Magne Nylenna

HELSETJENESTEN I NORGE

Et overblikk

GYLDENDAL
AKADEMISK

MAGNE NYLENNA

HELSETJENESTEN I NORGE – ET OVERBLIKK

GYLDENDAL
AKADEMISK

© Gyldendal Norsk Forlag AS 2014
1. utgave, 1. opplag 2014

ISBN 978-82-05-53863-4

Omslagsdesign: Gyldendal Akademisk
Figurer: David Keeping
Sats: Supernova
Brødtekst: Minion Pro 10,5/15 pkt

Alle henvendelser om boken kan rettes til
Gyldendal Akademisk
Postboks 6730 St. Olavs plass
0130 Oslo

www.gyldendal.no/akademisk
akademisk@gyldendal.no

Det må ikke kopieres fra denne boken i strid med åndsverkloven eller avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk. Kopiering i strid med lov eller avtale kan medføre erstatningsansvar og inndragning, og kan straffes med bøter eller fengsel.

Forord

Helsetjenesten er et av de viktigste godene det moderne samfunn tilbyr befolkningen. Helsetjenesten er den største offentlige sektoren i Norge, og legger beslag på en tidel av bruttonasjonalproduktet. Helsetjenesten er ikke bare et system for diagnostisering og behandling av sykdom. Rundt om i landet er helseinstitusjoner viktige arbeidsplasser. Lokaliseringen av sykehus gir betydelige ringvirkninger og er forbundet med stor prestisje. Kombinert med den økende medieoppmerksomheten omkring medisin og helse, gjør dette helsetjenesten til en viktig politisk arena.

Få, om noen samfunnsområder, har gjennomgått en slik vekst og utvikling som helsetjenesten. Helsetjenestens oppgaver er mangfoldige og organiseringen kompleks. Det er vanskelig å få oversikt over ansvarsområder, styringslinjer og finansiering. Målet med denne boka er å gi en slik oversikt, og forklare og bidra til forståelse av sentrale begreper og prosesser. På 200 små sider er det selvsagt umulig å gå i detalj. Det er, som bokas tittel sier, et overblikk som presenteres.

Håpet er at boka vil være til hjelp for helsepersonell under utdanning, kanskje spesielt for de som studerer i utlandet og ikke har praktisk erfaring med norsk helsetjeneste. Ikke noe er bedre enn om også pasienter, pårørende og andre som ønsker en oversikt over helsetjenesten, har nytte av boka.

Dette er ingen debattbok og heller ikke noen dyptpløyende analyse av helsetjenestens funksjon i samfunnet. Først og fremst er det en faktabok basert på den velkjente tesen om at man skal forenkle så langt det er mulig – men heller ikke mer.

Med utgangspunkt i utviklingen som ligger bak oss og de forhold som har vært med på å forme helsetjenesten, beskrives oppgavene og organiseringen av dagens helsetjeneste (kapittel 1–3). Deretter presenteres de ulike delene av helsetjenesten (kapittel 4–8); kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten (som er så spesiell at den fortjener et eget kapittel), private helsetjenester, og den

sentrale helseforvaltningen. Ytelsen av helsetjenester bygger på en kombinasjon av kunnskap (kapittel 9) og bygninger, utstyr og legemidler (kapittel 10), og utføres av helsepersonell (kapittel 11). God kjennskap til brukerne er en forutsetning for å forstå helsetjenesten (kapittel 12). Det samme gjelder den kompliserte finansieringen (kapittel 13). Konsekvensene av helsetjenesten kan oppsummeres som aktiviteter og resultater (kapittel 14). Til sist trekkes linjene mot framtidens helsetjeneste (kapittel 15). Overblikket suppleres med en alfabetisk oversikt over aktuelle forkortinger, og et detaljert saksregister som gjør boka til et praktisk oppslagsverk. Noe faktisk informasjon gjentas under ulike kapitler, nettopp for å gjøre boka egnet som oppslagsverk.

Boka bygger på en rekke kilder, først og fremst offentlige dokumenter som lover, forskrifter, stortingsmeldinger og utredninger. Dessuten er offentlig statistikk, spesielt fra Statistisk sentralbyrå og helseforvaltningen, benyttet i stor grad. Jeg har også benyttet egne publikasjoner fra de siste årene, blant annet læreboka *Samfunnsmedisin* (Gyldendal Akademisk) og Store Medisinske Leksikon (Kunnskapsforlaget). Til dels er egne tekster oppdatert og gjenbrukt i en ny sammenheng. Jeg er takknemlig for den innsikt og oversikt jeg fikk gjennom arbeidet med *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* som fagdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet i 2010–11. Jeg takker kolleger og venner i departementet, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for lærerikt samarbeid gjennom mange år. Også kolleger ved Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), og ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, har betydd mye for min kunnskap om helsetjenesten. En spesiell takk for hjelp og nyttige kommentarer til arbeidet med boka går til Cecilie Daae, Eli Frivold, Bente Hatling, Nina Husom, Pål Jacobsen, Øivind Larsen, Astrid Nylenna, Kjell Røynesdal, Åse Skjerdal og Steinar Westin. De har bidratt på ulikt vis, men er selvsagt uten ansvar for det endelige resultatet.

Helsetjenesten er i stadig endring, både som følge av den medisinske utviklingen og politiske beslutninger. Denne utgaven av boka er basert på situasjonen ved årsskiftet 2013/2014.

Ski, Oslo, Trondheim
Februar 2014
Magne Nylenna

Innhold

1 BEGYNNELSEN 13

Vekstnæring 14
De lange linjene 14
Epidemitider 17
Hvem kunne behandle? 18
Sykehus og sanatorier 19
Fra legepraksis til sykehus 20
Medisinske muligheter 22
Samfunnsutviklingen 25
Helse bestemmes av mer enn helsetjenesten 26
Helsetjenestens naboer 28
Internasjonalisering 29
Typisk norsk? 30

2 OPPGAVENE 32

Hva er sykdom? 33
Sykdom og helseatferd i endring 35
Helse og sykdom i dagens Norge 37
Hva dør vi av? 37
Hva lever vi med? 38
Helsefremmende arbeid 40
Forebygging 41
Primærforebygging 41
Sekundærforebygging 42
Tertiærforebygging 42
Individrettet forebygging 42
Grupperettet forebygging 42
Diagnostisering 43
Behandling 44
Pleie og omsorg 45

Rehabilitering 46
Informasjon og opplæring 47
Beredskap 47
Samhandling og samarbeid 48
Utdanning 48
Forskning 49
Sykdomskartlegging og sykdomsovervåking 49
Medisinske registre 50

3 ORGANISERING OG STYRING 54
Helsesystemer og helsetjenestesystemer 55
Norsk helsepolitikk 55
Styringsmidler 56
Lover og forskrifter 57
Økonomi 59
Organisering 60
Faglig styring 62
Prioriteringer 62
Reformer 64

4 KOMMUNEHELSETJENESTEN 65
Folkehelsearbeid 68
Kommuneleger 70
Fastleger 70
Legevaktordning 72
Fysioterapitjeneste 73
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste 73
Habilitering og rehabilitering 74
Kommunens omsorgstjenester 75
Kommunal beredskap 76
Samhandlingsreformen 76

5 SPESIALISTHELSETJENESTEN 79
Organisering 80
Omfang og oppgaver 83
Sykehustjenester 83
Nasjonale tjenester 86
Laboratorietjenester og radiologiske tjenester 87
Akuttmedisinsk beredskap og transport- og ambulansetjenester 87
Psykisk helsevern og rusbehandling 89
Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus 90

6 TANNHELSETJENESTEN 91
Den offentlige tannhelsetjenesten 92
Den private tannhelsetjenesten 94

7 PRIVATE HELSETJENESTER 96
Privat virksomhet med offentlig finansiering 97
Frivillige organisasjoner 98
Privat virksomhet med privat finansiering 99
Alternativ behandling 100
Bedriftshelsetjenesten 101
Apotek 102

8 DEN SENTRALE HELSEFORVALTNINGEN 104
Helse- og omsorgsdepartementet 106
Helsedirektoratet 109
Statens helsetilsyn 111
Nasjonalt folkehelseinstitutt 112
Statens legemiddelverk 113
Statens strålevern 114
Norsk pasientskadeerstatning og Pasientskadenemnda 115

9 KUNNSKAP 116
Hva er kunnskap? 116
Kunnskapsbasert praksis 117
Helseforskning 118
Kunnskapsoppsummeringer 121
Faglige normer 123

10 BYGNINGER, UTSTYR OG LEGEMIDLER 124
Bygninger 125
Universell utforming 128
IKT 129
Medisinsk utstyr 130
Velferdsteknologi 131
Hjelpemidler og hjelpemiddelsentraler 131
System for metodevurdering ved innføring av ny teknologi i sykehus 132
Legemidler 133
Forskrivning og finansiering 135
Legemiddelbruken 137

11 HELSEPERSONELL . . . 139
Hvor mange? . . . 141
Autorisert personell og annet helsepersonell . . . 143
Helsepersonellets plikter . . . 146
Utdanningene . . . 147
Profesjoner og profesjonsetikk . . . 149
Autorisert helsepersonell . . . 150

12 BRUKERNE . . . 152
Brukerorientering . . . 153
Folks forventninger . . . 154
Pasientrettigheter . . . 154
Fritt sykehusvalg . . . 156
Individuell plan . . . 156
Klager . . . 157
Norsk pasientskadeerstatning . . . 158
Pasient- og brukerombud . . . 159
Brukergrupper . . . 160
Pasient- og interesseforeninger . . . 160
Behandling i utlandet . . . 162

13 FINANSIERINGEN . . . 164
Utviklingen . . . 165
De store tall . . . 166
Helserefusjoner . . . 169
Egenandeler . . . 170
Spesialisthelsetjenesten . . . 172
Kommunehelsetjenesten . . . 173
Legemiddelfinansiering . . . 175
Private helsetjenester . . . 175

14 AKTIVITETER OG RESULTATER . . . 176
Aktiviteter . . . 177
Spesialisthelsetjenesten . . . 177
Kommunehelsetjenesten . . . 178
Hvor godt? . . . 178
Brukererfaringer . . . 179
God overlevelse, dårligere opplevelse . . . 180
Overlevelse . . . 180
Opplevelse . . . 181
Ventetider . . . 182

15 UTVIKLINGEN 183
Utfordringer 185
Nye roller 188
Den nye kommunale helse- og omsorgstjenesten 188
Den nye spesialisthelsetjenesten 189
Den nye brukerrollen 190
Kvalitet og faglighet 192
Systematisk kvalitetsarbeid 192
Pasientsikkerhet 192
Styring og ledelse 193
Innovasjon og teknologi 194
For mye medisin? 195

FORKORTINGER 197

LITTERATUR 208

REGISTER 218

1

Begynnelsen

Helsetjenesten i Norge slik vi kjenner den i dag, er relativt ung. Veksten, særlig etter den andre verdenskrigen, har vært formidabel. Utviklingen av helsetjenesten er på den ene siden styrt av sykdomsmønster og medisinske muligheter, og på den annen side av politiske og økonomiske forhold, og den allmenne samfunnsutviklingen. Kunnskap om endringer i helsetjenesten gjennom tidene bidrar til å forstå dagens situasjon bedre.

Helsetjenesten og helsevesenet brukes om hverandre

Begrepene helsevesen og helsetjenesten brukes ofte om hverandre som fellesbetegnelse på «alle private og offentlige institusjoner og virksomheter i samfunnet som har til formål å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, å yte pleie og omsorg til syke mennesker eller å rehabilitere og attføre pasienter etter sykdom og skade» (1). I tillegg må en bærekraftig helsetjeneste sikre rekruttering og utdanning av personell, og utvikling og vedlikehold av kunnskap gjennom forskning og fagutvikling.

Ved å studere helsetjenestens utvikling forstår vi bedre hvorfor forholdene er som de er. Endringer skjer raskt og pågår hele tiden. Det viktigste vi kan lære av historien er at heller ikke dagens situasjon er varig. Framtidens helsetjeneste vil være annerledes enn dagens.

Vekstnæring

Helsetjenesten vokser i omfang og betydning

I 2012 var de totale helseutgiftene i Norge ca. 270 milliarder kroner (2). Av dette var ca. 230 milliarder offentlige utgifter, mens ca. 40 milliarder var private midler, hvorav ca. 15 milliarder som egenandeler. Helseutgiftenes andel av bruttonasjonalproduktet (BNP) var 9,4 % i 2010 (3). Det svarer omtrent til gjennomsnittet for OECD-landene.

Så sent som i 1960 utgjorde helseutgiftene her i landet bare 2,1 % av et betydelig lavere bruttonasjonalprodukt enn i dag. Medisinske framskritt, mer krevende pasienter og en mer bevisst befolkning er noe av grunnen til den enorme veksten. En utvidelse av helsebegrepet har også hatt stor betydning. Men veksten på helsefeltet skyldes først og fremst den totale økonomiske veksten i Norge i siste del av det 20. århundret. Med oljeinntektene kunne vi realisere mulighetene.

Økte forventninger til helsetjenesten blant folk flest, stor interesse i mediene for nye medisinske behandlingsmuligheter og, ikke minst, oppslag om misnøye, ventelister og uheldige hendelser, har gjort helsetjenesten til et av de samfunnsområdene som får størst oppmerksomhet.

De lange linjene

Helsetjenesten har ikke sin egen historie

For å forstå dagens norske helsetjeneste er det nødvendig å vende blikket bakover. Helsetjenestens utvikling og vekst, har skjedd trinnvis. Fellesskapsforankring, samarbeid, forebygging og fagutvikling er nøkkelbegreper i prosessen. Sammenhengene er kompliserte. En forenklet modell kan være å se helsetjenesten som et resultat av noen sentrale påvirkningskilder (se figur 1.1):

Medisinens muligheter og samfunnets utvikling former helsetjenesten

- På den ene siden er helsetjenesten formet av de til enhver tid eksisterende helsetrusler, kombinert med tidens medisinske erkjennelse og mulighet.
- På den annen side er den formet av den allmenne samfunnsutviklingen, spesielt det rådende synet på det offentliges ansvar og oppgaver, og enkeltmenneskenes plass og

betydning. Skiftende vektlegging av hva som er sykdom og helseplager, og hva som hører med til livets gang, er også avgjørende.

Figur 1.1 Helsetjenestens utvikling og rolle kan forstås på bakgrunn av en enkel modell der samspillet mellom «ytre» forhold i samfunnet (økonomi, verdier, syn på fellesskapets ansvar etc.) og «indre» forhold i medisinen (sykdomsmønster, behandlingstilbud etc.) er sentralt. Hvilke oppgaver som tillegges helsetjenesten (for eksempel sykdomsbegrep) avgjøres nettopp i dette samspillet. Denne modellen forklarer også hvorfor helsetjenesten varierer over tid og mellom ulike land og kulturer.

I 1603 ble legen Villads Nielsen (ca. 1564–ca. 1616) utnevnt til *medicus ordinarius* i Bergen. Han anses som den første offentlige legen i Norge (4). Pestepidemier med høy dødelighet hadde ført til en kraftig reduksjon av folketallet. Dette svekket både skatteinntektene og tilgangen på soldater. Det var denne trusselen mot den dansk-norske staten – mer enn omsorg for befolkningens helse – som motiverte kong Christian IV (1577–1648) til å etablere det vi kan kalle ansatsen til den offentlige helsetjenesten. De første tiltakene bestod i karantene- og isolasjonsbestemmelser som vern mot pesten, senere kom også organiseringen av helsearbeiderne. I virkeligheten markerte neppe utnevnelsen av Villads Nielsen noe egentlig skille. Utviklingen har skjedd gradvis både før og etter hans tid. Behandling av sykdom var overlatt til den enkelte, og omsorg for syke var i hovedsak et familieansvar til langt inn på 1900-tallet.

Internasjonalt begynte helse å bli et offentlig anliggende på slutten av 1700-tallet. Opplysningstiden medførte politiske, ideologiske og kulturelle endringer som gjorde at innbyggernes

helse og velferd ble viktigere for det offentlige. Enkeltmenneskers helse ble et felles ansvar ut fra en humanistisk begrunnelse, ikke bare et middel til å bygge en sterk og mektig stat.

Helsetjenesten var viktig i nasjonsbyggingen

Historien om moderne helsetjenester i Norge slik vi kjenner den i dag, begynner for omtrent 200 år siden. Nasjonsbyggingen i Norge på 1800-tallet fikk konsekvenser for helsetjenesten, og en sunn befolkning var et av målene i nasjonsbyggingsprosjektet. I 1814 var det ca. 100 leger i Norge, og omtrent en million innbyggere som bodde spredt over hele landet. Utdanning av egne fagfolk var en viktig sak for den nye nasjonen. Legeutdanningen i Norge begynte høsten 1814, tre år etter etableringen av Det kongelige Frederiks Universitet. Etableringen av Rikshospitalet i 1826, først og fremst for å drive undervisning av leger og jordmødre, var en viktig milepæl (5). Sykehusene gikk etter hvert over fra i hovedsak å være oppbevaringsanstalter for fattige syke til å bli behandlingsinstitusjoner.

Nødsårene under Napoleonskrigene, 1800–15, markerte slutten på en tilstand som hadde vært nokså konstant gjennom århundrer. Dødeligheten var omtrent tre ganger så høy som i dag. Årsaken var først og fremst de smittsomme sykdommene. Av 1 000 levendefødte barn var det normale at 250 til 300 døde i løpet av første leveår. Men hadde barnet først kommet seg gjennom de første årene, var livssjansene ganske gode. Usikkerhetsmomentet lå i de epidemiske sykdommene, det vil si de bølgende farsottene som kom i tillegg til de endemiske smittesykdommene som var der hele tiden. Til tross for den høye dødeligheten økte befolkningen moderat. Fødselstallet var nemlig om lag tre ganger så høyt som nå, og barneflokkene var store.

Fra 1815 begynte dødeligheten å falle. Det kan se ut som om fallet i dødelighet var en direkte følge av den forsiktige økningen i levestandard som fulgte da handelsblokaden ble hevet, korntilførselen normalisert, og kostholdet bedret. Befolkningen hadde levd på et så marginalt nivå at det var ikke mer som skulle til. Fødselstallet holdt seg høyt til rundt 1890, og derfor økte befolkningen.

Epidemitider

Kolera-epidemiene preget 1800-tallet

Over hele verden var 1800-tallet de store epidemiers tid. Koleraen bølget i epidemier over hele Europa. Norge ble hardest rammet i 1832–33 og i 1853. Men også de endemiske sykdommene blusset opp, for eksempel ved midten av århundret i tilknytning til de store fiskeriene på Vestlandet.

I perioden 1850–1900 skjedde det en betydelig folkevekst i Norge, samtidig som emigrasjonen til USA økte. Befolkningsveksten førte til en sterk tilflytting til byer og tettsteder. Dette forsterket problemene med de smittsomme sykdommene. Tuberkulose forekom endemisk i befolkningen, og samfunnsutviklingen mot slutten av århundret ga sykdommen friere spillerom. Trangboddhet og dårlige levekår gjorde at smitten spredde seg lettere, og at prognosen ble dårligere for dem som ble rammet. Tuberkuloseomsorgen skjøt fart ved utgangen av århundret, først og fremst gjennom innsatsen fra *Norske Kvinners Sanitetsforening* og dens lokallag. *Norske Kvinners Sanitetsforening* ble stiftet i 1896. Hensikten var å forberede landet på sanitetsoppgaver ved en mulig krig mot Sverige, men arbeidet mot tuberkulose overtok raskt som hovedoppgave. I 1910 ble også *Den norske Nationalforening mot Tuberkulosen* (Nasjonalforeningen) grunnlagt (6).

Gjennom hele 1800-tallet var finansieringen av helsetjenesten uoversiktlig og problematisk. Offentlige leger, det vil si distriktslegene, hadde noe fast godtgjørelse, men fikk også betaling fra pasientene. Vi hadde verksleger og fabrikkleger som var ansatt av større arbeidsgivere, foruten kommuneleger, fattigleger, private leger mv. Sykekasseordninger fikk først et visst omfang ved slutten av det 19. århundret.

Sunnhetsloven i 1860 var en milepæl

Koleraepidemien i 1853 kom på en tid da man hadde begynt å forstå smitteforholdene, og det var blitt klart at viktigste vei til god folkehelse gikk gjennom forebygging. Sunnhetsloven, *Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smitsomme Sygdomme*, som ble vedtatt 16. mai 1860, er blitt kalt helsetjenestens grunnlov. Det viktigste elementet i denne loven var opprettelsen av lokale sunnhetskommisjoner. Dette var folkevalgte

organer, ledet av den offentlige legen, som ble gitt vide fullmakter til å handle etter beste faglige skjønn når epidemier truet eller rammet. Sunnhetsloven var retningsgivende for forebyggende helsearbeid og organisering av helsetjenesten i langt mer enn hundre år. Bortsett fra sinnsykeloven fra 1849 som omhandlet de psykisk syke, var sunnhetsloven den første loven som innebar en nasjonal plan for å håndtere de hyppigst forekommende folkesykdommene.

Hvem kunne behandle?

På 1600-tallet var det sannsynligvis bare en håndfull universitetsutdannete leger i Norge (4). En kongelig forordning fra 1619 slo likevel fast at bare utdannete leger hadde lov til å behandle «indremedisinske sykdommer». Den tids kirurger, bartskjærerne, som også behandlet et bredt spekter av tilstander, fulgte egne vedtekter fra bartskjærerlauget i Danmark fra 1501 (4). Tilsvarende arbeidet apotekerne ut fra sine egne privilegier. En lov fra 1672 påla legene å sørge for at det også ble utdannet jordmødre, og fra 1810 fikk jordmødrene et tilsvarende monopol som legene. Mange andre grupper tilbød imidlertid sine tjenester med bakgrunn i folkemedisinske tradisjoner, og i 1794 ble grensene for uautorisert medisinsk virksomhet nedfelt i en «kvakksalverforordning». I praksis var skillet mellom utdannete og uutdannete helbredere uklart.

Folkemedisin er en samlebetegnelse for sykdomsteori og sykdomsterapi på folkelig, ikke-vitenskapelig grunnlag (1). Paradoksalt nok utviklet folkemedisinen seg parallelt med den vitenskapelige medisinen i det 19. århundret. Omtrent samtidig som narkose og antiseptikk ble introdusert, ble det lansert en rekke folkemedisinske behandlingsmetoder (7). På 1800-tallet var den folkelige behandlingssektoren større enn den profesjonelle (8).

Folkemedisin var utbredt

Bruken av utdannete leger, og for den del jordmødre, var begrenset av flere grunner. Befolkningen var ikke innstilt på å bekoste profesjonell bistand til noe kvinnene alltid hadde

ordnet med selv – å føde barn. Folk var vant til å hjelpe seg selv og sine nærmeste basert på de folkemedisinske råd og erfaringer som fantes, og de trodde at skjebnen påvirket utfallet. Dessuten tilhørte legene et annet sosialt sjikt enn folk flest. Naturalhusholdning dominerte, og helsehjelp var ikke noe man hadde penger til eller brukte penger på. Sant å si var det heller ikke mye effektiv behandling legene hadde å tilby.

Kvakksalverloven ble myket opp på slutten av 1800-tallet, men strammet inn igjen i mellomkrigstiden. Med lov om alternativ behandling fra 2004 ble det åpnet for at andre enn autorisert helsepersonell kunne «utøve behandling som utelukkende har til hensikt å lindre eller dempe symptomer på eller følger av sykdommen eller bivirkninger av gitt behandling, eller som har som formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse» (§§ 6 og 7). Alternativ behandling i denne loven defineres som «helserelatert behandling som utøves utenfor helse- og omsorgstjenesten, og som ikke utøves av autorisert helsepersonell» (§ 2).

Sykehus og sanatorier

Sykehus var lenge oppbevarings-anstalter for fattige syke

Til langt ut på 1800-tallet var det vanlig at den som var syk, lå hjemme. Norge hadde derfor ikke det vi vil kalle alminnelige sykehus. De få sykehusene som fantes, tok først og fremst hånd om pasienter som ikke kunne ta vare på seg selv. Eventuelt var det spesialsykehus for sinnslidende eller for folk med venerisk sykdom eller lepra (9).

For året 1859 forteller statistikken at det var 38 sykehus i Norge, men sykehusbegrepet var uklart og det fantes sikkert flere. Fire av dem var militære, ni var kommunale bysykehus, fire var spesialsykehus for spedalske, 17 var amtssykehus, og det var tre fiskerisykehus med sesongdrift. Dertil kom Rikshospitalet. Den sosiale profilen var tydelig, sykehusene var mest for dem som ikke klarte seg på annen måte. Sykehusenes oppgaver var dels pleie, dels isolasjon og, i begrenset grad, sykdomsbehandling slik vi forstår det i dag. Bygging av alminnelige sykehus tvang seg fram i byene etter hvert, både

av hensyn til pasientbehandlingen, men også for å hindre spredning av smitte. Ullevål sykehus i Kristiania ble åpnet som epidemisykehus i 1887, og først senere ble det bygd ut til å ta imot andre pasienter. Ullevål sykehus vokste, og i mellomkrigstiden var det Nordens største sykehus med mer enn 2 000 senger.

Ved inngangen til det 20. århundret hadde befolkningen i Norge passert to millioner og sykehussituasjonen var annerledes. Kristiania alene hadde sju sykehus. Som tiltak mot tuberkulose ble det opprettet sanatorier for lungesyke helt fra 1870-årene. De fleste tuberkuloseanstaltene i Norge, 39 i tallet i 1912, var opprettet etter lokale initiativ.

Oppbyggingen av en helsetjeneste etter europeisk mønster var preget av mangfold og svak felles planlegging og ledelse. Finansieringen kunne også være høyst ulik. Systemet var tilpasset datidens sosiale struktur, hvor særlig de bedrestilte kunne satse på private tilbud. Det er vanskelig å kalkulere datidens kostnader ved helsetjenesten og sammenlikne dem over tid. For eksempel utgjorde helseutgiftene 4 % av de totale offentlige utgiftene i 1884, men knappe 0,2 % av bruttonasjonalproduktet (BNP).

Fra legepraksis til sykehus

Ved slutten av det 19. århundret ble primærhelsetjenesten for det meste ivaretatt av distriktslegene og enkelte privatpraktiserende leger på landet. Legedekningen i byene var i hovedsak basert på privatpraktiserende leger. I noen byer spilte også offentlige leger, blant annet kommunelegene, en rolle, særlig for de fattige.

Karl Evang var helsedirektør i 34 år

Om én person skal nevnes i utviklingen av norsk helsetjeneste på 1900-tallet, må det være Karl Evang (1902–81). I 1938 ble han utnevnt til medisinaldirektør, senere kalt helsedirektør, en stilling han hadde helt til 1972. Evang organiserte, effektiviserte og samordnet den offentlige helsetjenesten og styrket den fagmedisinske innflytelsen i tjenesten (10). En fagstyrt helsetjeneste var Evangs ambisjon og prosjekt.