

# Samfunnsmedisin og folkehelsearbeid

Distriktslegene stod på for å engasjere helsesøstrene i folkehelsearbeidet i første halvdel av det forrige århundret. Nå trenger helsesøstre samfunnsmedisinere som samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

Samfunnsmedisin, sosialmedisin og folkehelsearbeid er under debatt (1). Som helsesøster med lang erfaring mener jeg at viktigere enn å tydeliggjøre oppgaver og å gjøre samfunnsmedisinske stillinger attraktive, er det å vekke en genuin interesse for samfunnsmedisin hos leger. Dette er et frø som må sås allerede i medisinstudiet og som må være fundert i faggruppens tro på samfunnsmedisin.

Distriktslegene stod i sin tid på for folkehelse og søkte samarbeid med helsesøstre for å løse de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene (2). De stod sammen i kampen mot infeksjonssykdommene. Endringer i sykdomsbildet har resultert i behovet for en omorganisering av kommunehelsetjenesten. Bortfallet av det gamle helserådet i 1980-årene, som var kjernen i folkehelsearbeidet, og fastlegeordningens inntog sent i 1990-årene har bidratt til at det har oppstått et vakuum i koordinering av folkehelsearbeid i kommunene. De samfunnsmedisinske fora er svekket og legenes forebyggende innsats er blitt mer individrettet (3). Fastlegeordningen har resultert i privatisering av legetjenester og gjort legene mindre tilgjengelige for tverrfaglig samarbeid. Dette kan mange helsesøstre bekrefte.

I flere kommuner har legene forlatt de tradisjonelle arenaer for samarbeid, enten frivillig eller på grunn av offentlig armod. Legenes flukt fra skolehelsetjenesten er et eksempel. Dette fører til at lovpålagte helsefremmende og sykdomsforebyggende helsetjenester til barn og unge forringes. Helsesøstrene står ofte alene igjen som helsefaglig nøkkelpersonell i skolehelsetjenesten, men ofte uten nødvendig tilgjengelig støtte i medisinsk-faglige spørsmål. Hans Kristian Bakke i Legeforeningen bekreftet i Aftenposten 17.12. 2004 at skolehelsetjenesten lider, og at vi står

foran store utfordringer når det gjelder rus, kosthold, fysisk aktivitet og psykisk helse (4). Ligger samfunnsmedisinen på sotteseng slik Petter Øgar spør i Tidsskriftet (1)? Hva mener samfunnsmedisinerne på kommune- og fylkesnivå om denne svekking av skolehelsetjenester? Det er en viktig samfunnsmedisinsk oppgave å peke ut retninger, se konsekvenser av endringer og omorganisering og å gi råd samt føre tilsyn når offentlige helsetilbud svekkes.

Omorganisering til flate strukturer i mange kommuner har ført til en byråkratisering av en del medisinsk-faglige stillinger. Dyktige samfunnsmedisinere er nå byråkrater og forvalter et regelverk som i noen tilfeller er fjernt fra hva en samfunnsmedisiner ville satse på for å oppnå god helse i befolkningen. Disse legene, med og uten samfunnsmedisinsk utdanning, blir vingeklippet i sine stillinger og tvunget til lojalitet overfor markedskreftenes prinsipper om effektivitet og produksjon. De fungerer først og fremst som byråkrater som må ta hensyn til budsjetter, og dernest som samfunnsmedisinere.

Fylkeslegens rolle som samfunnsmedisiner og tilsynsmyndighet må bli tydeligere, spesielt i tilfeller der kommunens selvvråderett forringer lovpålagte helsetjenester til barn, unge og gamle. Kanskje er det ikke bare en tydeliggjøring av oppgaver, slik Øgar foreslår (1), som skal til, men en tydeliggjøring av myndighetsområder og tilsynsfunksjonen til samfunnsmedisinere i sentrale stillinger.

Samfunnsmedisinere, i likhet med helsesøstre, sliter med å definere og avgrense sine virksomhetsområder. Endringssammenheng medfører stadig nye utfordringer og oppgaver for helsepersonell. Sosiale definisjoner av helse som ikke baserer seg på medisinske modeller, og en utvidet forståelse av hva som bidrar til god helse, gjør også sitt til uklarheten om samfunnsmedisinerens rolle. Folkehelsearbeidet har fått en stadig videre definisjon som gjør det vanskelig å sette grenser for fagområdenes ansvar (5). Samfunnsmedisinerens grunnleggende kunnskap i medisin er en spesialkompetanse som er sentral i folkehelsearbeidet, men ikke alltid like synlig.

I Sverige utdannes såkalte folkehelsevitere på masternivå. Disse er uten helsefaglig

grunnutdanning. Kanskje blir kandidater i folkehelsevitenskap de nye folkehelseovervåkere? En tilsvarende utvikling i Norge vil kunne føre til en ytterligere svekking av samfunnsmedisinen som fag. Attraktive lønnsbetingelser er nok en forutsetning for å få legene til å arbeide som samfunnsmedisinere, men interesse for folkehelsen fundert i en etisk forpliktelse til å si ifra når folkehelsen forringes, må alltid ligge til grunn. Noen samfunnsmedisinere jobber i kommunehelsetjenesten og har deltidsstillinger som fastleger. Det kan antas at denne kombinasjonen ikke alltid er like enkel å håndtere. Det kan lett oppstå habilitetsproblemer eller lojalitetskonflikter når fastleger har offentlige delstillinger som samfunnsmedisinere.

Medisinenes plass i folkehelsearbeidet må tydeliggjøres. Det er fortsatt behov for samfunnsmedisinerens kompetanse. Distriktslegene stod på for å engasjere helsesøstrene i folkehelsearbeidet i første halvdel av det forrige århundret. I begynnelsen av et nytt århundre trenger helsesøstre nå samfunnsmedisinere som samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet. Samfunnet trenger ikke samfunnsmedisinere som sliter med habilitetsproblemer, ei eller vingeklippede byråkrater, men fremtidsrettede, engasjerte samfunnsmedisinere som tør si fra når det trengs.

## Anne Clancy

clancy@online.no  
Høgskolen i Harstad  
9480 Harstad

## Litteratur

1. Øgar P. Er samfunnsmedisinen liv laga? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3083–5.
2. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Clancy A. Hvordan forstå helsesøstrenes refleksjoner knyttet til opplevelser i egen praksis? Hovedfagsoppgave i helsefag. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2004.
4. Mauren A. Helsesøstre føler seg lurert – satsing uten effekt. Aftenposten (nettutgaven). www.aftenposten.no/forbruker/helse/article932747.ece?service=print (17.12.2004).
5. Norges offentlige utredninger. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. NOU 1998: 18. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.