



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via www.manusnett.no

Revidert definisjon av samfunnsmedisin?

Samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet er under debatt. I det følgende vil jeg se på den definisjon av faget som oftest benyttes og foreslå en revidert definisjon.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Den senere tid har det foregått en spennende debatt om samfunnsmedisinens oppgaver, muligheter og fremtid som medisinsk spesialitet, blant annet i Tidsskriftets spalter (1–3). Debatten er ikke ny. 1980 ble det avgitt en innstilling om «Samfunnsmedisin i Norge» av et utvalg nedsatt av Offentlige legers landsforening, det såkalte Skogland-utvalget (4). Utvalget definerte samfunnsmedisinsk legearbeid som grupperettet legearbeid for å:

- Kartlegge sykdom og helse i en befolkning og de samfunnsfaktorer som påvirker helsetilstanden
- Tilrå, iverksette og administrere helse tiltak og helsetjenester
- Tilrå fordeling av helseressurser

Med bakgrunn i manglende rekruttering til spesialiteten i samfunnsmedisin og etter pålegg fra Stortinget har Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording utredet forslag til ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin (oktober 2003) (5). Som følge av den samme dårlige rekruttering, samfunnsmedisinspesialitetens uklare profil og legenes manglende interesse for samfunnsmedisin har Sosial- og helsedirektoratet utarbeidet en rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge (september 2004) (6).

Skogland-utvalgets definisjon har overlevd flere tiår og benyttes både av Nasjonalt råd og i Sosial- og helsedirektoratets utredning. Med bakgrunn i den krisen samfunnsmedisin i alminnelighet og samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet i særdeleshet gjennomlever, er det rimelig å spørre om det er behov for en helt ny definisjon av faget. De to dokumentene inneholder imidlertid ikke noe som

skulle tilsi at samfunnsmedisinsk praksis har endret seg på en slik måte at definisjonen ikke lenger er dekkende.

I forbindelse med arbeid med høringsuttalelsen rundt de to dokumentene fra Universitetet i Oslo har jeg tillatt meg å foreslå en lett revidert definisjon:

Samfunnsmedisin er grupperettet og langsiktig legearbeid for å:

- Kartlegge sykdom og helse i en befolkning og de faktorer som påvirker helsetilstanden, med hovedmål forebyggende helsearbeid
- Kartlegge samfunnets ulike tiltak for å forebygge og behandle helseproblemer, og å tilrå, iverksette og administrere slike tiltak, med hovedmål helseledelse

Definisjonen bryter på ingen måte med den gamle beskrivelsen og er ikke et resultat av ny innsikt eller endringer i faget. Jeg drister meg til å tro at Skogland-utvalget ikke ville hatt prinsipielle motforestillinger til de foreslåtte endringene hvis de var blitt lansert for 25 år siden. Forslaget er et forsøk på klargjøring og kan nesten betraktes som redaksjonelle endringer. For det første er Skoglands todeling videreført og tydeliggjort der helseledelse er innført som en «ny» og viktig del av samfunnsmedisinsk arbeid ved siden av mer «tradisjonelt» grupperettet forebyggende helsearbeid. Videre er det innført en tidsdimensjon («langsiktig») i definisjonen for å understreke forskjellen fra det individrettede, her-og-nå-baserte kliniske arbeidet.

Skogland-utvalgets definisjon inkluderer bare samfunnsfaktorer som relevante sykdomsårsaker for samfunnsmedisinere. Dette må kunne betraktes som en glipp, da alle faktorer som påvirker helsetilstanden selvsagt var av betydning i det samfunnsmedisinske forebyggende helsearbeidet i 1980, like mye som det er i dag i 2005. I revidert definisjon er det derfor anført «faktorer som påvirker helsetilstanden». Jeg har foreslått å fjerne punktet om prioritering i Skogland-utvalget, da jeg mener

dette dekkes av begrepet «tilrå» under det andre punktet.

Denne reviderte utgaven av Skogland-utvalgets definisjon vil ikke gi noen klare føringer for det pågående arbeidet med å styrke norsk samfunnsmedisin. En mulig konsekvens av den foreslåtte klarere todeling av samfunnsmedisinsk praksis er imidlertid å vurdere om også spesialistutdanningen bør åpne for alternative utdanningsløp. Dette vil i tilfellet gi mulighet for fordypning i ulike retninger med derav følgende ulike krav både til praksis og teori. Med det store antall ulike spesialiteter som går over i samfunnsmedisinske stillinger, spesielt innen administrasjon og ledelse, bør det også vurderes en mulighet for å etablere samfunnsmedisin som en påbygning på øvrige spesialiteter der all tidligere spesialistutdanning og praksis kan tillegges vekt.

Som anført er dette ingen nødvendig konsekvens av en revidert definisjon. Det er likevel ideer som bør vurderes nærmere, selv om Nasjonalt råd verken foreslår noen linjedeling eller åpner for påbygningsmulighet.

Dag Brusgaard

dag.brusgaard@medisin.uio.no
 Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
 Universitetet i Oslo
 og
 Frogner helsesenter
 Oslo

Litteratur

1. Øgar P. Er samfunnsmedisin liv laga? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3083–5.
2. Nylenna M, Larsen B-I. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3217–9.
3. Jenum AK, Ødegaard AK. Alle leger bør ha samfunnsmedisinsk basiskompetanse. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 619–20.
4. Samfunnsmedisin i Norge. Innstilling fra et Utvalg for samfunnsmedisin oppnevnt av Offentlige legers landsforening. Oslo: Offentlige legers landsforening, 1980.
5. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording, 2003.
6. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.