
Samfunnsmedisinen må bite i graset!

REDAKSJONELT

GEIR SVERRE BRAUT

Geir Sverre Braut (f. 1955) er spesialist i samfunnsmedisin, og har vore fylkeslege i Rogaland sidan 1994.

Fylkeslegen i Rogaland
Postboks 680
4003 Stavanger

Alt ligg eigentleg vel til rette for at samfunnsmedisinarane skulle ha gode tider. Utøvarane har sin eigen spesialitet med eit velutvikla utdanningsopplegg (1). Det er laga ei norsk lærebok i samfunnsmedisin for medisinstudentar (2). Utdanningskandidatane har i nær 15 år hatt tilgang til norskutvikla handbøker som støtte ved spesialistutdanninga (3, 4). Talet på godkjende spesialistar er høgt, heile 571 (17.1. 2000). Samfunnsmedisinarane har sjølve drive fram akademiske læreseter (5). Om ikkje alt dette skulle vere nok, så har fagfeltet si forankring i lovgjevinga gjennom § 1-4 og kapittel 4a i kommunehelsetenesteloven (6).

Likevel er det sterke symptom på at noko er gale. Rekrutteringa til samfunnsmedisinske stillingar er ikkje god. Det kan ha noko å gjere med lønsnivået. Det er viktig no i samband med utviklinga av fastlegeordninga, men skal ikkje bli drøfta nærare her. Mange samfunnsmedisinarar strevar med faget sitt. Tilsynelatande handlar mykje av strevet om å finne sin eigen og samfunnsmedisinen sin plass i samfunnet (7). Samfunnsmedisinarane i kommunane er gjennomgåande meir nøgde med samarbeidet med andre kollegaer enn med fagfolk dei elles skal samhandle med (8). Dette er eigentleg ganske dramatisk, og bør vere ei tankevekkjande utfordring innanfor eit av dei mest tverrfagleg prega medisinske fagfelte.

Det er vanskeleg å sjå ein samlande raud tråd gjennom den samfunnsmedisinske debatten for tida. Dei sentrale akademiske miljøa dreg i retning av ei dyrking av det medisinske kunnskapsgrunnlaget med vekt på kvantitative metodar (9). Det er vel og bra, og på tide, og høgst nødvendig. Men det er ikkje nok.

Veit vi eigentleg kva dei som skal gjere seg nytte av dei samfunnsmedisinske tenestene ("samfunnet") vil ha? Vi lever i ei tid der vi ikkje utan vidare kan selje det vi sjølve ønskjer å selje, men må selje det nokon vil ha. Dersom vi meiner at samfunnsmedisinen

har noko å selje som andre treng, og som dei sjølve ikkje er i stand til å etterspørje, kan det vere uttrykk for at vi er arrogante og maktlystne, eller så har vi faktisk eit stort marknadsføringsbehov.

Og då er vi ved det sentrale poenget. Det er ikkje lett å få auge på kjernekompetansen i samfunnsmedisinen. Kva kan til dømes ein kommune vere sikker på at ein spesialist i samfunnsmedisin verkeleg kan? Kor ligg nivået innanfor førebyggjande helsearbeid, miljøretta helsevern, statistikk, medisinsk kunnskapshandtering, helserett, organisasjonskunnskap og leiarskap? Kan spesialisten noko om konsekvensutgreiingar i plansaker? Og er vedkommande i stand til å forstå den lokalpolitiske dynamikken?

Det er ikkje noko ved utdanningssystemet som er til hinder for at samfunnet skulle vite kva dei kan vente seg av ein samfunnsmedisinar. Men fagfeltet har ikkje ein eintydig praksis som syner kor kjernekompetansen skal liggje. Eit fagfelt blir ikkje skapt gjennom forvaltningsvedtak, men gjennom praksis over lang tid. Denne praksisen fekk eit brot i 1984 då distriktslegestillingane forsvann. Etter dette har ein famla i mørkret, og famlinga har skjedd i ulike retningar.

Samfunnet treng nokon som har *oversyn* over helseforholda. Utan tvil treng samfunnet trygg og etterprøvd kunnskap om årsak-verknads-forhold av medisinsk art. Her kjem den kunnskapsbaserte medisinen inn med si stringente tilnærming (9). I tillegg treng samfunnet nokon som held oversyn med helsetilstanden. Til dette treng ein kompetanse i epidemiologi og statistikk. No kan det alltid drøftast kor omfattande dette oversynet skal vere, men det er nett då fagfeltet vil ha nytte av ein tydeleg praksis!

Vidare treng samfunnet medisinarar med *innsyn* i politiske prosessar og tilhøva i store eller små grupper av folket. Dette er nødvendig dersom kunnskapane frå oversynet skal bli til nytte for samfunnet. Her kan det vere noko å hente frå risikoanalysetenkinga til ingeniørane (10). Dei tek utgangspunkt i allmenngyldig kunnskap og koplar den til det som er unikt for det aktuelle systemet. Handlingskompetansen til samfunnsmedisinarane må vidare vere prega av evne til tverrfagleg arbeid. Helsefremjande og sjukdomsførebyggjande arbeid i vår tid må ha eit tverrfagleg tilsnitt. Her er det framleis noko å strekkje seg etter i spesialistutdanninga.

Samfunnsmedisinen har også ei oppgåve med å drive *ettersyn*, kall det gjerne tilsyn eller evaluering. Her skjer det mykje i regi av Statens helsetilsyn og fylkeslegane, men det er sterkt retta inn mot oppfylling av krav i lovgjevinga. Evaluering av helsetenester er så mykje meir enn det (11).

Til slutt skal vi vende attende til lista i første avsnitt ovanfor om alt som samfunnsmedisinen har. Er det likevel ikkje noko som manglar? – Samfunnsmedisinen har ikkje ei andrelineteneste. Dei fleste fylkeslegane har eit eller anna samfunnsmedisinsk tilbod til kommunelegane. Men dette er ganske spinkelt og lite samordna frå fylke til fylke. Fylkeskommunane har ikkje noko. Det er vel knapt å vente at dei vil få det heller, sjølv om det hadde vore naturleg for dei å ta denne oppgåva som ein del av fylkesplanansvaret.

Sosial- og helsedepartementet har sett i gang ein analyse av samarbeidet mellom dei statlege instansane som driv førebyggjande arbeid. Helsetilsynet og fylkeslegane utviklar innhaldet i omgrepet overordna tilsyn ("oversyn"?). Dei prøver også å få orden på rådgjevingsverksemda si. Men behovet for ei andrelineteneste innanfor samfunnsmedisinen er det lite snakk om.

Om ikkje det blir ei oppgåve for offentlege institusjonar, kan det vel vere at ei andrelineteneste etter kvart vil vekse fram gjennom private tilbod. Det kjenner vi til dømes frå teknisk sektor i kommunane. Teknisk sektor har heller ikkje noka eigentleg andrelineteneste, men dei har tilsvarande tilbod gjennom private konsulentfirma som tener til levebrødet sitt gjennom at dei i praksis syner kva som karakteriserer det gode planarbeidet i kommunane. Knappt nokon kommuneplan blir laga utan konsulenthjelp no for tida. Det er mest litt narraktig å peike på at det ikkje er utenkjeleg at framtida for samfunnsmedisinen ligg i det private entreprenørskapet – for samfunnet treng samfunnsmedisinen.

LITTERATUR

1. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for legers spesialistutdanning i Norge. Oslo: Den norske lægeforening, 1989.
2. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD, red. Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
3. Siem H. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
4. Nylenna M, red. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
5. Akademisk styrking av samfunnsmedisinen. Oslo: Den norske lægeforening, 1993.
6. Lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene.
7. Debattinnlegg. Helsetjenesten og farlige arrangementer. Helserådet 2000; nr. 5.
8. Kolstrup N, Kristiansen IS. Samfundsmedicinerens vurdering af samarbejde og arbejdsbelastning i kommunehelsetjenesten Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1970 – 3.
9. Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Medisinsk kunnskapshåndtering. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
10. Natvig B. Ny miljøstrategi. Teknisk Ukeblad 2000; nr. 8: 2 (Gule sider).
11. Øvretveit J. Evaluating health interventions. Buckingham: Open University Press, 1998.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 21. juli 2026.