

# Styrket samfunnsmedisinsk samarbeid – en nasjonal dugnad

*Michael 2018; 15: 303–7.*

*Denne utgaven av Michael inneholder et knippe artikler som springer ut av et nærmere og bedre organisert samarbeid mellom de samfunnsmedisinske fagmiljøene i Norge siden 2015. Utgangspunktet var egentlig en bekymring ved de samfunnsmedisinske instituttene over at lærebøkene i faget begynte å bli gamle, og over at studentene hadde signalisert at de kanskje heller foretrakk forelesernes PowerPoint-presentasjoner og det de ellers kunne finne «på nettet». En uro over at samfunnsmedisinen som undervisningsfag i så fall kunne bli utsatt for desintegrasjon og utydighet, har inspirert både universitetsinstituttene og Legeforeningens utdanningsorganer til en felles nasjonal dugnad, mest konkret uttrykt gjennom årlige samfunnsmedisinske møter. Etter det siste møtet, på Sem Gjestegård i mai 2018 (1), ser det ut til at fagmiljøene kan samle seg både om felles fagbeskrivelser og læringsmål og trolig også om det som kan bli samfunnsmedisinens bidrag til en felles nasjonal eksamen.*

Vi må helt tilbake til året 1983 – og kanskje lengre – for å få fatt i hvorfor det har vært så mange runder med definering, og omdefinering, av hva samfunnsmedisin egentlig er (2,3). Etter mange års faglig utviklingsarbeid, både i allmennmedisinen og samfunnsmedisinen, vedtok Den norske legeforening på sitt landsmøte i Loen i 1983 at begge disse fagene skulle få sine godkjenninger som fullverdige medisinske spesialiteter (figur 1).

På denne tiden var det naturlig å se allmennmedisin og samfunnsmedisin som faglige tvillinger, ettersom de begge hadde sitt praksisfelt hovedsakelig i lokalsamfunnenes primærhelsetjeneste. Den norske distriktslegeordningen, med statlig tilsatte distriktsleger, var gjennom det meste av det forrige hundreåret en bærebjelke både for det offentlige legearbeidet og for sikring av legehjelp for befolkningen. Mange var nok vel så mye utøvende praktiserende leger som «statens forlengede arm» (4). Men så ble altså distriktslegen historie med innføring av kommunehelsetjenesteloven i 1984.

# UTPOSTEN

NUMMER 3-4

1983

ÅRGANG 12

## AV INNHOLDET:

**TEMA: Diabetes mellitus hos almenlegen**

Ved  
Frode Heian og  
Øystein Pedersen

**OLA LILLEHOLT:**  
Rapport om kommune-  
helsetjenesten ..... 13

**ERIK SOLBERG:**  
Bibliografi over norsk  
almenmedisinsk forskning ... 18

**CHR. F. BORCHGREVINK,  
PER FUGELLI OG  
ERIK SOLBERG:**  
Møtereferater ..... 16 og 21

**GUNNAR TELNES:**  
Skader og forebyggende  
arbeid i en kommune ..... 22

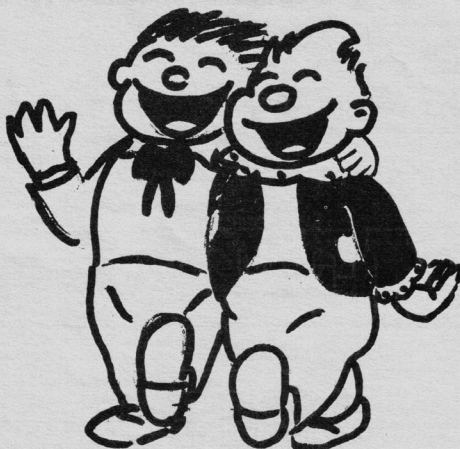
**MAGNE NYLENNA:**  
Ungdomsmiljøet i Smøla .... 26

**STEINAR WESTIN:**  
Skal almenpraktikere forelese  
for medisinske studenter? ... 28

**JON HILMAR IVERSEN:**  
Presentasjon av den nye  
redaksjonen ..... 31

**OG MER!**

## DET BLE TVILLINGER!



### ÅPEN VEI BÅDE FOR ALMENMEDISINSK OG SAMFUNNSMEDISINSK SPESIALITET

Samme dag som dette nummer av Utposten gjennomgår den endelige redigering kommer det beskjed fra landsmøtet i Loen at veien åpner seg både for almenmedisinsk og samfunnsmedisinsk spesialitet. Mange var på forhånd redd for at landsmøtet ville nøle med å opprette to nye spesialiteter ved samme anledning, i alle fall fordi en her med to nært beslektede disipliner. For oss som arbeider i dette feltet er det ikke vanskelig å se at dette nå var både riktig og nødvendige vedtak. «Tvillingene» er ikke identiske men komplementære. Den ene av de to spesialitetene ville alene være for spe til å ta de faglige løft som vi ser rundt oss. Nærmere omtale i neste nummer.

Figur 1. Forside fra tidsskriftet Utposten i 1983 med meldingen fra Legeforeningens landsmøte i Loen: «Det ble tvillinger».

Med opprettelsen av spesialiteten i samfunnsmedisin – gledelig som den var – oppstod det likevel en ny uklarhet om hva samfunnsmedisin egentlig er. Flere av universitetsinstituttene så seg nødt til å endre navn til «Institutt for samfunnsmedisinske fag» – i flertall – fordi instituttene fortsatt hadde en bredere fagprofil, som blant annet inkluderte allmennmedisinen (5). Og sosialmedisinen, som også har tradisjon for egne lærebøker – var den en del av samfunnsmedisinen? Svaret er så opplagt ja. Men det ble tydeligere da det ble aksept i fagmiljøene for å skjelne mellom *yrkesfag* (de godkjente medisinske spesialitetene), *emnefag* (de enkelte emnebaserte disiplinene, også sosialmedisinen), og *metodefag* («verktøyfagene», som epidemiologi og statistikk) (6).

I årene etter at den nye spesialiteten i samfunnsmedisin var godkjent, hadde faget ideologisk vind i seilene. Mange av de etablerte distriktslegene med bred primærmedisinsk erfaring ble godkjente spesialister i samfunnsmedisin. Men noen av dem fant seg ikke til rette under kommunenes nye forvaltning, med rådmenn de ikke kom overens med. De søkte seg til andre jobber, i den statlige helseforvaltningen, i NAV, eller i andre virksomheter der deres samfunnsmedisinske kompetanse var etterspurt.

Fra årtusensskiftet gikk også rekrutteringen av nye spesialister i samfunnsmedisin nokså dramatisk ned (7). I mellomtiden hadde det vært en betydelig oppbygning av samfunnsmedisinsk virksomhet i den statlige helseforvaltningen, i Helsedirektoratet og ved Folkehelseinstituttet. Mange dyktige samfunnsmedisinere hadde ikke avtjent de tre årene i kommunehelsetjenesten som spesialistreglene forutsatte. Magne Nylenna skrev på oppdrag fra det som den gang het Sosial- og helsedirektoratet en egen utredning om fagfeltet samfunnsmedisin (8), og reiste spørsmålet om ikke tiden for den nære og obligatoriske koblingen til primærhelsetjenesten var over (9).

Slik ble det etter hvert – og de nye spesialistreglene har de seneste årene gitt rom for en økende tilgang av godkjente spesialister i samfunnsmedisin, slik vi kan lese av Henning Mørlands omtale av den nye spesialistutdanningen (7). Dermed er det gitt aksept for en noe større vektlegging av samfunnsmedisinske oppgaver på system- og overordnet nivå, og noe mindre på de klassiske hygienevirksomhetene i kommunene, som «vei, vann og kloakk» og mathygiene, der ingeniører og veterinærer er kommet sterkere inn. Riktignok skriver Øivind Larsen, med en viss uro, at «... uten kunnskaper om gammeldags «hard core» hygiene vil en nyutdannet norsk lege stille dårlig rustet, eventuelt hjelpeløs, i et utviklingsland der de hygieniske forholdene kan tilsvare det vi hadde her i landet for bare to-tre generasjoner tilbake» (2).

Da er vi tilbake til noe av utgangspunktet for den nasjonale dugnaden i samfunnsmedisin: Hvordan skal vi sikre at de legen vi nå utdanner har et bredt nok grunnlag for å fungere i dagens samfunn, enten det er på sykehus, i primærhelsetjenesten eller i helseforvaltningen? Anne Helene Kveim Lie og Ingvild Fossgard Sandøy har, på vegne av de fire universitetsinstituttene for samfunnsmedisin, arbeidet med å samordne og redigere de læringsmålene som allerede fantes ved hvert institutt, også med blick på hva som eventuelt mangler (10). De viser også til at Kunnskapsdepartementet har satt i gang et eget prosjekt for å få utarbeidet nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS-prosjektet). Også dette kommer til å kreve et nærmere samarbeid mellom fagmiljøene i samfunnsmedisin.

Forfatterne minner oss også om at ifølge det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket for livslang læring, fra Kunnskapsdepartementet i 2011, vil det vi til nå har omtalt som læringsmål, komme til å hete «læringsutbyttebeskrivelser», det som på sjargong allerede omtales som LUB-er (10, 11). Læringsmål dreier seg om *intensjon* for hva man skal kunne, mens læringsutbyttebeskrivelser dreier seg om *resultatet* av læringen.

Fint skal det være. Men for en uinnvidd leser vil ikke forskjellen i formuleringer være påtrengende. Forfatterne understreker at det omforente forslaget som presenteres her i *Michael*, helst skal oppfattes som starten på en faglig plattform, noe som må være dynamisk og åpent for endringer (11). LUB-ene er inndelt i *kunnskaper*, *ferdigheter* og *generell kompetanse*, men ikke etter deldisipliner. Dette for å understreke at samfunnsmedisinen er et helhetlig fag. Noen kan innvende at dette fraværet av underpunkter kan medføre vansker med å få oversikt over hva som faktisk finnes innen de enkelte disipliner, for eksempel innen arbeids- og miljømedisin eller innen sosialmedisin. Erfaringer med bruk av LUB-ene vil nok avklare den saken.

Studentundervisningen i samfunnsmedisin er nokså ulikt tilrettelagt ved de fire universitetene, men belyses konkret i en artikkel av Gunnhild Åbregge Vie (12), med utgangspunkt i studentundervisningen i Trondheim. Ved noen av universitetene er undervisningen spredt gjennom deler av studiet. I Trondheim er det også noen små innslag underveis. Men hovedtyngden er samlet i et eget samfunnsmedisinsk semester høsten i sjette studieår. Det er såpass kort tid før studentene skal ut i helsetjenestens «jungel» at de ser ut til å oppleve at det snart blir alvor (13). Det hjelper nok på motivasjonen, for manglende oppmøte har knapt vært noe problem. De vet at de snart må forholde seg til NAV og velferdsstatens kompliserte regelverk. Artikkelen inneholder også en oversikt over de samfunnsmedisinske oppgavene studenten skal utarbeide, og en begrunnelse for hvorfor de nå er knyttet svært nært til det rammeverket en samfunnsmedisiner i kommunehelse-

tjenesten må forholde seg til. En slags bro mellom studentundervisning og spesialistutdanningen, slik noen av oss ser det.

Bekymringen for studentundervisningen i samfunnsmedisin, og mangelen på lærebøker, var i sin tid utgangspunktet for denne nasjonale samfunnsmedisinske dugnaden. Behovet for lærebøker ser ut til å være avklart blant dugnadsfolket: ja – lærebøker trengs fortsatt, én eller helst flere. Et så mangfoldig fag trenger innramming (14). Og mens vi venter på nye krafttak, er det denne forfatterens oppfatning at de lærebøkene som fortsatt foreligger, ikke er så utdaterte som noen vi ha det til.

## Litteratur

1. Larsen Ø. Møte om samfunnsmedisinsk undervisning i Norge – Sem, Asker, 28.–29. mai 2018. *Michael* 2018; 15: 335-46.
2. Larsen Ø. Samfunnsmedisin – ord og begreper. *Michael* 2016; 13: 86-103.
3. Nylenna M. Hva er samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 79-85.
4. Schiøtz A. *Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984*. Oslo: Pax Forlag, 2003.
5. Westin S. Begrepet samfunnsmedisin. Ny betegnelse for institutt for samfunnsmedisin i Trondheim. *Tidsskr Nor Legeforen* 1984; 104: 1465.
6. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. *Tidsskr Nor Legeforen* 1993; 113: 2954-7.
7. Mørland H. Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. *Michael* 2018; 15: 308-14.
8. Nylenna M. *Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
9. Nylenna M. Samfunnsmedisin og allmenntid medisin – tid for unionsoppløsning? *Utposten* 2005; nr 5: 32-4.
10. Lie AHK, Sandøy IF. Felles læringsutbyttebeskrivelser for samfunnsmedisinsk undervisning for medisinstudenter. *Michael* 2018; 15: 323-7.
11. Lie AHK, Sandøy IF. Nasjonale læringsutbyttebeskrivelser i samfunnsmedisin (versjon 20.09.2018). *Michael* 2018; 15: 328-34.
12. Vie GÅ. Studentundervisningen i samfunnsmedisin ved NTNU. *Michael* 2018; 15: 315-22.
13. Skagen K. Studentundervisningen i samfunnsmedisin: Vennligst forstyr. *Michael* 2016; 13: 152-6.
14. Westin S. Trenger vi lærebøker i samfunnsmedisin? *Michael* 2016; 13: 230-7.

*Steinar Westin*

*Mangearig fastlege og professor i sosialmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie*

*Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*

*Trondheim*

*steinar.westin@ntnu.no*