

Samfunnsmedisin

Begrepet «samfunnsmedisin» brukes både i overordnet betydning og som betegnelse på det spesifikke legearbeid som spesialister i faget utøver. Spesialiteten samfunnsmedisin ble opprettet i 1984, definert som grupperettet legearbeid med bedring av folkehelsen som mål. Fagområdet samfunnsmedisin har imidlertid lengre røtter og bredere basis i blant annet fagene hygiene og sosialmedisin. Som paraplybetegnelse ligger samfunnsmedisinsk arbeid nokså på linje med folkehelsearbeid («public health»).

Samfunnsmedisinens vekst

Spesialiteten samfunnsmedisin er et ektefødt barn av 1970-årene, som var preget av utbredt samfunnsengasjement, miljøbevissthet og sterk tro på at medisinsk sakkyndighet kunne bety noe for folkehelsen. Spesialiteten kunne kanskje med fordel vært kalt «lokal-samfunnsmedisin», fordi den så tydelig orienterte seg mot kommunen som arena. Innholdsmessig ble samfunnsmedisinen særlig preget av bestemmelsene om miljørettet helsevern i kommunehelsetjenesteloven. Senere fikk den nye helsefremmende ideologien et visst faglig gjennomslag, men her fikk samfunnsmedisinerne også problemer med den antimedisinske holdning som preget mange av de mest radikale «helsefremmerne». I den senere tid har flere løftet frem medisinsk kunnskapshåndtering som et nøkkelområde for spesialiteten.

Den akademiske samfunnsmedisin ble også styrket i 1980-årene. Forskningsrådets store satsing på forskning på helse, miljø og levekår førte til fremveksten av en ny generasjon epidemiologer. Folkehelseinstituttet satset også på samfunnsmedisinsk forskning, og en rekke befolkningsundersøkelser fremskaffet gode epidemiologiske data. Samlet gav dette norsk samfunnsmedisinsk forskning et løft som varte til langt inn i 1990-årene.

Samfunnsmedisinens fall

Samfunnsmedisinen var knapt etablert som spesialitet før motbørlen satte inn. Liberalistiske vinder snudde gradvis politikken bort fra fellesskapsløsninger og samfunnsansvar. Nå var det enkeltmenneskene som måtte få større frihet – markedet skulle råde.

Kommunehelsetjenestereformen i 1984 medførte at de offentlige legene gikk fra å være forholdsvis autonome statlige yrkesutøvere til å bli kommunale byråkrater på mellomledernivå. Ytterligere tap av status kom i 1995, da kommunelege I ble omdefinert til medisinsk-faglig rådgiver. Et siste slag var innføringen av fastlegeordningen i 2001, som reorienterte de tidligere kommunelegene fra å være offentlige helsearbeidere med ansvar for befolkningen til private tjenesteytere med ansvar for sine listepasienter.

På sentralt nivå tapte Helsedirektoratet kampen mot departementet om faglig styring av helsetjenesten. Fylkeslegekontorene var lenge truet av nedleggelse, men endte opp med lokalt tilsynsansvar.

Den samlede effekten av disse reorganiseringene er at legenes rolle i det befolkningsrettede forebyggende helsearbeidet er svekket. Interessen for grupperettet helsearbeid på helsestasjonen og i skolehelsetjenesten er laber, ikke minst på grunn av lav avlønning. Derimot stimuleres den individuelle høyrisikostategien gjennom takstsystemet, gjennom nye muligheter for farmakologisk påvirkning av risikofaktorer og fastlegenes kontorbaserte praksis.

Koblingen mellom akademisk og praktisk samfunnsmedisin ble dessverre for dårlig. Samfunnsmedisinerne i kommunene følte i liten grad at samfunnsmedisinsk forskning gav svar på deres utfordringer. Etablering av stillinger i anvendt samfunnsmedisin ved to av landets universiteter har til nå ikke vært nok til å lukke gapet mellom grasrot og akademi.

Den samfunnsmedisinske spesialistutdanningen har så langt resultert i nær 600 spesialister, men etter år 2000 er bare en håndfull nye blitt godkjent årlig. Like bekymringsfullt er det at bare en

tre del av spesialistene faktisk arbeider i samfunnsmedisinske stillinger og at under halvparten av landets kommuner har en godkjent samfunnsmedisiner som leder i primærhelsetjenesten. Denne krisen i norsk samfunnsmedisin har utløst flere utredninger og forslag om nyorientering av spesialistutdanningen. Kanskje like viktige faktorer for rekruttering er faglig anseelse, faglig autonomi og avlønning.

Samfunnsmedisinens fremtid

Hvordan det vil gå med samfunnsmedisinen de neste 25 årene er et åpent spørsmål. Det er tre mulige scenarier:

Det pessimistiske: En mulig utvikling er at rekrutteringen til spesialiteten stopper opp og at stadig færre leger søker seg til samfunnsmedisinske stillinger. Samfunnsmedisinen avprofesjonaliseres, ved at spørsmål knyttet til grupper og befolkningens helse blir en del av den alminnelige samfunnsdebatten, hvor synsing gradvis erstatter vitenskapelig kunnskap og hvor mediene spiller en stadig sterkere rolle når det gjelder oppmerksomhet og prioriteringer. I dette scenarioet trekker legene seg tilbake i godt betalte kliniske stillinger hvor de kan utøve sitt fag overfor enkeltpasienter og konsentrere sitt samfunnsengasjement om å forsvare legers autonomi og status.

Et optimistisk scenario åpner for en samfunnsmedisinsk renesanse. De politiske konjunkturer gjør at interessen for fellesskapet og samfunnet øker. Leger engasjerer seg med fornyet interesse og energi i folkehelsearbeid og folkehelseforskning. Det globale samfunnsmedisinske arbeidet utvikles gjennom samarbeid på tvers av landegrenser, fagfelt og kulturer. Den folkelige og den faglige bevegelsen for større helsemessig likhet og rettferdighet skaper en mektig synergi som gir globale helsemessige, økonomiske og politiske gevinster.

Det nøkterne scenarioet plasseres seg et sted mellom. Samfunnsmedisinen overlever, men spiller fortsatt en heller beskjeden rolle i forhold til biomedisinen og dens stadige teknologiske fremmarsj. Samtidig åpner ny kunnskap om samspillet mellom individuelle, sosiale og samfunnsmessige helse-determinanter opp for en stadig bedre fundert folkehelsepolitikk. Samfunnsmedisinen utvikler seg videre fra en snever medisinsk modell til et dynamisk flerfaglig arbeidsfelt. Det nye folkehelsearbeidet tar opp i seg det beste fra de sykdomsforebyggende og helsefremmende paradigmen. Legene finner sin plass i dette arbeidet, ikke alltid som ledere, men som uunnværlige bidragsytere for å skape et bedre samfunn.

John Gunnar Mæland

john.meland@isf.uib.no

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen

Sjøfartsmedisin

Sjøens betydning for Norge kan vanskelig undervurderes. Norge er et lite land i verden, men på havet har vi vært og er fortsatt en makt av global betydning. Størstedelen av vår velstand er knyttet til virksomhet på, i og under havet. Mesteparten av vår eksport og import går på kjøll. Havet er av nasjonal strategisk betydning. Et utall nordmenn har hatt og har sin karriere knyttet til sjøen. Dødeligheten for denne kategori personell er blant de høyeste i landet.

På denne bakgrunn er det forunderlig at sjøfartsmedisinen som fagområde har vært og er meget perifer i norsk medisin. Leter man etter en professor i sjøfartsmedisin eller et institutt for sjøfartsmedisin, vil man lete forgjeves. Vi har hatt autoriserte sjømannsleger siden 1930-årene, men hvor mange doktorgrader har vi innen fagfeltet? Jeg kjenner kun tre publisert siden etableringen av Legeforeningen.