

Jubilæum

Statens Institut for Folkesundhed 1950 - 2006
Finn Kamper-Jørgensen 1981 - 2006

Statens Institut for Folkesundhed 1950 - 2006
Finn Kamper-Jørgensen 1981 - 2006
Jubilæum

Publikationen er udarbejdet af Anne Grene
Statens Institut for Folkesundhed, 2006

Grafisk tilrettelæggelse og tryk: Kailow Graphic A/S
ISBN: 87-7899-106-4

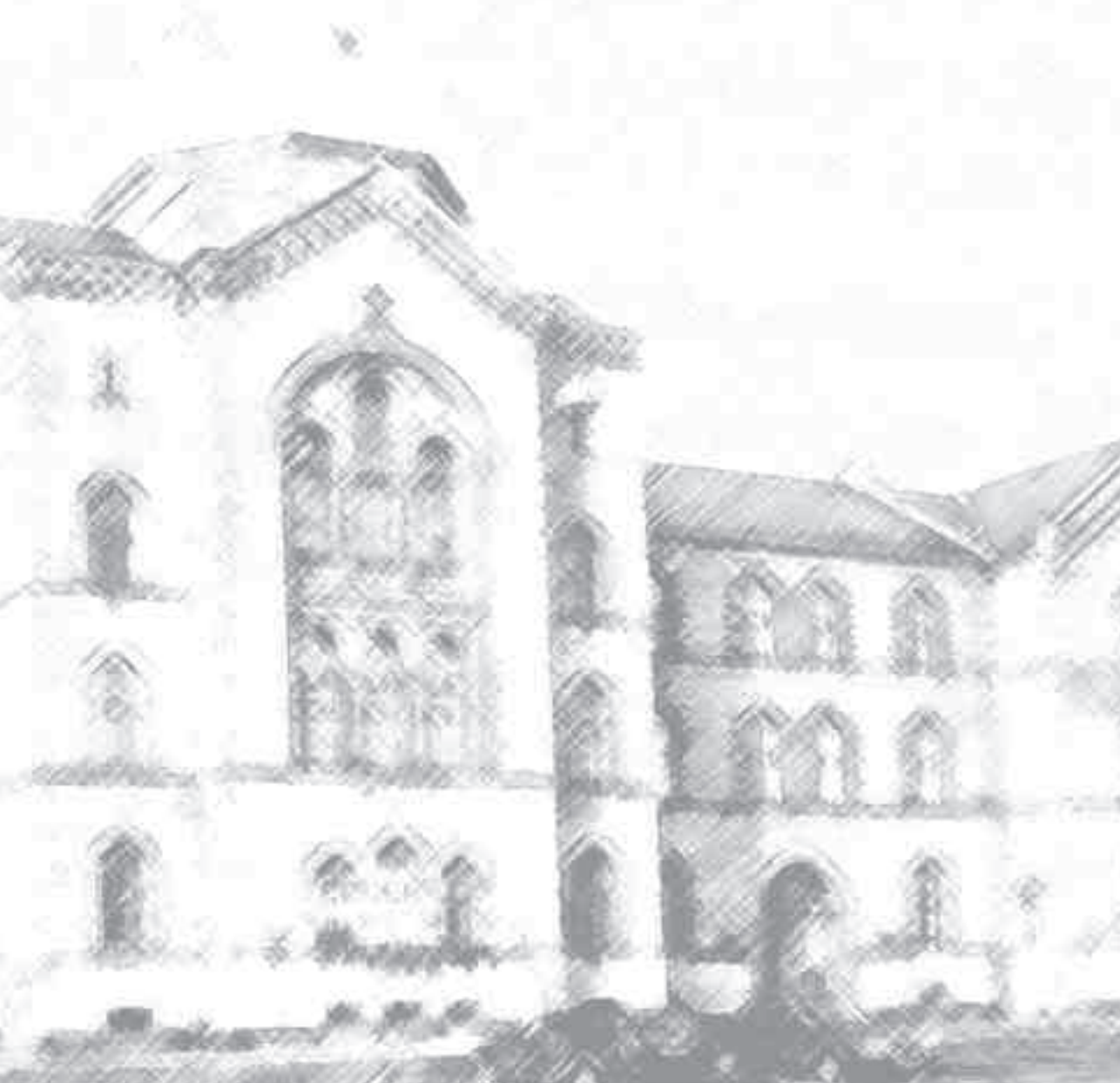
Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5 A, 2.
1399 København K

sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk



INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord v. direktør Finn Kamper-Jørgensen	4
Introduktion til Statens Institut for Folkesundhed	5
Interview med direktør Finn Kamper-Jørgensen	7
Udvikling i personale, økonomi og videnskabelig produktion fra 1981 til 2006	17
Statens Institut for Folkesundhed. Et historisk rids fra 1950 til 2006	21
Instituttets boliger 1950 til 2006	29
Ministerliste 1982-2006	30
Bestyrelsen 2006	31



FORORD

Statens Institut for Folkesundhed fejrer d. 7. juni 2006 to jubilæer. Et forsinket 50-års-jubilæum for instituttet og direktørens 25-års-jubilæum som leder af instituttet.

Det fejres på en speciel måde – nemlig som en temadag, hvor 7 af de 12 sundhedsministre, der har siddet i min direktørtid, har sagt ja til at holde et foredrag med titlen 'Sundhedspolitiske erindringer fra min ministertid'. Jeg er de forhenværende og den nuværende minister stor tak skyldig for at have sagt ja til at gøre denne dag mindeværdig.

På instituttet er vi nysgerrige. Sundhedspolitiske analyser eksisterer stort set ikke som udviklet fagfelt i Danmark. Derfor opstod idéen om at markere vore jubilæer ved at invitere de ministre, som instituttet gennem årene har betjent med forskning, monitorering og rådgivning. Hvilke værdier lå til grund for ministrenes virke og beslutninger og hvad har ministrene selv oplevet som væsentligt i deres ministertid, er nogle af de spørgsmål, der svares på. Ved instituttet glæder vi os meget til denne specielle dag, hvor der også er inviteret gæster fra det sundhedspolitiske Danmark.

I forbindelse med jubilæerne har vi udarbejdet denne publikation, som giver et kort overblik over instituttets mere end 50-årige virke samt belyser nogle vurderinger og tanker fra min direktørtid.

Instituttet har i hele sin levetid været fokuseret på folkesundhed og folkesygdomme. I starten hed instituttet Dansk Tuberkulose Index – det var dengang, tuberkulosen stadig var en folkesygdom i Danmark. Tuberkuloseindexet var et levende bevis på, at den epidemiologiske forskningsmetode rummede store muligheder og registerforskningen fik en central placering. Derfor skiftede instituttet navn til Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE). Instituttets emnekreds blev udvidet. Dødelighedsudviklingen, hjertekar-sygdomme og de nationalt repræsentative sundheds- og sygelighedsundersøgelser blev fast rutine. Middellevetiden, børnesundheden og sundheden i Grønland blev en del af instituttets arbejdsområde, ligesom ulykker og sundhedstjenesteforskning vandt indpas. Naturligt fulgte også forskning i determinanterne for befolkningens sundhed i form af sundhedsvaner, livsstil og levevilkår. Instituttet skiftede navn til Statens Institut for Folkesundhed – på engelsk: National Institute of Public Health.

Gennem alle årene har de sektororienterede opgaver som udredning, monitorering, forskningsbaseret rådgivning, medvirken til skabelse af de danske folkesundhedsprogrammer mv. været vigtige indsatser for instituttet. I dag fremstår instituttet som et bredt dækkende og tværfagligt folkesundhedsinstitut, der i sin funktion tager hensyn til forsknings- og rådgivningsstrukturen i øvrigt i Danmark.

Instituttet er i 2006 et sektorforskningsinstitut i regi af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Vi er selv stolte over vores arbejde.

*Direktør Finn Kamper-Jørgensen
Maj 2006*

INTRODUKTION

Statens Institut for Folkesundhed er i 2006 et selvstændigt sektorforskningsinstitut under Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Vores primære formål er at:

- forske i den danske befolknings sundhed og sygelighed og i sundhedsvæsnets funktion med særlig vægt på anvendelsesorienteret forskning
- gennemføre monitorering og overvågning af danskernes sundheds- og sygelighedsudvikling
- gennemføre udrednings- og rådgivningsopgaver for offentlige myndigheder
- deltage i postgraduat-uddannelse inden for folkesundhedsvidenskab og samfundsmedicin.

Forskningen på Statens Institut for Folkesundhed kan grundlæggende opdeles i:

- forskning vedrørende befolkningens sundhedstilstand og
- forskning vedrørende den forebyggende og behandlende indsats.

Hovedparten af instituttets forskning har karakter af strategisk forskning med fokus på udviklingen af folkesundheden, men inden for instituttets forskningsprogrammer gennemføres også mere grundforskningsprægede opgaver med fokus på teori- og metodeudvikling. En betydelig del af forskningen foregår i samarbejde med universitetsinstitutioner i ind- og udland og med andre sektorforskningsinstitutioner. Forskningen har sin tyngde i den brede forståelse af folkesundhedsvidenskab, dvs. faglige discipliner inden for medicin, epidemiologi, biostatistik, samfundsvidenskab og humaniora.

Instituttets forskning er aktuelt opdelt i følgende 7 programmer:

- Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY)
- Børns sundhed
- Sundhed i Grønland
- Hjertekar-sygdomme
- Registerforskning i udvalgte sygdomme, ulykker og andre helbredsproblemer
- Sundhedsvaner, livsstil og levevilkår
- Alkohol.

Instituttet virker inden for sektorforskningslovens rammer. Instituttet har en bestyrelse og er organisatorisk opdelt efter programmer.



Interview

INTERVIEW MED DIREKTØR FINN KAMPER-JØRGENSEN

I anledning af Finn Kamper-Jørgensens (FKJ) 25-års-jubilæum som direktør på Statens Institut for Folkesundhed syntes vi, at det kunne være interessant at få et indblik i hans baggrund for at varetage stillingen, men også at høre om de holdninger der har præget arbejdet, og de erfaringer, der er høstet i løbet af årene. Interviewet er foretaget af Anne Grene (AGR).

INTERVIEW MED FINN KAMPER-JØRGENSEN

AGR: Du har nu været direktør på Statens Institut for Folkesundhed (SIF) i 25 år. Er der særlige værdier i dit arbejde som direktør, der har ledet eller styret dit arbejde, og hvordan har det været at være direktør for SIF i så mange år? Det er trods alt en lang periode at sidde som leder i den samme institution.



FKJ: At jeg har kunnet holde det ud, tror jeg hænger sammen med, at mit arbejde har været båret af et engagement. Jeg er ikke systemets direktør, jeg er folkesundhedens direktør, hvis jeg skal karakterisere mig selv. Det, der satte engagementet i gang i mig, var faktisk lægemanglen tilbage i 60'erne, hvor jeg to somre i træk havde vikariater på to sygehuse. Der oplevede jeg to gange præcis den samme historie. Den ene gang på Køge Sygehus med en trafikdræbt familie, der bliver bragt ind. Der var intet at gøre. Hele familien var dræbt. Året efter oplevede jeg fuldstændig det samme på Hørsholm Sygehus. Jeg kendte så mange kollegaer, som var fantastisk dygtige til alt det behandlingsmæssige, men hvor pokker var de mennesker henne, der beskæftigede sig med forebyggelse? Da jeg yderligere var meget optaget af økonomiske spørgsmål, så sagde jeg til mig selv, at nu ville jeg give

mig til at gøre noget, som var meget utraditionelt for en læge, nemlig at udvikle et nyt fag, sundhedsøkonomi. Så kom jeg til at introducere sundhedsøkonomi som en akademisk disciplin i Danmark.

AGR: Hvordan skete det?

FKJ: Jeg lavede et ph.d.-studium. Min første bog hed 'Trafikulykkernes samfundsmæssige omkostninger'. Den tog jeg med ind i Folketinget. Det førte til, at der kom en meget stærk debat om sikkerhedsselernes betydning, og samtidig var jeg med til at stifte Trafikmedicinsk Selskab her i landet. Desuden skrev jeg en bog, der hed 'Sundhedsøkonomi med socialmedicinsk sigte'. Jeg havde rejst i det store udland, gået på Handelshøjskolen og fået lederuddannelse og på Polyteknisk Lærestanstalt, hvor jeg havde taget en del kurser. Så min indfaldsvinkel har været båret af folkesundheden, siden jeg var et ganske ungt menneske. Jeg har interesseret mig for forskellige facetter. Trafikulykker i én periode i mit liv, fødsler og børn i en anden periode og for sundhedsvæsnets funktioner i en tredje periode.

Da jeg var i USA, havde jeg en oplevelse, som gjorde et uudsletteligt indtryk på mig. Jeg arbejdede et halvt år på et hospital i USA, og der fik jeg virkelig sat en skræk i livet. Jeg glemmer aldrig nogensinde en episode på et hospital i Miami. Jeg var på skadestuen på et tidspunkt, hvor der kom en sort familie med et barn, der helt tydeligt havde blindtarmsbetændelse og brug for en operation. Familien kunne ikke lægge de 2 eller 3 dollar, de skulle på skranken. 3 dage efter var jeg med til at obducere barnet, fordi

det døde. I dag er der 50 mio. amerikanere, der ingen sygeforsikring har.

AGR: I modsætning til det danske sundhedssystem, hvor der er lige og fri adgang?

FKJ: Der er en 100 år lang tradition i Danmark for det, man kalder solidarisk sundhedsvæsenstænkning. Danmark er et af de få lande, hvor betalingsmekanismerne for hovedparten af sundhedsydelserne er et offentligt anliggende. Nogle havde ventet, at en borgerlig regering ville styrke privatiseringen voldsomt ved at indføre betalingsmekanismer, men sådan er det ikke gået. Basalt set holder man fast i den danske tradition. Ser man på pengepungen, er der lige adgang til sundhed. Den sociale ulighed i sundhed skabes bl.a. igennem forældrenes opdragelse, igennem uddannelsessystemet og hvordan vores arbejdsmarked fungerer. Men man har altså holdt fast i, at adgangen til sundhedsvæsenet skal være behovstyret, og ikke styret af pengepungen. Vi kan aktuelt vise, at op mod 90-95 procent af den danske befolkning har som grundlæggende indstilling, at der skal være gratis adgang til sundhedsvæsenet. Det viser vore sundheds- og sygelighedsundersøgelser.

Men denne danske tradition forhindrer jo ikke, at fx arbejdspladser tager initiativer. Jeg synes fx, at det er helt fint, hvis der er personer med alkoholproblemer på arbejdspladsen, og en arbejdsplads gerne vil holde på en medarbejder, at de så støtter medarbejderen økonomisk til at få fx en Minnesotakur eller anden behandling. Det synes jeg, er en fin tendens, og jeg synes, det er en fin tendens, at man indfører sund kost-

politik på arbejdspladser og giver medarbejdere motionsrum. Det er det, der i dag hedder sundhedsledelse. Det er i virksomhedernes egen interesse at have nogle sunde medarbejdere, der trives, så jeg er ikke i tvivl om, at det er en holdning, der er kommet for at blive.

AGR: Hvordan oplever du den sundhedspolitiske prioritering i forhold til instituttets forskning?

“Den sociale ulighed i sundhed skabes bl.a. igennem forældrenes opdragelse, igennem uddannelsessystemet og hvordan vores arbejdsmarked fungerer.”

FKJ: Den største sygdomsgruppe i det her land, som forårsager manglende velfærd, er muskel-skelet sygdomme, det vil sige gig, smerte i nakke, skuldre, arme, knæ, fødder og sygdomme som leddegigt og osteoporose. Vi ved fra vores befolkningsundersøgelser, at det er i størrelsesordenen 700.000 mennesker, der har disse kroniske sygdomme. Men hvor er den politiske prioritering på lige præcis det felt? I 1994 blev Folketinget præsenteret for en handlingsplan, men den kom der ikke ret meget ud af. Her for nylig vendte Folketinget og regeringen tommelfingeren nedad i forhold til at lave et muskel-skeletprogram på linje med kræft og med hjertekar-sygdomme. Det kan godt være, at vi skal væk fra, at Folketinget vedtager specifikke sygdomsprogrammer, men så må man finde en anden realistisk strategi for at få fokus på de store folkesygdomme. Muskel-skeletsygdomme re-

INTERVIEW MED FINN KAMPER-JØRGENSEN

præsenterer en velfærdstruet sygdomsgruppe, der forårsager omfattende menneskelig lidelse og tabte gode leveår. Alt for mange har for stort et sygefravær og bliver førtidspensionerede. Kræft- og hjerteområdet har meget stærke lobbyer, der forstår at udføre deres arbejde. Men muskel- og skeletsygdommene er et eksempel på, at der er et kæmpe misforhold imellem den sundhedsfaglige viden, vi har om, hvad der belaster en befolkning, og den indsats, der rent faktisk gøres. Jeg synes også, at vi har en alt for slap holdning her i landet til reelt at ville arbejde for det sundhedspolitiske mål om lighed i sundhed.

AGR: Er der sundhedspolitiske områder, hvor SIF har sat sig synlige spor?

“En livsstil skabes ikke i et vakuum. En livsstil grundlægges i opvæksten.”

FKJ: Ja, det er der bestemt. Flere kolleger har sagt til mig, at hvis SIF ikke med sine sundheds- og sygelighedsundersøgelser og med sine middelevetidsanalyser fra slutningen af 80'erne til midten af 90'erne havde eksisteret, så havde vi ikke fået det gennembrud for sundhedsfremme og forebyggelse, som vi faktisk har fået i Danmark. Selvom vi måske med middelevetidsudvalget kiggede lidt ensidigt på spørgsmålet om dødelighed og ikke kiggede så meget på livskvalitet, så mener mange kolleger, og det mener jeg også selv, at vi repræsenterede en virkelig synliggørelse af nogle ting, som er kommet på alle danskeres læber.

I midten af 80'erne vedtog det danske folketing at følge WHO's sundhedsstrategi, der hed "Sundhed for alle år 2000". Den strategi har fire hjørnesteene. Den ene hedder et længere liv, en anden hedder et sundere liv, den tredje hedder et rigere liv, dvs. god livskvalitet, og den fjerde hedder lighed i sundhed. Vi fik etableret Sund By Netværket i Danmark. Jeg gik personligt selv ind i det for at være med til at inspirere og for at lære af det.

Middelevetidsudvalget var et samarbejde mellem vores institut og departementet. Jeg varetog hele den strategiske udviklingsfunktion med hensyn til det faglige og det forskningsmæssige, og så var der en afdelingschef i ministeriet, der tog sig af hele det ministerielle apparat. Jeg har bagefter hørt, at det er noget af det mest effektive og billige arbejde, der nogen sinde er blevet gennemført. Vi stod altså til rådighed som forskningssekretariat og lavede dybtgående analyser. Et meget klart signal var livsstilens betydning for vores sundhed.

En livsstil skabes ikke i et vakuum. En livsstil grundlægges i opvæksten. Men selve den konstatering, at vores livsstilsforhold med kost, alkohol, tobak og motion spiller så stor en rolle, var faktisk basis for, at der få år senere udarbejdes et egentligt nationalt folkesundhedsprogram under SR-regeringen. Dette program leverede vi væsentlige bidrag til. Den nuværende VK-regering reviderede programmet i 2002. Det er det program, der i dag hedder 'Sund hele livet', og som repræsenterer en videreførelse, og samtidig tager 8 folkesygdomme med i tænkningen. Jeg føler mig fuldstæn-

dig overbevist om, at vores repræsentative befolkningsundersøgelser, hvor vi har kunnet dokumentere befolkningens sundheds- og sygelighedsudvikling, har haft stor betydning for disse folkesundhedsprogrammer.

Men stadigvæk må jeg sige, at folkesundhedsprogrammet i Danmark er svagt. Noget så banalt som at gøre en effektiv forebyggende indsats over for rygning, som er én af de vigtigste kræftfremkaldende faktorer, halter bagefter i Danmark.

Jeg har lært, at skal man følge noget i politik, så skal man se, hvad pengene bliver brugt til. Jeg kunne konstatere, at med de mange penge, Kræftplan 1 fordelte, var der op til flere amtskommuner, der ikke brugte en eneste krone på forebyggelse. Det glæder mig så nu, at Kræftbehandlingsplan nr. 2 er kommet. Der styrkes forebyggelsen. Det hænger også sammen med den nye sundhedslov i forlængelse af strukturreformen, hvor der bliver lagt et større ansvar ud til kommunerne. Den bevilling, der ligger bag sundhedscentrene og styrkelsen af forebyggelsen, har noget med det lange seje træk at gøre. Det føler jeg mig helt overbevist om.

AGR: Du er altså ikke bekymret for uddelegeringen af ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme til kommunerne?

FKJ: Nej, overhovedet ikke. Jeg betragter det som en begyndende politisk realisering af nytænkning på sundhedsområdet. Der er mange skeptikere lige nu og her, hvilket bl.a. kan hænge sammen med skat-testoppet, som forhindrer kommunerne i rigtigt at tage fat på opgave-



ven. Forebyggelse og sundhedsfremme skal ses i et meget langt perspektiv. Jeg har oplevet, at 80'erne blev brugt til at tage de allerførste skridt mod en ændret balance. 90'erne vil jeg kalde projekttiden, hvor man gennemførte en masse projekter. Nu er vi kommet ind i et nyt årti, hvor erfaringerne fra projekterne skal omsættes til en driftsform. Og den driftsform er nu på vej ud i kommunerne. Der vil gå år, før de finder deres ben. Der vil gå år, før man får bygget de fornødne teams op, men jeg er fuldstændig overbevist om, at det der sker nu, bliver et gennembrud for sundhedsfremme og forebyggelse. Vi kan ikke bare behandle os ud af livsstilssygdommene, hvis vi skal have et godt og et langt liv. Vi er nødt til at satse meget, meget mere på at holde raske mennesker raske og give et godt restliv til de mennesker, der er løbet ind i kroniske sygdomme. Vi ved, at 40 procent af den voksne befolkning har det, man lægeligt set kan karakterisere som en kronisk sygdom. Derfor er det vigtigt, at der er et element af forebyggelse, der sørger for at give mennesker et godt restliv. Jeg har selv faret land og rige rundt, jeg har stået over for det ene amtsråd efter det andet gennem årene, da de stod over for deres sundhedsplan-

INTERVIEW MED FINN KAMPER-JØRGENSEN

lægningsperiode og sagt: Nu skal I høre, de udfordringer vi har i Danmark på sundhedsområdet, de ser sådan og sådan ud, og jeg har forklaret, hvad jeg anså for nødvendigt for at komme igennem med den her udvikling. Jeg ved, der er mange, der har sagt til mig siden hen, at de har taget de her ting til sig og har indbygget det stille og roligt i deres sundhedspolitiske udvikling. Jeg mener faktisk, vi har haft en eksistensberettigelse i hele den omstilling.

AGR: Er vi her i landet verdens bedste til noget - det har jeg nogle gange hørt dig sige?



FKJ: Vi har en langvarig tradition her i landet for epidemiologi - befolkningsundersøgelser - og er faktisk en af verdens førende nationer mht. registerundersøgelser og registerkoblinger. Danske undersøgelser bliver optaget i verdens førende tidsskrifter, fordi det er så enestående, at man kan registerundersøge en hel befolkning. Vort institut har dyrket dette meget gennem årene. Jeg har været brugt en del som evaluator i udlandet og ved derfor, at man ser meget op til dansk registerforskning.

AGR: Et let og elegant spring. Du har altid talt meget om forebyggelse

og sundhedsfremme. Er det dine hjertebørn?

FKJ: Ja, det kan man godt sige, men jeg har nu generelt altid været optaget af, at vor sundhedssektor leverer en god indsats over for borgerne. Forebyggelse og sundhedsfremme bør være en fuldstændig integreret del i et samfund. Forebyggelsestænkning er for mig fuldstændig fundamental. Jeg kan jo ikke gøre for, at vi tilbage i 50'erne og 60'erne fik så stærk en udvikling i vores behandlingsteknologier, at man kunne bilde en hel befolkning ind, at lykken er behandling og behandling og så glemme alt om den forebyggende udvikling. Det var, hvad der skete, og det har taget 20-30 år at få alle de her ting sat på dagsordenen igen. Alle ved, der er forskel i et samfund, men der har altid været konsensus om at minimere de forskelle, der har været i samfundet, eller kompensere de grupper, som havde det meget skidt, handicapgrupper, svage ældre, meget syge grupper i befolkningen osv. Jeg har anset det for at være ligeså vigtigt, at vi har beskæftiget os med spørgsmål om lighed og sundhed og kortlagde de mekanismer, der ligger bag ulighed i sundhed. Det har også været vigtigt, at vi kunne være med dér, hvor der blev lavet forsøgsordninger, som så kunne blive evalueret, så man kunne dokumentere tingene. Men det er virkelig et sejt projekt, fordi lighed i sundhed også handler om den store samfundspolitiske udvikling. Vi ved fx fra vore undersøgelser, at uddannelse er en meget væsentlig determinant for menneskers sundhedsadfærd og for menneskers evner til at løse problemer. Derfor er det ikke bare et snævret sundhedsspørgsmål, men også et samfundspolitisk.

AGR: Til fejringen af dit og SIF's jubilæum har du inviteret alle de ministre, der har haft ansvaret for sundhedspolitikken i din direktørperiode på de 25 år. De skal bl.a. fortælle om, hvordan det var som minister at skulle gebærde sig mellem forskellige politiske interesser. I den forbindelse kunne man stille dig det samme spørgsmål: Hvordan har det været for dig at skulle operere mellem de 12 forskellige ministre og formentlig endnu flere departementschefer, kontorchefer og styrelser?

FKJ: Jeg har altid betragtet mig selv som en professionel leder, og en professionel leders opgave er at sørge for at manøvrere i et landskab med meget store variationer. Til nogle ministre og ledere i de ministerier, jeg har samarbejdet med, har jeg haft et meget tæt forhold og haft ret så direkte adgang. Til andre har der været større distance.

I den danske centraladministration, og i en vis udstrækning også i amter og kommuner, er der indlagt en tænkning, der består i, at embedsmandssystemet skal kontrollere adgangen til den politiske ledelse. Det ligger indbygget i et embedsmandssystem magtønske, at man kontrollerer adgangen af informationer til det politiske system, så i situationer, hvor jeg selv har haft brug for den direkte adgang til det politiske system, der har jeg måtte finde nogle passende kanaler for at få mine budskaber igennem.

AGR: I SIF's vedtægter står der, at vi er en selvstændig og uafhængig institution. Har du nogensinde oplevet, at der er nogen, der har forsøgt at bestille resultater eller få korrigeret i resultater, der er kommet herfra?

FKJ: Jeg tror én gang i min 25-årige karriere, og det var fuldstændig virksomingsløst. Jeg har altid haft det sådan, at når ministre tiltrådte og kom på høflighedsbesøg, så har jeg påpeget, at hos os kan man købe arbejde, men man kan ikke købe bestemte resultater. Jeg synes, at jeg har holdt min sti ren igennem de her mange år, men jeg er også et menneske, der har god fingerspidsfornemmelse for hele det politiske liv, og hvis der er meget, meget varme sager i det danske samfund, så læser jeg altså et resumé og en konklusion, ikke bare én, men tre gange for at være sikker på, at der er saglighed i det, vi lægger frem, og at vi kan stå inde for hvert eneste ord. Som et eksempel på en prekær og følsom sag kan jeg nævne Thulesagen, hvor et amerikansk bombefly styrtede ned. Vi udarbejdede forskellige rapporter i den forbindelse. Her skulle der gås på listesko. Kald det bare selvcensur i den her sammenhæng. At man er klar over, at man skal kunne stå inde for hvert eneste ord.

“Vi er faktisk en af verdens førende nationer mht. registerundersøgelser og registerkoblinger.”

AGR: Igennem de 25 år, du har været leder på SIF, er personalestaben vokset meget. I dag er du leder for ca. 130 mennesker. Hvordan ser du på den del af dit arbejde?

FKJ: Meget tidligt i min ungdom fik jeg en professionel lederuddannelse, og en af de ting, man lærer som professionel leder er, at når en organisation forandrer sig, fx i størrelse eller når det omgivende samfund forandrer sig, så skal man lære at lytte til

INTERVIEW MED FINN KAMPER-JØRGENSEN



signalerne og tilpasse sin organisation til disse forandringer. Jeg kan ikke længere sidde og drikke kaffe med hver eneste medarbejder, selvom nogle gerne så det. Når vi er ca. 130 mennesker, som vi er oppe på nu, så er jeg jo nødt til at have en formaliseret organisation, der gør, at folk kan fungere i nogle mindre grupper. Jeg må forholde mig til, at det er noget andet at være leder for en organisation, der har 130 mennesker end 10 mennesker. Jeg synes, jeg har tilpasset mig denne udvikling, selvom det så har betydet, at jeg ikke har så tæt kontakt til den enkelte medarbejder som tidligere. Desuden har jeg altid prioriteret at være meget væk fra mit institut for at deltage i livet uden for instituttet.

AGR: Hvorfor har du det?

FKJ: Fordi jeg vil være med, der hvor tingene sker. Jeg kan ikke sidde som en eller anden fjern teoretiker og lede det her institut. Jeg skal ud og snakke med amtsrådene, der sidder og træffer beslutningerne. Jeg skal ud at snakke med de praktikere, der implementerer sundhedspolitikken. Jeg skal lære af, hvordan de tænker, og jeg skal lære af, hvad deres behov er. Derfor har jeg prioriteret at være med i alle de mange netværk. Det er

her, jeg får min inspiration, og så må medarbejderne leve med, at det kan være svært at få fat på direktøren. Jeg har fulgt den strategi, der hedder, at man som leder skal være virksomhedens filosof, og så skal man have et produktionshold, som er det næste led. Det er vores forskningsledere og vores programkoordinatorer i den her sammenhæng plus vores administrative leder.

AGR: I dine år som direktør, har der været adskillige fusionsplaner med andre institutioner. Nu ser det ud til, at der er alvor bag tankerne. Hvordan har det været at skulle tage stilling til så mange forskellige planer for SIF i årenes løb?

FKJ: Da jeg for 25 år siden tiltrådte som leder, var det første, der skete, at der kom et forslag fra Indenrigsministeriet om, at vi skulle lægges sammen med Cancerregistret. Det blev aldrig til noget. Så fik vi Sundhedsministeriet i 1987. Kort tid efter blev det foreslået, at man oprettede et meget stort institut for sundhedsanalyse. Det blev aldrig til noget. Så kom vurderingen af sektorforskningen i begyndelsen af år 2000, og der var oplæg til en række fusioner. De blev heller ikke til noget. Nu står vi til gengæld over for noget, som formentlig realiseres, nemlig at vi på en eller anden måde kommer ind i et fællesskab med et universitet.

Jeg har i hele min direktørtid levet med, at der var nogle, der gerne ville fusionere os med nogle andre. Det er ret lang tid at leve i 25 år med hele tiden at skulle vise engagement og vurdere, om det er fornuftigt eller ikke fornuftigt. Fusionsplaner er også belastende for personalet. Flere af de

planer, der har været, synes jeg har været fornuftige, men der har enten været politisk benspænd eller politisk uvilje mod at lave en større og stærkere organisation. Danmark har ikke noget stort og stærkt nationalt folkesundhedsinstitut. Når jeg sammenligner med andre lande, har der været betydelig større politisk vilje til at bygge det op. Det er jo ikke ulogisk, at man på et tidspunkt siger, at nu samler man kræfterne noget mere. Folkesundhedsuddannelsen er kommet, der er kommet forskerskoler, og hvad ved jeg. Alt det, der skal til for at professionalisere et område. Den udvikling har jeg levet med og bidraget til, og jeg mener, at med den nye sundhedslov, der nu er kommet, er der skabt gode rammer for en ændret sundhedspolitisk udvikling.

Når jeg om nogle år går på pension, så kan jeg se tilbage på en dødspændende periode, også en periode, hvor det er tilfredsstillende at kunne sige, at vi har været med til at udvikle et stort fagligt område. For mine efterkommere håber jeg, at der vil være vilje til at videreudvikle instituttet til et stærkt nationalt folkesundhedsinstitut.



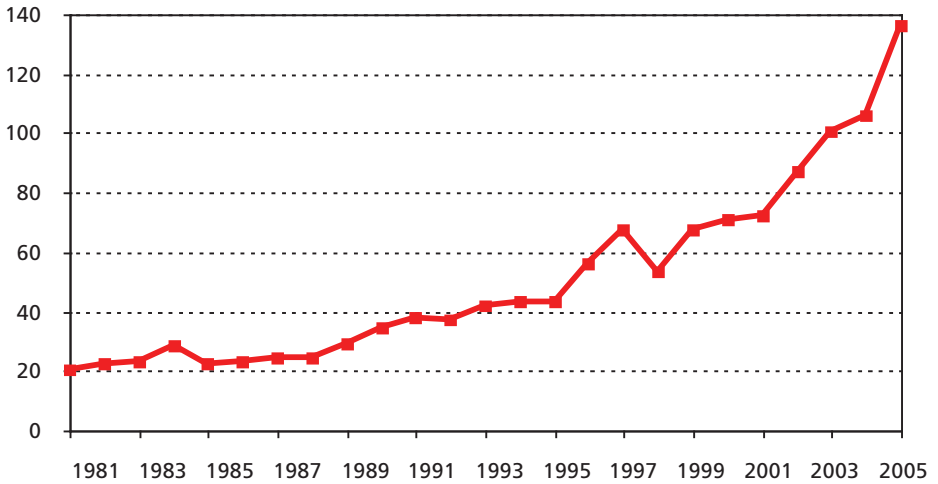
Udviklings

**UDVIKLING I PERSONALE, ØKONOMI OG VIDENSKABELIG
PRODUKTION FRA 1981 TIL 2006**

UDVIKLING I PERSONALE, ØKONOMI OG VIDENSKABELIG PRODUKTION

Antal ansatte

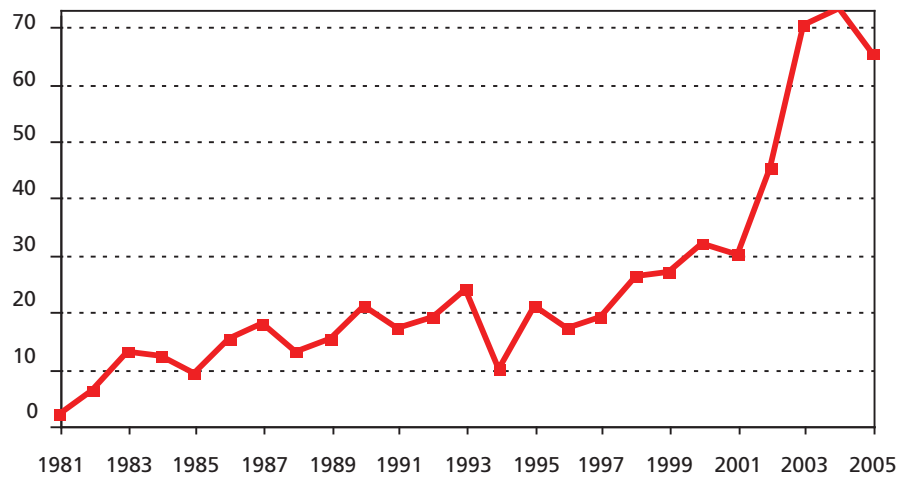
Personaleudvikling



Figurtekst: Grafen viser, hvor mange hel- eller deltidsansatte der har været ansat ved DIKE/SIF hvert år i perioden 1981-2005. Det fremgår, at der har været en lidt uregelmæssig, men næsten eksponentiel stigning fra 20 ansatte i 1981 til 136 i 2005.

Antal artikler

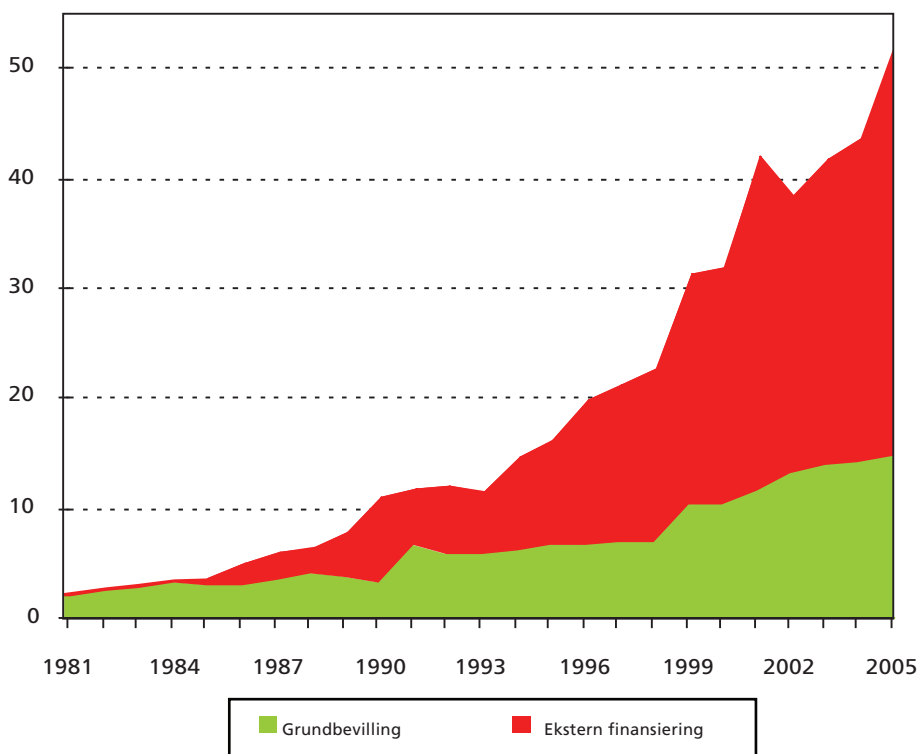
Videnskabelige artikler



Figurtekst: Grafen viser den videnskabelige produktion, målt på antallet af videnskabelige artikler for instituttet i perioden 1981-2005. Den let takkede graf viser en generel stigning.

Mio kr.

Finansiering



Figurtekst: Grafen viser finansieringen af DIKE's/SIF's aktiviteter opdelt på grundbevilling og eksterne midler fra fonde, patientforeninger o.l. for hvert år i perioden 1981-2005. De første 5 år udgjorde grundbevillingen mellem 87 % og 96 % af den samlede bevilling. I 1986 steg den eksterne finansiering til 38 % af bevillingerne på godt 5 mio. kr. – i 2005 var andelen 71 % af et samlet beløb på 52 mio. kr.



Historisk rids

ET HISTORISK RIDS FRA 1950 TIL 2006

Baggrunden for det Statens Institut for Folkesundhed, som vi kender i dag, er tuberkuloseepidemierne i begyndelsen af århundredet og frem til først i 70'erne. På de følgende sider beskrives instituttets udvikling op til i dag.

HISTORISK RIDS

Dansk Tuberkulose Index (DTI) blev oprettet i 1950 i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse, Dansk Tuberkuloselægeselskab og WHO. Formålet var at skabe de epidemiologiske data, der var nødvendige for at tilrettelægge en rationel tuberkulosebekæmpelse. Arbejdet kom til at omfatte:



E. Groth-Petersen, Chef for Dansk Tuberkulose Index

1950-59

Overlæge E. Groth-Petersen leder Dansk Tuberkulose Index på Svanemøllevej 25 på Østerbro. I årene 1950-52 igangsættes den store folkeundersøgelse mod tuberkulose, som danner grundlaget for registret sammen med data indsamlet siden 1905. Der findes ikke andre registre af den slags i verden på dette tidspunkt, og registret skal vise sig at placere Danmark i en førerposition på TB-området. I perioden blev 1.5 mio. danskere undersøgt og registreret, heraf 500.000 calmettevaccinerede og 60.000 tidligere tuberkulosepatienter.

Det økonomiske grundlag for driften af DTI består af midler fra WHO, National Institute of Health i USA og 15 % fra den danske stat.

DTI er en selvejende institution med en lægelig direktør, der ledes af en komité med medlemmer fra Sundheds-

styrelsen, Tuberkuloselægeselskabet, WHO og TB-stationerne.

1960

I 1960 dør overlæge Groth, og registret ledes fremover af dr.med. Ole Horwitz, en ildsjæl og energisk herre, der har været tilknyttet DTI siden 1951. Ole Horwitz får stor betydning for forskningen, forebyggelsen og organiseringen af arbejdet med tuberkulose.

1961

Sundhedsstyrelsen overdrager samtlige (700.000) hulkort over de dødsfald, der er indtruffet i Danmark i årene 1943-60 til DTI. Disse kort er starten på Dødsårsagsregistret.

1962

Oprettelse af Sarkoidoseregisteret; en beslægtet sygdom til TB.

1963-68

Ole Horwitz organiserer kurser for læger fra u-lande, hvor de kommer til Danmark i fire uger for at studere epidemiologi med særligt henblik på tuberkulose. Disse kurser får stor mediebevågenhed og dermed også arbejdet med tuberkulosebekæmpelsen i Danmark og internationalt.

Kurserne er starten på den postgraduate undervisning, som instituttet løbende udfører som en del af sine forpligtelser og som senere er blevet til embedslægekurser og speciallægekurser i samfundsmedicin.

1964

På dette tidspunkt starter debatten om nytten af de store folkeundersøgelser, som koster den danske stat 100 mio. om året. På nuværende tidspunkt finder man kun 1/4 af alle tuberkulosetilfælde ved de rutinemæssige undersøgelser,

hvorimod 3/4 selv går til lægen med symptomer. I 1964 er der tale om 900 tilfælde, som inkluderer førstegangstilfælde og personer med tilbagefald.

Staten overtager driften af DTI.

1965

I samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Seruminstitutet foretages en løbende kontrol af den danske BCG-vaccine (vaccine mod tuberkulose).

1966

DTI får 175.000 kr. fra USA's sundhedsministerium. Pengene skal dække en undersøgelse, hvor man skal belyse sammenhængen mellem tuberkuløs infektion og dødelighed og se på, hvilke befolkningsgrupper der i særlig grad får sygdommen.

Samme år udtaler Ole Horwitz til pressen, at danske læger svigter forskningen. Det er vanskeligt at få læger til at deltage i de undersøgelser, der er bevilget midler til. Ole Horwitz foreslår derfor, at der oprettes et større forskningscenter i Danmark, med TBI som forbillede, med registrering af kroniske sygdomme som fx sukkersyge, kræft, epilepsi, hjertekar-sygdomme, sindsygdomme m.v. Den viden, man har fået gennem DTI, kan anvendes på andre sygdomme, og det kan derfor være hensigtsmæssigt at centrere forskningen. Danmark har en lille og overskuelig befolkning og er eksemplarisk, når man vil danne sig et overblik over sygdommes forekomst og opståen.

1969

Sundhedsstyrelsen overvejer at slutte de store folkeundersøgelser af tuberkulose. Undersøger man 100.000 danskere, skal man se på 99.985 raske personer for at finde 15 tilfælde.

1970

Stigning i tuberkulosesygeligheden, som især rammer personer af udenlandsk herkomst. På dette tidspunkt findes 40 % af alle TB-tilfælde hos gæstearbejdere. Dette medfører en debat om, hvorvidt det er diskriminerende kun at undersøge disse højrisikogrupper. Debatten falder sammen med en periode, hvor der kommer mange gæstearbejdere til Danmark.



Dr. med.
Ole Horwitz

1971

Hjerteregistret grundlægges, idet DTI begynder at registrere alle tilfælde af akut hjertesygdom i Storkøbenhavn som led i et større WHO-projekt. Registret finansieres af Hjertereforeningen. Området udvides senere til også at omfatte Århus Amt. 34 % af samtlige dødsfald i Danmark skyldes på dette tidspunkt hjertekar-lidelser. Registret nedlægges i 1981 efter oprettelsen af Landspatientregistret.

1973

Sundhedsstyrelsen indstiller, at folkeundersøgelsen mod tuberkulose ophører. Kun særligt udsatte skal fortsat gå til undersøgelserne.

1974-76

Forskning i tuberkulose og sarkoidose ophører.

HISTORISK RIDS



1974-75

DTI får nye vedtægter godkendt af indenrigsministeren og omdøbes til DIKE, som er en forkortelse for Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi. DIKE forbliver som et selvejende institut under ministeriet. Opgaverne skal fremover være sygdomsregistrering og epidemiologisk forskning, der er af samfundsmedicinsk betydning. DIKE's tætte samarbejde med Sundhedsstyrelsen stadfæstes.

Hjerteregistret overgår til et automatiseret edb-system.

1979

Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen beder DIKE om at udarbejde et forslag til et registreringssystem af danskernes sygdomme og sygdomstilstande.

DIKE optages på Finansloven.

1980

Direktør Ole Horwitz dør d. 8. juni.

1981

Finn Kamper-Jørgensen udnævnes som direktør d. 1. juni 1981.

1982

Arbejdsområdet i DIKE omfatter befolkningens helbredsforhold, død og

sygelighed, helsetjenesteforskning og forskning vedrørende medicinsk teknologivurdering, ligesom DIKE skal udføre forskningsopgaver for centraladministrative myndigheder på sundhedsområdet. Herudover kommer udredningsopgaver og rådgivningsvirksomhed for myndighederne.

Oprettelse af et Hjerteapopleksiregister for 11 kommuner omkring Amtssygehuset i Glostrup som led i en omfattende undersøgelse koordineret af WHO. Registret drives i samarbejde med Glostrup-undersøgelsen.

1983

DIKE får mulighed for at udføre rekvideret arbejde for 250.000 kr. Der skal være fuld indtægtsdækning.

Tekstbehandling tages i anvendelse.

1984-85

På dette tidspunkt præsenteres WHO's sundhedsstrategi: 'Sundhed for alle år 2000' i dansk sundhedspolitik. Denne strategi får stor betydning i mange år fremover.

Der tales med store bogstaver i årsberetningen for 1984-85, fordi de planlagte sundheds- og sygelighedsundersøgelser endnu ikke er igangsat. Undersøgelser, som DIKE så tidligt som i 1979 blev bedt om at forberede. Det er vanskeligt at fastholde kvalificerede medarbejdere, og der kan ikke findes finansielt grundlag.

1986-87

DIKE inddrages i driften af Scleroseregistret, som finansieres af Landsforeningen til Bekæmpelse af Dissemineret Sclerose. Registret dækker alle med sclerose i Danmark siden 1948.

Finn Kamper-Jørgensen tager initiativ

til Sektorforskningens Direktørkollegium med det formål at skabe et diskussions- og idéforum på linje med rektorkollegiet. FKJ er formand i de første år.

Den første nationale helbreds- og sygelighedsundersøgelse gennemføres og offentliggøres i 1988. Heri beskrives omfang og udbredelse af sundhed og sygelighed i den danske befolkning, fordeling på køn, alder, socioøkonomisk status og urbanisering. Der lægges vægt på, at databasen er aktiv, dvs. der skal med kort varsel kunne foretages specielle analyser fx til brug for sundhedspolitiske redegørelser, betækningsarbejder, folketingsspørgsmål samt til brug for kontrolmateriale, som forskere har brug for i sammenligningsøjemed. Finansieringen kommer fra en bevilling fra det daværende indenrigsministeriums sundhedspulje.

Sundhedsministeriet oprettes i 1987 og er fremover DIKE's ressortministerium. Direktøren for DIKE indgår i den nydannede koncernledelse.

Der oprettes et dødsårsagsregister for Grønland. Registret dækker oplysninger om dødsfald fra perioden 1968-85.

Ved udgangen af 1987 overføres driften af Tuberkuloseregistret til Statens Serum Institut.

1988-1991

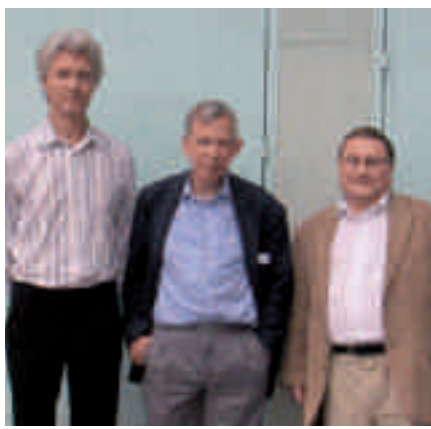
Der etableres to forskningsafdelinger ledet af Mette Madsen og Niels Kristian Rasmussen. Desuden etableres en økonomisk-administrativ sektion og en edb-sektion.

Cerebral Parese Registret indgår i DIKE's opgaver. Registret omfatter diagnostiserede tilfælde af cerebral parese

(spastisk lammelse) siden 1925. DIKE driver registret for Foreningen for Spastisk Lammede. Formålet er at følge forekomsten af CP og desuden at danne basis for videnskabelige undersøgelser og for behovsanalyser vedrørende hjælpeforanstaltninger for disse patienter.

I 1988/89 vedtages det første samlede danske forebyggelsesprogram (Regeringens forebyggelsesprogram). DIKE er involveret i tilblivelsen.

I 1989 påbegyndes den anden helbreds- og sygelighedsundersøgelse, der planlægges afsluttet i 1992. Den skal særligt fokusere på muskel- og skeletsygdomme i relation til befolkningens sygdomsadfærd og forebyggelsesadfærd.



Direktøren sammen med nordiske kolleger i Buenos Aires 2006

1990

Aftale om personalepolitik.

1991

Finn Kamper-Jørgensen får den Nordiske Folkesundhedspris for 'med videnskabelig dokumentation og effektiv pædagogik at have peget på mulighederne for epidemiologisk og sundhedsøkonomisk bedømmelse af sundhedsvæsenet med hovedvægt på forebyggelsens betydning'.

HISTORISK RIDS

1992-96

I 1992 nedsætter Sundhedsministeren et middelevelvetidsudvalg, hvor DIKE er forskningssekretariat. Der udkommer i alt 13 rapporter, hvoraf DIKE står direkte bag de 5 og leverer analyser til flertallet af rapporterne.

Hjerteapopleksiregisteret nedlægges.

1993

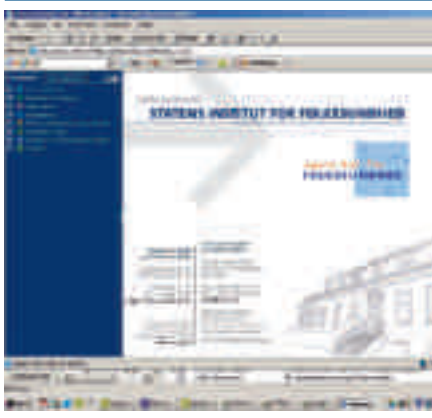
DIKE får nyt logo.

1994

Sektion for Grønlandsforskning oprettes og udskilles i 1995 som en selvstændig afdeling.

Den tredje nationale sundheds- og sygelighedsundersøgelse gennemføres.

I 1994 vedtages en ny lov om sundhedsplanlægning i Danmark. Bl.a. skal sundhedstilstanden bestemmes. DIKE udvikler sundhedsprofiler.



Den første hjemmeside 1998

1995

Lov om sektorforskningsinstitutioner fælles for alle sektorforskningsinstitutioner med bl.a. krav om bestyrelse.

I 1995 oprettes et børnesundhedsforskningsprogram på DIKE.

1996

Der oprettes et forskningsprofessorat i arktisk medicin, hvor professor, dr.med. Peter Bjerregaard ansættes.

1997

DIKE omfattes af stillingsstrukturen for sektorforskningsinstitutioner.

Ny vedtægt med etablering af en bestyrelse med en fireårig funktionsperiode. Bestyrelsen fastsætter de generelle retningslinier for instituttets virksomhed og udvikling, dvs. godkender strategiplaner og arbejdsprogrammer for instituttets forskning og formidling, ligesom bestyrelsen godkender budgettet.

Der oprettes en selvstændig sektion for miljømedicin på instituttet.

Igangsættelse af et kvalitetsudviklingsprojekt, hvor instituttets opgaver, arbejds gange og diverse procedurer beskrives grundigt.

Finansministeriet og Rigsrevisionen gennemgår DIKE's administrative funktioner.

1998

Den første hjemmeside etableres.

Der etableres et landsdækkende hjerteregister baseret på edb-samkøring af Landspatientregistret og Dødsårsagsregistret. Registret indeholder oplysninger om alle indlæggelser og dødsfald som følge af hjertekar-sygdomme siden 1978.

1999

Ulykkesregistret flytter til DIKE, hvor Center for Ulykkesforskning etableres. Registret omfatter skadestuekontakter som følge af ulykker indrapporteret fra

5 sygehuse, der dækker 17 % af den danske befolkning.

DIKE skifter navn til Statens Institut for Folkesundhed (SIF). Navneændringen er sammenfaldende med, at regeringen udgiver "Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008".

Den fjerde sundheds- og sygelighedsundersøgelse planlægges (publikation udkommer i 2002). Denne undersøgelse skal, som noget nyt, udvides fra at være nationalt repræsentativ til at være amtskommunal repræsentativ. 17.000 danskere interviewes. Hensigten er, at undersøgelsen denne gang skal danne 'base-line' for Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008 og samtidig bruges af amterne som grundlag for deres sundhedsplanlægning.

2000

SIF evalueres af en ekstern evalueringssgruppe. Der er tale om en meget positiv evaluering af instituttet, hvor de vigtigste konklusioner er følgende: 'Evalueringpanelet er imponeret over den høje kvalitet af arbejdet og over medarbejdernes engagement og entusiasme i arbejdet med at bidrage til informationsgrundlaget for sundhedspolitiske beslutninger og forbedre befolkningens sundhedstilstand. Kompetente medarbejdere, dynamisk ledelse samt let adgang til det niveau, hvor folkesundhedspolitikken besluttes. SIF fortjener anerkendelse for sin nøgleposition som producent af viden om folkesundhed og for sin indflydelse på folkesundhedsområdet i de øvrige nordiske lande og potentielt på verdensplan'. Evalueringen kommer desuden med en række anbefalinger, som instituttet siden har arbejdet med at implementere.

Første kontraktstyringsaftale med SUM for 2000-2001. Aftalen udtrykker parternes forventninger til instituttets opgaveløsning og udvikling i aftaleperioden. Resultaterne af aftalen skal afrapporteres i et efterfølgende virksomhedsregnskab.

SIF's hovedbygning, Svanemøllevej 25, hærages af en mindre brand, der resulterer i, at hele bygningen må tømmes, rengøres og istandsættes.

2002

Forskningsprofessorat i alkoholforskning besættes af forskningsprofessor, dr.med. Morten Grønbæk, og Center for Alkoholforskning etableres.



Evalueringpanel 2000

Cand.jur. Hanne Olufson ansættes som administrationsleder d. 1. juli.

'Ugens tal for folkesundhed' udsendes elektronisk for første gang. Ugens tal for Folkesundhed er instituttets populærvidenskabelige formidling af nye forskningsresultater. Udsendes hver uge til 1.750 abonnenter (2006-tal).

Regeringen beder Danmarks Forskningsråd om at gennemgå sektorforskningsområdet og vurdere den enkelte institutions fremtidige udviklingsmuligheder. Gennemgangen medfører ingen ændringer for SIF's vedkommende.

HISTORISK RIDS

2004

SIF flytter fra fire villaer i Svanemøllekvarteret til det gamle Kommunehospital i Øster Farimagsgade. Hermed får alle medarbejdere lokalefællesskab for første gang i 13 år. Der er samtidig tale om boligfællesskab med Københavns Universitet i det nye Center for Sundhed og Samfund. I den forbindelse gennemgår SIF en række organisatoriske ændringer, der betyder, at de tidligere fire afdelinger afløses af otte forskningsprogrammer.

SIF får ny hjemmeside med nyt design.

FKJ tildeles Sund By Netværkets Sundhedspris, som anerkendelse for i en meget lang årrække at have sat forebyggelse og sundhedsfremme på den politiske dagsorden og for at have været et 'fyrtårn' i folkesundhedsarbejdet såvel nationalt som internationalt.

2005

Ny sektorforskningslov med bl.a. ændret bestyrelsessammensætning og ændret bestyrelsesansvar.



Den årlige havedag

Center for Alkoholforskning evalueres af et eksternt, nordisk evalueringspanel. Hovedkonklusionen er, at Center for Alkoholforskning udfører forskning af høj kvalitet og derfor bør fortsætte.

Den femte sundheds- og sygelighedsundersøgelse igangsættes. De første resultater offentliggøres i 2006, mens internetudgave og publikation forventes offentliggjort i foråret 2007.

Finn Kamper-Jørgensen bliver formand for det nydannede Dansk Selskab for Folkesundhed, der erstatter Samfundsmedicinsk Selskab.

Strukturreform og ny sundhedslov vedtages i Folketinget. Amterne skal fremover nedlægges, og der oprettes i alt fem regioner og nye og større kommuner, 100 i alt. Kommunerne får øget ansvar for sundhedsområdet.

2006

De 8 forskningsprogrammer, der oprettes i 2004, reduceres til 7, således at SIF i dag har følgende forskningsprogrammer:

- Sundheds- og sygelighedsundersøgelser (SUSY)
- Børns sundhed
- Sundhed i Grønland
- Hjerte-kresløbssygdomme
- Registerforskning i udvalgte sygdomme, ulykker og andre helbredsproblemer
- Sundhedsvaner, livsstil og levevilkår
- Alkohol.

Ny bestyrelse udnævnes af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Den første, brede, nationale folkesundhedsrapport udgives ultimo 2006.

Regeringens Globaliseringsråd varsler store fusioner af universiteter og sektorforskningsinstitutioner.

*Kilder:
Avisudklip og årsberetninger.*

INSTITUTTETS BOLIGER 1950 TIL 2006

Statens Institut for Folkesundhed har siden oprettelsen i 1950 haft fast adresse i Prins Haralds gamle bolig på Svanemøllevvej 25. Som det fremgår af beskrivelsen, blev pladsforholdene for trange i løbet af 90'erne. Svanemøllekvarteret er heldigvis rigt på mange lejemål til kontorer, som det var muligt at leje sig ind i. I 2004 boede personalet i 4 forskellige villaer. Det var for alle en stor dag, da samlokaliseringen i det gamle Kommunehospital fandt sted 1. december 2004.



1950-2004

Svanemøllevvej 25

1991

Leje af lokaler på Svanemøllevvej 11

1992

Leje af lokaler på Gl. Vartovvej nr. 2

1995

Leje af lokaler på Vangehusvej 13

1998

Leje af hele Vangehusvej 13

1999

Leje af lokaler på Svanemøllevvej 33

2000

Center for Ulykkesforskning flytter ind i Svanemøllevvej 33

2002

Center for Alkoholforskning flytter ind i Svanemøllevvej 33

2003

Center for Alkoholforskning flytter ind i en lejet villa på Norgesmindevej 22

2004

SIF opsiges samtlige lejemål og flytter ind på Kommunehospitalet i Center for Sundhed og Samfund og samlokaliseres med Københavns Universitet.

OVERSIGT OVER SUNDHEDSMINISTRE

Sundhedsminister	Periode	Regeringsleder
Britta Schall Holberg Indenrigsminister	10/9-1982 til 12/3-1986	Poul Schlüter 1982-1993
Knud Enggård Indenrigsminister	12/3-1986 til 10/9-1987	
Agnete Laustsen Sundhedsminister	10/9-1987 til 3/6-1988	
Elsebeth Kock-Petersen Sundhedsminister	3/6-1988 til 7/12-1989	
Ester Larsen Sundhedsminister	7/12-1989 til 25/1-1993	
Torben Lund Sundhedsminister	25/1-1993 til 27/9-1994	Poul Nyrup Rasmussen 1993-2001
		
Yvonne Herløv Andersen Sundhedsminister	27/9-1994 til 30/12-1996	
Birte Weiss Indenrigs- og Sundhedsminister	30/12-1996 til 23/3-1998	
Carsten Kock Sundhedsminister	23/3-1998 til 23/2-2000	
Sonja Mikkelsen Sundhedsminister	23/2-2000 til 21/12-2000	
Arne Rolighed Sundhedsminister	21/12-2000 til 27/11-2001	
Lars Løkke Rasmussen Indenrigs- og Sundhedsminister	27/11-2001 -	Anders Fogh Rasmussen 2001-

BESTYRELSEN 2006

Formand Jørn Olsen

Chair, Department of Epidemiology,
UCLA School of Public Health.
Professor ved Aarhus Universitet,
Afdeling for Socialmedicin.

Ann Tabor

Dr.med., Professor i føtal medicin,
overlæge ved Rigshospitalet.

Måns Rosén

Professor, Afdelingschef, Epidemiolo-
gisk Centrum, Socialstyrelsen,
Sverige.

Jane Kraglund

Sundhedsdirektør,
Region Syddanmark. Cand.scient.pol.

Ole Have Jørgensen

Kommunaldirektør, Horsens
Kommune.

Jesper Fisker

Administrerende direktør, Sundheds-
og Omsorgsforvaltningen, Køben-
havns Kommune. Cand.scient.pol.,
ph.d. i offentlig forvaltning.

Eva Zeuthen Bentsen

Instituteder, cand.merc., ph.d., Insti-
tut for Ledelse, Politik og Filosofi,
Copenhagen Business School.

Knud Juel (Medarbejderrepræsentant)

Seniorforsker, cand.stat., ph.d., Sta-
tens Institut for Folkesundhed

Tilforordnede:

Bjarke Thorsteinsson

(fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet)
Kontorchef, Kontoret for Kommunal
Sundhed, Indenrigs- og Sundhedsmi-
nisteriet.

Kjeld Kjeldsen (fra Sundhedsstyrelsen)

Vicedirektør, Sundhedsstyrelsen



Professor Jørn Olsen har været bestyrelsesformand siden instituttet fik etableret en bestyrelse i 1997 med baggrund i sektorforskningsloven.



Statens Institut for Folkesundhed
Øster Farimagsgade 5 A, 2.
1399 København K

sif@si-folkesundhed.dk
www.si-folkesundhed.dk