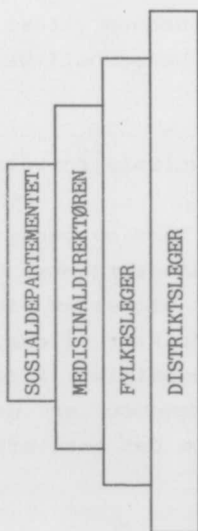
Distriktslegen har ansvaret for sinnsyke i privat forpleining innenfor sitt distrikt. Fylkeslegen har tilsynet innenfor "største lokalenhet", mens Psykiatrikontoret i Helsedirektoratet har ansvaret for sinnsykeomsorgen i landet som helhet.

Godkjenning av helsepersonell ligger til Legekontoret i Helsedirektoratet. Arbeidsområdet er delegert fylkeslegen.

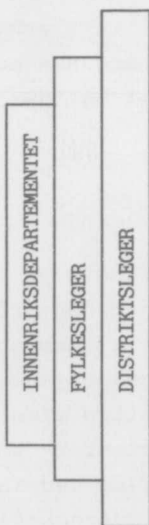
Ansvaret for å hindre utbrudd av smittsomme sykdommer og epidemier er helserådets og distriktslegens ansvar innenfor "minste lokalenhet", fylkeslegen har ansvaret innenfor "største lokalenhet" og Hygienekontoret i Helsedirektoratet for hele landet.

Vi kan på denne måten ta for oss saksområdene og finne at samme sak blir behandlet på flere trinn. I noen tilfelle vil en sak bli behandlet av to forvaltningsnivåer, av kommunen eller fylkeskommunen og den statlige forvaltning. Andre saker kan gå gjennom den statlige lokalforvaltning til sentralforvaltningen. Saksgangen kan også gå fra kommuner eller fylkeskommuner, via lokale statlige forvaltningsorganer til

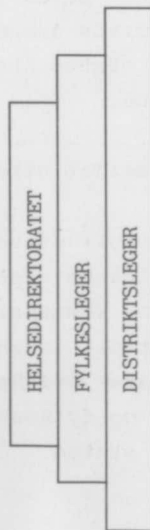
STATLIGE FORVALTNINGSORGANER FOR HELSEVESENEN



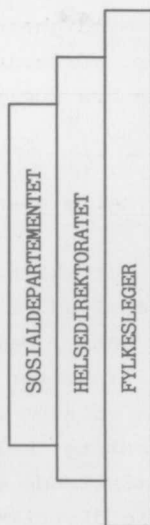
1940



1941



1945



1984

de sentrale myndigheter. Det vil til enhver tid være gjenstand for vurdering og avveining hva som er dobbelt-behandling, og hva som er en sikkerhet og garanti for be-folkningen.

Oversikt over helsevesenet 1940-1983

Vi har vist utviklingen av det offentlige helsevesenet i tidsrommet 1940-1983. I denne tiden har den offentlige virksomhet hatt vekst. Det gjelder både tjenestene og forvaltningsorganene. Innenfor institusjonshelsetjenesten har det funnet sted en voldsom økning i offentlig eide institusjons-plasser. Offentlig helsetjeneste utenfor institusjon er blitt mer omfattende enn tidligere, og ved lovreguleringer gjelder de alle distrikter i landet. Gjennomgåelsen av forvaltningsorganene viser at disse ikke bare har fått økte arbeidsoppgaver i forbindelse med helsetjenestene, men at deres virksomhet i tilknytning til lovgivningsarbeidet, tilsyns- og kontrollvirksomhet også har vokst.

Tjenestene ytes av staten, private fylkeskommuner og kommuner, med tyngden på de to sistnevnte forvaltningsnivåene. I løpet av de siste årene er denne tendensen ytterligere forsterket i det staten har overført helseinstitusjoner til fylkeskommunene.

Lovgivningsarbeidet utføres av den sentrale forvaltning.

Tilsyn og kontroll utøves av staten, både av sentralforvaltningen og de lokale statlige forvaltningsorganer. Også fylkeskommunale og kommunale myndigheter utøver en viss grad av tilsyn og kontroll innenfor sine distrikter, f.eks. kontrollerer helserådet drikkevann og næringsmidler. Å føre tilsyn med kommunalt og fylkeskommunalt helsevesen, er derimot en oppgave for staten. Det ansees som det mest effektive at

kontrollmyndigheten ligger på et annet forvaltningsnivå enn det nivået som yter tjenestene. Ettersom de fleste tjenestene er fylkeskommunale, kommunale og private, er det naturlig at staten fører tilsyn og kontroll.

Planlegging av helsevesenet utføres for "minste lokalenhet" av kommunale myndigheter og distriktslegen, for "største lokalenhet" av fylkeskommunale myndigheter og fylkeslegen. Planlegging av helsevesenet for landet som helhet utføres i den sentrale forvaltning. Den skal sørge for at vi får et enhetlig helsevesen i Norge. De overordnede mål og retningslinjer skal de statlige politiske myndigheter fastsette.

Veksten i offentlig virksomhet har forsterket behovet for avklaring i ansvarsforhold og arbeidsfordeling. Samtidig har det vært en politisk trend til desentralisering. Disse forhold har ført til fastere arbeidsfordeling og også til endrete ansvarsforhold.

Endringer i ansvarsforhold og arbeidsfordelingen mellom de tre forvaltningsnivåene fører til at institusjoners forvaltningstilhørighet blir forandret. I løpet av den perioden som her er fremstilt, har det innenfor helsevesenet funnet sted flere endringer i forvaltningstilhørighet. Mange private, kommunale og statlige helseinstitusjoner er blitt fylkeskommunale; i 1984 vil flere helsetjenester utenfor institusjon og også forvaltningsorganer skifte forvaltningstilhørighet.

Når helseinstitusjoner har skiftet forvaltningstilhørighet, har det foregått såvel ved desentralisering som ved sentralisering. De helsetjenester utenfor institusjon og de forvaltningsorganer som nå skifter forvaltningstilhørighet, legges til et lavere forvaltningsnivå enn tidligere (skoletanpleien unntatt). Det skal følgelig gjennomføres en desentralisering av helsevesenet utenfor institusjon.

At institusjoner og offentlige etater skifter forvaltningstilhørighet, er et fenomen særlig av nyere dato. Det vil ha gått frem at for forvaltningen selv, er endringene dyptgående.

Hva betyr forvaltningsmessige endringer for Arkivverket? Hvilke konsekvenser får de for ansvar for arkivene, for avlevering og ordning?

Endringer innen den sentrale forvaltningen vil få følger for ordning og oppstilling i Riksarkivet. Før 1941 utgjorde medisinalkontorene en del av Sosialdepartementet, og arkivsaker fra disse kontorene plasseres i Riksarkivet blant de øvrige departementskontorene. Før 1941 hadde Medisinaldirektøren sitt eget arkiv, og det har han derfor også i Riksarkivet.

Enkelte kontorer i Helsedirektoratet har avlevert arkivsaker for tidsrommet 1941-1960. Avleveringer fra de øvrige kontorer er under forberedelse. Avleveringene er planlagt slik at de enkelte kontorer skal ha sine arkivsaker samlet for tidsrommet fra 1941 og frem til organisasjonsendringen i 1983. Arkivsaker fra kontorene i Helseavdelingen i Innenriksdepartementet vil derved bli stilt blant arkivsakene fra Helsedirektoratet etter krigen. Å ta Helseavdelingen ut av Innenriksdepartementet kan sies å være et brudd på proveniensprinsippet. Når det likevel gjøres, har det praktiske årsaker. Kontorordningen i Innenriksdepartementets helseavdeling ble for størstedelen opprettholdt etter krigen og overført til Helsedirektoratet. Det ble ikke satt skille i

arkivet ved overgang fra Innenriksdepartementet til Helsedirektoratet. Kontinuiteten i kontorordningen samtidig som krigstiden var av kort varighet, er årsaken til at arkivet fra krigstidens helseavdeling ikke er skilt ut.

Organisasjonsendringen i 1983 vil føre til at vi får arkivsaker både fra Helseavdelingen i Sosialdepartementet og fra det frittstående Helsedirektoratet. I Riksarkivet vil vi da få to arkiv for den sentrale helseforvaltning.

Desentralisering fra den statlige sentralforvaltning til lokale statlige forvaltningsorganer fører til at arkivsaker som tidligere var å finne sentralt - og etter avlevering i Riksarkivet - senere vil bli å finne i lokalforvaltningen - og etter avlevering i statsarkivene.

Når endring i arbeidsfordeling fører til at institusjoner skifter forvaltningstilhørighet, melder problemene seg med større tyngde.

I Norge har vi ifølge lovene fordelt ansvaret for arkivene slik at staten har ansvaret for de statlige arkivene, fylkeskommunene for de fylkeskommunale og kommunene for de kommunale. Når en institusjon endrer forvaltningstilhørighet, oppstår spørsmålet om hvem som er ansvarlig for institusjonens arkiv, dvs. hvor arkivsakene fra tiden før overføringen skal oppbevares. Skal f.eks. arkivet til en tidligere statlig, senere kommunal institusjon oppbevares av Arkiverket eller kommunene?

En avgjørelse vil avhenge av flere forhold. Det er et spørsmål om proveniens - er det institusjonen eller forvaltningstilhørigheten som er avgjørende? Dersom det første er tilfellet, bør en så langt det er mulig, prøve å holde en

institusjons arkiv samlet. Dersom forvaltningstilhørigheten skal avgjøre, må det som er blitt til under et forvaltningsnivå, bli i vedkommende nivå's arkivdepot.

Det er også et spørsmål om hva som er praktisk mulig. En må bl.a. ta med i betraktningen at fordelingen av arbeidsoppgaver slik den blir i 1984 ikke kan ansees som endelig.

"Hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen" sier det slik: "Arbeidsdelingen kan ikke fastsettes en gang for alle, men må endres når samfunnsutviklingen krever det" (se s. 114). Følgelig må vi regne med at institusjoner fortsatt vil vandre mellom staten, fylkeskommunene og kommunene.

NOTER

1. Andenæs, Johs., Statsforvaltningen i Norge, 5. utg. 1981, s. 247. Engh, A. og Tofte: Kommunal forvaltning, 7. utg. 1979. Jfr. begrepsbruken i Debes, Jan: Statsadministrasjonen, 1978.
2. Innstilling V fra Skatteutjæmningskomitéen s. 32, Innstillinger og betenkninger 1956 I.
3. Evang, Karl: Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren, s. 92 i Nordisk Administrativt Tidsskrift, 1961.
4. NOU 1974:53 Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen, s. 12, og Omorganisering av Helsedirektoratet, Innstilling fra delegasjonsgruppen, 16. febr. 1983, s. 3.
5. Innstilling fra Desentraliseringskomitéen, 13. jan. 1947, s. 10, vedlegg til Stortingsmelding nr. 59, 1952.
6. Samme sted s. 8 - 10.
7. NOU 1974:53, s. 5.
8. NOU 1979:10, Helsepolitikken, s. 9.
9. Ot. prp. nr. 36 (1967-68). Om lov om sykehus m.v., s. 20.
10. Innstilling om sykehusordningen Innstilling II, s. 44, vedlegg til Ot. prp. nr. 36 (1967-68).
11. Ot. prp. nr. 36 (1967-68), s. 15.
12. NOU 1979:10, s. 19 og 23.
13. Ot. prp. nr. 36 (1967-68), s. 18.
14. Et visst forbehold må her tas, da det under "Andre institusjoner" i 1976 kan skjule seg institusjoner som i 1964 gikk under "Spesialsykehus".
15. Ot. prp. nr. 36 (1967-68), s. 23.
16. Noen administrative problemer i Norge i dag belyst ved eksempler fra helsesektoren, s. 94, i Nordisk Administrativt Tidsskrift, 1961.
17. Ot. prp. nr. 36 (1967-68), s. 5.
18. St. meld. nr. 9 (1974-75) om sykehusutbygging, Innst. S. nr. 236 (1974-75).

19. NOU 1979:10, s. 26.
20. Samme sted s. 23.
21. Ot. prp. nr. 36 (1967-68), s. 34.
22. Samme sted s. 36.
23. St. prp. nr. 1 (1947), s. 35.
24. NOU 1979:10, s. 23.
25. Samme sted.
26. Ot. prp. nr. 36 (1967-68), s. 43.
27. Samme sted s. 45.
28. NOU 1979:10, s. 30.
29. Innstilling om sykehusordningen, Innstilling II, 1963, s. 10 - 11, vedlegg til Ot. prp. nr. 36 (1967-68).
30. NOU 1982:9, Kommunaløkonomisk styring, s. 127.
31. Samme sted s. 118.
32. J.H. Schou: Kongelige Forordninger og Aabne Breve.
33. Indstilling fra en af Justisdepartementet nedsat Komite til Behandling af Spørgsmålet om en mulig Forbedring af de offentlig ansatte Jordmødres Kår, s. 9, vedlegg til Ot. prp. nr. 11 (1898).
34. Innstilling I fra Jordmorkomiteén av 1946, s. 6, Innstillinger og betenkninger 1949 I.
35. NOU 1979:28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet, s. 43.
36. NOU 1979:10, s. 41.
37. Samme sted s. 48.
38. Samme sted s. 40.
39. Notat, Internasjonal oversikt over sosial fremgang siden 1945, dat. 4.11.53, s. 1, pk. 2, H2 i Helsedirektoratet. RA.
40. Ot. prp. nr. 65 (1970-71). Om lov om helsestasjoner og helsetiltak blant barn m.v., s. 2.
41. NOU 1979:10, s. 42.
42. NOU 1979:28, s. 41.

43. NOU 1979:53, Skolehelsetjenesten s. 7.
44. NOU 1979:10, s. 47.
45. St. prp. nr. 1, Sosialdepartementet, s. 45.
46. NOU 1979:10, s. 57.
47. NOU 1982:10, Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v., s. 91.
48. Ot. prp. nr. 49 (1982-83). Om lov om tannhelsetjenesten, s. 5.
49. NOU 1979:10, s. 58.
50. NOU 1979:28, s. 44.
51. Ot. prp.nr. 36 (1980-81) Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene, s. 61.
52. NOU 1972:30, Sosiale tjenester, s. 72 og Ot. prp. nr. 36 (1980-81), s. 110.
53. NOU 1979:10, s. 51.
54. Innstilling til lov om det offentlige legevesen, s. 7, Innst. og betenkninger 1957, I.
55. Samme sted s. 8.
56. Instruks for distriktsleger 18. juli 1913.
57. Statskalenderen 1941.
58. NOU 1978:28, s. 34.
59. Endring av 2. des. 1960 av lov om de offentlige legeforretninger av 26. juli 1912.
60. NOU 1978:28, s. 35.
61. F.eks. Fogtman, Laurids, Kongelige Rescripter Resolutioner og Collegialbreve.
62. NOU 1979:10, s. 34.
63. Fylkeslegeembedet. Innstilling fra et utvalg til å vurdere og fremme forslag til fylkeslegekontorenes organisasjonsstruktur og administrasjonsordning, herunder kontortekniske problemer m.v. 3. aug. 1982, s. 280 ff.
64. Evang, Karl: Sosialmedicin, Festskrift til helsedirektør Karl Evang på 60 årsdagen, s. 8.
65. Fylkeslegeembedet s. 150 ff.

66. Ot. prp. nr. 33 (1983-84), Om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Innst. O. nr. 42 (1983-84). Innstilling fra sosialkomitéen om lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.
67. Fylkeslegeembedet s. 19.
68. Samme sted s. 21.
69. Debes, Jan: Statsadministrasjonen, s. 41.
70. Innstilling om den sentrale forvaltningsorganisasjon (Modalsliutvalget), 1970, s.52-53, Bilag til St.prp. nr. 85 (1971-72).
71. Innstilling fra Socialistiske Lægers Forenings komité, 1938, "Medisinalvesenets centraladministrasjon", s. 207-208 i Festskrift til helsedirektør Karl Evang på 60 årsdagen.
72. Hovedprinsippene for oppbyggingen av den sentrale forvaltningsorganisasjon, notat fra Helsedirektoratet, 12.2.1968, s. 4.
73. Medisinalvesenets centraladministrasjon, s. 211 ff. i festskrift til Evangs 60 årsdag.
74. Avsnittet om helsevesenet i Norge under okkupasjonstiden bygger hovedsakelig på opplysninger i Debes: Sentraladministrasjonens historie 1940-45, Oslo 1980.
75. Notat, jnr. 1748/42 H.2. Helsedirektoratet.
76. Statskalenderen 1941.
77. "Medisinaldirektoratets virksomhet utenfor Norge i tiden 10.6.1940 til landets frigjøring", s. 4 ff. i udatert og usignert stensil. Antagelig forfattet av Karl Evang like etter frigjøringen.
78. Samme sted s. 9.
79. Samme sted s. 7.
80. Debes: Sentraladministrasjonens historie, 1940-45, s. 225-230.
81. Komitéuttalelse "Ad reorganiseringen av sentraladministrasjonen for det sivile medisinalvesen", 14. des. 1945, s. 1 (stensil).
82. Rundskriv fra Sosialdepartementet, nr. 25-48-H2. Helsedirektoratets organisasjon.
83. Innstilling om den sentrale forvaltningsorganisasjon, s. 52.

84. Samme sted s. 210.
85. Samme sted s. 52.
86. Statskalenderen for de enkelte år, telefonkatalogen for departementene og forvaltningstjenestene, 1982.
87. St. meld. nr. 88 (1966-67). Om utviklingen og omsorgen for de funksjonshemmede, s. 55-56 og St. prp. nr. 1 (1968-69), tillegg nr. 13, s. 555.
88. Sykepleieloven med kommentar, utg. 1967.
89. NOU 1979:10, s. 62-63.
NOU 1979:26, Apotekdriftens organisasjon og funksjoner, s. 28 ff.
90. Statskalenderen for 1983.
91. Organisering av Sosialdepartementet/Helsedirektoratet, rapport 25.6.1982, s. 68.
92. Innstilling om den sentrale forvaltnings organisasjon, 1970, s. 210-211.
93. Innstilling fra Helseavdelingsgruppen, 14.3.1983, s. 7.
94. Statskalenderen for de enkelte år.
95. Notat 12.2.1968, s. 4 fra helsedirektør Evang til utvalget til å utrede oppbyggingen av sentralforvaltningens organisasjon. Helsedirektoratets arkiv.
96. Notat 28.12.1968, s. 16, fra helsedirektøren til ovenfor nevnte utvalg.
97. Brev fra Sosialdepartementet til Justisdepartementet av 2.6.1983 om "Omorganisering av Helsedirektoratet - Kongelig resolusjon".

LITTERATURLISTE

- Debes, Jan Sentraladministrasjonens historie
1940,-1945, 1980.
- Debes, Jan Statsadministrasjonen, 1978.
- Engh, A. og Nordanger, K.M. Kommunalkunnskap b. I, 1935, b. II,
1936 og b. III, 1940.
- Engh, Arnljot Kommunalforvaltning. 7.utg. 1979.
- Evang, Karl Medisinaldirektoratets virksomhet
utenfor Norge i tiden 10.6.1940 til
landets frigjøring, stensil, udatert.
- Evang, Karl Medisinaldirektoratets virksomhet i
USA og Kanada, stensil, udatert.
- Evang, Karl Medisinaldirektoratets virksomhet i
Sverige, stensil, udatert.
- Helsedirektoratet Fylkeslegeembedet, innstilling fra et
(utg.) utvalg til å vurdere og fremme for-
slag til fylkeslegekontorenes organi-
sasjonsstruktur og administrasjons-
ordning, 1982.
- Kiil, Alf Arkivkunnskap, statsarkiva, 1969.
- Langekiehl, A.S. og Marvik, L.M. Kartlegging av fylkeskommunenes arki-
ver og arkivorganisasjon, 1983 (in-
tern rapport).

- Mjeldheim, Leiv Politiske prosessar og institusjonar, 1969.
- Norsk forening for Sosial håndbok for Norge, b. I og II, sosialt arbeide 1952 (1953) 2. utg.
(utg.)
- Norske Kommuners Fylkeskommunal virksomhet, 1981.
Sentralforbund

Offentlige innstillinger

- Innstilling fra Barnevernkomitéen, Lov om barnevern, 1951, Innst. og betenkninger, 1951, II.
- Innstilling til lov om det offentlige legevesen, 1957, Innst. og betenkninger, 1957, I.
- Innstilling om sykehusordningen, innstilling II, 1963, vedl. til Ot. prp. nr. 36, 1967-68.
- Innstilling om funksjons- og utgiftsordningen mellom staten, fylkeskommunene primærkommunene, 1967, Innst. og betenkninger, 1967, II.
- Innstilling om den sentrale forvaltnings organisasjon, 1970, vedl. til St. prp. nr. 85 (1971-72).
- NOU 1972:28 Legemiddelkontrollens fremtidige organisasjon.
- NOU 1973:25 Omsorg for psykisk utviklingshemmede.
- NOU 1974:29 Næringsmiddelkontrollen i Norge.

- NOU 1974:53 Mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen.
- NOU 1975:29 Tiltak for å styrke forvaltningen av mindre kommuner.
- NOU 1979:10 Helsepolitikken.
- NOU 1979:26 Apotekdriftens organisasjon og funksjoner.
- NOU 1979:28 Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet.
- NOU 1982:9 Kommunaløkonomisk styring.

St. meld. nr. 9, 1974-75 Sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.

Muntlige opplysninger fra distriktslege, helsesøster, fylkeslege, fylkestannlege, fylkeskommunene, kommunene, Helse-direktoratet.

TOR BREIVIK:

LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1940-83

INNLEDNING.

Administrasjonshistorie kan være et svært vidt begrep. Ifølge Grethe Ilsøe¹ kan man snakke om to grunnformer når det gjelder administrasjonshistoriske framstillinger: en som har forvaltningsorganene som objekt og en som har forvaltningsområder som objekt. Begge grunnformer sies imidlertid å inneholde de samme tre elementer:

1. Bakgrunn for og intensjoner med administrasjonen.
2. Analyse og beskrivelse av administrasjonen.
3. Administrasjonens resultater og effekt.

Under element nr. 2 beskrives og analyseres forvaltningsområders og forvaltningens enheters oppbygning, saksområde, saksbehandling, saksdannelse m.v. Elementene 1 og 3 er i forhold til dette forklarings- og vurderingsfeltet og som sådanne egentlig grenseløse. Konklusjonen på dette kan bli at såsant element 2 er med, så vil enhver historisk framstilling være administrasjonshistorie. Det synes derfor nødvendig å holde fast ved at det er element 2 som er utgangspunktet og at de andre to elementene bare kommer med i den utstrekning de er nødvendige for å belyse, forklare og sette inn i større sammenhenger.

I Sentraladministrasjonens historie² er det med ett unntak ikke gjort konkrete forsøk på å definere forskningsfeltet. Unntaket finnes i forordet til bind 5 (Debes). Der heter det at "Sentraladministrasjonens historie er institu-

sjoners historie", men at det er vanskelig å skille dens virke fra politikk. Avgrensningen gjøres ved at institusjonshistorien gjøres til utgangspunktet og at administrasjonenes handlinger ikke "bør komme med i framstillingen i større utstrekning enn nødvendig for å belyse de enkelte organers rolle og forklare begrunnelsene for de organisasjonsmessige løsninger som ble valgt."

Den følgende framstilling er av den typen som har et forvaltningsorgan som objekt. Hensikten har vært å beskrive dette organet, og den begrensede tid som har stått til rådighet har gjort at forfatteren har valgt å konsentrere seg om organets oppbygning og i svært liten utstrekning gjøre detaljert greie for organets saksområde og saksbehandlingsprosedyrer. Allerede i utgangspunktet var det imidlertid klart at et forklaringselement ville være nødvendig å hat med. Det er ikke mulig å forstå oppbygningen av et enkelt forvaltningsorgan og forandringer som gjøres i denne, uten å ha et elementært kjennskap til den ramme utviklingen har skjedd innenfor. På samme tid var det klart at noen analyse av administrasjonens resultater og effekt ikke ville kunne skje innenfor den gitte tidsramme, og heller ikke var nødvendig i forhold til formålet med akkurat denne framstillingen.

Etter dette har det falt naturlig å dele framstillingen i tre. Første del er et forsøk på å gi den generelle bakgrunnen for utviklingen av en del av sentraladministrasjonen i Norge etter 1945, nemlig departementene. Som tidligere nevnt er dette forklaringsfeltet egentlig grenseløst; denne framstillingen er imidlertid i stor utstrekning begrenset til å påvise de initiativ som den øverste ledelse for forvaltningen, regjeringen, har tatt i denne forbindelse. Sosio-økonomiske og andre samfunnsmessige forhold er nesten ikke berørt. Andre del er et forsøk på å vise hvordan denne bakgrunnen generelt gir seg utslag i Landbruksdepartementet.

Den tredje og siste delen er av beskrivende art, og ment som et hjelpemiddel til å finne fram til hvilke enheter dette departementet har vært bygget opp av i den perioden som her behandles.

Denne måten å bygge opp framstillingen på, fører til at resultatet egentlig ikke gir en hel og fullstendig beskrivelse av alle forandringer i Landbruksdepartementets oppbygning i perioden 1945-1983. Det er uten videre klart at det kunne skrives mye om bakgrunnen for hver enkelt av de konkrete forandringer som er gjort i perioden, altså en utvidelse av del tre i framstillingen. Det er imidlertid et spørsmål om hvor mye ny kunnskap en slik gjennomgang egentlig ville gi, og hvor mye bedre framstillingen ville bli som hjelpemiddel til å finne fram i Landbruksdepartementets oppbygning.

I. UTVIKLINGEN I DEPARTEMENTENE GENERELT

20.11.1945 oppnevnte statsministeren et utvalg med mandat å se nærmere på visse sider ved statsadministrasjonen (R-komiteen). Til forskjell fra tidligere komiteer, i mellomkrigstiden, var ikke utgangspunktet for denne komiteen direkte å spare penger, men å undersøke den indre administrasjonen av statens kontorer, forsvarligheten av mer utstrakt bruk av intern delegasjon og spørsmål om f.eks. bedre arbeidsvilkår. Målet var større effektivitet i statsadministrasjonen, altså få mer igjen for de samme pengene.³

Komiteén avgav innstilling 15.6.1946 og et av de sentrale forslagene var å opprette et Statens organisasjons- og rasjonaliseringskontor, plassert under statsministeren. Resultatet ble et Rasjonaliseringsdirektorat plassert under Finansdepartementet, opprettet først midlertidig i 1948. Plasseringen under Finansdepartementet har vært oppfattet som et uttrykk for at sparetanken ikke var helt forlatt.⁴

Et annet sentralt forslag var å opprette egne kontorer for organisasjons- og personalspørsmål i de enkelte statsorganene. Hittil hadde ordningen vært at de enkelte administrative enhetene (kontorene) selv tok seg av disse sakene.

Som nevnt fikk R-komiteén også som oppdrag å se på behovet og muligheten for mer bruk av delegasjon av avgjørelsesmyndighet innenfor statsorganene, altså interndelegasjon. Konklusjonen var at slik delegasjon til en viss grad kunne anvendes i større utstrekning enn tidligere hadde vært praksis.

Ved kgl. res. 8.3.1946 ble det oppnevnt en ny komite (Desentraliseringskomiteén) med oppdrag å "undersøke spørsmålet om gjennomføringen av en større desentralisering av den offentlige virksomhet og forvaltning." Desentraliseringskomiteen kom med helt konkrete forslag om saker der avgjørelsesmyndighet burde kunne legges til lavere organ enn departement, altså ekstern delegasjon.

Fordi svært mange av de konkrete forslagene gikk ut på å delegere myndighet til fylkesmennene, ble det Justisdepartementet som fikk oppgaven med å holde oversikten over hvilke av komiteens forslag som ble gjennomført. Av Stortingsmelding nr. 59/1952 framgår at Justisdepartementet ikke oppfattet dette som et pålegg om å ta initiativ og overprøve de andre departementenes avgjørelser i disse sakene. Det ble altså i alt vesentlig overlatt til de enkelte departement selv å avgjøre om de ville gjennomføre Desentraliseringskomiteens forslag. Komiteen hadde forutsatt at desentraliseringen skulle føre til et noe mindre personalbehov i sentraladministrasjonen, men i Stortingsmeldingen uttrykte Justisdepartementet tvil om hvorvidt dette var realistisk.

I forbindelse med budsjettforslaget for terminen 1955-56 uttalte Regjeringen, med henvisning til sin egen tiltredelseserklæring,⁵ at den mente det var nødvendig å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene.⁶ Dette gav Justisdepartementet anledning til å foreta en ny runde overfor de andre departementene i spørsmålet om desentralisering.⁷

Den samme erklæring ble også fulgt opp av regjeringen ved Stortingsproposisjon nr. 121/1955, der man påpekte at samfunnsutviklingen hadde ført til at statsrådene var blitt sjefer for svært store administrasjoner. Men mente derfor det var nødvendig å lette den administrative arbeidsbyrde for regjeringsmedlemmene, slik at disse kunne få mer tid til politisk arbeid. I proposisjonen regnet man opp en del kon-

krete tiltak som skulle kunne ha slik effekt, bl.a. fortsatt intern delegering og fortsatt desentralisering. I tillegg ville man nå styrke den faglige ledelsen i departementene, ved å opprette flere departementsrådstillinger, og i noen tilfelle også flere ekspedisjonssjefstillinger, samtidig som man ville vurdere hvilke saksområder som kunne føres ut av departementene til frittstående direktorater.

Under Stortingsbehandlingen kom det til uttrykk atskillig skepsis overfor en del av forslagene i proposisjonen.⁸ Flertallet i Administrasjonskomiteen, som representerte opposisjonen i Stortinget, fant proposisjonen dårlig begrunnet og etterlyste analyser som kunne vise hvor mye som kunne spares inn i departementene ved de foreslåtte avlastningsordninger. Ved behandlingen i Stortinget kom de samme synspunktene til uttrykk, og i tillegg kan man se tilløp til argumentasjon som gikk på at staten tok på seg for mange oppgaver.⁹ Her finner man altså, kanskje ikke helt uventet, den ikke ukjente situasjon med politikere i den venstre halvdel av den politiske skala som vil styrke statens rolle, mens politikere til høyre er opptatt av å begrense statens virksomhet så langt det er mulig. Ettersom flertallet i Stortinget var et annet enn flertallet i Administrasjonskomiteen, ble alle forslag i proposisjonen vedtatt.

St.prp. 121/1955 ble i noen år grunnlaget for arbeidet med å gjøre departementene til i visse betydninger mer effektive organer. Flere departementsrådsemteter ble opprettet, en rekke nye direktorater ble opprettet og delegeringen av arbeidsoppgaver til allerede eksisterende organer fortsatte. I mellomtiden avgav også en annen komite sin innstilling. Komiteen til å utrede spørsmålet om mer betryggende former for den offentlige forvaltning (Forvaltningskomiteen) oppnevnt 5.10.1951 avgav sin innstilling 13. mars 1958. Denne komiteens mandat var først og fremst å se på den enkelte borgers rettsstilling i forhold til forvaltningen,¹⁰ men den strei-

fet også inn på beskrivelser og vurderinger av forvaltningens effektivitet og organisering. Vurderingene gikk klart i retning av direktoratformen for visse typer saker¹¹ og utstrakt bruk av intern delegering.¹² Det ser ellers ut til at personer som var sentrale i arbeidet med utformingen av den offentlige administrasjon i denne perioden var opptatt av spesielt to ting: behovet for "hjelpeorganer" og "stabsorganer" og behovet for å delegerer arbeidsoppgaver.¹³

Allerede R-komiteén av 1946 pekte på at en hensiktsmessig kontororganisasjon i mange tilfeller ble hindret av uhen-siktsmessige lokaler.¹⁴ Arbeidet med å bedre på dette forhold resulterte i at flere departementer i slutten av 1950-årene kunne flytte inn i den nye regjeringsbygningen. Rasjonaliseringsdirektoratet var aktivt med i denne prosessen, og en hovedlinje i dette arbeidet var å få skilt ut en del kontor-tekniske tjenester som kunne være felles for flere kontorer. Bl.a. ble arkivarbeidet forsøkt samlet avdelingsvis. Et utvalg til å utrede spørsmål omkring arkivproblemene i statsforvaltningen (Arkivutvalget av 1958) sluttet seg i sin innstilling til dette prinsippet.¹⁵ Men noen gjennomgripende forandringer m.h. t. saksfordeling og saksbehandling skjedde ikke som direkte følge av innflyttingen i nye lokaler.

Enkelte konkrete saker, spesielt i Industridepartementet, aktualiserte i første halvdel av 1960-årene debatten om departementenes interne organisasjon.¹⁶ Oppnevnelser av Modalsli-utvalget (Utvalget til å utrede hovedprinsippene for oppbyggingen av den sentrale forvaltnings organisasjon) 22.9.1967 kan sees som et resultat av denne debatten. I for-redraget som lå til grunn for Kronprinsregentens resolusjon om oppnevningen av utvalget het det bl.a. at konsekvensene av den "administrative politikk" som var blitt ført, ikke var blitt vurdert, og at tiden nå burde være inne til å gjøre dette. Dessuten anså man det for viktig nå for en gangs skyld å forsøke å se hele "det administrative apparat"

under ett, og ikke bare foreta slike "partielle reorganiseringer" som man hittil hadde gjort.¹⁷

Modalsliutvalgets innstilling ble levert 15. mai 1970. I oversendelsesbrevet til statsministeren gjorde utvalget oppmerksom på at utvalget ikke hadde funnet "å burde legge vekt på å oppnå enstemmighet". Dette preger da også utvalgets innstilling, idet antallet dissenser, med skiftende flertall og mindretall, er svært stort. Et flertall på 9 av de 13 medlemmene var imidlertid enige om det som må sees som hovedkonklusjonen i innstillingen: Departementene burde bygges ned slik at de kunne fungere effektivt som statsrådenes politiske sekretariater. Dette kunne etter utvalgsflertallets mening best skje på de to måtene som også tidligere hadde blitt benyttet: delegering til regionale og lokale organer og framfor alt gjennom det hovedprinsipp at forvaltningen skulle ledes og en vedtatt politikk settes ut i livet gjennom direktorater. Man pekte også på at den interne organiseringen i departementene måtte ta sikte på å løse koordinerings- og planleggingsproblemene.¹⁸ altså opprettelse av sekretariat og planleggingsorganer. I tillegg til disse generelle forslag, kom man også med helt konkrete forslag om hva som burde gjøres i de enkelte departementene for å komme et stykke på vei mot hovedmålene.

Den Stortingsmeldingen om administrativt utviklings- og effektiviseringsarbeid som kom 5 år senere¹⁹ har vært karakterisert som noe som kom "istedet for en ren "oppfølging" av Modalsliutvalget".²⁰ Det er til en viss grad riktig at det ikke kom noen samlet oppfølging av Modalsliutvalget. En slik mangel på oppfølging kan skyldes flere ting, men nærliggende her er å peke på at Norge hadde flere regjeringsskifter i begynnelsen av 1970-årene. Nå betyr ikke dette at utvalgets innstilling ikke ble brukt i mindre sammenhenger, som del av begrunnelse for slik "partiell reorganisering" som Modalsliutvalget skulle være et forsøk på å unngå. I proposisjonen

om opprettelsen av Miljøverndepartementet og Forbruker- og administrasjonsdepartementet²¹ er det flere steder vist til Modalsliutvalget, selv om utvalgets tilrådinger ikke ble fulgt helt ut. Opprettelsen av Forbruker- og administrasjonsdepartementet må likevel sees som en del av bestrebelsene for å skape organer for langsiktig planlegging, i dette tilfellet for den administrative utvikling i statsforvaltningen og for statens personalforvaltning.²²

Også etter Modalsliutvalget var det nemlig fremdeles spørsmålene om planlegging, utredning og ko-ordinering som opptok mange. Løsningen når det gjaldt å skaffe rom i departementene for slikt arbeid var også fremdeles delegering.²³ Men i denne perioden kom det et nytt moment inn i debatten. Hittil hadde den organisasjonsform man hadde hatt i departementene fra 1814 vært sett som den riktige, men både i Stortingsproposisjon nr. 85/1971-72 og i Stortingsmelding nr. 31/1975-76 ble det gitt uttrykk for at den formelle inndeling burde begrenses, og at man i større utstrekning burde ta i bruk spesielle arbeidsgrupper, nedsatt på tvers av organisatoriske skillelinjer.²⁴

Etter at man gjennom tre tiår hadde forsøkt å oppnå gevinster ved å flytte på saksområder innenfor den gamle strukturen i statsforvaltningen, riktignok delvis gjennom opprettelse av nye organer (direktorater), og i den siste delen av perioden gjennom opprettelse ko-ordineringsorganer på toppen av strukturen(e), var man altså kommet så langt at man begynte å stille spørsmålstegn ved organisasjonsformen. Prosessen fram mot en ny organisasjonsform har vært kalt "avbyråkratisering".²⁵ Resultatet har av noen vært kalt "planarki". Denne prosessen er påbegynt, men det endelige resultat er det spåmannskunst å si noe om. Ikke desto mindre har det vært gjort forsøk på å trekke linjer inn i framtiden ut fra teorier om administrativ endring. En konklusjon er at vi i 1990-årene vil ha en statsadministrasjon der den byråkra-

tiske arbeidsformen, i betydningen masseproduksjon av ensartede vedtak innenfor områder hvor oppgavene er veldefinerte og betingelsene stabile, fortsatt vil eksistere og fungere godt.²⁶ "Planarki", i betydningen lite hierarkisk organisasjonsform, arbeidsgruppemodellen, vil finnes på områder der mange og store interesser må samarbeides og der framtidsplanlegging skal skje.

Kort oppsummert må man kunne si at et fellestrekk i alt arbeid med organisasjonen i norsk sentraladministrasjon etter 1945 har vært det mål å gjøre departementene til håndterlige størrelser som kunne være tjenlige redskaper for statsrådene i deres rolle som politikere. Dette har vært forsøkt gjennomført på i hovedsak to måter: styrke toppledelsen i departementene, både den politiske og administrative, og føre oppgaver ut av departementene, enten til eksisterende organer eller til nyopprettede direktorater. I de siste årene har det imidlertid vært noe mindre aktivitet på dette området; nå har man begynt å se på selve arbeidsformen. Hele tiden har de selvfølgelig vært enkeltpersoner og grupper som har ment at svaret på problemet lå i at staten tok på seg færre oppgaver, men det er lite som tyder på at skiftende regjeringer kan spores i selve den administrative utvikling etter 1965.

II. GENERELLE TENDENSERS INNVIRKNING PÅ LANDBRUKSDEPARTE- MENTET

Som nevnt i innledningen, er administrasjonshistorie ikke noe entydig definert begrep. I dette hovedavsnittet skal forsøkes gitt en generell beskrivelse av den administrative oppbygging av Landbruksdepartementet i perioden 1945-1983 - med bakgrunn i den kortfattede beskrivelse av tilsvarende forhold i hele den sentrale statsadministrasjon i Norge i samme periode som er forsøkt gitt i foregående hovedavsnitt. Det kan tenkes flere måter eller utgangspunkt for å gjøre dette. Her er valgt som konkret utgangspunkt at en organisasjons størrelse vil ha betydning for organisasjonens oppbygging. Som vi skal se, kan dette til og med vise seg å være to forskjellige sider av samme sak.

Et departements størrelse kan i prinsippet måles på flere måter (men det er ikke sikkert forskjellige målemetoder gir nøyaktig samme resultat). En variabel er antallet ansatte - eller rettere: antallet stillinger. Roness har gjort rede for de vanskeligheter en støter på når det gjelder å etablere sikre tall for denne størrelsen.²⁷ Den følgende framstilling bygger på de tall som oppgis i budsjettforslaget for de enkelte år. Dette skulle gi noenlunde sammenlignbare tall fra år til år, men sier mindre om hvor mange som egentlig hadde sitt arbeid i vedkommende departement. Til illustrasjon kan nevnes at i budsjettforslaget for 1958 foreslås det 173 stillinger for Landbruksdepartementet, mens det i St.prp. 138/1958 (opprettelse av embete som departementsråd) oppgis at departementet har "ca. 225" ansatte.

Det neste nivå som kan brukes som målbar variabel i denne sammenheng, er administrative enheter innenfor departementet. Her faller altså størrelse og oppbygging sammen. Antallet kontorer, seksjoner e.l. lar seg etablere med relativt stor grad av sikkerhet gjennom Statskalenderen, men som vi skal komme tilbake til, kan det også her være skjulte ordninger. De senere års telefonkatalog for departementene er en kilde som er vel så sikker og hendig som Statskalenderen.²⁸ Avdelinger er høyeste administrative enhet i et departement, og disse kan man med stor grad av sikkerhet finne oppført i Statskalenderen.²⁹ En mellomting, som er særlig aktuell i Landbruksdepartementet, er direktorater innenfor departementet. Det vanlige er imidlertid at disse enten er en del av en avdeling, fungerer som en egen avdeling, eller på alle måter er en egen avdeling.

Til antallet kontorer, seksjoner e.l. skulle i teorien svare antallet byråsjefer/kontorsjefer, men dette er ikke alltid tilfellet. Delvis har det forekommet at f.eks. underdirektører har vært sjef for egentlige kontorer, og delvis har det forekommet byråsjefer uten egne kontorer (altså en slags frie "konsulenter" med byråsjefs tittel og lønn). Antallet ekspedisjonssjefer derimot, kan man være ganske sikker på svarer til antallet avdelinger. Unntakene kan man finne der hvor direktorater utgjør egne avdelinger - der vil sjefen for avdelingen ha tittel av direktør.

Hvis vi etter dette ser på Landbruksdepartementet like etter 2. verdenskrig, var det i 1947³⁰ 183 stillinger, 11 kontorer og 2 avdelinger³¹ i Landbruksdepartementet. Under ekspedisjonssjefene hadde man i tillegg 3 direktører. Ser vi så på situasjonen i 1983 finner vi 196 stillinger, 24 kontorer og 6 avdelinger (2 ekspedisjonssjefer + 4 direktører som også er sjefer for hver sine avdelinger). Det kan altså se ut som om antallet stillinger har holdt seg nokså konstant gjennom en periode på over 30 år, men at man har delt departementet

opp i flere administrative enheter på begge nivåer (og som et resultat av dette fått flere overordnede stillinger i forhold til det totale antall stillinger). At ikke antallet stillinger har økt, virker overraskende, mens det derimot synes å være en rimelig utvikling at man får en jevnere fordeling mellom over- og underordnede stillinger - med tilsvarende økte avansementsmuligheter.

Neste trinn må bli å undersøke om den utviklingen som nå er skissert har funnet sted jevnt over hele perioden eller om det kan påvises markerte brudd på bestemte tidspunkter. Ved å bruke de kilder som tidligere er nevnt kan den grafiske framstilling i figur 1. konstrueres. Det første som kan leses ut av figur 1., er at de to kurvene for antall stillinger og antall administrative enheter på kontornivå har et visst sammenfall når det gjelder variasjoner. Dette er lite overraskende og skulle ikke foranledige behov for særskilte kommentarer.

Dernest kan vi slå fast at det som så ut til å ha vært en stabil situasjon (antall stillinger) slett ikke har vært så stabil som man kunne tro ved å sammenligne tallene for 1947 og 1983. Fra 1957 er det et tydelig fall i antall stillinger, og laveste nivå nås i 1967. Derfra er det en jevn stigning fram til 1979. Fra 1979 til 1980 er det et markert hopp. Dette hoppet har spesielle årsaker som vi skal komme tilbake til (se s. 22) og denne linjen er derfor ikke heltrukket.

Endelig viser utviklingen i antall administrative enheter på laveste nivå, som man kunne vente, en noe roligere utvikling enn antallet stillinger (men med et stort unntak for hoppet fra 1950-1951).

Disse kurvene kan danne utgangspunkt for en analyse av årsakene til de endringene som har skjedd. Teoretisk kan man tenke seg en rekke forskjellige årsaker, og i det følgende vil en del slike bli drøftet og prøvet mot konkrete tilfeller:

- a) Omorganisering som politisk styremiddel.
- b) Mindre enheter for å skape bedre oversikt.
- c) Større enheter for å rasjonalisere arbeidet.
- d) Nye enheter med spesielle oppgaver;
 - oppgaver som man vil prioritere høyere
 - nye oppgaver (nye for vedkommende departement)
- e) Oppgaver flyttes ut av departementet (til frittstående direktorater, eller til andre etater).
- f) Oppgaver flyttes inn i departementet (fra ytre etater)
- g) Formalisering av allerede eksisterende ordninger.
- h) Reell vekst i antallet stillinger innenfor eksisterende arbeidsområder.

Ettersom formålet med denne framstillingen er å få fram endringer som også kan ha betydning for arkivdanningen, vil det være mest formålstjenlig å følge kurven for antallet administrative enheter og så sette inn undersøkelser på de punktene der det har vært foretatt formelle forandringer. Det første punktet som da peker seg ut, blir den sterke økningen i antallet kontorer fra 1950 til 1951. Fra 1948 til 1951 er det en viss økning i antallet stillinger (mens 1947 og 1951 kommer omtrent jevnt ut). Økningen er imidlertid langt fra sterk nok til å forklare nesten en fordobling i antallet administrative enheter. Altså må vi her søke etter andre forklaringer.

Først kan det være hensiktsmessig å se på hva som konkret skjedde m.h.t. hvilke enheter som eksisterte i 1950 og hvilke som eksisterte etter endringene. Dette lar seg lettest illustrere ved hjelp av en grafisk figur, se figur 2.

Som det vil framgå av figur 2. er det en oppsplitting av de 3 kontorene Landbrukskontoret, Jordkontoret og Skogkontoret som fører til den sterke økningen i antall administrative enheter; bare Provianteringsdirektoratet med ett kontor er helt nytt. Spørsmålet blir derfor hvorfor man foretok denne sterke oppsplittingen.

Statskalenderen for 1950 og 1951 viser at når det gjelder underdirektører er det helt overlapping mellom de to årene, og for byråsjefenes vedkommende er, nesten fullstendig overlapping. Forskjellen for den siste gruppen er at en permittert byråsjef er tilbake i 1951, en fungerende byråsjef er forsvunnet og en konstituert byråsjef for Provianteringskontoret er kommet til. Spesielt interessant er det å konstatere at mens det i 1950 bare er oppført 12 administrative enheter (kontorer), har man ialt 17 byråsjefer/kontorsjefer i tillegg til 6 underdirektører som alle i Statskalenderen er oppført med henvisning til bestemte kontorer.³² Videre kan man av Statskalenderen lese at for Landbrukskontorets og Jordkontorets vedkommende er det snakk om en ren oppsplitting av saksområdene - det er bare de nye kontornavnene som er satt inn i teksten. Heller ikke for Skogkontoret er det store forandringer, det er stort sett bare snakk om mindre omredigering av teksten. Dette siste kan imidlertid gjenspeile et faktum som at fordelingen av saksområdene har vært noe mindre fast i Skogkontoret enn i de to andre kontorene.

At det her er snakk om formalisering av allerede eksisterende ordninger understrekes ytterligere av to forhold. For det første tier budsjettforslaget om denne store økningen i antallet kontorer. Det eneste man finner omtalt der, er overføringen av Provianteringsdirektoratet med Provianteringskontoret fra det nedlagte Forsynings- og gjenreisningsdepartementet.³³ For det andre kan man se på de arkivsaker

som er skapt i Landbruksdepartementet og raskt konstatere at det lenge hadde vært ført egne journaler for flere av de saksområdene som nå ble skilt ut som egne kontorer. Det gjelder i alle fall Landbrukskontorets juridiske avdeling (Lj) der det finnes journaler fra 1917 og Jordkontorets juridiske avdeling (Jj) der det finnes tilsvarende fra 1932.³⁴

I brev fra Rasjonaliseringsdirektoratet av 10.2.1950³⁵ ble Landbruksdepartementet bedt om å uttale seg om et organisasjonskart over departementet, utarbeidet i Rasjonaliseringsdirektoratet og datert 26.3.1949. I dette kartet har direktoratet regnet med 19 kontor; forskjellen fra Statskalendrens oppregning i 1951 er at Jordkontorets juridiske avdeling er regnet som ett kontor, at Skogdirektoratets juridiske kontor ikke er med, at Provianteringsdirektoratet (naturlig nok) ikke er med og at meieriinspektørens kontor regnes som eget kontor. I sitt svar kommenterer departementet bare forholdet med Jordkontorets juridiske avdeling, som man påpeker består av to kontorer.

Det kan vel etter dette neppe herske tvil om at det som ved første øyekast kan se ut som den mest dramatiske utvikling i Landbruksdepartementets organisasjon etter 1945 (og for såvidt også i hele dets eksistensperiode), i virkeligheten bare var en opprydding og klargjøring som fikk få konsekvenser - det være seg innad som utad.

Etter en jevn vekst mot en topp i antall kontorer i midten av 1950-årene, fikk vi igjen en reduksjon i antall kontorer i løpet av andre halvdel av ti-året, slik at tallet i 1961 var redusert med omtrent en tredjedel i forhold til toppene i 1954-55 og 1957. Her står vi overfor en litt langsommere prosess enn i 1950-51 og den ekstra toppen i 1957 kan tyde på at vi her kan vente å finne noe mer reelle forandringer.

Figur 3. viser en plansjemessig framstilling av hvilke enheter som finnes oppført i Statskalenderen for 1955 og 1961. Førsteintrykket av plansjen er vel nærmest at denne gir et lite oversiktlig bilde av de forandringene som har skjedd. Ved nærmere ettersyn vil en imidlertid fort legge merke til det vi visste fra før: at antallet kontorer er redusert. Dernest vil en kunne se at to kontorer som er oppført i 1955 ikke har noen forbindelseslinje til 1961, og at nesten halvparten av kontorene i 1961 har forbindelseslinje til mer enn ett kontor i 1955. Altså kan man slå fast at reduksjonen i antallet kontorer må ha skjedd på to måter: saksområder er flyttet ut av departementet og det har skjedd en sammenslåing av saksområder som tidligere hørte til forskjellige administrative enheter.

Statskalenderen forteller oss også at i 1955 hadde Landbruksdepartementet 18 byråsjefer til å lede de 24 kontorene, hvilket bare kunne gå ihop ved at 5 av de 7 underdirektørene samt jordskiftedirektøren bestyrte hvert sitt kontor. To kontorer hadde både byråsjef og underdirektør. I 1961 var situasjonen nærmest omvendt. Da hadde man 3 underdirektører, 1 jordskiftesjef³⁶ og 17 byråsjefer til å bestyre 17 kontorer. Nå kunne man slå seg til tåls med at 17 kontorer og 17 byråsjefer passer godt sammen, men når det fremdeles var 1 underdirektør som bestyrte et kontor, og i tillegg jordskiftesjefen bestyrte sitt kontor, samtidig som ingen kontorer hadde både byråsjef og egen underdirektør, får vi to byråsjefer til overs. I Statskalenderen finner vi ganske riktig oppført to byråsjefer uten henvisning til bestemt kontor. Den ene er oppført også i 1955, men da med henvisning til bestemt kontor (Tømmer- og trelastkontoret). Dette skulle gi et inntrykk av at det man denne gang ser resultatet av, må være et bevisst forsøk på rasjonalisering, som i hvert fall har resultert i nedgang i antall stillinger på ledernivå i departementet. Nytt på topp-planet er det imidlertid at Landbruksdepartementet har fått departementsråd.

I Stortingsproposisjon nr. 121/1955 var det trukket opp en del linjer for den organisasjonsmessige utvikling i departementene (se s. 5-6). Ett av punktene her var nettopp det å opprette departementsrådsstillinger i flere departementer. Stillingen i Landbruksdepartementet ble opprettet fra januar 1959 etter at det høsten 1958 hadde vært fremmet egen proposisjon til Stortinget om saken.³⁷ Av proposisjonen går det klart fram at opprettelsen av denne stillingen var et ledd i arbeidet med å lette den administrative arbeidsbyrden for statsrådene, og at forslaget i dette tilfellet ble satt i direkte sammenheng med pågående rasjonaliseringsarbeid i departementet, idet det ble forutsatt at departementsråden skulle ha som "særlig oppdrag å ta seg av rasjonaliseringen av departementets organisasjon og arbeid".

Av brev med vedlegg fra Landbruksdepartementet til Rasjonaliseringsdirektoratet av 9.1.1956³⁸ går det fram at det i 1955 ble nedsatt et utvalg i Landbruksdepartementet, bestående av to ekspedisjonssjefer og en tidligere statsråd, til å utrede organisasjonsspørsmål i departementet. Utvalget avgav en innstilling 26.9. s.å.³⁹ Denne innstillingen ble så sendt til høring hos andre sjefer i departementet. Det var nok delte meninger om en del av forslagene, men i nevnte brev ble det altså tatt kontakt med Rasjonaliseringsdirektoratet. Siktemålet var å få til et samarbeide med direktoratet med sikte på å komme fram til "den best mulige administrative løsning". Arbeidet skulle starte med at det ble nedsatt et felles utvalg på høyt nivå (statssekretær, ekspedisjonssjef, rasjonaliseringsdirektør), som så skulle avgi en innstilling.

Utover mot 1960 ble det så arbeidet med forslag til organisasjonsplan for hele departementet, men også i stor grad med forslag til omorganisering av arbeidsoppgaver og nye rutiner innenfor enkelte eksisterende kontor. Fra denne perioden foreligger det bl.a. et forslag til organisasjonsplan utarbei-

det i Rasjonaliseringsdirektoratet og datert 14.11.1957.⁴⁰ Forslaget ligner noe på det som var resultatet i 1961. Bl.a. er departementsråd med, og Budsjett- og regnskapskontor, Tilskuddskontor og Kontoret for landbruksøkonomi (saksråde noe nær Kontoret for utenrikssaker) er med. Men antallet avdelinger er foreslått til fem og antallet kontorer skulle etter forslaget bli 20. Siktemålet for dette forslaget kan neppe ha vært å få til færre administrative enheter, for reduksjonen i antallet kontorer skriver seg i hvert fall delvis fra det faktum at på dette tidspunkt var Direktoratet for statens skoger og Jorddyrkingsdirektoratet allerede opprettet utenfor departementet.

Landbruksdepartementets organisasjon slik den finnes beskrevet i Statskalenderen 1961 ble et godt stykke på vei fastsatt gjennom departementets rundskriv av 12.3.1959, og fra da av og ut gjennom hele 60-årene viser kurven for utvikling av administrative enheter i Landbruksdepartementet svært liten svingning. Den lille knekken midt i tiåret skyldes delvis opprettelsen av enda ett nytt direktorat utenfor departementet, Direktoratet for vilt og ferskvannsfisk i 1965, og at et av de direktoratene som tidligere var opprettet utenfor departementet, Jorddyrkingsdirektoratet, i 1967 ble ført tilbake til departementet. Først fra 1972 kan man igjen se en jevn stigning i antall kontorer.

I figur 3. er også framstilt forholdet mellom de forskjellige kontorer i Landbruksdepartementet i 1961 og 1972. Vi ser at utviklingen må kunne sies å ha vært rolig. Antallet kontorer er omtrent det samme og forbindelseslinjene ser greie ut. De forskjellige som finnes, må nærmest karakteriseres som justeringer. Når man kjenner til den raske samfunnsutviklingen på andre områder, og for såvidt også innenfor de fagområder Landbruksdepartementet dekker, synes det merkelig at dette skulle gi så små utslag i departementets organisasjon. Ser vi imidlertid nærmere på de saksområder som i

Statskalenderen står oppført under de forskjellige kontorene, ser vi fort at det her er snakk om stadig nye saksområder som blir ivaretatt innenfor den gamle organisasjonsstrukturen. Forbindelseslinjene mellom kontorene i 1961 og 1972 slik de framkommer i figur 3., kan altså ikke sies å være helt korrekte. De må forståes slik at det for en stor del er de samme saksområder det er snakk om, men at det innenfor dette kan skjule seg mange relativt store og viktige nye saksområder.

Den ene "knoppskytingen" som kan konstateres fra 1961 til 1972, Økonomikontoret fra Administrasjonskontoret, kan være verdt en egen kommentar. Dette Økonomikontoret, opprettet som eget kontor fra 1969, må nemlig sees som et utslag av den generelle tendensen som er beskrevet tidligere, til å opprette egne organer for stabsfunksjoner og planlegging. Kontoret fikk som en av sine oppgaver å være "felles sekretariat for budsjettarbeid og langtidsplanlegging".⁴¹

Denne styrkingen av sekretariats- og planleggingsfunksjonen er det som ligger bak den første delen av den stigning i antallet administrative enheter som kom i Landbruksdepartementet ut gjennom 1970-årene. De to enhetene som kom til fra 1972 til 1973 ble opprettet for å drive henholdsvis planlegging og rasjonalisering. Typisk er også at disse enhetene ikke fikk navn av kontorer, men ble kalt enheter. Det kan derfor se ut som om man rundt 1970 i Landbruksdepartementet ikke bare tenkte på det som hadde vært aktuell politikk siden siste halvdel av 1950-årene koordinering og planlegging, men også var inne på veien mot "avbyråkratisering" gjennom oppmyking av den gamle strukturen, i hvert fall i navnet.

Av figur 3. kan vi se forholdet mellom kontorer i 1972 og 1983. Økningen i antallet er iøynefallende, og vi er nå tilbake på det nivå man hadde i midten av 1950-årene - før

det systematiske rasjonaliseringsarbeidet begynte å få virkninger. Forbindelseslinjene viser imidlertid at det er to forskjellige tendenser som har gjort seg gjeldende. På den ene siden har man i en del tilfelle ført sammen saksområder som tidligere lå til forskjellige kontorer, noe som kunne ført til færre enheter. På en annen side har man så hatt en del knoppskyting ved at eksisterende saksområder er blitt delt. Det er spesielt på to områder dette siste er et framtrædende trekk. Administrasjons- og økonomiavdelingen er det ene stedet der dette har skjedd. Utbyggingen av sekretariatsfunksjonene ser altså ut til å fortsette. Det andre stedet er det tidligere Skogdirektoratet. Der har man fått nye enheter som må sies å være en krysning av to tidligere typer: de enkeltstående statskonsulentene og enheter som ikke benevnes kontorer. Det man har fått er seksjoner under ledelse av statskonsulenter.

Det mest iøynefallende ved utviklingen fra 1972 til 1983 er imidlertid ikke antallet administrative enheter på kontornivå, men derimot utviklingen på høyere nivå. For det første er antallet avdelinger fordoblet fra 3 til 6. Dermed, og dette er vel nærmest årsaken til det foregående, er direktoratene i den gamle formen helt forsvunnet. Av Statskalenderen framgår at direktører har man riktignok ennå, men disse er nå blitt ledere for hver sine avdelinger, de skal altså fungere som avdelingsledere på linje med ekspedisjonssjef.

Problemet med direktørenes stilling i Landbruksdepartementet er eldre enn departementet selv. Allerede da det var klart at det nye Landbruksdepartementet ville bygge på de eksisterende direktorater, Landbruksdirektoratet, Skogdirektoratet og Veterinærdirektoratet, begynte diskusjonen om hvilken stilling fagdirektørene skulle ha i forhold til resten av embetsverket i departementet.⁴² Også senere hadde dette vært et diskusjonstema,⁴³ og den departementsgruppen som avgav

sin innstilling om Landbruksdepartementets organisasjon 26.9.1955 (se s. 18) tok opp problemet. Ved denne anledning ble det hevdet at en av departementets største svakheter var kontorenes og direktoratenes "sekteiske" virksomhet. Det het videre at dette hadde skjedd fordi departementets oppbygging hindret den nødvendige koordinering. En av veiene å gå for å få avhjulpet denne mangelen, mente utvalget ville være å gjøre klart at direktoratene lå innenfor departementet som en del av dette, bl.a. ved en annen bruk av brevholder. Men noen organisatorisk forandring i dette forholdet ble ikke foreslått den gangen.

Forandringen i direktørenes stilling ble gjort gjeldende fra 1.7.1975 etter kongelig resolusjon av 27.6.1975, men i praksis hadde ordningen vært gjeldende fra 1.10.1973. I 1973 ble ordningen gjort midlertidig i påvente av en samlet organisasjonsplan for departementet. Rasjonaliseringsdirektoratet la fram en rapport sommeren 1974, og denne ble i stor utstrekning fulgt ved resolusjonen i 1975.⁴⁴ Etter dette kan man stille spørsmål ved om det fremdeles eksisterer direktorater innenfor Landbruksdepartementet, eller om direktørtittelen bare er en betegnelse på spesielle ekspedisjonsjefer.

Figur 1. viser at i samme tidsrommet har Landbruksdepartementet hatt en jevn stigning i antallet ansatte (faste stillinger). Det store hoppet fra 1979 til 1980 skyldes at tilsammen 27 stillinger som tidligere var blitt oppført under ytre etater, nå ble ført opp under departementets budsjett. Det dreier seg om stillinger som også tidligere hadde vært brukt som saksbehandlerstillinger i departementet,⁴⁵ så i realiteten innebærer dette ikke noe nytt - det må derfor kunne forsvares å karakterisere utviklingen som "jevn".

Det som er interessant å konstatere er at for alle de tre måtene å måle departementets størrelse som er brukt i denne framstillingen, kan man finne en økning gjennom det siste tiåret. Et spørsmål som da melder seg, er om målsettingen om at departementene skulle være håndterlige størrelser til bruk for statsrådene i deres arbeid som politikere (s. 5) er forlatt. Det er vanskelig å ha noen formening om dette er et forhold som gjør seg gjeldende i alle departementer, men i alle fall for Landbruksdepartementet har det i så fall også gjort seg gjeldende mer spesielle forhold med betydning mest for dette departementet.

Allerede i budsjettforslaget for 1974 het det at for at landbruket skulle bli "ei rasjonell næring, tilpassa dei langsiktige måla for ernæringsforsyning, rasjonell og økonomisk landbruksproduksjon og for busetting, må det administrative apparat for ressurskartlegging, planlegging og rett-leiing i landbruket styrkjast".⁴⁶ Senere foreligger det flere Stortingsdokumenter som klart peker i retning av sterkere vekt på utviklingen av det innenlandske jordbruket. Det gjelder f.eks. Ernæringsmeldingen,⁴⁷ melding om landbrukspolitikken (der det dras opp konkrete produksjonsmål)⁴⁸ og Stortingets vedtak av 1.12.1975 om inntekstmålsettingen for jordbruket.⁴⁹ Nå har det vel aldri vært meningen at den vekst i "det administrative apparat" som var nødvendig for å oppfylle målsettingen, i sin helhet skulle skje i departementet. Det har tvert i mot hele tiden vært en forutsetning at lokale organer måtte trekkes sterkt inn i dette arbeidet. "Desentralisering" og "delegering" er fortsatt ord som tas i bruk.⁵⁰ Man har også snakket om å trekke lokale enheter inn i prosessen for å oppnå "avbyråkratisert sakshandsaming".⁵¹ En omfattende omorganisering av den lokale landbruksadministrasjonen og i rettleidningstjenesten i jordbruket har da også skjedd.⁵²

Likevel står det fast at man har hatt en avgjort vekst i Landbruksdepartementets organisasjon utover i 1970-årene og begynnelsen av 1980-årene. Denne veksten har vært fulgt av et omfattende arbeid med den interne organiseringen i departementet.⁵³ Spørsmålet blir derfor om det man rundt 1950 kalte "intern delegasjon" (se s. 4) sammen med nye organisasjonsformer (se s. 9-10) har hatt slik virkning at en viss vekst i departementet på dette tidspunkt ikke er til vesentlig hinder for at departementet kan fungere som et sekretariat for statsråden ?

III. DE ENKELTE ENDRINGER I LANDBRUKSDEPARTEMENTETS

OPPBYGNING

Innledende kommentarer.

Ved gjennomgang av Statskalenderen 1947-1983 vil en fort oppdage at det har skjedd et stort antall endringer i Landbruksdepartementets oppbygning i denne perioden endringer som er langt mer omfattende enn man skulle tro dersom man bare ser på antallet kontorer, slik det er framstilt i figur 1. I innledningen er gjort greie for de prinsippene som er lagt til grunn ved utarbeidningen av denne framstillingen, og det etterfølgende skulle illustrere hvor omfattende det hele ville bli dersom man skulle kommentere hver enkelt endring på dette området.

En annen vanskelighet har her vært å bestemme hva som skal defineres som forandring. Utgangspunktet har vært at alle endringer som medfører at et kontor-, direktorat- eller avdelingsnavn forsvinner/tas i bruk må registreres. Imidlertid kan en slik endring være uttrykk for forskjellige faktiske forhold i de enkelte tilfellene. Noen ganger må det hele kunne karakteriseres som rene navneskifter (men som oftest vil likevel navneskiftet gi uttrykk for i det minste en endret holdning til enhetens arbeidsområde). Andre ganger vil det kunne reises stor tvil om hvorvidt forandringen skal defineres som navneskifte på en enhet som har fått tilført nye oppgaver, eller om det dreier seg om opprettelsen av et nytt kontor. I det etterfølgende er flere slike avgjørelser bygd på subjektivt skjønn, det er derfor mulig at andre ville komme til andre resultater.

Det som har vist seg vanskeligst, for ikke å si umulig å få til ved en framstilling som denne, er å gi en kortfattet oversikt over de forskyvninger i saksområder som skjer over lengre tid uten at dette gir seg uttrykk i at enheten endrer navn. I det tidsrommet da arkivordningen i hovedsak var slik at hvert kontor hadde sitt arkiv, vil dette kunne vanskeliggjøre prosessen med å finne fram til rette kontor med hensyn til behandlingen av konkrete saker. Ved den senere ordning med avdelingsarkiv (fra ca. 1960, se s. 7) vil det være viktigere å få tak i endringer som går på tvers av avdelingsgrensene, enten det dreier seg om flytting av hele kontorer fra en avdeling til en annen eller om overføring av saksområder. For det tidsrommet det her er snakk om, vil imidlertid Statskalenderen kunne gi relativt sikker beskjed om forholdene på konkrete tidspunkt.

Som en første innfallsport finnes i det følgende en oversikt over avdelinger i Landbruksdepartementet i hele perioden 1945-1983. Dernest følger en oversikt over direktorater 1945-1976 og deres avdelingstilknytning. Til grunn for de etterfølgende tabellene ligger ialt 76 registrerte nyopprettelser/nedleggelses/navneendringer på kontornivå. Følgende opplysninger er forsøkt registrert:

1. Navn på kontor/enhet.
2. Opprettelsesår.⁵⁴
3. Nedleggelsesår.⁵⁴
4. Navneendring til.
5. Navneendring fra.
6. Saksområde til.
7. Saksområde fra.

Ut av dette materialet har vi fått to utskrifter sortert kronologisk etter opprettelsesår, med kolonner for henholdsvis opprettelsesår, kontornavn og navneendring fra/opprettelsesår, kontornavn og saksområde fra. Dernest er materialet to ganger sortert kronologisk etter nedleggelsesår,

med kolonner for henholdsvis nedleggelsesår, kontornavn og navneendring til/nedleggelsesår, kontornavn og saksområde til. Endelig finnes en utskrift med alfabetisk sortering, men der bare opprettelsesår og nedleggelsesår er med. I tillegg er det i den oppstillingen føyd til opplysninger om kontorenes/enhetenes avdelingstilknytning fra og med 1960.

I den siste utskriften er også skrevet inn på alfabetisk plass to kontorer som har vært så stabile i navnebruk og saksområde at de ikke er kommet med i de andre oversiktene (d.v.s. at forandringer ikke er registrert) Konesjonskontoret og Kontoret for reindrift og ferskvannsfiske. Dette forholdet gjelder kun disse to kontorene, og dermed skulle denne siste utskriften gi en alfabetisk oversikt over alle kontorer som har eksistert i Landbruksdepartementet i perioden 1945-1983.

AVDELINGER I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1945-1982
KRONOLOGISK

Avdeling	Oppr	Saksområde fra	Endr ¹⁾ Saksområde til	Merknad
1. Avdelingen for landbruk, reindrift og ferskvannsfiskeri, departementets personal- og administrasjonssaker	1948		1951	nr. 3
2. Avdelingen for skogbruk, veterinarvesen, utskiftingsvesen og konsesjonssaker	1948		1956	nr. 5 og 6
3. Avdelingen for landbruk, reindrift og ferskvannsfiske, forsynings- og beredskapstiltak for visse driftsmidler til landbruk m.m., departementets personal og administrasjonssaker	1951	nr. 1 og Forsynings- og gjenreisningsdepartementet	1953	nr. 4 og Provi- x)Direkte under anteringsdirek- statsråden toratetx)
4. Avdelingen for landbruk, reindrift og ferskvannsfiske	1953	nr. 3	1960	nr. 6 og 8
5. Avdelingen for skogbruk og veterinarvesen	1956	nr. 2 og kontor for viltstell, jakt og fangst	1960	nr. 7 og 8
6. Jordavdelingen	1956	nr. 2 og 4	1976	nr. 12 og 13
7. Administrasjonssjons og økonomiavdelingen	1956	nr. 4 og 5(1960)x)	nr. 8(1966)x)	x)Veterinærdirektoratet

8. Avdelingen for landbruk og skogbruk	1960	nr. 4, 5 og 7(1966)x)	1976	nr. 9, 10 og 11	Veterinærdir- rektoratet
9. Landbruksavdelingen	1976	nr. 8			
10. Skogavdelingen	1976	nr. 8			
11. Veterinæravdelingen	1976	nr. 8			
12. Jord- og konsesjonslovavde- lingen	1976	nr. 6			
13. Jorddyrkingavdelingen	1976	nr. 6	1982	nr. 9 og 14	
14. Jordbruksavdelingen	1982	nr. 9 og 13			Personalmessig delvis en fort- settelse av nr. 13

1) Enhver navneendring ser ut til å representere forandring i saksområdet. I tillegg har det skjedd en del endringer ved flytting av kontorer o.l. uten at dette har fått konsekvenser for avdelingenes navn.

DIREKTORATER I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1900-1976 (1982)
KRONOLOGISK

Direktorat	Oppr	Saksområde fra	Endr. ²⁾	Saksområde til	Avd. tilknytning ¹⁾²⁾
1. Landbruksdirektoratet	1900 (1877)		1976		1 (1948-1951); 3 (1951-1953); 4 (1953-1960); 8 (1960-1976); 9 (1976-)
2. Skogdirektoratet	1900 (1875)		1976		2 (1948-1956); 5 (1956-1960); 8 (1960-1976); 10 (1976-)
3. Veterinærdirektoratet	1900 (1894)		1976		2 (1948-1956); 5 (1956-1960); 7 (1960-1966); 8 (1966-1976); 11 (1976-)
4. Utskiftningsdirektoratet	1948	Utskiftningskontoret	1951 ³⁾		2 (1948-1951)
5. Provianteringsdirektoratet	1951	Forsynings- og gjenreisningsdepartementet	1955	Landbruksdirektoratet	3 (1951-1953); direkte under statsråden (1953-1955)

6. Jordskiftedirektoratet	1951 ³⁾	1961	Jordskiftekon- toret	2(1951-1956); 6(1956- 1961)
7. Jorddirektoratet	1972	1976		6(1972-1976); 13(1976-

1) Numrene refererer til avdelingenes nr. i foregående oversikt.

2) Fra og med 1976 er direktoratene opphørt som egne administrative enheter, direktørene fungerer nå som avdelingssjefer på linje med ekspedisjonssjefer.

3) Navneendring.

KRONOLOGISK OVERSIKT OVER KONTORENHETER OPPRETTET I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1900-1982,
 NYE OG NAVNEENDRINGER

Oppr	Kontor/enhet	Navneendring fra
1900	Landbrukskontoret	
1900	Skogkontoret	
1900	Veterinærkontoret	
1915	Utskiftningskontoret	
1936	Husstellkontoret	
1941	Hagebrukskontoret	
1941	Produksjonskontoret	
1941	Sentralkontoret for skogbruk og virkeshusholdning	
1942	Heimeyrkekontoret	
1942	Hestekontoret	
1942	Kontoret for innenlandsk brensel	
1942	Kontoret for jaktvesen	
1945	Generatorbrensel- og tjærekontoret	
1947	Tømmer- og trelastkontoret	
1948	Personal- og administrasjonskontoret	Personal- og administrasjonskontoret
1949	Administrasjonskontoret	
1950	Provianteringskontoret	
1951	Jordkontorets juridiske avdeling I	
1951	Jordkontorets juridiske avdeling II	
1951	Jordskiftekontoret	
1951	Juridisk kontor i Skogdirektoratet	
1951	Kontoret for skogkultur	
1951	Landbrukskontorets juridiske kontor I	
1951	Landbrukskontorets juridiske kontor II	
1951	Offentlig skog	
1951	Privat skogbruk	
1951	Regnskapskontoret i Skogdirektoratet	
		Utskiftningskontoret

1951	Skolekontoret	
1952	Kontoret for viltstell, jakt og fangst	
1952	Veterinærdirektoratets faglige kontor	
1952	Veterinærdirektoratets juridiske kontor	
1953	Meierikontoret	
1957	Budsjett- og regnskapskontoret i Skogdirektoratet	Regnskapskontoret
1957	Kontoret for jordbruksøkonomi	Provianteringskontoret
1957	Skogkontor, 1.	
1957	Skogkontor, 2.	
1957	Skogkontor, 3.	
1957	Skogkontor, 4.	
1959	Jordlovkontoret	
1959	Kontoret for utenriksaker	Tømmer- og trelastkontoret
1959	Landbrukskontor, 1.	Jordkontorets juridiske avdeling I
1959	Landbrukskontor, 2.	Kontoret for jordbruksøkonomi
1959	Landbrukskontor, 3.	
1959	Landbrukskontor, 4.	
1959	Veterinærkontor, 1.	Veterinærdirektoratets faglige kontor
1959	Veterinærkontor, 2.	Veterinærdirektoratets juridiske kontor
1960	Personal- og regnskapskontoret	Skogkontor, 4.
1960	Skogkontor, 3.	
1960	Tilskotts- og kredittkontoret	
1962	Budsjett- og regnskapskontoret	Personal- og regnskapskontoret
1962	Felleskontoret	Kontoret for utenriksaker
1967	Jordlovkontor, 1.	
1967	Jordlovkontor, 2.	
1967	Seksjon for nydyrking	
1969	Økonomikontoret	
1970	Jordlovkontoret	
1973	Planleggingsenheten	
1973	Rasjonaliseringsenheten	
197	Arealutnyttingskontoret	
1977	Seksjon for driftsteknikk	
1977	Seksjon for skogbiologi	

- | | | |
|------|--|--|
| 1977 | Økonomisk seksjon | |
| 1978 | Seksjon for effektivisering og rasjonalisering | |
| 1978 | Seksjon for planlegging og utredning | |
| 198 | Inspeksjonsseksjonen | |
| 1980 | Skoginspektøren | |
| 1982 | Arealkontoret | Arealutnyttingskontoret |
| 1982 | Budsjett- og regnskapskontoret | Økonomikontoret |
| 1982 | Jordbrukskontor, 1. | |
| 1982 | Jordbrukskontor, 2. | |
| 1982 | Kontoret for rådgivning, fagutdanning og forskning | |
| 1982 | Organisasjons- og økonomikontoret | Seksjon for effektivisering og rasjonalisering |
| 1982 | Personalkontoret | |
| 1982 | Seksjon for arealdisponering i skog | |

KRONOLOGISK OVERSIKT OVER KONTORENHETER OPPRETTET I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1900-1982,
 NYE SAKSOMRÅDER OG OVERFØRINGER FRA ELDRE ENHETER

Oppr	Kontor/enhet	Saksområde fra
1900	Landbrukskontoret	
1900	Skogkontoret	
1900	Veterinærkontoret	
1915	Utsiftningskontoret	
1936	Husstellkontoret	
1941	Hagebrukskontoret	
1941	Produksjonskontoret	
1941	Sentralkontoret for skogbruk og virkeshusholdning	
1942	Heimeyrrekontoret	
1942	Hestekontoret	
1942	Kontoret for innenlandsk brensel	
1942	Kontoret for jaktvesen	
1945	Generatorbrensel- og tjærekontoret	Sentralkontoret for skogbruk og virkeshusholdning; Innenlandsk brensel
1947	Tømmer- og trelastkontoret	
1948	Personal- og administrasjonskontoret	
1949	Administrasjonskontoret	
1950	Provianteringskontoret	Forsynings- og gjenreisingsdepartementet
1951	Jordkontorets juridiske avdeling I	
1951	Jordkontorets juridiske avdeling II	
1951	Jordskiftekontoret	
1951	Juridisk kontor i Skogdirektoratet	
1951	Kontoret for skogkultur	
1951	Landbrukskontorets juridiske kontor I	
1951	Landbrukskontorets juridiske kontor II	
1951	Offentlig skog	
1951	Privat skogbruk	Skogkontoret

1951	Regnskapskontoret i Skogdirektoratet	
1951	Skolekontoret	
1952	Kontoret for viltstell, jakt og fangst	
1952	Veterinærdirektoratets faglige kontor	Veterinærkontoret
1952	Veterinærdirektoratets juridiske kontor	Veterinærkontoret
1953	Meierikontoret	
1957	Budsjett- og regnskapskontoret i Skogdirektoratet	
1957	Kontoret for jordbruksøkonomi	
1957	Skogkontor, 1.	Privat skogbruk
1957	Skogkontor, 2.	Budsjett- og regnskapskontoret
1957	Skogkontor, 3.	Juridisk kontor
1957	Skogkontor, 4.	
1959	Jordlovkontoret	
1959	Kontoret for utenrikssaker	
1959	Landbrukskontor, 1.	Landbrukskontoret (fag); Hagebrukskontoret
1959	Landbrukskontor, 2.	Landbrukskontoret jur. adv. I og jur. adv. II
1959	Landbrukskontor, 3.	Skolekontoret
1959	Landbrukskontor, 4.	Landbrukskontoret (fag) og Meierikontoret
1959	Veterinærkontor, 1.	
1959	Veterinærkontor, 2.	
1960	Personal- og regnskapskontoret	
1960	Skogkontor, 3.	
1960	Tilskotts- og kredittkontoret	
1962	Budsjett- og regnskapskontoret	Landbrukskontoret (jur. adv. II); Jordkontoret
1962	Fellekontoret	
1967	Jordlovkontor, 1.	Jordlovkontoret
1967	Jordlovkontor, 2.	Jordlovkontoret
1967	Seksjon for nydyrking	Jorddyrkingdirektoratet
1969	Økonomikontoret	Administrasjonskontoret
1970	Jordlovkontoret	Jordlovkontor, 1. og 2.
1973	Planleggingsenheten	
1973	Rasjonaliseringsenheten	

1976	Arealutnyttingskontoret	
1977	Seksjon for driftsteknikk	
1977	Seksjon for skogbiologi	
1977	Økonomisk seksjon	Skogkontor, 1.
1978	Seksjon for effektivisering og rasjonalisering	Skogkontor, 1.
1978	Seksjon for planlegging og utredning	Rasjonaliseringsenheten
1980	Inspeksjonsseksjonen	Planleggingsenheten
1980	Skoginspektøren	
1982	Arealkontoret	Skogkontor, 1.
1982	Budsjett- og regnskapskontoret	
1982	Jordbrukskontor, 1.	Landbrukskontor, 1., 3. og 4.
1982	Jordbrukskontor, 2.	Landbrukskontor, 2.
1982	Kontoret for rådgivning, fagutdanning og forskning	Landbrukskontor, 3.
1982	Organisasjons- og økonomikontoret	
1982	Personalkontoret	Administrasjonskontoret
1982	Seksjon for arealdisponering i skog	

KRONOLOGISK OVERSIKT OVER NEDLAGTE KONTORENHETER I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1945-1982,
 INKLUDERT NAVNEENDRINGER

Nedl	Kontor/enhet	Navneendring til
1945	Heimeyrkekontoret	
1945	Hestekontoret	
1945	Kontoret for jaktvesen	
1946	Generatorbrensel- og tjærekontoret	
1946	Kontoret for innenlandsk brensel	
1946	Sentralkontoret for skogbruk og virkeshusholdning	
1949	Personal- og administrasjonskontoret	Administrasjonskontoret
1951	Landbrukskontoret	
1951	Skogkontoret	
1951	Utskiftningskontoret	Jordskiftekontoret
1952	Veterinærkontoret	
1954	Produksjonskontoret	
1956	Provianteringskontoret	
1957	Budsjett- og regnskapskontoret i Skogdirektoratet	Kontoret for jordbruksøkonomi
1957	Juridisk kontor i Skogdirektoratet	
1957	Kontoret for skogkultur	
1957	Offentlig skog	
1957	Privat skogbruk	
1957	Regnskapskontoret i Skogdirektoratet	Budsjett- og regnskapskontoret
1957	Tømmer- og trelastkontoret	Skogkontor, 4
1958	Jordkontorets juridiske avdeling I	Jordlovkontoret
1959	Hagebrukskontoret	
1959	Husstellkontoret	
1959	Jordkontorets juridiske avdeling II	
1959	Kontoret for jordbruksøkonomi	Kontoret for utenrikssaker
1959	Landbrukskontorets juridiske kontor I	
1959	Landbrukskontorets juridiske kontor II	
1959	Meierikontoret	

1959	Skolekontoret	
1959	Veterinærdirektoratets faglige kontor	Veterinærkontor, 1.
1959	Veterinærdirektoratets juridiske kontor	Veterinærkontor, 2.
1960	Skogkontor, 3.	
1960	Skogkontor, 4.	
1961	Skogkontor, 3.	Skogkontor, 3.
1962	Kontoret for utenriksaker	
1962	Personal- og regnskapskontoret	Felleskontoret
1965	Kontoret for viltstell, jakt og fangst	Budsjett- og regnskapskontoret
1966	Budsjett- og regnskapskontoret	
1967	Jordlovkontoret	Jordlovkontor, 1. og 2.
1968	Seksjon for nydyrking	
1970	Jordlovkontor, 1.	
1970	Jordlovkontor, 2.	
1978	Planleggingsenheten	
1978	Rasjonaliseringsenheten	
1980	Skogkontor, 1.	
1980	Økonomisk seksjon	Seksjon for effektivisering og rasjonalisering
1981	Felleskontoret	Økonomisk seksjon
1981	Landbrukskontor, 3.	Skogkontor, 1.
1981	Landbrukskontor, 4.	
1982	Arealutnyttingskontoret	Arealkontoret
1982	Seksjon for effektivisering og rasjonalisering	
1982	Seksjon for planlegging og utredning	
1982	Økonomikontoret	Budsjett- og regnskapskontoret

KRONOLOGISK OVERSIKT OVER NEDLAGTE KONTORENHETER I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1945-1982,
OVERFØRING AV SAKSOMRÅDER TIL ANDRE ENHETER

Nedl	Kontor/enhet	Saksområde til
1945	Heimeyrkekontoret	
1945	Hestekontoret	
1945	Kontoret for jaktvesen	
1946	Generatorbrensel- og tjærekontoret	Tømmer- og trelastkontoret
1946	Kontoret for innenlandsk brensel	Tømmer- og trelastkontoret
1946	Sentralkontoret for skogbruk og virkeshusholdning	Tømmer- og trelastkontoret
1949	Personal- og administrasjonskontoret	
1951	Landbrukskontoret	L.ktr. fag, jur.ktr. I og jur.ktr. II
1951	Skogkontoret	Off. skog, Privat skog; Skogkultur;
1951	Utskiftningskontoret	Regnskapskontoret; Juridisk kontor
1952	Veterinærkontoret	Veterinærdirektoratets faglige, resp. juridiske kontor
1954	Produksjonskontoret	
1956	Provianteringskontoret	
1957	Budsjett- og regnskapskontoret i Skogdirektoratet	Skogkontor, 2.
1957	Juridisk kontor i Skogdirektoratet	Direktoratet for statens skoger;
1957	Kontoret for skogkultur	Skogkontor, 3.
1957	Offentlig skog	Skogkontor, 1.
1957	Privat skogbruk	Skogkontor, 1.
1957	Regnskapskontoret i Skogdirektoratet	
1957	Tømmer- og trelastkontoret	
1958	Jordkontorets juridiske avdeling I	
1959	Hagebrukskontoret	
1959	Husstellkontoret	Landbrukskontor, 1.
1959	Jordkontorets juridiske avdeling II	Kirke- og undervisningsdepartementet
1959	Kontoret for jordbruksøkonomi	Jorddyrkingdirektoratet
1959	Landbrukskontorets juridiske kontor I	Landbrukskontor, 2.

- 1959 Landbrukskontorets juridiske kontor II
 1959 Meierikontoret
 1959 Skolekontoret
 1959 Veterinærdirektoratets faglige kontor
 1959 Veterinærdirektoratets juridiske kontor
 1960 Skogkontor, 3.
 1960 Skogkontor, 4.
 1961 Skogkontor, 3.
 1962 Kontoret for utenrikssaker
 1962 Personal- og regnskapskontoret
 1965 Kontoret for viltstell, jakt og fangst
- 1966 Budsjett- og regnskapskontoret
 1967 Jordlovkontoret
 1968 Seksjon for nydyrking
 1970 Jordlovkontor, 1.
 1970 Jordlovkontor, 2.
 1978 Planleggingsenheten
 1978 Rasjonaliseringsenheten
 1980 Skogkontor, 1.
- 1980 Økonomisk seksjon
 1981 Felleskontoret
 1981 Landbrukskontor, 3.
 1981 Landbrukskontor, 4.
- 1982 Seksjon for effektivisering og rasjonalisering
 1982 Seksjon for planlegging og utredning
 1982 Økonomikontoret
- Landbrukskontor, 2.
 Landbrukskontor, 4.
 Kirke- og undervisningsdepartementet
- Skogkontor, 2.
 Skogkontor, 2.
- Dir. f. jakt, v.stell og f.v.fiske;
 Ktr. for reindrift
- Tilskotts- og kredittkontoret
 Jordlovkontoret
 Jordlovkontoret
 Seksjon for planlegging og utredning
- Økonomisk seksjon (1977);
 Skoginspektøren (1980)
- Landbrukskontor, 2.
 Kontoret for rådgivning, fagutdanning
 og forskning
 Jordbrukskontor, 1. og Landbruks-
 kontor, 2.1982 Arealutnyttingskontoret
 Organisasjons- og økonomikontoret
 Organisasjons- og økonomikontoret

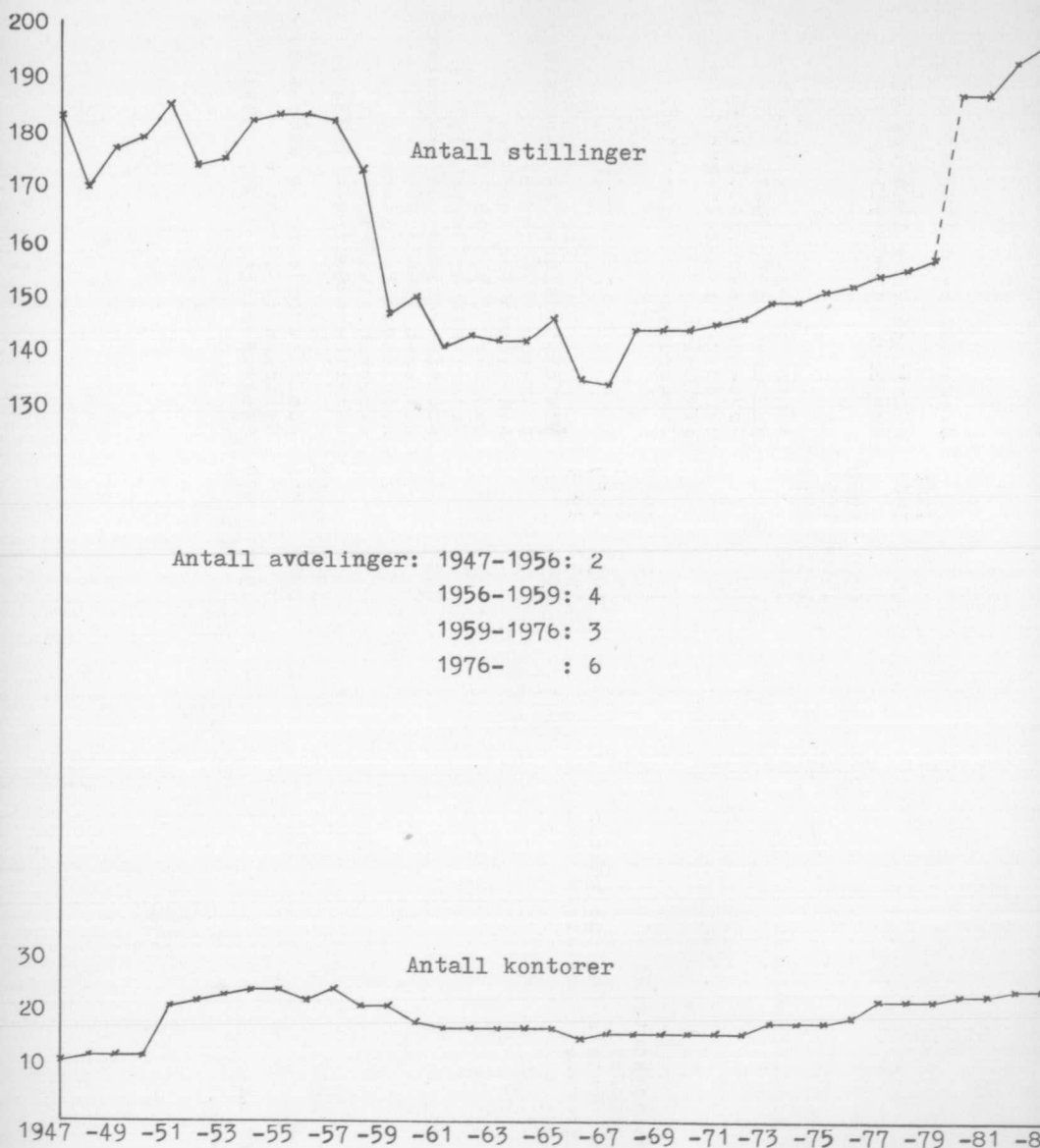
ALFABETISK OVERSIKT OVER KONTORHETER I LANDBRUKSDEPARTEMENTET 1900-1982,
MED DERES AVDELINGSTILKNYTNING 1960-.

Kontor/enhet	Oppr	Nedl	Avdelingstilknytning f.o.m. 1960
Administrasjonskontoret	1949		Administrasjons- og økonomiavdelingen (1960-)
Arealkontoret	1982		Landbruksavdelingen (1982-)
Arealutnyttingskontoret	1976	1981	Jorddyrkingssavdelingen (1976-1981)
Budsjett- og regnskapskontoret	1962	1965	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1962-1965)
Budsjett- og regnskapskontoret	1982		Administrasjons- og økonomiavdelingen (1982-)
Budsjett- og regnskapskontoret i Skogdirektoratet	1957	1957	
Felleskontoret	1962	1981	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1962-1975)
Generatorbrensel- og tjærekontoret	1945	1946	Landbruksavdelingen (1976-1981)
Hagebrukskontoret	1941	1959	
Heimeyrkekontoret	1942	1945	
Hestekontoret	1942	1945	
Husstellkontoret	1936	1959	
Inspeksjonsseksjonen	1980		
Jordbrukskontor, 1.	1982		Jordbruksavdelingen (1982-)
Jordbrukskontor, 2.	1982		Jordbruksavdelingen (1982-)
Jordkontorets juridiske avdeling I	1951	1958	
Jordkontorets juridiske avdeling II	1951	1959	
Jordlovkontor, 1.	1967	1969	Jordavdelingen (1967-1969)
Jordlovkontor, 2.	1967	1969	Jordavdelingen (1967-1969)
Jordlovkontoret	1959	1966	Jordavdelingen (1960-1966)
Jordlovkontoret	1970		Jordavdelingen (1970-1975)
			Jord- og konsesjonslovavde-

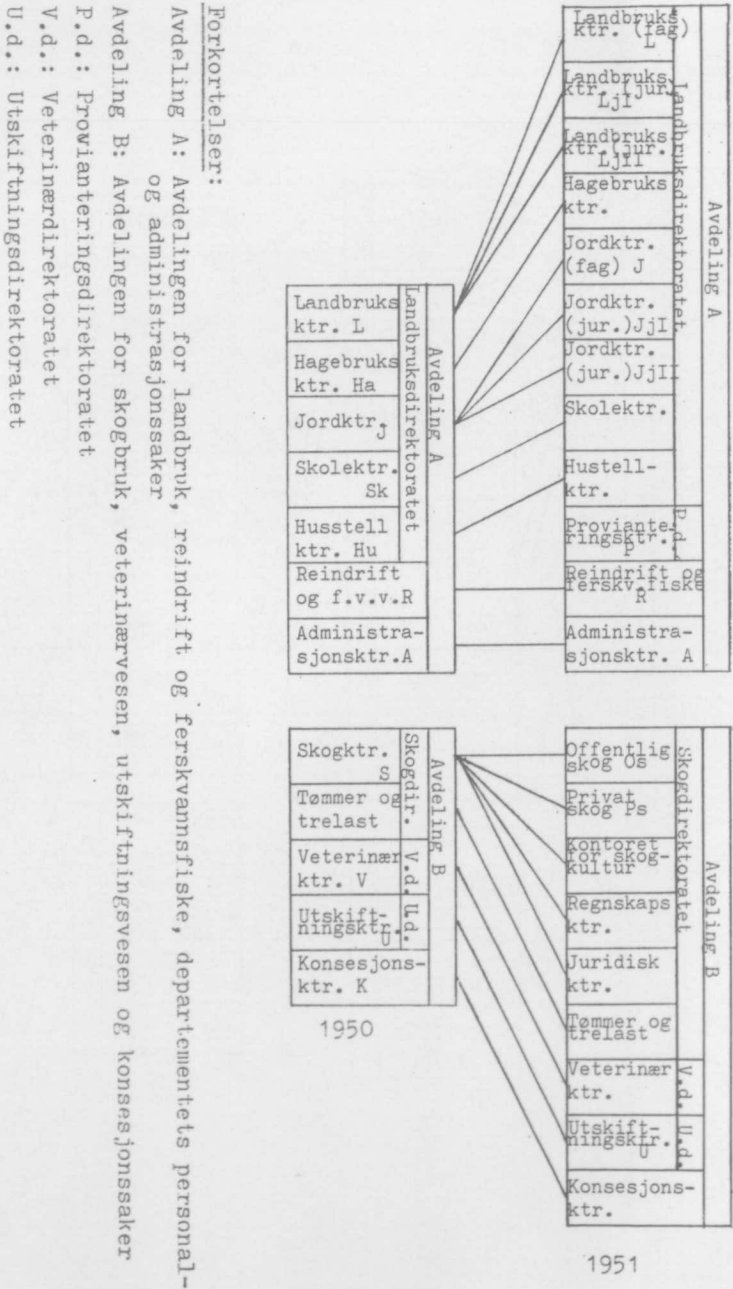
Jordskiftekontoret	1951	Jordavdelingen (1960-1975) Jorddyrkingssavdelingen (1976-1981) Landbruksavdelingen (1982-)	lingen (1976-)
Juridisk kontor i Skogdirektoratet Konsesjonskontoret	1951 1918	Jordavdelingen (1960-1975) Jord- og konsesjonslovavde- lingen (1976-)	
Kontoret for innenlandsk brensel	1942	1946	
Kontoret for reindrift og ferskvannsfiske	1912	Jordavdelingen (1960-1975) Jord- og konsesjonslovavde- lingen (1976-1981) Landbruksavdelingen (1982-)	
Kontoret for jaktvesen Kontoret for jordbruksøkonomi Kontoret for rådgivning, fagutdanning og forskning	1942 1957 1982	1945 1959	Adminstrasjons- og økonomiav- delingen (1982-)
Kontoret for skogkultur Kontoret for utenriksaker	1951 1959	1957 1961	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1961) Jordavdelingen (1960-1965) Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975) Landbruksavdelingen (1976-)
Kontoret for viltsteil, jakt og fangst Landbrukskontor, 1.	1952 1959	1965	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975) Landbruksavdelingen (1976-)
Landbrukskontor, 2.	1959		Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975) Landbruksavdelingen (1976-)
Landbrukskontor, 3.	1959	1981	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975) Landbruksavdelingen (1976-1981)
Landbrukskontor, 4.	1959	1981	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975) Landbruksavdelingen (1976-1981)

Landbrukskontoret	1900	1951	
Landbrukskontorets juridiske kontor I	1951	1959	
Landbrukskontorets juridiske kontor II	1951	1959	
Meierikontoret	1953	1959	
Offentlig skog	1951	1957	
Organisasjons- og økonomikontoret	1982		Administrasjons- og økonomiavdelingen (1982-)
Personal- og administrasjonskontoret	1948	1949	
Personal- og regnskapskontoret	1960	1962	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1962)
Personalkontoret	1982		Administrasjons- og økonomiavdelingen (1982-)
Planleggingsenheten	1973	1977	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1973-1977)
Privat skogbruk	1951	1957	
Produksjonskontoret	1941	1954	
Provianteringskontoret	1950	1956	
Rasjonaliseringsenheten	1973	1977	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1973-1977)
Regnskapskontoret i Skogdirektoratet	1951	1957	
Seksjon for arealdisponering i skog	1982		Skogavdelingen (1982-)
Seksjon for driftsteknikk	1977		Skogavdelingen (1977-)
Seksjon for effektivisering og rasjonalisering	1978	1981	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1978-1981)
Seksjon for nydyrking	1968	1968	Jordavdelingen (1968)
Seksjon for planlegging og utredning	1978	1981	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1978-1981)
Seksjon for skogbiologi	1977	1946	Skogavdelingen (1977-)
Sentralkontoret for skogbruk og virkeshusholdning	1941		Skogavdelingen (1980-)
Skoginspektøren	1980		Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975)
Skogkontor, 1.	1957	1979	Skogavdelingen (1976-1979)
Skogkontor, 1.	1980		Skogavdelingen (1980-)
Skogkontor, 2.	1957		Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1975)

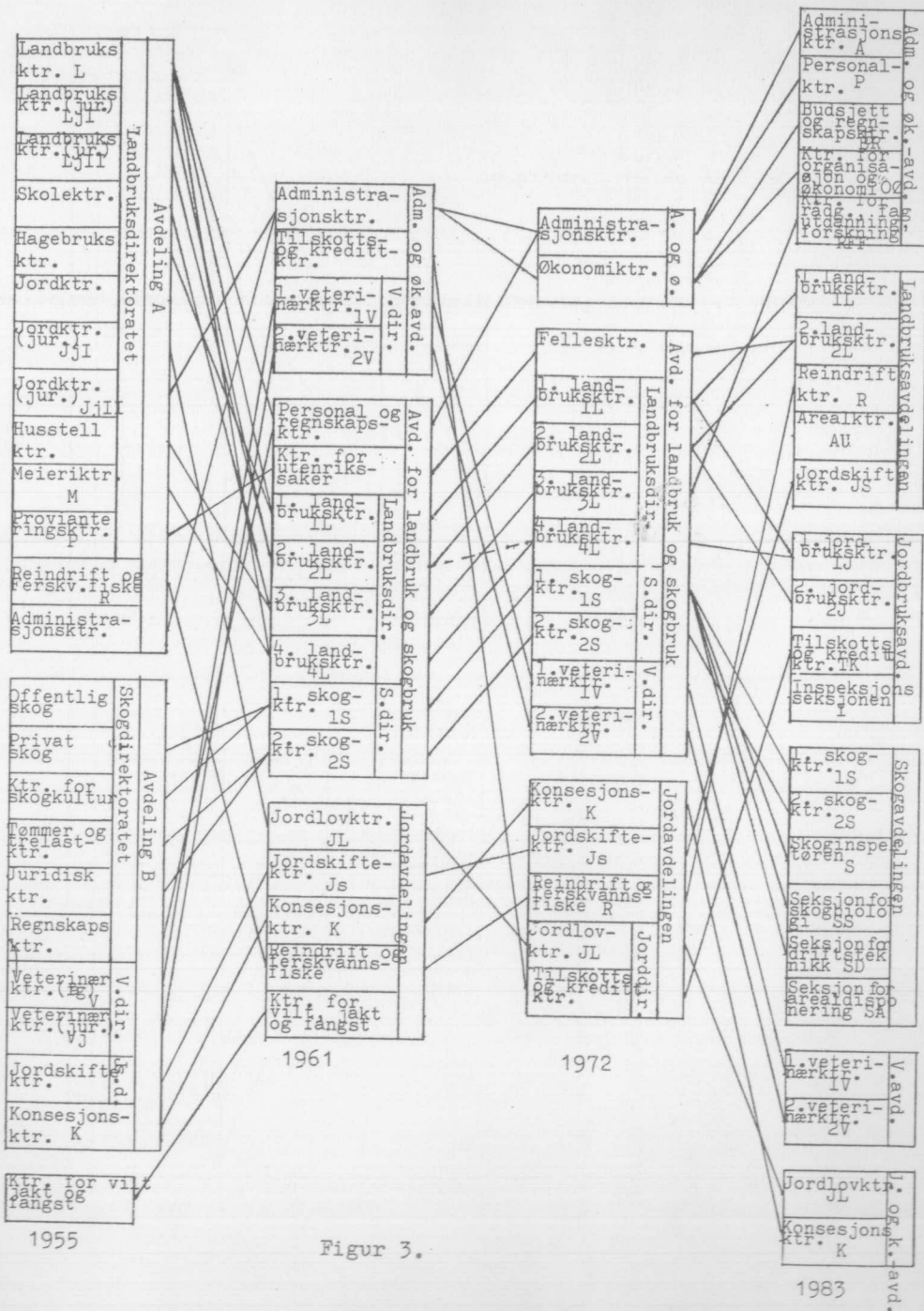
Skogkontor, 3.	1957	1960	Skogavdelingen (1976-)
Skogkontor, 3.	1960	1961	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1960-1961)
Skogkontor, 4.	1957	1960	
Skogkontoret	1900	1951	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1960-1967)
Skolekontoret	1951	1959	Jordavdelingen (1968-1975)
Tilskotts- og kredittkontoret	1960		Jorddyrkningsavdelingen (1976-1981)
			Jordbruksavdelingen (1982-)
Tømmer- og trelastkontoret	1947	1957	
Utskiftningskontoret	1915	1951	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1960-1965)
Veterinærdirektoratets faglige kontor	1952	1959	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1966-1975)
Veterinærdirektoratets juridiske kontor	1952	1959	Veterinæravdelingen (1976-)
Veterinærkontor, 1.	1959		Administrasjons- og økonomiavdelingen (1960-1965)
			Avdelingen for landbruk og skogbruk (1966-1975)
Veterinærkontor, 2.	1959		Veterinæravdelingen (1976-)
			Administrasjons- og økonomiavdelingen (1960-1965)
Veterinærkontoret	1900	1952	Avdelingen for landbruk og skogbruk (1966-1975)
Økonomikontoret	1969	1981	Veterinæravdelingen (1976-)
Økonomisk seksjon	1977	1979	Administrasjons- og økonomiavdelingen (1969-1981)
			Skogavdelingen (1977-1979)



Figur 1.



Figur 2.



Figur 3.

Forkortelser brukt i figur 3:

Adm. og øk. avd. (A. og ø.): Administrasjons- og økonomiavdeling

Avdeling A: Avdelingen for landbruk, reindrift og ferskvannsfisk

Avdeling B: Avdelingen for skogbruk, veterinærvesen og jordskift

J. og k.-avd.: Jord- og konsesjonslovavdelingen

Js.dir.: Jordskiftedirektoratet

S.dir.: Skogdirektoratet

V.dir.: Veterinærdirektoratet

NOTER.

1. Grethe Ilsøe: Administrasjonshistorie. I Arkiv, 7. bind nr. 3, 1979, s. 181 ff.
2. Bind 1,2,4 og 5. Universitetsforlaget 1979-1980.
3. R-komiteen og intensjonene med den er behandlet i litteraturen, f.eks. Roness, s. 114 ff. og Wetlesen, s. 72 ff.
4. F.eks. Wetlesen, s. 80 ff.
5. Gerhardsens 2. regjering, erklæring av 24.1.1955.
6. St.prp. nr. 1, tillegg nr. 17 for 1955.
7. Rundskriv fra Justisdepartementet, j.nr. 4482/55 C, datert 13.8.1955. Finnes bl.a. i Landbruksdept., Administrasjons- og økonomiavdelingen. Avlevering til Riksarkivet 1983, eske 8.
8. Innst. S.nr. 297/1955. Beh. St.tid. s. 3415-3455.
9. F.eks. repr. Erling Norvik, St.tid. s. 3424.
10. Resulterte i forvaltningsloven og sivilombudsmannsinstitusjonen.
11. Komiteinnstillingen, s. 30-31.
12. Komiteinnstillingen, s. 110-111. Her gjør man også uttrykkelig oppmerksom på at det her er mer snakk om arbeidsfordeling enn om egentlig delegering.
13. Se f.eks. Nordisk Administrativt Tidsskrift 1956 (Skare); 1962 (Debes) og 1963 (Kleppe).
14. R-komiteens innstilling, s. 8-9.
15. Arkivutvalgets innstilling, s. 33.
16. Kings Bay-saken, Lindstrømsaken.
17. Etter gjengivelsen i Modalsliutvalgets innstilling, s. 9-10. Som kjent fant det sted regjeringsskifte i 1965.
18. Modalsliutvalgets innstilling, s. 78-79.
19. St.meld. 31/1975-76.
20. Rolf Normann Torgersen i Nordisk Administrativt Tidsskrift 1975, s. 324.
21. St.prp. 85/1971-72.

22. Proposisjonen, s. 5.
23. F.eks. Nordisk Administrativt Tidsskrift 1972 (Himle) og 1975 (Torgersen).
24. St.prp. 85/1971-72, s. 5. St.meld. nr. 31/1975-76, s. 9.
25. Johan P. Olsen i Nordisk Administrativt Tidsskrift 1979, s. 264 ff.
26. I bid. s.267-268.
27. Roness, vedlegg 1, s. 1-7.
28. Publikasjonen "Hvem svarer på hva i staten?" kan også gi opplysninger, selv om den er innrettet etter sak mer enn organisasjon. Første utgave kom i 1956, siden er det kommet ny utgave med ca. 3 års mellomrom.
29. Også for denne type enheter kan imidlertid Statskalenderen være noe på etterskudd i forhold til reelle, noen ganger midlertidige, endringer.
30. 1947 antas å være et rimelig utgangspunkt fordi man da hadde foretatt opprydding blant personalet og fått stabilisert situasjonen etter okkupasjonstide samtidig som dette er første året etter krigen da det utkom statskalender. (Kilden for antallet stillinger er imidlertid budsjettproposisjonen.)
31. Egentlig 2 ekspedisjonssjefer; først året etter ble departementet formelt delt i to avdelinger.
32. Her kan man også se demonstrert det forhold at ett og samme kontor kunne ha både byråsjef og underdirektør.
33. Stort. forh. 1951, bd. 1a, St.prp. nr. 1, kap. 22.
34. Katalog, Landbruksdepartementet, i Riksarkivet.
35. Landbruksdept., jnr. 1449/1950 L. Administrasjons- og økonomiavdelingen. Avlevering til Riksarkivet 1983, eske 4.
36. Ved ledighet i embetet ble det fra 1961 omgjort fra en direktørstilling til en spesialstilling.
37. St.prp. nr. 138/1958.
38. Finnes i avskrift i Landbruksdepartementet, Administrasjons- og økonomiavdelingen. Avlevering til Riksarkivet 1983, eske 10.
39. Ett av forslagene var å opprette et embete som departementsråd. Spørsmålet var altså satt på dagsordenen i Landbruksdepartementet før St.prp. 121/1955.

40. Finnes som i note 38).
41. Statskalenderen 1972.
42. F.eks. Stort.forh. 1899-1900, St.prp. nr. 1, Hovedpost III, kap. 1-4, bilag 2 og ibid., Innst. S. XXIX, s. 6.
43. F.eks. "Om riksdirektørens stillin lønningsforhold, reisegodtgjørelse og pensjonering", Kristiania 1912, bilag 2, 3 og 4.
44. Landbruksdepartementets referatprotokoll 1975, s. 279.
45. St.prp. nr. 1 (1979-1980), kap. 1100, s. 29.
46. St.prp. nr. 1 (1973-1974), kap. 1100, s. I-II.
47. St.meld. nr. 32 (1975-76).
48. St.meld. nr. 14 (1976-1977).
49. St.tid. 1975-1976, s. 1426-1427.
50. F.eks. St.prp. nr. 1 (1975-1976), kap. 1100, s. II.
51. St.prp. nr. 1 (1976-1977), kap. 1100, s. IX.
52. St.meld. nr. 109 (1977-1978) Om lokalforvaltning og rådgivning i landbruket. St.prp. nr. 1 (1980-1981) Landbruksdepartementet m.m., s. 20, samt kap. 1105 og 1108.
53. St.prp. nr. 1 (1981-1982), kap. 1100, s. 22.
54. Opprettelsesår er definert som det året da kontoret første gang er oppført i Statskalenderen. Nedleggelsesår er definert som siste år kontoret er nevnt i Statskalenderen. Som det vil framgå av framstillingen ellers, er dette ikke alltid helt i overensstemmelse med de faktiske forhold.

LITTERATUR OG TRYKTE KILDER.

- Benum, Edgeir: Sentraladministrasjonens historie 1845-1884. Universitetsforlaget 1979.
- Debes, Jan: Egne organer for "fellesoppgaver". I Nordisk Administrativt Tidsskrift, 1962, s. 76-83.
- Debes, Jan: Organisasjon. Universitetsforlaget 1961.
- Debes, Jan: Sentraladministrasjonens historie 1940-1945. Uniersitetsforlaget 1980.
- Debes, Jan: Statsadministrasjonen. Oslo 1978.
- Himle, Erik: Betragtninger omkring departementsorganisasjonen. I Nordisk Administrativt Tidskrift 1972, s. 88-100. "Hvem svarer på hva i staten?". 1.-7. utgave, 1956-1979.
- Ilsøe, Grethe: Administrasjonshistorie. I Arkiv, 7. bind nr. 3, 1979, s. 181 ff.
- Innstillinger og betenkninger:
- R-komiteen av 20.11.1945, avgitt 15.6.1946.
 - Desentraliseringskomiteen av 8.3.46, avgitt 13.1.1947.
 - Komiteen til å utrede spørsmålet om mer betrygnende former for den offentlige forvaltning (Forvaltningskomiteen) av 5.10.1951, avgitt 13.3.1958.
 - Arkivutvalget av 1958 (14.3.1958), avgitt 30.6.1959.

- Utvalget til å utrede hovedprinsippene for oppbyggingen av den sentrale forvaltningsorganisasjon (Modalsliutvalget) av 22.9.1967, avgitt 15.5.1971.

Kleppe, Per: Politikk og administrasjon. I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1963, s. 7-21.

Lidtveit, Aslak: Det Kongelige Landbruksdepartement 1900-1975. Oslo 1975.

Lidtveit, Aslak: Jordbruket i Noreg 1914-1974. Oslo 1974.

Maurseth, Per: Sentraladministrasjonens historie 1814-1844. Universitetsforlaget 1979.

Olsen, Johan P.: De nordiske lands offentlige forvaltning i 1980- og 1990-årene. Noe perspektiver. I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1979, s. 257-273.

"Om riksdirektørenes administrative stilling, lønningsforhold, reisegodtgjørelse og pensjonering." Kristiania 1912. (Riksdirektørenes forening.)

Roness, Paul Gerhard: Reorganisering av departementa. Eit politisk styringsmiddel? Universitetsforlaget 1979.

Skare, Leif: Effektivitetsproblemet i statsforvaltningen. I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1956, s. 121-148.

Statskalenderen 1947-1982.

Stortingsforhandlingene:

- St.prp. nr. 1/1899-1900
- St.prp. nr. 1/1946-47 - 1982-83
- St.meld. nr. 59/1952
- St.prp. nr. 1/1955
- St.prp. nr. 121/1955
- Innst. S. nr. 297/1955
- St.tid. 1955
- St.prp. nr. 138/1958
- St.prp. nr. 85/1971-72
- St.meld. nr. 31/1975-76
- St.meld. nr. 32/1975-76
- St.tid. 1975-76
- St.meld. nr. 14/1976-77
- St.meld. nr. 109/1977-1978

Telefonkatalogen for regjeringskvartalet 1977

- " - departementene 1978
- " - departementene og forvaltningstjenestene 1980-1983.

Torgersen, Rolf Normann: Sterkere søkelys på departementene.
I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1975,
s. 310-324.

Torgersen, Rolf Normann: Styringsapparatets arbeidsvilkår.
I Nordisk Administrativt Tidsskrift 1980,
hefte 4, s. 69-79.

Torgersen, Rolf Normann: Forvaltningsoppgaver og administrative struktur. I Tidsskrift for samfunnsforskning nr. 4/1978, s.263-287.

Tønnesson, Kåre: Sentraladministrasjonens historie 1914-1940. Universitetsforlaget 1979.

Wetlesen, Tone Schou: Rasjonalisering og forvaltningspoli-
tikk. Rasjonaliseringsdirektoratets virk-
somhet 1948-1972.

UTRYKTE KILDER.

I Riksarkivet:

Landbruksdepartementet

- Avlevering fra Administrasjons- og økonomiavdelingen 1983, eske 1-10.
- Katalog over Landbruksdepartementets arkiv.

I Landbruksdepartementet:

- Referatprotokoll AØ 1975.

