

# Folkehelseinstituttet nå – og før

*Michael 2019; 16: 36–52.*

*Folkehelseinstituttet har endret seg i tråd med utviklingen i samfunn, helse og helsetjeneste. Statens institutt for folkehelsen var opprinnelig et nasjonalt sentrallaboratorium med særlig vekt på arbeid med datidens mange og farlige smittsomme sykdommer. Etter Den andre verdenskrig ble infeksjonsovervåkning og miljømedisin stadig viktigere arbeidsområder. Med desentraliseringen av den diagnostiske laboratorievirksomheten i mikrobiologi og virologi fikk instituttet nye funksjoner. Fra 1980-årene ble forebyggende helsearbeid i videre forstand inkludert. Senere fusjoner og omorganiseringer har utvidet samfunnsoppdraget ytterligere. Med etableringen av Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2002 ble det nasjonale ansvaret for sentrale helseregistre og biobanker formalisert, og arbeidet med psykisk helse styrket. Etter den seneste omorganiseringen i 2016 skal Folkehelseinstituttet i tillegg til sin spesielle rolle som rådgiver i smittevernarbeidet, også være kunnskapsleverandør til hele helse- og omsorgstjenesten.*

Folkehelseinstituttet i 2019 er ganske annerledes enn det Statens institutt for folkehelsen som ble etablert for 90 år siden. Arbeidsområdene er mer omfattende og kompetansebredden blant de ansatte er større enn noen gang før. I porteføljen inngår nå i tillegg til tradisjonelle oppgaver med smittevern og miljømedisin, også rus, tobakk, ernæring og psykisk helse. Instituttet utvikler og formidler kunnskap til folkehelsearbeid i ulike sammenhenger, foruten til helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapsoppsummeringer på mange områder er etterspurt, og oppdragsgiverne inkluderer flere departementet og direktorater.

## Begynnelsen

Den første del av det 20. århundret var preget av internasjonalisering, særlig på helseområdet. Smittsomme sykdommer var den største trussel, og da som nå, var ikke landegrenser noe hinder for spredningen. Internasjonale



*Figur 1: De første bygningene ble reist med støtte fra Rockefeller Foundation 1929–1930. I bakgrunnen skimtes det nye hovedbygget fra 1969. Trappen opp til taket ytterst til høyre på bildet har sin egen historie. På grunn av et udekket plassbehov, blant annet i forbindelse med kursvirksomhet, var det i mange år plassert et brakkebygg på taket. (Foto: Øivind Larsen 2019)*

organisasjoner ble opprettet, og private aktører var viktige for utvikling og tjenestetilbud i en tid med begrenset offentlig engasjement og ansvar. Det var på denne bakgrunn, og med økonomisk støtte fra *Rockefeller Foundation*, at *Statens institutt for folkehelsen* ble etablert.

Driften kom i gang i 1929 etter flere års planlegging, mens den offisielle innvielsen først skjedde 16. august 1930 (1). Den første direktøren, Einar Aaser (1886–1976) hadde vært Rockefeller-stipendiat i USA. Han var sønn av Peter Aaser (1848–1923) som fra 1916 til sin død ledet Medisinalbestyrelsens laboratorium og var sentral i planleggingen av instituttet.

1920-tallets samfunn var fortsatt merket av spanskesykens herjinger. Av Norges ca. 2,5 millioner innbyggere regner man med at ca. 1 million var blitt smittet i 1918–1919, hvorav kanskje 15 000 døde. Dette hadde bidratt til å rette oppmerksomheten mot smittevern og forebygging. Arbeidet mot smittsomme sykdommer kom til å forme instituttets arbeid i en lang periode.



*Figur 2: Staben ved Statens institutt for folkehelsen tidlig på 1930-tallet. I midten i første rekke direktør Einar Aaser, og på hans høyre side assistentlege, senere professor Axel Strøm (1901–1985). (Foto tilhørende Folkehelseinstituttet)*

Første driftsår hadde instituttet 18 ansatte. Alle arbeidet med smittsomme sykdommer. De var fordelt på fem avdelinger; Bakteriologisk avdeling, Wassermannavdelingen (serologisk syfilisdiagnostikk), Serumavdelingen (produksjon av sera og vaksiner, Animal vaksineavdeling (produksjon av koppevaksine) og Kjemisk avdeling (undersøkelser av vann og matvarer).

Statens institutt for folkehelsen var i denne perioden nærmest et klinisk rettet sentrallaboratorium. Instituttet mottok prøver fra hele landet til bakteriologisk og etter hvert immunologisk laboratoriediagnostikk. Man produserte sera mot difteri, meningitt, stivkrampe, streptokokkinfeksjon og tyfoidfeber, og vaksiner mot gonoré, tyfus-, stafylokokk- og streptokokkinfeksjoner, samt koppevaksine.

I tillegg utførte instituttet hygieniske undersøkelser av drikkevann og matvarer. Instituttet skulle kunne identifisere en eventuell epidemi som måtte oppstå, og bidra til å oppspore smittekilder, mens Helsedirektoratet

hadde ansvar for den løpende registrering og kartlegging av infeksjonssykdommer.

### **Mellomkrigstidens Helse-Norge**

På tross av at årene mellom de to verdenskrigene var vanskelige sosialt, økonomisk og politisk, skjedde det likevel en relativt rask modernisering av det norske samfunnet (2,3). Helseforholdene var fortsatt dårlige, sett med dagens øyne, selv om den store svøpe, tuberkulosen, hadde begynt å gå tilbake.

Oppdagelsen av tuberkelbasillen i 1882 og de senere bakteriologiske gjennombrudd hadde ingen umiddelbare terapeutiske konsekvenser, men de fikk stor betydning for forståelsen av smitteforhold og levekårenes betydning. Jakten på uoppdaget tuberkulose ga støtet både til skolebarnundersøkelser og helseundersøkelser i arbeidslivet. Dessuten ble tuberkulosen utnyttet for alt den var verdt i opplæringen i helsefremmende atferd. Mellomkrigstiden ble en blomstringstid for forebyggende medisin, kanskje mest fordi tidsånden tillot forholdsvis autoritære tiltak, samtidig som det nå forelå en kunnskapsbasis for det man gjorde (4,5).

Mange infeksjonssykdommer varte lenge og kunne ha alvorlige senfølger. Lungebetennelse var med rette fryktet på grunn av høy dødsrisiko. Giktfeber utviklet seg ofte etter det vi nå vet er streptokokkinfeksjoner. Mange av datidens hjertepasienter hadde sine problemer som følge av giktfeber, blant annet med klaffefeil og hjertesvikt.

### **Krigsår og spesielle helseproblemer**

Da Den andre verdenskrig rammet og Norge ble okkupert i 1940, gikk det ikke lenge før helseforholdene i befolkningen ble påvirket av det som skjedde. Det kom blant annet en økning i smittsomme sykdommer. Den etter hvert vanskelige forsynings situasjonen ga dessuten sviktende ernæring som i neste omgang reduserte motstandskraften mot infeksjoner og andre sykdommer.

De smittsomme sykdommene kunne ramme både sivile og militære. Smittevern og epidemibekjempelse var derfor viktig både for sivilbefolkningen og for okkupanten. Ved Statens institutt for folkehelsen hadde Martin Tesdal (1898–1968) vært assistentlege fra 1934 til 1936, da han ble Statens epidemilege og leder av bakteriologisk avdeling ved instituttet. Han hadde sin doktorgrad fra 1938 på salmonellabakterier. Da det oppsto en salmonellaepidemi i Kirkenes i november 1943, fikk Tesdal og hans yngre kollega ved instituttet, assistentlege Arild Sonning (1907–1998) satt i gang en hjelpeaksjon som viste seg å bli vellykket. Epidemien ble bekjempet,

tross vanskelige forhold. En rekke legestudenter og sykepleiere var engasjert som frivillige i aksjonen (6).

En lite påaktet endring under krigen gjelder instituttnavnet. Til forskjell fra alle foregående år, var årsmeldingen for 1942 merket Statens institutt for folkehelse, ikke Statens institutt for folkehelsen. Den ubestemte formen av «folkehelse» ble senere benyttet i den formell navnebetegnelsen helt fram til 2002. Kanskje var det ettervirkningene av samnorskereformen av 1938 med økt press mot riksmålet som førte til endringen? Tidsmessig falt imidlertid navneskiftet også sammen med kulturminister Gulbrand Lundes (1910–1942) nasjonalsosialistiske rettskrivingsreform, uten at det nødvendigvis behøver å bety noe. I offentligheten har begge navn blitt benyttet om hverandre også etter 1942, selv om den ubestemte formen, Statens institutt for folkehelse, dominerte mer og mer i norske aviser i etterkrigstiden<sup>1</sup>. SIFF var forkortingen for begge navnene.

### Økende aktivitet i etterkrigstiden

Helsetjenesten var til langt inn i etterkrigstiden annerledes organisert enn i dag (7). Primærhelsetjenesten var basert på privatpraktiserende leger, spesielt i byer og tettsteder, og på distriktsleger i landdistriktene. Man kunne bli henvist til privatpraktiserende spesialister, og eventuelt innlagt i et kommunalt, fylkeskommunalt eller privat sykehus. Bare Rikshospitalet og de gamle asylene var statlige. Dette betydde at terskelen for å få medisinsk hjelp av rett kvalitet til rett tid kunne være høy, også fordi trygdesystemet foreløpig ikke var heldekkende. Den store sosialpolitiske offensiven begynte i 1935, men var ikke fullført før over tretti år senere, da Folketrygden ble innført i 1967.

At det ble naturlig å komme på sykehus ved alvorlig sykdom, istedenfor å være syk hjemme, skjedde først i 1950-årene. Det ble den store perioden for sykehusutbygging i Norge, med de nye sentralsykehusene, faktisk før sykehusloven kom i 1969.

En følge av det noe uorganiserte helsevesenet var også at man visste lite eksakt om den delen av folkehelsen som dreide seg om de ikke-dødelige sykdommene og om opplevd sykkelighet. Behovet for kartlegging og overvåking ble tydeligere.

Den andre verdenskrig hadde medført endrede levekår og ikke minst endret kosthold for mange. Skolebarnundersøkelsene viste at dette slo ut på barnas vekst og utvikling. Da krigen var over, ble kostholdet gradvis bedre. De nye årskull av skolebarn tok igjen den gamle positive utviklingen.

<sup>1</sup> [https://www.nb.no/search?q=statens institutt for folkehelse"&mediatype=aviser](https://www.nb.no/search?q=statens institutt for folkehelse)



*Figur 3: Under krigen ble navnet endret til Statens institutt for folkehelse (uten «n»). Plakett på den gamle hovedbygningen. (Foto: Øivind Larsen 2019)*

Men for de voksne bidro bedret kosthold også til at arteriosklerotisk hjertesykdom ble et stort problem som etter hvert kom til å ta en stor del av oppmerksomheten i den forebyggende medisin.

Tilgangen til antibiotika etter krigen stimulerte interessen for bakteriologisk diagnostikk. Nå fikk diagnostikken behandlingsmessige konsekvenser, og antall mottatte og analyserte prøver innen bakteriologi, virologi og immunologi ved instituttet økte kraftig.

I de første etterkrigsårene var de offentlige helseutgiftene fortsatt lave. Men helsetjenesten var et satsningsområde, og de offentlige helseutgiftenes andel av det totale offentlige konsum ble fordoblet mellom 1949 og 1969; fra 3 % til 6 % (8). På 1970-tallet økte de offentlige utgiftene til helse raskt, og Statens institutt for folkehelse vokste tilsvarende.

Årsmeldingene avspeilte veksten. I 1937 var det 38 ansatte. I 1948 passerte man 100, og i 1969 var det blitt 326 ansatte. I 1977 var det 423 fast ansatte i tillegg til noen midlertidige

I 1946 ble serologisk syfilisundersøkelse av alle gravide innført, og dette ble lovpålagt i 1947. Etter krigen begynte en trinnvis utbygging av instituttet. Et spesialbygg for virologi sto ferdig i 1959, og en bygning til oppstalling av forsøksdyr og dyreforsøk i 1961. Det nye hovedbygget ble reist i 1969.

Bloodypeserologi, som ble introdusert allerede på 1930-tallet, ledet til programmet for serologiske svangerskapskontroller (rhesusprofylakse) fra



Figur 4: Virusbygget sto ferdig i 1959. (Foto: Øivind Larsen 2019)

1968. Utviklingen i immunhematologi førte også til landsomfattende blodtypeserologisk service for blodoverføringer. Årsmeldingen for 1970 melder at instituttet har «..fått sitt oppgaveområde ytterligere utvidet. Samtidig har prøvemengden øket helt eksepsjonelt».

Mikrobiologiske laboratorieundersøkelser ble lenge bare utført noen få steder i landet, hovedsakelig ved Statens institutt for folkehelse og universitetssykehusene. Det første fylkeslaboratoriet ble opprettet i Molde i 1960. Den senere desentraliseringen av laboratorietjenester avlastet etter hvert instituttet betydelig, og virksomheten kunne konsentreres mer om nasjonale oppgaver.

Vaksineproduksjon var en av instituttets oppgaver helt fra begynnelsen. Det norske barnevaksinasjonsprogrammet kom i gang i 1952, med tilbud om instituttets vaksine mot difteri, kikhoste og stivkrampe til alle barn. Vaksineproduksjon var en hovedoppgave i flere tiår, men avtok på 1980-tallet, først og fremst på grunn av økende krav til lokaler. Produksjon av vaksiner til vanlig bruk i Norge ble egentlig avsluttet i 1990, men det ble ikke helt slutt på virksomheten før i 2017.

Helsedirektoratet overførte den nasjonale overvåkingen av infeksjonssykdommer til instituttet, og i 1973 ble det iverksatt et prøveprosjekt for melding av nærmere definerte infeksjonssykdommer i Vestfold og Nord-Trøndelag. I 1975 ble Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) etablert som et nasjonalt register med Arve Lystad (f. 1932) som initiativtaker og drivkraft.

Fra 1960-tallet ble miljøhygiene et stadig viktigere satsingsområde, og i 1971 ble en miljøtoksikologisk avdeling opprettet.

I forbindelse med instituttets femtiårsjubileum i 1979 beskrev Christian Lerche (1917–2008), som var direktør fra 1957 til 1983, hvordan den diagnostiske laboratorievirksomheten var blitt supplert og delvis erstattet av kartlegging av infeksjonssykdommer og arbeid med teknisk hygiene og drikkevann. Dette avspeilte seg i den interne tverrfagligheten og kompetansebredden i instituttet. Lerche påpekte hvilke muligheter som lå i større satsning på forskning, fagutvikling, utdanning av helsepersonell og faglig støtte til myndighetene i samfunnsplanlegging og lovgivning (9).

## **Mandatet utvides fra 1980-tallet**

Disse perspektivene ble i 1982 fulgt opp i en egen stortingsmelding «med spesiell vekt på en del av de nye oppgaver som vil bidra til å gjøre SIFF til et tidsmessig nasjonalt folkehelseinstitutt». St.meld. nr. 28 (1982–83) *Om den fremtidige virksomhet ved Statens institutt for folkehelse* oppsummerte instituttets historie og tok utgangspunkt i nye forutsetninger og utviklings-trekk (10).

Målsettingen for instituttet ble utvidet. Nå skulle ikke instituttet «bare bistå med å bekjempe sykdom og å øke befolkningens motstandskraft mot sykdom. Det skal også bidra til å bedre helsetjenestens kvalitet. Dette innebærer at samfunnsmedisinske oppgaver, innbefattet epidemiologi, helse-tjenesteforskning og informatikk, kommer sterkere inn i bildet, samtidig som en rekke av instituttets øvrige funksjoner endres».

En tredelt formålsparagraf ble foreslått:

«Statens Institutt for folkehelse har som oppgave å bidra til å forebygge og bekjempe sykdom gjennom tiltak som går ut på



- å medvirke til å klarlegge årsaker til sykdom, påvise og fjerne spesi-  
fikke sykdomsfremkallende stoffer i vårt miljø, eller hindre at de spres  
og fremkaller sykdom
- å høyne befolkningens motstandskraft mot sykdom
- å medvirke til å bedre helsetjenestens kvalitet og utnyttelsen av dens  
ressurser.

Instituttet skal til enhver tid skaffe seg best mulig innsikt i befolkningens  
helsetilstand og i likhet med andre helseinstitusjoner informere helse-  
myndighetene og andre samt gi råd angående helsetjenesten».

Infeksjonssykdommer ble fortsatt definert som et av instituttets primære  
virkeområder sammen med drift av medisinske registre, men forebyggende  
helsearbeid skulle prioriteres. Ressurser skulle flyttes fra analytisk laboratorie-  
arbeid til nye oppgaver. En rekke innsatsområder for å forebygge infeksjons-  
sykdommer ble beskrevet i stortingsmeldingen. Betegnelsen «omgivelses-  
medisin» ble brukt om det vi i dag kaller miljømedisin. Det dreide seg om  
overvåking, rådgivning og opplæring knyttet til forurensning av vann,  
matvarer, luft og kjemiske produkter. I de samfunnsmedisinske aktiviteter  
skulle det inngå «overvåking, rådgivning, utvikling/forskning, opplæring  
og informasjon omkring

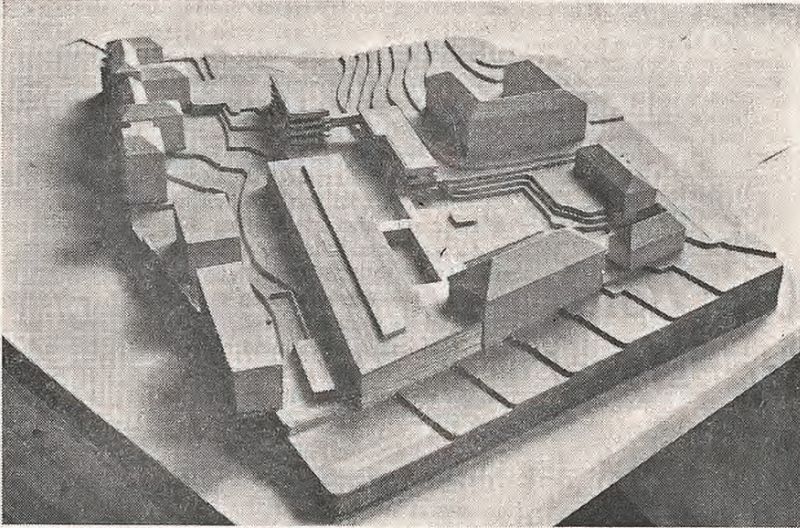
- befolkningens helsemessige status
- miljøforholdenes virkninger på helsetilstanden
- helsevesenets ytelser, organisasjon, administrasjon m.m.»

Instituttets ansvar for forsyning av vaksiner, sera og immunglobuliner  
ble presisert. Stortingsmeldingen konstaterte at det tradisjonelt har «..vært  
drevet forsknings- og utviklingsvirksomhet ved instituttet». Meldingen  
beskrev relevante forskningsområder og anbefalte at forsknings- og utvik-  
lingsarbeid «på områder hvor SIFF har spesielle forutsetninger» burde få  
større plass, og at større vekt ble lagt på å arrangere kurs, faglige seminarer,  
møtevirksomhet og faglig veiledning av yngre forskere. Instituttets ansvar  
for undervisning og utdanning både for helsepersonell og teknisk personale  
innen og utenfor organisasjonen ble presisert.

I tråd med denne stortingsmeldingen, sykdomspanoramaet i Norge og  
helsetjenestens utvikling endret instituttet seg gradvis gjennom 1980-årene.  
Flere og flere nasjonale oppgaver utover arbeidet med smittsomme sykdom-  
mer ble utført. Den *epidemiologiske transisjon*, der velferdsøkning, forebyg-  
gende tiltak og antimikrobiell behandling reduserer sykkeligheten og døde-  
ligheten av infeksjonssykdommer som så erstattes av andre ikke-smittsomme  
sykdommer påvirket også instituttet. De ikke-smittsomme sykdommene,  
i første omgang hjerte- og karsykdommer ble et nytt arbeidsområde.

# Nytt sentrallaboratorium reises i Geitmyrsveien 75

Med auditorium, kursussal og nye avdelinger



Sentrallaboratoriet sett fra Griffenfeldsgate.

Norge skal nå få sitt første store sentrallaboratorium i Geitmyrsveien 75. Det er Statens institutt for folkehelse med Bolig- og Eiendomsdirektoratet som byggherre som står bak prosjektet. Utførende arkitekter er Cappelen og Østgaard som nylig har anmeldt byggearbeidet.

Det nye sentrallaboratorium, som vesentlig bygges i en etasje med en liten underetasje, får et bebygget areal på ialt 4750 kvadratmeter. Laboratoriet skal gi plass for de gamle institusjoner som idag har meget

trange lokaler i Geitmyrsveien 75. Det skal dessuten gi rom for nye avdelinger for immunpatologi og Forsvarets mikrobiologiske institutt skal også få en egen avdeling i det nye laboratorium som vil være av stor betydning — ikke minst i påkommende kuppetilfelle etc.

Arkitekt Cappelen forteller til Morgenposten at man har valgt å bygge det nye sentrallaboratorium i en etasje av spesielle grunner. Man vet idag ikke hvilke avdelinger som vil vokse og hvilke som med tiden vil

skrumpe inn. Ved å legge det hele på ett sammenhengende gulv, står man senere meget friere når det gjelder eventuelle utvidelser.

Sentrallaboratoriet skal også få et eget auditorium for studenter, med plass til 130, og det blir en egen kursussal for 50 personer.

Anbudet på det nye bygget sendes ut i november 1964 og byggearbeidet vil kunne påbegynnes tidlig på vinteren 1965. Man regner med en byggetid på ca. et par års tid.

Figur 5: Faksimile fra Morgenposten 1. august 1963 om de store utbyggingsplanene for Statens institutt for folkehelse. Saken vakte nasjonal interesse.

Gruppe for helsetjenesteforskning ble overført fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd (NAVF) til instituttet i 1982. I 1984 ble første runde av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT1, gjennomført.

Fra 1984 til den store omorganiseringen i 2002 var Bodolf Hareide (f. 1937) direktør ved instituttet. Hareide hadde bakgrunn som distriktslege, og hadde arbeidet i Helsedirektoratet før han kom til SIFF som overlege for Sanitær-kjemisk avdeling i 1981.

### **Fra «SIFF» til «Folkehelsa» – og enda videre**

I 1990 ble kortformen av navnet endret fra SIFF til «Folkehelsa», og nye avdelinger for miljømedisin og samfunnsmedisin ble opprettet. Det skjedde en omorganisering med samling av oppgaver der 13 avdelinger ble til sju. Et nytt vaksinebygg sto ferdig i 1995.

Helseforvaltningen var på denne tiden preget av kompetansestrid mellom fagmyndigheter og politisk ledelse. Etter en åpen strid ble Helsedirektoratet i 1992 omorganisert og Statens helsetilsyn opprettet. Også Folkehelsas ansvar og oppgaver var omstridt. Hvilke arbeidsoppgaver utenom smittsomme sykdommer og miljømedisin instituttet skulle ha, var ett av diskusjonstemaene. Fra 1994 ble instituttets styre nedlagt, og Folkehelsa ble direkte underlagt Sosial- og helsedepartementet. Statskonsult evaluerte organisering og samhandling mellom Folkehelsa og departementet i en rapport i 1996 (11). Her var fagområder som psykososiale problemer, belastningslidelser og barns helse blant hovedtemaene. Arbeidsfordelingen mellom Folkehelsa og Statens helsetilsyn på smittevernområdet var en annen utfordring, fordi instituttet ikke lenger var underlagt Helsetilsynet. Uklare «gråsoner» på dette feltet fulgte med også etter etableringen av Sosial- og helsedirektoratet

Til tross for det utvidede mandatet og de mange nye arbeidsoppgavene lå bemanningen ved instituttet relativt stabilt på vel 400 årsverk de to siste tiårene av 1900-tallet. Dette samsvarer med en utflating av veksten i den offentlige helsetjenestens andel av offentlige utgifter i samme periode (8). Veksten skjøt fart igjen midt på 1990-tallet for helsetjenestens del, og for instituttet noen år senere.

### **Nytt Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2002**

Rundt årtusenskiftet skjedde en omfattende omorganisering av hele den sentrale sosial- og helseforvaltningen. En rekke endringer trådte i kraft 1. januar 2002. Sosial- og helsedepartementet ble nedlagt og erstattet av et Sosialdepartement og et Helsedepartement (fra 2004 Helse- og omsorgsdepartementet). Ti etater ble slått sammen til tre. *Statens helsetilsyn* ble



*Figur 6: Det nye hovedbygget fra 1969 ble bygget i en brutalistisk stil. (Foto: Øivind Larsen 2019)*

omorganisert med tydeliggjøring av tilsynsfunksjoner, og et nytt *Sosial- og helsedirektorat* (fra 2008 Helsedirektoratet) ble opprettet med iverksetting av sosial- og helsepolitikken som sin kjernefunksjon. Endringene på folkehelseområdet var så store at et nytt *Nasjonalt folkehelseinstitutt* ble etablert, først og fremst basert på ressurser fra det tidligere Statens institutt for folkehelse og Statens helseundersøkelser (SHUS). Kortformen «Folkehelsa» ble nå til «Folkehelseinstituttet».

Som ny direktør i åremålsstilling tiltrådte Geir Stene-Larsen (f. 1955) som kom fra stillingen som direktør i Norge forskningsråd. Stene-Larsen ledet instituttet i to seksårsperioder før han i 2012 ble ekspedisjonssjef i Folkehelseavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet.

«Nasjonalt folkehelseinstitutt skal drive fagutvikling innen smittevern, miljømedisin og epidemiologi, og være kompetanseorgan for forvaltningen på disse områdene. Etaten vil også ha enkelte forvaltningsoppgaver på fagfelt som enten er små, eller der forvaltningsoppgavene er nært knyttet til fagutviklingsoppgavene», het det i departementets rapport om oppgavefordeling mellom de ulike etatene (12).



*Figur 7: Vaksinebygget fra 1995. Da bygget ble høytidelig åpnet av Kongen i januar 1995, var lokalene delt mellom Vaksineavdelingen, som den gang omfattet produksjon, forsyning og forskning – altså alt om vaksiner – og Statens rettsstoksikologiske institutt, som den gang var en selvstendig institusjon. Bygget, som har adressen Lovisenberggaten 6, kalles også L6 og benyttes i dag av Område for smittevern, miljø og helse. Dessuten er rettsmedisinske fag, som nå tilhører Oslo universitetssykehus, leietakere i huset. (Foto: Øivind Larsen 2019)*

Instituttets nye oppgaver var hovedsakelig:

- Nasjonalt ansvar for sentrale helseregistre (unntatt Krefregisteret)
- Nasjonalt ansvar for biobanker
- Styrking av arbeidet med psykisk helse.

Nasjonalt folkehelseinstitutt skulle videreføre arbeidet med smittevern, miljømedisin, epidemiologisk forskning og helseovervåkning fra Statens institutt for folkehelse. Oppgaver med helseundersøkelser ble overført fra

Statens helseundersøkelser, og forvaltning av helseregistre fra Helsetilsynet. Ansvar for Medisinsk fødselsregister og Mor og barn-undersøkelsen ble overført fra Stiftelsen Universitetsforskning Bergen (Unifob). I tillegg ble arbeid med legemiddelstatistikk overført fra Norsk medisinaldepot. På den annen side ble helsetjenesteforskning flyttet over til Sosial- og helsedirektoratet.

Instituttet ble organisert i fagdivisjoner for smittevern, miljømedisin og epidemiologi med stabs- og støttefunksjon innen informasjon og administrasjon. Flere institusjoner ble etter hvert en del av Folkehelseinstituttet. I 2003 ble Statens rettsstoksikologiske institutt innlemmet i instituttet som Divisjon for rettsstoksikologi og rusmiddelforskning. Denne ble utvidet til en divisjon for rettsmedisinske fag i 2011 da Rettsmedisinsk institutt ble overført fra Universitetet i Oslo til instituttet. I 2015 ble Giftinformasjonen innlemmet i instituttet.

Etter omorganiseringen passerte instituttet 500 årsverk i 2002. De neste årene var veksten jevn og kraftig. I 2007 var det over 700 årsverk, og etter inkluderingen av Rettsmedisinsk institutt passerte Folkehelseinstituttet 900 ansatte i 2012. De mange sammenslåingene og nye oppgavene medførte en fordobling av antall ansatte på ti år.

I 2012 overtok Camilla Stoltenberg (f. 1958) som direktør etter Geir Stene-Larsen. Hun hadde vært ansatt ved instituttet fra 2001, og hadde vært divisjonsdirektør for epidemiologi og senere assisterende direktør. Hun ble i 2018 utnevnt for en ny seksårsperiode.

### **Dagens institutt – en kunnskapsleverandør**

I revidert nasjonalbudsjett 2015 annonserte Helsedepartementet en ny omorganiseringsrunde i den sentrale helseforvaltningen. I tillegg til å redusere antall etater var intensjonen å rendyrke Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan og Folkehelseinstituttets rolle som kunnskapsleverandør. Folkehelseinstituttet fikk nok en gang nye oppgaver. Kunnskapsproduksjon for hele helsetjenesten, ikke bare innen folkehelse, ble nå oppdraget. Tre nye etater ble fra 2016 innlemmet i instituttet; Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Sekretariatet for Vitenskapskomiteen for mattrygghet (fra 2018 Vitenskapskomiteen for mat og miljø). I 2018 ble Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI) en del av instituttet.

Til gjengjeld ble Rettsmedisinske fag overført til Oslo universitetssykehus i 2017. I 2017 ble det også etablert en konsernmodell for den sentrale helseforvaltningen med administrative fellestjenester for alle etatene som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Dette har hatt organisatoriske

konsekvenser for instituttet knyttet til lønn, arkiv, IKT etc. Porteføljen av ansvar og oppgaver endres kontinuerlig.

I 2017 fikk Folkehelseinstituttet sitt første senter for fremragende forskning, *Senter for fruktbarehet og helse*, basert på en tiårs bevilgning fra Norges forskningsråd.

Som en markering av den seneste utvidelsen, endret instituttet nok en gang navn. Fra 2016 har *Folkehelseinstituttet* ikke bare vært kortform, men institusjonens formelle betegnelse. Nå er det gjerne akronymet *FHI* som brukes som kortform.

Omtrent samtidig med utvidelsen og omorganiseringen fikk instituttet betydelige budsjettkutt. En bemanning på 1248 årsverk i 2016 var ved utgangen av 2017 redusert til 911. Av denne reduksjonen utgjorde overføringen av Rettsmedisinske fag over to tredeler, mens en styrt prosess resulterte i en nedbemanning på vel 80 årsverk.

Den interne organiseringen avspeiler til enhver tid instituttets viktigste arbeidsområder. Alle de opprinnelige fem avdelingene fra 1929 ville i dag hatt tilhørighet i ett og samme *område*, som nå er betegnelsen på de overordnede organisatoriske fagenhetene, nemlig det første av de nedennevnte:

- *Område for smittevern, miljø og helse* er det største av de fire fagområdene, og arbeider fortsatt med infeksjonsepidemiologi, forebygging av smittsomme sykdommer og for å redusere helseskader forårsaket av fysiske og kjemiske faktorer i miljøet.
- *Område for psykisk og fysisk helse* har ansvar for rus, psykisk og fysisk helse, epidemiologi og ikke-smittsomme sykdommer.
- *Område for helsedata og digitalisering* har forsknings- og forvaltnings-ekspertise på helseregistre, befolkningsbaserte helseundersøkelser, biobanker og digitalisering.
- *Område for helsetjenester* skal levere kunnskapsgrunnlag til beslutningstakere på alle nivåer i helse- og omsorgstjenestene og har også ansvar for global helse.

Et tilbakeblikk avdekker en rekke nye oppgaver og forventninger til instituttet de senere årene. Det meste har vokst, og få aktiviteter er avviklet. Unntakene er befolkningsundersøkelser som er overlatt til andre (HUNT ble overtatt av NTNU i 2002), vaksineproduksjonen som ble bestemt avviklet for lenge siden, men først opphørte endelig i 2017, og rettsmedisin som ble utskilt i 2017.

Nedbemanningen har fortsatt de senere årene. Ved inngangen til 2019 har Folkehelseinstituttet 864 årsverk fordelt på 939 ansatte. Det faglige mangfoldet sammen med spredt lokalisering med mange ansatte i Bergen



*Figur 8: Fra 2002 har Folkehelseinstituttet også tatt i bruk leide kontorlokaler i flere bygg i Sandakerveien, i det tidligere Myrens verksted, i gangavstand fra de opprinnelige bygningene. (Foto: Øivind Larsen 2019)*

og medarbeiderne i Oslo fordelt på flere fysiske arbeidssteder, gjør det vanskelig å skape en felles identitet og en enhetlig organisasjonskultur.

Dagens samfunnsoppdrag er formulert som å «produsere, oppsummere og kommunisere kunnskap for å bidra til godt folkehelsearbeid og gode helse- og omsorgstjenester». Med det utgangspunktet pågår arbeidet med en ny strategi. Den nye strategien er tiltaksorientert, og understreker instituttets beredskapsfunksjon, kunnskapsproduksjon og infrastruktur.

Den diagnostiske laboratorievirksomheten fra mellomkrigstiden er erstattet av kunnskapsutvikling og -formidling på hele det voksende og stadig bredere helseområdet.



## Litteratur

1. Engh S. Rockefeller Foundation og etableringen av Statens institutt for folkehelsen. Idéer, investeringer og institusjonsbygging i internasjonal helse 1923–1935. *Michael* 2019; 16: 10–35.
2. Kjeldstadli K. *Et splittet samfunn 1905–35*. Aschehougs Norgeshistorie bind 10. Oslo: Aschehoug, 1994.
3. Lange E. *Samling om felles mål 1935–70*. Aschehougs Norgeshistorie bind 11. Oslo: Aschehoug, 1998.
4. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
5. Larsen Ø. Helsen bakom helsepolitikk og helseforvaltning. *Michael* 2013; 10: Supplement 13, 31–70.
6. Svane S. Hjelpeaksjonen under paratyphoid A-epidemien i Kirkenes 1943–44. *Tidsskr Nor Legeforen* 2000; 120: 3688–92.
7. Nylenna M (red.) Mellom politikk og klinikk i 100 år. *Michael* 2013; 10 Supplement 13.
8. Kjelvik J. Fra kommunekasser til helseforetak – 120 års kollektiv helseutbygging. I: Bore RR red. *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå, 2007: 219–31.
9. Lerche C. The National Institute of Public Health – fifty years of activity and development in retrospect. *NIPH Annals* 1979; 2: 3–10.
10. St.meld. nr. 28 (1982–83) *Om den fremtidige virksomhet ved Statens institutt for folkehelse*.
11. *Folkehelse – faglig frihet og administrativ avhengighet*. Rapport 1996:17. Oslo: Direktoratet for forvaltningsutvikling, 1996.
12. *Ny oppgavefordeling i sosial- og helseforvaltningen*. Rapport fra overordnet styringsgruppe om oppgavefordelingen i den sentrale sosial- og helseforvaltningen. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2001.

*Magne Nylenna*

*Folkehelseinstituttet og Institutt for helse og samfunn,*

*Universitetet i Oslo*

*magne@nylenna.no*

*Øivind Larsen*

*Institutt for helse og samfunn,*

*Universitetet i Oslo*

*Oivind.larsen@medisin.uio.no*

*Takk til Erik Ingebrigtsen, Gunhild Wøien, Hanne Nøkleby og Wenche Lillevik for hjelp og innspill.*