

Helse- og omsorgs- departementet 100 år

Michael 2013; 10: Supplement 13, 9–18.

Når jeg tenker på ordet departement, da tenker jeg på begrepsparet politisk vilje og demokratiets mulighet.

Om et departement lykkes i sitt oppdrag, så er det dette det handler om: Er det en politisk vilje – griper demokratiet muligheten, med evne til beslutning og gjennomføring av lover, regler, retningslinjer, rettigheter.

Hele den hundre år lange historien til dette flotte departementet – det norske Helse- og omsorgsdepartementet – handler om det – om politisk vilje og om demokratisk mulighet.

Hvordan kan de hundre årene oppsummeres?

Jeg vil ty til det jeg mener burde være departementets motto – det burde vært skrevet ut i gyllen skrift og hengt over døren på vei inn. Jeg griper til tittelen på historikeren Aina Schiøtz' klingende verk om norsk helsevesen (1);

«Folkets helse – landets styrke»!

Det er poetisk, dramatisk og vakkert – som livet selv.

Politisk vilje, demokratiets mulighet! Hvor mange folk i verden har den muligheten?

Jeg husker en reise i det vestlige Afrika høsten 1997. Jeg ledsaget Gro Harlem Brundtland på en særegen valgkamp, vi sanket støtte til hennes kandidatur til å bli generaldirektør i Verdens helseorganisasjon.

På vår reise møtte vi helseministre, statsministre og presidenter. I ett land – der helseutfordringene virket nesten uoverstigelige – merket jeg meg at helseministeren ikke satt i den innerste sirkelen av regjeringen. Han burde jo det – ikke noen annen sektor kan gi det landet større fremgang, enn riktig satsing på folkehelse.

Men ministeren satt på utsiden, der han stelte med sitt, med altfor lite av dette samfunnets samlede ressurser til sin disposisjon.

Siden da har jeg tenkt på kontrasten til mitt eget land. Norge troner i de øverste divisjoner på all verdens helsestatistikker, der vi til sammenlikning lever lenge og godt, der helsepolitikk gang på gang kommer øverst på listene over hva velgerne bryr seg om, og der helseministeren sitter langt inne i regjeringssirkelen med hele sin portefølje.

Og her i Norge er det en alminnelig oppfatning at helseministeren sitter på en uriaspost, en nesten umulig oppgave om å håndtere de stigende forventningers misnøye.

I parentes bemerket – slik er det selvsagt ikke – for helseministerposten er den politiske drømmejobben. Og hvordan kan det ikke være slik – den er poetisk, dramatisk og vakker – som livet selv!

Men likevel – om jeg skulle bidra med en erfart lov som kunne inngå i min forgjenger Gudmund Hernes' spesielle samling av politiske lover – så ville det bli denne:

«Politikkens oppmerksomhet på helse er proporsjonal med befolkningens helsetilstand. Jo bedre helsetilstand, jo større oppmerksomhet, utålmodighet og forventning.»

Slik har det ikke vært i hundre år!

For hundre år og enda lenger siden – var det i Norge om lag slik som i det afrikanske landet jeg besøkte på slutten av det 20. århundre.

Helseutfordringene bugnet. Døden var en selvfølgelig del av livet, allesteds nærværende. Det var ingen selvfølge å overleve et svangerskap, ingen selvfølge å se barna sine vokse opp. Og slett ingen selvfølge å bli gammel. De smittsomme sykdommene dominerte. Tuberkulose i særdeleshet. I år 1900 forårsaket denne sykdommen alene 47 prosent av alle dødsfall i Norge.

Det var ikke først og fremst de gamle og svake som døde. Det var de unge som ble rammet.

Og den gang var det ikke engang slik at helseministeren satt utenfor regjeringen. Vi hadde ikke helseminister! Vi hadde knapt noen regjering – for skal vi følge 100 års-historien til den politiske fortellingen om helsepolitikk i Norge, så rekker det ikke å starte i 1913 – vi må gå lenger tilbake i tid – til den gang Norge var under Sverige og enda lenger – da vi levde som koloni under kongen i København.

Likevel er det spesielle med vår historie at den politiske vilje og den demokratiske mulighet tidlig fant sammen. Det skjedde før vi ble en selvstendig stat – først i det små – så vokste de seg sterkere – inntil historikeren kunne snu seg og si: folkets helse – landets styrke!

Den britiske historikeren Eric Hobsbawm (1917–2012) skriver i sin politiske historie om det 20. århundre at det varte fra 1918 til 1989 – fra den første verdenskrigs slutt til den kalde krigens ende (2).

Jeg blir enda gladere i historiefaget når jeg leser slik, fordi det inviterer oss til å kombinere kronologi og virkelighet. For meg – som taler her som minister og ikke som lege, helsefagarbeider eller historiker – er det slik at det helseårhundret vi feirer i dag, strengt tatt ikke starter i 1913.

Jeg velger meg 1860 – året da Sundhedsloven ble vedtatt, ikke fremmet av en helseminister – men av en politisk vilje og det spede demokratiets mulighet.

I det hele tatt – for å forstå betydningen av det som formelt startet i 1913, må vi erkjenne at mye skjedde i hundreårene før departementet vårt ble til. Forhistorien er nesten vel så viktig som historien.

Helt tilbake til middelalderen har myndighetene forsøkt å hindre at sykdommer skulle oppstå og spre seg.

Da pesten herjet Nord-Europa på 1500- og 1600-tallet, forsøkte man å hindre at den spredte seg ved å regulere husdyrhold og forby reising.

På 1700-tallet drev statlige tjenestemenn som prester og leger opplysningsarbeid i folkehelsens tjeneste. De snakket om kosthold, amming og hygiene.

Vaksinering mot kopper ble formelt gjennomført i Danmark-Norge i 1810 – men hadde vært gjennomført på lokalt plan i lang tid før dette.

Og så – i 1860 kom loven som er blitt kalt «alle gode lovers mor». Komiteen skilte mellom politisk-administrativ organisering på den ene side og sykdomsforebygging og bekjempelse av smittsom sykdom på den annen (3). Lovforslaget fikk derfor to hovedkapitler – første kapittel *Om Sundheds-commissioner* og annet kapittel *Angaaende særegne Foranstaltninger imod epidemiske og smitsomme Sygdomme*.

Sundhedsloven tok det offentlige helsearbeidet i Norge inn i en ny tid. Det ble opprettet sunnhetskommisjoner i alle byer og landdistrikter.

Sundhedsloven krevde at kommunene skulle «have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hva derpaa kan have Indflydelse.»

Sunnhetsloven gjorde det mulig for de lokale helsemyndighetene å gripe inn for å redusere smittekilder og påvirke risikofaktorer for helse.

Elementer av sunnhetsloven var med inn i kommunehelseloven av 1984. Og jeg synes nesten jeg leser målet med samhandlingsreformen og folkehelseloven som trådte i kraft 1.1. 2012, i gammel språkdrakt!

Og her tror jeg vi finner kimen til det som skulle lede hen til at det en dag kunne slås fast at «Folkets helse er landets styrke». Hundre års historie og en enda lengre forhistorie.

Vi snakker om den brede tilnærmingen. Folkehelsen. Visjonen om en rettferdig fordeling av goder. Erkjennelsen av at veien til helse går så mange

andre steder enn gjennom helsetjenestens korridorer og klinikker – ja alle andre steder enn der!

Boligstandarden var en kilde til uhelse, og helseperspektivet sto helt sentralt i den sosialpolitiske kampen for større boliger, sunnere boliger, sunnere omgivelser.

Da den politiske og faglige arbeiderbevegelsen organiserte seg, var helsekraav blant de øverste på listen.

Kampen mot drikkeondet likeså; knyttet til boforhold og hygiene, men også fordi fylla svekket evnen til selvhevdelse og sosial fremgang for den enkelte.

Den gradvise erkjennelsen av at statens evne til å ta ansvar også hang sammen med befolkningens helse. Trenden – at staten gradvis tok et større ansvar.

Inntil de må ha sett og erkjent – de som styrte den unge staten – at det skjedde så mye på det sosiale området i form av lover og reformer – at det var behov for å styre det hele fra et eget departement.

Johan Castberg (1862–1926) ble den aller første sosial- og handelsminister (1913–14). En interessant kombinasjon forresten – sosial og handel. Kanskje trekker jeg linjen for langt, men selve tittelen kan leses som en erkjennelse av betydningen av å «skape og dele» – og at fremgang innen helse og sosial legger føringer for fremgang innen handel og økonomi.

En erkjennelse som nå endelig er blitt allmenn i utviklingstenkningen og kampen mot fattigdom. Betydningen av å investere i helse.

Castbergs strategi var samfunnsomforming gjennom lovgivning. Han så lovgivningen og de offentlige institusjonene som «det naturlige middel til at skape større sosial ret og bedre vilkaar for den frie utfoldelse av alle kræfter i folket.»

Han hadde den politiske viljen – og grep den demokratiske muligheten.

Sosial- og handelsminister Castberg hadde helt rett. Lover er avgjørende for å forme samfunnet. Og oppgaven – den var og er å sikre bedre utfoldelse av «alle kræfter i folket».

Slik jeg ser det – som helse- og omsorgsminister i 2013 – sitter denne viljen i departementets vegger. Det mener jeg å ha erfart. Den politiske viljen og den demokratiske muligheten til å sikre utfoldelse av alle kræfter i folket. Den brede tilnærmingen. Et departement som søker å styre i stort, ikke i smått. Som setter helse i en samfunnssammenheng.

Så har det gått hundre år

Knut Hamsun skriver i et av sine dikt at om «hundre år er allting glemt».

Sånn er det ikke på helsefeltet. Vi har både historikere og helseentusiaster som kan sin fortelling, og vi skal få høre mange kapitler fra denne fortellingen i løpet av dagen – om norsk helse, norsk helsetjeneste og helsetjenesten, og om departementet i sine ulike bekleddinger gjennom hundre år.

Om et departement som spilte en viktig rolle for folkets helse, ikke alene, men i nært samspill med andre drivende krefter i samfunnet – som blant annet frivilligheten. De er «velferdssamfunnets sporhunder», det kaller jeg de ideelle og frivillige, kjernen i samfunnets sosiale kapital – som så og som ser skjevheter før de offentlige tjenestene gjør det, som utvikler sosial- og helsetjenester, som så velferdsstaten gradvis tar over ansvaret for.

En fortelling der de store fremskrittene kom som en erkjennelse av folkehelsens betydning – for å bekjempe de smittsomme sykdommene og bygge fundament for en velferdsstat til gode for alle – til nå, i vår tid – når vi skal stå opp mot trykket fra de ikke-smittsomme sykdommene. Også nå vil vi være tjent med å tenke i folkehelseperspektiv – om hele samfunnets innretning.

I Einar Gerhardsens lange regjeringsperiode etter den andre verdenskrig er det dette som står frem: betydningen av å gi alle like muligheter, rettferdig fordeling, utdanning til alle – små forskjeller – en rad av satsinger utenfor helsesektoren i snever forstand, men med stor betydning for nordmenns helse og samfunnets styrke.

Nettopp alles rett til helse er en pilar i den norske velferdsstaten som tar form gjennom disse årene. Det at det offentlige – les fellesskapet – tar ansvar for alles helse. At økonomi ikke skal avgjøre din rett til behandling. At demokratiet tar det førende ansvaret for å prioritere samfunnets ressurser på helseområdet, med mål om å sikre rettferdig fordeling.

Vi sosialdemokrater kjenner et sterkt ansvar for denne modellen. Mange i Norge gjør det med oss. I bunn og grunn mener jeg det er et felleseie. Men det er ikke gitt. Det må forsvares ved mange korsveier. Også ved valg. Også i 2013.

Gjennomsnittlig levealder økte med 30 år gjennom det 20. århundre – noen historikere mener 25 av dem kom som følge av slike brede strukturelle forbedringer i levekår, så mye viktigere i vektskålen enn medisiner alene.

Mot slutten av det 20. århundre – og i økende grad frem til i dag – trer drivkraften fra de medisinske mulighetene frem; store vitenskapelige fremskritt, nye medisiner – noen kurerer – noen kan forlenge livet – fra litt til lenge.

Helsedepartementets rolle gjennom disse tiårene har vært nettopp denne – å kunne se helheten – til både å utvikle en raskt voksende helsetjeneste med stadig flere og bedre tilbud, flere leger, sykepleiere og titalls nye profesjoner, større budsjetter, enda flere lover og i økende grad individuelle rettigheter – og samtidig og parallelt – til å være en stemme inn mot de andre sektorene av samfunnet, og minne dem om at også de har helseansvar.

Slik jeg kunne gjøre i arbeidet med Folkehelsemeldingen – som i sin substans henter mer næring og tiltak fra sektorer utenfor helsesektoren enn innenfor.

Jeg tror dette grunnleggende forhold står seg – og at det er i denne virkelighetsoppfatningen at Helse- og omsorgsdepartementet skal hente sin identitet og sitt oppdrag i fremtiden.

I dag, kjære venner, feirer vi historien og fortiden

Arbeidsoppgavene våre handler om fremtiden. For helsefagene og helsepolitikken kan vi trøste oss med at vår tid så avgjort ikke er over.

Helse- og omsorgsdepartementet skal navigere gjennom et farvann som blir stadig mer komplekst. Departementet skal møte og balansere interesser fra alle kanter i et moderne samfunn – fra teknologiske fremskritt, noen av dem nesten ikke til å fatte, til vedvarende dragkamp om andeler av samfunnets ressurser; økonomiske og menneskelige.

Innovasjonens kraft. Og markedskreftenes styrke. Det tilligger dette departementet å mestre også denne balansen; å sikre samfunnet og pasientene adgang til de beste legemidlene til en for samfunnet akseptabel pris. Men også å sette grenser for en industri som noen ganger går langt i å definere behovene de nye produktene skal rettes mot.

I dag kan vi helbrede sykdommer som var ensbetydende med døden for få år siden.

Vi kan ikke bare helbrede sykdommer som pasienten *har*. Vi kan også finne ut hvilke sykdommer pasienten sannsynligvis *kommer til å få*. Om ti eller tjue år.

Det er ikke rart at forventningene til helsetjenesten er skyhøye. Og de vanskelige valgene blir stadig flere.

Hvor lenge skal vi forlenge livet i den aller siste fasen?

Hvor skal vi sette grensen for nye kostbare medisiner?

Hvor mye vil vi vite om risikoen for å få visse sykdommer i framtida?

Det tilligger alle å stille slike spørsmål. Vårt ansvar er å forsøke å svare på dem.

La meg dele noen refleksjoner om denne veien videre

Den første er overordnet: Helse- og omsorgsdepartementet må fortsatt styre i stort.

Noen klager over at helsebyråkratiet vokser. Jeg er uenig. Som minister vil jeg alltid forvente at departement og underliggende etater løser morgendagens oppgaver litt mer effektivt enn i dag.

Men Norge har ikke et stort helsebyråkrati. I departementet arbeider det 212 samvittighetsfulle sjeler, omtrent det samme som i 2008 – jeg ærer hver og en av dem!

Men vi skal holde fast ved at Helse- og omsorgsdepartementet er nettopp det, et departement for helse og omsorg. Det store bildet. Det er blant annet derfor jeg er så kritisk til forslaget om å legge ned sykehusregionene, og legge sykehusene direkte inn under departementet.

Da gjør vi Helse- og omsorgsdepartementet til Det norske sykehusdepartement. Helseministeren blir sykehusminister. Spennende nok for en politiker. Men det er ikke bra for sykehusene og ikke heldig for helsepolitikken.

Og veldig utro mot de historiske erfaringene med folkehelse og betydningen av å se hele samfunnet i sammenheng. Tenk bare på en fremsynt politikk for flere eldre.

For det andre; departementet må være samhandlingsreformens levende og engasjerte drivkraft.

Tenk om vi kunne bygge Norge på nytt, uten hensyn til historie, forvaltningsgrenser eller andre erfaringer.

Da ville vi kanskje tenkt at helse- og omsorgsministeren skulle hatt det samme detaljansvaret for primærhelsetjenesten som for spesialisthelsetjenesten. For de utgjør jo et hele.

Det er et viktig mål å bidra til at pasienten, han og hun som trenger helsesektorens tjeneste, skal slippe å føle at nå passerer jeg en forvaltningsgrense. Jeg vil bli behandlet som et helt menneske – av en hel sektor.

I dag er det en ganske krevende politisk balansekunst å lykkes i å gi pasienten denne gode opplevelsen. Helse- og omsorgsministeren kan styre spesialisthelsetjenesten ned til den minste detalj om nødvendig. Men alt knyttet til helse- og omsorgsansvaret i kommunens regi, skjer på en arm-lengdes avstand.

Slik er det. Og det er mange andre gode grunner for et sterkt kommunalt selvstyre.

Jeg snakket om å navigere i krevende farvann. Dette er ett av dem. Kartet gjennom dette farvannet heter samhandlingsreformen. Det er en

retningsreform. Vi er godt i gang. Og jeg merker at kommunal- og regionalministeren snakker like entusiastisk om den som jeg gjør.

Poenget er at reformen må videreutvikles. Økonomiske virkemidler må tilpasses slik at de ulike delene av helsevesenet vårt trekker i samme retning. Somatikken må ikke få et skadelig forsprang på rus- og psykisk helse-feltet når det gjelder kommunens økonomiske medfinansieringsansvar.

Retningen er jo helt riktig; at samfunnets helsetjeneste kan være der, nærmest der du bor – og tidlig når du får noe å slite med – slik at samspillet med spesialisthelsetjenesten er sømløst.

For det tredje; at departementet fortsatt klarer å forstå sin samtid, hva som driver helsebehovene og hvordan vi best møter dem.

Helse- og omsorgsdepartementet må hegne om sin kunnskapsbase, stimulere og utvikle den, slik vi har sett i nyere tid med utviklingen av et spennende Kunnskapscenter, et faglig sterkt Folkehelseinstitutt og Helsedirektorat, og med verdensledende forskning ved våre sykehus, universiteter og i bedriftene.

Oppstarten av HelseOmsorg21, med departementet som initiativtaker, er for meg av stor betydning – og at vi, departementet, bringer aktørene sammen, så vi kan samle oss om mål, og enes om felles strategier.

Ja, farvannene er komplekse. Om helse søker vi alle – individer, organisasjoner og departement – å vite, helst med den aller største sikkerhet. Fordi usikkerhet er truende, på vårt felt handler det jo om forutsetningen for selve livet.

Lenge tenkte vi at ettersom tiden går, når kunnskapen gir oss både viten og klokskap, så vil vissheten øke. Vi vil vite mer om hva som skaper uhelse, hva som kan gjenskape helse, hva som virker og hva som ikke virker.

Ja, vi vet stadig mer om alt dette. Men den delen av sirkelen som vi ikke behersker med viten – den forblir fortsatt stor. Den oppleves kanskje til og med større, fordi vi mestrer så dårlig ikke å vite, ikke kunne gi den definitive diagnosen, ikke komme opp med den treffsikre behandlingen, ikke bevilge nok til den rette innsatsen.

Siden vi er i et historisk modus: nylig utkom en interessant bok, «Viten-skap og varme hender» – om utviklingen av den medisinske markedsplassen i Norge fra 1880 til i dag (4).

Den følger vår sektor fra 1800-tallet da vi knapt hadde noen profesjonell sektor i det hele tatt – via Sundhedsloven – og inn i det 20. århundre, der stadig nye områder blir lovregulert og underlagt den profesjonelle sektors kontroll.

Forfatterne skriver: «De nye høyteknologiske sykehusene ble samtidens katedraler for frelse og håp. Legene fikk også autoritet og sikker legitimitet, noe som kunne føre til medisinsk paternalisme og manglende kommunikasjon mellom helsearbeidere og pasienter. Det kunne føre til passivitet hos pasientene, til opplevelse av avmakt og tap av kontroll over eget liv.»

Stor tro på autoritetene med andre ord. Men så:

«Den styringsposisjon som legene hadde på helsefeltet, kom etter hvert til å vike for mer politisk styring, og i helsearbeidet ble det lagt sterkere vekt på overvåking og sykdomsforebygging.»

Det er utviklingstrekk som lar seg forklare. For helse har stått, står og vil alltid stå midt i sentrum for samfunnsutviklingen. Helse vil kreve at ulike fagfelt – fra helsefag via økonomi, jus, statsvitenskap og naturvitenskap, bryner seg på hverandre. Slik de gjør det i Helse og omsorgsdepartementets hverdag.

«Helsetjenesteaksjonen» presenterte seg i vinter i en kronikk med klar kritisk tale under overskriften; «Ta faget tilbake» (5). Det henleder tanken på at noen har tatt faget fra dem. Og oppleves det slik, er det frustrerende.

Men jeg tror ikke det er slik. Jeg tror helsefaget tilhører mange, og at det må være sånn i et demokratisk samfunn. Oppgaven blir å fordele gjøremålene på riktig måte. Her må Helse- og omsorgsdepartementet se sitt klare ansvar.

De siste tiårene har vi erfart økende grad av rettighetsfesting, en individuell dreining med individets opplevelse av ansvar for egen helse, og som en følge av dette – den individuelle retten og forventningen til tjenester og behandlinger.

Av rettigheter blir det registre, skjemaer, rapporteringskrav. For mye av slikt, får vi høre. Derfor må vi tenke oss om. Og jeg begynner med meg selv. Helse- og omsorgsministeren vil sende et betydelig forenklet og mer overordnet oppdrag til sykehusene i 2014.

Og der ute i sykehushverdagen møter vi han og hun – pasienten med rettigheter og egenvilje og ikke så lite kunnskap om egen helse og uhelse fra søk på internett og påtrykk fra en mangslungen kommersiell sektor.

Forfatterne av «Vitenskap og varme hender» observerer noe grunnleggende – la meg igjen sitere:

«I et helhetsperspektiv er sykdom tillagt både et biofysisk og et sosio-kulturelt aspekt. Disse to aspektene kaller vi henholdsvis disease og illness – disease betegner den biologiske forstyrrelse i organismen og illness den kulturelle og sosiale mening som det enkelte individ gir sin sykdom.»

Legene legger større vekt på disease-aspektet enn illness-aspektet. Og dette kan skje; at legen kan stille en diagnose uten at den som får diagnosen

opplever seg som syk – og den syke kan oppleve seg som syk uten at legen kan finne reelle symptomer i pasientens organisme.

I begge tilfeller vil pasienten oppleve at han eller hun ikke bare har rett til behandling, men også rett til å bli frisk – og rett til omsorg. Og ikke minst – rett til å få presise svar.

Men fortsatt skal vi leve med at mange presise svar mangler. Det er trolig normaltilstanden, ikke det midlertidige. I økende grad vil det være slik ettersom vi tar inn over oss erkjennelsen av at helse er et hele – både fysisk og psykisk.

Vi ser det nå, akkurat nå, med fortvilte mennesker som opplever seg syke, utmattede, trette – ME – og helsefaget tviler og strides og kan ikke gi gode svar – og vi strever etter å gi den rette omsorg.

I dette forventningsfarvannet skal Helse- og omsorgsdepartementet navigere. Departementet styrer i stort, ikke smått. Her skal den politiske viljen utformes og demokratiets mulighet gripes. Også på felter der det ikke finnes tydelige svar – men der vi skal gjøre det vi kan for å finne dem.

Litteratur

1. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*. Bind II. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
2. Hobsbawm E. *The Age of Extremes: A History of the World, 1914–1991*. New York: Pantheon Book, 1995.
3. Schjønsby HP. Innføringen av sunnhetsloven i 1860. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001; 121:80-1.
4. Alver BG, Ryymin TS, Fjell TI. *Vitenskap og varme hender*. Oslo: Spartacus forlag, 2013.
5. Wyller VB, Gisvold S E, Hagen E et al. Ta faget tilbake! *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133:655–9 doi: 10.4045/tidsskr.13.0238

Jonas Gahr Støre
Helse- og omsorgsminister
Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo