

## 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 paradigmer. 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.

Den første – og hittil siste – lærebok for sjømannsleger ble utgitt i Danmark-Norge i 1788. Den første legebok for sjømenn skrevet av en norsk lege var beregnet på skipperne og kom i 1845. Den var skrevet av Jens Christian Skjelderup – *Kort anvisning til sygebehandling inden skibsborde*. Disse veiledninger for å sikre forebygging (hygiene) og sykebehandling om bord har kommet i mer enn 28 utgaver siden 1845. Det sjøfartsmedisinske miljø fikk et løft med en ny sjømannslegebok, redigert av Aksel Schreiner – *Medisin om bord* – som utkom i 2005.

Den store dødelighet på havet har vært gjenstand for offentlig oppmerksomhet en rekke ganger. Etter initiativ fra 34 skipsførere i Rogaland i 1852 ble det opprettet fire redningsstasjoner på Jæren. Eilert Sundt, pioneren innen norsk samfunnsforskning, foreslo i en artikkel i Folkevennen i 1861 at det skulle opprettes et nasjonalt sjøredningsselskap. Han dokumenterte sitt forslag med statistikk som viste høy dødelighet. Konsul Tønnes H. Puntervold i Egersund tok et initiativ for å stifte et redningsselskap i 1883, men initiativet var mislykket og han uttalte skuffet: «Hvor lidet Værd maa ikke en Sømands Liv være hos os! Hvor nedslaaende for vore Sø mænd at vide, at man i Norges Land – hos en af Verdens største søfarende Nationer – bærer saa liden Omsorg for deres timelige Vel.» (Morgenbladet, januar 1884).

Senere i 1880-årene tok marinelege Oscar Emil Tybring på nytt opp saken. Som en frukt av hans initiativ ble Norsk Selskab til Skibbrudnes Redning (NSSR) stiftet som en privat, humanitær organisasjon i 1891.

I 1926 tok marinelege Harald Engelsen initiativ til et internasjonalt samarbeid for sjømanns helse i regi av det Internasjonale Røde Kors. Arbeidet resulterte i en internasjonalt approbert sjømannslegebok og en egen godkjent signalbok for sykdomsbehandling. Dette var det første internasjonale initiativ for «telemedisin». Fra 1949 har Radio Medico ved Haukeland sykehus ivaretatt en rådgivningstjeneste for sjømenn.

I 1930-årene tok forsikringsselskapet Skuld initiativ til en systematisk helsejekk av sjømenn. Ordningen ble videreført på utefronten under krigen og ivaretok sjømanns helse fra USA til India. Helsedirektør Karl Evang tok tak i saken og nedla et stort arbeid for sjømanns helse nasjonalt og internasjonalt i etterkrigstiden. Etter norsk initiativ ble arbeidet forankret i Verdens Helseorganisasjon allerede i 1948.

Helsetjenesten for sjømenn ble på Evangs initiativ organisert som en statlig tjeneste – etter hvert underlagt Direktoratet for Sjømenn. Tjenesten ble privatisert i 1983, men fortsatt eksisterer ordningen med autoriserte sjømannsleger som gjør forvaltningsvedtak når de helsemessig godkjenner sjømenn til tjeneste.

De autoriserte sjømannsleger organiserte seg i 1967 i Norsk Forening for Sjøfartsmedisin. Foreningens formål er å fremme sjøfartsmedisinen på bred front. Fra 1995 har foreningen utgitt nyhetsbrevet DoCumentum Navale. Foreningen arrangerer årlige etter- og videreutdanningskurs i sjøfartsmedisin og har siden 1999 arrangert grunnkurs i sjøfartsmedisin i samarbeid med Saniteten i Sjøforsvaret.

Sjøfartsmedisin er ikke en spesialitet, men så absolutt et spesialfelt. Sjøfartsmedisinen inkluderer deler av mange fagfelter (allmenntilleggsmedisin, arbeidsmedisin, telemedisin, akuttmedisin) og det er integrasjonen av deler av disse fagfeltene som er vår utfordring. Sjøfartsmedisinen skal videre ta inn over seg at personellet bor på arbeidsplassen, at arbeidsplassen flytter seg og preges av klimaforandringer, vedvarende støy, vibrasjoner og – ikke minst – sjøgang. Interkulturelle og internasjonale problem-



stillinger gir ytterligere utfordringer. På grunn av næringens internasjonalisering både økonomisk og personellmessig blir internasjonalt samarbeid for sjømanns kår enda viktigere enn før.

Sjøfartsmedisinen må fundamenteres og utvikles på et moderne og faglig forsvarlig vis, konkret ser vi frem til etablering av et Norsk Senter for Sjøfartsmedisin og ansvarliggjøring av rederiene i ny sjøsikkerhetslov. Først når dette fundamentet er på plass, kan vi ha håp om at også de som har sitt virke på sjøen kan bli helsemessig ivaretatt på en faglig fundert forsvarlig måte. Da er det håp om at Puntervolds påstand fra 1883 om «Hvor lidet Værd maa ikke en Sømands Liv være hos os!» kan tilbakevises.

#### Jan Sommerfelt-Pettersen

jsp@isf.uib.no  
Saniteten i Sjøforsvaret  
Haakonsværn

## Thoraxkirurgi

I Norge ble thoraxkirurgi egen spesialitet i 1950. Først i 1981 ble en felles forening for thorax- og karkirurgi dannet, og i 1986 ble Norsk Thoraxkirurgisk Forening etablert. Ikke-kardial thoraxkirurgi inkluderer sykdommer i lunge, pleura, mediastinum og brystvegg og omfatter ca. 1 500 operasjoner/år. I 2004 ble det utført 5 400 hjerteroperasjoner i Norge (1).

### Lungekirurgi

Radikal kirurgi er den beste behandling ved lungekreft dersom sykdommen ikke er i et for avansert stadium. Mens behandlingen av andre kreftsykdommer har bedret seg betydelig de siste 50 år, er prognosen for lungekreft nærmest uendret. Fortsatt er de fleste pasienter som diagnostiseres inoperable – på landsbasis opereres kun 17 %. Håpet er at tidligere diagnose og sentralisering av lungekirurgien til større sykehus med thoraxkirurgi skal øke andelen pasienter som kan opereres.

Siden 1990 har det vært økning i torakoskopiske operasjoner, f.eks. ved behandling av pneumothorax, pleuraempyem og mindre lungesvulster samt ved torakal sympatektomi. I Norge gjøres nå også minimalt invasiv behandling av traktbryst.

### Hjertekirurgi

Hjerte-lunge-maskinen ble utviklet i 1953 og la grunnlaget for moderne hjertekirurgi. Rikshospitalet anskaffet en slik maskin i 1959 og hadde landsfunksjon for hjerteroperasjoner inntil 1970, da man startet opp ved Ullevål sykehus. Siden fulgte etablering av hjertekirurgi i Bergen (1975), i Tromsø (1978) og i Trondheim (1983).

### Klaffekirurgi

Kunstige klaffer benyttes først og fremst for å erstatte ødelagte aorta- og mitralklaffer. Mens revmatiske sykdommer tidligere spilte en stor rolle, dominerer i dag degenerative lidelser. I 2004 ble det utført 1 294 klaffeoperasjoner ved norske sykehus (1).

Hjerteklaffepoteser har utviklet seg mye siden kuleventilen ble tatt i bruk i Norge i 1965. Professor Karl Victor Hall ved Rikshospitalet var med på å utvikle en forbedret mekanisk klaff med et lokk i 1977. Etter 20 års oppfølging er fortsatt 33 % av pasientene som fikk denne klaffepotesen ved Rikshospitalet i live. De vanligste mekaniske ventiler i dag har to lokk, noe som har gitt forbedret funksjon. Mekaniske og biologiske klaffepoteser har hver ca. 50 % av markedet. Biologiske klaffer krever ikke antikoagulasjonsbehandling, men de er mindre holdbare enn mekaniske og brukes derfor fortrinnsvis hos eldre pasienter.

Degenerative klaffelidelser blir i økende grad behandlet med rekonstruktiv kirurgi, spesielt ved insuffisiens av mitralklaffen. Hos en del yngre pasienter kan også reparasjon av aortaklaffen