

Ti år – og med livet foran seg!

Michael 2021; 18: Supplement 28: 9–12.

Institutt for helse og samfunn (Helsam) ble etablert etter sterk motstand fra de fleste som skulle omfattes av nyskapningen. Nå har det gått over ti år. Instituttet eksisterer fortsatt og det er ingen sterke røster som tar til orde for endringer, verken innen instituttet eller ved fakultetet. Faktisk er dette en av de lengste periodene med «organisatorisk fred» i nyere tid ved Det medisinske fakultet. Kanskje har både fakultetet og instituttet funnet en organisasjonsstruktur som kan vare en lengre periode?

Helsam har sine paralleller i 'schools of public health' slik vi finner dem i mange land. De faglige fellestrekkene er møtet mellom helsefagene og samfunnsvitenskapene. Startpunktet var ofte medisinere med interesser utenfor cellene og i tillegg til klinikken. Hvordan kunne en nå ut til de som trengte helsetjenestene mest? Hvordan innrette tilbudet slik at det traff behovene? Problemstillingene ledet til oppbygging av forsknings- og undervisningsmiljøer som er nesten helt parallele til de vi har ved Helsam. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health som har vært USAs ledende institusjon på feltet siden 1994, har for eksempel mastergrader i helseadministrasjon, helsefag, folkehelse og etikk, samt et par mer spesialiserte retninger og grader som kombinerer 'public health' med både juss, økonomi og medisin.

To «indremedisinske» utfordringer

De ti årene som har gått siden omorganiseringen som ble iverksatt i 2010, har bidratt til å konsolidere instituttet. For å utvikle instituttet videre, er vi avhengige av å klare to utfordringer. Den første er åpenbar. Det er vanskelig å drive et institutt som er spredt over fem bygninger fra Ullevål til Gaustad. Den geografiske spredningen gjør at ansatte ikke kjenner hverandre og at forskningssamarbeid og samordning av undervisningstilbudet

vanskeliggjøres. Fra 2021 er Helsam-hus inne på Universitetet i Oslos (UiO) masterplan for eiendomsutvikling for de nærmeste årene. Det gir ingen snarlig løsning, men innebærer at ledelsen ved UiO må forholde seg til saken og bevisst arbeide med investeringsplaner. Kanskje kan vi om fire-fem år samles i en felles bygning på det som i dag omtales som Nemko-tomta i Gaustadalleen? I mellomtiden må vi utvikle andre møteplasser.

Den andre utfordringen er mer subtil. Vi må komme bort fra mistenksomheten knyttet til fordeling av ressurser mellom avdelingene. Den uroen som har rådet, har vært et særlig stort problem i de to-tre siste årene da vi har måttet stramme inn for å redusere og bli kvitt instituttets akkumulerte merforbruk. Løsningen på problemet har vært å gjøre en eksplisitt kartlegging av undervisningsbehovene og -kapasiteten i den enkelte avdeling og i neste omgang tildele stillinger der avvikene mellom undervisningsbehov og dagens kapasitet er størst. Prosessen har ikke vært konfliktfri, men vi har fått etablert en enkel modell for allokering av framtidige tilsetninger.

Det siste året er instituttets økonomiske situasjon bedret. Årsakene er flere: en bevisst strategi for å holde tilsetninger nede i en periode, reduserte driftsutgifter som følge av covid-19, økte inntekter som følge nye studieplasser på bachelorprogrammet og i medisinerutdanningen og økte inntekter som følge av flere forskningsprosjekter fra EU og Norges forskningsråd. Vi har vært dyktige, men også hatt flaks. I årene framover benytter vi det økte handlingsrommet til å bygge opp kapasiteten på avdelinger der undervisningsbehovene har vært større enn den kapasiteten en har hatt til rådighet.

Faglige utfordringer

Helsam har en bred undervisningsportefølje, høy faglig produksjon med mye internasjonal publisering og stor bredde i formidlingsaktiviteten, både den som er rettet mot allmennheten og den som er rettet mot styresmaktene. Vi har klart å gripe mange av de faglige utfordringene som har kommet. Foran oss står nå nye utfordringer. La meg nevne kun tre.

Igjen er den første utfordringen åpenbar. Covid-19 kom som en overraskelse på de fleste. De som har fulgt med i antall utbrudd av nye smittsomme sykdommer de siste 10–15 årene, ble ikke fullt så overrasket. Antall virusutbrudd internasjonalt har vært stigende. Mot flere av de nye sykdommene (f.eks. MERS og SARS) har det ikke blitt utviklet effektive vaksiner. Det betyr at tradisjonelle smitteverntiltak har måtte benyttes. I Europa gikk venetianerne foran da de på 1500- og 1600-tallene utviklet rutiner for karantene for sjøfolk som kom hjem fra reiser i Asia og Afrika. I dag er det stort behov for kunnskap om hvilke tiltak som gir mest smittereduserende effekt samtidig som de ikke er for inngripende. Her er vi alle i ukjent far-

vann. Erfaringene viser at det er vanskelig å teste effekten av tiltakene gjennom randomiserte kontrollerte forsøk. Det er imidlertid samlet inn mye nye data som kan benyttes i retrospektive studier, gjerne i kombinasjon med data fra Norges rikholdige helseregistre. Bruk av nyere statistiske teknikker som gir muligheter for å trekke kausale slutninger fra observasjonelle data, er en forutsetning.

Den andre utfordringen er vanskeligere å håndtere. Norge har, sammenliknet med andre europeiske land, stor ulikhet i dødelighet mellom ulike utdanningsgrupper. Deler av årsaken er knyttet til seleksjon. I Norge er det få igjen i gruppen av lavt utdannede og mange av de som er der, har i utgangspunktet helsemessige problemer som har påvirket utdanningsvalget. Men det kan også være at forebygging av helseproblemer og helsemessige intervensjoner har større effekt i den godt utdannede delen av befolkningen enn gruppene med lavere utdanning. Mekanismene bak slike effekter er dårlig forstått, men må søkes både i forebyggingsstrategier som ikke når ut, variasjoner i tilgangen til tjenester, relasjonene mellom den behandlede og pasienten og i hvilken grad pasienten følger behandlingsoppleggene. Studier der en sammenlikner befolkning fra ulike etniske grupper kan være til god hjelp for å identifiserer kausale mekanismer.

Den tredje utfordringen følger av aldringen av befolkningen. Norge er i en svært privilegert økonomisk situasjon. Tilgangen til penger blir derfor ikke det største problemet. Derimot er vi alt nå i ferd med å komme i en situasjon der vi mangler personell, særlig innenfor pleie- og omsorgstjenestene. Et normativt spørsmål blir om vi skal importere personell fra land med dårligere økonomiske forutsetninger (men ofte større demografiske utfordringer) enn oss selv. Økt arbeidsinnvandring kan løse deler av problemet dersom vi går den veien. De andre tilnærmingene har ikke ferdig-snekrede løsninger. I kommunene har vi siste tiårene sett trender i retning av mindre bruk av institusjoner og mer bruk av hjemmetjenester. Dette har gitt oss mindre kostbare tjenester, mens kvaliteten stort sett er opprettholdt. Det eksisterer noe kunnskap om effekter for familieliv og yrkesdeltakelse blant pårørende. Presset for flere institusjonsplasser vil imidlertid øke med økende antall demente. Dette vil trekke både ressursbruken og arbeidskraftbehovet opp.

Forskning av høy kvalitet kan hjelpe oss å finne løsninger på utfordringene. Gode metoder, både normative og empiriske, og tett kontakt med praksis er forutsetninger for slik forskning.

Hva kan en tiåring klare?

Ganske mye! Men en forutsetning er at vi som ansatte kjenner instituttets oppbygging og kapasiteter.

Da oppdraget om denne *Michael*-utgaven ble gitt, var målet å lage en bok som fortalte om etableringen av instituttet, endringer og utvikling de første 10 årene, presentere undervisningsprogrammene, samt faglige artikler som viser bredden i instituttets forskning. Målene var kort og godt at vi blir bedre kjent og mer nysgjerrige på hverandre.

Det falt naturlig å gi oppdraget til professor emerita Grete Botten, instituttets første leder. Nå foreligger produktet! Gratulerer med jubileet!

Terje P. Hagen
t.p.hagen@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Professor Terje P. Hagen er instituttleder for Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.