

«Gå inn i din tid!»

Michael 2016; 13: 104–109.

Offentleg helse- og legearbeid har lang historie i Noreg, men faget samfunnsmedisin blei ein medisinsk spesialitet først i 1984. Samfunnsmedisinen må til ei kvar tid vere tilpassa den konteksten faget skal utøvast i. Det krev evne til kontinuerleg endring. Frå 1984 til i dag er funksjonar som tilsyn, premisslevering og rådgiving blitt viktigare, medan rolla som beslutningstakar er nedtona. Samfunnsmedisin er eit «paraplyfag»; som hentar kunnskap frå mange ulike fagområde både innanfor og utanfor humanmedisinen. Sjølv om faget endrar seg, må den samfunnsmedisinske sjela bevarast. Sjela finn ein i populasjonsperspektivet, arbeidet for å styrke dei salutogene faktorane og fjerne eller svekke folkehelsemessig negative påverknader. Samfunnsmedisin har grenseområde og overlappingsfelt til fleire andre fag. Dei to sentrale kriteria for grensedraging er populasjonsperspektivet og sambandet til helsetenesta. Den nære relasjonen til primærhelsetenesta er sidan 1984 blitt mindre tydeleg. Faget samfunnsmedisin trengst på alle nivå i samfunnet, innanfor ulike etatsmessige og organisatoriske rammer.

Samfunnsmedisinen er det helsefaget som er mest avhengig av konteksten det skal utøvast i. Skal samfunnsmedisinen vere relevant, og kompetansen vere etterspurt, må faget vere i kontinuerleg utvikling. Det må ta på alvor Nordahl Griegs imperative utfordring «Gå inn i din tid!» (1). Slik sett er det teikn på vitalitet at det oppstår debatt om kva samfunnsmedisinen er og bør vere i Noreg i dag.

Skal vi forstå samtida, må vi kjenne fortida

Omgrepa offentleg helse- og legearbeid har lang historie i Noreg. Linene går tilbake til sunnhetsloven av 1860; med litt velvilje heilt til 1603, da landet fekk sin første offentlege lege. Uttrykket offentleg helsearbeid korre-

sponderer med det internasjonale omgrepet Public Health. I 1948 foreslo helsedirektør Karl Evang (1902-81) ein spesialitet i offentleg legearbeid, men i 1969 – etter 21 år – forkasta landsstyret i Legeforeningen forslaget om oppretting av ein slik spesialitet.

På 1970-talet gjorde «sekstiåttarane» sitt inntog i norsk helsevesen. Noreg fekk ein ny generasjon av engasjerte, målbevisste og utålmodige offentlege legar. For syttitalsaktivistane framstod orda offentleg helse- og legearbeid som tradisjonelle og fastlåste, for ikkje å seie treige og sidrunpa.

Den britiske helsedirektøren hadde i sin årlege rapport i 1959 brukt omgrepet Community Medicine, eit uttrykk som kom til å leve vidare. I 1975 skreiv ass. overlege Arne-Birger Knapskog i det daverande Helse- direktoratet ein artikkel om Community Medicine og brukte ordet samfunnsmedisin som norsk form (2).

Omgrepet samfunnsmedisin blei raskt fanga opp og adoptert i norsk fagmiljø. Styret i Offentlige legers landsforening nedsette i 1978 eit utval som skulle vurdere systematisk vidareutdanning for legar i samfunnsmedisin og eventuelt spesialitet i faget. Innstillinga frå utvalet kom i 1980 og blei det viktigaste enkeltokumentet på vegen mot spesialiteten (3). Det la på plass prinsipp for definisjon, innhald og avgrensing av faget.

Det lange svangerskapet for ein spesialitet i samfunnsmedisin fall i hovudsak saman med tidsepoken som i Noreg er omtalt som «den sosialdemokratiske orden» (4). Innanfor helse- og sosialtenesta var perioden prega av sterk sentral fagstyring med klare kommandoliner. Sjølve fødselen for spesialiteten i 1984 skjedde på overtid, midt under jappetida, da enkeltindividet meir enn kollektivet stod i sentrum.

Spesialistreglane for samfunnsmedisin er endra fleire gonger sidan 1984 (5). Endringane avspeglar utviklinga og reformer både i helsevesenet og i samfunnet generelt, derunder påverknader frå idéane om New Public Management, bl.a. med redusert fagstyre og med satsing på målstyring, kvalitetssikring og tilsynsmessig kontroll.

Gjeldande «målbeskrivelse» for spesialiteten samfunnsmedisin (6) har med eitt punkt som ikkje var nemnt i innstillinga om samfunnsmedisin frå 1980: «Utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten i henhold til lover og forskrifter.» Elles har det ikkje skjedd dramatiske endringar, men totalprofilen framhevar tydelegare samfunnsmedisinsk verke knytt til *tibråding*, *anbefaling* og *bidragsyting*. Samfunnsmedisinaren er i stor grad premissleverandør og rådgivar meir enn beslutningstakar.

Samfunnsmedisinsk tenkemåte

Sjølv om formuleringar om faget samfunnsmedisin må endrast og moderniserast i takt med samfunnsutviklinga; er det avgjerande viktig at den grunnleggande tenkemåten – kall det gjerne samfunnsmedisinens sjel – forblir den same. Det viktigaste elementet er populasjonsperspektivet med ei vidvinkla kollektiv tilnærming og langsiktig heilskapstenking på systemnivå (7). Temaet for faget er helse, sjukdom, uhelse og levekår i befolkninga eller utvalte grupper av denne. Litt karikert sagt er helsa til enkeltpersonen interessant berre dersom informasjonen gir indikasjon på tilstanden i den befolkninga vedkommande høyrer til i.

Samfunnsmedisinen skal vere opptatt av samanhengen mellom helsa i populasjonen og det samfunnsmiljøet folket lever i, både lokalt og i vidare samheng. Befolkninga blir bombardert av miljømessige faktorar som påverkar folkehelsa både på godt og vondt. Samfunnsmedisinen skal skaffe fram kunnskap om slike påverknader, kunnskap som kan utnyttast til å styrke positive (salutogene) faktorar og fjerne eller svekke negative forhold.

Populasjonsperspektivet utgjer hovudskiljet mellom samfunnsmedisinen og klinikaren. Klinisk medisin er individretta, jf. slagordet «Pasienten i sentrum!». Rett nok må klinikaren ofte trekke inn andre enn pasienten sjølv; pårørande, kanskje også arbeidsgivar, lærar eller barnehagepersonell. Klinikaren må óg forhalde seg til NAV og andre offentlege instansar. Men dette skjer som ledd i innsatsen for pasienten. For samfunnsmedisinen er ve og vel for kollektivet det sentrale, også om det går på kostnad av potensiell nytteverdi for enkeltindivid; eksempelvis ved samfunnsmedisinsk rådgiving om prioritering av tilgjengelege ressursar.

Den samfunnsmedisinske paraplyen

Samfunnsmedisin er – som bl.a. allmennmedisin – eit «paraplyfag»; som hentar kunnskap frå ulike fagområde og set dette saman, slik at heilskapen blir noko meir og anna enn summen av enkeltkomponentane. Medan allmennmedisin i hovudsak hentar kunnskap frå medisinske fag, nyttar samfunnsmedisinen i stor grad også andre kjelder enn humanmedisin og -biologi. Det dreiar seg bl.a. om teknisk hygiene, økologi, sosiologi, pedagogikk, statsvitskap, sosialantropologi, økonomi, administrasjon, statistikk, historie og jus.

Den fullt oppslåtte samfunnsmedisinske paraplyen blir halden oppe av mange faglege spilar. Det kan vere hensiktsmessig å sortere desse i fire hovudgrupper. Den første gruppa inneheld metodefag. Dei klassiske elementa her er statistikk, epidemiologi og kvantitativ kunnskapsinnhenting; etter kvart har kvalitativ metodikk og systematisk kunnskapshandtering fått

auka betydning. I kvar av dei tre andre gruppene inngår det emnefag, som er innbyrdes nærstående. I den eine finn vi miljømedisin, miljøretta helsevern, smittevern og beredskap. Den neste inneheld ein kombinasjon av befolkningsretta sosialmedisin, trygdemedisin og førebyggjande/helsefremjande helsearbeid. Den siste gruppa har hovudnemninga helseadministrasjon; sentrale element her er forvaltning, leiing, planlegging, prioritering, helseøkonomi, helsejus, rådgiving, tilsyn og kvalitetssikring. Tilsyn og kvalitetssikring kom inn med full tyngde frå 1990-talet; men samstundes har også kravet til profesjonalitet i samfunnsmedisinsk rådgiving blitt sterkare.

Grenseoppgangar

Omgrepet *samfunnsmedisin* blir brukt både i snever (legetilknytt) og i vidare (tverrfagleg) tyding. Spesialiteten samfunnsmedisin er for legar, men andre faggrupper arbeider også med samfunnsmedisinske oppgåver; teknisk-hygienisk personell, helsesøstres, juristar, samfunnsvitarar m.v. Tilsvarande gjeld innanfor andre helsefag, som for eksempel psykiatri.

Folkehelsearbeid har følgjande målsetting: Å påverke faktorar som fremjar helse og trivsel i befolkninga; å førebygge psykisk og somatisk sjukdom, skade eller lidning; å verne mot helsetruslar; og å arbeide for jamnare fordeling av faktorar som påverkar helsa (6). Målsettinga samsvarar med det samfunnsmedisinen vil oppnå. Skilnaden er at folkehelsearbeidet omfattar innsats frå alle samfunnssektorar, medan ståstaden til samfunnsmedisinen er helsetenesta.

Tradisjonelt har samfunnsmedisin i Noreg vore sterkt knytt til *allmennmedisin*. Systemet med «kombilegar», som utøver både samfunns- og allmennmedisin, er framleis utbreidd i små og mellomstore kommunar. Allmennmedisin omfattar alle individretta tenester i primærhelsetenesta, både kurativt verke, sosial- og trygdemedisinsk arbeid, samt førebyggjande/helsefremjande innsats som vaksinasjon, helseopplysning og helsekontroll. Medan allmennmedisin er ei rein førstelineteneste, blir samfunnsmedisin utøvd på alle samfunnsnivå.

Arbeidsmedisin er både individ- og grupperetta. Skiljet mellom samfunnsmedisin og grupperetta arbeidsmedisin går ved bedriftsporten. Støy eller forureining som helsetrussel for dei tilsette, er eit arbeidsmedisinsk problem. Støy eller utslepp frå bedrifter, som inneber helseisiko for befolkninga i området, er eit samfunnsmedisinsk tema.

Sosialmedisin, trygdemedisin og førebyggjande medisin er ikkje godkjente legespesialitetar, men fag på akademisk nivå. Alle tre har både populasjons- og individretta innhald. Når sosialmedisinen er opptatt av samanhengar

mellom helse og sosiale forhold i befolkninga, opererer den innanfor det samfunnsmedisinske feltet. Det same gjeld når trygdemedisinen ser på utforming av trygdesystemet i samfunnsperspektiv og studerer konsekvensar av dette for helse og levkår i befolkninga. Sosialmedisinske tiltak og/eller arbeid for trygdeytning til enkeltpersonar høyrer derimot til i det individretta feltet. Førebyggjande medisin på populasjonsnivå er ein sentral del av samfunnsmedisinen, førebyggjande tiltak på individnivå er del av god klinisk verksemd.

Tre av dei fire universiteta som utdannar legar, har institutt med samfunnsmedisin i namnet; Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø og Trondheim, Institutt for global helse og samfunnsmedisin i Bergen. Desse institutta omfattar svært ulike emne, også reint kliniske fag, bl.a. allmennmedisin. Dette er didaktisk uheldig med tanke å gi studentane forståing av og innsikt i innhald og særpreg for faget samfunnsmedisin.

Arbeidsfelt

Spesialistreglane frå 1984 var prega av samfunnsmedisinen sitt tradisjonelt sterke samband til primærhelsetenesta. I kommentarar til oppretting av spesialitetar i allmenn- og samfunnsmedisin blei det talt om dei «primærmedisinske tvillingsspesialitetane». Regelverket for utdanning i samfunnsmedisin har krav om fire år med samfunnsmedisinsk teneste. Tidlegare var hovudvekta lagt på erfaring frå kommunehelsetenesta. Nå kan tenesta skje i ulike typar stillingar, men med minst eitt år i kommunal og eitt år i statleg forvaltning. Spesifikke læringsmål vektlegg det som er viktig ballast, uansett kva for type samfunnsmedisinsk verke den kommande spesialisten seinare skal utøve faget sitt i.

Relevante stillingar for samfunnsmedisinarar er i dag å finne i kommunar, helseføretak, statleg forvaltning på regionalt og sentralt nivå, forsvaret og i internasjonalt helsearbeid. Samfunnsmedisinsk kompetanse kan også vere interessant for humanitære organisasjonar, interesseorganisasjonar og private bedrifter.

Når det gjeld kommunane, er krav til samfunnsmedisinsk kompetanse nedfelt i folkehelseloven § 27 (8). Krav om kommunelege finst både i folkehelseloven §§ 9 og 27, smittevernloven § 7-2 og helse- og omsorgstenesteloven § 5-5. Lovane omtaler både medisinsk-fagleg rådgiving og andre funksjonar som kommunelegen skal ivareta. Lovgivinga opnar nå for at fleire kommunar kan samarbeide om tilsetjing av kommunelege. Både høvet til interkommunale ordningar og pågåande kommunereform kan opne for meir slagkraftige samfunnsmedisinske miljø i kommunane.

Litteratur

1. Grieg N. *Til Ungdommen*. Publisert i Håbet, Oslo: Gyldendal, 1946.
2. Knapskog A-B. Hva er «community medicine»? *Synapse* nr. 1 1975; 1: 10-13.
3. *Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Offentlige legers landsforening, 1980.
4. Furre B. *Vårt hundreår. Norsk historie 1905-1990*. Oslo: Det norske samlaget, 1991.
5. Ånstad H. Utdanning av leger i samfunnsmedisin. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K., Nylenna M red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008: 629–33.
6. *Målbeskrivelse for samfunnsmedisin*. Den norske legeforening, mai 2015. <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Samfunnsmedisin/malbeskrivelse-for-samfunnsmedisin/>
7. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. Samfunnsmedisin – et fagfelt og en tenkemåte. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K., Nylenna M red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2008: 27-39.
8. Prop. 90 L (2010–2011) – *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*.

Kristian Hagestad
krihages@online.no
Slettane
4760 Birkeland