

Samfunnsmedisineren i den sentrale helseforvaltningen

Michael 2016; 13: 135–141.

Mens samfunnsmedisineren i kommunen jobber med lokalsamfunnet som nedslagsfelt, jobber samfunnsmedisineren i den sentrale helseforvaltningen med hele landet og hele samfunnet og helsevesenet som nedslagsfelt. Samfunnsmedisineren i kommunen er faglig rådgiver i lokale planprosesser og kommunale instanser er ofte mottaker, mens rollen som faglig rådgiver i nasjonale utredninger, strategier og planer er utgangspunktet i den sentrale helseforvaltningen, og ofte er politikere og departement mottaker eller det er nasjonale tiltak som retter seg mot primær- eller spesialisthelsetjenesten. Svært få av legene som jobber i den sentrale helseforvaltningen er spesialister i samfunnsmedisin, men arbeid med offentlige utredninger, høringer, kunnskapsutvikling og sammenstilling passer helt med målbeskrivelsen for samfunnsmedisinere. Den sentrale helseforvaltningen trenger den samfunnsmedisinske stemmen.

I 2002 ble det besluttet en ny organisering av den sentrale helseforvaltningen for å skille mellom tilsyn og iverksettelse av vedtatt politikk. Ti av det daværende Sosial- og helsedepartementets 36 ytre etater ble samlet i to store etater (1): et Helse- og sosialdirektorat (senere Helsedirektoratet fra 1. april 2008) som fikk hovedansvar for forvaltning og myndighetsutøvelse, og Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet fra 2016) fikk et særlig ansvar for forskning. I tillegg ble tilsynsrollen til Statens helsetilsyn mer rendyrket.

Sundvolden-erklæringen (2), Erna Solbergs regjeringserklæring fra 2013, slo fast at offentlig sektor skulle avbyråkratiseres og effektiviseres. Med denne begrunnelse ble en ny virksomhetsstruktur innført fra 2016.

Fra 2016 har organisasjonskartet over den sentrale helseforvaltningen enda færre enheter. Det er et mål om klarere rendyrking av tredelingen med

Helsedirektoratet som forvaltnings- og myndighetsorgan, Folkehelseinstituttet som kunnskapsprodusent og Helsetilsynet som tilsynsmyndighet.

I Helsedirektoratet ble Statens autorisasjonskontor for helsepersonell innlemmet, og Strålevernet ble en underliggende etat, og i Folkehelseinstituttet ble Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Statens institutt for rusmiddelforskning innlemmet. Helsetilsynet ble i mindre grad endret, men i omorganiseringen ble det opprettet et Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) i Bergen. Statens legemiddelverk, Bioteknologirådet, Krefregisteret, Mattilsynet og helseregistrene var ikke en del av endringene i 2016, men sammen med legene i Helse- og omsorgsdepartementet og i Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) inngår disse institusjonene i det vi kan kalle den sentrale helseforvaltningen. Det nye Direktoratet for e-helse ble avdelt fra Helsedirektoratet i 2015. Om lag ti leger som tidligere jobbet i Helsedirektoratet jobber nå i det nye direktoratet. Arbeid med kodeverk er en viktig oppgave for legene i Direktoratet for e-helse.

Fra fagstyre til faglig rådgiver

I 1938 kom en komite som skulle vurdere den sentrale helseadministrasjonen, utsprunget fra Socialistiske lægers forening og med Karl Evang (1902–81) i ledelsen, med en innstilling som krevde sentral styring, offentlig ansvar og flere leger i administrative stillinger. Resultatet ble et departementsinternt direktorat som etter andre verdenskrig ble et fast direktorat. Evang ble selv medicinaldirektør fra 1938. Han rekrutterte bevisst overleger, ikke byråsjefer, som ledere (3). Et slikt fagstyre styrte Helsedirektoratet og den sentrale helseforvaltningen fra 1945 til 1994 (4).

Under krigen ble Karl Evang godt kjent med både britisk og amerikansk helsevesen og med fagfeltet public health» hvor målene var «to heal, to know, to predict, to organize». Etter krigen sørget Karl Evang for at staben av administrative leger fikk utdanning i public health (3). Da Evang sluttet som helsedirektør i 1972 hadde samtlige av fylkeslegene utdanning innen Public Health, de fleste fra John Hopkins University i Baltimore i USA. Det ble også arrangert kurs basert på amerikansk public health-tenkning for ansatte i lokal helseadministrasjon (5). På 1970-tallet ble det engelske begrepet «community medicine» tatt i bruk, og ble på norsk til samfunnsmedisin (6).

Med ny folkehelselov fra 2012 er kommunelegen den eneste yrkesgruppen i helsetjenesten som er spesifikt nevnt og lovpålagt for hver kommune. Det er ikke lovpålagt med leger og samfunnsmedisinere i den statlige helseforvaltningen, men øverste leder i den sentrale helseforvaltningen i Norge

har siden Sundhedsloven av 1860 alltid vært en lege. Også direktøren for Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet er, og har vært leger, men per 2016 er ingen av dem spesialister i samfunnsmedisin. Evangs system hadde vart i 22 år etter hans avgang i 1972 da Helsedirektoratet i 1994 ble nedlagt i sin daværende form. Statens Helsetilsyn videreførte i stor grad oppgavene. Da et nytt direktorat ble opprettet i 2002 var det etter annen modell. I tiden etter Evang ble det et klarere skille mellom politisk styring og faglig forvaltning, selv om fagstyret fortsatt står sterkt i den statlige helseforvaltningen (7). Tittelen som «helsedirektør» ble etter hvert overført fra lederen for Helsetilsynet til lederen i Helsedirektoratet. Leger i det nåværende Helsedirektoratet er ansatt som seniorrådgivere, fagdirektører, avdelingsdirektører eller divisjonsdirektører, ikke som leger eller overleger.

Arbeidsoppgaver i den sentrale helseforvaltningen

Helse- og omsorgsdepartementet gir oppdrag til institusjonene i den sentrale helseforvaltningen hvert år, først gjennom tildelinger og føringer i statsbudsjettet, og så mer spesifisert i et tildelingsbrev som er spesifikt hver institusjon. Stort sett inngår bare nye eller spesielle oppdrag i tildelingsbrevet og det er en stor portefølje av faste oppgaver som ligger til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet. Faste oppdrag inkluderer blant annet styring av eventuelle underliggende etater, vurdering av søknader om tilskudd, «følge-med-oppgaver» på utviklingen av helse og helsetjenester, veiledningsoppgaver, tilsynsoppgaver og oppfølging av nasjonale planer som går over mange år. Nye oppdrag kan f.eks. være innspill til stortingsmeldinger, utvikling av pakkeforløp eller utvikling og tilgjengeliggjøring av data for kommunene.

Samfunnsmedisinens perspektiv er helse for de mange, å se grupper og befolkningen og samfunnet mer enn enkeltindividet. Den sentrale helseforvaltningen har blant annet som oppgave å iverksette tiltak som er politisk vedtatt. Personer med mange ulike fagbakgrunner arbeider i alle delene av den sentrale helseforvaltningen, men få er leger og enda færre er godkjente spesialister i samfunnsmedisin. Andre utdannelser dominerer, og det er også flere leger med andre spesialiteter som gjennom sitt arbeid utfører samfunnsmedisinsk arbeid. Det er viktig med tverrfaglighet for å bedre helsen i samfunnet, men i målbeskrivelsen for spesialiteten samfunnsmedisin står det blant annet at «...Samfunnsmedisinerne skal levere faglig begrunnede innspill i løpende beslutningsprosesser i samfunnet, både til folkevalgte, administrative og faglige fora. Samfunnsmedisinsk kunnskap skal gjøres tilgjengelig og kjent for beslutningstakere på alle forvaltningsnivå. Samfunnsmedisinsk kompetanse skal påvirke utviklingen av strategier og

metoder for å fremme tiltak til styrking av folkehelsen.» (8). Samfunnsmedisineren kan som faglig rådgiver i den sentrale helseforvaltning være en medisinsk stemme i arbeid med lovverk og med offentlige planer og utredninger. Deltakelse i sentrale planprosesser, i utredningsarbeid og implementering av vedtatt politikk, er sentrale arbeidsoppgaver.

Samfunnsmedisinere i den sentrale helseforvaltningen

Det finnes ingen oversikt over hvor mange spesialister i samfunnsmedisin som er ansatt i den sentrale helseforvaltningen. NORSAM, norsk samfunnsmedisinsk forening, har uoffisiell statistikk på deltakelse på obligatorisk kursrekke for spesialistutdanningen i samfunnsmedisin gjennom siste år (2015). Der utgjør deltakere fra sentral stat (Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) 5–10 % og regional stat (fylkesmann, NAV) 10–15 %. Den største andelen av deltakerne i de obligatoriske kursene, om lag 70–75 %, er ansatt i kommunehelsetjenesten (upublisert statistikk fra Norsk forening for samfunnsmedisin ved Henning Mørland, personlig meddelelse 22.2.2016). I Statens helsetilsyn sentralt er det om lag 20 leger. Det er tre spesialister i samfunnsmedisin og fire leger i spesialistutdanning i samfunnsmedisin (tall fra Ole Kristian H. Furulund, Statens helsetilsyn, personlig meddelelse 5.4.2016). Etter omorganiseringen er det om lag 130 leger ved Folkehelseinstituttet og antall spesialister i samfunnsmedisinere er anslagsvis ti. I alt 19 leger ved Folkehelseinstituttet er medlemmer i LSA, Leger i samfunnsmedisin arbeid (tall fra Didrik Frimann Vestrheim, Folkehelseinstituttet, personlig meddelelse 6.4.2016). I Helsedirektoratet er det etter utskillelsen av Direktoratet for e-helse, om lag 40 leger. Bare en er spesialist i samfunnsmedisin, men minst fem er under utdanning eller i gang med å søke spesialistgodkjenning.

Helsetilsynet gjennomfører planlagte tilsyn med tjenestene og gjør i tillegg hendelsesbaserte tilsyn når det skjer episoder i helsetjenesten som meldes, og som tilsynet anser kan være i strid med lovverket eller alminnelig god praksis. Hos Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket (tidligere fylkeslegen) er det ansatt leger med bakgrunn fra mange spesialiteter som rådgivende leger, men leger ansatt hos disse regnes å ha samfunnsmedisinske oppgaver. Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og tidligere også Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, er blant landets godkjente utdanningsinstitusjoner i samfunnsmedisin.

Helsedirektoratet har ansvar for utøvelse av vedtatt politikk og utredning av forslag i forkant av politisk behandling. Helsedirektoratet er også forvalter av store tilskudd delegert av Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har fått nye beredskapsoppgaver etter den siste omorganiseringen blant

annet gjennom at Statens strålevern organisatorisk er blitt en underliggende etat. Når store kriser rammer, etterspørres ofte medisinsk kompetanse enten det er etter terroren som rammet Norge 22.juli 2011, i forbindelse med ebolapandemien (2014-2015) eller i arbeidet med håndtering av den store flyktningestrømmen fra blant annet Syria til Europa og Norge fra 2015. Kjennskap til både den kommunale helsetjenesten og de statlige tjenestene har i disse situasjonene vært viktig for å organisere tilbud og tjenester. Samfunnsmedisinere har gjennom sin utdanning kjennskap både til det kommunale og statlige nivået, og kan bidra med blant annet organisatorisk kompetanse.

Folkehelseinstituttet har ansvar for kunnskapsproduksjon og har til forskjell fra Helsedirektoratet, mange ansatte som er ansatt i forskerstillinger. Folkehelseinstituttet deltar i og organiserer store forskningsprosjekter, og har blant annet ansvar for å utvikle folkehelseprofiler for kommuner og fylker (www.fhi.no/kommunehelsa) og holde oversikt over helsetilstanden gjennom det store sykdomsbyrdeprosjektet (9). Flere store nasjonale helseregistre, blant annet Dødsårsaksregisteret, Reseptregisteret og Medisinsk fødselsregister er underlagt Folkehelseinstituttet.

Samarbeidsflater

«Folks helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Derfor må vi tenke helse i alt vi gjør» sa daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen da ny folkehelselov ble fremlagt i 2011 (loven trådte i kraft 1.1.2012). «Helse i alt vi gjør» (Health in All Policies) ble sammen med utjevning, føre-var prinsippet, bærekraftig utvikling og brukermedvirkning trukket frem som fem prinsipper av stor betydning på folkehelseområdet (10). «Helse i alt vi gjør» etterspør helhetstenkning og oversikt, noe som ligger samfunnsmedisinerens mandat nært. Mens subspesialisering skjer i økende grad, særlig i spesialisthelsetjenesten, er behovet for det store og vide perspektivet noe samfunnsmedisineren kan og bør bidra med. For å arbeide for «helse i alt vi gjør» er samfunnsmedisinsk perspektiv i sentral helseforvaltning nødvendig.

Hvem som er samarbeidspartnere, er noe som skiller samfunnsmedisinerne i den sentrale helseforvaltningen fra kollegene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I den sentrale helseforvaltningen jobber samfunnsmedisineren i stor grad sammen med andre profesjoner og yrkesgrupper og mot andre forvaltningsorganer, andre departementer og direktorater, og mot organisasjoner av ulik karakter. Det er i stor grad kontakt med juridisk kompetanse i sentral helseforvaltning.

En viktig del av arbeidet, og samarbeidet, handler om å gi høringsinnspill på rapporter, offentlige utredninger, retningslinjer, lovforslag og forskrifts- endringer. Å gi slike innspill er en måte å utøve rollen som faglig rådgiver på. Det er behov for medisinske synspunkter på prioriteringen av tiltak i helseforvaltningen og svært mange av de avgjørelser som tas, har betydning for helsen. Hvilke tiltak gir best mulig helse for befolkningen? Arbeid i den sentrale helseforvaltningen gir en potensiell stor kontaktflate med pågående arbeid i mange sektorer og en samfunnsmedisinsk fagbakgrunn kan gi viktige innspill blant annet til planer for organisering av tiltak i kommunene, for helsepersonellutdanninger, for forebyggende helsetiltak og for konsekvensutredninger.

Behov for et miljø for samfunnsmedisinere

Det er få leger med samfunnsmedisin som godkjent spesialitet i den sentrale helseforvaltningen. Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet har om lag 190 leger til sammen og at bare 5–10 % er godkjente spesialister i samfunnsmedisin. Men de senere årene har det vært flere i veiledningsgrupper og det er stor interesse for utdanningen. I alle institusjonene er flere under utdanning for å bli samfunnsmedisinere og flere er klare til å søke spesialistgodkjenning. Forhåpentligvis vil dette gi flere spesialister i sentral helseforvaltning med tiden. Men i skrivende stund er situasjonen i Helse- og omsorgsdepartementet ikke bedre enn den var i 2003. Da var to av 33 leger i departementet spesialister i samfunnsmedisin (11). Nå er det bare en av om lag 40, men flere i utdanningsstillinger. Et miljø for samfunnsmedisinere på tvers av institusjonene i den sentrale helseforvaltningen kunne være nyttig for å skape en identitet og et fagmiljø og for å synliggjøre kompetansen bedre enn enkeltpersoner kan alene.

Litteratur

1. Ronge, K. Helse-Norge samles i tre nye riker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:1639–40.
2. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet, Rapport, Sundvolden, 7. oktober 2013.; <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/>
3. Nordby T. Evang Karl. I *Norsk biografisk leksikon*. https://nbl.snl.no/Karl_Evang
4. Crowo G. «Systemet Evang»: et medikratiske styringsystem : en analyse av et medisinert styrt fagstyre i helseforvaltningen. Masteroppgave ved Universitetet i Oslo, 1997, <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-38461>
5. Torjesen DO. *Ledelse i helsetjenesten og skiftende kunnskapsregimer. Vitenskapsteoretisk essay våren 2006* <http://www.polis.no/files/TorjesenEGOS2006.pdf>

6. Nylenna, M. *Samfunn+ medisin= samfunnsmedisin. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
7. Heløe LA. Norsk helsetjeneste mellom politisk retorikk og praktisk politikk. Utviklings-
trekk og aktuelle utfordringer. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* nr. 3/2013.
8. *Målbeskrivelse for samfunnsmedisin*. <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Samfunnsmedisin/malbeskrivelse-for-samfunnsmedisin/>
9. *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013*. FHI rapport 2016:1. <http://www.fhi.no/dokumenter/8192560710.pdf>
10. *Lov om folkehelsearbeid*. Prop 90 L (2010-2011). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>
11. Nylenna M, Larsen BI. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? *Tidsskr Nor Legeforen* 2004; 124:3217–9

Astrid Nylenna
astrid.nylenna@helsedir.no
Seniorrådgiver/lege
Avdeling Forebygging i helsetjenesten
Helsedirektoratet
Postboks 7000, St. Olavs plass
0130 Oslo