

## KAPITTEL 5

# Harlem-utvalget

## 5.1 Innledning

Dette kapittelet dreier seg om den fasen jeg i tråd med flere andre studier har betegnet som «institusjonalisering og profesjonalisering» (Berg, 2009). Dette var en fase som var preget av «vekst og fremgang». Grunnlaget for dette preget er å finne i etterkrigstidens oppbygging av den norske velferdsstaten, der helsesektoren var en sentral arena. I perioden vi her snakker om, var det derfor de politiske ambisjonene om vekst og utvikling i tjenestetilbudet som la premissene for styringsformene som ble valgt. Denne fasen var preget av en sterk tro på institusjonalisering, forstått som utbygging av bl.a. somatiske og psykiatriske sykehus, og sykehjem. Fagprofesjonenes – det vil særlig si legeprofesjonens – sterke innflytelse over måten tjenestene skulle organiseres på og hvordan helsearbeid skulle utføres, var et kjennetegn (Berg, 2009; Borum, 2003). I norsk sammenheng er denne utviklingen knyttet til betegnelsen «det evangiske system» – etter helsedirektør Karl Evang, som i mer enn to tiår fra slutten av 1940-tallet preget utviklingen av tjenestene. Det som er i sentrum for analysen i dette kapittelet, er eksempel på hvordan en tenkte seg denne utviklingen i Østfold, slik denne ble utredet i det såkalte Harlem-utvalget. Det skjedde i flere omganger, og innebar primært at en mente det var nødvendig å styrke tilbudet i fylket på alle de helsefaglige områdene – samtidig. De forslagene som ble lansert, og i stor grad besluttet politisk og deretter iverksatt, er viktige for den videre fremstillingen i denne boken av to grunner: For det første la forslagene grunnlag for struktureringen av tjenestetilbudet, også sykehusstrukturen. For det andre, og i vår sammenheng like viktig: det innebar en mental tilrettelegging for de forventninger til helsetjenestene som befolkning, fagprofesjoner og ansatte i tjenestene tok med seg inn i de neste fasene.

## 5.2 Bakgrunn

I 1946 ble det utarbeidet en sykehusplan for Østfold fylke. Denne planen forutsatte at det skulle bygges sykehus med spesialavdelinger i byene og Indre Østfold. Man beregnet behovet for sengeplasser ved de somatiske sykehusene til 1236 totalt i Østfold. I 1967 var denne målsettingen nådd, idet en da disponerte 1233 sengeplasser i fylket. I forhold til planene for fordelingen av sengeplasser på lokalsykehusområdene var imidlertid den eksisterende struktur skjev: Mens Moss-området hadde ca. 100 færre senger enn planen fra 1946 innebar, hadde Fredrikstad-distriktet ca. 100 plasser flere enn planen foreskrev. Moss kommune tok derfor et initiativ til en utbygging av sykehuset der, og foreslo etablering på et nytt tomteområde like utenfor sentrum av byen. Helsedirektoratet ble i forbindelse med disse planene forespurt av Fylkesmannen i Østfold om en der «hadde noen synspunkter å meddele vedrørende sykehusutbyggingen i Østfold». (Brev fra Fylkesmannen til Helsedirektoratet, 23. 2.1967).

Helsedirektøren ga i sitt svar til Fylkesmannen en omfattende redegjørelse for sitt prinsipielle syn på sykehusutbyggingen i landet, der han i hovedsak presenterte de synspunkter på utbyggingen av sykehusstrukturen som senere kom til uttrykk i utredningen om regionalisering av sykehusvesenet (Sosialdepartementet St.m. nr. 9 (1974–1975)).

Avslutningsvis pekte helsedirektøren på de særegne forhold ved Østfold fylke og om planene ved Moss sykehus. Om disse planene het det – under henvisning til § 12 i den nylig vedtatte Sykehusloven, at *«før fylket tok standpunkt til spørsmålet om å bygge et nytt sykehus i Moss, burde det foretas en nærmere utredning av fylkets samlede sykehusplaner på lang sikt»* (brev fra helsedirektør Karl Evang, 31.5.1967).

Den 2.9.1967 vedtok fylkesutvalget i Østfold å nedsette et utvalg med sikte på å foreta den av helsedirektøren anbefalte utredning. Utvalget ble bedt om å foreta en vurdering av sykehusstrukturen «på lang sikt», og så vidt mulig presisere «hvilke hovedtrekk som karakteriserer utviklingen». I mandatet ble det dessuten angitt et funksjonsfordelingsprinsipp for forholdet mellom lokalsykehusene og sentralsykehuset, og ut fra dette ble utvalget bedt om å vurdere de krav som måtte stilles til sentralsykehuset mht. avdelinger, deres sannsynlige størrelse, utstyr og bemanning, herunder også hvilke krav som skulle stilles til fylkets sentrale

sykehuslaboratorium. Dernest ble utvalget bedt om å vurdere hvilke oppgaver fylkets øvrige sykehus skulle dekke *«ut fra en klar arbeidsdeling mellom disse sykehus og i forholdet til sentralsykehuset, idet en legger faglige og økonomiske hensyn til grunn for vurderingen og tar med i sin vurdering alle sykdomsformer og alle de behandlingsformer som kan være tjenlige»*. (Sitert fra innstillingens mandat, s. 3)

Som vi ser var mandatet omfattende, og forutsatte utarbeidelse av en helhetlig plan for sykehusstrukturen og det totale fylkeskommunale tjenestetilbudet i sektoren. Mandatet var sterkt preget av den funksjonsfordeling Helsedirektoratet forutsatte i et «regionalisert helsevesen», og også av de sosialmedisinske strømninger som da gjorde seg gjeldende, slik det bl.a. fremgikk av mandatets formulering om at utvalget skulle legge til grunn at *«sykehusene er et ledd i det samlede apparat fylket og samfunnet for øvrig søker å bygge ut for å sikre befolkningens helse, arbeidsevne (og annen utfoldelse og aktivitet), selvstendighet og tilpasning til sine omgivelser»*. (Sitert fra innstillingens mandat, s. 3)

Utvalgets medlemmer ble dels hentet utenfra fylket, dels var dets medlemmer sentrale politiske og helsefaglige representanter fra fylket. Utvalgets formann var Gudmund Harlem, som var overlege ved Statens Institutt for folkehelse, men også arbeiderpartipolitiker. Han hadde bl.a. vært sosialminister i 1955–1961, og senere forsvarsminister til 1965. De øvrige medlemmer i utvalget var fylkeslege H. Bjelke, Moss, fylkesordfører R. Gundersen, Fredrikstad, sosialleder J. Sveeggen, Oslo, og sykehus-sjef J. Øie, Molde.

Ut fra sitt omfattende mandat startet utvalget med en befaringsreise ved de fleste av fylkets helseinstitusjoner, og med møter med fylkesmann, de fleste av sykehusenes leger, de fleste distriktsleger og en del representanter fra kommunale myndigheter. I tillegg samlet man inn materiale fra inn- og utland, og tok deretter sikte på å ta for seg organiseringen og utbyggingen av fylkets helsetjeneste under ett.

To forhold forstyrret imidlertid utvalgets opprinnelige arbeidsplan. Kort etter at utvalget var kommet i arbeid, fikk det videresendt et brev av 13.12.67 til Fylkesmannen i Østfold fra et større ingeniørfirma vedrørende mulig videreutbygging av Sentralsykehuset i Fredrikstad. Firmaet ble underrettet om at denne utbyggingen kunne gjennomføres. Videre

ble utvalget i brev av 8.1.1968 fra Moss kommune bedt om snarest mulig å vurdere størrelse og utforming av nytt sykehus i Moss. Utvalget ble bedt om å avgi en utredning om disse to forholdene snarest mulig, og helst innen oktober 1968, da saken skulle tas opp til fylkeskommunal behandling. Utvalget valgte derfor å avlegge en delinnstilling der en delvis ga en generell utdyping av sykehusstrukturen i et regionalisert helsevesen i Østfold fylke, Sentralsykehuset i Fredrikstad og en (eventuell) utbygging av Moss sykehus. Delinnstilling I ble avgitt i oktober 1968. I august 1969 avla utvalget Delinnstilling II, som i hovedsak omfattet pleiesektoren, og behov for utbygging og organisering av sykehjem i fylket. Innstilling III ble avgitt i februar 1971, og omhandlet den lokale helsetjenesten, spesielle forhold ved de enkelte lokalsykehus, psykiatrisk behandling og omsorg, «åndsvakeomsorgen», annen helsetjeneste og personell-behovet.

I vår forbindelse er det særlig to trekk ved Harlem-utvalgets arbeid som er interessant. Dette gjelder for det første forholdet mellom de aktuelle planer og politiske utspill vedrørende utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad. Dette må ses i sammenheng med Harlem-utvalgets mandat, som innebar en helhetlig vurdering av sykehusstrukturen på lang sikt. Det andre er det innbyrdes forholdet mellom de ulike tiltak utvalget foreslo i sine tre delinnstillinger, og der de økonomiske og faglig-medisinske vurderingene ifølge mandatet også skulle sees i sammenheng.

### **5.3 Utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad**

Spørsmålet om utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad ble, som nevnt tidligere, tatt opp til behandling ganske umiddelbart. Grunnlaget for de vurderinger utvalget kom med, finner en i Delinnstilling Is kapittel om «sykehusstrukturen». I dette kapitlet hevder utvalget at den faglig-medisinske utvikling i retning av spesialisering og behov for kostbart utstyr innebærer at en må sikre at sentralsykehuset er stort nok til bl.a. å sikre rekrutteringen av helsepersonell, særlig leger. Ut fra en analyse av de behovsstandarder som ble benyttet i de nordiske land, konkluderte utvalget med at det ville bli en mangel på senger i spesialavdelinger i 1980. Det het videre at det eksisterte et sentraliseringskrav for etablering av enkelte

serviceavdelinger, samtidig som det burde vises tilbakeholdenhet med oppbygging av spesialavdelinger i sykehus som ikke fikk et tilstrekkelig befolkningsunderlag. Utvalget vurderte ut fra internasjonale normer og uttalelser fra sentrale faglig-medisinske fagkyndige hvilke avdelinger som burde etableres i sentralsykehuset. Samtidig drøftet utvalget hvilket av sykehusene som burde bli sentralsykehus, og på basis av kommunikasjonsforhold og befolkningsunderlag sto en igjen med Sarpsborg og Fredrikstad. Ut fra sengeantall, tomteareal og utvidelsesmuligheter ble deretter Fredrikstad anbefalt. Det interessante med disse vurderinger er at de i hovedsak skjedde «i ettertid» – i forhold til den helsepolitiske debatt som konkluderte med at Fredrikstad skulle få sentralsykehusfunksjonen.

Når det gjaldt utbyggingen av sykehuset i Moss, var det særlig spørsmål om opptaksområde, og derigjennom befolkningsunderlaget for utvidelsesplanene, som var i fokus. Ved forhandlinger med Moss kommune i forbindelse med byens innlemmelse i fylkeskommunen fra 1.1.1964 forpliktet Moss kommune seg til å bygge ut sitt sykehus til 200 senger. Etter fullførelsen skulle fylkeskommunen stå for driften. I brev fra ordføreren i Moss av 23.05.68 ble Harlem-utvalget på det «innstendigste» bedt om å gi klarsignal til planlegging og utbygging av Moss sykehus. Det ble særlig henvist til behovet for å bedre legenes arbeidsvilkår. Harlem-utvalget kom i tidsnød, særlig pga. prosessen i forbindelse med utbyggingsplanene i Moss. Fylkesutvalget hadde særlig vært opptatt av å utvide opptaksområdet til de sørlige deler av Akershus fylke. Gjennom henvendelser til Akershus ble det imidlertid klargjort at dette ikke uten videre var aktuelt.

13.3.68 stilte representanten Listerud et spørsmål i spørretimen i Stortinget der han ba om at sosialminister Egil Aarvik (Kr.f.) medvirket til at det ble sett bort fra fylkesgrenser når det gjaldt «et naturlig samarbeid om bygging av sykehus for nabokommuner, men hvor fylkesgrensene nå hindrer dette». I et tilleggs svar til dette – i utgangspunktet – generelle spørsmålet opplyste Aarvik at det også «forelå andre planer» med sikte på å dekke behovet for Follo-befolkningen. Det viste seg senere at Aarvik selv hadde tatt initiativ til et samarbeid mellom Akershus fylke og Menighets-søsterhjemmet om et sykehus på Skullerud. På bakgrunn av dette initiativet ga helsedirektør Karl Evang (i brev til Fylkesmannen 24.6.68) uttrykk for at grunnlaget for et samarbeid mellom de to fylkene ville bortfalle.

Det het videre at: «Helsedirektøren er videre enig i at dette sammen med en befolkning på ca. 40.000 i Moss-området er et for svakt befolkningsmessig underlag for et differensiert sykehus. En utvidelse av befolkningsgrunnlaget for Moss sykehus må i tilfelle skje på bekostning av opptakelsesområdene for andre eksisterende sykehus i Østfold». Helsedirektøren pekte deretter på at det var nettopp slike problemer Harlem-komiteen skulle utrede, og ville derfor ikke komme nærmere inn på spørsmålet.

Harlem-utvalget uttalte etter dette at utvalget var i sterk tvil om det faglig og økonomisk var riktig å bygge ut sykehuset i Moss etter de foreliggende planer, og pekte bl.a. på «faren for at Mossedistriktets befolkning allerede om få år ville se det slik at den ville være tjent med å ta belastningen med en kort reise til et større, mer spesialisert sykehus (som da kunne spesialiseres ytterligere, og gis enda bedre «beredskap»»). (Harlem-utvalget, Delinnstilling II, s. 21)

Til tross for dette konkluderte utvalget med å foreslå utbygging. Forutsetningen måtte da være at laboratorie- og øvrige medisinske servicefunksjoner ved Sentralsykehuset ble utbygget, og at de nødvendige kommunikasjoner til dette ble etablert. Begrunnelsen for utbygging var at det ved enkle undersøkelser kunne gis fordel av å være i nærheten av pårørende, og at alternativet var å bygge ut Sentralsykehuset til 900 senger.

## 5.4 Forholdet mellom faglig-medisinske og økonomiske hensyn

De tre delinnstillingene Harlem-utvalget avga, konkluderte hver for seg med forslag til omfattende utbygginger av helsesektoren i Østfold. Som vist i forrige avsnitt gikk utvalget inn for etablering av Sentralsykehuset i Fredrikstad og utbygging av sykehuset i Moss. Planene for Sentralsykehuset krevde betydelige investeringer, samtidig som de ferdigstilte sykehusene ville medføre økte driftsutgifter. Når det gjaldt Delinnstilling II, var denne utarbeidet på bakgrunn av de nye oppgavene fylket stod overfor etter iverksettingen av den nye sykehusloven. Disse oppgavene var særlig knyttet til ansvaret for sykehjemsutbyggingen, og iverksettingen av loven «sammen med de presserende behov for utbygging i denne sektor» førte til at utvalget behandlet sykehjemmene med særlig sikte på

utbyggingsoppgavene (Delinnstilling II, s. 23). Hoveddelen av innstillingen ble derfor en dokumentasjon av behovet for nye sykehjemsplasser, beregnet dels ut fra internasjonale og nasjonale standarder, dels ut fra de konkrete forhold i Østfold.

Behovsanalysene konkluderte med at det totalt i fylket var et utbyggingstakten ville være i en «menneskelig sett akseptabel situasjon» (Delinnstilling II, s. 32). Utvalget beregnet at fylkets utgifter til driften (etter statlige refusjoner) ville bli ca. 3 mill. kroner. Utvalget gikk inn for planene om utbygging av sykehjem i Fredrikstad og Sarpsborg og at sykehjemmet ble sett i sammenheng med nybygget for sykehuset i Moss. Sykehjemssituasjonen i Halden ble vurdert som relativt tilfredsstillende.

I Delinnstilling III vurderte utvalget den lokale helsetjenesten og særlige forhold ved de enkelte sykehus. Når det gjaldt Halden, mente utvalget at fødeavdelingen kunne erstattes av en mulighet for å motta fødende ved kirurgisk avdeling. Når det gjaldt de øvrige sykehus (i Sarpsborg, Askim og Moss), listet utvalget dels opp de behov som var fremkommet ved sykehusene om forbedringer, dels ga utvalget uttrykk for at de opprinnelige planene for Moss sykehus måtte opprettholdes – men med muligheter for utvidelser dersom deler av Akershus likevel skulle bli aktuelt som opp-taksområde. Tilsvarende mente utvalget at det også var et sterkt behov for en opprusting av «åndssvakeomsorgen» (HVPU) og konkluderte med at det var 630 personer som hadde behov for institusjonsplasser, vernet sysselsetting, vernet bolig og pleie. Utvalget gikk bl.a. inn for en betydelig utbygging av sentralinstitusjonen Østerbo.

Ser en de tre delinnstillingene under ett, er det påfallende hvor sterkt de faglig-medisinske behov dominerer vurderingene. Alle innstillingene uttrykker store mangler ved helsetjenestetilbudet i fylket, og vurderer disse behov dels ut fra lokale forhold, dels ut fra nasjonale og internasjonale standarder. Utvalget gikk inn for en betydelig utbygging av somatiske sykehus (Sentralsykehuset og sykehuset i Moss), av sykehjemmene og av åndssvakeomsorgen. De økonomiske forhold som ble trukket inn, må sies å være langt svakere dokumentert. Utvalget vurderte noen delløsninger som økonomisk rimeligere enn andre, og viste til ulike

finansieringsmuligheter og særlig statlige refusjonsordninger. Utvalget vurderte overhodet ikke de økonomiske kostnadene ved utbyggingen av somatiske sykehus og «åndssvakeomsorgen», kun det som gjaldt driftsutgiftene til sykehjemsutbyggingen. Det ble aldri foretatt noen økonomiske vurderinger basert på fylkets faktiske økonomiske situasjon.

Interessant er det imidlertid at utvalget – i et avsluttende avsnitt av Delinnstilling II – kom inn på «innbyrdes prioritering innen helsesektoren». Det het her at utvalget var oppmerksom på at forslagene om utbygging av sykehusene i Moss og Fredrikstad, sammen med utbygging av sykehjemmene, ville belaste fylkeskommunens budsjett meget sterkt. Utvalget pekte også på at utbyggingen av åndssvakeomsorgen etter de første fem år (med en gunstig finansieringsordning) ville belaste driftsbudsjettet. Utvalget mente at det ikke var *«oppmerksom på andre helseformål eller utbyggingsoppgaver (som) kan gis prioritet på linje med disse tre oppgaver»*.

Om innbyrdes prioritering het det i innstillingen:

*«Når det gjelder forholdet mellom utbyggingen av Sentralsykehuset og utbyggingen i sykehjemssektoren, finner Utvalget det vanskelig å prioritere dem innbyrdes, idet de oppgaver som skal løses er vesensforskjellige, og en kan like godt stille spørsmålsteget prioritering av sykehjemsutbygging i forhold til utbygging av veier, skoler, boliger og annet».* (Delinnstilling II, s. 34)

Utvalgets faglig-medisinske referanseramme basert på hensynet til pasienter og andre brukere av helsetjenesten kom klart frem i neste avsnitt: *«Hensikten med utbyggingen av Sentralsykehuset for Østfold i Fredrikstad ... er å etablere bedre muligheter for undersøkelse og behandling av pasientene, samtidig som utbyggingen skjer for å kunne komplettere undersøkelse og behandling ved de øvrige sykehus i fylket. Utbygging av sykehjemmene er nødvendig for å gi hjelpeløse pleiepasienter en mer menneskeverdig tilværelse, og samtidig avlaste en rekke hjem for en belastning som i dag kan være meget stor.»* (Delinnstilling II, s. 34)

## 5.5 Harlem-utvalgets arbeid – en kort drøfting

Som vist kom initiativet til nedsettelsen av Harlem-utvalget fra statlig fagmyndighet ved helsedirektøren. Utgangspunktet var behovet for å se



utbyggingsplanene for Moss sykehus i en helhetlig sammenheng, og det mandat utvalget arbeidet etter, markerte at det var ønsket en samlet plan for sykehusstrukturen, en detaljering mht. behov for utbyggingen av Sentralsykehuset, og hvilke oppgaver de øvrige (lokal-)sykehus skulle dekke. I samsvar med sitt mandat definerte utvalget sine oppgaver svært vidt, bl.a. ved å vurdere sykehjemsbehovet, utbyggingen av åndssvakeomsorgen og den lokale («primær-»)helsetjeneste.

Når de statlige myndigheter hadde gått inn for utarbeidelse av en helhetlig plan, hadde dette sammenheng med behovet for å påtvinge fylkeskommunen en prioritering av sine utbyggingsplaner i helsesektoren. Men to trekk viser det manglende synoptiske preg ved utvalgsarbeidet. For det første ble arbeidet virvlet inn i den pågående helsepolitiske debatt i fylket. Når utvalget la frem sin første delinnstilling, skjedde dette på grunn av begivenheter utvalget ikke hadde herredømme over: Den pågående strid om utbyggingen av sykehuset i Moss førte til at utvalget ble bedt om å ta standpunkt til denne uten å ha foretatt den samlede, langsiktige vurdering som nettopp var utgangspunktet for at utvalget ble nedsett i første instans. For det andre reflekteres dette i at utvalget tok opp sykehjemssituasjonen i egen innstilling, da på bakgrunn av at den nylig vedtatte sykehusloven ga fylkeskommunen ansvar for disse. Ønsket om å få innflytelse over aktuelle, løpende begivenheter medførte at utredningsarbeidet resulterte i delinnstillinger som hver for seg tok opp ulike tjenestetilbud i sektoren. Det er uklart hvorvidt utvalget fikk innflytelse over de endelige beslutninger om de saker innstillingene hver for seg tok standpunkt til i et lengre tidsperspektiv. Det som imidlertid er klart, er at Harlem-utvalgets arbeid ble en «skrittvis» prosess – der delinnstillingene som ble fremlagt i løpet av 2 1/2 år, i seg selv viser hvordan utvalgets arbeid ble trukket inn i de helsepolitiske spill som da foregikk i fylket.

*Det andre trekket* ved Harlem-utvalgets arbeid som er av interesse i denne forbindelse, er den referanserammen utvalget la til grunn for sitt arbeid. Utvalget besto av en politiker (fylkesordfører), de øvrige var tilknyttet sektoren enten i administrative eller faglige stillinger. Alliansen mellom politiske og profesjonelle vurderinger representerer en stor mulighet til innflytelse. Det er en samfunnsvitenskapelig trivialisitet å peke på politikernes tvetydige forhold til planlegging, bl.a. ved at planer lett

kan binde fremtidige beslutninger. Og for de helsefaglige representantene ville det være vanskelig å foreta avveiiinger mellom positivt registrerte behov for nye tiltak – der én pasientgruppe settes opp mot en annen.

Disse forhold synes å ha gitt seg utslag i Harlem-utvalgets manglende vilje til prioriteringer. Totalinntrykket av innstillingen er en uprioritert liste over nødvendige tiltak, uten at utvalget vurderte de totale økonomiske utgifter forslagene representerte. Som ledeiråd for helsepolitiske prioriteringer innenfor fylkeskommunens økonomiske rammer kunne derfor Harlem-utvalgets innstillinger ikke gi særlige bidrag.

I en totalvurdering kan en tvert imot hevde at både arbeidsformen og forslagene fra utvalget snarere bidro til å styrke de ulike interessegruppens argumentasjon for sine lokale og/eller faglige krav, i tillegg til å få frem i lyset pasientgrupper som tradisjonelt ikke har hatt sterke interessegrupper i ryggen. En foreløpig konklusjon kan derfor være at intensjonene om helhetsstyring gjennom utvalgets arbeid nedfelte seg i en styrking av de ulike særinteressenes helsepolitiske aktiviteter. Dette må imidlertid sees på bakgrunn av den sterke veksten i offentlige budsjetter i begynnelsen av 70-årene, som skapte optimisme mht. å kunne realisere svært ambisiøse helsepolitiske mål (Berg, 1987). Slik sett kan en hevde at Harlem-utvalgets arbeid var kompatibelt med de politiske og økonomiske rammebetingelsene som hersket på det tidspunkt. Men etter hvert som fylkeskommunens budsjettunderskudd ble tydelig, skapte utvalgets arbeid grunnlaget for de helsepolitiske spill og konfliktfylte prioriteringer som etter hvert dominerte den helsepolitiske debatten i fylket.