
Den nye helseadelen

ESSAY

RUNE SLAGSTAD

rune.slagstad@samfunnsforskning.no

Rune Slagstad (f. 1945) er dr. philos. og professor emeritus, Institutt for samfunnsforskning, Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

I dagens Helse-Norge drives den mest betydningsfulle helsepolitikken av en mer eller mindre anonym byråkratmakt som styrer politikerne, og som får igjennom fusjoner og reformer som er langt fra vellykkede. Hvem er så disse «navnløse», men mektige personene, og hva har de utrettet?



Illustratør: Ørjan Jensen/Superpop

Sykehusreformen i 2001 var ment å gi sterkere politisk styring av spesialisthelsetjenesten. Men i stedet er helsetjenesten i økende grad blitt underlagt byråkratisk styring med politikerne som en slags saksbehandlere for politikkutformende doldisbyråkrater.

Høyre har siden 2008 hevdet at partiet ville fjerne de regionale helseforetakene (RHF) hvis partiet kom i regjeringssposisjon: Helsepolitikken skulle tilbake til de folkevalgte organene (1). «Vi snakker om 'ansiktsløse byråkrater'», fremholdt Bent Høie, «når viktige politiske beslutninger om sykehusstruktur og innhold i sykehus fattes av foretak innenfor et system som folk rett og slett ikke kjenner seg igjen i» (2). Kvinnsland-utvalget, som helseminister Høie nedsatte i 2015 for å utrede organiseringen og styring av spesialisthelsetjenesten, avla i desember 2016 sin rapport (3). Utvalgsflertallets medisin er den stikk motsatte av den Høyre og Høie foreslo i opposisjon: mer makt til de regionale foretakene og de ansiktsløse byråkratene.

Disse byråkratene viser seg ved nærmere ettersyn å ha både navn og ansikt. En av disse heter Herlof Nilssen, sivilingeniør, administrerende direktør (AD) for Helse Vest siden 2002, styreleder i Spekter samt leder for det underutvalget innen Spekter som gir Spekter helseoppdrag. Noen uker etter at Solberg-regjeringen tiltrådte, slo direktør Nilssen fast til NRK Sogn og Fjordane: «Den nye regjeringen kommer ikke til å legge ned de regionale helseforetakene.» Dagens Medisin publiserte direktørens uttalelse under overskriften «Helseminister Nilssen» (4). En rimelig arbeidshypotese er at Nilssen og direktørene for de tre øvrige regionale foretakene var sentrale premissleverandører da Kvinnsland-utvalgets mandat og sammensetning ble bestemt. Leder Stener Kvinnsland fortalte utvalget at han rapporterte til de fire RHF-direktørene underveis i utvalgsprosessen. Kvinnsland selv var viseadministrerende direktør i Helse Bergen fra 2003, direktør fra 2006, styreleder for Oslo universitetssykehus 2011 – 16 og styreleder for Helse Stavanger siden 2015. Han har i lengre tid hatt sugerør ned i Trond Mohns pengebenge; siden 2015 har disse to hatt kontorfellesskap (5, 6). I dagens Helse-Norge drives den mest betydningsfulle helsepolitikken med basis i mer eller mindre anonym byråkratismakt som skyr den offentlige belysning. Kanskje er det Kvinnsland som er den reelle helseministeren?

Markedsteknokrater

Stoltenberg I tiltrådte i mars 2000 med et moderniseringspolitisk program som ifølge Arbeiderparti-ledelsen var «en liten revolusjon av offentlig forvaltning» (7). Omorganisering av sykehusene var et nøkkelelement: De skulle drives etter en dels særlovgitt bedriftsmodell med basis i regnskapsloven.

Helseforetakene som kom med sykehusreformen, var en direkte fortsettelse av Hermansen-utvalgets nye selskapsform: statsforetak. Hermansen-utvalget var et strategisk utvalg med sosialdemokratisk dominans, ledet av Tormod Hermansen, departementsråd i Finansdepartementet (8). Til forskjell fra sine sosialdemokratiske forgjengere søkte de ikke å etablere en balanserende offentlig motmakt til markedsmakten. Markedet var tidens medium, og det sosialdemokratiske byggverket skulle omformes i tråd med den dominerende markedsideologien, også kjent som New Public Management. Økonomisk-administrativ effektivitet ble overordnet verdi i det nye, neoliberale regime, initiert av sosialdemokratiske styringsideologer. Kombinasjonen av sosialdemokratisk statsorientering og neoliberal markedsideologi ga det jeg kaller en *markedsteknokratisk* styringselite (9).

Til den markedsteknokratiske krets hørte også Anne Kari Lande Hasle, som hadde vært medlem av Hermansen-utvalget og i 1999 ble departementsråd i Helse- og omsorgsdepartementet. Hun ble fra denne posisjonen landets fremste helsestrateg. «Selv om det går fort i svingene, er det nødvendig med høy styringsfart dersom vi skal gjennomføre så store omveltninger», fortalte hun i 2001 i anledning sykehusreformen. «Reformarbeid er en tung byråkratisk prosess, derfor er det viktig å ha den politiske ledelsen i ryggen», presiserte hun megetsigende (10, 11).

Hovedstadsfusjonen

Hovedstadsfusjonen – Oslo universitetssykehus – er et av de største enkeltprosjektene på Fastlands-Norge, opprinnelig forutsatt å være selvfinansierende, men etter hvert med en anslått ramme på omkring 40 milliarder kroner og betydelige ringvirkninger utover hovedstadsregionen. Dette prosjektet er Lande Hasles baby. Sturla Herfindals karakteristikker av prosessen rundt sykehusreformen 2000 – 02 passer også for denne fusjonen: Reformen ble igangsatt «uten noen analytisk utredning av den konkrete reformen på forhånd», det var «lite fokusering på andre land», «uklar organisasjonstenkning», effektene av valg av organisasjonsform var «lite debattert» og den var preget av «høyt tempo på bekostning av utredning om fremtidige konsekvenser». Ledelsen hadde gjennomgående «stor grad av kontroll», idet den reelle innflytelsen på beslutningene lå på få hender gjennom store deler av prosessen (7). Den store forskjellen var at det ikke var høyt tempo i gjennomføringsfasen i Oslo. Vedtaket av sykehusreformen var en politisk programprosess, mens Oslo-prosessen buttet mot realiteter ikke minst av faglig art.



Hovedstadsfusjonen er et ideologistyrkt «stort er godt»-prosjekt, drevet frem av et styringsbyråkratisk miljø med liten sans for åpent, faglig begrunnet ordskifte. Med sin trefoldige resistens: erfaringsresistens, læringsresistens og kunnskapsresistens, er den et lærestykke i doldisbyråkratisk politikkutforming.

Fusjonens kanskje mest sentrale grunnlagsdokument er Prosjekt sykehus i hovedstadsområdet. Dette arbeidsdokumentet fra 2004 er utarbeidet av en prosjektgruppe ledet av Lande Hasle, bestående av en rekke foretaksdirektører og departementale helsebyråkrater «med støtte fra McKinsey & Company». Prosjektgruppen dokumenterer et nytt helsepolitisk nettverk. Jeg nevner noen sentrale navn:

Per Bleikelia, den gang ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet, fikk etter hvert en helsebyråkratisk avvikende stil, bl.a. som følge av egenerfaring som pasient. Som direktør for Ringerike sykehus (2011 – 17) har han ikke villet kalle seg «direktør», men «ansvarlig tilrettelegger» for kjernevirksomheten, «management by walking around».

Bente Mikkelsen var viseadministrerende direktør i Helse Øst fra 2001 og direktør for Helse Sør-Øst 2007 – 12. Hastenedleggelsen i 2010 – 11 av Aker sykehus, et av landets mest velfungerende lokalsykehus på høyt nivå, var hennes verk. Hun ble fjernet fra stillingen i forkant av Riksrevisjonens meget kritiske rapport høsten 2012 og erstattet av Peder Olsen, en av hennes nærmeste medarbeidere gjennom mange år.

Siri Hatlen, direktør for Helse Øst, ble i 2009 Oslo universitetssykehus' første direktør. Hun innså etter hvert at fusjonsprosjektet, som hun selv hadde vært med på å legge grunnen for, berodde på økonomisk ønsketenkning og beskrev prosjektet som preget av stadig større risiko. Ifølge 2008-vedtaket i Helse Sør-Østs styre skulle Radiumhospitalet, Rikshospitalet, Ullevål og Aker med alle lands- og regionfunksjoner i løpet av få år samlokaliseres som ett gigantsykehus på Gaustad. Det viste seg ifølge Hatlen å være urealistisk av flere grunner. Gaustad-tomten var for trang og uegnet, og Hatlen foreslo derfor delt løsning mellom Rikshospitalet og Ullevål, med to umiddelbare nybygg på Ullevål: klinikkbygg og storbylegevakt. En viktig premiss hadde vært at fusjonen skulle være finansielt selv bærende, ifølge McKinsey gi en årlig effektiviseringsgevinst på 800 millioner kroner. Slik ble det ikke. Hvis ikke eier stilte opp med økonomiske ressurser – det trengtes 17,5 milliarder kroner – måtte fusjonen i realiteten sprenges. I 2011 sa Siri Hatlen opp som direktør. Et par år etter var Oslo universitetssykehus' akkumulerte gjeld ca. 3 milliarder kroner.

Samling på Gaustad

Etter Hatlen kom en annen fra 2004-utvalget: *Bjørn Erikstein*, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet (2007 – 11), tidligere fagdirektør og administrerende direktør i Helse Sør. Det første Erikstein gjorde etter at han var tiltrådt høsten 2011, var å stanse Hatlens to nøkkelprosjekter: klinikkbygget og storbylegevakten. Legevakten, vedtatt av Oslo kommune i 2010, skulle bygges slik at den ble tilknyttet Ullevåls nye akuttmodtak (åpnet 2014, prislapp ca. 500 millioner kroner). «Min visjon er å legge Ringveien i tunnel ved Rikshospitalet og samle hele Oslo universitetssykehus (OUS) på Gaustad», fortalte Erikstein ett år senere, og la til: «Dette er noe jeg har tenkt på i fire-fem år.» «Jeg kunne bare ikke la være», uttalte Erikstein om planen han hadde latt utarbeide så å si i hemmelighet (12). Det skulle imidlertid vise seg at Erikstein

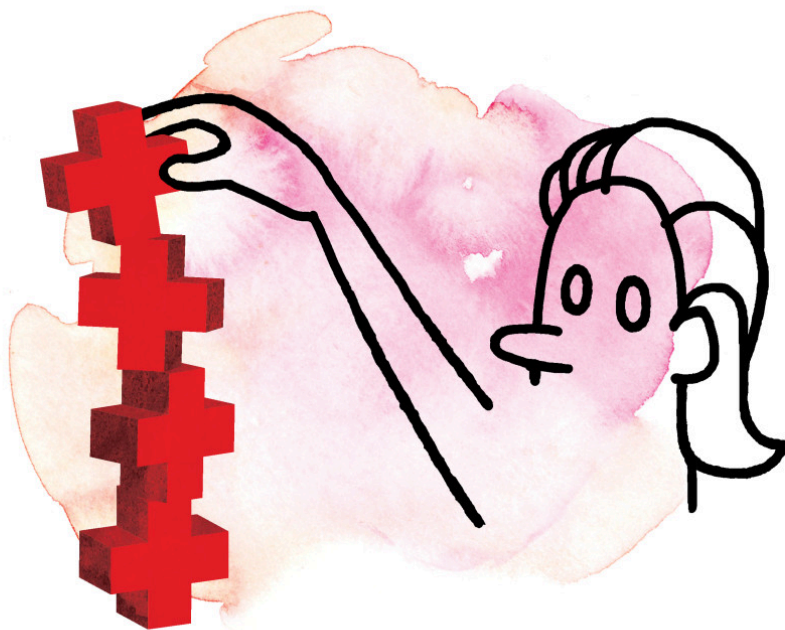
hadde glemt å forhøre seg med veimyndighetene om tunnelplanen. De foreslåtte løsningene med lokk over Ringveien var ifølge Statens vegvesen ikke «gjennomførbare» (13).

«Det hittil mest dramatiske forslaget i norsk sykehusplanlegging kom i juni 2016. Ullevål sykehus legges ned, funksjonene flyttes til Rikshospitalet», skrev Mons Lie nylig (14). Lies formulering «det hittil mest dramatiske forslaget» er ikke helt presis, for nedleggelsesvedtaket er i sin sentrale intensjon en repetisjon av et tidligere vedtak, nemlig fusjonsvedtaket i Helse Sør-Østs styre høsten 2008. Dette vedtaket om fusjon på Gaustad er aldri blitt realisert. Det ble riktignok ganske raskt innført en ny organisasjonsstruktur, idet klinikker, avdelinger og seksjoner ble delt opp og organisert geografisk på tvers. Bortsett fra fusjonen av noen mindre fagmiljøer drives sykehusene som tidligere, men med en ny, lite hensiktsmessig organisering.

Utarming

Eriksteins plan så sent som i 2014 var å hindre gjenåpning av Aker som lokalsykehus. Den politiske motstanden tvang Erikstein til å snu. Det samme gjaldt forslaget om å legge ned Radiumhospitalet på Montebello (13). «Jeg vil jo tro at omdømmet i stor grad knytter seg til navnet. Coca-Cola produseres jo mange steder i verden, men det er fortsatt Coca-Cola», fremholdt Erikstein (15). Han hevdet at flyttingen av Radiumhospitalet til Gaustad hadde støtte i det onkologiske fagmiljøet. Det viste seg å være "fake news". Odd Terje Brustugun, sjef for lungeavdelingen ved Radiumhospitalet, samlet inn støtte fra samtlige 116 overleger for nytt klinikkbygg på Montebello (16). Opposisjonen vant frem. Men Brustugun, en av landets fremste kapasiteter på sitt felt, hører til de mange som er gått lei av den ørkesløse prosessen og har forlatt sykehuset. Han er den siste i en lang rekke fremragende fagfolk som forlater Oslo universitetssykehus som følge av en faglig utarmende fusjonsprosess (17). Det synes å være et styringsbyråkratisk motiv å høvle ned sykehus med en overordnet nasjonal posisjon, som Radiumhospitalet og Rikshospitalet. Det er riktignok ikke i samsvar med stortingspolitikernes erklæringer. Men også utvalgsleder Kvinnsland er tydelig (når mikrofonen er slått av): Ingen sykehus skal ha en overordnet nasjonal posisjon. Vi har her åpenbart å gjøre med en nasjonal patologi: ingen kunnskapselite, kun sports-, underholdnings- og næringslivselite – og utvalgte byråkratiske eliter.

Den utredningen som lå til grunn for 2016-vedtaket i Helse Sør-Øst ble skarpt kritisert av det kvalitetssikrende konsulentfirmaet OPAK-Metier. Utredningene har vært for opptatt av «lokalisasjon» og «bygg», «og for lite om hvordan man skal løse fremtidens utfordringer i et pasientperspektiv». Ledelsen ved Oslo universitetssykehus var så lite tilfreds med OPAK-Metiers konklusjon at den bestilte en ny evaluering som kunne gi ryggdekning til Gaustad-prosjektet (18).



Det er høyst tvilsomt om Oslo universitetssykehus, trolig heller ikke Helse Sør-Øst, har økonomisk bæreevne til å realisere sitt planlagte prosjekt i overskuelig fremtid. Hvis ikke politikerne lokalt og nasjonalt griper styrende inn, vil sykehuset – det er min tese – gjøre nettopp det kvalitetssikrerne advarte mot, nemlig raskest mulig sette spaden i jorden på Gaustad, med sikte på en trinnvis realisering av gigantprosjektet. Det var, hevdet kvalitetssikrerne, «ikke særlig realistisk å starte med å samle regionsfunksjoner på Gaustad». Noe av det første som vil skje, er likevel at traumeavdelingen med dens akuttmottak flyttes til Gaustad. Ullevål vil derved tappes helt sentralt medisinsk sett. I et slikt scenario vil utbyggingen av Radiumhospitalet søkes minimalisert og gjenoppbyggingen av Aker skyves lengst mulig ut i tid. Nedleggelsen av Aker var, innser nå de fleste, et misgrep som ga et sterkt svekket sykehusstilbud for Oslos befolkning. Nå er det Ullevål som står for tur med en langsom utarming av et av landets beste medisinske miljø. OPAK-Metier ga i realiteten støtte til å få utredet en alternativ løsning til Gaustad-prosjektet, fremsatt av Fagforbundet, Legeforeningen og Sykepleierforbundet: en klarere funksjonsdeling mellom Rikshospitalet som landets fremste spesialsykehus og et oppgradert Ullevål som et akuttsykehus for hovedstadsregionen med de nødvendige kliniske spesialiteter. Det er én åpenbar grunn til at dette alternativet, som står sterkt i det medisinske fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus, ikke på noe tidspunkt etter Hatlens tid er blitt seriøst utredet: Ullevål-tomten skal via boligsalg bidra til det økonomiske fundamentet for realiseringen av Gaustad-prosjektet.

«Oslo universitetssykehus blir ikke det ene gigantsykehuset direktør Bjørn Erikstein drømte om.» Det er nå «gravlagt», skrev Dagsavisen på lederplass da den nye Gaustad-planen ble vedtatt i styret ved Oslo universitetssykehus i januar 2016 (19). «Godt er det. Ingen andre enn toppsjefene på sykehuset syntes dette var en god idé. (...) Nå er det viktig at Aker ikke settes nederst på

prioriteringslista, etter nybygging ved Radiumhospitalet og kraftig utvidelse av Rikshospitalet. Det er særlig på dette siste tidspunktet at den nye sykehusplanen i hovedstaden må gås i sømmene» (19).

Det har ikke vært mye å se til denne saumfaringen etter den tid. Mediene har sviktet sitt samfunnsoppdrag i forbindelse med fusjonsskandalen. Den eneste som kontinuerlig har hatt et kritisk blikk, er VGs Yngve Kvistad (20, 21). Hvor er sosiologene, statsviterne og medieviterne blitt av? Vi har hatt to store maktutredninger, og begge lot Helse-Norge ligge. Stortinget har i denne prosessen vært et sandpåstrøingsorgan og har for lengst abdisert. Hvorvidt det rød-grønne byrådet i Oslo makter å følge med, er høyst tvilsomt.

Foretaksadelen

Helseforetaksreformen skulle skape tydeligere ansvarsforhold, mindre byråkrati og bedre politisk styring. Slik er det ikke blitt. Siden 2002 er 50 sykehus blitt til 20 foretak med nye ledernivå og en rekke enheter uten stedlig ledelse. I 2002 var hovedregelen i norske sykehus stedlig ledelse både på avdelingsnivå og overordnet nivå. Majoriteten av sykehusene hadde to eller tre ledernivåer. I 2012 har antallet ledernivåer økt til 4 – 6 i det store flertallet av norske sykehus (22). I 2002 var antallet ansatte i de regionale foretakene 350, i 2012 var tallet ca. 3 500.

Kun én av 20 kliniske ledere sa seg helt enig i påstanden: «alt i alt vil jeg si at foretaksreformen har vært vellykket» (23). På spørsmål om i hvilken grad dagens organisering legger til rette for god organisering av de kliniske arbeidsprosessene, svarte 49,4 % av legene "i liten grad", 39,9 % "i noen grad" og 10,7 % "i stor grad". Hva de oppfatter som mest problematisk: foretaksorganisering, manglende lange linjer og manglende stedlig ledelse (24). Slik informasjon er sporløst borte i Kvinnsland-utvalgets flertallsinnstilling. Hovedbudskapet er i tråd med hva RHF-direktørene gjentatt har hevdet om foretaksreformen, og departementsråd Lande Hasle sammenfattet i sitt avskjedsintervju: «Den er en suksess» og «Det har blitt en ryddig ansvarslinje på ulike nivå» (25).

Kvinnsland-utvalgets flertall «gir uttrykk for hvordan sentrale aktører tenker om helseforetaksmodellen og sykehusene,», skriver helsejuristen Anne Kjersti Befring i sin kommentar, og legger til: «I utredningen tas det ikke utgangspunkt i målet med styringssystemet, som er tilrettelegging for kjerneoppgavene i sykehus, det vil si pasientbehandling, god fordeling av helseressurser, samordning for gode pasientforløp» (26). Også Kurt Brekke, sjefsøkonom i Konkurransetilsynet, hevder at «gigantkonsern er feil medisin» (27).

Kvinnsland-utvalget gir et interessant innblikk i den hegemoniske tenkemåten til den styrende helsebyråkratiske eliten. Et mindretall i Kvinnsland-utvalget har foreslått å splitte den helsebyråkratiske mastodonten Helse Sør-Øst, som er større enn de tre øvrige regionale foretakene til sammen, i tre: Helse Øst, Helse

Sør og Oslo som egen region (28). Det synspunktet deles ikke av den helsebyråkratiske makteliten, for fusjonen av Helse Sør og Helse Øst ble ifølge Lande Hasle foretatt nettopp for å gjennomføre hovedstadsfusjonen (25).

Foretaksreform gir maktkonsentrasjon

En nøkkel til analysen av den helsebyråkratiske makteliten gir den tyske sosiologen Robert Michels i en klassisk analyse av de oligarkiske utviklingstrekkene i partiapparatene (29). Michels formulerte en tese om *oligarkiets jernlov* på bakgrunn av sin studie av det tyske sosialdemokratiske partiet, men den har umiddelbar relevans for vårt tema: Det er organisasjon som gir grunnlaget for byråkratenes dominans over politikerne – av de som har mandat over dem som har gitt dem mandat. Michels' argumentasjon følger tre trinn: større grupper danner av effektivitetsgrunner alltid en byråkratisk organisasjon, byråkratier tenderer mot å bli maktelite og den derav følgende oligarkisering fører til korrumperting av makteliten. Patologiprofessor Olav Hilmar Iversen diagnostiserte allerede i 1970-årene en langsomtvirkende virus-sykdom som han kalte «byråkratitis», nærmest en variant av Michels' innsikt. «Byråkratitis» artet seg ifølge professor Iversen slik: «Når en byråkrat gjør en feil og fortsetter å gjøre den, blir feilen regjeringens nye politikk.» Professor Iversen slapp selv å oppleve den byråkratitis-epidemien som siden har rammet norsk helsevesen (30).

I stedet for folkevalgt kontroll har vi gjennom foretaksreformen fått en maktkonsentrasjon, en ny helsebyråkratisk maktelite av en slags førdemokratisk karakter. Et illustrerende fenomen er direktørmøtene (AD-møtene) mellom og innad i de regionale helseforetakene. Det er organer på siden av de formelle linjer, idet direktørene møtes uten innsyn og referat i en viktig premissleverende og politikkutformende kontekst. Kvinnsland-utvalget konstaterer at denne ordningen har utviklet seg siden 2002: Det ligner på noe utvalget mener å ha sett i private konserner – og lar det bli med det (28)! Herlof Nilssen ga ved Sola-samlingen for tillitsvalgte og verneombud i Helse Vest i mars i år en mer eksplisitt, power-point-presentert begrunnelse for betydningen av de lukkede AD-møtene: «Det er snarare ein styrke enn ein svakheit og ein føresetnad for ønska utvikling».

Historikeren Jens Arup Seip sa en gang at det hvilte noe litt gåtefullt over det som foregikk i arbeiderpartistaten (ettpartistaten) «i maskinens indre». «Som gammel middelalderhistoriker kjenner jeg meg igjen»: «den samme fattigdom på kilder, den samme nødvendighet å arbeide med hypoteser» (31). Jeg har hatt noe av den samme følelsen når jeg gjennom de siste 5 – 6 årene har søkt å studere hovedstadsprosessen og dens helsebyråkratiske kontekst.

Foretaksadelens ansikter

Et passende navn på den nye helsebyråkratiske makteliten kan være foretaksadelen. Adelen ble som kjent formelt avskaffet i Norge ved adelsloven av 1821, men den synes å ha gjenoppstått som en helsebyråkratisk adel, riktignok med en noe mer kontorisert og mindre representativ fremtoning enn den tradisjonelle adelen. Innen denne foretaksadelen er det utstrakt gjenbruk av direktører og styreledere i ulike rollekombinasjoner. Den byråkratiske

kulturen bidrar til å opprettholde maktforskyvningen fra det politiske til det administrative styringsapparatet. En definerende virkelighetsoppfatning vedlikeholdes og bidrar til å sosialisere også nykommere, så som Cathrine Lofthus, som ble administrerende direktør i Helse Sør-Øst i 2015 etter å ha arbeidet sammen med Erikstein. Jeg anfører noen navn fra denne foretaksadelen.



Et av de eldste navn er *Steinar Marthinsen*, tidligere styreleder ved Oslo universitetssykehus, nå vise-AD i Helse Sør-Øst, og styreleder/styremedlem i diverse underliggende foretak (som Sykehusinnkjøp, Pensjonskassen for helseforetakene, Helseforetakenes innkjøpsservice). Marthinsen er leder av valgstyret for Helse Sør-Øst.

Lars Haukaas, tidligere styreleder ved Ullevål sykehus, var administrerende direktør for NAVO (senere Spekter) 1995 – 2013, deretter rådgiver for den nye administrerende direktør Anne Kari Bratten, nå med tittelen prosjektdirektør. Haukaas representerte Spekter i Rikslønnsnemda tidligere i vinter. Han var visstnok påtenkt som leder av Kvinnsland-utvalget, men ble erstattet av Kvinnsland da Legeforeningen anså det som en provokasjon. Han gikk i stedet inn i utvalget som vanlig medlem. Haukaas har hatt en utstrakt helsebyråkratisk rådgivervirksomhet, i sin tid for Bente Mikkelsen, i senere tid bl.a. for *Tor Ingebrigtsen*, administrerende direktør for Universitetssykehuset Nord-Norge siden 2007. Ingebrigtsens reaksjon nylig på en meget skarp tilsynsrapport fra Helsetilsynet kan tyde på at han ville være tjent med supplerende rådgivningskompetanse: «Det må oppfattes som at han (TI) plasserer ansvaret hos andre, noe som er lite tillitvekkende» (32). Ingebrigtsen var også i noen år medlem av styret ved Oslo universitetssykehus, i en tid da

Stener Kvinnsland, administrerende direktør for Helse Bergen, var styreleder. Det er som om «et SAS i krise utnevner Bjørn Kjos i Norwegian til styreleder og Michael O'Leary i Ryanair til styremedlem» (33).

Kvinnsland ble for øvrig i 2016 etterfulgt som leder for OUS-styret av *Gunnar Bovim*, tidligere direktør for St. Olavs hospital og direktør for Helse Midt-Norge, nå rektor ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Hulda Gunnlaugsdóttir, som forsvant som direktør for Akershus universitetssykehus etter kaotiske tilstander i 2013, hadde direktørposisjoner ved Ullevål og Aker og er nå via Sykehuspartner og Nordlandia blitt styreleder for Nordlandssykehuset.

Studiet av foretaksadelen vil kunne ha nytte av Jens Arup Seips blikk på arbeiderpartistaten: «Lojalitetsfølelse er et bånd mellom medlemmer og ledelse, men et bånd som medlemmene har om livet og lederen i hånden». «Kaninrekruttering» var ifølge Seip «en omhyggelig avsiling før folk slapp frem i tillitsmannsrekkene: «Tenkt som et middel til å sikre partiets enhet, ble kaninpolitikken i sine virkninger et middel til å sikre førerskapet for de som hadde det. Når lederne drøftet saker i partiinstanser, drøftet de dem med folk de selv hadde plukket ut.» Det var bygd opp «et indre kontrollapparat» «som kan formidle impulser ovenfra» (31). Seip kalte dette «stalinisme», jeg synes det holder med «leninisme». Lenins formel har aktuell helsepolitisk relevans: «Tillit er bra, men kontroll er bedre!»

Helsefeltet har gjennom den senere års regimeendring vært utsatt for et ekspanderende kontrollregime som ved sitt omfang kan underminere en hovedsøyle i vårt samfunn. Det paradoksale er at dette kontrollregimet er blitt drevet igjennom av et byråkratisk styringssjikt hinsides demokratisk kontroll. I det helsebyråkratiske regimet er fraværet av tradisjonelle, liberaldemokratiske "checks and balances" påfallende. Det er en grunnleggende liberaldemokratisk erkjennelse at makt korrupperer, absolutt makt korrupperer absolutt. At foretaksadelen og Kvinnsland-utvalget ikke er opptatt av denne problemstillingen, er vel strengt tatt som forventet. Så: hvem skal kontrollere kontrollørene?

«Tillit er Skandinavias gull», sier den danske statsviter Gert Tinggaard Svendsen (34, 35). På spørsmål om du har tillit til de fleste andre mennesker, svarer to av tre skandinaver ja, mens Hellas, Portugal og Brasil ligger langt nede på listen. Det er, som det har vært sagt, sjelden at man i Skandinavia ser en person med en kniv i den ene hånden uten at vedkommende har en gaffel i den andre.

Fagperson heller enn lydig funksjonær

Allerede i 1970-årene fremholdt Anne Kari Lande Hasle det synet på profesjonene som skulle bli styrende for hennes virke fra 1990-årene som helsefeltets fremste politikkutformende doldisbyråkrat. Hennes program var en *styringsbyråkratisk avprofesjonalisering* av legeyrket: «Som sosionom vil jeg sterkt understreke våre manglende kunnskaper på en rekke felter, men det som virkelig sjokkerer meg er legenes manglende kunnskaper på en rekke

områder.» «Det føles noe billig å angripe legenes privilegier», la hun til, «men jeg synes det nesten er umulig å unngå, fordi det etter min mening er nødvendig at medisinerne gjennomgår en 'avprofesjonalisering'» (36). Det er i tråd med Lande Hasles avprofesjonaliseringslinje at Christian Grimsgaard ikke vant gehør i Kvinnsland-utvalget for å få faget – den medisinske faglighet – inn som en av de regionale helseforetakenes oppgaver.

«Ta faget tilbake!» lød et legeopprop for et par år siden. Det taler for et helsevesen som oppbevares av «engasjerte fagpersoner» og ikke «lydige funksjonærer», for å bruke Reidun Førdes ord. Helsetjenesteaksjonen viser til en ny konfliktlinje i samfunnsstriden, der helsevesenets tradisjonelt stridende faggrupper – leger, sykepleiere, hjelpepleiere – samles på den ene siden og et ekspanderende sjikt av markedsstyrte ledelsesbyråkrater med bunnlinjen som høyeste verdi på den andre. Dette er et nytt sjikt av bunnlinjebyråkrater som i senere år har trengt seg inn i det norske systems bærende samfunnsinstitusjoner, med institusjonsforvitrende følger. Det er til dels to ulike forståelsesmåter som her støter sammen: én festet til ulike byråkratiske styringsmodeller basert på det kvantitativt målbare, og én festet til den kliniske livsverden med dens hippokratiske treklang: helbrede, lindre, trøste.

Manuskriptet er basert på et foredrag ved vårkurset for Overlegeforeningen og Yngre legers forening i Sandefjord 26.4. 2017.

LITTERATUR

1. Høyre vil legge ned helseforetakene.
www.vg.no/nyheter/innenriks/hoeyre/hoeyre-vil-legge-ned-helseforetakene/a/516685/ (28.4.2016).
2. Stortinget. Møte tirsdag den 14. juni 2011 kl 10. sak 5.
www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Referat/Stortinget/2010-2011/110614/5/#a4 (11.5.2017).
3. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten - Hvordan bør statens eierskap innrettes framover? NOU 2016:25.
www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2016-25/id2522062/ (11.5.2017).
4. Moe M. Helseminister Nilssen. Dagens Medisin 6.12.2013.
www.dagensmedisin.no/artikler/2013/12/06/helseminister-nilssen/ (11.5.2017).
5. Helsetoppen og hans gode hjelper. Bergens Tidende 18.10.2014.
www.bt.no/nyheter/lokalt/Helsetoppen-og-hans-gode-hjelper-266820b.html (28.4.2017).
6. Samler venner for å bruke penger. Bergens Tidende 4.12.2015.
www.bt.no/nyheter/lokalt/Samler-venner-for-a-bruke-penger-285195b.html (28.4.2017).

7. Herfindal S. Veien frem til sykehusreformen: en studie av beslutningsprosessen bak lov om helseforetak. Rapport 5-2004. Bergen: Rokkansenteret, 2008.
8. En bedre organisert stat. NOU 1989:5.
www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/odn/tmp/2002/0034/ddd/pdfv/154719-nou1989-5.pdf (11.5.2017).
9. Slagstad R. De nasjonale strategier. Oslo: Pax, 1998.
10. Slagstad R. Helsefeltets strategier. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 1479 - 85. [PubMed][CrossRef]
11. Sundar T. Helsebyråkratiets fargerike eminense. Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1646 - 7.
12. Haugli Å. Overrasket med gigantsykehus. Dagens Næringsliv 26.10.2012.
13. Slagstad R. Ser byrådet bort fra risikoen med et gigantsykehus?
www.aftenposten.no/meninger/kronikk/Kronikk-Ser-byradet-bort-fra-risikoen-med-et-gigantsykehus--Rune-Slagstad-10501b.html (11.5.2017).
14. Lie M. En varslet katastrofe. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 504. [PubMed][CrossRef]
15. Hvamstad E. Kapital 26.6.2014.
16. Brustugun OT, Bruland ØS, Larsen S et al. Debatt: Radiumhospitalet trenger nybygg. www.vg.no/nyheter/meninger/debatt-radiumhospitalet-trenger-nybygg/a/23381932 (28.4.2017).
17. Slagstad R. Imperiebyggeren på Gaustad. Tidsskriftet Overlegen nr. 3/2014.
18. Bredeli A, Wølsted-Knudsen B, Urstrømmen SE. 3 ansatterepresentanter ved OUS: Tåke over Gaustad.
<http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/3-ansatterepresentanter-ved-OUS-Take-over-Gaustad-11591b.html> (11.5.2017).
19. Flere og bedre sykehus. Dagens leder.
<http://www.dagsavisen.no/nyemeninger/flere-og-bedre-sykehus-1.681592> (11.5.2017).
20. Kvistad Y. Elefantsykehuset på Gaustad.
<http://www.vg.no/nyheter/meninger/sykehus-norge/elefantsykehuset-paa-gaustad/a/23375419/> (11.5.2017).
21. Kvistad Y. Gaustad spiser opp Aker.
http://pluss.vg.no/2016/06/02/2441/2441_23716882 (11.5.2017).
22. Helseforetakenes interne organisering og ledelse. INTORG 2012.
<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skiftserie/2013/hero2013-8.pdf> (11.5.2017).

23. Hippe JM, Trygstad SC. Ti år etter. Fafo-rapport 2012:57.
<http://www.fafo.no/index.php/nb/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/item/ti-ar-etter> (11.5.2017).
24. Magnussen J, Vrangbæk K, Martinussen P et al. Mellom politikk og administrasjon. Rapport til Den norske legeforening.
<http://legeforeningen.no/PageFiles/238368/Mellom%20politikk%20og%20administrasjon.pdf> (11.5.2017).
25. Bordvik M. – Årsaken til fryktkulturen finner man i profesjonen. Dagens medisin 16.2.2016. www.dagensmedisin.no/artikler/2016/02/16/-arsaken-til-fryktkulturen-finner-man-i-profesjonen (11.5.2017).
26. Befring AK. Retten til en frist for når du skal få helsehjelp fra helseforetaket. <https://helserett.wordpress.com/> (27.4.2017).
27. Brekke K. Gigantkonsern er feil politikk.
<http://www.konkurransetilsynet.no/nb-NO/aktuelt/artiklar-og-innlegg/kronikk-gigantkonsern-er-feil-medisin/> (11.5.2017).
28. Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. NOU 2016:25, s. 222.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6db6ac4fbfde49e6bc5f8bd615c6fa1e/no/pdfs/nou20162016002500odddpdfs.pdf> (11.5.2017).
29. Michels R. Zur Soziologie des Parteiwesens in der modernen Demokratie. Untersuchungen über die oligarchischen Tendenzen des Gruppenlebens. Leipzig: Verlag von Dr. Werner Klinkhardt, 1911.
30. Lærum OD. Når byråkratene overtar. Tidsskr Nor legefören 2012; 132: 1301. <http://tidsskriftet.no/2012/05/kuriosa/nar-byrakratene-overtar> (11.5.2017).
31. Seip JA. To linjer i norsk historie. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
32. Ledelsesansvaret på UNN. Leder. Nordlys 24.4.2017.
<http://nordnorskdebatt.no/article/ledelsesansvaret-pa-unn> (11.5.2017).
33. Jan Vincents Johannessen. Oslo universitetssykehus – beretningen om et varslet drap. Fædrelandsvennen 30.8.2012.
<http://www.fvn.no/mening/Oslo-universitetssykehus--beretningen-om-et-varslet-drap-344360b.html> (27.4.2017).
34. Svendsen GT. Tillid er det skandinaviske guld. I: Wyller TB, Haukelien H. Ny helsepolitikk. Oslo: Dreyer, 2017.
35. Svendsen GLH, Svendsen GT. Trust, social capital and the Scandinavian welfare state. Cheltenham: Edward Elgar, 2016.
36. Ivås AM, Tamsfoss S, red. Profesjonalisering – samfunnsbehov eller gruppeinteresse? Utredninger om forskning og høyere utdanning 7: 1977.

Publisert: 16. august 2017. Tidsskr Nor Legefören. DOI: 10.4045/tidsskr.17.0400
Mottatt 2.5.2017, første revisjon innsendt 3.6.2017, godkjent 8.6.2017.

