

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Hva er
samfunns-
medisin?

2/16



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Hva er samfunnsmedisin?

Michael 2016;13: 79–85.

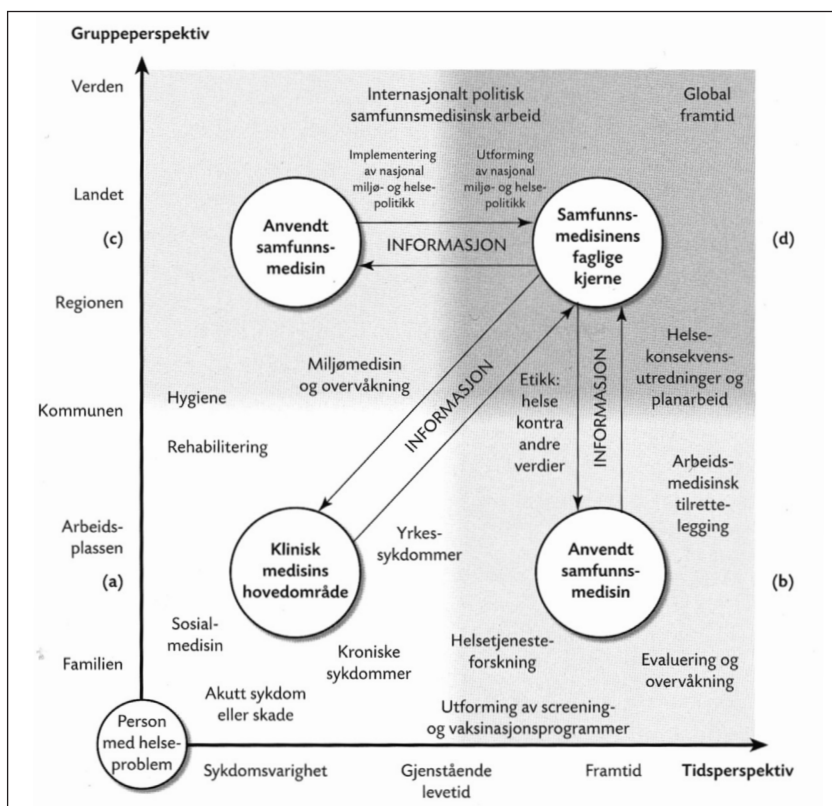
Alle leger har behov for samfunnsmedisinsk kompetanse. Men samfunnsmedisinen skiller seg så mye fra andre medisinske fagområder at innholdet kan være vanskelig å gripe og forstå. Spesielt krevende er studentundervisningen. Med hovedvekt på sammenhenger og perspektiver blir kontrasten stor til andre undervisningsfag.

Dette nummeret av Michael er i sin helhet viet samfunnsmedisinens innhold og samspillet med nærliggende fag og aktiviteter. Gruppedimensjonen er særpregget 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 leveste 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 karantenelovens regler mot pest, kolera, gulfieber 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 leges virksomhet (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. Tidsdimensjonen 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 trygdemedisin, 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. Samfunnsmedisinere 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 en 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 helse spørsmål.

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. Mehlum 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

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 uklarheter om hvilke begreper som inngår i det. Dette antas blant annet å skyldes uklarheter om hva leggerollen 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 *begrepen* 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 ogsaa 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.»

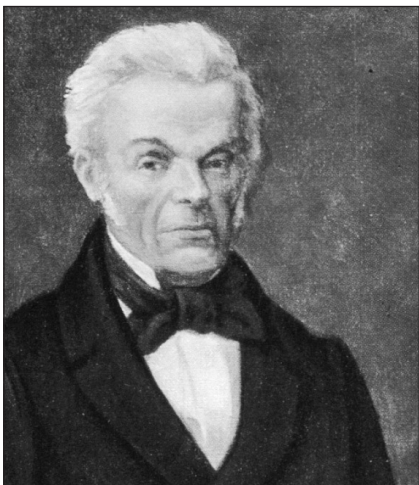
Denne dobbelte målsettingen lå da også til grunn ved utformingen av det medisinske studiet i Norge, der det i studieplanen av 1826 står:

«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

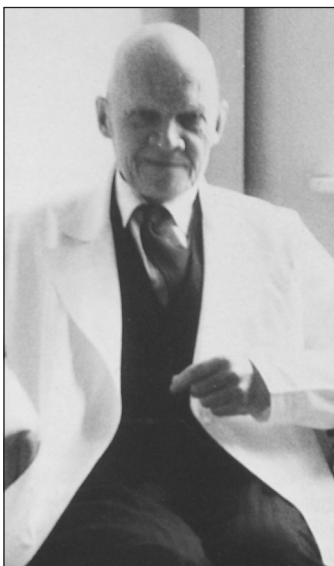
Da Carl Schiøtz (1877–1938) var kommunelege i Nes på Romerike i årene 1907–14, samlet han inn helsedata om ca. 10 000 skolebarn. Dette ble grunnlaget for hans doktorgrad fra 1918. Etter en kort tid på Hamar i 1914 var han å finne i Kristiania, først som reservelege ved Rikshospitalet, deretter som skolelege 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:

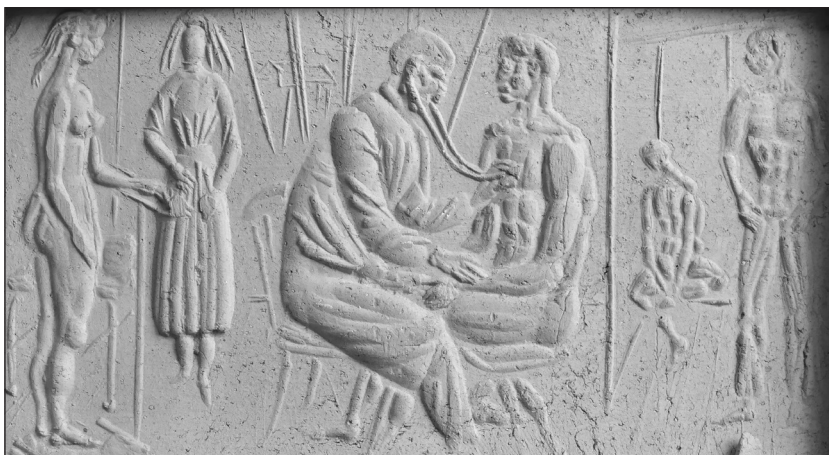
«Hygienien eller den forebyggende medisin er den del av medisinen, som setter sig som mål å forebygge eller begrense sykdom eller sykелighet i befolkningen, forminske dødelighet og derved skaffe de best mulige betingelser for den fulle utfoldelse av den menneskelige organisme» (19).

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 mellem 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.		Renovasjon, Epidemiologi.
Næringsmiddelkontroll.		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. Lærings- og utdannelsesalder. 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 løssbladsystem, 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 breidt 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 beskjeftiger 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 skjov 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 Hanao (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 *sosialmedisinens* oppgaver.

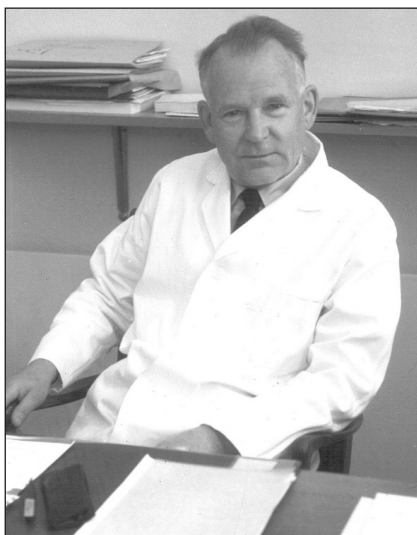
Og så har vi den del av medisinen som har til oppgave å forebygge sykdom og helsesvikt og å fremme helsen og som fortrinnsvis søker å komme til *før* sykdom er inntrådt. Dette er *hygienens* oppgave.

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- og kommuningeniøren 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 Høyer 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 allmennmedisinske og samfunnsmedisinske fagbetegnelser (Bjørndal, Fugelli og Westin 1993)*

Yrkesfag

Allmennmedisin

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 allmennmedisin 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. *Fysisk-medicinske Betragtninger over Kiøbenhavn*. Kiøbenhavn: Brummer, 1807. (Usignert anmeldelse) *Bibliothek 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 epidmiologi 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: Yrkeshygienenes 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. Hanoa 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 allmennmedisin*. 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.

«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 enkeltdokumentet 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 enkelt-individet 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 *tilråding*, *anbefaling* og *bidragsyting*. Samfunnsmedisinaren er i stor grad premissleverandør og rådgivar meir enn beslutningstakar.

Samfunnsmedisinsk tenkemåte

Sjølvs om formuleringar om faget samfunnsmedisin må endrast og moderniserast i takt med samfunnsutviklinga; er det avgjerande viktig at den grunnleggjande 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 òg 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 nærståande. 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 samfunnsmedisinaren 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 helserisiko 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 tilsetting 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

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 helse-tjenester å være en integrert del av folkehelsearbeidet, i tråd med samfunns-medisinsk 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 politikkutforming. 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 folkehelserevolusjonen, 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 sammentreff.

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-tjenenesten: innen kommunehelsetjenesten, innen helseforetak, og på regional/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 retts-sikkerhet 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 Helse-direktoratet 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 legeforening, 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

Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Michael 2016; 13: 120–125.

Samfunnsmedisin handler om samspillet mellom samfunn og helse, mens arbeidsmedisin omhandler forholdet mellom arbeid og helse. De to fagområdene har mye felles, men det er også til dels store forskjeller mellom dem.

Forebyggende og helsefremmende arbeid er viktige oppgaver for begge fagområder. Arbeidsmedisin praktiseres av leger både i bedriftshelsetjenester og ved arbeidsmedisinske avdelinger på sykehus, samt enkelte andre steder og befinner seg derfor både i første- og annenlinjen. Fagområdet har et gruppeperspektiv, men forholder seg også til enkeltpersoner gjennom utredning av arbeidsrelatert sykdom, helsekontroller og tilrettelegging av arbeid. Arbeidsmedisin kan derfor være vanskelig å plassere.

Selv om arbeidsrelaterte helseproblemer er vanlige i befolkningen, er arbeidsmedisin lite synlig i det medisinske landskapet. Andre leger ser sannsynligvis flere tilfeller av arbeidsrelatert sykdom enn arbeidsmedisinere, og hvis de ikke tenker på at arbeid kan være årsak til sykdommen, er det ikke sikkert pasienten får den beste behandlingen.

Samfunnsmedisin blir beskrevet som grupperettet helsearbeid, der perspektivet er samspillet mellom samfunnet og befolkningens helse (1), mens arbeidsmedisin er det medisinske fagområdet som omhandler forholdet mellom arbeid og helse (2). Disse beskrivelsene indikerer at de to fagområdene har mye felles. Det ene fokuserer på forholdet mellom samfunn og helse, det andre mellom arbeid og helse. Hovedoppgavene innen arbeidsmedisin er å forebygge arbeidsrelaterte sykdommer og skader, fremme helse i arbeidslivet og yte bistand ved rehabilitering og ved oppstått arbeidsrelatert helseskade (2).

Det er godt dokumentert at arbeid har stor betydning for folks helse. Norske studier har vist at 60 % av personer i alderen 30–45 år rapporterer

arbeidsrelaterte helseproblemer (3), at ca. halvparten av konsultasjoner i allmennpraksis blant yrkesaktive personer angis å ha sammenheng med arbeid (4), og at så mye som 30–40 % av sykefraværet kan ha sine årsaker i folks arbeid (5). Den arbeidsrelaterte andelen har vist seg å være enda høyere ved muskel- og skjelettlidelser. I nordiske studier er det beregnet at 3–4 % av dødelighet i befolkningen er arbeidsrelatert (6, 7) og at man uten yrkeseksponering kunne ha unngått ca. 20 % av lungekrefttilfeller blant norske menn, 85 % av mesoteliomer og 32 % av nese- og bihulekrefttilfeller (8, 9). Oversiktsarbeider har beregnet at ca. 15 % av astmatilfeller blant voksne og 15 % av KOLS-tilfeller i befolkningen kan tilskrives arbeid (10). Oversiktsarbeider har også vist at arbeidsforhold har betydning for muskel- og skjelettlidelser (11), psykiske lidelser (12) og hjerte-karsykdommer (13). Dette viser at arbeidsforhold har betydning for mange sykdomsgrupper, med stor betydning for helse i befolkningen. Samtidig kan gode arbeidsforhold virke helsefremmende.

Litt historie

Både samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er relativt unge som spesialiteter. Samfunnsmedisin ble opprettet som spesialitet i 1984 (1), samme år som kommunehelsetjenesteloven av 1982 trådte i kraft. Spesialiteten i arbeidsmedisin ble godkjent i 1991, og erstattet den tidligere spesialiteten i yrkesmedisin, som var blitt opprettet i 1975, og (på visse vilkår) den tidligere betegnelsen Bedriftslege Dnlf (2).

Det ligger utenfor rammen av denne artikkelen å gi en beskrivelse av den historiske utviklingen av arbeidsmedisin i Norge, og det vises derfor til annen litteratur om dette (14, 15). Jeg skal bare kort nevne enkelte milepæler fra historien. Allerede i 1656 fantes den første berglegen ved Sølvverket på Kongsberg, og utover på 1700- og 1800-tallet ble det ansatt verksleger og etter hvert fabrikkleger flere steder (16). Etter Fyrstikkarbeiderstreiken i 1889 ble det pålagt helsekontroll av fyrstikkarbeidere fordi flere arbeidere hadde utviklet fosfornekrose (16). I 1917 startet Carl Schiøtz (1877–1938) en bedriftslegeordning ved Freia, med helsekontroll av de ansatte, og andre bedrifter fulgte etter (16). I 1943 ble bedriftslegeordningen etablert som en avtale mellom arbeidslivets parter og Legeforeningen (16). Arbeidsmiljøloven ble innført i 1977 og krevde at bedrifter skulle ha bedriftshelsetjeneste når det var «nødvendig å gjennomføre særlig overvåkning av arbeidsmiljøet eller helsekontroll med arbeidstakerne». Det ble da mer fokus på miljø og mindre på helsekontroller. I 1989 ble 20 bransjer pålagt å ha bedriftshelsetjeneste, og i 2010 ble denne plikten utvidet til flere bransjer, bl.a. helsevesenet, samtidig som bedriftshelsetjenestene måtte være godkjent av Arbeidstilsynet.

Den første yrkesmedisinske sykehusavdelingen ble etablert ved sykehuset i Telemark i 1977, men allerede fra 1947 fantes en yrkesmedisinsk poliklinikk tilknyttet Arbeidstilsynet (17), og denne ble overført til det som nå heter Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) i 1964 (18). Omkring 1990 ble det opprettet arbeidsmedisinske avdelinger ved alle regionsykehusene. I dag finnes det fem slike sykehusavdelinger (i Tromsø, Trondheim, Bergen, Skien og Oslo), i tillegg til avdelingen ved STAMI. I 1990 ble også Institutt for arbeidsmedisin ved Universitetet i Bergen opprettet, med Legeforeningen som pådriver (18).

De senere årene har de arbeidsmedisinske avdelingene også blitt opptatt av forhold i det ytre miljøet, og flere har skiftet navn til Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (19). Miljømedisin er vel strengt tatt et fagområde som hører mer inn under samfunnsmedisinen, men fordi de arbeidsmedisinske avdelingene har kompetanse til å vurdere sammenhenger mellom miljøeksponering og sykdom, og det er få andre som har dette i annenlinjetjenesten, har de i noe begrenset omfang utredet slike saker.

Befolkningsnivå og individnivå

Samfunnsmedisinen har et befolknings- og gruppeperspektiv, og arbeidsmedisinen har til dels også dette. Vi er opptatt av sammenhenger mellom arbeid og helse i bedrifter, avdelinger, yrkesgrupper og helt ned på de enkelte arbeidsoperasjoner. Men vi har også et individperspektiv. I bedriftshelsetjenestene utføres det fortsatt helsekontroller, som nødvendigvis foregår på individnivå, og mange av disse er lovpålagte. Formålet er å forebygge arbeidsrelatert sykdom, dels ved å identifisere personer som har en sykdom eller helsetilstand som gjør dem mer sårbare for eksponeringen på arbeidsplassen, slik at det kan settes inn beskyttende tiltak, eller de kan settes til annet arbeid, og dels ved å identifisere tilfeller av arbeidsrelatert sykdom eller andre indikasjoner på helseskadelig eksponering. Kartlegging av arbeidsmiljø og eksponeringer er derfor viktig og foregår ofte i samarbeid med andre faggrupper i bedriftshelsetjenesten, som yrkeshygienikere, fysioterapeuter eller ergoterapeuter, sykepleiere og psykologer. Der man finner helseskadelig eksponering, vil det ofte være nødvendig med tiltak på avdelings- eller gruppenivå. Mange bedriftshelsetjenester har også det som ofte kalles «arbeidsmedisinsk poliklinikk», der ansatte kan ta kontakt dersom de opplever arbeidsrelaterte helseproblemer (eller lurar på om de har det) eller andre problemer knyttet til arbeid. Tilrettelegging av arbeid og arbeidsplass, og oppfølging av sykmeldte er også sentrale arbeidsoppgaver. Tidligere ble det drevet en del kurativ virksomhet i mange bedriftshelsetjenester, men dette ble betydelig redusert etter at fastlegeordningen ble innført i 2001.

Ved de arbeidsmedisinske avdelingene gjøres også utredninger av arbeidsrelatert sykdom. Mange er henvist fra fastlege, bedriftslege eller spesialister, med spørsmål om arbeid kan være årsak til sykdommen. Andre er henvist fra NAV eller forsikringsselskap, som ber om spesialisterklæring med vurdering av om kriteriene for yrkessykdom er tilfredsstilt. I begge tilfeller er det ofte tidkrevende utredninger, med detaljert kartlegging av arbeidseksponering og andre mulige årsaker til sykdommen. I tillegg må man sette seg inn i vitenskapelig litteratur om eventuelle sammenhenger mellom de aktuelle eksponeringer og sykdommen.

Arbeidsmedisin er dermed også et klinisk fag, i tillegg til at vi er opptatt av miljø og gruppenivå. Vi hører dessuten hjemme både i førstelinjetjenesten, der bedriftshelsetjenesten må sies å være, og i annenlinjetjenesten, der de arbeidsmedisinske avdelingene befinner seg, og er derfor ikke alltid så lett å plassere. I gjennomgangen av spesialiststrukturen som Helsedirektoratet gjennomfører, har samfunnsmedisin og allmennmedisin fått sine egne kategorier. Nå har visstnok også arbeidsmedisin fått dette, men opprinnelig ble vi plassert sammen med sykehusspesialitetene. Det passer godt for de arbeidsmedisinske avdelingene, men ikke for bedriftshelsetjenestene.

Som om ikke det er nok, hører arbeidsmedisinen til dels inn under et annet myndighetsområde enn det meste av helsetjenesten, som ligger under Helse- og omsorgsdepartementet, og der Helsetilsynet og fylkeslegene er tilsynsorganer. Arbeidstilsynet fører tilsyn med tjenestene fra bedriftshelsetjenesten for landbaserte bransjer og Petroleumsstilsynet i offshoreindustrien (20), og begge disse ligger under Arbeids- og sosialdepartementet, noe også STAMI gjør. Det er likevel fylkeslegene som fører tilsyn med helsepersonellet i bedriftshelsetjenesten på samme måte som med annet helsepersonell (20). De arbeidsmedisinske sykehusavdelingene er få og små, og har gjentatte ganger vært truet av nedskjæringer, og til og med nedleggelser. Fra 2008 har Arbeids- og sosialdepartementet derfor satt av øremerkede midler for å styrke utrednings- og utdanningskapasiteten i arbeidsmedisin ved disse avdelingene.

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Samfunnsmedisin omhandler samspillet mellom samfunnet og befolkningens helse. «Samfunnet» har imidlertid en rekke kvaliteter og kan påvirke befolkningens helse på mange måter, og fagområdet blir dermed veldig vidt og kan kanskje oppleves som litt uoversiktlig for mange. Arbeidsmedisin omhandler samspillet mellom arbeid og helse, og er begrenset til forhold i arbeidet og på arbeidsplassen, og vil ofte framstå som mer konkret og oversiktlig. Arbeidsrelatert sykdom betegner sykdom som er forårsaket helt eller

delvis, eller forverret av arbeidet. Det finnes vel neppe noe tilsvarende uttrykk som betegner sykdom som har sammenheng med det samfunnsmedisinske fagområdet som helhet.

Forebyggende og helsefremmende arbeid er viktige oppgaver for begge fagområder, og nevnes spesifikt i begge spesialiteters målbeskrivelser. Det er alltid utfordrende å skulle vise effekten av slikt arbeid. Hvordan dokumenterer man at personer ikke blir syke, med andre ord at de fortsetter å holde seg friske? Vanligvis må man bygge på observasjonsstudier og epidemiologiske metoder, for det er sjelden aktuelt å randomisere personer til helseskadelig eksponering, selv om det kan gjøres intervensjonsstudier, der effekten av tiltak undersøkes. Fordi det kan være vanskelig å vise betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid, opplever nok både samfunnsmedisinen og arbeidsmedisinen at slikt arbeid ikke alltid blir prioritert i konkurranse med kliniske fagområder, der det er mer åpenbart at man har å gjøre med alvorlige og dødelige sykdommer.

Arbeidsmedisin blir ofte inkludert i samfunnsmedisinen, i alle fall er det slik ved dagens norske medisinske fakulteter. Likevel representerer de to fagområdene hver sine spesialiteter, og har til og med hver sin yrkesforening blant Legeforeningens sju yrkesforeninger. Av disse utgjør arbeidsmedisin den minste, og vi er ikke mange spesialister i Norge, bare 212 yrkesaktive under 70 år. Vi skulle gjerne vært flere og vært litt mer synlige i det medisinske landskapet, gjerne også fått litt større plass i medisinerutdanningen. Andre leger ser sannsynligvis flere tilfeller av arbeidsrelatert sykdom enn arbeidsmedisinere, og hvis de ikke tenker på at arbeid kan være årsak til sykdommen, er det ikke sikkert pasienten får den beste behandlingen.

Litteratur

1. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M red. *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2008.
2. Den norske lægeforening. *Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for arbeidsmedisin*. Oslo: Den norske lægeforening; 2005.
3. Mehlum IS, Kjuus H, Veiersted KB, Wergeland E. Self-reported work-related health problems from the Oslo Health Study. *Occup Med* 2006;56:371-379.
4. Hilt B, Kvenild K, Stenersen H. Arbeidsrelaterte sykdommer i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003;123:2065-2067.
5. Mehlum IS. Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011;131:122-125.
6. Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2001;27:161-213.

7. Järholm B, Reuterwall C, Bystedt J. Mortality attributable to occupational exposure in Sweden. *Scand J Work Environ Health* 2013;39:106-111.
8. Dreyer L, Andersen A, Pukkala E. Avoidable cancers in the Nordic countries. *Occupation. APMIS Suppl* 1997;76:68-79.
9. Haldorsen T, Andersen A, Boffetta P. Smoking-adjusted incidence of lung cancer by occupation among Norwegian men. *Cancer Causes Control* 2004;15:139-147.
10. Balmes J, Becklake M, Blanc P, Henneberger P, Kreiss K, Mapp C, et al. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:787-797.
11. Knardahl S, Veiersted KB, Medbø JI, Matre D, Jensen J, Pedersen LM, et al. *Arbeid som årsak til muskel-skjelettlidelser: Kunnskapstatus 2008*. Oslo: STAMI, 2008.
12. Bonde JPE. Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med* 2008;65:438-445.
13. Eller NH, Netterstrøm B, Gyntelberg F, Kristensen TS, Nielsen F, Steptoe A, et al. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review. *Cardiol Rev* 2009;17:83-97.
14. Natvig H, Thiis-Evensen E. Arbeidsmiljø og helse: yrkeshygienens og bedriftshelsetjenestens frembrudd og utvikling i Norge. *Norsk Bedriftshelsetjeneste* 1983;4:1-333.
15. Natvig H. *Bedriftshelsetjenesten i Norge nå – og i fremtiden : analyse på grunnlag av ledelsens, de tillitsvalgte, helsepersonellens og undersøkerens egne vurderinger i 100 tilfeldig utvalgte bedrifter*. Oslo: Tiden 1979.
16. Øvind Larsen. Bedriftshelsetjenesten – fra katedral til markeds plass. *Ramazzini* 2014;21:10-13
17. Levy F, Moen B. Yrkesmedisin. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.sn.no/yrkesmedisin>, sist oppdatert 17.04.2015.
18. Leira HL. Arbeidsmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006;126:84-85.
19. Moen BE. Arbeidsmedisin. *Elbok i arbeidsmedisin*. Bergen: Universitetet i Bergen.
20. Braut GS, Moen B. Bedriftshelsetjeneste. *Store medisinske leksikon*. <https://sml.sn.no/bedriftshelsetjeneste>, sist oppdatert 28.02.2014.

Ingrid Sivesind Mehlum

ism@stami.no

Avd. for arbeidsmedisin og epidemiologi

Statens arbeidsmiljøinstitutt

Postboks. 8149 Dep

0033 Oslo

Samfunnsmedisin i lokalsamfunnet

Michael 2016; 13: 126–134.

Lokalsamfunnet stiller egne krav til samfunnsmedisineren og hans fagfelt. Kommunelegen er ofte alene til å utføre de samfunnsmedisinske oppgavene ute i kommunen. Oppgavene er like i store og små kommuner, men det kreves at oppgavene løses i tråd med lokale tradisjoner, kultur og organisering av tjenestene. Lokalsamfunnet forventer at samfunnsmedisinfaget lett kan forstås av ikke-medisinere. Nyttan av den samfunnsmedisinske kunnskapen må sees i sammenheng med annen fagkunnskap i kommunen, og den utnyttes nesten alltid i et tverrfaglig samarbeid.

Spennet mellom en folkelig utførelse av fagområdet med høyt krav til faglig standard og et vidt fagfelt virker ofte skremmende på leger. Samtidig er det ikke alltid at kommuneledelsen forstår hva de kan bruke samfunnsmedisineren til. Å kunne sitt fagfelt, prioritere sine arbeidsoppgaver, reklamere for sitt arbeid og yte praktisk bistand til tjenestene i lokalsamfunnet er viktig både for å få en interessant arbeidsdag for samfunnsmedisineren og for at kommuneadministrasjon og politikere skal se nytten av denne funksjonen.

Medisin for samfunnet

Samfunnsmedisin er et ord sammensatt av «samfunn» og «medisin». Den enkleste forståelsen av ordet er at det betyr medisin for samfunnet. Dette er den beste forklaringen på hva samfunnsmedisin er, men det er det nok mange i fagmiljøet som ikke er enig i. En slik forståelse av begrepet er uklar, og så vidt at det er vanskelig å forklare hva en samfunnsmedisiner gjør. Gjennom mange år har det ført til mye frustrasjon rundt hva man egentlig skal jobbe med når man arbeider i en samfunnsmedisinsk stilling. Ingen kan vel dekke alle sider av samfunnsmedisinen når den omfatter alt i samfunnet? Allikevel er det en folkelig forklaring på hva samfunnsmedisin er som forteller innbyggerne at legevitenenskapen kan bidra nesten på alle områder av

samfunnet. Når jeg, som kommunelege, jobber for å dempe støyplagene fra tog som tuter ved usikrede planoverganger skjønner folk at det er samfunnsmedisinsk arbeid i lokalsamfunnet. På samme måten som de har lett for å skjønne at det er medisin for elevenes skolesamfunn når jeg ikke godkjenner en skole med dårlig ventilasjon.

Hvilken som helst lege kan altså utøve samfunnsmedisinske oppgaver slik jeg velger å forstå begrepet. Det mener jeg er helt grunnleggende for at begrepet skal ha noen mening. En fastlege som er med i møter i kommunen for å utvikle den nye legevaksordningen for innbyggerne, bidrar samfunnsmedisinsk. Kirurgen som påviser at innbyggere som behandles for beinbrudd, og har falt på isen på de samme fortauene, utøver klassisk samfunnsmedisinsk arbeid når han bidrar til å lage tiltak for å forhindre disse fallene. På samme måte er det lett for folk å forstå at det er samfunnsmedisinsk arbeid når en lege tar en lederjobb i den sentrale helseforvaltningen. Han er jo med på å utvikle helsetjenester for hele samfunnet vårt.

Leger kan arbeide i svært mange forskjellige stillinger fra forskning inne i et laboratorium til å fly rundt i et redningshelikopter. De utfører samfunnsmedisinsk arbeid når de bruker dette til å se ut over enkeltindividets helse og summerer sine erfaringer på hele eller deler av samfunnet.

Samfunnsmedisin som eget fagfelt

Målbeskrivelsen for legespesialiteten samfunnsmedisin har følgende definisjon av samfunnsmedisin (1):

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.*
- *anbefale prioriteringer og fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser*
- *utøve medisinsk faglig tilsyn med helsetjenesten i henhold til lover og forskrifter.*

Begrepet «samfunnsmedisin» er også navnet på en legespesialitet. Det vil si at når man er utdannet og ferdig som lege kan man videreutdanne seg, spesialisere seg, innen faget samfunnsmedisin. Å beskrive et fagfelt stiller langt større krav til klarhet og nøyaktighet enn et folkelig syn på hva som er samfunnsmedisinske oppgaver.

Arild Bjørndal beskrev dette godt i et obligatorisk kurs i spesialitetsutdanningen i 2011 «Metodekunnskap og kunnskapshåndtering». Han stilte fire spørsmål:

- Hvis vi skreller oss inn til kjernen av praktisk samfunnsmedisin; hva finner vi der?
- Hvilken særskilt kunnskap er nødvendig for å løse de genuint samfunnsmedisinske oppgavene?
- Hva mer enn å mestre kunnskap inngår i det å ha samfunnsmedisinsk kompetanse?
- Hvordan kan samfunnsmedisineren holde seg faglig oppdatert?

Dette er spørsmål som må kunne besvares klart og nøyaktig for alle legespesialiteter, men oppleves nok ekstra vanskelig i forhold til faget samfunnsmedisin. Bjørndal konkluderte med: «Den genuine *samfunnsmedisiner* er, etter min oppfatning, lokalsamfunnets eller storsamfunnets medisinsk-faglige rådgiver. Den kunnskap og de ferdigheter som setter han eller henne i stand til å fylle denne rollen med faglighet, er *samfunnsmedisin*.»

Kunnskap

Samfunnsmedisinsk kunnskap må bestå av kunnskap om

- helseforhold i samfunnet. Hvem lider av hva, hvor mange og og hvor mye. Vi samfunnsmedisinere er mer opptatt av hva som holder deg frisk enn hva som gjør deg syk
- sykdomsårsaker og -sammenhenger
- effekter av tiltak
- økonomiske konsekvenser av aktuelle tiltak.

Som alle leger, er vi samfunnsmedisinere mest opptatt av hvilken effekt tiltak i samfunnet kan få for innbyggernes helse. I samfunnsmedisin er imidlertid oppmerksomheten på grupper av, eller hele, samfunnet. Derfor vil en samfunnsmedisinsk vurdering noen ganger ikke være sammenfallende med klinikerens fokus på effekten for enkeltindivider. Det er dette fokuset som er nyttig og viktig i utviklingen av alle sider av samfunnets funksjoner.

Kunnskap kan hentes på flere måter. Samfunnsmedisinerens ferdigheter innen flere forskjellige områder er derfor viktig. Arild Bjørndal beskriver dette som en blanding av (2):

- *Grunnleggende kunnskap i medisin*
- *Ferdigheter i å innhente ny medisinsk kunnskap (det er umulig å ha alt i hodet når spørsmålene er så forskjellige)*
- *Metodekunnskap som gjør det mulig å bedømme holdbarheten i ny kunnskap*

- *Grunnleggende viten om samfunnet, det vil si den måten vi har organisert vårt fellesskap på:*
 - *god kunnskap om det lokalsamfunn man skal betjene*
 - *kjennskap til befolkningen; ikke minst hva de plages med, og hva som (generelt) er viktig for dem*
- *Helseøkonomisk forståelse*
- *Evne til å trekke på, og samarbeide med, andre fagfolk*
- *Innsikt i hva som kreves for å treffe beslutninger, og kompetanse i å få fram verdier og preferanser på en systematisk og transparent måte*
- *Ferdigheter i kommunikasjon.*

Samfunnsmedisinsk kunnskap består altså ikke bare av medisinsk kunnskap. Det er kombinasjonen av kunnskap om medisinske forhold sammen med de andre fagområdene som beskriver det samfunnsmedisinske fagfeltet.

Erfaring og realkompetanse

Samfunnsmedisinske vurderinger gjøres innen alle områder i samfunnet. Effekten av tiltak kan være svært forskjellig innen de forskjellige områdene. Det er langt fra sikkert at samme tiltak gir samme effekt i Kautokeino som i Nedre Eiker. Metodene man bruker vil virke forskjellig om man jobber i Statens helsetilsyn eller ved Kongsberg sykehus.

Samfunnsmedisin dreier seg i stor grad om å få erfaring innen den organisasjon, det geografiske område og kulturelle miljø man jobber i. Jeg som samfunnsmedisiner og kommunelege, snakker ofte om «kommunologi» som et ord som beskriver kunnskap om kommuneorganisasjoner oppgradert med erfaring og kjennskap til den kommunen man jobber i.

Erfaring er en svært personlig ting. De erfaringer jeg gjør er farget av hvordan jeg selv er og hvordan jeg velger å takle situasjoner jeg opplever i mitt arbeid. Innen samfunnsmedisin er det et langt tydeligere og sterkere krav til fagpersoner om å samarbeide med kolleger, andre fagpersoner, ledelse og politikere enn i andre legespesialiteter. En samfunnsmedisiner må gi seg selv tid til å bli kjent både med formelle og uformelle strukturer der han jobber. Balansegangen mellom å bruke fagkunnskap og personlige erfaringer blir en realkunnskap som er det viktigste grunnlaget for å være en god rådgiver innen samfunnsmedisin.

Dessverre, vil noen mene, er det slik at det også for samfunnsmedisinen dreier seg mye om oppførsel, holdninger og personlighet. Som utøver av samfunnsmedisinske oppgaver er effekten av hva man får utført avhengig av hvordan man gjør det overfor de rette samarbeidspartene. Noen ganger bør man kjøre gjennom et tiltak så snart muligheten byr seg. Andre ganger

skal man bruke tålmodighet og strategisk tenkning for å vente på rette tidspunkt, rette person og situasjon. Noen personer passer til slikt arbeid andre ikke.

Den absolutt vanskeligste faglige utfordringen innen samfunnsmedisin er erkjennelsen av at man ikke sitter med fasitsvaret som rådgiver innen samfunnsmedisin. En samfunnsmedisiner skriver ikke ut resept på løsninger. Istedenfor en skarp penn trenger man tålmodighet, vilje og evne til å samarbeide seg fram til løsninger. Reseptblokka må erstattes av puslespill og vilje til å finne de rette brikkene som passer sammen.

Samfunnsmedisinsk kompetanse er lik summen av fagkunnskap og erfaring

Det er vel slik i alle fag at teoretisk kunnskap må utfylles med praktisk erfaring. I samfunnsmedisin er dette ekstra viktig av flere grunner. For det første finnes det for lite god forskning innen samfunnsmedisinske problemstillinger. Det betyr at den enkelte samfunnsmedisiner må stole på egen vurderingsevne når det skal gis råd eller gjennomføres veiledning.

For det andre er det ikke slik at medisinsk fagkunnskap dekker alle problemstillinger som oppstår ute i samfunnet. Samfunnsmedisineren må ha vilje og styrke til å bygge sine vurderinger og råd på andre faggruppers kunnskap. Sjøl opplevde jeg for ikke så lenge siden at mitt arbeid med å lage en «Folkehelseplan» for Nedre Eiker kommune ble tatt over av flinke planleggere i kommunens avdelingen for samfunnsutvikling. De innarbeidet «Folkehelse» som et overordnet mål i kommuneplanens samfunnsdel. Mitt forslag til folkehelseplan ble gjort om til en folkehelsemelding. Resultatet ble mye bedre. Folkehelselovens krav til system for folkehelsearbeidet i kommunen kom mye tydeligere fram pga. planleggenes fagkunnskap.

Samfunnsmedisin kan ikke eksistere uten at fagkunnskap flettes sammen og tilpasses med erfaringene om samfunnet vi lever og utvikler oss i.

Kommunikasjon

Arild Bjørndals opplisting av kunnskap man må ha som samfunnsmedisiner avsluttes med «ferdigheter i kommunikasjon».

Ikke noe medisinsk fagfelt er så avhengig av at utøveren har gode kunnskaper i kommunikasjon som samfunnsmedisin. For det første fungerer samfunnsmedisineren i hovedsak som rådgiver. For det andre må alltid tiltak gjennomføres gjennom andre eller overfor andre mennesker. Kort og godt kan man ikke fungere som samfunnsmedisiner uten å kunne kommunikasjon og bruke alle sider av denne kunnskapen.

Hvordan man ordlegger seg er alltid viktig når man jobber med andre mennesker. Ordvalg, setningsoppbygging, bruk av adjektiver og fremmed-

ord. Det er en kunst å ordlegge seg riktig, på riktig sted, i rett tid og til riktig person. I tillegg til ordene kommer hvordan jeg bruker stemmen og kroppsspråket. Det finnes ingen lærebok som kan lære deg hvordan du skal kommunisere i akkurat den situasjonen du befinner deg. Erfaring og personlighet må bestemme hvilken del av denne viktige kunnskapen du benytter.

Få mennesker er seg bevisst sine egne evner til kommunikasjon. Allikevel mener jeg samfunnsmedisinere er nødt til å lære seg den teoretiske kunnskapen om dette. Uten at man bruker tid med egne tanker, eller diskuterer åpent med kolleger, blir kunnskap om kommunikasjon bare fine ord. Det er meg, med min personlighet, andre skal bli kjent med ved at jeg bruker hva jeg har lært om kommunikasjon når jeg skal samhandle.

Samfunnsmedisin eksisterer ikke uten kommunikasjon.

Samfunnet og medisinen

Alle leger kan bidra med samfunnsmedisinske oppgaver. Alt for få leger er bevisst hvor viktig deres kliniske arbeid overfor enkeltmennesker kan være for samfunnet. Ved at de bruker tid på å oppsummere, undersøke og vurdere klinisk arbeid for å se på større grupper av samfunnet vil de kunne bidra til å bedre egen kvalitet på tiltakene de gjør overfor enkeltpersoner. Hvis de også ser ut over sine enkeltinngrep vil slike oppsummeringer kunne bidra til å videreutvikle samfunnet rundt oss.

I «mine» kommuner har vi etablert en frisklivssentral med høy aktivitet og god kvalitet. «Aktiv Eiker» arbeider med grupper av mennesker som trenger å øke sin aktivitet, forbedre sitt kosthold, slutte å røyke eller bli mer sosialt aktive. Dessverre brukes frisklivssentralen alt for lite av fastlegene. Jeg mener dette kunne forbedres hvis hver fastlege hadde tid og mulighet til å gjennomgå sin pasientliste. Fastlegen bør regelmessig oppsummere, lage oversikt over pasientenes helseplager, revurdere den medisinske behandlingen og vurdere alternative tiltak. Svært ofte arbeider fastlegen med en pasients helseproblemer uten å se om det er likheter med andre pasienter hvor alle kunne hatt nytte av å være med på grupper i for eksempel frisklivssentralen.

For noen år siden gjennomførte vi et prosjekt i Eiker-kommunene hvor alle fastlegene ble tilbudt å være med på samme gruppetrening som pasientene fikk. Til min forbauselse ble et flertall av fastlegene med. Prosjektet viste to viktige resultater: Alle legene kom i bedre form og henvisningsfrekvensen til «Aktiv Eiker» økte drastisk. Legene skjønnte at de hadde mange flere pasienter som kunne dra nytte av treningen og at dette forbedret deres behandlingsresultater.



Figur 1: Fastleger prøver frisklivssentralens treningsopplegg.

Tradisjonelle forskningsmetoder med sine krav til kvalitet er ofte for ressurskrevende, langsomme og vanskelige å bruke ute i kommunen. I samfunnsmedisinsk tankegang er det derfor helt nødvendig at legen kan bruke tidligere kunnskapsbasert viten kombinert med erfaring og sunn fornuft i vurderinger, rådgivning og avgjørelser ute i samfunnet.

Som annen legevitenenskap er allikevel samfunnsmedisin også avhengig av forsknings-resultater for å kunne videreutvikle seg og gi best mulig råd. Deltakelse i forskning må derfor være en viktig del av medisinsk aktivitet i samfunnet utenfor helsevesenet.

Det er en vekselvirkning mellom medisinen og samfunnet i samfunnsmedisinen. Utviklingen i samfunnet skjer ofte langt hurtigere enn innen medisinsk kunnskap. Derfor må det være samfunnet som er premissleverandør for utviklingen innen fagfeltet. Samfunnsmedisinerne er nødt til å ha oppdatert kunnskap om samfunnsutviklingen og være villig til å gjøre

medisinske vurderinger av situasjoner, funksjoner og forhold som ikke kan grunnlegges i kunnskapsbasert viten. På samme tid må leger som arbeider med samfunnsmedisinske oppgaver være villig til å bidra i forskning på disse slik at vi får fram forskningsbasert viten.

I samfunnsmedisin er risikoen langt større for å gjøre feil vurderinger av helsepåvirkninger enn i andre fagfelt. En samfunnsmedisiner må ha selvtillit nok til å kunne gi råd og ta avgjørelser på tynt faglig grunnlag og kunne stå i kritikken i ettertid hvis avgjørelsene viser seg å være unøyaktige, kanskje feil.

Hva er samfunnsmedisin?

Samfunnsmedisin er grupperettet legearbeid for å kartlegge sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden. Samfunnsmedisineren skal tilrå, iverksette og administrere tiltak og tjenester og gi råd om fordeling av ressurser. Dette er min omskrivning av «Skogland-utvalgets» definisjon som kom i 1980 (3) (utvalg oppnevnt av Offentlig legers landsforening). Jeg har tatt bort utvalgets ensrettede fokus på helse-tiltak og helsetjenester. Samfunnsmedisinske vurderinger bør utføres innen alle samfunnets områder.

Mitt fokus er på samfunnsmedisin ute i kommunene. I lokalmiljøene er tjenestene mer avhengige av hverandre enn i den sentrale forvaltningen. Dette viser seg for eksempel når jeg samarbeider med lokalt politi ved akutte hendelser eller rundt kriminelle med rus- og/eller psykiatriproblemer. Politibetjentene er ofte de første som blir oppmerksomme på rusmisbrukere og psykiatriske pasienter som blir dårligere. I den andre enden av hjelpeapparatet kan samfunnsmedisineren være med på å utvikle miljørettet helsevern i skoler og barnehager fordi vi kan jobbe direkte sammen med verneombud og teknisk personale. Det er det tette samarbeidet som gir gode løsninger for innbyggerne.

For meg er det avgjørende viktig at befolkningen ser at den lokale samfunnsmedisineren også arbeider utenfor helsetjenestene. Vår rådgivning og veiledning er nesten viktigere utenfor helsetjenestene som en av mange faglige innspill som kan bidra til å forbedre tjenester og tiltak overfor innbyggerne i lokalsamfunnet.

Litteratur

1. Målbeskrivelsen for legespesialiteten samfunnsmedisin. Legeforeningen.no: Legeforeningen / Emner A-Å / Spesialiteter / Samfunnsmedisin / Målbeskrivelse for samfunnsmedisin
2. Bjørndal A. Kunnskapshåndtering i samfunnsmedisin – å synse eller å vite? I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal akademisk, 2003: 97–106.
3. Nylenna M, Larsen B-I. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3217-9

Einar Braaten

einar.braaten@ovre-eiker.kommune.no

Øvre Eiker kommune

Postboks 76

3301 Hokksund

Samfunnsmedisineren i den sentrale helseforvaltningen

Michael 2016; 13: 135–141.

Mens samfunnsmedisineren i kommunen jobber med lokalsamfunnet som nedslagsfelt, jobber samfunnsmedisineren i den sentrale helseforvaltningen med hele landet og hele samfunnet og helsevesenet som nedslagsfelt. Samfunnsmedisineren i kommunen er faglig rådgiver i lokale planprosesser og kommunale instanser er ofte mottaker, mens rollen som faglig rådgiver i nasjonale utredninger, strategier og planer er utgangspunktet i den sentrale helseforvaltningen, og ofte er politikere og departement mottaker eller det er nasjonale tiltak som retter seg mot primær- eller spesialisthelsetjenesten. Svært få av legene som jobber i den sentrale helseforvaltningen er spesialister i samfunnsmedisin, men arbeid med offentlige utredninger, høringer, kunnskapsutvikling og sammenstilling passer helt med målbeskrivelsen for samfunnsmedisinere. Den sentrale helseforvaltningen trenger den samfunnsmedisinske stemmen.

I 2002 ble det besluttet en ny organisering av den sentrale helseforvaltningen for å skille mellom tilsyn og iverksettelse av vedtatt politikk. Ti av det daværende Sosial- og helsedepartementets 36 ytre etater ble samlet i to store etater (1): et Helse- og sosialdirektorat (senere Helsedirektoratet fra 1.april 2008) som fikk hovedansvar for forvaltning og myndighetsutøvelse, og Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet fra 2016) fikk et særlig ansvar for forskning. I tillegg ble tilsynsrollen til Statens helsetilsyn mer rendyrket.

Sundvolden-erklæringen (2), Erna Solbergs regjeringserklæring fra 2013, slo fast at offentlig sektor skulle avbyråkratiseres og effektiviseres. Med denne begrunnelse ble en ny virksomhetsstruktur innført fra 2016.

Fra 2016 har organisasjonskartet over den sentrale helseforvaltningen enda færre enheter. Det er et mål om klarere rendyrking av tredelingen med

Helsedirektoratet som forvaltnings- og myndighetsorgan, Folkehelseinstituttet som kunnskapsprodusent og Helsetilsynet som tilsynsmyndighet.

I Helsedirektoratet ble Statens autorisasjonskontor for helsepersonell innlemmet, og Strålevernet ble en underliggende etat, og i Folkehelseinstituttet ble Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens institutt for rusmiddelforskning innlemmet. Helsetilsynet ble i mindre grad endret, men i omorganiseringen ble det opprettet et Nasjonalt klageorgan for helsetjenesten (Helseklage) i Bergen. Statens legemiddelverk, Bioteknologirådet, Kreftregisteret, Mattilsynet og helseregistrene var ikke en del av endringene i 2016, men sammen med legene i Helse- og omsorgsdepartementet og i Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) inngår disse institusjonene i det vi kan kalle den sentrale helseforvaltningen. Det nye Direktoratet for e-helse ble avdelt fra Helsedirektoratet i 2015. Om lag ti leger som tidligere jobbet i Helsedirektoratet jobber nå i det nye direktoratet. Arbeid med kodeverk er en viktig oppgave for legene i Direktoratet for e-helse.

Fra fagstyre til faglig rådgiver

I 1938 kom en komite som skulle vurdere den sentrale helseadministrasjonen, utsprunget fra Socialistiske lægers forening og med Karl Evang (1902–81) i ledelsen, med en innstilling som krevde sentral styring, offentlig ansvar og flere leger i administrative stillinger. Resultatet ble et departementsinternt direktorat som etter andre verdenskrig ble et fast direktorat. Evang ble selv medicinaldirektør fra 1938. Han rekrutterte bevisst overleger, ikke byråsjefer, som ledere (3). Et slikt fagstyre styrte Helsedirektoratet og den sentrale helseforvaltningen fra 1945 til 1994 (4).

Under krigen ble Karl Evang godt kjent med både britisk og amerikansk helsevesen og med fagfeltet public health» hvor målene var «to heal, to know, to predict, to organize». Etter krigen sørget Karl Evang for at staben av administrative leger fikk utdanning i public health (3). Da Evang sluttet som helsedirektør i 1972 hadde samtlige av fylkeslegene utdanning innen Public Health, de fleste fra John Hopkins University i Baltimore i USA. Det ble også arrangert kurs basert på amerikansk public health-tenkning for ansatte i lokal helseadministrasjon (5). På 1970-tallet ble det engelske begrepet «community medicine» tatt i bruk, og ble på norsk til samfunnsmedisin (6).

Med ny folkehelselov fra 2012 er kommunelegen den eneste yrkesgruppen i helsetjenesten som er spesifikt nevnt og lovpålagt for hver kommune. Det er ikke lovpålagt med leger og samfunnsmedisinere i den statlige helseforvaltningen, men øverste leder i den sentrale helseforvaltningen i Norge

har siden Sundhedsloven av 1860 alltid vært en lege. Også direktøren for Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet er, og har vært leger, men per 2016 er ingen av dem spesialister i samfunnsmedisin. Evangs system hadde vart i 22 år etter hans avgang i 1972 da Helsedirektoratet i 1994 ble nedlagt i sin daværende form. Statens Helsetilsyn videreførte i stor grad oppgavene. Da et nytt direktorat ble opprettet i 2002 var det etter annen modell. I tiden etter Evang ble det et klarere skille mellom politisk styring og faglig forvaltning, selv om fagstyret fortsatt står sterkt i den statlige helseforvaltningen (7). Tittelen som «helsedirektør» ble etter hvert overført fra lederen for Helsetilsynet til lederen i Helsedirektoratet. Leger i det nåværende Helsedirektoratet er ansatt som seniorrådgivere, fagdirektører, avdelingsdirektører eller divisjonsdirektører, ikke som leger eller overleger.

Arbeidsoppgaver i den sentrale helseforvaltningen

Helse- og omsorgsdepartementet gir oppdrag til institusjonene i den sentrale helseforvaltningen hvert år, først gjennom tildelinger og føringer i statsbudsjettet, og så mer spesifisert i et tildelingsbrev som er spesifikt hver institusjon. Stort sett inngår bare nye eller spesielle oppdrag i tildelingsbrevet og det er en stor portefølje av faste oppgaver som ligger til Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet. Faste oppdrag inkluderer blant annet styring av eventuelle underliggende etater, vurdering av søknader om tilskudd, «følge-med-oppgaver» på utviklingen av helse og helsetjenester, veiledningsoppgaver, tilsynsoppgaver og oppfølging av nasjonale planer som går over mange år. Nye oppdrag kan f.eks. være innspill til stortingsmeldinger, utvikling av pakkeforløp eller utvikling og tilgjengeliggjøring av data for kommunene.

Samfunnsmedisinens perspektiv er helse for de mange, å se grupper og befolkningen og samfunnet mer enn enkeltindividet. Den sentrale helseforvaltningen har blant annet som oppgave å iverksette tiltak som er politisk vedtatt. Personer med mange ulike fagbakgrunner arbeider i alle delene av den sentrale helseforvaltningen, men få er leger og enda færre er godkjente spesialister i samfunnsmedisin. Andre utdannelser dominerer, og det er også flere leger med andre spesialiteter som gjennom sitt arbeid utfører samfunnsmedisinsk arbeid. Det er viktig med tverrfaglighet for å bedre helsen i samfunnet, men i målbeskrivelsen for spesialiteten samfunnsmedisin står det blant annet at «...Samfunnsmedisinerne skal levere faglig begrunnede innspill i løpende beslutningsprosesser i samfunnet, både til folkevalgte, administrative og faglige fora. Samfunnsmedisinsk kunnskap skal gjøres tilgjengelig og kjent for beslutningstakere på alle forvaltningsnivå. Samfunnsmedisinsk kompetanse skal påvirke utviklingen av strategier og

metoder for å fremme tiltak til styrking av folkehelsen.» (8). Samfunnsmedisineren kan som faglig rådgiver i den sentrale helseforvaltning være en medisinsk stemme i arbeid med lovverk og med offentlige planer og utredninger. Deltakelse i sentrale planprosesser, i utredningsarbeid og implementering av vedtatt politikk, er sentrale arbeidsoppgaver.

Samfunnsmedisinere i den sentrale helseforvaltningen

Det finnes ingen oversikt over hvor mange spesialister i samfunnsmedisin som er ansatt i den sentrale helseforvaltningen. NORSAM, norsk samfunnsmedisinsk forening, har uoffisiell statistikk på deltakelse på obligatorisk kursrekke for spesialistutdanningen i samfunnsmedisin gjennom siste år (2015). Der utgjør deltakere fra sentral stat (Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet) 5–10 % og regional stat (fylkesmann, NAV) 10–15 %. Den største andelen av deltakerne i de obligatoriske kursene, om lag 70–75 %, er ansatt i kommunehelsetjenesten (upublisert statistikk fra Norsk forening for samfunnsmedisin ved Henning Mørland, personlig meddelelse 22.2.2016). I Statens helsetilsyn sentralt er det om lag 20 leger. Det er tre spesialister i samfunnsmedisin og fire leger i spesialistutdanning i samfunnsmedisin (tall fra Ole Kristian H. Furulund, Statens helsetilsyn, personlig meddelelse 5.4.2016). Etter omorganiseringen er det om lag 130 leger ved Folkehelseinstituttet og antall spesialister i samfunnsmedisinere er anslagsvis ti. I alt 19 leger ved Folkehelseinstituttet er medlemmer i LSA, Leger i samfunnsmedisin arbeid (tall fra Didrik Frimann Vestrheim, Folkehelseinstituttet, personlig meddelelse 6.4.2016). I Helsedirektoratet er det etter utskillelsen av Direktoratet for e-helse, om lag 40 leger. Bare en er spesialist i samfunnsmedisin, men minst fem er under utdanning eller i gang med å søke spesialistgodkjenning.

Helsetilsynet gjennomfører planlagte tilsyn med tjenestene og gjør i tillegg hendelsesbaserte tilsyn når det skjer episoder i helsetjenesten som meldes, og som tilsynet anser kan være i strid med lovverket eller alminnelig god praksis. Hos Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket (tidligere fylkeslegen) er det ansatt leger med bakgrunn fra mange spesialiteter som rådgivende leger, men leger ansatt hos disse regnes å ha samfunnsmedisinske oppgaver. Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og tidligere også Fylkesmannen i Sogn og Fjordane, er blant landets godkjente utdanningsinstitusjoner i samfunnsmedisin.

Helsedirektoratet har ansvar for utøvelse av vedtatt politikk og utredning av forslag i forkant av politisk behandling. Helsedirektoratet er også forvalter av store tilskudd delegert av Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har fått nye beredskapsoppgaver etter den siste omorganiseringen blant

annet gjennom at Statens strålevern organisatorisk er blitt en underliggende etat. Når store kriser rammer, etterspørres ofte medisinsk kompetanse enten det er etter terroren som rammet Norge 22.juli 2011, i forbindelse med ebolapandemien (2014-2015) eller i arbeidet med håndtering av den store flyktningestrømmen fra blant annet Syria til Europa og Norge fra 2015. Kjennskap til både den kommunale helsetjenesten og de statlige tjenestene har i disse situasjonene vært viktig for å organisere tilbud og tjenester. Samfunnsmedisinere har gjennom sin utdanning kjennskap både til det kommunale og statlige nivået, og kan bidra med blant annet organisatorisk kompetanse.

Folkehelseinstituttet har ansvar for kunnskapsproduksjon og har til forskjell fra Helsedirektoratet, mange ansatte som er ansatt i forskerstillinger. Folkehelseinstituttet deltar i og organiserer store forskningsprosjekter, og har blant annet ansvar for å utvikle folkehelseprofiler for kommuner og fylker (www.fhi.no/kommunehelsa) og holde oversikt over helsetilstanden gjennom det store sykdomsbyrdeprosjektet (9). Flere store nasjonale helseregistre, blant annet Dødsårsaksregisteret, Reseptregisteret og Medisinsk fødselsregister er underlagt Folkehelseinstituttet.

Samarbeidsflater

«Folks helse er blant samfunnets viktigste ressurser. Derfor må vi tenke helse i alt vi gjør» sa daværende helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen da ny folkehelselov ble fremlagt i 2011 (loven trådte i kraft 1.1.2012). «Helse i alt vi gjør» (Health in All Policies) ble sammen med utjevning, føre-var prinsippet, bærekraftig utvikling og brukermedvirkning trukket frem som fem prinsipper av stor betydning på folkehelseområdet (10). «Helse i alt vi gjør» etterspør helhetstenkning og oversikt, noe som ligger samfunnsmedisinerens mandat nært. Mens subspesialisering skjer i økende grad, særlig i spesialisthelsetjenesten, er behovet for det store og vide perspektivet noe samfunnsmedisineren kan og bør bidra med. For å arbeide for «helse i alt vi gjør» er samfunnsmedisinsk perspektiv i sentral helseforvaltning nødvendig.

Hvem som er samarbeidspartnere, er noe som skiller samfunnsmedisinerne i den sentrale helseforvaltningen fra kollegene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I den sentrale helseforvaltningen jobber samfunnsmedisineren i stor grad sammen med andre profesjoner og yrkesgrupper og mot andre forvaltningsorganer, andre departementer og direktorater, og mot organisasjoner av ulik karakter. Det er i stor grad kontakt med juridisk kompetanse i sentral helseforvaltning.

En viktig del av arbeidet, og samarbeidet, handler om å gi høringsinnspill på rapporter, offentlige utredninger, retningslinjer, lovforslag og forskrifts- endringer. Å gi slike innspill er en måte å utøve rollen som faglig rådgiver på. Det er behov for medisinske synspunkter på prioriteringen av tiltak i helseforvaltningen og svært mange av de avgjørelser som tas, har betydning for helsen. Hvilke tiltak gir best mulig helse for befolkningen? Arbeid i den sentrale helseforvaltningen gir en potensiell stor kontaktflate med pågående arbeid i mange sektorer og en samfunnsmedisinsk fagbakgrunn kan gi viktige innspill blant annet til planer for organisering av tiltak i kommunene, for helsepersonellutdanninger, for forebyggende helsetiltak og for konsekvensutredninger.

Behov for et miljø for samfunnsmedisinere

Det er få leger med samfunnsmedisin som godkjent spesialitet i den sentrale helseforvaltningen. Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet har om lag 190 leger til sammen og at bare 5–10 % er godkjente spesialister i samfunnsmedisin. Men de senere årene har det vært flere i veiledningsgrupper og det er stor interesse for utdanningen. I alle institusjonene er flere under utdanning for å bli samfunnsmedisinere og flere er klare til å søke spesialistgodkjenning. Forhåpentligvis vil dette gi flere spesialister i sentral helseforvaltning med tiden. Men i skrivende stund er situasjonen i Helsedirektoratet ikke bedre enn den var i 2003. Da var to av 33 leger i direktoratet spesialister i samfunnsmedisin (11). Nå er det bare en av om lag 40, men flere i utdanningsstillinger. Et miljø for samfunnsmedisinere på tvers av institusjonene i den sentrale helseforvaltningen kunne være nyttig for å skape en identitet og et fagmiljø og for å synliggjøre kompetansen bedre enn enkeltpersoner kan alene.

Litteratur

1. Ronge, K. Helse-Norge samles i tre nye riker. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121:1639–40.
2. Politisk plattform for en regjering utgått av Høyre og Fremskrittspartiet, Rapport, Sundvolden, 7. oktober 2013.; <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/politisk-plattform/id743014/>
3. Nordby T. Evang Karl. I *Norsk biografisk leksikon*. https://nbl.snl.no/Karl_Evang
4. Crowo G. «Systemet Evang»: et medikratisk styringssystem : en analyse av et medisinerstyrt fagstyre i helseforvaltningen. Masteroppgave ved Universitetet i Oslo, 1997, <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-38461>
5. Torjesen DO. *Ledelse i helsetjenesten og skiftende kunnskapsregimer. Vitenskapsteoretisk essay våren 2006* <http://www.polis.no/files/TorjesenEGOS2006.pdf>

6. Nylenna, M. *Samfunn+ medisin= samfunnsmedisin. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
7. Heløe LA. Norsk helsetjeneste mellom politisk retorikk og praktisk politikk. Utviklings-
trekk og aktuelle utfordringer. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* nr. 3/2013.
8. *Målbeskrivelse for samfunnsmedisin*. <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Samfunnsmedisin/malbeskrivelse-for-samfunnsmedisin/>
9. *Sykdomsbyrde i Norge 1990-2013*. FHI rapport 2016:1. <http://www.fhi.no/dokumenter/8192560710.pdf>
10. *Lov om folkehelsearbeid*. Prop 90 L (2010-2011). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-90-l-20102011/id638503/>
11. Nylenna M, Larsen BI. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124:3217–9

Astrid Nylenna
astrid.nylenna@helsedir.no
Seniorrådgiver/lege
Avdeling Forebygging i helsetjenesten
Helsedirektoratet
Postboks 7000, St. Olavs plass
0130 Oslo

Samfunnsmedisin som legespesialitet

Michael 2016; 13: 142–145.

Samfunnsmedisin, både som begrep og som fagområde, kan tilnærmes og defineres på ulike måter. Fra en vid innfallsvinkel som «sammenhengen mellom samfunn og helse» til smalere definisjoner av begrepet. Tilnærmingen vil avhenge av faglig ståsted og formål med beskrivelsen. I denne fremstillingen er samfunnsmedisin som en medisinsk spesialitet utgangspunktet, og mine refleksjoner er preget av mitt arbeid med etableringen og utviklingen av en fornyet spesialistutdanning i samfunnsmedisin som leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening fra 2009.

Samfunnsmedisin er én av 44 medisinske spesialiteter i Norge. I flere henseende skiller samfunnsmedisin seg fra de andre spesialitetene. Sammen med allmennmedisin klassifiseres gjerne samfunnsmedisin som en primærmedisinsk spesialitet. Selv om de fleste samfunnsmedisinere har sitt virke i kommunehelsetjenesten, har faget i økende grad også vunnet innpass i spesialisthelsetjenesten og på andre arenaer.

Utvikling av spesialiteten

Spesialistutdanning i samfunnsmedisin har siden spesialiteten ble innført i 1984 basert seg på de samme tre hovedelementene: krav til samfunnsmedisinsk tjeneste, krav til strukturert veiledning (veiledningsgruppe) og teoretisk utdanning (kurs). Innholdet i de tre elementene har imidlertid endret seg, og både statlige helsemyndigheter, kommuner og Legeforening har innsett at tilpassning til nye krav og utfordringer er nødvendig.

For mange samfunnsmedisinske stillinger har innholdet endret seg, fra fokus på forebyggende og ofte individrettede tiltak til mer administrativt pregete arbeidsoppgaver i større og mer komplekse organisasjoner. Her kan vi se en parallellitet til utviklingen i kommunene som organisasjoner.

Arbeidsoppgaver er nærmere beskrevet under særpreg ved spesialiteten nedenfor.

Et strukturert veiledningsprogram i grupper har vært en hjørnestein i spesialistutdanning i både allmenn- og samfunnsmedisin. Innenfor disse spesialitetene er det mange leger som jobber alene eller i små fagmiljøer. Gruppeveiledningen ivaretar en viktig funksjon som faglig kollegium. Samtidig, og dette er viktigere for samfunnsmedisin enn allmennmedisin, er det ønskelig at den strukturert veiledningen i ivaretar faglig bredde og påfyll av kompetanse på områder som samfunnsmedisineren i liten grad møter i sin arbeidssituasjon. Selv om det er mange faglige fellestrekk ved samfunnsmedisinske stillinger, kan det praktiske innholdet være ganske ulikt. Vi har forsøkt å lage en struktur gjennom utvikling av veiledet utdanningsprogram og en veilederhåndbok for spesialiteten.

Teoretisk utdanning i form av kurs utgjør en viktig del av spesialistutdanningen. Kursene skal ivareta flere formål: Sørge for faglig påfyll, stimulere og inspirere for videre kunnskapsinnhenting og legge til rette for nettverksbygging hvor leger under spesialisering møter andre i samme situasjon. De fleste kursene har krav til egenaktivitet i form av skriftlige innleveringsoppgaver eller gruppearbeid.

Spesialistkravene er i dag fire års tjeneste i samfunnsmedisinsk stilling, tre år i veiledet utdanningsprogram og til sammen 330 timer kurs. Dette kan virke omfattende, men skiller seg ikke fra annen spesialistutdanning. For mer informasjon og nærmere beskrivelse er Legeforeningens temaside et godt utgangspunkt: <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Samfunnsmedisin/>

Særpreg ved spesialiteten

Samfunnsmedisineren skiller seg fra andre legespesialister ved at hun i sitt arbeid ikke har diagnostikk og behandling av enkeltindividet som kjerneoppgave. Samfunnsmedisineren forholder seg til grupper, enten dette er hele befolkningen eller deler av denne. Det kan være innbyggerne i en kommune, elever på en skole, en pasientforening eller en avdeling i forsvarret. Mange samfunnsmedisinere vil likevel i sitt arbeid forholde seg til enkeltindivider, men da som oftest med et annet fokus enn klinikerens. Samfunnsmedisinerens rolle kan være å vurdere individets behandling eller rettigheter opp mot et systemperspektiv. Prioritering av pasientgrupper, behandling av pasientklager og vurderinger av rettigheter i folketrygdloven er eksempler på individbaserte vurderinger med samfunnsmedisinsk innfallsvinkel.

Forebygging er annet stikkord som assosieres med samfunnsmedisineren. Forebygging er imidlertid ikke avgrenset til dette fagområdet. De fleste

leger utfører forebyggende tiltak, ofte på individnivå, som behandlingen av høyt blodtrykk og høyt kolesterolnivå. For samfunnsmedisineren er det igjen innretningen av det forebyggende arbeidet som kjennetegner faget, med tiltak rettet mot grupper og ikke mot enkeltindivider. Planlegging, iverksetting av gjennomføring av forebyggende tiltak kan finne sted innenfor helse- og omsorgstjenesten, som i en kommune eller på et sykehus, men også på andre samfunnsarenaer. Samfunnsmedisineren vil ofte opptre utenfor de definerte helse- og omsorgstjenestene.

Ledelse har en sentral plass blant samfunnsmedisinerens oppgaver. Hun kan være linjeleder i virksomheten, men hun vil også uten formelt lederansvar gjerne inneha en faglig lederrolle. God faglig ledelse forutsetter faglig kompetanse og personlige egenskaper. Heller ikke for samfunnsmedisinere er dette noe som kommer av seg selv, men som kan utvikles og øves gjennom erfaring og videreutdanning.

At samfunnsmedisineren er lege tilfører en dimensjon til rollen som vanskelig kan ivaretas av personer med annen yrkesbakgrunn. Helsetjenesten i Norge er, enten man liker det eller ikke, basert på en sterk medisinsk tradisjon, hvor legene innehar sentrale posisjoner. For å få til en god dialog med de medisinske profesjonene, og være en brobygger mot andre fagområder og politikk, har det vist seg at medisinsk bakgrunn sjelden er en ulempe. I samhandlingen innenfor og på tvers av virksomheter vil kombinasjonen av fag, profesjonskunnskap og systemforståelse være verdifull.

Kommunikasjon er viktig for alle leger. Klinikere må beherske kommunikasjon med pasienter, brukere og pårørende, og kunne samhandle med andre aktører i helsetjenesten, enten de tilhører egen eller andre yrkesgrupper. Samfunnsmedisineren må ha god skriftlig og muntlig formidlingsevne, og må raskt kunne omstille og tilpasse form og innhold. Hvordan oppnå en god dialog og hvordan få frem et budskap? Enten det er i rollen som medisinsk faglig rådgiver, i samarbeidsmøter, i kontakt med politiske utvalg eller til media, vil det være behov for ulike tilnærminger og strategier.

Samfunnskunnskap, systemperspektiv og rolleforståelse kjennetegner en god samfunnsmedisiner. Hun skal ikke bare ha oversikt og forståelse for helse- og omsorgstjenestene, hvilket i seg selv kan være krevende, men også evne å se dette i et større samfunnsperspektiv. Samtidig må individ- og pasientperspektivet ikke mistes av syne, og formålet med helsetjenesten må hele tiden være til stede. Når det gjelder forebygging og folkehelsearbeid må samfunnsmedisineren løfte blikket godt utenfor helsetjenesten.

Hva er det samfunnsmedisineren må kunne i praksis? Samfunnskunnskap, forståelse av politiske og administrative styringssystemer, økonomi, juss og metodekunnskap er grunnleggende kunnskaper. Videre er formid-

ling, samarbeid og god skriftlig og muntlig fremstillingsevne sentrale ferdigheter. Dette er kunnskap og ferdigheter som kan læres og trenes, gjennom arbeidssituasjon og i en strukturert spesialistutdanning. Fundamentet er yrkesutdannelsen i form av medisinstudiet.

Arbeidsoppgaver og jobbmuligheter

For samfunnsmedisin som fag er det viktig at samfunnsmedisinerens kompetanse oppleves som relevant og etterspørres, så vel i kommuner som i spesialisthelsetjeneste og i helseforvaltning. Det er krevende om faget til stadighet selv må forsvare sin berettigelse. Viktighet og uunnværligheten av samfunnsmedisinere er ikke like åpenbar og direkte som når det gjelder for eksempel kirurger. Dette er en situasjonen faget må leve med, og søke å finne løsninger på ved å tilpasse seg tiden vi lever i, og utvikle kompetanse og ferdigheter som det er behov for.

Vi har flere eksempler på at samfunnsmedisin er i fremgang. Mange kommuner har vist et økt bevissthetsnivå på samfunnsmedisin og kommuneoverlegerollen, og legger til rette for spennende fagutvikling. I forvaltningen har samfunnsmedisin lenge hatt en sentral plass, og vi ser også at det har vært interesse for samfunnsmedisin som et relevant fagområde innenfor spesialisthelsetjenesten. Flere sykehus og regionale helseforetak har ansatt samfunnsmedisinere og etterspør samfunnsmedisinsk kompetanse. Samfunnsmedisineren har gjennomgående gode jobbmuligheter innenfor ulike deler av helsetjenesten.

Jeg har en optimistisk holdning på fagets vegne og ser flere gode utviklingstrekk. Jeg har gjennomgående brukt «hun» om samfunnsmedisineren i dette bidraget og anser at det vil være viktig å få flinke og engasjerte yngre kvinnelige leger interessert i faget. Men det vil også fortsatt vil være plass til middelaldrende og gråhårete menn. En god blanding av kvinner og menn, yngre og eldre er bra, men det viktigste er interesserte leger som vil benytte sine kunnskaper og sitt engasjement for en bedre folkehelse og utvikling av helsetjenestene.

Henning Mørland

henning.morland@gmail.com

Fylkeslege, tidligere bydelslege og kommunelege

Leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening

Fylkesmannen i Vestfold

Postboks 2076

3103 Tønsberg

Samfunnsmedisin i grunnutdanningen

Michael 2016; 13: 146–151.

Samfunnsmedisin er et viktig fag i undervisningen av medisinske studenter i Norge. I den nye studieplanen i medisin ved Universitetet i Bergen som ble introdusert høsten 2015 er samfunnsmedisin et større fag enn pediatri, gynekologi/obstetikk og patologi målt i antall studiepoeng. Sammen med tilgrensende fagområder som epidemiologi, statistikk og etikk er faget større enn allmennmedisin, som nå regnes som ett av hovedfagene i den nye studieplanen. Samfunnsmedisin har en tilsvarende plass i undervisningen ved de tre andre universitetene i Norge. Det er en stor utfordring å tilrettelegge undervisningen i samfunnsmedisin slik at den tilfredsstiller de store kravene som nærmiljøet, storsamfunnet og det internasjonale samfunnet stiller til nyutdannede leger som skal være yrkesaktive fram mot 2060.

Det har vært gjort mange forsøk på å definere samfunnsmedisin. Internasjonalt brukes betegnelsen public health og det er tradisjon for at vi i Norge oversetter public health med samfunnsmedisin, selv om folkehelse(arbeid) kanskje er en enda mer korrekt oversettelse. I 1920 skrev Charles-Edward Winslow i tidsskriftet *Science*: «Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals» (1).

En forkortet versjon av denne definisjonen ble brukt av Donald Acheson i 1988 i rapporten som viste at helseforskjellene i Storbritannia hadde økt jevnt som følge av forskjeller i materielle kår. «Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through the organized efforts of society.» (2). Denne definisjonen av public health blir også brukt innledningsvis i 6. utgave av Oxford Textbook of Global Public Health, som kom i 2015. Vi finner også deler av denne definisjonen

når WHO definerer public health som «all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole (3).

Arbeidsoppgavene

Centers for Disease Control and Prevention i USA har formulert sentrale samfunnsmedisinske oppgaver i National Public Health Performance Standards Program (4). Jeg gjengir disse i fri oversettelse og tilpasset norske forhold:

1. Forebygge sykdom og skader og unngå at etablert sykdom forverres
2. Argumentere for en sunn livsstil og gode helsevaner
3. Identifisere, måle, registrere og beskrive nødvendige tiltak som kan bedre befolkningens helse (f.eks gjennom helseregistre).
4. Identifisere, diagnostisere og om mulig redusere fysiske og psykososiale helseproblemer i miljøet
5. Formulere, promotere og håndheve viktige helsepolitiske tiltak
6. Organisere og sikre et kostnadseffektivt offentlig helsevesen og helse-tjenester av høy kvalitet
7. Redusere ulikhet i helse og sikre rettferdig tilgang til helsehjelp for alle
8. Fremme og beskytte et sunt miljø
9. Spre helseinformasjon og sørge for at nødvendige helsefremmende tiltak blir iverksatt
10. Legge beredskapsplaner for store ulykker og katastrofer
11. Motarbeide voldelig adferd i samfunnet og mellom mennesker og arbeide for fredsbevarende tiltak
12. Gjennomføre forskning på og evaluere effekten av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og strategier
13. Utvikle nye metoder for samfunnsmedisinsk forskning og evaluering
14. Utdanne et tilstrekkelig antall kompetente helsearbeidere som kan arbeide med samfunnsmedisinske oppgaver.

Undervisningen

Vi som underviser medisinske studenter i samfunnsmedisinske fag må gi dem en faglig plattform de kan bygge videre på. Vi må fortsette å undervise i de tradisjonelle samfunnsmedisinske fagene forebyggende medisin, sosial-medisin, trygdemedisin og miljørettet helsevern. I tillegg må de introduseres for ledelse, helseøkonomi, kvalitetsutvikling, helsepolitikk, samhandling, internasjonal helse, sosial ulikhet og helse, etikk og prioritering. De skal også få basiskunnskaper i metodefag som epidemiologi og biostatistikk. Alt dette faller inn under paraplybetegnelsen samfunnsmedisinske fag.

Samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet krever videreutdanning på lik linje med andre spesialiteter. Alle de medisinske spesialistutdanningene i Norge er i støpeskjeen. Samfunnsmedisin er i dag, mer enn noen gang, preget av tverrfaglig samarbeid hvor leger, sykepleiere, helsesøstre, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, tannleger, ergoterapeuter, økonomer, statsvitere, jurister, statistikere, ingeniører og veterinærer samarbeider. Planarbeid er en viktig oppgave for slike tverrfaglige team. Legens rolle i dette arbeidet vil være å bidra med sin medisinsk-faglige kompetanse. Stilt overfor et team med så stor faglig bredde er det ingen selvfølge at dette fagområdet skal hete «*samfunnsmedisin*». Folkehelsearbeid er en mer dekkende felles betegnelse på et fagområde som skal favne alle de forskjellige profesjonsgruppene som arbeider med å fremme folkehelsen.

Når vi planlegger undervisningen i samfunnsmedisin for dagens studenter er det viktig å huske at de legene vi utdanner i dag, skal være yrkesaktive fram til rundt 2060. Selv om det er mange usikkerhetsfaktorer vet vi en del om hva som venter våre kolleger de neste 40-50 årene. Den viktigste, overordnede samfunnsmedisinske oppgaven blir å bidra til å utjevne ulikheter nasjonalt og globalt. Det er ulikhetene som skaper de fleste store helseproblemer (5). I Norge er forskjellen i levealder 10 år mellom de som har god utdanning og god økonomi og de som befinner seg nederst på den sosiale rangstigen. Derfor har vi store utfordringer med å utjevne forskjellene som resulterer i at store grupper har en helt annen sykdomsbyrde og levetidspektiv enn andre grupper i det norske samfunnet. Det er også ulikheter og urettferdig fordeling av resurser som skaper regionale konflikter. I et internasjonalt perspektiv er universell tilgang på tilstrekkelig ernæring, utdanning, meningsfrihet og rettferdig fordeling av materielle goder og helsetjenester helt grunnleggende forutsetninger for å bedre folkehelsen.

Mange samfunnsmedisinske helseproblemer kjenner ingen landegrenser. Svineinfluensa-epidemien viste hvor fort en virusinfeksjon kan spre seg med dagens reisemønster. EBOLA-epidemien i Vest-Afrika kunne raskt utviklet seg til en global trussel. Vi vet at virusinfeksjoner kan resultere i ukontrollerbare pandemier som kan ramme store deler av jordens befolkning i løpet av noen få uker. Vi vil i framtiden ha behov for økt helseberedskap både nasjonalt, regionalt og globalt.

Internasjonal terror er noe vi må leve med. Foreløpig har det stort sett vært «konvensjonelle» våpen som har vært benyttet. Men terrorister vil i framtiden kunne ta i bruk biologiske våpen og kanskje til og med kjernefysiske våpen med de katastrofale følgene det vil ha. Flyktningekatastrofen i Syria utviklet seg eksplosivt i løpet av få måneder høsten 2015. Det vil komme flere slike humanitære katastrofer som følge av krig og ufred. Vi vil

også se millioner av klimaflyktninger i årene som kommer som følge av klimaendringer som vil gjøre store landområder ubeboelige på grunn av tørke eller oversvømmelser.

Økende luftforurensning, forsøpling av verdenshavene, avfolking av rurale områder og stadig større konsentrasjon av enorme menneskemengder i uoversiktlige, gigantiske megabyer er også en del av den framtiden som våre kolleger vil måtte forholde seg til.

Mange av dagens studenter vil delta i humanitære operasjoner utenlands eller arbeide i internasjonale organisasjoner. Men også her hjemme vil de møte disse utfordringene når de arbeider som leger. Norge vil i økende grad bli et multikulturelt samfunn og våre framtidige kolleger vil måtte forholde seg til et helt annet medisinsk landskap enn det vår generasjon har gjort. Vår undervisning i samfunnsmedisin må forberede studentene på denne virkeligheten (6). Derfor må vi kanskje enda en gang revidere definisjonen av samfunnsmedisin og ta inn over oss en grenseløse og global verden hvor de samfunnsmedisinske problemene oppstår og utfolder seg.

Når vi skal undervise studenter i samfunnsmedisin er det en utfordring å flytte fokus fra enkeltindivider til grupper av individer og fra kurativ medisin til forebyggende tiltak. Tradisjonelt har undervisningen i samfunnsmedisin vært delt inn i mange forskjellige emner. Hvorvidt det er hensiktsmessig å opprettholde en inndeling i mange små emner er en pågående diskusjon. Studentene synes det blir enklere å lære samfunnsmedisin hvis faget deles opp i velavgrensede emner. Men virkeligheten har ikke like skarpe grenser og erfarne samfunnsmedisinere ser at alle disse fagområdene henger sammen.

I tillegg til at våre nyutdannede kolleger skal arbeide i et mer multikulturelt samfunn og ha mer nærkontakt med internasjonale helseproblemer, skal de også forholde seg til en annen demografisk virkelighet og et annet sykdomsspekter her hjemme. Vi er allerede i starten av en eldrebølge som vil prege helsevesenet i årene som kommer. Å forebygge kroniske sykdommer og bedre livskvaliteten til eldre med flere samtidige helseproblemer vil bli en stor utfordring for organiseringen av helsevesenet og de pleie og omsorgstilbud som lokalsamfunnet og storsamfunnet må stille opp med.

Prioritering av begrensede helsetilbud som sikrer best mulig hjelp for flest mulig mennesker vil bli stadig mer nødvendig i den kliniske hverdagen, etter hvert som nye, og kostbare behandlingstilbud dukker opp. Dette krever grunnleggende kunnskaper om helseøkonomi, prioritering, etikk og samfunnsplanlegging.

En faglig forståelse av samspillet mellom samfunnsforhold og helsetilstanden i befolkningen er ikke noe som skal være forbeholdt den gruppen

samfunnsmedisinere som arbeider i forvaltningen, som fylkesleger og kommuneleger, på Folkehelseinstituttet eller på universitetene. Leger som arbeider i primærhelsetjenesten og annenlinjetjenesten møter også samfunnsmedisinske problemstillinger. Derfor må kunnskaper om hvordan forhold i samfunnet påvirker helsen være en sentral del av utdannelsen av framtidige leger. Demografiske forandringer, økonomiske konjunkturer, medisinsk og teknologisk utvikling, klimaendringer og utviklingen i verdenssamfunnet vil sette agendaen for norsk samfunnsmedisin de neste 40 årene.

De samfunnsmedisinske miljøene i Norge har tradisjon for, til dels i fellesskap, å skrive lærebøker som stort sett benyttes ved alle fire lærestedene. Dette er en viktig forutsetning for at leger utdannet i Norge har en felles faglig plattform. Selv om det er svært gode internasjonale lærebøker i public health, vil det alltid være behov for lærebøker som tar opp særnorske forhold. Hvorvidt en skal fortsette med tradisjonelle lærebøker eller gå over til elektroniske lærebøker er en aktuell problemstilling også i samfunnsmedisin. Fordelen med e-bøker er at de lettere kan oppdateres (jmf trygdemedisin). Arbeidsmedisin i Bergen har utviklet en e-bok som viser hvilket potensiale slike bøker har framfor tradisjonelle lærebøker.

Det er en utfordring at vi i mindre grad har kjennskap til og kontroll med utdanningen i public health som norske studenter får når de studerer medisin i utlandet. Undervisningen om særnorske, samfunnsmedisinske forhold må nødvendigvis bli mangelfull i forhold til det som undervises på norske læresteder. Når nesten halvparten av dagens nyutdannede leger i Norge har sin utdanning fra utlandet, er det viktig at disse får et fullverdig tilleggskurs i norsk samfunnsmedisin før de begynner å praktisere i Norge.

De pedagogiske metodene er også i endring. I Norge har flere læresteder basert mye av sin undervisning de siste 15-20 årene på problem basert læring (PBL). Dette er en metode som egner seg godt for undervisning i samfunnsmedisinske fag. De siste årene har gruppe basert læring (team basert læring = TBL) fått økende oppmerksomhet og i Norge er denne metoden tatt i bruk som et viktig supplement til mer tradisjonell undervisning. Også denne metoden egner seg godt til undervisning i samfunnsmedisinske fag fordi den er mer studentaktiverende enn tradisjonell undervisning.

Det er viktig at studentene også får møte de som arbeider med samfunnsmedisinske problemer utenfor universitetene. Utplasseringen i allmennmedisin bør også omfatte samfunnsmedisin. NAV-kontorene, bedriftshelsetjenesten, kommune- og fylkeslegene har mye viktig kompetanse som bør formidles til studentene. Det vil være en stor fordel om vi kan ansette noen kommuneleger og fylkesleger i bistillinger ved universitetene.

Det har vært vanlig å plassere undervisningen i samfunnsmedisin relativt sent i studiet. Da vi skulle utvikle den nye studieplanen i medisin i Bergen var det en viktig målsetning at studentene allerede i første studieår skal møte medisinsk klinikk. Men de skal også møte samfunnsmedisinske problemer og få en forståelse av at medisinsk kunnskap må være både individrettet og grupperettet. Vi tror det er viktig at studentene gjennom hele studietiden blir trent opp til å se og forstå enkeltindivider i et gruppeperspektiv.

Litteratur

1. Winslow CA. The untilled fields of public health. *Science* 1920; 51:23-33
2. Acheson D. *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*. London 1988 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf
3. www.who.int/trade/glossary/story076/en/
4. *The Public Health System and the 10 Essential Public Health Services*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010. www.cdc.gov/od/ocphp/nphpsp/Essential-PHServices.htm
5. Marmot M. *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt and Company 2004.
6. Ehn S, Agardh A, Holmer H, Krantz G, Hagander L. Global health education in Swedish medical schools. *Scand J Public Health* 2015;43:687-93.

Takk til tidligere fylkeslege Svein Hindal for nyttige kommentarer.

*Kjell Haug
kjell.haug@uib.no
Institutt for global helse og samfunnsmedisin
Universitetet i Bergen*

Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyrr!

Michael 2016; 13: 152–156.

De medisinske fakultetene i Norge har valgt forskjellige modeller for undervisning i samfunnsmedisin. Ved NTNU er det 11. semesteret (semester IIIC) i sin helhet viet samfunns- og allmennmedisin. I løpet av semesteret opptrer de to fagene i tett samspill med hverandre. I tillegg til ordinær undervisning inkluderer semesteret en utplasseringsperiode der alle studentene tilbringer seks uker på fastlegekontor. Studentene skal også levere skriftlige oppgaver som omhandler samfunnsmedisinske forhold i utplasseringskommunen. Artikkelen forfatter fullførte medisinstudiet ved NTNU i 2014, og formidler personlige erfaringer fra undervisningen i samfunns- og allmennmedisin, med vekt på hvordan fagene oppleves under studietiden og hvordan undervisningen påvirker egen praksis i løpet av turnustjenesten.

Et av de mest forlokkende aspektene ved medisinen er fagets tilsynelatende krystallklare idéverden. Mystiske, uklare symptomer og funn hos pasienten kan skilles fra hverandre, analyseres via laboratorieundersøkelser, beskrives i patologien, forklares gjennom fysiologien. Gjennom de første fem årene ved medisinstudiet på NTNU blir kroppens indre logikk brettet ut og synliggjort. Studenten trenes opp i diagnostiske tankerekker som fortøner seg som de mest delikate fortolkninger; sykehuspasientene og kasuistikkene er ofte valgt ut for å illustrere finurlige poeng. Pasient A har magesmerter, pasient B har magesmerter, pasient C har magesmerter, men gjennom anamnese og mønstrene på leverenzymprøvene – cholestase? hepatitt? alkoholisk eller autoimmun? – skilles sykdommene elegant fra hverandre. Når diagnosen foreligger, vil den riktige behandlingen åpenbare seg.

I løpet av studieår 3, 4 og 5 ved NTNU legges det vekt på utplassering i sykehus, hvor alle funksjoner og systemer er innrettet mot dette idealløpet, fra utredning til diagnose, behandling og utskrivelse. Det er et impo-

nerende system der mennesker kan fjernes fra sine hverdagsmiljø, repareres og leveres tilbake igjen.

Den samfunnsmedisinske forstyrrelsen

Innenfor denne oversiktlige strukturen utgjør samfunnsmedisinen og allmennmedisinen en forstyrrelse. Mens sykehusspesialitetene tilsynelatende langt på vei lykkes i sitt prosjekt om å sette diagnosen i fokus, snur samfunnsmedisinen det hele på hodet. Individuelle sykdomsprosesser løftes ut av laboratoriet og plasseres tilbake i en kontekst der de fremstår som enkeltledd i et langt videre relasjonsnettverk. Da John Snow (1813–58) kartla Londons kolerautbrudd i 1854 – for øvrig noe av det første NTNU-studentene eksponeres for av samfunnsmedisin i praksis – ante han ingenting om koleraens årsak eller smitteveier. Ved å følge sporene utover i samfunnet, heller enn innover i kroppen, stilte han sin geografiske diagnose; vannpumpen i Broad Street var sykdomskilden.

For en medisinstudent av i dag er en tilsvarende tankegang fremmed. Patologien har forklart så uendelig mye. Den individuelle kroppen oppleves som avgrensbar, tilgjengelig som den er for et visst antall definerte analysemetoder. «Samfunnet» fortoner seg som noe langt mer ubegripelig. Sykehuspraksis lærer oss å dechiffrere koder som ligger nedfelt i kroppen, ledetrådene som fører mot riktig diagnose; for å nøste opp i ledetrådene utenfor kroppen kreves det kunnskap og erfaring i fagområder det ikke undervises i på medisinstudiet – økonomi, politikk, utdanning, boforhold, sosial diskriminering. Det er lett å se for seg hva en kardiolog forventes å beherske og behandle, men hvor skal en samfunnsmedisiner sette stetoskopet sitt?

Ved NTNU kommer denne samfunnsmedisinske forstyrrelsen i det 11. semesteret – eller som det heter innenfor universitetets noe eiendommelige tallsystem, semester IIIC. Selv husker jeg opplevelsen av å bli ferdig med 10. semester og det 5. året som enormt tilfredsstillende. Den spesifikke sykdomslæren var ferdig, sykehusutplasseringen overstått, og de medisinske brikkene begynte å falle på plass. Det siste, sjetten år skulle bli et slags oppsummeringsheat. Ved hjelp av gamle notater og et regneark satte jeg opp tidenes leseplan; alt skulle være systematisk gjennomgått på nytt og festet i minnet til den store, avsluttende embetseksamen sommeren 2014. En slags pliktoppfyllende, angstbitersk lang dags ferd mot norsk autorisasjon. Det ene, siste hinderet på veien var semester IIIC, samfunns- og allmennmedisin.

Selve undervisningen oppleves også som en forstyrrelse, i positiv forstand. Semesteret sparkes i gang med klare likhetstrekk til bachelorstudiet i drama og teater; forelesere underviser gjerne tre-fire sammen i dialogform, det

legges vekt på rollespill og historiefortelling, allmennleger siterer Kierkegaard og presenterer seg selv (med egne ord) som medisinenes bohemer. De oversiktligge PowerPoint'ene fra effektive hvitkleddes sykehusleger byttes ut med skannede fotokopier av Dagbladet-kronikker og eldre saker fra «Utposten», knapt lesbare selv på storskjerm. Også på det formelle planet skiller IIC seg ut fra de øvrige semestrene, med egen eksamen, obligatoriske oppgaveinnleveringer og videoevaluering. Beskjeden er effektiv: dette er annerledes. Dette er rotete. Sykehuskorridorens og laboratoriets renhet byttes ut med rutete skjorter og et virvar av problemstillinger som savner enkle, entydige svar.

For samfunnsmedisinen rommer mange dilemmaer, og det er kanskje hovedinntrykket man sitter igjen med som student etter at semesteret tar slutt. Det er som oftest lett å avgjøre hvilke resepter som skal skrives etter endt konsultasjon, men alt det omkringliggende er langt mer uklart. Samfunnsmedisinen representerer en bevegelse fra kontrollerbare kliniske miljøer til medisinenes randsoner, hvor man møter det uforutsigbare som ligger i det menneskelige. Skal pasienten sykmeldes? I hvilken grad og hvor lenge? Foreligger det risikofaktorer for sykdomsutvikling som kan være mål for forebyggende arbeid? Vil en eventuell sykdomsscreening forbedre fremtidig helse mer enn det forverrer nåværende helseangst?

Mye kan tyde på at denne samfunns- og allmennmedisinske forstyrrelsen i utdanningsløpet er en nødvendighet. Medisinstudenter går for å være en heller prektig og perfektjonistisk gruppe, med stor treningsiver og enda større angst for å gjøre feil. Praksisen med et studieopptak som kun baserer seg på karakterer fra videregående skole bidrar til å selektene kandidater med sterkt pliktoppfyllende og trolig også lett nevrotiske personlighetstrekk (1). Han lo godt, lungekreftpasienten som stilte opp på forelesning i vårt andre studieår, da han spurte hvem blant oss som røykte – og ikke én hånd i den fullsatte forelesningssalen strakk seg i været. Avstanden mellom fersk, autoritetstro lege og erfaren, tvilende pasient kan bli stor. Det kliniske medisinfagets oppbygging og daglige utøvelse med tidspress, faglig hierarki og standardiserte prosesser gjør lite for å motvirke dette.

Det samfunnsmedisinske perspektivet

Det er selvfølgelig mye praktisk nytte å hente ut av et samfunns- og allmennmedisinsk semester, også for oss som kommer rett ut av studiet og inn i turnustjenesten. Det blir langt lettere å delta på dialogmøter, gjøre avtaler om kommunale omsorgstilbud og føre en fornuftig samtale med barnevernet når man har lært seg noe om det kommunale språket. Det går raskere å fylle ut skjema om sykmelding når man har gjort det noen ganger

før, og man får bedre mulighet til å utforske alternativene sammen med pasienten. For min del ligger den vesentligste lærdommen likevel ikke i de praktiske oppgavene, men i det samfunnsmedisinske perspektivet. Med større forståelse for samspillet mellom sykdom og samfunn får man også et bedre bilde av forebyggende arbeid, sykmeldingsutfordringer og screening-virksomhet i kommunen der man har sitt arbeidssted. Med et helhetlig blikk som evner å betrakte de besøkende på legekontoret som en populasjon i en kontekst, ikke bare som private individer, blir det lettere å ta stilling til de mange daglige spørsmålene – for det blir etter hvert fryktelig mange – angående helse, omsorg og arbeid.

I løpet av turnustjenesten kjenner man nemlig ofte på konflikten mellom å gjøre det som føles rett for en bekymret og belastet pasient, og det som oppleves som korrekt i forhold til et effektivt, økonomisk motivert system. Når man er usikker på en beslutning, søker man gjerne trygg faglig grunn – spesielt som nyutdannet, når man ikke har så mye erfaring å basere seg på. Det ligger en besnærende maktfølelse i den tradisjonelle kliniske medisinen. Jeg er overrasket over hvor tilfredsstillende det er å stille rett diagnose, føre korrekt journalnotat, instruere pasienten i videre oppfølging og behandling. Det er når denne makten ikke strekker til, når diagnosen aldri blir klar eller behandlingen ikke fører til helbredelse, at lærdommen fra IIIC gjør seg gjeldende. Når jeg kjenner på avmakt som lege, minnes jeg om pasientens avmakt, og det gir rom for å omgjøre legekonsultasjonen fra maktutøvelse til likemannsarbeid.

Medisin i ulendt terreng

Helse opptre ikke i et vakuum. For en erfaren lege er det kanskje en selvfølge, men for medisinstudenter er det viktig lærdom langs veien, særlig for den som har lite førstehåndserfaring med sykdom og motstand. Legen omtales gjerne som portvokter, både for trygdeytelser og mer spesialisert medisinsk utredning og behandling. Det er lett å ta denne rollen bokstavelig, sette seg på et vaktårn bygd opp av medisinske referanseverk og både betrakte og bedømme pasienten fra et såkalt objektivt, vitenskapelig perspektiv. Har pasienten selv skyld i egen sykdom? Gjort alt i sin makt for å tilpasse seg produktivt arbeid? Fortjener han eller hun egentlig prioritert hjelp fra det offentlige – hjelp som vi mange ganger daglig er med på å fordele eller fornekte?

En slik nærgransking fanger fort både lege og pasient i uverdige roller. Vi som ikke arbeider som samfunnsmedisinere kan likevel bruke samfunnsmedisinsk kunnskap og tankesett til å puste ut og betrakte både den individuelle pasienten og oss selv som ledd i nettopp et større nettverk av rela-

sjoner og sosiale mønstre. Det er ikke tilfeldig at dette mennesket kom på kontoret mitt i dag, og det er heller ikke tilfeldig at jeg sitter der for å ta i mot. Forholdet vårt springer ut av økonomi og politikk, utdanning, sosiale forskjeller. Innsikt rundt disse forholdene letter trykket på begge parter i samtalen og gjør det mulig å møte hverandre ikke i trange, forhåndsdefinerte roller som gransker og gransket eller helper og hjulpet, men som samarbeidspartnere med gjensidig forståelse og bedre helse som et felles prosjekt. Så får heller de uleselige kopiene fra Dagbladet og Utposten, som jeg rev meg i håret over under forberedelsene til semestereksamen i IIIC, bli en påminnelse om at det er i ulendt terreng man gjør nye oppdagelser.

Litteratur

1. Rosander P. The importance of personality, IQ and learning approaches: Predicting academic performance. Doktoravhandling. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2013.

Knut Mork Skagen¹
knut@theskaw.com
Turnuslege
Trondheim kommune

1 Forfatteren er for tiden turnuskandidat hos Steinar Westin ved Mathesongården legesenter i Trondheim

Samfunnsmedisinsk forskning

Michael 2016; 13: 157–171.

Etter at samfunnsmedisin ble opprettet som et eget medisinsk spesialistfag på 1980-tallet, oppstod det uklarheter om bruken av fagbetegnelsen samfunnsmedisin. Noen ønsket å reservere navnet for den nye medisinske spesialiteten, men måtte erkjenne at betegnelsen allerede var i bruk i bredere betydning ved universitetene, gjerne som samlebetegnelse for institutter som huset flere fag med tilknytning til primærhelsetjenesten og samfunnsfagene. Hvis vi anerkjenner at samfunnsmedisin er en bred fagbetegnelse som omfatter grupperettet legearbeid overfor befolkninger, lokalt, nasjonalt og globalt, vil den forskningen faget bygger på, spenne over et bredt spekter av forskningsområder, og med bruk av svært ulike metoder. Finnes det noen fellestrekk ved denne forskningen, og hvor betydningsfull er forskningen for folkehelsen og samfunnsmedisinens praktiske arbeid? Denne artikkelen er et forsøk på å ramme inn hva det forskes på, hvilke metoder som benyttes, og ikke minst – drøfte noen fallgruver og begrensninger i spennet mellom forskning og praksis.

“There is nothing a government hates more than to be well informed; for it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult.”

John Maynard Keynes

Vi skal ikke dvele lenge ved denne mismodige ytringen som er tillagt økonomen John Maynard Keynes (1883-1946). Han er ikke blant de forskere som har grunn til å beklage seg over at hans forskning ikke fikk betydning for utforming av politikken, han som la grunnlaget for de økonomiske teoriene som muliggjorde utviklingen av etterkrigstidens moderne velferdsstater. I et langt tidsperspektiv skal vi heller ikke beklage oss over at samfunnsmedisinsk forskning er blitt oversett under utviklingen av helsevesen og folkehelsepolitikk gjennom de siste par hundre år. Tvert imot – som Øivind Larsens bidrag i dette nummeret av Michael så tydelig viser (1), har

forskning og utvikling innen hygienefaget, bakteriologien og sosialmedisinen vært av største betydning for organiseringen av helsevesenet og for folkehelsepolitikken, ja – indirekte også for ernæringspolitikk og boligpolitikk (2).

Likevel er denne forbindelsen mellom samfunnsmedisinsk forskning og utforming av dagens politikk stadig en kilde til bekymring – om ikke annet, så blant forskerne selv. I en nylig publisert artikkel i BMJ meldes det at det med bakgrunn i amerikansk anti-lobby-lovgivning skal bli «forbudt» for forskere som mottar offentlige bevilgninger å kontakte politikere direkte med sine resultater. En helt urimelig favorisering av privatfinansiert forskning, skriver kritikerne (3), og minner oss om at formidlingen av forskningsresultater til allmennheten og politikere stadig er en viktig oppgave for forskere (4). Vi bekjenner oss alle lett til ønsket om at utforming av politikk og samfunnsliv i størst mulig grad bør være basert på kunnskap (5). En viktig forutsetning for et velfungerende demokrati er respekt for forskning og «sannhet», eller som den amerikanske tidligere senator Daniel P. Moynihan (1927–2003) formulerte det: «Everybody is entitled to his own opinion, but not his own facts».¹

Vi behøver ikke gå til historien – eller til USA – for å se hvor viktig det er at forskning og kunnskap legges til grunn for samfunnsliv og politikk, ikke minst når det gjelder folkehelse og utvikling av helsetjenester. Aktuelle spørsmål er f.eks. hvordan samfunn og helsetjeneste skal forholde seg til klimaendringer, antibiotikaresistens, migrasjon og innvandring, overvekt og fedme, økende sosiale ulikheter, eller beslutninger om avvikling av akuttfunksjoner i sykehus. Men hva er nå egentlig samfunnsmedisinsk forskning?

Samfunnsmedisinske forskningsområder

Det er åpenbart at samfunnsmedisinsk forskning spenner over et stort felt, men hva som faller innenfor eller utenfor er det fortsatt ingen påtrengende enighet om. Den store uklarheten om bruken av betegnelsen samfunnsmedisin i vår tid kan trolig spores tilbake til etablering av samfunnsmedisin som fullverdig medisinsk spesialitet i 1984. Med vedtaket på Legeforeningens landsmøte i Loen i 1983 ble både allmennmedisin og samfunnsmedisin anerkjent som fullverdige medisinske spesialiteter, og dermed som «yrkesfag» (6). Riktig nok gikk det noen år før de begge fikk sine etablerte utdanningsmodeller, med krav til hva en spesialistutdanning skulle inneholde. Men vedtaket skapte også uklarhet i forhold til universitetenes bruk av samfunnsmedisin som fagbetegnelse. Det var åpenbart at ikke alt vi drev

¹ Sitatet mye brukt nettopp i skrivende stund, som kommentar til presidentkandidat Donald Trumps mange opptredener.

med på disse instituttene samsvarte direkte med innholdet i det nyetablerte spesialistfaget. Blant annet måtte vi erkjenne at allmennmedisin ikke lenger passet under paraplyen samfunnsmedisin, selv om fagene tilhørte samme institutt. Instituttet i Trondheim var raskest ute med å skifte navn fra «samfunnsmedisin» til «samfunnsmedisinske fag», en mer romslig flertallsbetegnelse som under samme tak fortsatt rommet allmennmedisinen (7).²

I kjølvannet av disse navnediskusjonene oppstod en ny betegnelse, «anvendt samfunnsmedisin», brukt av Offentlige legers landsforening da entusiaster blant de offentlige legene fikk gjennomslag i Legeforeningen for en styrking av den akademiske samfunnsmedisinen, her forstått som styrking av forskning og undervisning innen det nyetablerte spesialistfaget (8). Legeforeningen hadde noen tiår tidligere hatt stor suksess med faglig påtrykk og bevilgninger for å få allmennmedisinen etablert som universitetsfag (9). Nå ble det påpekt at den nyetablerte samfunnsmedisinske spesialiteten hadde et like stort behov for Legeforeningens innsats for å styrke forskningen. Initiativet innebar også en utilsørt kritikk av universitetsmiljøene, som i stigende grad hadde vinklet sin forskning mot den rene epidemiologien og de store befolkningsdatabasene, og forsømt forskning og fagutvikling som kunne støtte opp under det praktiske, eller «anvendte», samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene (8, 10). Et levedyktig fag med en ny spesialistgodkjenning trengte et bedre forskningsbasert fundament.

Det er vanskelig i ettertid å bedømme hvor stor betydning dette initiativet hadde på formingen av den samfunnsmedisinske forskningen her til lands. Men Legeforeningen stilte betydelige ressurser til rådighet, med løfter om midler både til professorater og vitenskapelige mellomgruppestillinger i «anvendt samfunnsmedisin». Som representanter for Offentlige legers landsforening reiste Kristian Hagestad og Dag Brekke i 1991 rundt til de fire universitetsmiljøene for å sonde hvor de nye stillingene i anvendt samfunnsmedisin skulle etableres. Det ble en slags anbuds-konkurranse. Hvilket av de fire universitetene kunne by på de beste faglige rammevilkår for de nye akademiske stillingene som skulle opprettes? En av de mest kritiske betingelsene var hvorvidt universitetet ville – eller kunne – forplikte seg til å overta stillingene som faste hjemler etter utløpet av den fem års finansieringen Legeforeningen bød på.

Det ble universitetene i Trondheim og Oslo som fikk dem, to professorater og en mellomgruppestilling i henholdsvis anvendt samfunnsmedisin og miljømedisin til Trondheim, og et professorat og en mellomgruppestilling til Oslo. Det tok flere år før denne prosessen var gjennomført, og noen

2 Senere ble navneendringen reversert, trolig fordi ny ledelse ikke var så opptatt av disse diskusjonene. Men på engelsk ble distinksjonen opprettholdt: Department of Public Health and General Practice.

stillinger ble delt. Instituttene for samfunnsmedisinske fag (under skiftende navn) ble gjennom dette initiativet sterkere forpliktet på en praksisnær forskningsprofil, og blikket for de lokale samfunnsmedisinske problemstillingene fikk en slags renessanse. Men kanskje sterkere i Trondheim enn i Oslo.

I Trondheim bidro satsingen til en sterkere vektlegging av lokalførankrede forskningsprosjekter, flere med klar vinkling mot helsetjenesteforskning, og noen også som randomiserte forsøk i samarbeid med kommunehelsetjenesten og dels også med sykehusene. Det hører med til historien at Universitetet i Oslo nylig etablerte et nytt professorat i samfunnsmedisin med fagbeskrivelse nokså lik den som i sin tid het «anvendt samfunnsmedisin». Men ordet «anvendt» var tidsaktuelt på 1990-tallet, og går nok gradvis ut igjen.

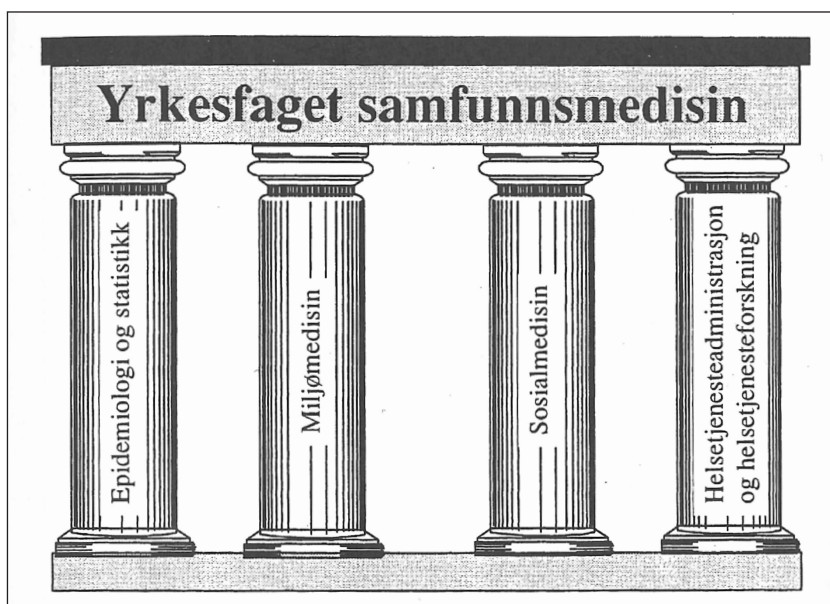
Dels som knebøyning for distinksjonen mellom samfunnsmedisin som spesialitet og som instituttbetegnelse har instituttene senere skiftet navn flere ganger, og ytterligere markert at samfunnsmedisin og allmennmedisin har ulike fagprofiler – samfunnsmedisinen rettet mot samfunn og populasjoner, allmennmedisinen mer mot individer og pasienter. Etter hvert finner vi under instituttparaplyene ulike tilstøtende fag, som medisinsk etikk, medisinsk antropologi, helseøkonomi, kvinnehelse, medisinsk historie, og ikke minst «verktøyfagene» epidemiologi og statistikk.

Hvis vi nå skal knytte innrammingen av hva som er samfunnsmedisinsk forskning til spesialistfaget samfunnsmedisin, er det nærliggende å ta utgangspunkt i den fagdefinisjonen som opprinnelig ble utarbeidet av Offentlige legers landsforening, og som mange av oss mener står seg godt også i dag (8, 10). Her skrives det at «samfunnsmedisinen integrerer kunnskap fra flere fagområder...», og at fagets grunnpillarer er (fig 1)

- Epidemiologi og statistikk
- Miljømedisin
- Sosialmedisin
- Helsetjenesteadministrasjon og helsetjenesteforskning

Med denne forståelsen av betegnelsen samfunnsmedisin er det lettere – men fortsatt ikke helt problemfritt – å redegjøre hvorfor noen av oss ved universitetene iblant betegner oss med stillinger i samfunnsmedisin, og av og til med merkelapper som epidemiolog, helsetjenesteforsker, sosialmedisiner eller trygdemedisiner. Det handler altså om ulike nivåer av spesifisering (11).

Fortsatt må det være riktig å si at det er *epidemiologien og statistikken* som er den samfunnsmedisinske forskningens kjernefag, en slags medisinske matematikk, med metoder og teknikker som i særlig grad er egnet til å beskrive



Figur 1: Slik ble forholdet mellom spesialistfaget samfunnsmedisin og de underliggende «emnefagene» illustrert i Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin fra 1996 (faksimile fra (11)).

sykdom og helseproblemer i populasjoner. Det er med denne kunnskapen i bunnen at tiltak for forebygging og helsefremming kan planlegges og iverksettes. Kritikken mot epidemiologien fra samfunnsmedisinens praktikere handler nok mer om at epidemiologien i stigende grad er blitt opptatt av sofistikerte metoder og teknikker, gjerne anvendt på de store databasene, og at forskningen dermed har lett for å miste kontakten med praksisfeltets problemstillinger. Denne kritikken er for lengst også reist internasjonalt (12).

Forskning innen den søylen som benevnes *miljømedisin* har også bred betydning, særlig når man leser innstillingen fra Offentlige legers landsforening, og ser at det under denne merkelappen beskrives det som i bred forstand heter *miljørettet helsevern*, tidligere omtalt som *teknisk hygiene* (1). Da er kommunelegene på hjemmebane, med den klassiske hygienens problemstillinger: Drikkevann, renovasjon, smittevern, støy- og luftforurensning, inneklima, arealplanlegging, «helse i plan», og alt dette som havner på kommunelegens bord. Behovet for forskningsbasert kunnskap er åpenbart, og vi hører ikke sjelden at samfunnsmedisinere både lokalt og sentralt etterlyser forskning på nye problemstillinger.

Den *sosialmedisinske* søylen bærer i seg fagtradisjonen etter Axels Strøms professorat fra 1951 (1). Sosialmedisinen beskrives slik med lærebok i sosialmedisin fra 2004 (13). «Sosialmedisinens oppdrag er å studere de sosiale forhold som virker inn på helse og sykdom samt hvordan de sosiale vansker som følger av sykdom kan avhjelpes. Faget skal bidra til å bedre helsen til vanskeligstilte grupper.» Her ser vi avgrensningen mot den klassiske hygien og miljørettet helsevern, selv om sosiale forhold så utvilsomt også kan preges av tekniske og materielle omgivelser. Det følger også av fagbeskrivelsen at sosialmedisinen skal forholde seg til en etisk-politisk dimensjon av sosial rettferdighet³, og at faget må ha en betydelig interesse for trygde- og velferdsordninger og andre tiltak som kan avhjelpe konsekvensene av sykdom og funksjonssvikt. Her har forskning innen attføringsarbeid og *trygdemedisinen* sin klare rolle, og strengt tatt kunne denne tredje fagsøylen hatt betegnelsen *trygde- og sosialmedisin*. Helt sentralt i denne forskningen står også *sosial-epidemiologien* (14), med særlig vekt på forskning på de sosiale ulikhetene i helse og på kulturelle og etniske faktorer som former befolkningens helse.

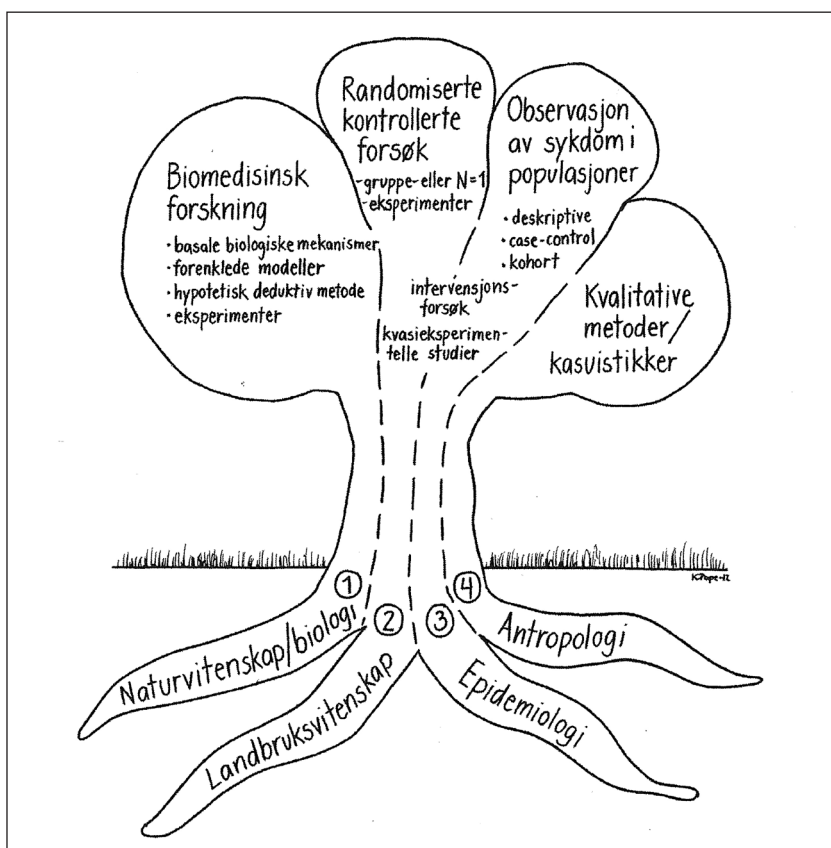
Søylen med betegnelsen *helsetjenesteadministrasjon og helsetjenesteforskning* er den som kanskje har undergått den største utviklingen som bidragsyter til den samfunnsmedisinske forskningen, ikke minst ved at *helseøkonomi* har fått sin plass ved de samfunnsmedisinske instituttene. Også utenfor disse instituttene utføres det innen helseøkonomi i stigende grad forskning med høy relevans for samfunnsmedisinen, for eksempel innen trygdemedisin. Det er også innen helsetjenesteforskningen og trygdemedisinen at vi ser hyppigere bruk av randomiserte forsøk som ledd i evaluering av tiltak.

Etter hvert som faginnholdet i spesialistfaget samfunnsmedisin får en noe løsere tilknytning til kommunehelsetjenesten, slik Magne Nylenna går inn for i en utredning fra 2004 (15), vil også problemstillinger knyttet til administrasjon og ledelse, ikke minst i sykehusene og i de store helseforetakene, få en mer sentral plass i den samfunnsmedisinske forskningen.

Samfunnsmedisinske forskningsmetoder

Med denne skissen av den samfunnsmedisinske forskningens emneområder som bakteppe, er det nærliggende å stille spørsmålet om hva som kjenne-tegner samfunnsmedisinske forskningsmetoder. Har samfunnsmedisinen som fagdisiplin et selvstendig vitenskapelig fundament? Finnes det en særegen samfunnsmedisinsk forskningsmetode?

3 Mye omdiskutert da læreboka ble skrevet. Det var ikke åpenbart at et akademisk fag skal ha en verdimeisig forankring.



Figur 2: Som i andre medisinske fagdisipliner låner også den samfunnsmedisinske forskningen metoder fra ulike vitenskapstradisjoner, her billedliggjort med fire tydelige røtter (faksimile fra (16)).

Det samme kritiske spørsmålet ble i sin tid stilt til allmennmedisinen da fagets utøvere hadde ambisjoner om å få etablert en egen allmennmedisinsk spesialistutdanning (9, 16). Svaret er det samme: Samfunnsmedisinen har ikke noe særegent vitenskapelig fundament. Det har heller ikke de andre medisinske spesialistfagene. Vi – også vi samfunnsmedisinere – låner vitenskapelige paradigmer, tenkning og forskningsmetoder fra ulike vitenskapstradisjoner.

Det er ikke så ofte vi reflekterer over det. Men det kan være nyttig å gå til røttene, bokstavelig talt, og jakte på hva slags tenkning og hvilke fagtradisjoner som ligger til grunn for den samfunnsmedisinske forskningen. Vi ser umiddelbart at det er forskjell på epidemiologiens observerende og

ikke-intervenerende posisjon, og de randomiserte forsøkene, der man nettopp setter tiltak i verk med tanke på å evaluere effekter av dem. På samme måte er det åpenbare forskjeller mellom den tenkningen og de metoder man anvender i naturvitenskapene og det som er de kvalitative studienes grunnregler.

Jeg har gjennom årene interessert meg for disse lange linjene i vitenskapshistorien, og lent meg til tanken om at de fleste (om ikke alle) medisinske spesialiteter låner sine forskningsmetoder fra fire grunnleggende vitenskapstradisjoner (16):

- Den naturvitenskapelige og biologiske
- Den landbruksvitenskapelige
- Den epidemiologiske
- Den antropologiske

Slik også for samfunnsmedisinen. Det som skiller forskningen innen de ulike spesialitetene er ikke av prinsipiell art, men snarere hvor mye vi anvender av disse ulike tradisjonenes tenkesett og metodiske verktøykasser. I figur 2 er denne tankemodellen omsatt til bildet av et tre med flere store grener, der dagens medisinske (og samfunnsmedisinske) forskning har fått sine betegnelser i hver gren, her i tallet fire. Historisk sett kan vi følge hver av dem ned til røttene, til nettopp de fire vitenskapstradisjonene som ligger til grunn (16).

Noen vil stille spørsmål ved om *naturvitenskapene* egentlig har noen betydningsfull plass i den samfunnsmedisinske forskningen. Svaret avhenger av hvor bredt man vil definere samfunnsmedisinen. I alle fall er det åpenbart at forskning og kunnskap fra naturvitenskapene, og den delen av medisinen som bygger på naturvitenskap, har den største betydning som bakteppe i mye samfunnsmedisinsk arbeid. Bekjempelsen av smittesykdommer og de store epidemiene var en samfunnsmedisinsk og politisk oppgave, men kunne knapt hatt noen framgang uten kunnskapen fra naturvitenskap og biologisk forankret medisin. Slik også i dag med spørsmål knyttet til f.eks. antibiotikaresistens, luftforurensning, eller drikkevannshygiene.

Den rota som umiddelbart får kolleger til å stusse, er den jeg benevner *landbruksvitenskapelig forskning*. Men det henger altså sammen med utvikling av sannsynlighetsregningen og statistikken tidlig på 1900-tallet. Her åpnet det seg helt nye muligheter til å studere effekter av intervensjoner i komplekse systemer der man ikke nødvendigvis kunne forstå i detalj hva som virker – eller hvorfor, slik ambisjonene ellers er i naturvitenskapene.

Kanskje var det tilfeldig at denne nye tilnærmingen først fant sin nyttige anvendelse i landbruksvitenskapene, der blant annet matematikeren Ronald

Fisher (1890–1962, han med Fisher eksakt-testen) arbeidet på 1920-tallet. På den tids landbruksvitenskapelige forsøksstasjoner oppstod teoriene om randomiserte utvalg og randomisert allokering, variansanalyser og bruk av statistikk på gruppenivå for å finne ut «hva som virker». Sagt i enkelhet, er det kornsort A eller B som gir best avling? Hvordan håndtere virkningen av ulikt jordsmonn, vann og sollys, det vi i epidemiologien kaller confoundere, eller tilsløringsfaktorer? Her hadde Fisher og hans kolleger innen statistikken gode svar. Og da ser vi veien til dagens befolkningsbaserte utvalgsundersøkelser og de randomiserte kontrollerte forsøkene, som har fått slik bred anvendelse ved utprøving av legemidler og i klinisk medisin, men også i samfunnsmedisinen. Mange tiltak på befolkningsnivå bør – hvis det er praktisk overkommelig – evalueres med kontrollerte studier: Er det helsemessige gevinster av systematisk screening for brystkreft (17)? ... eller av gratis skolemåltid til alle elever (18)? Kan det være billigere og bedre å behandle eldre pasienter i intermediæravdelinger fremfor i sykehusavdelinger etter akutt sykdom (19)? Svar på slike spørsmål har åpenbar betydning for samfunnsmedisinens beslutningstakere og politikere, og resultater fra randomiserte studier tillegges vanligvis stor vekt.

At metoder fra den *epidemiologiske* forskningstradisjonen er sentrale for den samfunnsmedisinske forskningen trenger knapt noen begrunnelse. Mer overraskende er det kanskje at *kvalitative studier* får en økende betydning i kunnskapsoversikter som sikter på å besvare viktige spørsmål for samfunnsmedisinsk planlegging og helsepolitikk.⁴

Den samfunnsmedisinske forskningens begrensninger og fallgruver

Også innen samfunnsmedisinen er det nærmest blitt et mantra at tiltakene skal være kunnskapsbaserte: «Evidence based», som det kom til å hete da kanadieren David Sackett (1934–2015) og kretsen rundt ham på 1990-tallet reiste et slags opprør mot det vi i medisinen drev med uten å sjekke om det faktisk virket slik vi trodde (20). Kritikken var berettiget, og medførte at det i langt høyere grad enn tidligere ble lagt vekt på de randomiserte forsøkene som grunnlag for klinisk og samfunnsmedisinsk praksis. Riktig nok var Sackett selv nøye med å understreke at denne «evidence-based»-bevegelsen slett ikke alltid lente seg til randomiserte forsøk, men til det som til enhver tid var «best available evidence» (5, 20).

Likevel ser det ut til at de randomiserte forsøkene får en betydelig tyngde i de såkalte kunnskapsoppsummeringene, de som både her til lands og internasjonalt prøver å sammenfatte «hva forskningen sier». Med den svære

⁴ Magne Nylenna, personlig meddelelse. Ellers blir systematiske kunnskapsoversikter bare sporadisk omtalt i denne artikkelen.

strømmen av vitenskapelige publikasjoner som kommer hvert år er det åpenbart påkrevet at kompetente forskere hjelper praktikere og politikere med å analysere og konkludere når det etterlyses kunnskapsbaserte svar på viktige spørsmål.

Det er imidlertid to betydningsfulle begrensninger i anvendelsen av slike kunnskapsoversikter i samfunnsmedisinsk praksis.

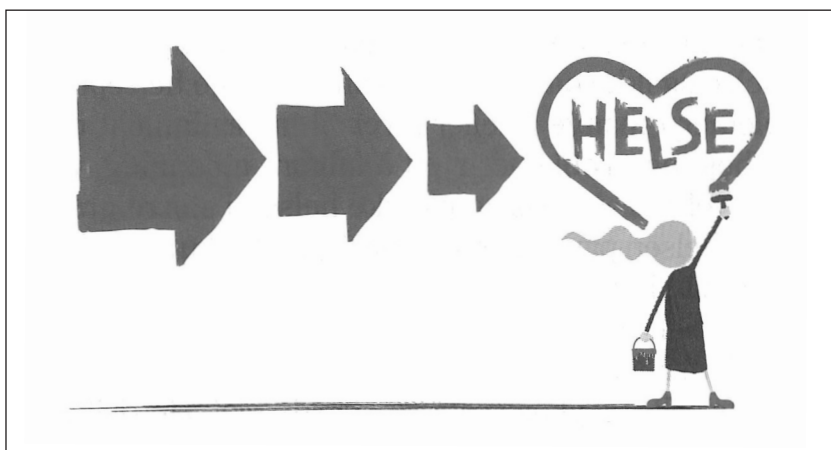
Den første kan populært omtales som «loven om den omvendte evidens» – at vi gjerne har dårligst evidens for å underbygge de tiltakene som har det største potensialet for å bedre helsetilstanden på befolkningsnivå (21). Og at mangel på evidens for at et tiltak virker lett kan forveksles med evidens for at tiltaket *ikke* virker.

Den andre handler om forskningens *kontekst og generaliserbarhet* – at vi ofte ledes til å anvende resultater fra samfunnsmedisinsk forskning som er utført under andre samfunnsforhold og i andre sosiale sammenhenger enn der våre tiltak skal settes inn.

Den første av disse begrensningene ble tydelig for de av oss som arbeidet i den såkalte *Ekspertrgruppe for sosial ulikhet i helse* i Helsedirektoratets regi for et tiår siden. Vår oppgave var blant annet å gi råd til myndighetene om tiltak som kunne bidra til å redusere sosiale helseulikheter. De kunnskapsoversiktene vi innhentet i den sammenhengen var oss til liten nytte (21). I den grad det kunne konkluderes om effekter av tiltak, dreide det seg stort sett om individbaserte tiltak knyttet til fysisk aktivitet og røykeslutt, rett og slett fordi det nettopp på de områdene fantes randomiserte forsøk. De av oss som hadde tanker om betydningen av barnetrygd eller andre brede universelle velferdsordninger, gratis skolemåltid, tilskudd til frakt av frukt og grønt til Nord-Norge eller liknende større reformer, fikk ingen støtte i kunnskapsoversiktene. På disse områdene fantes det ikke forskningsbasert kunnskap. Vi var kort og godt offer for det epidemiologer har kalt «becoming prisoner of the proximate» (22, 23).

Vi ble også oppmerksomme på det noen forskere innen epidemiologien har kalt «the life style drift», tendensen til å rette oppmerksomhetene mot enkeltindividers atferd og «livsstil», ettersom slik atferd på individnivå er rimelig bra kartlagt i epidemiologiske studier. Ved å rette oppmerksomheten ensidig mot denne siste i rekken av årsaksfaktorer til sykdom og uhelse, så vi at helsetjenesten kunne legge stein til byrden for de mest utsatte ved «blaming the victim», forklaringer om at de syke og overvektige egentlig har seg selv å skyld.

Som motvekt til denne måten å se helseproblemene på hadde vi i denne perioden god støtte av epidemiologene Geoffrey Rose (24) og Michael



Figur 3: Faksimile fra stortingsmeldingen om nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (26): Årsaker til god helse eller sykdom finnes på mange nivåer, fra de store politiske og samfunnsmessige rammebetingelsene til venstre i figuren, via forhold i lokalsamfunn, skoler og familier, til det siste leddet i kjeden, det som treffer individet, og det som er lettest å få øye på – individets atferd.

Marmot (25), som understreket betydningen av å se på «causes of the causes», årsaken til årsakene, altså hele kjeden av samfunnsmessige og individuelle faktorer som i siste instans preger enkeltindividenes helse. Da stortingsmeldingen om «Nasjonal strategi for å redusere sosiale helseforskjeller» kom i 2006 (26) var dette resonnementet tydelig understreket, både i tekst og bilder (fig 3).

Vi må trolig avfinne oss med at tiltak og reformer for å bedre folkehelsen vanligvis har et svakere evidens-grunnlag enn det som er standard i klinisk medisin, der behandlinger og intervensjoner er mer entydige og utfallene lettere å måle. Viktig er det likevel at mangel på evidens for at noe virker på folkehelsens område ikke tolkes som evidens for at tiltaket *ikke* virker.

Debatten om gratis skolemat for noen år siden kan illustrere problemet. Det ble i 2006 utarbeidet en rapport om hva slags evidens vi har for at et skolemåltid til alle kan bidra til bedre helse og læring (18). Det vil si, rapporten drøftet virkninger av fem ulike måltidsmodeller, fra den enkleste, med bare gratis frukt eller grønt, til den mest omfattende, varm mat tilberedt på skolen. Rapporten var usedvanlig grundig, men årsaksforholdene er komplekse, og konklusjonene ble forsiktige. Det var bare den enkleste

av disse modellene, et stk frukt eller grønnsak, som kunne understøttes av tilgjengelig evidens, herunder også kost-nytte-vurderinger, stod det å lese.

Rapporten sa ikke at de andre modellene ikke vil ha tilsiktet virkning, bare at man ikke hadde *evidens* for nettopp det. Likevel ble debatten i mediene utlagt som at de andre måltidsmodellene ikke virket, og forslaget om skolemat ble effektivt skutt ned. Slik kan ønsket om at samfunnsmedisinske tiltak skal være evidensbaserte bli en betydelig konserverende kraft – det er lett å skyte ned reformer som ikke støttes av tilgjengelig kunnskap. Og vi kan undre oss over at politikere på 1930-tallet innførte Oslo-frokosten, uten en helseøkonomisk vurdering i forkant. Ingen har senere betvilt at det var et viktig helsefremmede og sosialt utjevnnende tiltak.

Den andre av de to anførte begrensningene dreier seg om den samfunnsmedisinske forskningens *generaliserbarhet*, eller «eksterne validitet», som det heter på forskningsspråket. Det ligger i denne forskningens natur at den ofte befatter seg med komplekse sosiale og samfunnsmessige sammenhenger der det ikke er så enkelt å rendyrke årsak og virkning. Hvor sikre kan vi f.eks. være på at forskning på organisering og drift av sykehus i USA har overføringsverdi til Innherred eller Namsos? Og hva kan vi lære om organisering av velferdstjenester eller attføringsprogrammer fra deler av verden der nivået av tillit til myndigheter og helsetjenester er helt annerledes enn hos oss? Ja – svaret kan lett bli at det er behov for økonomiske incentiver og mer telling, måling og kontroll.

Igjen står vi overfor problemet med at de randomiserte kontrollerte forsøkene har en tendens til å rangere høyest i kunnskapshierarkiet. Det er lettere å framskaffe eksakt og pålitelig kunnskap om virkninger på helse av begrensede sosialpolitiske tiltak og isolerte «programmer», enn av brede universelle ordninger. Det gjelder for eksempel også virkninger på folkehelse av de nordiske velferdsordningene og politiske tiltak for utjevning av levekår. De kommer ikke opp i forskningsbaserte oversikter over hva som «virker». Men forskningen er internasjonal, og når norske studier mangler, finnes det gjerne noen utenlandske som vi i beste mening prøver å innpasse i vår fortolkning av hva som er kunnskapsbasert.

Et av de sentrale spørsmålene når det gjelder organisering av sykehus er for eksempel sammenhengen mellom volum og kvalitet: Hvor stort volum av prosedyrer og operasjoner må en avdeling eller en lege ha for å sikre at kvaliteten er god nok? Kan vi anvende data fra USA der befolkningstettheten er stor og sykehusavdelinger har helt andre muligheter for spesialisering? Når helseministeren viser til forskning som antyder at et sykehus må ha et visst befolkningsgrunnlag for å opprettholde akuttfunksjoner, har han da tatt bosetting, vær og geografi i betraktning?

Det er ikke noe unntak at samfunnsmedisinsk forskning får en sentral plass i helsepolitisk planlegging og politiske debatter. Da Samhandlings-reformen ble presentert i 2009 bygget den dels på forskning som antydte at mer av pasientbehandlingen trygt kunne tilrettelegges i kommunene i stedet for i sykehusene (19). Også her vil spørsmål om generaliserbarhet av kunnskap komme opp igjen. Hvordan kan vi sikkert vite hva som virker når nye tiltak settes i verk? Og når lokale allmennleger piper over større ansvar og økende vaktbelastning, er vi da sikre på at de samlede virkningene i hele behandlingskjeden er evaluert?

Mer berømt internasjonalt er diskusjonene som oppstod da British Medical Journal i 2002 publiserte en artikkel med sammenlignende data mellom Californias Kaiser Permanente og britiske National Health Service. Forfatterne mente å kunne vise at den amerikanske helsetjenestekjeden hadde høyere effektivitet enn NHS, – «getting more from their dollars» (27). Artikkelen slo ned som en bombe i den debatten som nettopp da forgikk om organisering og drift av den britiske helsetjenesten, og ble umiddelbart tatt til inntekt for forslag om mer privat drift (28). Først langt ut i debatten kom motforestillingene, først og fremst at forfatterne ikke hadde vektlagt at Kaiser Permanente bare har ansvar for den del av befolkningen som er medlemmer og betaler sine forsikringer, mens britiske NHS tar seg av hele befolkningen, også de fattige og uetablerte som gjerne krever mest helsetjenester (29).⁵ Det var flere viktige innvendinger også. Men igjen et spørsmål om begrensninger i generaliserbarhet av forskningsresultater.

Noe å lære av dette?

Det er mulig at vi kunne komme noe lenger i disse diskusjonene ved å klargjøre hva vi mener med evidens, eller at noe er kunnskapsbasert på folkehelsens område. Blant samfunnsmedisinere diskuteres en bredere fortolkning av begrepet evidens, der også andre kilder til kunnskap trekkes inn. Evidensens viktigste råvare vil fortsatt være forskningsbasert kunnskap. Men det anerkjennes at slik kunnskap ofte må utdypes og suppleres med den best tilgjengelige fagkunnskap fra eksperter i feltet, fra de som berøres av tiltaket, fra de som kjenner utfallet av tidligere tiltak på samme saksområdet, – altså en større vektlegging av aktørenes egen erfaring.

«Politik är att vilja», sa den svenske statsminister Olof Palme (1927–86). Og vi får anerkjenne at det er et sprang fra samfunnsmedisinens begrensede tiltak til de store politiske reformene som preger folkehelse og samfunn. De

5 «I will never forgive the BMJ for this», sa vår norgesvenn professor Allyson Pollock senere i et foredrag på Oppdal, som kommentar til at BMJ hadde publisert denne amerikanske artikkelen, og ikke ville ta inn hennes kritiske analyser av den.

mest betydningsfulle velferdsreformene gjennom det forrige hundreåret, de som skapte velferdsstaten, var knapt basert på utredninger om hvorvidt de var evidens-baserte. Men fortsatt må vi forvente at den politikken og de tiltak man iverksetter for å bedre folkehelsen, i det minste ikke går på tvers av den kunnskapen man faktisk har.

Litteratur

1. Larsen Ø. Samfunnsmedisin – ord og begreper. *Michael* 2016; 13; 86-103.
2. Ridderstrøm G. *Helse og fysisk planlegging i Norge 1814-2008*. Ph.d. avhandling. Ås: Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, 2015.
3. Smith KE, Collin J, Hawkins B, Hilton S, Moore L. The pursuit of ignorance. *BMJ* 2016; 352:i1446. <http://www.bmj.com/content/bmj/352/bmj.i1446.full.pdf>
4. Westin S. Fagformidling i pressen og kontakt med journalister. *Michael* 2008; 5: 51-61.
5. Bjørndal A. Improving social policy and practice: Knowledge matters. *Lancet* 2009; 373: 1829-31.
6. *Innstilling om videreutdanning i samfunnsmedisin og administrasjon*. Lysaker: Den norske lægeforening, 1983.
7. Westin S. Begrepet samfunnsmedisin. Ny betegnelse for institutt for samfunnsmedisin i Trondheim. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984; 104: 1465.
8. *Akademisk styrking av samfunnsmedisinen*. Lysaker: Den norske lægeforening, 1993.
9. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø, Nylenna M, red. Allmennmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 1-126.
10. Hagestad K. Hvor går norsk samfunnsmedisin? Fra motbakke til motoffensiv. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 2187-8.
11. Getz L, Westin S. Primærlegen som samfunnsmedisiner. I: *Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996 (2. utgave 1999): 311-21.
12. Putting public health back into epidemiology. *Lancet* 1997; 350: 229.
13. Mæland JG, Fugelli P, Høyer G, Westin S, red. *Sosialmedisin – i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
14. Mæland JG, Elstad JI, Næss Ø, Westin S, red. *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
15. Nylenna M. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
16. Westin S. Kunnskapens røtter og grener – forskningstradisjoner i medisinen. I: Larsen Ø, Fretheim A, Frøyskov Larsen I, Westin S red. *Medisinsk kunnskap. Hvor kommer den fra og hva brukes den til?* Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012.
17. Johnsen R, Baak JPA, Emblem AW et al. *Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program*. Oslo: The Research Council of Norway, 2015.
18. *Skolemåltidet i grunnskolen – kunnskapsgrunnlag, nytte- og kostnadsvirkninger og vurderinger av ulike skolemåltidsmodeller*. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Kunnskapsdepartementet. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2006.

19. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R, Johnsen R. Eldre pasienter i sykehus eller intermedieæravdeling – en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008; 128: 283-5.
20. Sackett D, Rosenberg WMC, Muir Gray JA et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't? It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *BMJ* 1996; 312:71-2.
21. Westin S, Giæver Ø. Loven om den omvendte evidens. I: Larsen Ø, Frøyshov Larsen I, Fretheim A, Westin S, red. *Medisinsk kunnskap – hvor kommer den fra og hva brukes den til?* Oslo: Gyldendal Akademisk, 2012: 160-72.
22. McMichael AJ. Prisoners of the proximate: Loosening the constraints on epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 887-97.
23. Westin S. Epidemiology and health policy: How to avoid becoming prisoner of the proximate. *Norsk Epidemiologi* 2015; 25: (1-2): 39-45.
24. Rose G. *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1992.
25. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370: 1153-63.
26. St.meld. nr 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
27. Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. Getting more from their dollars: comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002; 324: 1335-43.
28. Westin S. Råkjør mot engelsk allmennpraksis. *Utposten* 2015; nr 2; 38-41.
29. Talbot-Smith A, Gnani S. Questioning the claims from Kaiser. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 415-21.

Steinar Westin

steinar.westin@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Trondheim

Global samfunnsmedisin: WHO's oppgaver i endring

Michael 2016; 13: 172–176.

Viktige lærdommer fra et studiebesøk ved Verdens Helseorganisasjon (WHO) i Genève i april 2016 er at WHO siden 1990 har lagt stadig større vekt på bekjempelsen av de ikke-smittsomme sykdommene. Samtidig har man måttet opprettholde og styrke beredskapen mot de smittsomme sykdommene, der det dels er kommet nye som har skapt store problemer, f. eks. AIDS og ebola. Utviklingen av såkalt Global Health Governance styrker grunnlaget for å håndtere helseproblemer ved hjelp av strukturelle, grupperettede tiltak. Dette får også betydning for internasjonal samfunnsmedisin i tiden som kommer.

Stiftelsen Nasjonalt Medisinsk Museum, supplert med noen deltakere fra Det norske medisinske Selskab, hadde lagt studieturen 2016 til Genève (figur 1). Det var naturlig at turens faglige profil ble sentrert om samfunnsmedisin, ettersom den var lagt opp og ledet av Harald Siem som selv har et langt yrkesliv bak seg i det internasjonale miljøet i Genève. To av dagene var temaet organisasjon og arbeid i Verdens Helseorganisasjon (WHO), med orienteringer i hovedsak ved to lokale, norske tjenestemenn, Thor Erik Lindgren og Dag Rekve.

Fra alltid aktuelle smittsomme sykdommer til voksende kroniske helseplager

En viktig profilendring for WHO de siste tiårene har vært at den tradisjonelle hovedvekten på smittsomme sykdommer er blitt supplert med en tiltakende oppmerksomhet og innsats omkring de ikke-smittsomme folkesykdommene som f. eks. diabetes og psykiske lidelser. Da denne kursendringen begynte rundt 1990, viste det seg imidlertid at den gamle år-våkenheten overfor de smittsomme sykdommene slett ikke kunne svekkes.



Figur 1: Den norske gruppen lytter til WHO's Dag Rekve under informasjonsmøtet 18. april 2016. (Foto: Øivind Larsen)

AIDS slo til for fullt, etterfulgt av flere andre alvorlige viruspandemier, med ebola (2014-2015) som den foreløpig siste. I tillegg til å være medisinsk utfordrende, avdekket ebola-epidemien svakheter ved WHO's handlekraft og organisatoriske muligheter.

Global Health Governance

Parallelt med dette løper utviklingen av såkalt Global Health Governance (1). Dette består i å utvikle metoder for å påvirke helseproblemer gjennom overnasjonale, gjerne strukturelle tiltak. Dette er i og for seg ikke noe nytt, ettersom gamle karantenebestemmelser, slik man f. eks. hadde dem rundt Middelhavet på 1300-tallet, må regnes som tiltak av denne type. Da pandemiene raste på 1800-tallet, ble det holdt flere internasjonale konferanser og etablert nytt lovverk for å danne en felles front mot de smittsomme sykdommene.

Opprettelsen av Røde Kors i 1863 hadde et tilsvarende siktemål. Man ville sikre behandlingen av krigsofre gjennom et internasjonalt regelverk.

I årene 1890-1910 ble det gjort bestrebelser for å harmonisere utdanningen av leger i de ulike land for å sikre at yrkesutøverne holdt en rimelig standard. Dette var også et initiativ med overnasjonale perspektiver.

I tillegg til å beskjeftige seg med sykdommer med tiltak som går på tvers av landegrensene, har man også trukket inn de grunnleggende samfunnsfaktorene som bidrar til å skape og vedlikeholde helse og uhelse. Å legge til rette for å utvide synsfeltet slik at det blir en medisinsk oppgave å angripe erkjente skadelige helsefaktorer selv om disse ligger utenfor det feltet helsearbeid tradisjonelt gjelder, er kanskje noe av det viktigste ved Global Health Governance. Det er også etter manges syn det mest kontroversielle.

Motbakker

Det ble ikke lagt skjul på at arbeidet i WHO går langsomt og kan ha problemer både internt og eksternt. Det er lenge siden entusiaster, med Karl Evang (1902-1981) som en av de mest sentrale, fikk stiftet WHO som en organisasjon under De forente nasjoner den 7. april 1948. Nå er WHO blitt et meget stort maskineri som blant annet går langsomt fordi man har et prinsipp om at det skal være konsensus om vedtakene. Å få mer enn 190 land til å være enige om noe, er krevende. Det ligger f. eks. i kortene at det da for en gjenstridig forhandlingspartner er betydelig makt forbundet med å kunne si nei. Vi hørte ikke ordet hestehandel, men de eksemplene som ble presentert, viste at nettopp dette tydeligvis kan være nødvendig praksis for å få saker gjennom.

Dessuten later byråkratiet i WHO i seg selv til å være en utfordring. WHO er også jevnlig under rettmessig og urettmessig kritikk fordi viktige interessenter, f. eks. fra farmasøytisk industri eller vaksineproduksjon, også deltar direkte eller indirekte ved forhandlingsbordene.

Især når WHO tar opp helse spørsmål som har økonomiske eller politiske implikasjoner, kan det bli vanskelig. Begir man seg inn på å gjøre noe med f. eks. forbruket av alkohol, sukker eller tobakk, er man inne på områder der det er motkrefter som tar alle midler i bruk. Enorme økonomiske krefter kan ligge bak.

En viktig lærdom er at mange ikke anser medmenneskers helse som viktigst.

Tusenårsmålene – prioriteringer og resultater

FNs mål for «sustainable development» er formulert i såkalte tusenårsmål, vedtatt i år 2000, derav navnet (Millennium Development Goals, MDGs). Oversikten i figur 2 er fra 2016 og viser 17 slike mål. Det er interessant at helse og (NB!) velvære er oppført som et hovedpunkt (nr. 3). Dette er egentlig en presisering av det utvidede helsebegrepet som har vært WHO's varemerke siden organisasjonen ble opprettet. Det er ikke lenger bare en



Figur 2: FNs tusenårsmål per 2016.

visjon og et strategisk mål at helse i bred forstand skal tilstrebes for alle. Ved at dette er formulert som et tusenårsmål, forplikter det i langt større grad.

Et annet hovedpunkt er «sustainable cities and communities» (nr. 11). Det er i verdens voksende storbyer og tettbygde strøk det meste av befolkningsveksten forventes å komme. Derfor blir samfunnsmedisinske tiltak spesielt innrettet mot urbane miljøer særlig viktige framover. Selv når man har fått tradisjonelle hygieniske standarder på plass, kan det være betydelige problemer for helse og trivsel, men der løsningene ligger utenfor det man til nå har regnet som medisinske anliggender.

Ellers taler oversikten over tusenårsmålene i figur 2 for seg selv. Egentlig er de en bred og omfattende oppskrift på «det gode liv» for alle. Slik blir det realistisk sett neppe med det første. Men det interessante og bemerkelsesverdige er at det altså er enighet om tusenårsmålene som en oppskrift for framtida.

Tusenårsmålene er langt fra bare politiske slagord og ønskedrømmer. De er også en form for «bench-marking» som kan brukes løpende til å følge igangsatte prosesser. Det ble gjort i 2015. På tuberkuloseområdet viser det

seg f. eks. da at tiltakene mot sykdommen har virket og at tuberkuloseproblemet har minsket. En totalbekjempelse av sykdommen rundt 2030 ser faktisk ut til å kunne bli virkelighet.

Betydning for det norske faget samfunnsmedisin?

Utviklingen i WHO's arbeidsoppgaver og arbeidsform er viktig for oss, fordi Norge både er formelt bundet ved sin deltakelse i internasjonale organisasjoner, og moralsk bundet ettersom Norge og de øvrige skandinaviske landene har ervervet en spesiell anseelse på området helse og velferd.

Den økende oppmerksomheten om å bekjempe både smittsomme og ikke-smittsomme sykdommer ved hjelp av strukturelle tiltak, må nødvendigvis også gi seg nedslag i norsk samfunnsmedisin. De medisinstudentene, de unge legene i spesialisering og de øvrige impliserte som skal arbeide med helse spørsmål i årtiene som ligger foran oss, må forberede seg kunnskapsmessig og holdningsmessig allerede nå.

I Norge er vi inne i en utviklingsfase der befolkningen øker, spesielt i byer og tettsteder, og denne prosessen forventes å gå videre. De samme overveielser som er gjort på internasjonalt nivå, f. eks. i WHO om hvordan helsearbeidet framover bør legges opp, gjelder også her. Strukturelle samfunnsmedisinske tiltak basert på løpende oppdaterte kunnskaper om sammenhengen mellom levkår og helse blir derfor stadig viktigere. Det kan da også synes nødvendig med en kontinuerlig justering av yrkesprofilen for de aktørene som skal drive arbeidet videre. I tillegg til mer kunnskaper om helse relaterte samfunnsfaktorer og hvor slike kunnskaper finnes, bør utdanningene stimulere til holdninger hvor man i større grad hever blikket fra enkeltpasienten til det samfunnet, og den verden pasienten er en del av

Litteratur

1. Dodgson R, Lee K, Drager N. *Global Health Governance – a Conceptual Review*. Geneva: Dept of Health & Development, World Health Organization, 2002.

Øivind Larsen

oivind.larsen@medisin.uio.no

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2021)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004