

Norsk samfunnsmedisin – akademisk fag og legespesialitet

Michael 2024; 21: 292–297

doi:10.5617/michael.11656

Legespesialiteten samfunnsmedisin har førtiårsjubileum. Vår første professor i faget ble tilsatt for to hundre år siden. Faget er i vekst og har gradvis utviklet sin egen identitet og endret seg i tråd med samfunnets behov. Samfunnsmedisinen i kommunene er tverrsektoriell, og stadig flere samfunnsmedisinere arbeider i regionale og nasjonale institusjoner. De største utfordringene i dag er behovet for faglige møteplasser og for lite kontakt med praktiske, utøvende samfunnsmedisinere i legeutdanningen.

Det ble tvillinger! Det var forsideoppslaget i *Utposten* etter at Legeforeningens landsmøte i juni 1983 hadde vedtatt å opprette nye legespesialiteter både i allmennmedisin og i samfunnsmedisin.

Selv om arbeidet for disse spesialitetene hadde pågått lenge, kom beslutningen likevel overraskende og var kontroversiell. Forløsningsen skjedde samtidig, men forhistorien til de to spesialitetene var forskjellig, og tvillinganalogien upresis. Arvestoffet var ulikt.

Samfunnsmedisin som eget fag

Slektskapet mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin skriver seg fra kombilegen, den norske distriktslegeordningen som ble offisielt innført i 1836 (1). I tillegg til kurative legetjenester hadde distriktslegene mange offentlige oppgaver, og de var tilsatt av staten.

I lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger i 1912 fikk offentlige gjøremål endatil prioritet foran «lægehjelp til befolkningen» (1). Det desentraliserte ansvaret for samfunnsmedisinsk arbeid ble videreført med kommunehelsetjenesteloven i 1984, men nå med kommunen og ikke staten som arbeidsgiver. At kommunelegefunksjonen er tverrsektoriell og at samfunnsmedisinsk kompetanse er relevant for alle tjenesteområder i kommu-

nene, ikke bare helsesektoren, er en videreføring av sunnhetslovens prinsipper fra 1860 (2, 3).

«Tvillingtilværelsen» med allmennmedisin har gitt samfunnsmedisinen både fordeler og ulemper. Fordelene har vært tilgjengeligheten og den legitimiteten pasientbehandling gir. Ulempen har vært en avgrensning til primærhelsetjenesten og en uklar fagidentitet. Kanskje forsinket det også spesialitetsgodkjenningen for begge fag (4).

Som et uttrykk for samfunnsmedisinens jakt på sin egenart er det utarbeidet mange definisjoner av faget, de fleste med utgangspunkt i «grupperettet legearbeid» (5). I utkastet til veileder for kommunelegefunksjonen er gruppeorienteringen supplert med tidsperspektivet (6) i tråd med samfunnsmedisinsk tenkemåte (7).

I praksis formes faget av de oppgaver samfunnsmedisinere utfører i sitt daglige arbeid. Som for andre spesialiteter endrer det seg over tid. På samme måte som radiologer i dag har en annen hverdag enn da spesialiteten *Røntgenundersøkelse og -behandling* ble etablert i 1918, har også samfunnsmedisinen endret seg siden 1984. For eksempel er tradisjonelle miljømedisinske oppgaver knyttet til vann, kloakk og næringsmiddelhygiene overtatt av tekniske etater og Mattilsynet. Helseøkonomi, ledelse, beredskap og kunnskapshåndtering er blitt viktigere. Spesialiteten har dessuten fått større fotfeste utover kommunalt nivå, særlig i den statlige helseforvaltningen (8).

Over tid vil nok også Helsedirektoratets krav om at «virksomheter som skal registreres for utdanning i samfunnsmedisin, må drive samfunnsmedisinsk arbeid slik at en vesentlig del av læringsmålene kan oppnås der», bidra til å definere faget (9).

Allmennmedisin ble akademisk fag først i 1968 (10). Vår første professor i hygiene, betegnelsen på legers grupperettede arbeid til etter den andre verdenskrig, ble ansatt allerede i 1824 (11). Ved de medisinske fakultetene er fagene allmenn- og samfunnsmedisin samlokalisert. Mens studentundervisningen i allmennmedisin stort sett utføres av allmennleger og er tett knyttet til yrkesutøvelsen, er situasjonen i samfunnsmedisin annerledes. Det er åpenbart behov for økonomer, statsvitere, historikere og mange andre profesjoner i den medisinske grunnutdanningen, men undervisningen ville styrkes hvis flere undervisere hadde bakgrunn fra samfunnsmedisinsk praksis, eller kombinerte samfunnsmedisinsk arbeid med en akademisk tilknytning. Det ville være utenkelig i alle andre medisinske fagfelt om ikke hovedtyngden av undervisningen ble utført av spesialister i faget.

Legespesialiteten samfunnsmedisin

Da spesialiteten ble opprettet i 1984, var den forankret i kommunehelse-tjenesten. Hovedutdanningen skulle være fire års tjeneste i primærhelsetje-nesten, «hvorav ett år i almenmedisin og tre år i kommunal legestilling med samfunnsmedisinske arbeidsoppgaver». Ett års tjeneste ved klinisk sykehusavdeling var obligatorisk sideutdanning. I tillegg krevdes «Spesialistkurs i samfunnsmedisin eller utdanning til graden Master of Public Health» (12). «Spesialistkurset» var Helsedirektoratets semesterlange kurs i offentlig helsearbeid for leger, Bygdøy-kurset, som i mange tiår var en viktig møteplass for samfunnsmedisinere (13).

Nye spesialistregler i 1993 åpnet for tellende tjeneste i samfunnsmedisin-ske stillinger utenfor kommunen og innførte et obligatorisk veilednings-program og krav om egenaktiviteter (14). I 1997 ble teorikurset, som i mel-lomtiden var flyttet til Folkehelseinstituttet, erstattet av en modulbasert utdanning med blokker på 1–2 uker (15). I 1999 ble legeloven erstattet av helsepersonelloven, og staten tok fastere grep om spesialistutdanningen (13). Fra 2011 er Helsedirektoratet ansvarlig myndighet.

I 2003 ble en plan for ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin utar-beidet av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (15), og i 2006 vedtok Helse- og omsorgsdepartementet nye spesialitets-regler. Et eget utdanningsprogram med 12 faglige hovedområder beskrev kravene til kunnskap og ferdigheter (16).

En forskrift fra 2019 regulerer nå spesialistutdanningen for alle de 46 legespesialitetene (2024) (17, 18). Bortsett fra utdanningslengden er tid-ligere kvantitative krav til tjeneste og antall kurstimer erstattet med lærings-mål og læringsaktiviteter. For samfunnsmedisin er det definert 45 ulike læringsmål, og ti ulike kurs er anbefalte læringsaktiviteter. Hver lege skal ha en individuell utdanningsplan og en individuell veileder. Dessuten er gruppeveiledning gjennom tre år obligatorisk (19).

Hvordan har det gått?

Anders Taraldset viser hvordan antall spesialistgodkjenninger har variert siden 1984 (20). Det dramatiske fallet i 1999 kan delvis forklares av fast-legereformen som ledet primærleger inn i allmennmedisin. Avviklingen av de årlige kursene for offentlige leger spilte nok også en rolle. Oppsvinget ti år senere forklarer Tom Sundar og medforfattere med samhandlingsreformen og folkehelse-loven i 2012 (21). Et nytt utdanningstilbud med emnekurs i regi av Norsk samfunnsmedisinsk forening støttet opp under veksten (21).

Rundt årtusenskiftet var situasjonen for faget dystert. Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk kompetanse var lav og rekrutteringen dårlig. Folke-

helsemeldingen i 2003 pekte på tre problemer (22): «For det første har den medisinske legespesialiteten uklart profil og innhold. For det andre er det liten interesse for samfunnsmedisin blant legene. For det tredje er det vanskelig å rekruttere leger til kommunelege 1 stillinger rundt om i landets kommuner.»

Samme år ble det etablert et nasjonalt prosjekt for fornyelse av norsk samfunnsmedisin. Blant forslagene var at begrepet samfunnsmedisin burde frigjøres fra kommunehelsetjenesten og brukes om alt gruppeorientert legearbeid, at alle legers kompetanse i samfunnsmedisin økes, at spesialistutdanningen individualiseres, og at det utvikles nye møteplasser og faglige nettverk for samfunnsmedisinere (23). Mye av dette er oppnådd.

Samfunnsmedisinens betydning ble tydelig under koronapandemien (2020–2022). Koronakommisjonen anbefalte «at myndighetene bygger opp om den økte anerkjennelsen pandemien antas å ha gitt samfunnsmedisinere» (24). I dagens verden med store klimautfordringer og politisk ustabilitet er det også grunn til å merke seg Totalberedskapskommisjonen som skriver (25): «Den samfunnsmedisinske kompetansen kommuneoverlegen besitter, er av sentral betydning både når det gjelder grunnberedskapen i en kommune og i krisehåndteringen.»

At kommuneleger skal ha spesialistutdanning i samfunnsmedisin, og at nødvendig kapasitet skal ivaretas både i normalsituasjoner og ved kriser, er en naturlig og rimelig forventning (6).

Samfunnsmedisinske tiltak er avgjørende for en god folkehelse (26), og tiltakene har bidratt til en formidabel reduksjon i hjerte- og karsykdommer de seneste tiårene (27). Alle leger må ha samfunnsmedisinsk kompetanse, men spesialistutdanning behøves for samfunnsmedisinske legestillinger. Spesialistveksten i helseforvaltningen er særlig gledelig (8).

Samfunnsmedisinere har aldri vært så mange, så kompetente og så etterspurte som i dag (21). Få av dem arbeider imidlertid i store fagmiljøer. Utviklingen av faglige møteplasser for erfaringsutveksling og innovasjon bør være en prioritert oppgave.

Michael, tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie, vil gjerne være en av disse møteplassene.

Litteratur

1. Sandvik H. Distriktslegen (1836–1984). *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2000; 120: 3160–3161.
2. Innerdal C. Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. *Michael* 2024; 21: 324–328.
3. Larsen Ø. Sunnhetsloven – mer enn en helselov. *Michael* 2010; 7: Supplement 8: 11–49.
4. Haave P. *I medisinsens sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. Oslo: Unipub, 2011: 263.
5. Hva er samfunnsmedisin? Temanummer. *Michael* 2016; 13: 73–176.
6. Nasjonal veileder for kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-veileder-for-kommunelegefunksjonen-og-samfunnsmedisinsk-arbeid-i-kommunen>
7. Nylenna M. *Samfunnsmedisin på norsk*. Oslo: Gyldendal, 2019.
8. Nylenna A. Statlig samarbeid om samfunnsmedisinutdanning. *Michael* 2024; 21: 303–306
9. *Rammer for samfunnsmedisin*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/samfunnsmedisin/rammer-for-samfunnsmedisin>
10. Evensen SA, Gradmann C, Larsen Ø et al red. Allmenntilleggsmedisin som akademisk fag. *Michael* 2009; 6: 11–126.
11. Larsen Ø. Norsk samfunnsmedisin for 200 år siden. *Michael* 2024; 21: 313–323.
12. Siem H. *Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
13. Skoglund E. Spesialistutdanningens historie. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2009; 129: 1124–1127.
14. Nylenna M red. *Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin*. Lysaker: Den norske lægeforening, 1995.
15. *Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin*. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2003.
16. *Utdanningsprogram for spesialiteten samfunnsmedisin*. Utarbeidet av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Oslo: Den norske legeforening, 2015. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/005dc2c2d0694888896f8675710e6d8a/utdanningsprogram-revidert-19.05.2015.pdf>
17. *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>).
18. *Spesialistforskriften med kommentarer. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbec4ae1a1e015cbea31701e/ny-versjon-2023-av-rundskriv-i-2-2019-spesialistforskriften-med-kommentarer.pdf>
19. Vidar G, Rutherford A. *Veiledningshåndbok for samfunnsmedisin*. Oslo: Den norske legeforening, 2023. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/f7522c629ced43a-2ba66cb37d25fd81/veiledningshandbok-for-samfunnsmedisin.pdf>
20. Taraldset A. Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst. *Michael* 2024; 21: 298–302.

21. Sundar T, Mørland H, Tandberg AM. Samfunnsmedisin – spesialitet i medvind. *Michael* 2024; 21: 307–312.
22. St.meld. nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
23. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin*. En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
24. Norges offentlige utredninger. *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2*. NOU 2022; 5: 77–118.
25. Norges offentlige utredninger. *Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid* NOU 2023: 17: 381.
26. Nylenna M. Amerikansk blikk på norsk folkehelse. *Michael* 2024; 21: 366–370.
27. Larsen Ø. Hvor ble det av hjerte- og karsykdommene? *Michael* 2024; 21: 371–373.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael. Han var distriktslege i Smøla 1979–1984, redaktør av Utposten 1983–1987, gjennomførte Bygdøy-kurset i 1980 og ble godkjent spesialist i samfunnsmedisin i 1987. Han ledet prosjektet om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Sosial- og helsedirektoratet i 2003–2004 (23).