

Samfunnsmedisin på norsk

Michael 2011:8:169–178.

Samfunnsmedisinen har fått en litt særegen plass i norsk historie og i norsk forvaltning. Vi finner spor av samfunnsmedisinsk innsats i hvert fall tilbake til begynnelsen av 1600-tallet. Det store oppsvinget fikk vi med Sundhedsloven av 1860. Dette styrket legenes posisjon i samfunnet.

Faget har vært under stadige diskusjoner og omlegginger. Karl Evang preget en lang etterkrigstid frem til 1972 med sitt krav om fagstyre. Senere er samfunnsmedisinen og folkehelsearbeidet blitt demokratisert. Interessen for samfunnsmedisin har variert. Det samme har synet på hva samfunnsmedisin egentlig er. Det er verdt å merke seg at kommunale samfunnsmedisinere fortsatt skal ha sin plass i norske kommuner, også når vi får nye lover for folkehelsearbeid og helse- og omsorgstjenester fra 2012.

Samfunnsmedisin som fag, har lange og litt spesielle tradisjoner i Norge. Men som egen spesialitet for leger er historien ganske kort.

Da vi i 2003 markerte 400 års jubiléet for det offentlige helsevesen i Norge, feiret vi samtidig at det var 400 år siden den første offentlige lege ble utnevnt, nemlig utnevnelsen av Villads Nielsen (ca. 1564–1616) til stadsmedicus i Bergen. Allerede den gangen innså man at man hadde bruk for en medisinsk kyndig person som hadde oversikt over mulige årsaker til sykdom og hvordan man kunne bekjempe og behandle dem. Nå vet vi at det var lang vei frem. Miasmeteorien stod fortsatt sterkt i ytterligere 250 år. Og det var lite man kunne gjøre mot miasmene eller jorddunstene.

Kanskje gjorde de medisinsk fagkyndige størst nytte for seg når det gjaldt omsorg? Utover på 1600-tallet finner vi tegn til organisert sosial omsorg, men også omsorg for soldatenes helse: «flittig agt maa gives paa at de syge ...faaer god pleje slik at de igjen kan blive friske» (1). Det var med andre

ord, ut fra forsvarshensyn, helt nødvendig å sikre at man hadde friske soldater slik at man kunne stå imot svenskene!

Utover på 1700-tallet var det en gryende forståelse for at også andre ting enn miasmene kunne virke inn på folks helse i et område: det kunne være forhold i spedbarnsalderen, befolkningens størrelse og tetthet, kontaktmønster, værslagens innflytelse og hva slags mat man spiste. Det kom en interesse for politisk aritmetikk (det vi i dag kaller helsestatistikk eller kommunediagnose når det gjelder statistikk på kommunenivå), og det ble utgitt topografiske skrifter som bl.a. beskrev forekomst av helse, sykdom og død i de forskjellige delene av landet. Vi ser også de første tegnene til helseopplysning i form av publiserte opplysningskrifter som både omtalte hva man måtte unngå for å hindre at man ble syk (forebyggende tiltak) og hva man kunne gjøre for å bli mer robust (helsefremmende tiltak). Bl.a. skulle man sikre «sunne fornøyer og adspredelse» og en «sunn forplantning».

De offentlige helseoppgavene var oppgaven for det medisinske politiet (Sundhedspolitiet) hvor legene bare spilte en beskjeden rolle. Allerede fra 1740 hadde vi hatt et Collegium Medicum felles for Norge og Danmark. På grunn av napoleonskrigene måtte Norge nå få sitt eget kollegium, *Det kongelige Sundheds-Collegium* fra 1809. Heller ikke utover på 1800-tallet stod legene særlig sterkt: det var sterk innbyrdes krangel om hvorvidt koleraen som kom til landet i 1832, skyldtes miasmer eller berøring (smitte). Dette medførte forskjellig syn på betydningen av karantene, men også betydningen av andre hygieniske tiltak.

Embetsstanden som var dominert av jurister, prester og militære personer, skjønnte på et vis at infrastrukturen i samfunnet hadde noe å si for helsen, bl. a. knyttet til slike håndfaste ting som vann og avløp, toaletter og gjødselbinger, men også forhold knyttet til inneklima, trangboddhet og ernæring. Denne erkjennelsen var bakgrunnen for Sundhedsloven av 1860. Dette ble en enestående anledning for legene til å hevde seg i det gode selskap av embetsmenn. Nå skulle det være sunnhetskommisjoner i hver kommune, og en lege (embetslegen) skulle være kommisjonens ordfører, med dobbeltstemme om det knep. Sann sett kan vi si at Sundhedsloven kom til som et ledd i nasjonsbyggingen, at den ble en bekreftelse på at det var embetsstanden som skulle kultivere befolkningen samtidig som legene ble en fullverdig del av denne standen. Nå var det ikke lenger politiet som skulle lede sunnhetsarbeidet i kommunene, men legene. Så fulgte etableringen av Den norske lægeforening i 1886 og endelig Lov om offentlige lægeforretninger i 1912. Vi fikk amtslegene (fylkeslegene), og antallet distriktsleger økte. Det ble imidlertid trangere tider utover på 1920- og 30-tallet, lønnen ble redusert og antallet distriktsleger redusert. Det kom også forslag om å

erstatte distriktslegestillingene med *kommunelegestillinger*. Det var kommuneleger i en litt annen betydning enn i dag idet det for det meste henpeilte på rollen som sosiallege.

Fagstyre eller folkestyre?

I 1938 ble Karl Evang (1902-81) utnevnt til medisinaldirektør. Allerede før utnevnelsen var han opptatt av muligheten for å få etablert et eget helsedepartement. Alternativt kunne han tenke seg en sammenslutning av Medisinaldirektoratet og Sosialdepartementets medisinalavdeling. Det siste ble resultatet, men først etter krigen, basert på en kongelig resolusjon som Karl Evang (for sikkerhets skyld) hadde fremdatert til 8. mai 1945!

Systemet Evang var tuftet på to elementer (2):

- at helsevesenets ideologiske fundament skulle være oppbygging av velferdsstaten,
- gjennomføring av fagstyre.

Som bakgrunn for Evangs ideologiske fundament lå *The Beveridge Report on Social Insurance and allied Services 1942* som Evang hadde stiftet nært bekjentskap med i London under krigen.

Evang uttalte i den forbindelse (2):

«Det er lægene selv som overtar hovedansvaret for administrasjonen av sin egen etat, og av de medisinske og hygieniske spørsmål i landet i bredeste forstand ... Det blir min oppgave – formodentlig ingenlunde lett – å utjevne de motsetninger, den sjalusi og den prestisjeinnstilling som er skapt mellom juristene på den ene side og de medisinske, farmasøytiske og andre sakkyndige på den annen, gjennom de mange år av helt uhensiktsmessig og utilfredsstillende administrasjonsordning».

Selv om fagstyret stod sterkt i mange år enda, var det å være *offentlig lege* ikke knyttet til en egen spesialitet. Spørsmålet dukket opp flere ganger i etterkrigsårene. Tydeligst ble dette kanskje formulert på landsmøtet i Den norske lægeforening på Voss i 1969. Da var spørsmålet oppe om man skulle etablere offentlig helsearbeid som en egen spesialitet. Karl Evang tok da ordet og sa (A. Smith, eget notat):

«Det som er spørsmålet er derfor intet mer og intet mindre enn om legestanden ønsker å gi fra seg det å planlegge, tilpasse, koordinere, effektivisere helsetjenesten, eller om den ønsker å ha sine egne spesialister på området...

Spørsmålet om en hardhendt prioritering til beste for folkehelsen innenfor de summer som kommer, er blitt av fundamental betydning. Her vil politikeren, naturlig nok ut fra sitt utgangspunkt – og det ligger ikke noen

bebreidelse i det – ha en tendens til å gi etter for trykket fra visse pressgrupper som aldeles ikke taler den samlede befolknings interesse. Eller de vil gi etter for bestemte kliniske spesialister som med sitt fremragende kikkertsyn er i stand til å presentere sine særproblemer på bekostning av andres, selv om de dermed får en prioritering som virker ødeleggende innenfor den rammen vi får ...

Det å omsette i praktisk gjerning, i institusjoner, personell og utstyr det som legevitenskapen gir, er blitt en egen spesialitet, og vårt valg er nå: skal vi følge andre lands vei og gjøre dette til en medisinsk spesialitet, eller skal vi kaste dette over bord og la andre overta. Det står fullt av folk ferdig til å overta. Politikerne ... liker faktisk å putte inn mellom seg og sakkyndigheten folk som ikke er sakkyndige. Derved unngår de å få sakkyndigheten så tett innpå seg at den blir besværende med de faglige argumenter den kan fremføre.»

Omtrent på denne tiden ble nettopp Evangs fagstyre-tankegang stilt overfor store utfordringer. Aina Schiøtz sier om dette i bind 2 av verket «Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003» (2): «1970-tallet var et begivenhetsrikt tiår. Nye ideologiske strømninger, utallige kampsaker, sterke politiske motsetninger og idealistiske og samfunnsengasjerte aktører formet 70-tallet til et oppbruddets tiår. De mange aktivistene – den nye generasjonen akademikere og intellektuelle – utfordret det tilvante og det etablerte. Et hovedkrav var at samfunnets institusjoner måtte tilpasses endrede betingelser. Flere endringsprosesser pågikk samtidig: Det var distriktsopprør, studentopprør, sameopprør, kvinneopprør, miljøkamp og en generell radikaliserings av den høyest utdannede del av befolkningen. Autoritetsstrukturene sto for fall. Tidligere tause grupper hevet røsten og var ikke lenger villige til å la seg underordne byråkratiske bestemmelser eller øvrighetspersoners ordre. ...».

En ny tid ble innvarslet ved Stortingsmelding nr. 85 (1970–71), *Om helsetjenesten utenfor institusjon* (3). På denne tiden begynte man å sysle med tanker om opprettelse av lokale helsesentre samt behovet for endringer i de gamle helserådene. Helsesentertankegangen var uttrykk for et ønske og et behov for samarbeid på tvers av faggrenser, ikke minst via à vis sosialtjenestene. Et sitat fra denne tiden er betegnende. Det er formulert av Per Wium, den gang distriktslege i Midsund: «Jeg kan ikke skjønne at dagens pasienter kun har problemer som kan løses av privatpraktiserende leger og sykehus. Etter min ringe erfaring har et stort antall pasienter behov for sosial støtte og hjelp på mange områder, og jeg tror legene etter hvert må innse at disse oppgaver kan løses like godt, om ikke bedre, av andre grupper enn det legeutdannede personale.» (2)

Etter grundige forberedelser, bl. a. NOU 1979:10 om Helsepolitikken (Juel-komiteén) (4) og NOU 1979:28 om Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet (Nyhus-utvalget) (5), fikk vi Kommunehelsetjenesteloven av 19. november 1982 som trådte i kraft 1. april 1984. Fortsatt var det ting som var uavklart, særlig spørsmålet om hvordan man skulle sikre oversikt over helsetilstanden i kommunene og oppgaver og ansvar for omgivelseshygienen, d.v.s. de mer tradisjonelle «helserådstjenestene». Daværende fylkeslege Johannes Wiik fikk i oppdrag å lede arbeidet med en NOU som nettopp fikk tittelen «Helserådstjenesten» (NOU 1984:28) (6). Dette arbeidet førte til kapittel 4a i kommunehelsetjenesteloven (om miljørettet helsevern). Samtidig opphørte begrepet *helseråd*.

Den nye tid

Som en forberedelse til den nye tid, dvs. opprustingen av helsetjenesten utenfor institusjon, fikk man på midten av 1980-tallet to nye spesialiteter, den i allmenntilleggsmedisin og den i samfunnsmedisin. Sistnevnte kom i stand etter utredning foretatt i et utvalg, ledet av Anton Skogland som i november 1980 la frem sin innstilling (7). Godkjenning av spesialiteten i samfunnsmedisin ble fulgt opp av krav om videre- og etterutdanning. Her var Harald Siem tidlig ute med den første Utdanningsboken i samfunnsmedisin i 1986 (8). Men allerede i 1982 hadde han gitt ut «Helsekontroller – til nytte eller bekymring?» (9), i realiteten en lærebok i anvendt statistikk, epidemiologi og helsetjenesteforskning. Denne boken var basert på Siems rapport «Masseundersøkelser og helsekontroller» fra 1979 (10).

Norsk samfunnsmedisin de siste 25 årene kan sies å ha hatt både opp- og nedgangsturer. Politikerne har også hatt forskjellig oppfatning av hva samfunnsmedisin er og betydningen av den. I Stortingsmelding 16 (2002–2003) (11) sies det bl.a. at «samfunnsmedisin som legespesialitet har uklar profil og uklart innhold», at det er «liten interesse for samfunnsmedisin blant legene», og at det er «vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger i kommunene».

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling la i oktober 2003 frem sin Utredning nr. 3 *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin* (12).

Høsten 2004 laget Magne Nylenna i det daværende Sosial- og helsedirektoratet en «Rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge» (13) og fremla en rekke konkrete tiltak for å styrke samfunnsmedisinens rolle i Norge.

I 2005 laget Sosial- og helsedirektoratet en *Handlingsplan for utvikling av samfunnsmedisinen*, og i 2006 kom det nye spesialistregler (14).

I 2007 omtalte Helsedirektoratets utviklingstrekkrapport følgende (15): «...kommunelegefunksjonen styrkes i kommunene. Forankringen i kommunen må være tydelig. Fylkesmannen/fylkeslegen kan bidra til kompetanse i kommunene ved at det etableres systemer for veiledning og oppfølging av kommuneleger i alle fylker».

Denne utviklingstrekkrapporten ble fulgt opp i en arbeidsgruppe som ble oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i oktober 2007 og som avga sin rapport 1. juli 2008 (16). Som svar på et av mandatpunktene, listet arbeidsgruppen opp følgende årsaker til at rekrutteringen av kommuneleger svikter:

- Liten rekruttering til primærlegetjenesten generelt
- Mindre interesse for fagfeltet samfunnsmedisin
- Uklarhet omkring struktur, innhold og krav
- Ulike former for organisering og kombinasjoner med annet legearbeid
- Ulike avlønnings- og støttefunksjoner
- Spinkelt faglig miljø
- Den samfunnsmedisinske tilhørighet blir ofte svak

Arbeidsgruppen foreslo følgende grep:

- Faglig miljø og nettverk må utvikles
- Grunnutdanning og videreutdanning må styrkes betydelig
- Samfunnsmedisinsk forskning må styrkes
- Det må etableres økonomiske ordninger som sikrer at kommunene prioriterer kommunelegefunksjonen på lik linje med allmennlegetjenesten. Her siktes det til behovet for et kostnadsnøytralt valg og kostnadsnøytral prioritering av legetjenestene i kommunene samt at ordningene må bidra til å redusere de store utgiftsforskjellene mellom små og store kommuner når det gjelder legetjenester.
- Etablere *kommuneoverlege* som tittel på den legen som er medisinsk faglig rådgiver
- At plikten til å ha ansatt en kommune(over)lege fortsatt skal være lovforankret
- At det utarbeides en veileder for kommunene om det samfunnsmedisinske fagfeltet
- Styrking av styrings- og informasjonshjulet ved at det innføres lokale helsemeldinger og ved at forholdet mellom kommunen på den ene siden og fylkesmannens helseavdeling og sentrale helsemyndigheter på den annen forsterkes
- At andelen kombistillinger reduseres (f. eks. ved hjelp av interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske oppgaver)

- At spesialistkompetanse må vektlegges mer ved fastsettelse av lønn

Arbeidsgruppen foretok også en gjennomgang av fremtidige arbeidsoppgaver for kommune(over)legen og inndelte disse oppgavene slik:

- *Må*-oppgaver: smittevern, miljørettet helsevern, psykisk helsevern, beredskap. Inkl. medisinsk faglig rådgivning.
- *Bør*-oppgaver: annen medisinsk faglig rådgivning, helse i planlegging, samordning av helsetjenester, samordning innad i kommunen, kontaktledd til fastlegene, samordning med spesialisthelsetjenesten, overvåking av helseforhold og helsetjeneste, kvalitetssikring, sosialmedisinske oppgaver
- *Kan*-oppgaver: ledelse, samarbeid med frivillige organisasjoner

Da høringsnotatene til ny folkehelselov (17) og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (18) ble lagt frem 18. oktober 2010, er det interessant å se at det særlig er *må-oppgavene* ovenfor som har medført at begge lovforslagene fortsatt baserer seg på at vi skal ha en lovpålagt kommunelegefunksjon.

Hva er egentlig samfunnsmedisin?

Hva kjennetegner samfunnsmedisinen og hva gjør at den er litt spesiell i Norge?

På Legeforeningens landsmøte i juni 1973 ble det fattet et vedtak om «Videreutdanning innen offentlig helsearbeid og samfunnsmedisin, f. eks. ved helsehøgskolen i Göteborg, ved utenlandske skoler i «public health» eller annen likeverdig utdanning» (7).

Til dette sa ass. helsedirektør Egil Willumsen at formålet med forslaget var « ... å lage en modell som skal skape bedre og forhåpentligvis også flere leger med administrativ erfaring, med en strukturert, systematisk utdanning. Nøkkelordet er at de skal kunne takle de stadig vanskeligere miljøhygieniske og samfunnsmedisinske spørsmål som vi vil stå overfor» (7).

Som svar på spørsmålet: «Hva er offentlig helsearbeid?» svarte Peter F. Hjort i november 1976 (7): «Offentlig helsearbeid i Norge omfatter i dag to helt forskjellige arbeidsområder:

- Almenpraksis, som angår individer,
- «Community Medicine», som angår hele befolkningen og grupper av individer.

Etter mitt skjønn er det rimelig å se helt bort fra almenpraksis når en skal definere offentlig helsearbeid. Tilbake blir «community medicine», og problemet blir å finne et norsk ord og et norsk innhold som kan dekke dette begrepet ... Jeg tillater meg å foreslå ordet «samfunnsmedisin».

Faget samfunnsmedisin (= community medicine) omfatter hele befolkningens behov for og tilbud av helsetjenester. Helsetjenestens organisasjon og styring, planlegging, ressurser og evaluering er viktige sider ved faget ... Det kan tenkes at sykehusene bør administreres av spesielt utdannede leger. Jeg er tilbøyelig til å tro det, og da blir administrasjonen av store helseinstitusjoner også en del av samfunnsmedisinen. Utdanningen i samfunnsmedisin bør omfatte epidemiologi, statistikk, administrasjon, økonomi og planlegging. Faget bør bli en spesialitet på linje med andre medisinske spesialiteter. Utdannelsen bør legges opp i samarbeid med andre nordiske land og/eller England.»

Om samfunnsmedisin som *begrep* sa Utvalget for samfunnsmedisin, oppnevnt av Offentlige legers landsforening i 1980, og ledet av Anton Skogland (7):

«Samfunnsmedisin er et supplement til all klinisk medisin og bygger på denne, men har som hovedoppgave å se den i et helhetsperspektiv. Samfunnsmedisin vil derfor bare bruke data om enkeltindividers helse som indikator på helsetilstanden i større grupper av folket. Utvalget mener at samfunnsmedisin i egentlig forstand derfor må defineres som grupperettet helsearbeid. En slik definisjon vil fullt ut være i samsvar med navn på og avgrensning av dette fagområdet i Storbritannia, Danmark og Sverige, og er også i bruk i vårt land ...».

Skogland-utvalgets innstilling har for øvrig et langt vedlegg som forsøker å forklare hva samfunnsmedisin er, både i Norge og flere andre land. Det er verdt å merke seg at forklaringene og oppfatningene til dels spriker ganske sterkt!

Felles for mange av definisjonene er at samfunnsmedisin som begrep er sterkt knyttet til legeyrket. Bakgrunnen for Skogland-utvalgets innstilling var da også å åpne for samfunnsmedisin som egen spesialitet i Norge. Mange av definisjonene understreker betydningen av slike samfunnsmedisinske verktøy som statistikk og epidemiologi samt kunnskap om og erfaring fra helseadministrasjon. Andre knytter samfunnsmedisin mer til slike ting som klinisk sosialmedisin og rehabilitering.

Epilog

Neppe noen har «eneretten» til å definere hva *samfunnsmedisin* er: generelt, som medisinsk spesialitet, i Norge etc., men det er lov å prøve seg. Det har mange andre gjort tidligere, også.

Eller kanskje er det tryggere å trekke frem noen av særtrekkene ved samfunnsmedisin. Disse får man gjerne klart frem ved å sammenligne faget med en eller annen klinisk spesialitet, f. eks. kirurgi.

Mange av særtrekkene har samfunnsmedisinen felles med folkehelsearbeidet. Samfunnsmedisin er da også kjennetegnet ved at den i stor grad arbeider helsefremmende og forebyggende, slik folkehelsearbeidet gjør det. Det ligger i sakens natur at samfunnsmedisinen da også dreier seg om grupperettet arbeid.

Men det er ikke bare helsefremmende og forebyggende arbeid som er grupperettet. Det gjelder i høyeste grad også behandlingsrettet helsearbeid. Ikke behandling av enkeltindivider, riktignok, men det å *planlegge, drive og evaluere* kurative helsetjenester. Derfor er det nødvendig og gledelig at våre regionale helseforetak nå har ansatt samfunnsmedisinere som ledd i nettopp slikt arbeid.

Hvis vi trekker hele samfunnet inn i samfunnsmedisinerens ansvars- og oppgaveområde, kan vi kanskje si at samfunnsmedisin dreier seg om å bidra til mest mulig hensiktsmessig ressursbruk fra samfunnets side for å sikre helse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Og når vi bruker ordet «ressurser» her, er det ikke først og fremst helsetjenestens egne ressurser, men samfunnets samlede ressurser. Da skjønner vi også hvor nær samfunnsmedisinen er knyttet til andre samfunnssektorer, f. eks. gjennom Plan- og bygningsloven, samferdselslovgivningen, miljø- og forurensningslovgivningen osv.

En noe mer «utilitaristisk» tilnærming viser at samfunnsmedisin dreier seg om deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å sikre at samfunnets ressurser gir størst mulig trivsel og helsegevinst for flest mulig mennesker. En slik tilnærming minner oss også om at det er en forskjell på behov og etterspørsel, d.v.s. at samfunnet i større grad må vurdere folks *behov* for hjelp og bistand fremfor at det hele tiden er *etterspørselen* som skal være førende.

Det er altså flere trekk som samfunnsmedisinen har felles med folkehelsearbeidet: det lange tidsperspektivet man arbeider under, utfordringene som ligger i å oppdage resultatene av arbeidet, det å måtte samarbeide på en likeverdig måte med mange andre, mangelen på incentiver fordi det gjerne er andre enn de som investerer i tiltak, som høster gevinstene og det at man hele tiden arbeider svært nær politikken. Så her er det oppgaver for en rastløst tålmodig sjel! Det er kanskje et av særtrekkene til samfunnsmedisineren!

I forbindelse med samhandlingsreformen (19) snakker vi for tiden om «den nye kommunerollen» og «den nye kommunelegerollen». Det er viktig at norske samfunnsmedisinere ser dette fagets «indre skjønnhet» (som Lars Hanssen i Helsetilsynet sikkert ville uttalt det!) og vurderer dette som en alternativ karrierevei!

Litteratur

1. Moseng OG. Ansvaret for undersåttenes helse 1603 – 1850. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003*, bind 1. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
2. Schjøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850 – 2003. *Det offentlige helsevesen i Norge 1603 – 2003*, bind 2. Oslo: Universitetsforlaget 2003.
3. *Om helsetjenesten utenfor institusjon*. Stortingsmelding nr. 85 (1970-71).
4. *Om helsepolitikken*. Norges offentlige utredninger (NOU) 1979:10.
5. *Om helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet*. Norges offentlige utredninger (NOU) 1979:28
6. Norges offentlige utredninger (NOU) 1984:28 *Helserådstjenesten*
7. *Samfunnsmedisin i Norge*. Innstilling fra et Utvalg for samfunnsmedisin (Skogland-utvalget). Oslo: Offentlige legers landsforening, 1980.
8. Siem H. *Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
9. Siem H. *Helsekontroller – til nytte eller bekymring?* Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
10. Siem H. *Masseundersøkelser og helsekontroller*. Bind nr. 2-1979. Oslo: NAVF, 1979.
11. Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*.
12. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Utredning nr. 3: *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2003
13. *Rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2004.
14. *Handlingsplan for utvikling av samfunnsmedisin*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
15. *Utviklingsstrekkrapport 2007*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet 2007.
16. *Utvikling av kommunelegerollen*. Rapport. Oslo:Helsedirektoratet 2008.
17. *Forslag til ny folkehelselov*. Høringsnotat. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
18. *Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Høringsnotat. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.
19. St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet 2009.

Anders Smith
Anton Schjøth's gate 2A
0454 Oslo
ande-smi@online.no