

## Hva er samfunnsmedisin?

*Michael 2016;13: 79–85.*

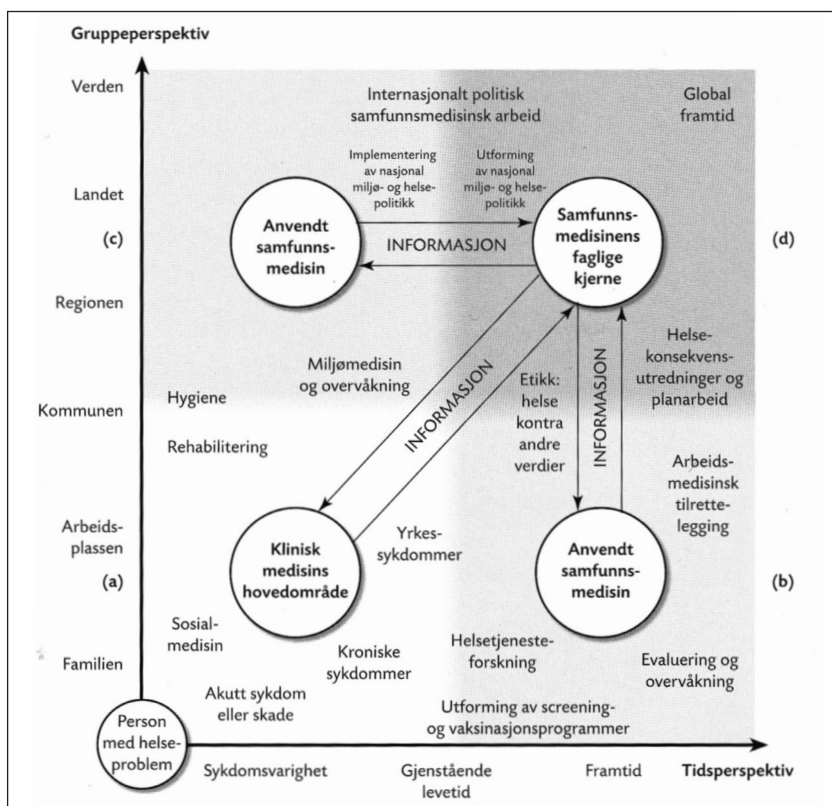
*Alle leger har behov for samfunnsmedisinsk kompetanse. Men samfunnsmedisinen skiller seg så mye fra andre medisinske fagområder at innholdet kan være vanskelig å gripe og forstå. Spesielt krevende er studentundervisningen. Med hovedvekt på sammenhenger og perspektiver blir kontrasten stor til andre undervisningsfag.*

*Dette nummeret av Michael er i sin helhet viet samfunnsmedisinens innhold og samspillet med nærliggende fag og aktiviteter. Gruppedimensjonen er særpreget i samfunnsmedisinen, men også en tidsdimensjon som går ut over den individorientert medisinen, er viktig. Samfunnsmedisin er både fortidens og framtidens fag.*

Ordet *samfunnsmedisin* brukes på flere måter. Det betegner både en medisinsk spesialitet, et arbeidsområde i helsetjenesten og -forvaltningen, et undervisningsfag for studenter og et forskningsfelt.

Fellesnevneren er en bred tilnærming til helse og sykdom og til sammenhengen mellom medisin og samfunn. Mens helsetjenesten for øvrig er mest opptatt av enkeltpersoner her og nå, handler samfunnsmedisin om befolkningsgrupper, gjerne i et langt tidsperspektiv. Øivind Larsen har illustrert samspillet mellom klinisk medisin og samfunnsmedisin grafisk, og vist hvor enkelte arbeidsoppgaver og funksjoner fordeler seg langs en gruppeorientert og en tidsorientert akse (fig 1) (1).

Det er enklere å beskrive samfunnsmedisinens ideologiske kjerne enn fagets praktiske betydning og grensegangen mot andre deler av helsetjenesten. I elleve artikler i dette nummeret av *Michael* drøftes alle disse sidene av samfunnsmedisinen (2-12).



Figur 1: Samfunnsmedisinens særtrekk ligger både i gruppeperspektivet og tidsperspektivet (fra (1))

## Den ene og de mange

Gjennom alle tider har leger hatt og tatt ansvar ikke bare for sine pasienter, men også for befolkningen for øvrig. Råd om levesett og samfunnsorganisering har alltid vært knyttet til medisinsk virksomhet. Karantene for å forebygge smittsom sykdom ble tatt i bruk mange hundre år før oppdagelsen av spesifikke smittestoffer.

Dette samfunnsorienterte legearbeidet har hatt ulike betegnelser. På slutten av 1800-tallet ble begrepet *offentlige gjøremål* brukt om norske legers rettsmedisinske oppgaver, ledelsen av sunnhetskommisjonene, oppfølging av karanteneovens regler mot pest, kolera, gulfeber og kopper, tilsyn med sinnssyke, apoteker, helseinstitusjoner m.m. Noen år senere var *offentlige lægeforretninger* betegnelsen på tilsvarende arbeidsoppgaver (13). Fra 1820-årene hadde også ordet *hygiene* vært brukt om arbeidet med infeksjonsbekjempelse og ernæring og annen samfunnsorientert legevirksomhet (2).

Som et uttrykk for innsatsen med å gjenoppbygge landet etter Den andre verdenskrig, ble *offentlig legearbeid* brukt i og av helseforvaltningen om legenes grupperettede oppgaver og ivaretagelsen av lover og forskrifter som hadde med forebygging av sykdom og offentlig tilsyn av helsevesenet å gjøre (13). Ved universitetene og i studentundervisningen ble *sosialmedisin* etter hvert faget som i etterkrigstiden ivaretok forholdet mellom samfunn og helse, mens de mer tekniske sider av dette fortsatt lå under det gamle faget *hygiene*, senere kalt *forebyggende medisin* (2).

Så vidt vites, ble ordet *samfunnsmedisin* først brukt av Arne-Birger Knap-skog som en norsk variant av det britiske *community medicine* i Helsedirektoratets kontaktorgan *Synapse* i 1975 (14).

«Det er et nært slektskap mellom folkehelsearbeid og samfunnsmedisin, likevel er de ikke identiske begreper», skriver John Gunnar Mæland (4). Folkehelsearbeid defineres gjerne som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen (15). Mens samfunnsmedisin i hovedsak er knyttet til gruppeorientert arbeid utført av leger innen helsetjenestens ulike deler, er folkehelsearbeid en mer omfattende samfunnsoppgave med tydeligere politiske implikasjoner. Folkehelsearbeidet endrer seg for øvrig minst like mye som samfunnsmedisinen med endringer i samfunnet.

## **Før, nå og framover**

Endringene både i betegnelser og oppgaver gjennom tidene avspeiler det Kristian Hagestad kaller samfunnsmedisinens «kontinuerlige utvikling» (3). Mens klinisk medisin endrer seg med forandringer i sykdomsmønster og sykdomsforståelse, diagnostiske metoder og behandlingsmuligheter, endrer samfunnsmedisinen seg også med samfunnsmessige forandringer som demografisk og sosioøkonomisk utvikling, bosettingsmønster, migrasjon, internasjonalisering og mye, mye annet.

Gruppedimensjonen blir som regel ansett som særpreget i samfunnsmedisinen. Tidspdimensjonen undervurderes lett. I den grad vi ser oss tilbake i den medisinske utvikling, er det ofte for å konstatere at dagens forhold må være et slags endepunkt, en selvsagt situasjon. Sjeldnere reflekterer vi over hva som har skjedd underveis, og hvorfor. Enda sjeldnere tenker vi over at det meste vil fortsette å endre seg. Morgendagen blir annerledes enn dagen i dag.

Mens fortiden i beste fall kan lære oss noe om sammenhengen mellom samfunnsutvikling på den ene siden og helse og helsetjenester på den andre, kan fremtiden fortsatt påvirkes. Dagens prioriteringer og dagens planlegging av bomiljø, velferdsordninger og helsetjenester har konsekvenser for flere generasjoner framover. Betydningen og verdien av «de lange linjer» blir ofte glemt i dagens øyeblikksorientert helsetjeneste.

Kunnskap om samfunnsendringer og forståelse av den innflytelsen de har på helse og sykdom – både bakover og framover i tid – er en viktig del av samfunnsmedisinens fundament.

### **Kunnskap og ferdigheter**

Kunnskapsgrunnlaget for øvrig er mangfoldig, akkurat som arbeidsoppgavene er det. Tradisjonelt har epidemiologisk kunnskap stått sentralt. Steinar Westin viser at også forskning i naturvitenskapelig, landbruksvitenskapelig og antropologisk tradisjon bidrar til samfunnsmedisinsk kunnskap (11). Det mest karakteristiske er at samfunnsmedisinen integrerer kunnskap fra ulike fagområder, både samfunnsfag og helsefag. Uttrykket *anvendt samfunnsmedisin* brukes gjerne når analyser og vurderinger omsettes til handling og tiltak (fig. 1). Omsetting av teori til praksis forutsetter en egen kompetanse, nemlig ferdighet, noe som først og fremst utvikles gjennom erfaring.

Kombinasjonen av fagkunnskap og ferdigheter har vært kalt den samfunnsmedisinske verktøykassen (13). Denne verktøykassen inneholder blant annet:

- Metodekompetanse (innen epidemiologi, statistikk, demografi o.l.)
- Forebygging
- Kunnskapshåndtering
- Formidling
- Saksbehandling
- Planarbeid
- Rådgivning
- Ledelse
- Tilsyn
- Internasjonalt arbeid

### **Legespesialiteten og arbeidsområdene**

Medisinske spesialiteter er formelt definerte deler av det medisinske fagfelt som gir leger godkjent kompetanse på et spesifikt arbeidsområde. Oppdelingen er pragmatisk og usystematisk, og avspeiler ulike behov til ulike tider. Noen spesialiteter er basert på pasientenes alder, noen på organer eller organsystemer, noen på sykdomsårsaker og andre på behandlingsmetoder.

Spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin, som ble vedtatt opprettet av Legeforeningen i 1983, er i motsetning til de fleste andre spesialiteter basert på uavgrenset breddekompetanse mer enn på avgrenset dybdekompetanse. For begge disse fagfeltene var det da også i sin tid en diskusjon om en «generalist» kunne bli «spesialist». De to nye spesialitetene ble i *Utposten* lansert som «Knoll og Tott», og dette samtidige opphavet har i litt

for stor grad knyttet samfunnsmedisinen ensidig til kommunehelsetjenesten gjennom mer enn 30 år. At samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver har vært lagt til primærlegene mer enn til sykehusspesialistene i Norge, skyldes både at norsk helsetjeneste opprinnelig besto av offentlige distriktsleger med samfunnsoppgaver, og at nærhet til lokalsamfunnet har vært en viktig kilde og inspirasjon til samfunnsmedisinsk arbeid i tråd med norsk politisk desentraliseringsideologi (16). Men den grunnleggende forskjellen mellom de to spesialitetene er stor; allmennmedisin er en individorientert førstelinjetjeneste, mens samfunnsmedisin er en gruppeorientert spesialitet med oppgaver på alle nivåer i helsetjenesten. En beslektet spesialitet som arbeidsmedisin er også befolknings- og gruppeorientert, men har individrettede oppgaver som samfunnsmedisinen mangler, slik Ingrid Sivesind Mehlum beskriver (5). Tilsvarende er det for akademiske fagfelt som sosialmedisin og trygde- medisin, som dessuten ikke er godkjente legespesialiteter.

Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin består av teori, strukturert veiledning og yrkespraksis. Med nye krav og forventninger til samfunnsmedisinere har også innholdet i spesialistutdanningen endret seg. Samfunnsmedisinerens kompetanse må til enhver tid oppleves som relevant, understreker Henning Mørland, som er leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening (8). Nye spesialistregler i samfunnsmedisin gjelder fra 1. november 2012, og er obligatoriske fra 1. juli 2016 (17).

Samsvaret mellom arbeidsfelt og arbeidsoppgaver og spesialistgodkjenning er mindre for samfunnsmedisin enn for de fleste andre legespesialiteter. Mange leger arbeider helt eller delvis med samfunnsmedisinske oppgaver uten å ha formell spesialistutdanning i faget. Det er f. eks. ingen tradisjon for å kreve spesialistkompetanse for leger som arbeider med samfunnsmedisin i den sentrale helseforvaltning eller som har administrative stillinger i helsetjenesten. Det skyldes selvsagt at de fleste slike stillinger ikke er forbeholdt leger. I de tre store sentrale helseforvaltningsorganene, Helse- direktoratet, Folkehelseinstituttet og Statens helsetilsyn arbeider det til sammen minst et par hundre leger, men bare et lite mindretall av disse er spesialister i samfunnsmedisin (7).

Fortsatt arbeider de fleste samfunnsmedisinere, både med og uten spesialistgodkjenning, i kommunehelsetjenesten. Lokalkunnskap er forutsetning for godt samfunnsmedisinsk arbeid i kommunene, skriver Einar Braaten (6). Rådgivning og veiledning til alle kommunale sektorer og tjenester kan være en del av arbeidet som altså strekker seg langt utover det vi tenker på som helsetjenester.

Samfunnsmedisinsk arbeid på nasjonalt nivå retter seg både mot kommunehelsetjenesten og mot spesialisthelsetjenesten påpeker Astrid Nylenna

(7). Som rådgivere representerer legene i helseforvaltningen en «medisinsk stemme». Det er interessant å observere at også flere av de regionale helseforetakene har ansatt samfunnsmedisinere i sin administrasjon. På den internasjonale arena er behovet for samfunnsmedisinere stort (12).

### Studentundervisningen

Vår tids medisin er teorifattig, og helsetjenesten er individorientert. Diagnoser stilles som regel på bakgrunn av gjenkjennelse av symptomer og tegn, og behandlingen utføres i henhold til retningslinjer og prosedyrer. Dagens leger utdannes først og fremst til «håndverkere» som skal ta seg av enkeltpersoners problemer. Kombinert med økende krav til effektivitet gir dette lite rom for refleksjon og fordypning i systemer og modeller i medisinstudiet.

Det gjør studentundervisning i samfunnsmedisin utfordrende. Enklere blir det ikke av at mange av universitetsmiljøene og -lærerne heller ikke har en klar forståelse for samfunnsmedisinens særpreg. Når f. eks. eksamensoppgaver i samfunnsmedisin kan handle om somatiske komplikasjoner hos pasienter med langvarig rusmisbruk, tyder det på en sammenblanding av samfunnsmessige årsaker til sykdomstilstander og håndtering av disse tilstandene hos enkeltpersoner. Mange av dagens utbredte helseproblemer som eksempelvis overvekt og ensomhet, har en åpenbar sammenheng med samfunnsutviklingen. Både en analyse av slike sammenhenger og strukturelle tiltak for å forebygge og behandle disse problemene er en del av samfunnsmedisinen, men de individuelle konsekvensene må behandles i andre fag som indremedisin og psykiatri.

Som for andre medisinske spesialiteter bør temaene i studentundervisningen avspeile legespesialitetens innhold også i samfunnsmedisin. Det er uheldig for fagets identitet om det blir en «sekkepost» for alt som ikke finner en naturlig plass i andre fag eller undervisningsterminer. Og som Kjell Haug skriver, er det krevende å flytte studentenes oppmerksomhet fra «enkeltindivider til grupper av individer og fra kurativ medisin til forebyggende tiltak» (9). Haug påpeker også paradokset som ligger i å stykke opp i mange små undervisningsemner et fag som er så preget av helhet som samfunnsmedisin er. Samfunnsmedisinsk undervisning skal nettopp handle om sammenhenger og perspektiver, ikke om fragmenter og avgrensninger.

Derfor er det betryggende at samfunnsmedisinsk undervisning, i hvert fall i Trondheim, oppleves som annerledes enn medisinstudiet for øvrig, slik Knut Mork Skagen beskriver det (10). Hans erfaringer med å «betrakte både den individuelle pasienten og oss selv som ledd i et større nettverk av relasjoner og sosial mønstre» (10), tyder på at formidlingen av fagets egenart har lyktes.

Selv om et fåtall av medisinstudentene skal bli spesialister i samfunnsmedisin, må alle leger ha en minimumskompetanse i faget, på samme måte som en minimumskompetanse i psykiatri og kirurgi også er nødvendig, uansett hvilken spesialitet man velger og uansett hvilken stilling man ender opp i. Kulturell forståelse, innsikt i hvorfor samfunnet – og helsetjenesten – er blitt slik det er, og hvordan det fungerer gjennom samarbeid, administrasjon og systemtenkning blir stadig viktigere for alle som arbeider med helsespørsmål.

## Litteratur

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M. Samfunnsmedisin – fagfelt og tenkemåte. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008:27-39.
2. Larsen Ø. Samfunnsmedisin – ord og begreper. *Michael* 2016;13:86-103.
3. Hagestad K. «Gå inn i din tid!». *Michael* 2016;13:104-109.
4. Mæland JG. Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid. *Michael* 2016;13:110-119.
5. Mehlem IS. Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. *Michael* 2016;13:120-125.
6. Braaten B. Samfunnsmedisin i lokalsamfunnet. *Michael* 2016;13:126-134.
7. Nylenna A. Samfunnsmedisineren i den sentrale sentralforvaltningen. *Michael* 2016;13:135-141.
8. Mørland H. Samfunnsmedisin som legespesialitet. *Michael* 2016;13:142-145.
9. Haug K. Samfunnsmedisin i grunnutdanningen. *Michael* 2016;13:146-151.
10. Skagen KM. Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyr! *Michael* 2016;13:152-156.
11. Westin S. Samfunnsmedisinsk forskning. *Michael* 2016;13:157-171.
12. Larsen Ø. Global Samfunnsmedisin: WHO's oppgaver i endring. *Michael* 2016; 13:172-176.
13. Nylenna M. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
14. Knapskog A-B. Hva er «community medicine»? *Synapse* 1975 nr 1:10-3.
15. NOU 1998:18. *Det er bruk for alle*.
16. Nylenna M. Samfunnsmedisin og allmennmedisin – tid for unionsoppløsning? *Utposten* 2005; nr 5 :32-4.
17. <https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/samfunnsmedisin>

Magne Nylenna  
magne@nylenna.no  
Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet  
og  
Institutt for helse og samfunn  
Universitetet i Oslo