

Samfunnsmedisin – ord og begreper

Michael 2016; 13: 86–103.

I medisinske miljøer er diskusjoner om hva samfunnsmedisin egentlig er, en gjenganger. Særlig gjelder dette i forbindelse med etablering av undervisningsopplegg, utarbeidelse av undervisningsmateriell m.v., fordi ordet samfunnsmedisin da har en normativ funksjon. Begrepsinnholdet har variert med tiden. Allerede før medisinsk undervisning var innført i Norge, var det klart at legen også skulle ha kompetanse vedrørende medisinske forhold i samfunnet. I den første, norske studieplanen (1826) ble det nærmere spesifisert hvordan. På 1800-tallet var fagprofilen først samfunnsbygging, inklusive tilrettelegging av helsetjenester. Alt fra 1830-årene ble den samfunnsrettede medisinske aktiviteten mer og mer dominert av kartlegging og forebygging av smittesykdommene, især gjennom grupperettede og strukturelle tiltak. Med den senere professor Carl Schiøtz (1877–1938) ble i løpet av 1920-årene det faglige utgangspunktet dreid mer over mot enkeltpersoners helse, vurdert på gruppenivå, etter mønster av det tyske faget Sozialhygiene. Som universitetsfag hadde samfunnsrettet medisin samlebetegnelsen hygiene fram til 1951, da den mer befolkningsrettede delen ble etablert som faget sosialmedisin under den tidligere hygieneprofessor Axel Strøm (1901–1985). Ordet samfunnsmedisin kom først inn i den alminnelige medisinske språkbruken ved oppstarten av undervisning for medisinerstudenter i Tromsø i 1973 og i Trondheim i 1975. Etter hvert kom betegnelsen inn også ved Universitetet i Bergen. Ved det medisinske fakultetet i Oslo ble ordet formelt tatt i bruk ved den store omorganiseringen av instituttstrukturen i 1990, da man fikk Instituttgruppe for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag. Selv om ordet samfunnsmedisin er det samme før og nå, er det fortsatt uklårheter om hvilke begreper som inngår i det. Dette antas blant annet å skyldes uklårheter om hva legerollen skal omfatte.

I 1808 ga Johann Wolfgang von Goethe (1749–1832) ut første del av verket *Faust: Eine Tragödie*. I scenen fra Fausts arbeidsværelse, der Faust drøfter eksistensielle spørsmål med Mefistofeles, venter en student utenfor for å søke Fausts råd. Endelig blir han sluppet inn. Da er imidlertid Faust gått ut av rommet. Det er Mefistofeles, djevelen, som sitter der og har tatt på seg hans kappe. I den følgende samtalen om akademiske emner, blant annet om forholdet mellom ord og begreper, uttaler Mefistofeles det som er blitt et av de mest kjente Goethe-sitater (1):

Denn eben wo Begriffe fehlen,
Da stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein.

I André Bjerkes (1918–1985) norske gjendiktning (2), som imidlertid sanner noe av originalens sarkastiske snert, lyder sekvensen der sitatet forekommer, slik:

(Mefistofeles:)

...

Ja, stol på ord, så er det gjort:
Da går De inn den sikre port
Til visshetstemplet på vår jord.

(Studenten:)

Men ordet bør vel romme et begrep?

(Mefistofeles:)

Vær trygg: den vanskeligheten overvinnes,
for hvor begreper ikke finnes,
der dukket ordet opp så snart det knep.
Med ord kan man jo føre strider
og reise tankepyramider.
En tro på ord må alle godta;
fra ordet kan man ikke ta en jota.¹

På hjemmesiden til Universitetet i Tromsø finner vi følgende definisjon: «Samfunnsmedisin er studier av sammenhengen mellom folks helse og samfunnet for øvrig»(3). Dette er kort og greit. Bak *ordet* samfunnsmedisin ligger her *begrepene* helse og samfunn. Likevel er ikke alt klart.

De mange medisinske og sosialhistoriske framstillingene som finnes, både internasjonalt og vedrørende Norge, kan fortelle hvordan det samfunnsmedisinske perspektivet generelt kom inn i medisin og offentlig forvaltning for alvor på slutten av 1700-tallet, og er forblitt der mer eller mindre framtrædende siden (4–6).

1 Jota betyr bokstaven «j» på tysk, men her menes en bokstav generelt. Man kan ikke forandre noe som helst i et ord uten at det blir galt.

Definisjonen fra Tromsø hjelper imidlertid ikke med å fastlegge hva begrepet *helse* inneholder i denne forbindelse og heller ikke hva vedrørende begrepet *samfunn* som hører med. Dette er det også logisk umulig å fastlegge en gang for alle, fordi akademiske fag er under kontinuerlig utvikling. Men ikke minst for undervisningen er det viktig å vite *hva* av samfunnskunnskap som forventes å gå inn i tillegg til medisinen, og *hvilket faglige nivå* dette skal ha i yrkesrollene for dem som utdannes, især for legene. Det er her kjernen ligger i det seiglivede spørsmål: Hva er samfunnsmedisin? Det er en uklarhet i forholdet mellom ord og begreper, akkurat som for Mefisto-feles og studenten.

Samfunnsrettet norsk medisin

Da det nye norske universitetet i Christiania ble åpnet i 1811 og norsk medisinerutdanning var under forberedelse, var *legerollen* – hva leger skulle gjøre – allerede et hett tema (7). I en redaksjonell bokanmeldelse fra 1809 i det danske tidsskriftet *Bibliothek for Læger* heter det (8,9):

«...Lægevidenskabens har et dobbelt Formaal. Man seer nemlig, at den ikke blot gaaer ud paa at bære Omsorg for det enkelte Individ (er indskrænket til den kliniske Medicin); men at den også griber nøie ind i Statssamfundet, ved at lægges til Grund for Lovgivningen og alle saavel offentlige, som private Foranstaltninger, der sigte til at befolke Staten og betrygge Borgernes physiske Kraft og Velbefindende.»

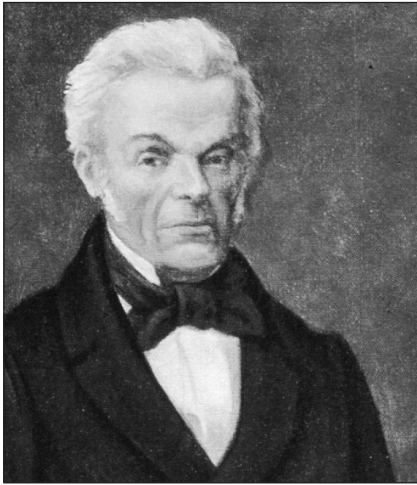
Denne dobbelte målsettingen lå da også til grunn ved utformingen av det medisinske studiet i Norge, der det i studieplanen av 1826 står:

«e) Som indviet i Lægevidenskabens saavel fundamentale som anvendte Dele, bliver den Studerende opmerksom paa den saa kaldte *Statsmedicin* (*Medicina publica*), der ingenlunde udgjør nogen Videnskab for seg selv, men alene et opstillet System, i hvilken Lægen lærer at kjende de Gjenstande, om hvilke Statsbestyrelsen kan hos ham fordrø Oplysning.»

Neste punkt er også interessant:

«f) Efterat den Studerende saaledes er bleven oplært i Lægevidenskabens forskjellige Grene, har han, for at udvide sin videnskabelige Dannelse, at gjøre sig bekjendt med Videnskabens ældre og nyere *Litterairhistorie*.» (10)

Med andre ord: Det ble programfestet at en legeutdannelse også omfattet en bred samfunnsorientering, blant annet for å kunne gi kvalifiserte råd. Den første professor i det som vi i dag ville kalle samfunnsmedisin, var Frederik Holst (1791–1871) (figur 1) og faget ble betegnet med ordet *hygiene*. Holst selv var en av tidens mest betydningfulle nasjonsbyggere og benyttet sine medisinske kunnskaper både i samfunnsplanlegging og i oppbygging av helsevesenet.



Figur 1: Frederik Holst (utsnitt av udatert maleri av Wilhelm Peters (1851–1935) etter en tegning)

Ved begynnelsen av 1800-tallet var høy sykkelighet og høy dødelighet av smittsomme sykdommer og av ernæringssvikt nærmest en normaltilstand. Som det går fram av allmenn medisinhistorisk litteratur, var forebyggende medisin på gruppenivå meget viktig på denne tiden (11). I det medisinske tidsskriftet *Eyr* ble f. eks. forebyggende og kurative tiltak mot kolera omfattende diskutert (9). Sundhetsloven av 1860 hjemlet det offentlige helsearbeidet som sunnhetskommisjonene (helserådene) og distriktslegene skulle utføre (12). Det var således ingen tvil om at samfunnsmedisinsk arbeid hørte med i legerollen, men vinklingen endret seg etter hvert.

I perioden da mikrobiologien utviklet seg sterkt, spesielt i siste del av 1800-årene, ble bakteriologi og hygiene knyttet nær sammen. Faget hygiene ble for en stor del mikrobejakt. Fra omkring 1900 kom ernæring og vitaminforskning inn som et nytt og voksende vitenskapelig felt. Spesielt fra 1853 hadde man hatt en god medisinalstatistikk som ga grunnlag for epidemiologiske analyser og forebyggende medisinske tiltak (13).

Sosialepidemiologien ble stadig viktigere på grunn av den sterke folkeveksten, urbaniseringen og industrialiseringen. Dette fordret også forebyggende tiltak av medisinsk karakter, men fagets norske pioner var teologen Eilert Sundt (1817–1875) (14,15). Arbeidsmedisinen hadde også pådrivere utenom academia, blant annet av politiske årsaker (16,17).

I de første tiårene av 1900-tallet var *hygiene* ordet som dekket det vi i dag betegner som samfunnsmedisin (18). Hovedvekten lå fortsatt på infeksjonsbekjempelse og ernæring. Mange av de helsemessig viktige tiltakene var av strukturell karakter, slike som utforming av boliger og boligstrøk, drikkevannsanlegg og kloakk, avfallshåndtering og skadedyrbekjempelse.

Kampen mot tuberkulosen hadde også en sosialpolitisk agenda. Sykdommen var et sterkt argument for å bedre de alminnelige levekårene. Næringsmiddelhygiene ble også et stort felt ved Universitetets hygieniske institutt. Medisinen hadde med andre ord bred samfunnskontakt, og var ikke bare innrettet på behandling av syke enkeltmennesker.

Carl Schiøtz – forebyggende medisin med mennesker som informasjonsgrunnlag

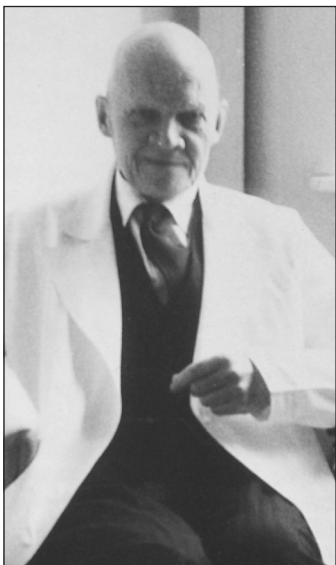
Da Carl Schiøtz (1877–1938) var kommunelege i Nes på Romerike i årene 1907–14, samlet han inn helsedata om ca. 10 000 skolebarn. Dette ble grunnlaget for hans doktorgrad fra 1918. Etter en kort tid på Hamar i 1914 var han å finne i Kristiania, først som reservelege ved Rikshospitalet, deretter som skolelege fra 1917 og sunnhetsinspektør fra 1918. Fra 1916 var han også fabrikklege ved Freia Chokoladefabrik, der det ble opprettet en bedriftslegeordning med helsekontroll som kjerneelement. Schiøtz kunne der fortsette å samle inn helsedata i stort omfang også for voksne. For ham ble dette en viktig kunnskapsbasis for utforming av forebyggende tiltak.

Da hygieneprofessoren og ernæringsforskeren Axel Holst (1860–1931) hadde gått av og professoratet skulle besettes pånytt, var det ikke noen selvfølge hvilken samfunnsmedisinske linje man skulle velge videre. Internasjonalt var nå den bredt anlagte, tyske *Sozialhygiene* en lovende retning. Boligforhold, skolehygiene, oppvekstvilkår og fattigdomsbekjempelse hørte med. Men fortsatt var både ernæringsspørsmål og infeksjonssykdommer påtrengende. Det var flere aktuelle kandidater til stillingen og det ble konkurranseforelesninger. En av søkerne var statens epidemilege 1919–1935 Peter Midelfart Holst (1892–1961) (figur 2), for øvrig Axel Holsts sønn. Han holdt konkurranseforelesning den 5. november 1931 og åpnet med en definisjon av fagområdet:

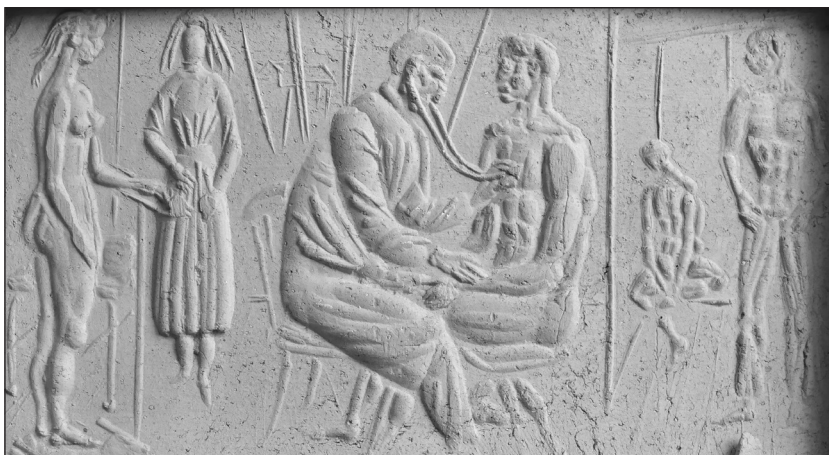
«Hygienien eller den forebyggende medisin er den del av medisinen, som setter sig som mål å forebygge eller begrense sykdom eller sykelighet i befolkningen, forminske dødelighet og derved skaffe de best mulige betingelser for den fulle utfoldelse av den menneskelige organisme» (19).

I forelesningen spesifiserte han dette nærmere. Ikke uventet la han stor vekt på at infeksjonssykdommene fortsatt var viktige, blant annet for helserådenes arbeid, og at hygienens praktiske sider på dette feltet måtte ha stor plass:

«...infeksjonslæren er fremdeles hygienens hovedkapitel og bindeleddet mellom alle dens underavdelinger.»



Figur 2: Peter M. Holst var overlege fra 1935 ved den infeksjonsmedisinske avdelingen ved Ullevål Sykehus, og ble professor der i 1951. (Foto: Øivind Larsen 1960)



Figur 3: Carl Schiøtz driver helsekontroll som bedriftslege. Relieff i terrakotta av Ørnulf Bast (1907-1974), (9x16,5 cm, tilhører forfatteren. Foto: Øivind Larsen)

Men det var Carl Schiøtz som ble den nye professor i hygiene fra 1931. Den 12. oktober 1934 holdt han sin tiltredelsesforelesning. Den hadde tittelen *Hvad er egentlig hygiene?* (20).² Der argumenterte han for at

² Også publisert i *Socialt Arbeid* nr. 1-1935.

Hygiene. Oversiktsplan.		
I. Grunnlag og metoder.		
Hygienens historie.		
Statistikk: a) Teknikk og metode.		
b) Det statistiske grunnlag for hygienen. Medisinalstatistikk.		
Sykdomsdisposisjon ved: Arv, alder, kjønn, klima, årstider og andre perioder.		
Teknikk ved masseundersøkelser: Målinger, typeforskning, klinisk organundersøkelse, funksjonsprøver.		
II. Fagets inndeling.		
A. Generell hygiene.		
Ernæring.	Seksualhygiene.	Profylakse.
Kosthold. Drikkevann. Næringsmiddelkontroll.		Renovasjon, Epidemiologi. Klædedrakt, renslighet. Bolig (opvarming, ventilasjon, belysning).
B. Spesiell hygiene.		
De enkelte organers hygiene.	De enkelte sykdommer.	De enkelte aldre.
Eks.: Hud, øine, tenner o. s. v. Mentalhygiene.	Eks.: a) Infeksjon. 1) Farsottene enkeltvis betraktet. 2) Tuberkulose, lepra, venera. b) Intoksikasjon o. s. v.	Svangerskap. Spebarn. Småbarn. Skolealder. Lærlinge- og utdanningsalder. De forskjellige yrker. Alderdom.
III. Praktisk administrasjon.		
Organisasjon av sundhetsvesenet i Norge. Sundhetslovgivning. Forsorg. Forsikring:		
a) Social: Trygdekasse. Ulykkesforsikring for industriarbeidere — fiskere — sjømenn.		
b) Privat: Livsforsikringens hygieniske betydning. Hygienisk folkeoplysning.		
1 Den sykes vel er den høyeste lov. 2 Folkets vel er den høyeste lov.		

Figur 4: Bilag til Schiøtz' tiltredelsesforelesning 1934 (20).

«...hygienen (må) som helhet videnskapelig bygges op på mennesket selv; det eksisterer alltid, miljøet skifter.»

Det går tydelig fram at han bygger på sine erfaringer som skolelege og bedriftslege (figur 3). Han understreker stadig at man må bygge hygienen på mennesket, ikke på ett eller annet miljøproblem. Han forsøker å systematisere hygienefaget (figur 4) og å gi det en robust og tidløs beskrivelse som ikke rokkes av utviklingen i delområdene. Som universitetslærer i hygiene sier han at han fra visse hold blant kolleger møter en sublimt foraktelig innstilling for faget, men her slår han tilbake:

«Hygienens landevinninger våger nemlig ingen å benekte.»



Figur 5. Axel Strøm. Utsnitt av maleri av Doro Ording (1901-1993), tilhørende Universitetet i Oslo. (Foto: Øivind Larsen)

Den brede, sosialhygieniske tilnærmingen til den forebyggende medisin ble lagt til grunn for undervisningen, og det samme kommer fram gjennom hans store lærebok i hygiene, utgitt i 1937 (21). Den kom i ny utgave med samme tittel i 1938, og neste utgave i 1948. Schiøtz' sans for fagets foranderlighet går fram av at den første boken var utgitt med løsbladsystem, slik at den skulle kunne oppdateres. De neste utgavene hadde imidlertid konvensjonell form.

I 1938 døde Schiøtz, tragisk nok av en av de sykdommene han hadde brukt et helt liv på å forebygge – tuberkulose. Den tredje lærebokutgaven kom i 1948, fortsatt med Schiøtz' navn, revidert av hans etterfølger i professoratet, Axel Strøm (1901–1985) (figur 5). Den er litt tykkere og enda mer sosialhygienisk anlagt, men ideologisk var det fortsatt Schiøtz' bok, uten noen ny definisjon av hva hygiene skulle bestå i.

Mot en oppdeling

I 1951 skjedde det noe som fikk betydning også for ord- og begrepsbruk. Hygieneprofessoratet i Oslo ble delt. Strøm fortsatte som professor, men nå i det nye faget *sosialmedisin*. En ny person kom inn som professor i hygiene, Haakon Natvig (1905–2003) (figur 6), tidligere helseinspektør og sjef for næringsmiddelkontrollen i Oslo kommune. Han hadde doktorgrad (1941) om vitaminers betydning for motstandskraften mot infeksjoner, og representerte derfor den tradisjonelle hygiene. Strøms sosialmedisin tok imidlertid opp i seg det som hadde skjedd med hygienefaget gjennom sam-

funnsutviklingen. De lavere klasser hadde her vært hovedmålgruppe, men nå hadde sosial utjevning gjort at andre problemer kom sterkere fram.

Strøm ga ut en lærebok i sosialmedisin i 1956 (22), og den kom i flere utgaver. Fjerde utgave fra 1973 kom da faget var blitt «modent» (23). Den var skrevet i samarbeid med professorene Per Sundby (f. 1926) og Yngvar Løchen (1931–1998). Innledningen *Hva er sosialmedisin?* kan leses som en ganske detaljert programerklæring. Det er egentlig en versjon av mellomkrigstidens medisinsk og politisk progressive, tyske *Sozialhygiene*. Denne bredt anlagte tilnærmingen til folkehelsen var imidlertid blitt mer eller mindre ødelagt som fag på kontinentet gjennom avsporingene under Hitler-Tysklands nasjonalsosialistiske styre. De opprinnelige sosialhygieniske ideene videreføres imidlertid i det nye, norske sosialmedisinfaget, nyansert med erfaringer fra England og dels fra USA.

I flere land var det misnøye med at hygienen var blitt for teknisk, men også med at medisinen var blitt for opptatt av å behandle enkeltpersoners sykdommer, slik at det sosiale perspektivet hadde bleknet.

«*Sosialmedisinen besjefteger seg med det gjensidige forhold mellom samfunn og helse (uthevet av Strøm), dvs. med de helseproblemer som henger sammen med at mennesket ikke bare er et biologisk individ, men også et samfunnsindivid. Sosialmedisinens oppgave er å analysere de faktorer i samfunnslivet som virker til å bryte ned helsen, dokumentere hvordan disse slår ut i det enkelte samfunn, og, om mulig, peke på veier til å avbøte skadevirkningene.*» (23)

Fordi løsningene på problemer man avdekket, ofte hadde en politisk side, har faget også politisk ladning, og Strøm maner derfor til å holde vitenskap og politikk fra hverandre:

«En sosialmedisiner som ønsker å få rettet på misforhold som han har påvist, kan derfor ikke unngå å bli engasjert i sosialpolitikk. Det må imidlertid være et ufravikelig krav at han ved sine analyser legger de strengeste krav til objektivitet til grunn og bare lar seg lede av ønske om å bringe sannheten frem. Men i valg av politiske løsninger må han stå fritt.» (23)

Strøm skisserte en bred sosialmedisin som egentlig skjøv hygienefaget til side og bidro til å marginalisere det i en akademisk konkurransesituasjon. Dessuten ble teknisk pregede kjerneområder som næringsmiddelhygiene og luftforurensning av ulike årsaker etter hvert skilt ut fra hygienefaget og dels også fra universitetet. Ernæringsmiljøene ble også større andre steder.

Arbeidsforskningsinstituttene, det som er blitt til Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), holdt riktignok til i samme hus som daværende Hygienisk institutt i Gydas vei 8 ved Majorstua i Oslo, men var organisatorisk atskilt og tilhørte endog et annet departement enn Universitetet gjorde. Dette bidro til at arbeidsmedisinen ble mindre framtrædende ved Hygienisk Institutt.

Sosialmedisinen var imidlertid gitt en individrettet, klinisk rolle ved at universitetslærerne også hadde pasientarbeid ved Rikshospitalets sosialmedisinske avdeling. En *Veileder i praktisk sosialmedisin* kom med sin første utgave i 1955 og tok for seg trykkesystemets lover og regler og var forutsatt brukt som supplement til læreboken. Den var et fellesprosjekt ved Institutt for sosialmedisin, men etter hvert ble utgivelsen overtatt av sosialmedisineren, arbeidsmedisineren og den senere kirurgen Rolf Hanoa (f. 1944). Veilederen ble stadig revidert, og femtende utgave (1998) var på 1041 sider. (24)

Befolkningsstudier ble drevet i både den sosialmedisinske og den hygieniske leir. Men sosialmedisinen hadde ikke lenger noe klart allment og befolkningsrettet perspektiv, fordi vekten – prisverdig nok – gled over til vanskeligstilte gruppers problemer og helsebehov. Og hygienen hadde ikke lenger samfunnet som «pasient» på samme måte som før. Denne situasjonen satte sitt preg både på fagavgrensningen og begrepsbruken.

Samfunnsengasjement i urolige år³

I 1970-årene var samfunnsengasjementet sterkt både i akademiske miljøer og ellers. Autoriteter ble utfordret, også i undervisningen. Haakon Natvig hadde gitt ut sin store lærebok i hygiene i 1958 som en fortsettelse av Schiøtz' og Strøms linje (25).⁴ I innledningskapitlet *Hva er hygiene?* konstaterer Natvig at på dette tidspunkt er de fleste leger engasjert i kurativ legevirkosomhet, men:

«En annen viktig oppgave er å bringe de syke så snart som mulig tilbake til hjem og arbeid etter sykdom og ta vare på og eventuelt lære opp dem som på grunn av forbigående eller varige legemlige eller sjelelige mangler ikke kan klare seg selv. Dette er blitt en meget betydningsfull del av *sosialmedisins* oppgaver.

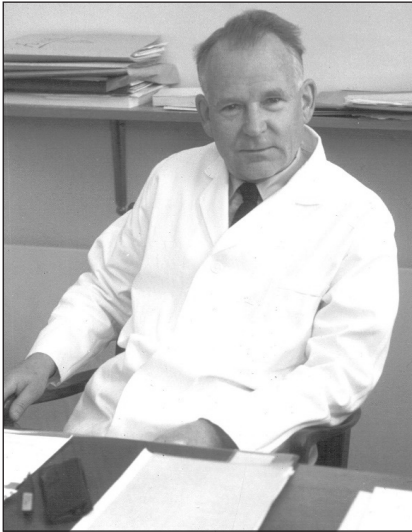
Og så har vi den del av medisinen som har til oppgave å forebygge sykdom og helsesvikt og å fremme helsen og som fortrinnsvis søker å komme til *før* sykdom er inntrådt. Dette er *hygienens* oppgave.

Hygienen kan defineres som vitenskapen om den preventive (sykdomsforebyggende) og den konstruktive (helsefremmende) medisin.»

Denne differensieringen mellom sosialmedisin og hygiene gjenspeiler noe som skjedde med ordet *hygiene* – det ble etter hvert skiftet ut med uttrykket

3 Teksten i det følgende er særlig basert på forholdene ved forfatterens arbeidsplass ved Det medisinske fakultet i Oslo siden 1964, foruten på erfaringene fra Universitetet i Tromsø som timelærer 1971–1976 og (med permisjon) som konstituert professor i forebyggende medisin 1976–1977. Mangeårige kontakter med det samfunnsmedisinske miljøet ved NTNU, dels som innleid timelærer i medisinsk historie, har også vært nyttige, likeledes et styreverv ved daværende Institutt for bedriftsmedisin ved Universitet i Bergen.

4 Revidert utgave 1963, sitat fra denne.



Figur 6: Haakon Natvig (Foto: Øivind Larsen 1975)

forebyggende medisin, Hygiene var ansett som et gammeldags og belærende ord⁵.

Tidens antiautoritære opprør gjaldt også undervisningsformer og lærestoff. Nye utgaver av det som hadde vært den omfattende læreboken i hygiene, ble stadig tynnere og den skiftet navn til *Forebyggende medisin*. Det praktiske kurset i hygieniske teknikker forsvant. Kommende kommuneleger hadde f. eks. ikke lenger lært hvordan et spisesteds dårlige kjøkkenhygiene kunne sjekkes.

Ekskursjoner ut i dagliglivet for å se f. eks. arbeidsmedisinske problemer slik de tok seg ut i virkeligheten på en arbeidsplass, forsvant. Men det var ikke alle studentene som distanserte seg – i det minste i Tromsø i 1976, og senere også i Trondheim, var gjesteforelesninger av byveterinæren, meieri-
bestyreren og kommuneingeniøren mektig populære. Man skjønnte at stoffet var viktig og at det i Nord-Norge hadde «relevans for landsdelen», slik slagordet lød der. Man trengte disse kunnskapene som distriktslege.

Forskningsmessig orienterte forebyggende medisin seg mot *epidemiologi*, og tunge forskningsmiljøer ble bygd opp i Oslo, Tromsø og Trondheim (13). Professor Natvigs etterfølger i Oslo fra 1976, Tor Bjerkedal (1926–2015) ble en sentral person i dette. Han hadde vært professor i hygiene og sosialmedisin ved Universitetet i Bergen 1969–1976 og hadde grunnlagt Medisinsk Fødselsregister som er blitt en sentral database i norsk epidemiologisk forskning. Den raske oppblomstringen av epidemiologien må

⁵ En annen grunn til at ordet hygiene hos oss hadde fått en dårlig klang, er spesielt norsk og litt kuriøs: «Hygieniske artikler» var i dagligspråket blitt tatt i bruk som eufemisme for kondomer.

også sees i lys av den rivende tekniske utviklingen innen tallbehandling som fant sted nettopp på denne tiden. Så sent som i 1960-årene ble det gjort epidemiologiske studier ved å telle opp skjemaer for hånd, bruke «peep-hole cards», Hollerith-hullkort, og å regne statistikk på regnemaskin med sveiv.

Men så oppsto spørsmålet: Var *hygiene*, eventuelt *forebyggende medisin*, nå blitt det samme som *epidemiologi*, slik at man skulle konsentrere seg om dette og nedprioritere andre emner? I Oslo ble det en faglig konflikt om spørsmålet da det ble behov for en ny lærebok til erstatning for det som hadde vært Natvigs bok. Resultatet ble at det kom to bøker, der den ene la vekt på stor bredde og å videreføre perspektivene fra Schiøtz, Strøm og Natvig (26), med senere utgaver som var sterkt modernisert og omarbeidet, men med den samme målsettingen (27. 28) mens den andre konsentrerte seg om tidens begrep forebyggende medisin (29).

De radikale 1970-årene satte sitt preg på både samfunn og universiteter, herunder medisinsk undervisning. Her er det imidlertid et paradoks. Vel var man opptatt av samfunnet, men på samme tid kom to parallelle elementer inn som trakk i retning av enkeltpasienter. For det første: Medisinske atferdsfag ble innført som et fagfelt som i hovedsak dreide seg om lege-pasientforholdet, og hvor opprøret gjaldt legens tradisjonelle autoritet. For det andre: Norsk allmennmedisin var i krise i 1960-årene, men utviklet seg til å bli et prioritert medisinsk hovedfag. Faget allmennmedisin fikk sitt første universitetsinstitutt i 1968 i Oslo. Allmennmedisinen var ifølge sin natur sterkt pasientrettet.

Den antiautoritære bevegelsen i 1970-årene slo i alle retninger, ofte med et akademisk utspring. Målsettingen var uklart atskilt fra saker som kampen mot norsk medlemskap i EU og tidens misnøye med norsk økonomisk politikk. Fra Nord-Norge et eksempel på kulturelt opprør på vegne av befolkningen: Filologen og gymnaslæreren i Svolvær Jack Berntsen (1940–2010) i visegruppa Lovisa sang den etter hvert landeplageaktige *Bygdevisa: Kor e hammaren, Edvard* med tekst av den senere styrelederen i Nordnorsk Kulturråd, Jan Arild Skogholt (1943–2007).

I medisinen gikk opprøret mer innover. Mens ikke minst de radikale akademikere ofte angrep storsamfunnet på en noe romantiserende måte, ble det medisinske opprøret i større grad å verge enkeltmenneskene mot det ubarmhjertige samfunnet, å beskytte og trekke fram dem som var ofrene i *Bygdevisa:no når døra skal spikrast igjen*.

Det ble pasienten i sentrum.

Sosialmedisinen konsoliderer seg på ny

De fagene som etter hvert ble omfattet av ordet samfunnsmedisin som et samlebegrep, utviklet seg forskjellig ved de fire medisinske fakultetene. Blant annet gjelder dette faget *sosialmedisin*. Det ble blant annet i 2004 gitt ut en felles lærebok i faget med bidragsytere fra alle lærestedene (30). Forut for og samtidig med dette arbeidet var det stor interesse for å rydde opp i ord og begreper, ikke minst fordi man hadde behov for dette i forbindelse med spesialistutdanningene i allmennmedisin og samfunnsmedisin. En rekke initiativer ble tatt. F. eks. i *Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin* fra 1996 (31) skilles det mellom yrkesfag, emnefag og metodefag, en logikk som etter hvert er allment anvendt. I dette systemet er *miljømedisin* (hvilket kan forstås som teknisk hygiene, dvs. den «gammeldagse» hygienens miljørettede sider) og *sosialmedisin* to av det samfunnsmedisinske yrkesfagets fire søyler, og altså underordnet begrepet og ordet *samfunnsmedisin*. (De to andre søylene er henholdsvis *epidemiologi og statistikk* og *helsetjenesteadministrasjon og helsetjenesteforskning*). Det som kan virke noe forvirrende i første omgang, er imidlertid at ordet samfunnsmedisin både brukes for det overordnede fagfeltet, og for yrkesfaget samfunnsmedisin som relaterer seg til Legeforeningens spesialitetsbegrep.

I 2003 ble det satt i gang et prosjekt i Sosial- og helsedirektoratet for å drøfte behovet for samfunnsmedisinsk arbeid i Norge, å beskrive en vei til fornyelse i norsk samfunnsmedisin med utgangspunkt i dagens status for faget og å foreslå tiltak som kunne føre til en ønsket utvikling i en femårsperiode. Også her finner vi i sluttrapporten en oversikt over de fagområdene som går inn under paraplybetegnelsen samfunnsmedisin (32).

Den nye felles læreboken i sosialmedisin kom i 2004 (30) (Den reviderte 2. utgave fra 2011, ved John Gunnar Mæland, Kjell Haug, Georg Høyér og Steinar Kokstad, er i det vesentlige en nedkortet versjon av den første og har ikke noen ny vinkling på faget.) Definisjonen i boken beskriver sosialmedisinen som et *sentralt kunnskapsområde* om sammenhengene mellom sosiale forhold og helse, som et *perspektiv* for medisinsk praksis, og som et *verdigrunnlag* basert på en solidarisk holdning til helseutfordringene, lokalt og globalt. Til definisjonen hører en tabell over anvendte fagbetegnelser (figur 7). Den gjengis her som faksimile (med tillatelse) for å vise hvordan bruken av ord og begreper nå er gått inn i et vel etablert system som er basert på tidligere diskusjoner. Vi ser i figur 7 en struktur og et hierarki for ord og begreper som bør kunne lette fagutviklingen framover.

Legg merke til at arbeidsmedisin er definert inn som samfunnsmedisinsk yrkesfag i henhold til Legeforeningens spesialistregler. Se også på listen over emnefag. De fleste av dem har med litt ulike betegnelser vært med siden

Tabell 1.1 Inndeling av allmenntedisinske og samfunnsmedisinske fagbetegnelser (Bjørndal, Fugelli og Westin 1993)*

Yrkesfag

Allmenntedisin

Samfunnsmedisin

Arbeidsmedisin

Emnefag

Klinisk primærmedisin

Sosialmedisin, inkludert trygdemedisin

Forebyggende medisin

Miljømedisin

Helsetjenesteforskning, helseadministrasjon og helseøkonomi

Kvinnehelse

Internasjonal helse

Medisinsk antropologi

Medisinsk etikk

Medisinsk historie

Medisinske atferdsfag

Metodefag

Epidemiologi

Medisinsk statistikk

Kliniske forskningsmetoder

Samfunnsvitenskapelige forskningsmetoder

* Som yrkesfag regner vi de spesialitetene som er godkjent av Legeforeningen/Helsedepartementet. Kunnskapsgrunnlaget for yrkesfagene er satt sammen av elementer fra *emnefagene*, hvorav noen tidligere var yrkesfag, for eksempel sosialmedisin, og der det gjerne finnes egne lærebøker. Fagutviklingen i yrkesfagene og emnefagene bygger på forskning, der *metodefagene* forvalter de redskaper og analyseperspektiver som trengs for det vitenskapelige arbeidet.

Figur 7: Fagbetegnelser hos Mæland & al. 2004.

samfunnsmedisinens oppvåkning for 250 år siden, men utvalget av begreper sender ut signaler om viktighet i dagens samfunn. Emnefagene har relevans både for allmenntedisin og samfunnsmedisin. Til sammen burde de gi kunnskapsgrunnlag for totaloversikt og totalforståelse av medisinske kunnskapers rolle og anvendelse i samfunnet, ved å by på kunnskaper både i tid og rom.

Et eksempel: Historiske kunnskaper og historiske prosjekter kan vise hva som har virket og hva som ikke har virket av samfunnsmedisinske tiltak. De kan også dokumentere forholdet mellom folkehelse og samfunn i vid

forstand. Samfunnsmedisinsk planlegging har gjerne fjerne tidshorisonter. Mange av Frederik Holsts ideer lever fortsatt etter to hundre år. Og hva kan vi lære av kontrasten mellom den økonomisk drevne boligreisningen i Kristiania i tiden før boligkrakket i 1899, og den sterkt samfunnsmedisinsk influerte boligbyggingen i årtiene som fulgte (33,34)? Utover på 2000-tallet er prognosene at norske byer og tettsteder kommer til å vokse sterkt. De erfaringene man har samlet om helseeffekten av planlegging ut fra medisinske hensyn, kommer ikke med hvis man for det første ikke kjenner historien og for det andre ikke oppfatter samfunnsrettet planarbeid som et medisinsk anliggende.

Et annet eksempel: Medisinsk antropologi er kommet inn med full tyngde som fag, ikke bare for å kartlegge helseoppfatninger i fremmede kulturer som Norge får mer og mer kontakt med, men også for å skaffe praktisk anvendbare kunnskaper om norsk helseoppfatning.

Samfunnsmedisin og legerolle

Selvransakelsen innen sosialmedisinen har gjort mye som var uklart, klarere. Spesielt er det viktig at sosialmedisinen har erkjent sin plass som en av den overordnede samfunnsmedisinens søyler. Vi har også de andre søylene. Men er det noe som mangler for å gjøre samfunnsmedisinen tilpasset sin tid? Representerer samfunnsmedisinen den samme totaloversikt og totalforståelse som Frederik Holst, Carl Schiøtz, Axel Strøm og Haakon Natvig tilstrebet?

Å gi et svar på det, fordrer at vi ser på at det også her er paradokser. De samfunnsmedisinske miljøene beveger seg f. eks. stadig mer i retning av en global samfunnsforståelse. Da har utviklingen gjort at det mangler mange temaer som var sentrale i det gamle hygienefaget. Allerede i 1991 påpekte den medisinske antropologen Benedicte Ingstad (f. 1943) og legen Sigrun Møgedal (f. 1943) hvordan samfunnsmedisinen tok seg ut i et utviklingslandsperspektiv (35). Et eksempel: Uten kunnskaper om gammeldags «hardcore» hygiene vil en nyutdannet norsk lege stille dårlig rustet, eventuelt hjelpeløs, i et utviklingsland der de hygieniske forholdene kan tilsvare det vi hadde her i landet for bare to-tre generasjoner tilbake. Dessuten vil en ensidig forståelse av medisinen som pasientrettet, gjøre det vanskelig der det er strukturelle, tekniske og økonomiske tiltak som trengs. Der må man også ha kunnskaper og internalisert forståelse. Med andre ord: I faget samfunnsmedisin i en medisinerutdanning som orienterer seg globalt, trengs det noe mer enn vi har i dag. Alt kan slås opp i bøker og googles på internett, men det er viktig å ha et rammeverk av basalkunnskap, slik at man *vet hva man ikke vet*.

Et annet, høyst nasjonalt paradoks: Hvis en matbåren epidemi rammer en norsk kommune, er det kommunelegen som har ansvaret, mens det er veterinæren som har kunnskapene. Er det klokt å ha det slik?

Kanskje er det vi egentlig snakker om, at *legerollen* må omdefineres? At vi må bli enige om en internasjonalt anvendbar legerolle, med de utdanningsmessige tilpasninger dette vil medføre? Med et åpent arbeidsmarked for leger, må også den kunnskapsmessige profil stemme overens med dette.

Sosialmedisin – på sporet av det tapte fag kalte Per Fugelli, Kjell Haug, Georg Høyer og Steinar Westin sin gjennomgang av hva sosialmedisinen er og skal være (36). Mål, mening og innhold for den overordnede samfunnsmedisin kunne trenge en tilsvarende diskusjonsrunde. Vi kommer neppe lenger med stadig å stille spørsmålet *Hva er samfunnsmedisin?* Det trengs en grundig drøfting av begrepene bakom, hva som skal være med og på hvilken måte.

Mefistofeles og samfunnsmedisinen

Tilbake til Goethe og djevelen som forkledd i vismannens kappe svarer den søkende student.

Ordet *samfunnsmedisin* er kommet inn i vårt vokabular. Som Goethe sier, med ord kan strider føres. Men det er ikke *ordet* samfunnsmedisin, det er de underliggende *begrepene* vi må bli enige om.

Kanskje har Mefistofeles rett:

Denn eben wo Begriffe fehlen,
Da stellt ein Wort zur rechten Zeit sich ein.

Kanskje kan det også være en fordel å treffe djevelen når man søker vismannen?

Litteratur

1. Goethe JWv. *Faust: Eine Tragödie*. Stuttgart: Reclam Verlag, 1971 (nettutgave).
2. Goethe JWv. *Faust. En tragedie*. Gjendiktet av André Bjerke. Oslo: Aschehoug, 2000.
3. www.uit.no (pr. 070316)
4. Natvig H. *Hygiene*. Oslo: Liv og Helses forlag, 1958.
5. Larsen Ø, red. *Forebyggende medisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 1975.
6. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD, red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*, Oslo: Universitetsforlaget 1992.
7. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. *Michael* 2014; Supplement 14.
8. Callisen H. *Physisk-medicinske Betragtninger over Kiøbenhavn*. Kiøbenhavn: Brummer, 1807. (Usignert anmeldelse) *Bibliotek for Læger* 1809; 1: 153.

9. Nylenna M, Larsen Ø. *Eyr* – portrett av et tidsskrift. *Michael* 2015; Supplement 17, s. 49.
10. Studieplan for den medicinske Studerende ved det Kongelige Frederiks Universitet. *Eyr* 1826; 1: 279-83.
11. Holst PM. *Våre akute folkesykdommers epidemiologi og klinikk*. Oslo: Aschehoug, 1954.
12. *Lov om Sundhedscommissioner og om Foranstaltninger i Anledning af epidemiske og smittsomme Sygdomme. Stockholms Slot 16de Mai 1860*. Se: Larsen Ø (ed.) Sundhetsloven. Lov og forarbeider. *Michael* 2010; 7: Supplement 8.
13. Næss Ø, Bakkeiteig L, red. History of Epidemiology in Norway. *Norsk Epidemiologi* 2015; 25 (1-2): 1-114.
14. Christophersen HO. *Eilert Sundt: En dikter i kjensgjerninger*. Oslo: Gyldendal, 1962.
15. Krokstad S, Sund ER. Norwegian social epidemiology during 200 years. *Norsk Epidemiologi* 2015; 25 (1-2): 99-106.
16. Natvig H, Thiis-Evensen sen E. Arbeidsmiljø og helse: Yrkeshygienernes og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling. *Norsk Bedriftshelsetjeneste* 1983; 4: 1-333.
17. Kristensen P, Kjuus H. Two hundred years of occupational epidemiology in Norway. *Norsk Epidemiologi* 2015; 25 (1-2), 71-77.
18. Schiøtz A. *Folkets helse – landets styrke 1850–2003*. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
19. Holst PM. Hygienens videnskapelige og praktiske opgaver. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1932 nr. 6 (særtrykk).
20. Schiøtz C. Hvad er egentlig hygiene? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1935; 55: 323-41.
21. Schiøtz C. *Lærebok i hygiene*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag, 1937.
22. Strøm A. *Lærebok i sosialmedisin*. Oslo: Fabritius og Sønners Forlag, 1956.
23. Strøm A. *Lærebok i sosialmedisin*. 4. utg. Oslo: Fabritius forlag, 1973.
24. Hanao R. *Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon*. 15. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
25. Natvig H. *Hygiene*. Oslo: Liv og Helses forlag, 1958.
26. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD, red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992. (Senere opptrykk Gyldendal Akademisk).
27. Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red. *Helse for de mange – samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
28. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M, red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2008.
29. Bjerkedal T. *Forebyggende medisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992.
30. Mæland JG, Fugelli P, Høyer G, Westin S, red. *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
31. Getz L, Westin S. *Håndbok for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin*. Oslo: ad Notam Gyldendal, 1996.
32. Nylenna M. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.

33. Larsen Ø. *Boligmiljø og samfunnsmedisin – noen problemstillinger*. Oslo: Universitetet i Oslo, 2000.
34. Ridderstrøm G. *Helse og fysisk planlegging i Norge 1814–2008*. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige fakultet, 2015. (ph.d. avhandling)
35. Ingstad B, Møgedal S, red. *Samfunnsmedisin – perspektiver fra utviklingsland*. Oslo: Gyldendal, 1991.
36. Fugelli P, Haug K, Høyer G, Westin S. Sosialmedisin – på sporet av det tapte fag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3057-61.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

Kollegene Magne Nylenna og Steinar Westin takkes for interessante diskusjoner og verdifulle innspill og kommentarer under arbeidet med artikkelen.