

Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

Michael 2016; 13: 110–119.

Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid er ikke identiske begreper, men har mye til felles. Begge har varierende meningsinnhold, avhengig av kontekst og faglig ståsted. Folkehelsearbeidet i Norge er løftet ut av profesjons- og sektortilhørigheten og gjort til en politisk samfunnsoppgave. Samfunnsmedisinen har på sin side vendt seg mer mot planlegging, prioritering og samordning av helsetjenester. Mens moderne samfunnsmedisin både dreier seg om folkehelsearbeid og om helsetjenesteutforming, ønsker norske myndigheter å skille disse virksomhetene fra hverandre. Internasjonalt anses imidlertid adekvate og tilgjengelige helsetjenester å være en integrert del av folkehelsearbeidet, i tråd med samfunnsmedisinsk fagutvikling i Norge.

De fleste medisinske fagbetegnelser knytter seg til nokså entydige anatomiske, tekniske, demografiske eller sykdomsmessige karakteristika. I motsetning endrer samfunnsmedisin karakter og innhold i tråd med samfunnsutviklingen. Begrepet samfunnsmedisin brukes også i flere sammenhenger. Dels er det betegnelsen på det spesifikke legearbeidet som spesialister i faget utøver; dels er det betegnelsen på et multidisiplinært fagfelt i skjæringspunktet mellom helsetjenester og samfunn. Samfunnsmedisin er også en fellesbetegnelse på flere emnefag innen medisinerutdanningen og for de instituttene som har ansvar for denne undervisningen.

Som paraplybetegnelse ligger samfunnsmedisin nokså nær begrepet folkehelsearbeid, uten å være helt identisk med dette. Også folkehelsearbeid har varierende meningsinnhold, avhengig av kontekst og faglig ståsted. Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid er altså begreper i bevegelse.

I denne artikkelen vil jeg belyse forholdet mellom folkehelsearbeid og samfunnsmedisin, historisk så vel som innholdsmessig. Mens uttrykket folkehelse ble tatt i bruk allerede tidlig på 1900-tallet som en norsk overset-

telse av det engelske *public health*, ble termen folkehelsearbeid først vanlig mot slutten av forrige århundret, omtrent samtidig som begrepet samfunnsmedisin ble introdusert gjennom opprettelsen av en egen legespesialitet.

Folkehelsearbeid

På engelsk har begrepet public health ikke bare betydningen «folkets helse», men også samfunnets innsats for å fremme befolkningens helse, noe vi nå på norsk gjerne kaller folkehelsearbeid. Denne tanken oppsto på 1700-tallet som en følge av opplysningstidens nye ideer om menneskers muligheter for å gripe inn i sin skjebne og fikk sitt definitive gjennombrudd ved 1800-tallets sanitære revolusjon (1). I Norge fikk folkehelsearbeidet sin formelle struktur fastlagt allerede i 1860, da Lov om Sundhedskommisjoner mv. slo fast at det i hver kommune skulle være en politisk oppnevnt sunnhetskommisjon (senere helseråd) ledet av en statlig ansatt distriktslege. Denne kommisjonen skulle «... have sin Opmærksomhed henvendt paa Stedets Sundhedsforhold, og hva derpaa kan have Indflydelse...» (2).

Dette ble grunnmuren for det praktiske folkehelsearbeidet i Norge, senere supplert med faglig og administrativ overbygging av sentrale og regionale fagmiljøer for forebyggende helsearbeid. På 1900-tallet og særlig under helsedirektør *Karl Evangs* langvarige styre (1938-1972) rykket legene frem som ledere for folkehelsearbeidet, lokalt så vel som nasjonalt (2). De faglige impulsene ble først og fremst hentet fra de store amerikanske *schools of public health*, hvor kampen mot smittsomme sykdommer – folkehelsearbeidets første fase – etterhvert ble supplert med utfordringene knyttet til forebygging av ikke-smittsomme sykdommer, folkehelsearbeidets andre fase (1).

Disse fagmiljøene la *C-E. A. Winslovs* klassiske definisjon av public health fra 1920 til grunn: «Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles and personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual a standard of living adequate for the maintenance of health; organizing these benefits in such a fashion as to enable every citizen to realize his birth-right of health and longevity.» (3). Denne lange og vide definisjonen er senere ført videre blant annet i rapporten *Public Health in England* fra 1988: «Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through the organized efforts of society» (4).

På 1980-tallet ble tradisjonelt folkehelsearbeid utfordret av en mer radikal ideologi, som ble utkrystallisert i det såkalte Ottawa-charteret fra 1986 (5). Under navnet *health promotion* – helsefremmende arbeid – ble forebyggende helsearbeid definert som en samfunnsoppgave hvor politikk og befolkningsmedvirkning for å fremme positive helsefaktorer ble løftet fram som viktigste ingredienser (6). Begreper som *empowerment*, *salutogenesis*, *healthy public policy* og *healthy communities* fortalte om en nokså annerledes tilnærming til folkehelsearbeid enn den tradisjonelle sykdomsorienterte modellen. Forbløffende raskt ble disse nye ideene tatt opp i folkehelsepolitikken i Norge og andre land, ikke minst fordi WHO stilte seg bak dem (5).

Mens folkehelsearbeid internasjonalt, i tråd med den Winslowske tradisjon, både handler om tilbud av offentlige helsetjenester og tiltak innen andre samfunnssektorer – inkludert frivillige og humanitære organisasjoner – og både befolkningsrettet og individrettet forebyggende helsearbeid (7), har man nylig i Norge ønsket å avgrense folkehelsearbeidet fra både kurative tjenester i form av diagnostikk, behandling, pleie og omsorg, og fra habilitering/rehabilitering (8). Begrunnelsen er ønsket om å synliggjøre bedre funksjons- og arbeidsdelingen mellom befolkningsrettet folkehelsearbeid og individrettete helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet mener at individrettede sykdomsforebyggende/helsefremmende tiltak er et ansvar for helsetjenesten, mens folkehelsearbeidet dreier seg om befolknings- og grupperettede tiltak.

Norge fikk en egen lov om folkehelsearbeid så sent som i 2011. Her defineres folkehelsearbeid som: «samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (§3). I lovens formålsparagraf heter det at «Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk eller somatisk sykdom, skade eller lidelse» (§1).

Gjennom denne loven har folkehelsearbeidet påny fått en politisk og juridisk forankring i Norge. Kommunene er gjort hovedansvarlige for det lokale folkehelsearbeidet, med støtte fra fylkesregionalt og sentralt nivå. Staten ved Stortinget har ansvar for folkehelsepolitikken og for at helsehensyn skal vektlegges i all politikkkutforming. Det understrekes at folkehelsearbeid er en sektorovergripende samfunnsoppgave som er befolkningsrettet. Målsetningene er vide og ambisiøse: folkehelsearbeidet skal ikke bare handle om å forebygge sykdom og fremme helse, men også om økt trivsel

og gode sosiale og miljømessige forhold, samt en jevnere fordeling av faktorer som påvirker helsen.

Dette er i tråd med det som gjerne kalles den tredje folkehelse revolusjonen, eller «det nye folkehelsearbeidet», hvor helse ses på som en viktig dimensjon av livskvalitet og hvor investering i helsefremmende tiltak er et samfunnsansvar (5-7). Folkehelsearbeidet er løftet ut av profesjons- og sektortilhørigheten og gjort til en politisk samfunnsoppgave. Helsesektoren kan gi et viktig bidrag til folkehelsearbeidet, men alle sektorer har et medansvar. I tillegg er medvirkning fra befolkningen og frivillige organisasjoner av avgjørende betydning.

Samfunnsmedisin som legespesialitet

Legespesialiteten samfunnsmedisin ble opprettet i 1984, definert som grupperettet legearbeid med bedring av folkehelsen som mål. Betegnelsen tok over for flere eldre fagtermer, som offentlig legearbeid, administrativ medisin, hygiene og forebyggende medisin. At den nye spesialiteten ble innført samme året som distriktslege-systemet forsvant da Sunnhetsloven av 1860 ble erstattet med den nye kommunehelsetjenesteloven, var nok mer enn et tilfeldig sammenreff.

Spesialiteten samfunnsmedisin var et ektefødt barn av de radikale 1970-årene og kunne kanskje med fordel vært kalt lokalsamfunnsmedisin, fordi den så tydelig orienterte seg mot kommunen eller lokalsamfunnet som viktigste arena (9). Den nærmeste engelske betegnelsen var *community medicine*, et begrep som i dag kanskje heller ligger nærmere distriktsmedisin og som i Storbritannia nå er byttet ut med *Public Health Medicine*. Innholdsmessig ble norsk samfunnsmedisin de første tiårene mye preget av oppgavene til den medisinsk-faglig ansvarlige (senere: rådgivende) lege i kommunene og spesielt av bestemmelsene om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven som kom i 1988. Den første læreboken i samfunnsmedisin fra 1992 var således dominert av et 165 sider langt kapittel om miljørettet helsevern (9).

I den gjeldende målbeskrivelsen for spesialiteten fremheves det imidlertid at samfunnsmedisinsk kompetanse er nødvendig på alle nivåer i helse-tjenesten: innen kommunehelsetjenesten, innen helseforetak, og på regionalt/sentralt nivå (10). Nå heter det at:

«Samfunnsmedisin er grupperettet legearbeid for å:

- ha oversikt over forekomsten av sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker befolkningens helsetilstand
- tilrå, evaluere og eventuelt iverksette, og administrere målrettede helsefremmende tiltak

- bidra til god planlegging og organisering av helsetjenester på alle nivåer
- anbefale prioriteringer og fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser
- utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten i henhold til lover og forskrifter»

Dette er i tråd med de synspunkter som Nylenna & Larsen fremmet i 2004 (11). De understreket behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse i prioriteringer, planlegging, administrasjon og ledelse innen hele helsesektoren, for å sikre at begrensede ressurser brukes på en måte som i størst mulig grad kommer befolkningen til gode. Samfunnsmedisineren skal være en faglig rådgiver som bruker sin medisinske og epidemiologiske fagkunnskap i kommunikasjon med ulike aktører innen og utenfor helsetjenesten. Samhandlingsreformens mål om bedre funksjonsfordeling mellom ulike helsetjenestnivåer, åpner også opp for en ny samfunnsmedisinsk rolle som brobygger og koordinator. Dagens samfunnsmedisiner har på denne måten to hovedarbeidsfelt: folkehelsearbeid og helseledelse (12).

Fagområdet samfunnsmedisin

Mens spesialiteten samfunnsmedisin bare er en generasjon gammel, har fag- og praksisområdet samfunnsmedisin lengre røtter og bredere basis i blant andre fagene hygiene, sosialmedisin og rettsmedisin. Legenes «offentlige gjøremål» på 1900-tallet dreiet seg om en rekke sivil- og strafferettslige oppgaver pålagt offentlig ansatte leger i henhold til lov og forskrifter. Dette spente fra smitteforebygging til tilsyn og var både individ-, gruppe-, og systemrettet. Da trygdesystemet ble utbygget i etterkrigstiden, fikk fylkeslegene trygdemedisinske oppgaver som ledere av fylkesnemndene, en ordning som ble avviklet tidlig på 1990-tallet (2).

Dette viser at samfunnsmedisin er et fagfelt i grenselandet mellom medisin, jus og økonomi som utøves innenfor rammen av offentlig forvaltning. Samfunnsmedisinen er med på å forvalte rettsstaten og innbyggernes rettsikkerhet og har derfor et særlig behov for å kjenne reglene for hvordan forvaltningen skal arbeide. De regionale og nasjonale samfunnsmedisinske kompetansemiljøene er derfor bemannet av ulike profesjonsutøvere som utøver tilsynsoppgaver med helse- og sosialtjenestene.

Fylkeslegekontorene fikk tidlig også rollen som regionale kompetansesentra for det lokale forebyggende helsearbeidet i et system ledet fra Helsedirektoratet med direkte linjer til de statlige distriktslegene. Dette systemet ble langt på vei oppløst som følge av kommunehelsetjenestereformen på 1980-tallet og den påfølgende omorganiseringen av den sentrale helsefor-

valtningen. På 2000-tallet gjenoppsto imidlertid Helsedirektoratet som sentral samfunnsmedisinsk faginstans, mens fylkeslegene ble en del av fylkesmannsembetene med tilsynsoppgaver som viktigste gjøremål, men fortsatt også med veiledningsansvar for helsetjenesten.

Det lokale og regionale folkehelsearbeidet er nå løftet ut av helsesektorens domene og gjort til politiske oppgaver for kommunene og fylkeskommunene. Dagens kommuneleger fungerer som medisinsk-faglige rådgivere for kommunen i saker vedrørende miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, og har i varierende grad lederoppgaver for annet kommunalt ansatt helsepersonell. Løpende miljørettet helsevern utøves i økende grad av interkommunale bedrifter, men kommunen har ansvar for tilsyn og konsekvensutredning i forbindelse med planarbeid.

Dette har endret karakteren av det lokale samfunnsmedisinske arbeidet (tabell 1). I økende grad preges fagfeltet av nye oppgaver og ny arbeidsmetodikk. Medisinsk utdanning gir bare delvis kompetansebakgrunn for de nye utgavene, samtidig er medisinsk og helsefaglig innsikt og forståelse nødvendig. Samfunnsmedisinerne må altså finne sin plass sammen med andre yrkesgrupper i folkehelsearbeidet.

Tabell 1. Samfunnsmedisinen er i endring

Tradisjonelle oppgaver	Nye oppgaver
Administrasjon	Sette dagsorden
Planlegging	Analyse
Forvaltning	Kunnskapshåndtering
Saksbehandling	Formidling
Budsjettering	Rådgivning
Teknisk hygiene	Tverrfaglig samarbeid
Tilsyn, kontroll	Ledelse

Undervisningsfeltet samfunnsmedisin

Ved alle norske medisinske fakulteter er det nå større samfunnsmedisinske institutter. Ved disse instituttene finnes gjerne seksjoner eller grupper for epidemiologi, allmennmedisin, sosialmedisin, trygdemedisin, forebyggende medisin, helsetjenesteforskning, arbeidsmedisin og miljømedisin, samt internasjonal/global helse. Noen institutter har også fagmiljøer for medisinsk historie, medisinsk antropologi, medisinsk sosiologi, helseøkonomi,

helseadministrasjon/-ledelse og andre helsefag som sykepleievitenskap og fysioterapivitenskap. Å finne et felles navn på disse ulike disiplinene har vist seg vanskelig, men «folkehelsevitenskap» kunne være rimelig dekkende. Et tydelig utviklingstrekk er økende vekt på globale folkehelseutfordringer.

Disse instituttene har ansvar for å undervise medisinske studenter og andre helsefagstudenter i samfunnsmedisinske emner. Innholdet og undervisningsopplegget varierer, men en vanlig tematisk inndeling er epidemiologi og biostatistikk (metodefag), folkehelse før og nå, aktuelle helsedeterminanter og risikofaktorer for sykdom, sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid, arbeids- og miljømedisin, trygde- og sosialmedisin, helsetjenester og helseøkonomi, etikk og global helse (13). Dette er temaer som alle leger bør ha basiskunnskap om (14).

Forholdet mellom folkehelsearbeid og samfunnsmedisin

Det er et nært slektskap mellom folkehelsearbeid og samfunnsmedisin, likevel er de ikke identiske begreper. I moderne tåpning er folkehelsearbeidet en bred tverrsektoriell samfunnsoppgave, styrt av folkevalgte politikere, mens samfunnsmedisin betegner legers arbeidsoppgaver knyttet til grenseflaten mellom medisin og samfunn. Leger er ikke lengre de naturlige lederne for folkehelsearbeidet, verken sentralt eller lokalt (15). Tvert i mot er det et klart ønske om å løfte folkehelsearbeidet ut av det medisinske og helsefaglige domenet og gjøre dette til et felles ansvar for alle samfunnssektorer.

Bak denne utviklingen ligger flere drivkrefter. Én er ønsket om å vri det forebyggende helsearbeidet bort fra sykdomsforebyggingens vekt på individuell risiko over mot et salutogent befolkningsperspektiv (5,7). Her skal innsatsen legges på de oppbyggelige faktorene for god og rettferdig helseutvikling i befolkningen. Dette er forhold som stort sett ligger utenfor helsesektorens ansvarsområde, som gode lokalsamfunn, stabilt økosystem, sunt arbeidsliv, sosialt fellesskap, gode oppvekstforhold mm. Selv om mye av dette kan utvikles gjennom lokale prosesser, er det den samlede samfunnsutviklingen styrt av nasjonale politiske beslutninger som betyr mest.

En annen og vel så viktig drivkraft, er ønsket om at folkehelsearbeidet skal drives på en demokratisk og befolkningsinvolverende måte. Tatt bokstavelig, gjør denne tenkningen opprør mot den fag- og ekspertdominans som har preget folkehelsearbeidet de siste 100 årene, hvor vekten er blitt lagt på epidemiologisk og medisinsk kunnskap. Kritikken mot den sykdomsforebyggende tradisjonen er både at den er undertrykkende («top-down») og inngripende i menneskers valgte liv, men også at den er utilstrekkelig og dårlig egnet til å løse de folkehelseutfordringene vi har i dag (5-7). Ønsket om å innføre «empowerment» som en bærebjelke i folkehelsearbeid

det, har sin parallell i brukerperspektivet og styrking av pasientrettigheter innen det kurative helsearbeidet. Disse ideene representerer et brudd med tradisjonell ekspertstyring og legenes definisjonsmakt innen alle delene av helsetjenesten.

Til tross for at spesialisthelsetjenesteloven sier at målet for tjenesten er god folkehelse, har man i Norge nå ønsket å skille folkehelsearbeidet fra kurativt og rehabiliterende helsearbeid. Denne mer innsnevrede definisjonen av folkehelsearbeid kan nok være administrativt begrunnet, men skaper et kunstig skille innen feltet. Det er i dag neppe stor uenighet om at tilbud om og kvalitet på helse- og omsorgstjenester har stor betydning for befolkningens helse, både i form av helsefremming og primær, sekundær og tertiær sykdomsforebygging. Aaron Wildavskys (1930–1993) famøse 90–10 regel fra 1970-tallets USA om at medisinsk behandling bare kan påvirke 10 prosent av variasjonen i folkehelsen (målt som dødelighet) (16), undervurderer grovt betydningen av moderne medisinsk forebygging, diagnostikk og behandling, så vel som betydningen av gode helse- og omsorgstjenester for livskvalitet og funksjonsevne knyttet til kronisk sykdom. At samfunnet tilbyr slike tjenester til alle er nødvendig forutsetning for at folkehelsemålene nås (7).

Denne nasjonale distinksjonen bryter også med ideene for *The New Public Health*, en riktignok uferdig filosofi for folkehelsearbeidets tredje æra (5,7,17). Her ønsker man tvert i mot å se adekvate og tilgjengelige helse-tjenester som en integrert del av folkehelsearbeidet. Globalt er det ingen tvil om at basale helsetjenester er essensielle for en god folkehelseutvikling, men også i rike land spiller helse- og omsorgstjenester en betydningsfull rolle for folkehelsen. Denne tenkningen faller godt inn i utviklingen innen norsk samfunnsmedisin, hvor det forebyggende arbeidet kobles sammen med helsetjenester tilpasset behov i befolkningen. Ved å se helsetjenestene i et befolkningsperspektiv og la hensynet til den samlede sykdomsbyrden få prege tjenestenes planlegging og utforming, kan helsetjenesten på alle nivåer gi ytterligere bidrag til folks helse og livskvalitet.

Det er også å skape et kunstig skille når man ønsker å holde individuelt forebyggende arbeid utenfor folkehelsearbeidet. Det er bare når tilstrekkelig mange innretter sin liv på en måte som gagnar egen og andres helse, at målene i folkehelsearbeidet kan nås. Samfunnet må legge forholdene best mulig til rette, men enkeltmennesket må erkjenne sitt ansvar og sitt handlingsrom og få hjelp og støtte til å ta de rette valgene. De 10-15 millionene årlige kontakter i primærhelsetjenesten, de fem millionene polikliniske konsultasjonene og de nær to millionene behandlede pasienter på somatiske sykehus hvert år i Norge gir unyttede muligheter for forebyggende helse-

arbeid. Det bør være en viktig samfunnsmedisinsk oppgave å bidra til at denne kontaktflaten utnyttes bedre i folkehelsearbeidet.

Både folkehelsearbeid og samfunnsmedisin kommer lett i skyggen av den kliniske medisin, enten det gjelder prioriteringer, faglig prestisje eller etterspørsel. Å skille folkehelsearbeidet fra helsetjenesten for øvrig, vil kunne marginalisere ytterligere den innsatsen som har størst potensiale for helsegevinster i fremtiden. Håpet ligger i den nye brobyggerrollen som norsk samfunnsmedisin tar mål av seg til å spille.

Litteratur

1. Rosen G. *A history of public health, expanded edition*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993
2. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850-2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603-2003*, bind 2. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. *History of the Yale School of Public Health*. Yale University, School of Public Health, New Haven, Connecticut. <http://www.yale.edu/printer/bulletin/htmlfiles/publichealth/history-of-the-yale-school-of-public-health.html> lest 15.01.2016
4. Acheson D. *Public Health in England: the Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. London: The Stationery Office, 1988
5. Kickbush I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Publ Health* 2003; 93: 383-8.
6. Mæland JG. *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
7. Tulchinsky TH, Varavikova EA. What is the «New Public Health»? *Public Health Reviews*, 2010; 32: 25-53.
8. Hva er folkehelsearbeid? Kapittel 2 i: *Folkehelsearbeidet – veien til helse for alle*. Rapport IS -1846. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
9. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, et al. red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
10. *Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for samfunnsmedisin*. Versjon 19.5.2015. Spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin, Den norske legeförening, Oslo 2015. <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Samfunnsmedisin/malbeskrivelse-for-samfunnsmedisin/> (lest 15.01.2016).
11. Nylenna M, Larsen B-I. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3217-9.
12. Bruusgaard D. Revidert definisjon av samfunnsmedisin? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1039.
13. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 2954-7.
14. Jenum AK, Ødegaard AK. Alle leger bør ha samfunnsmedisinsk basiskompetanse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 619-20.

15. Ihlebæk C. Legenes rolle i folkehelsearbeid – fra hovedrolle til statist? *Michael* 2009; 6: 395–401.
16. Wildavsky A. Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy. *Daedalus* 1977; 106, 105-23.
17. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al. Public health in the new era: Improving health through collective action. *Lancet* 2004; 363: 2084-6.

John Gunnar Møland
john.meland@igs.uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen