

Kronikk

Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger?

De siste årene er det produsert flere artikler og bøker om samfunnsmedisin i et historisk perspektiv enn nye spesialister i faget. Samtidig vokser områdene der samfunnsmedisinsk kompetanse er ønskelig både i antall og omfang. Det er dårlig samsvar mellom det å være spesialist i samfunnsmedisin og det å utføre samfunnsmedisinsk arbeid. Nye spesialitetsregler alene kan neppe løse dette problemet.

En fornyelse av faget forutsetter en redefinisjon av samfunnsmedisinen og en frigjøring fra primærhelsetjenesten slik at samfunnsmedisinsk tekning får plass i alle deler av helsetjenesten. Effektive samfunnsmedisinske tiltak må identifiseres, og det må skapes nye samfunnsmedisinske arenaer og nettverk. En nasjonal samordning både av informasjonsinnhenting, forskning og fagutvikling og iverksetting av samfunnsmedisinsk praksis er nødvendig.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Magne Nylenna
magne.nylenna@shdir.no
Bjørn-Inge Larsen
Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo

2003 ble et begivenhetsrikt år for norsk samfunnsmedisin. 400-årsjubileet for den offentlige helsetjenesten i Norge ble markert med en lang rekke arrangementer og utstillinger (1). I tillegg til et omfattende

tobinds jubileumsverk (2, 3) ble det utgitt en rekke lokale og regionale hefter og bøker om folkehelsehistorie og samfunnsmedisinske emner. Dessuten ble en ny lærebok i samfunnsmedisin publisert (4). Samme år ble det godkjent fire nye spesialister i faget, like få som året i forveien. Det at det produseres langt flere bøker og historiske skrifter om et fag enn det produseres spesialister i faget, gir grunn til å spørre om samfunnsmedisinen er blitt av større interesse for historikere enn for leger.

Hva er samfunnsmedisin?

Begrepet «samfunnsmedisin» synes å ha oppstått i 1970-årene som en norsk variant av det britiske «community medicine». I Helsedirektoratets kontaktorgan *Synapse* drøftet Knapskog i 1975 sammenhengen mellom «community medicine» og samfunnsmedisin med utgangspunkt i utviklingen i Storbritannia. Samfunnsmedisinen beskrives som den delen av medisinen som praktiseres i forhold til befolkningen som helhet og til befolkningsgrupper (5).

Legers arbeid overfor befolkningsgrupper, dvs. utover diagnostikk og behandling av enkeltpasienter, har hatt ulik betegnelse og ulikt innhold gjennom tidene. På slutten av 1800-tallet ble begrepet «offentlige gjøremål» brukt om rettsmedisinske oppgaver, ledelse av Sundhedskommisjonen, oppfølging av karantaneloven, tilsyn med sinnssyke, apoteker, jordmødre, fengsler etc. (6). Noen år senere var betegnelsen «offentlige lægeforretninger», og i 1912 kom «lov om udførelsen av de offentlige lægeforretninger», basert på «et økende offentlig engasjement overfor de vanskeligst stilte i samfunnet» (7). Etter den annen verdenskrig ble begrepet «offentlig legearbeid» brukt om legenes og da i særdeleshet distrikts- og fylkeslegenes grupperettede oppgaver og ivaretagelse av lover og forskrifter som hadde med forebygging av sykdom og offentlig tilsyn av helsevesenet å gjøre. Selv om samfunnsmedisinerne i all hovedsak har vært offentlige myndighetspersoner satt til å forvalte lover og forskrifter både før og etter 1970-årene, er den språklige endringen fra «offentlig legearbeid» til «samfunnsmedisin» interessant. Navneskiftet kan tolkes som en faglig selvstendigjøring og identitetsutforming som ledet opp til opprettelsen av spesialiteten samfunnsmedisin i 1984.

Det er laget en rekke utredninger om samfunnsmedisinen innhold og avgrensning de siste 25 årene (8–11), og en plan for ny spesialistutdanning i faget ble vedtatt av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling i 2003 (12). Forslaget til ny spesialistutdanning (12) har beholdt Skogland-utvalgets definisjon fra 1980 (8) og beskriver samfunnsmedisinen som «grupperettet legearbeid for å kartlegge sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden, tilrå, iverksette og administrere helsetiltak og helsetjenester, og tilrå fordeling av helseressurser». Faget skjebne og situasjon drøftes jevnlig, og Øgar har nylig presentert sine synspunkter i Tidsskriftet (13).

Samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinerne

Det faktum at det utdannes under en håndfull nye spesialister i samfunnsmedisin årlig er bekymringsfullt, men dette kan ikke direkte knyttes til omfanget av samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver. Gjerløy Aasland & Akre har vist at under halvparten av de legene som er ledere i kommunehelsetjenesten er spesialister i samfunnsmedisin (14). På den annen side fant de at bare en tredel av de yrkesaktive spesialistene i faget hadde samfunnsmedisinske stillinger. 43 % arbeidet som allmennleger og 11 % som overleger i sykehus (14). I den sentrale helseforvaltning er diskrepansen mellom spesialiteten i samfunnsmedisin og utøvelsen av samfunnsmedisinsk legearbeid enda større. Av 33 ansatte leger i Sosial- og helsedirektoratet høsten 2003 var kun to spesialist i samfunnsmedisin. Med andre ord: De fleste spesialister i samfunnsmedisin har ikke samfunnsmedisinske stillinger, og det meste av samfunnsmedisinsk arbeid utføres av ikke-spesialister (ramme 1).

Et fag i krise?

«For det første har den medisinske legespesialiteten uklart profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunale 1-stillinger rundt om i landets kommuner,» heter det i Folkehelsemeldingen (15).

I praksis opplever mange at det er liten etterspørsel etter samfunnsmedisinske tjenester i kommunene, der faget tradisjonelt

Ramme 1

Samfunnsmedisin og samfunnsmedisinere i Norge i 2003 (13)

I kommunene

Av 465 kommuner/bydeler hadde 127 leger som ledere av primærhelsetjenesten (27 %)

- Av disse var 59 (46 %) spesialister i samfunnsmedisin

Av 483 yrkesaktive spesialister i samfunnsmedisin var:

- 94 i administrasjon i fylke/kommune (20 %)
- 56 i administrasjon i stat (inkludert fylkesleger) (12 %)
- 20 kommuneleger med praksis (4 %)
- Resten (64 %) hadde ikke-samfunnsmedisinske stillinger

I Sosial- og helsedirektoratet

- Var det 33 leger ansatt, hvorav alle må sies å ha samfunnsmedisinske stillinger
- Av disse var to (6 %) spesialister i samfunnsmedisin

Ramme 2

Fortidens og fremtidens samfunnsmedisin

Fortidens samfunnsmedisin

Mest faglig vekt på:

- Hygiene
- Forebygging
- Mikrobiologi
- Vann og kloakk

Medisinsk
Distriktsleger
Kommunenivå

Fremtiden samfunnsmedisin

Mer faglig vekt på:

- Helsepolitikk
- Helseøkonomi
- Ledelse
- Informasjonshåndtering
- Tverrfaglig
- Samfunnsmedisinere
- Alle forvaltningsnivåer

naturvitenskapelig årsaksforståelse, gjør bruk av mye, avansert og kostbart teknisk utstyr, arbeider med akutte, dramatiske og livstruende sykdommer i ærbare organer på forholdsvis unge mennesker...» (16).

Lønnsutviklingen for sykehusleger og fastleger har heller ikke styrket rekrutteringen til fastlønnede legestillinger i det offentlige lønnsregulativ.

På den annen side er sammenhengen mellom samfunnsutvikling og helse minst like aktuell i dag som før. Helsetjenesten bruker stadig større deler av fellesskapets ressurser og får økende oppmerksomhet i mediene, og sykdom og helse opptar folk mer enn noen gang. Store omorganiseringer i norsk helsevesen, som fastlegeordningen og sykehusreformen, gjør også at interessen for systemer og sammenhenger er økende. Sannsynligvis er det flere leger enn tidligere som er engasjert i annet enn direkte pasientrettet arbeid. Mye av dette arbeidet faller innenfor definisjonen av samfunnsmedisin, selv om dette ikke avspeiles i stillingsbetegnelser og selv om legene ikke selv anser seg som samfunnsmedisinere.

Hva er problemet?

Helhetstenkning og konsekvensutredninger er forsømte aktiviteter i helsesektoren. Det gjelder både samfunnsområder utenfor helsetjenesten med medisinske konsekvenser (livsstil, ernæringspolitikk, trafikk etc.) og organisering og drift av helsetjenester (prioriteringer, arbeidsdeling, incentsystemer etc.). Spesialisering og subspecialisering gjør at den enkelte leges arbeids- og ansvarsområde innsnevres og avgrenses. På samme måte som allmennleger ivaretar samordning for enkeltpasienter må samfunnsmedisinere tenke langt og bredt på vegne av grupper og være mer opptatt av sammenhenger enn av isolerte fenomener. Oppmerksomheten må rettes mot de forsømte og usynlige behov, de underprivilegerte som taper ressurskampen, smittekil-dene som lett glemmes når infeksjonene er sjeldne, arbeidslivets økende effektivitetskrav og dagliglivets fysiske aktivitet som erstattes av rulletrapper og bilbruk.

Folkehelsearbeidet involverer i prinsippet alle samfunnsområder og yrkesgrupper, men det ligger et særlig ansvar på politikere og samfunnsplanleggere. Med sin kunnskap om sykdomsmekanismer og helsetjenester har legene åpenbare og spesielle forutsetninger for å bidra. Så lenge det finnes et samfunn og det eksisterer en medisinsk profesjon, vil det være en interaksjon mellom disse – som kan kalles samfunnsmedisin. For denne formen for legearbeid er det «befolkningen som er objektet, kollektivets ve og vel, i visse tilfeller kanskje på bekostning av tiltak som kunne hatt potensiell nytteverdi for enkeltpersoner, men

hvor man også må ta prioriterings- og rettferdighetsbetraktninger med i regnestykket. Satt på spissen kan man si at for samfunnsmedisineren er enkeltindividets av interesse i den grad det fungerer som en indikator på befolkningens helse», slik noen av oss har formulert det (17).

Veien videre

I tillegg til utredningen om spesialistutdanningen i samfunnsmedisin fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (12) har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en rapport der man drøfter behovet for samfunnsmedisinsk arbeid i Norge, beskriver mulige veier til fornyelse av faget og foreslår tiltak som kan bedre utviklingen (18).

Forskning og fagutvikling

Kunnskapsbasert handling er målet i samfunnsmedisinen – som i all annen medisinsk virksomhet (19). Det krever oppdatert kunnskap, som igjen forutsetter forskning. Samfunnsmedisinsk forskning har som mål å gjøre samfunnsmedisinene bedre i stand til å løse sine oppgaver og til å kunne rettlede brukergrupper lokalt og regionalt i spørsmål om helse og samfunn. Det forskes ofte på lokale og forbigående fenomener, og resultatene har sjelden den generaliseringsverdi som kjennetegner annen medisinsk forskning (10). De samfunnsmedisinske forskningsmiljøene er få og små. Mye samfunnsmedisinsk forskning utføres i dag utenfor helsetjenesten, for eksempel om livsstil, alkoholbruk, ernæring, ulykker og andre emner av stor betydning for folkehelsen. Det er for lite samarbeid mellom disse forskningsmiljøene og helsevesenet. Forsøkene på å bygge bro mellom de akademiske miljøene og den utøvende samfunnsmedisinen har heller ikke vært tilfredsstillende. De medisinske fakulteter bør vurdere nye systemer for samarbeid mellom praksis og forskning etter modell av de kliniske fag.

Egen spesialitet?

Et grunnleggende spørsmål for fremtidens samfunnsmedisin er om kompetanseutviklingen skal knyttes til spesialistutdanning og spesialistgodkjenning på samme måte som andre legespesialiteter. Det dårlige samsvaret mellom utøvelsen av samfunnsmedisinske oppgaver og spesialiteten samfunnsmedisin kan bety at dagens spesialistutdanning er uhensiktsmessig og bør endres (12). Men det kan også bety at dagens spesialistkonsept er lite egnet for dette fagfeltet. For mange samfunnsmedisinske oppgaver er det mer nyttig med en annen medisinsk spesialistutdanning (kanskje i et klinisk fag) supplert med samfunnsmedisinsk spesialkompetanse enn med spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Det er ofte behov for spisskompetanse, som må tilegnes individuelt, og

har hatt sin base. Blant medisinere har samfunnsmedisin dessuten lav status. Albums undersøkelse av medisinske spesialiteters prestisje blant leger fra 1991 (16) inkluderte ikke samfunnsmedisin, noe som kanskje er typisk i seg selv. Det er grunn til å tro at samfunnsmedisin ville ha tilhørt bunnsjiktet ut fra Albums analyse av hva som gir høy prestisje, nemlig «... spesialiteter som er handlingsorienterte, gjerne radikale, i sin tilnærming til sykdom, spesialiteter som arbeider med objektiv diagnostikk og en

spennvidden i det daglige arbeidet innen samfunnsmedisin er større enn i de fleste spesialiteter. Kanskje er også det særegne faglige grunnlaget som samfunnsmedisinere har til felles mindre enn i andre medisinske spesialiteter? På den annen side representerer en strukturert spesialistutdanning en mulig arena for fagutvikling og et faglig og økonomisk ressursgrunnlag for samfunnsmedisinen – selv om det altså ikke utnyttes i dag. I det medisinske miljø er spesialistgodkjenning dessuten et innarbeidet kompetansebevis av betydning både for enkeltpersoner og fagmiljøer. Skal spesialiteten i samfunnsmedisin opprettholdes, bør utdanningen bli langt mer fleksibel enn i dag.

Stimuleringsiltak

Samfunnsmedisinen og samfunnsmedisinerne må få en ny og felles identitet. Begrepet samfunnsmedisin bør brukes som fellesbetegnelse på all legevirksomhet utover individuelt lege-pasient-arbeid på alle nivåer i helsetjenesten. I det nye begrepet inngår ledelse og administrasjon i helsetjenesten og oppmerksomhet omkring alle sosiale, økonomiske og miljømessige faktorer som påvirker helsen i dagens og morgendagens samfunn (20). Faget må frigjøres (må ikke forveksles med fjernes) fra kommunehelsetjenesten, og samfunnsmedisinske oppgaver i helseforetakene og den sentrale helseforvaltning må identifiseres. Ettersom andre faggrupper nå tar seg av mye av den tekniske hygiene, må tyngdepunktet flyttes fra det som kan kalles fortidens til det som kan kalles fremtidens samfunnsmedisin (21) (ramme 2). Samfunnsmedisinske oppgaver finnes på alle nivåer i helsetjenesten, både lokalt, kommunalt, i helseforetakene, på fylkesnivå, regionalt, nasjonalt og internasjonalt. I samarbeid mellom helsetjenesten og samfunnets fellesskapsorganer, for eksempel organisasjoner, myndigheter og politiske organer, må slike oppgaver identifiseres. Det er bare gjennom praktisk handling at samfunnsmedisinen kan dokumentere sin berettigelse. Eksempler på oppgaver der samfunnsmedisinske tiltak kan være effektive, er smittevern, beredskap, helseplanlegging, miljømedisin, prioriteringer og samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivåer og på andre områder der sammenhenger på tvers av tradisjonelle spesialiteter og organer er sentrale.

Dagens system med mange små deltidsstillinger i samfunnsmedisin bør på den ene side erstattes med mer samfunnsmedisinsk kompetanse hos alle leger og på den annen flere halv- og heltidsstillinger for samfunnsmedisinere. I kommunehelsetjenesten kan dette organiseres med tverrfaglige miljøer av tilfredsstillende størrelse, eventuelt ved interkommunalt samarbeid. Det må skapes nettverk og møteplasser for

samfunnsmedisinsk arbeid og fagutvikling ut fra faglige fellesinteresser på tvers av forvaltningsnivåene. Det bør jevnlig arrangeres samlinger både regionalt og nasjonalt. Synlighet og tilhørighet er viktig for å utvikle en moderne og oppdatert samfunnsmedisin. I minst like stor grad som i den kliniske medisinen er det behov for en internasjonal orientering også i norsk samfunnsmedisin. Epidemier, livsstilstrender og folkehelseutfordringer stanser ikke ved landegrensene. Fremtidens samfunnsmedisin er global, og aktiv utveksling mellom norske og utenlandske fagmiljøer er et av flere virkemidler som bør stimuleres.

Samfunnsmedisinenes særtrekk er perspektiver og sammenhenger. Den faglige spesialisering i helseforetakene og den administrative oppstyking i kommunene gjør at behovet for oversikt er påtrengende. Kanskje bør Sosial- og helsedirektoratet samle informasjon fra alle nivåer og deler i norsk helsevesen, initiere forskningsprosjekter som kan styrke samfunnsmedisinsk praksis og påta seg rollen som et nasjonalt samfunnsmedisinsk senter?

Litteratur

1. 400-årsjubileet for det offentlige legevesen og helsevesen i Norge i år 2003. Sluttrapport ved styringsgruppen. Michael 2004; 1: 5–112.
2. Moseng OG. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Ansvar for undersåttens helse 1603–1850. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Schiøtz A. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
4. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.

5. Knapskog A-B. Hva er «community medicine»? Synapse 1975; nr. 1: 10–3.
6. Smith HR. Distriktslægers og privatlægers offentlige gjøremål. Christiania: Eget forlag, 1897.
7. Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax, 2003: 40.
8. Samfunnsmedisin i Norge. Innstilling fra et utvalg for samfunnsmedisin oppnevnt av Offentlige legers landsforening. Oslo: Offentlige legers landsforening, 1980.
9. Innstilling om videreutdanning i samfunnsmedisin og administrasjon for leger. Oslo: Den norske lægeforening, 1983.
10. Akademisk styrking av samfunnsmedisin. Lysaker: Den norske lægeforening, 1993.
11. Samfunnsmedisin må være der samfunnet er! Generalplan for fornying og styrking av samfunnsmedisin i Norge. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=10678&subid=0> (10.11.2004).
12. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2003.
13. Øgar P. Er samfunnsmedisinen liv laga? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3083–5.
14. Aasland OG, Akre V. Fra distriktslege til resultat-områdeleder. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2003.
15. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
16. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127–33.
17. Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al. Samfunnsmedisin – et fagfelt og en tenkemåte. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K et al, red. Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
18. Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? <http://www.shdir.no/shdir/assets/13345/SamfmedRapport.doc> (10.11.2004).
19. Brownson RC, Baker EA, Leet TL et al. Evidence-based public health. New York: Oxford University Press, 2003.
20. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
21. Baum F. The new public health. Melbourne: Oxford University Press, 2002.