

Når det gjelder kvalitetssikring av aktørene som utfører tjenester overfor ordningen «kjøp av helsetjenester», er aktørene underlagt streng kvalitetskontroll. RTV kontrollerer at aktørene holder tidsfrister, sender epikriser og tilfredsstiller resultatkravene. Vi er klar over at kvalitetskontrollen fortsatt kan og bør forbedres slik at en øker sannsynligheten for at den enkelte pasient får mest mulig optimal utredning og behandling.

RTV er spesielt opptatt av å ivareta taushetsplikten. Helsearbeidere har en plikt til å utvise diskresjon og taushet. Dette er hovedregelen. I tillegg er trygdefunksjonærer som ikke er helsearbeidere underlagt forvaltningslovens paragraf 13 som fremhever at «Enhver som utfører tjenester eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite.» Men dersom helsepersonell og trygdeetat ikke kunne utveksle opplysninger om pasienten, ville det skape en meget vanskelig behandlingssituasjon. Derfor er det lovbestemte unntak fra taushetsplikten som ivaretar nødvendig samarbeid mellom helsepersonell og mellom helsepersonell og trygdeetat. Dette innebærer at pasientopplysninger kan gies til annet helsepersonell og trygdefunksjonærer når dette er nødvendig av hensyn til undersøkelse og behandling av pasienten.

RTV har inntrykk av at allmennlegene skjønner sitt arbeid tilfredsstillende. De utreder og behandler størsteparten av sine pasienter selv og har god kunnskap om når det er faglige indikasjoner for å viderefølge pasienter. Vi vil samtidig påpeke at det også er grunn til å respektere det arbeid ulike legespesialister, psykologer og andre helsearbeidere utfører både innenfor Spesialisthelsetjenesten og over ordningen «kjøp av helsetjenester».

Karin Tidemann
Rikstrykerverket

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@online.no

Samfunnsmedisin og — tid for unions

AV MAGNE NYLENN, Helsebiblioteket og Institutt for samfunnsmedisin NTNU

Samfunnsmedisin som fenomen har eksistert lenge i Norge, men begrepet er ungt og legespesialiteten bare 20 år gammel. Befolkningsrettet legearbeid har historisk vært nært knyttet til allmennlegevirksomhet. Distriktslegen, som både drev individuelt og befolkningsrettet arbeid, var lenge selve symbolet på god allmennlegevirksomhet her i landet. Med tiden har imidlertid allmennlegene rendyrket behandlingen av enkeltpasienter. Og spesialisthelsetjenesten, som nå dominerer helsevesenet økonomisk og faglig, har aldri tatt befolkningsansvaret på alvor. Det er derfor gode grunner for å løse den historiske unionen mellom allmennmedisinen og samfunnsmedisinen. En ny samfunnsmedisinsk giv bør omfatte både primær- og spesialisthelsetjenesten. Den nye samfunnsmedisinen må defineres ut i fra morgendagens behov og oppgaver og de særpreg som ligger i fagets grupperettete tilnærming.

Fra tidenes morgen har legene arbeidet på to måter: det mest åpenbare har vært diagnostikk og behandling av enkeltpasienter, men det har alltid også blitt drevet befolkningsrettet arbeid. Karantene som virkemiddel mot epidemier er et av de første slike tiltakene. Smittsomme sykdommer er fortsatt et av de viktigste innsatsområder for befolkningsrettet arbeid, og vaksinasjoner er sannsynligvis det viktigste virkemiddel gjennom alle tider. Mye samfunnsmedisinsk arbeid handler om forebygging, men også arbeid mot pasientgrupper og planlegging og drift av helsetjenester på et overordnet nivå kommer i samme kategori.

Om vi tenker oss medisinsk innsats langs to akser, der den ene handler om tid og den andre om målgruppe, karakteriseres samfunnsmedisinen av arbeid på lang sikt, rettet mot befolkningsgrupper (1). Slikt arbeid drevet av leger, har hatt ulik betegnelse til ulike tider. På 1800-tallet ble det gjerne kalt «offentlige gjøremål» fordi oppdragsgiveren nesten alltid var det offentlige. I tillegg til arbeidet mot de smittsomme sykdommer omfattet slike gjøremål tilsyn med institusjoner (helsein-

allmennmedisin oppløsning?

stisjoner, skoler, apoteker etc.) og utsatte grupper (fattige, sinnssyke, fanger etc.), rettsmedisinske forpliktelser og en rekke administrative oppgaver. Med lov om utførelse av de offentlige lægeforretninger av 1912 ble disse oppgavene enda sterkere knyttet til distriktslegene. Distriktslegene arbeidet i første linje og kombinerte diagnostikk og behandling av enkeltpasienter med befolkningsrettet arbeid, noe som var gjensidig befruktende for begge oppgavene (2). I det 20. århundret fikk spesialisthelsetjenesten sitt gjennombrudd, men sykehusene ble aldri engasjert i befolkningsrettet arbeid. I Karl Evangs (1902–81) etterkrigshelsetjeneste ble begrepet «offentlig legearbeid» brukt om distrikts- og fylkeslegenes grupperettede oppgaver og deres ivaretagelse av lover og forskrifter. Fellesbetegnelsen offentlige leger ble da også brukt om legene som inngikk i aksene distriktslege – fylkeslege – helsedirektør.

Historisk har samfunnsmedisinsk arbeid vært lagt til primærlegene av minst to grunner:

- Da de samfunnsmedisinske oppgavene ble formalisert og fordelt var det ikke andre å spille på i den norske helsetjeneste enn de offentlige leger, senere distriktslegene.
- Nærheten til lokalsamfunnet har vært en viktig kilde til kunnskap og inspirasjon i det samfunnsmedisinske arbeidet – i tråd med den norske politiske desentraliseringsideologien.

Samfunnsmedisin som legespesialitet

Begrepet *samfunnsmedisin* skriver seg fra 1970-tallet og er en norsk variant av det britiske *community medicine*. Det ble brukt i Medisinsk studieplan for Universitetet i Tromsø allerede i 1971, der fagområdet medisin ble delt i tre institutter hvorav «Institutt for samfunnsmedisin omfatter sosialmedisin, almenmedisin og psykiatri» (3). I en oversikt i Helsedirektoratets kontaktorgan Synapse i 1975 drøfter Arne-Birger Knapskog sammenhengen mellom «community medicine» og samfunnsmedisin med utgangspunkt i utviklingen i Storbritannia (4).

Etter et langt forarbeid ble samfunnsmedisin opprettet som egen spesialitet for leger i 1984, samtidig som allmennmedisin ble en fullverdig spesialitet. Utposten (med Ola Lilleholt som den kreative «sjefredaktør» på den tiden) kunne presentere det historiske gjennombruddet under overskrif-



Fig. 1
De nyopprettede spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin ble i 1984 karakterisert som Knoll og Tott av Utposten.

ten «Det ble tvillinger» (fig. 1). Spesialiteten i samfunnsmedisin ble utviklet på bakgrunn av den strukturen som til da hadde eksistert i norsk helsevesen. Selv om målbeskrivelsen av faget innholdt en formulering om at «samfunnsmedisinere arbeider innenfor den offentlige helsetjeneste på alle tre forvaltningsnivåer» (5), var spesialistutdanningen i all hovedsak rettet mot kommunehelsetjenesten. Det var distriktslegenes etterfølger, kommunelegen, som ble prototypen på en samfunnsmedisin.

Samfunnsmedisin er fortsatt en av de yngste legespesialitetene her i landet, men langt fra den minste. Per 28.6.2005 er det i alt 573 godkjente spesialister i samfunnsmedisin, hvorav 476 er yrkesaktive, under 70 år og i Norge. Av alle 43 spesialiteter og grenspesialiteter er det bare ni som har flere godkjente spesialister totalt (6). Etter 1998, da det ble godkjent 31 nye spesialister, er det imidlertid blitt utdannet kun fire til seks samfunnsmedisinere årlig. For omtrent like store spesialiteter som barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer og radiologi, ble det i 2004 godkjent henholdsvis 26, 37 og 41 nye spesialister (7). I tillegg til den svake rekrutteringen til spesialiteten er det et dårlig samsvare mellom det å være spesialist i samfunnsmedisin og det å utføre samfunnsmedisinsk arbeid. De fleste spesialister i samfunnsmedisin er ikke i samfunnsmedisinske stillinger, og de fleste som har samfunnsmedisinske stillinger mangler formell spesialistkompetanse (8,9).

Samfunnsmedisinere er blitt karakterisert som en «utrydningstruet rase» (10), og det er bred enighet om at «noe må gjøres». Som vanlig er det vanskeligere å oppnå enighet om hva som må gjøres. Det er de senere årene utarbeidet en rekke utredninger om norsk samfunnsmedisin (11–14).

Sosial- og helsedirektoratet publiserte i 2004 rapporten «Samfunn + medisin = samfunnsmedisin?» (15). Rapporten

Organisering	Kompetanseheving
Sosial- og helsedirektoratet tar koordineringsansvar	Etablere faglige nettverk
Tydeliggjøring av roller og tilrettelegging for bedre samhandling mellom alle aktører	Opprette utdanningsstillinger
Plan for kommunenes medvirkning i samfunnsmedisin arbeid	Forsknings- og fagutviklingsprogrammer
Rapporteringsystem	Revidere utdanningshåndboken
Kvalitetsforbedringsstrategi	Opprette et elektronisk emnebibliotek i samfunnsmedisin
Utvikle en tydeligere folkehelseplattform	Bestille samfunnsmedisinske kunnskapsoppsummeringer
	Påvirke finansieringsordningen i helsetjenesten
	Styrke grunn-, videre- og etterutdanningen

Tab. 1. Hovedelementene i en handlingsplan for styrking av samfunnsmedisin

konkluderer med at legenes innsats i folkehelsearbeidet er nødvendig. Alle legers kompetanse i samfunnsmedisin bør økes, men det vil fortsatt være behov for spesialister med særlig kyndighet i faget. Spesialistutdanningen må revideres og fagidentiteten styrkes blant annet gjennom utvikling av nettverk og møteplasser. Effektive samfunnsmedisinske tiltak må identifiseres, og selve samfunnsmedisinbegrepet må redefineres i tråd med den internasjonale utvikling (16). På bakgrunn av en omfattende prosess med høringsuttalelser og seminarer har direktoratet utarbeidet en handlingsplan for styrking av norsk samfunnsmedisin. Programmet har to hovedelementer; organisering og kompetanseheving (tab 1).

Unionsoppløsningen

«Spesialiteten i samfunnsmedisin har vært sterkt knyttet til kommunelegefunksjonen... Det er imidlertid flere arenaer som har behov for å trekke på samfunnsmedisinens kompetanse», fastslår Folkehelsemeldingen (17).

En forutsetning for at dette skal lykkes, er sannsynligvis at båndene mellom allmennmedisin og samfunnsmedisin løses. De ideologiske og faglige premisser for de to spesialitetene er ulike, og disse ulikhetene er økende. «Tvillingene» som ble født for vel 20 år siden må leve mer selvstendige liv, på egne premisser.

Samfunnsmedisinen må fortsatt være tungt forankret i kommunene, men ikke bare der. Lokalsamfunnsengasjementet har vært viktig, men spørsmålet er om det er tilstrekkelig til å forsvare den nære tilknytningen mellom de to spesialitetene. Ulempen er nemlig at sykehusene og spesialisthelsetjenesten definerer befolkningsrettet arbeid utenfor sitt eget ansvarsområde. Fastlegeordningen kunne ha medført et klarere befolkningsansvar hos allmenn-legene, men har heller svekket enn styrket det lokale samfunnsmedisinske engasjement i allmennmedisinen. Nå er det avgjørende å få samfunnsmedisinsk tenkning inn i helseforetakene. Samfunnsmedisin er ingen spesifikk primærmedisinsk spesialitet. Mens allmennmedisineren er generalist med særlige forutsetninger for å arbeide med enkelt-pasienter i helsetjenestens førstelinje, har

samfunnsmedisineren kompetanse på befolkningsrettet arbeid. Det må utdannes samfunnsmedisinere med kompetanse for mer enn kommunalt arbeid. Det må opprettes stillinger for samfunnsmedisinere i sykehusene, og leger i samfunnsmedisinsk arbeid må utvikle et fellesskap på tvers av forvaltningsnivåene.

I år markerer vi oppløsningen av den nesten hundre år lange svensk-norske unionen i 1905. Den faglige «unionen» som har eksistert mellom allmennmedisinere og samfunnsmedisinere i langt over 100 år, bør også oppløses. Så kan vi leve og arbeide videre som «broderfolk» med egen faglig identitet, side ved side til gjensidig stimulans og nytte.

Litteratur

1. Larsen Ø. Exploring external and internal public health concepts. Michael 2004;1:193–205.
2. Schiøtz A. Doktoren. Distriktslegenes historie 1900–1984. Oslo: Pax, 2003: 40.
3. Medisinsk studieplan. Universitetet i Tromsø. Oslo: Universitetsforlaget, 1971.
4. Knapskog A-B. Hva er «community medicine»? Synapse 1975 nr 1:10–3.
5. Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin. Målbeskrivelse og krav til spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. I: Nylenna M red. Utdanningshåndbok i samfunnsmedisin. Oslo: Den norske lægeforening, 1995.
6. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=75613>
7. http://www.legeforeningen.no/asset/24619/24619_2.xls
8. Aasland O.G, Akre V. Fra distriktslege til resultatområdeleder. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2003.
9. Nylenna M, Larsen B-I. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124: 3217–9.
10. Øgar P. Er samfunnsmedisinen liv laga? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124: 3083–5.
11. Innstilling om videreutdanning i samfunnsmedisin og administrasjon for leger. Oslo: Den norske lægeforening, 1983.
12. Akademisk styrking av samfunnsmedisin. Lysaker: Den norske lægeforening, 1993.
13. <http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=10679>
14. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, 2003.
15. Samfunn + medisin = samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00000/Samfunn_medisin_sa_151a.doc
16. Beaglehole R, Bonita R. Public health at the crossroads. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
17. St.meld. nr 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Tove Rutle. Kontakt henne på rmrtove@online.no