

---

# Sosialmedisin – på sporet av det tapte fag

---

KRONIKK

PER FUGELLI

Email: [per.fugelli@samfunnsmed.uio.no](mailto:per.fugelli@samfunnsmed.uio.no)

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0317 Oslo

KJELL HAUG

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

Ulriksdal 8 C

5009 Bergen

GEORG HØYER

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

STEINAR WESTIN

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Medisinsk-teknisk forskningssenter

7489 Trondheim

---

Sosialmedisinen ble lagt ned som klinisk spesialitet i 1986. I løpet av 1990-årene har det foregått et generasjonsskifte i de sosialmedisinske universitetsmiljøene. Det har lenge vært behov for faglig vareopptelling og nyorientering. Med denne artikkelen ønsker vi å gi en gjennomgang av sosialmedisinens stilling i dag og peke ut veien videre. Faget bærer i seg en todelt tradisjon basert på prefikset ”sosial”, dels i betydningen sosiale faktorer som virker inn på helse og sykdom, dels som et moralsk imperativ som pålegger faget å bidra til sosial rettferdighet. Det er gode grunner til å opprettholde fagets verdimeslige forankring, samtidig som fagets arenaer nå endrer karakter. Fra å være basert på virksomhet i sykehus og institusjoner vil den nye

sosialmedisinen i høyere grad finne sin plass i helsetjenestens første linje, med allmennpraktikere, samfunnsmedisinere, arbeidsmedisinere og rådgivende leger ved trykdekontorene som de viktigste bærere av fagets kliniske innhold. Sosial ulikhet og helse vil alltid være kjerneinnholdet i sosialmedisinen. Samtidig må faget la seg utfordre av nye samfunnstrekk som påvirker helse og sykdom. Ikke bare sosial, men også kulturell forming av helse og sykdom bør oppta fremtidens sosialmedisin. Fremover må også sosialmedisinen orientere forskning og undervisning mot fattigdom og helse i et globalt perspektiv.

---

I det 18. århundre la Johann Peter Frank (1745 – 1821), gjennom sitt grunnleggende verk om samspillet mellom helse og samfunnsforhold, ned grunnsteinene for det fag som i det 19. århundre skulle bygges under navnet sosialmedisin (1). Betegnelsen ”médecine sociale” ble antakelig brukt første gang i 1848 av Jules Guerin (1801 – 86), som var redaktør i det franske tidsskriftet Gazette Medicale de Paris (2). Tiden var preget av sosial nød og store klasseforskjeller. Guerin argumenterte for at legene burde være advokater for sosial rettferdighet: ”Hvem bedre enn dem kjenner de arbeidende klassers levekår eller har bedre forstand på deres legemlige tilstand? Hvem er bedre i stand til å hjelpe til med å skape et sunnere, sterkere og lykkeligere samfunn?” Guerins politiserte sosialmedisin ble først og fremst praktisert i Tyskland gjennom Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821 – 1902), som systematisk brukte medisinske argumenter for sosial reform (3, 4), samt Alfred Grotjahn (1869 – 1931), som utgav sin berømte lærebok Soziale Pathologie i 1911 (1). Grotjahn fikk også det første professoratet i sosialmedisin som ble opprettet ved universitetet i Berlin i 1902. Ellers vokste sosialmedisinen frem innenfor det klassiske hygienefaget. Den tyske betegnelsen ”Sozialhygiene” ble hyppig brukt fra slutten av 1800-tallet og frem til midten av 1930-årene.

I 1940- og 50-årene kom det professorater og institutter for sosialmedisin ved en rekke universiteter i Europa og Nord-Amerika. De fleste av disse dekket fagfeltet samfunnsmedisin i bred forstand, og frem mot vår tid har de aller fleste skiftet navn til ”community medicine” eller ”public health” (2, 5). I USA var motstanden mot betegnelsen ”social medicine” særlig sterk, blant annet begrunnet i frykten for ”socialized medicine”. I dag er det med få unntak bare de skandinaviske landene som bruker betegnelsen sosialmedisin.

Også i Norge kom sosialmedisinsk tankegang først til syne innenfor hygienefaget, og kanskje mest synlig med den innflytelsesrike Frederik Holst (1791 – 1871). Han ble professor i Pharmakologi, Toxikologi og Hygiene i 1824, men hadde som sosialreformator også stor interesse for sammenhengen mellom levekår og helse. I denne tradisjonen finner vi også Carl Schiøtz (1877 – 1938), fabrikklege på Freia og professor i hygiene og bakteriologi fra 1931. Med sine banebrytende undersøkelser om sykdom i utsatte befolkningsgrupper mente han å kunne påvise sammenhenger med ernæring og andre levekår. Herfra er det nærliggende å trekke linjen til den unge Karl Evang (1902 – 81), som også gjorde studier av kosthold og sykdom hos arbeidsledige i mellomkrigstiden, men som i denne tiden kanskje ble mer kjent som frilynt og fryktet seksualopplyser. Med den radikale Karl Evangs raske vei til stillingen som medisinaldirektør i 1938 kom sosialmedisinsk tankegang for alvor på den faglige og politiske dagsordenen (6). I artikkelen Socialmedicin i første nummer av Meddelelsesblad for Socialistiske Lægers Forening i 1932 (7) uttrykte Evang seg slik:

”Som eget fag i undervisningen for medisinske studenter har socialmedicinen ennå ikke fått noen fast plass i de kapitalistiske land. Dette er i og for seg rimelig nok; en analyse som denne av de samfundsmessige årsaker til sykdom må nødvendigvis komme til å inneholde til dels meget skarp kritikk mot de bestående samfundsformer og har liten chance til å bli noe populært fag blandt dem som stiller opp undervisningsplanene, eller noe særlig søkt forskningsområde for borgerlige videnskapsmenn.”

Slik videreførte Evang meget tydelig tradisjonen fra Guerin, Virchow og Grotjahn: Sosialmedisinen skulle være et faglig instrument i arbeidet for mer rettferdig fordeling av makt og goder, og dermed av helse, i samfunnet.

Atskillig mer moderat var nok Axel Strøm (1901 – 85), opprinnelig professor i hygiene fra 1940. Med utnevningen av ham til professor i sosialmedisin i 1951 fikk faget her i landet sin selvstendige akademiske stilling, og Institutt for sosialmedisin ble etablert ved Universitetet i Oslo året etter (6). Hans lærebok i sosialmedisin fra 1956 kom i flere utgaver og mange opplag helt opp mot 1970-årene. I tur og orden ble det etablert professorater i sosialmedisin ved de øvrige medisinske lærestedene i Norge, først i Bergen, i ny kombinasjon med hygienefaget, senere kom det selvstendige professorater både i Bergen, Trondheim og Tromsø.



**Figur 1** To av forgrunnsfigurene innen sosialmedisinen da faget ble etablert som eget universitetsfag i Norge i 1951, helsedirektør Karl Evang (1902 – 81) og landets første professor i sosialmedisin, Axel Strøm (1901 – 85)

De første tiårene etter den annen verdenskrig var en veksttid for klinisk sosialmedisin. Krigen hadde etterlatt mange mennesker med fysiske og psykiske skader, og medisinen hadde klare oppgaver i arbeidet med å tilbakeføre disse til yrkeslivet eller i det minste et best mulig funksjonsnivå. Mange kommuner hadde egne sosialleger. Det ble etablert sosialmedisinske avdelinger ved de store sykehusene. Staten opprettet attføringsinstitutter i Oslo, Bergen og Trondheim. Sosialmedisin ble etablert som egen klinisk spesialitet i 1958. Spesialistutdanningen gav først og fremst kompetanse i attføring av kronisk syke og funksjonshemmede samt i diagnostikk og behandling av særskilte pasientgrupper.

1980- og 1990-årene har vært en nedbyggingstid for sosialmedisinen. Sykehusavdelingene og attføringsinstituttene er i hovedsak borte. Spesialiteten ble opphevet i 1986, ved at den gikk opp i en ny spesialitet: fysikalsk medisin og rehabilitering. I 1983 ble spesialiteten samfunnsmedisin opprettet, med profil mot offentlig legearbeid. Også ved universitetene har det vært forandringer. Nye fag har kommet til og danner ekspansive nabolag rundt sosialmedisinen (8): Medisinsk etikk, medisinsk antropologi, helsetjenesteforskning og anvendt samfunnsmedisin, for å nevne noen. En mer fullstendig oversikt gis i tabell 1. Ved Universitetet i Oslo er trygdemedisin og helseadministrasjon blitt egne faggrupper, mens sosialmedisin er i ferd med å gå sammen med medisinsk antropologi og internasjonal helse.

### Tabell 1

Inndeling av fagbetegnelser etter prinsipper som gir overordnet plass for de tre fagene som er anerkjente spesialistsfag i førstelinjehelsetjenesten 1

<i>Yrkesfag – godkjente legespesialiteter</i>
Allmennmedisin
Samfunnsmedisin
Arbeidsmedisin
<i>Emnefag</i>
Klinisk primærmedisin
Sosialmedisin med trygdemedisin
Forebyggende medisin
Miljømedisin
Helsetjenesteforskning, helseadministrasjon og helseøkonomi
Kvinnehelse Internasjonal helse
Medisinsk antropologi
Medisinsk etikk
Medisinsk historie
Medisinske atferdsfag (også som et medisinsk <i>basalfag</i> )
<i>Metodefag</i>
Epidemiologi
Epidemiologi
Epidemiologi
Kliniske forskningsmetoder
Samfunnsvitenskapelige forsknings- metoder

- <sup>1</sup> Som *yrkesfag* regner vi de spesialitetene som er godkjent av Legeforeningen og Sosial- og helsedepartementet. Kunnskapsgrunnlaget for yrkesfagene er satt sammen av elementer fra *emnefagene*, hvorav noen tidligere var yrkesfag, f.eks. sosialmedisin, og der det gjerne finnes egne lærebøker. Fagutviklingen i yrkesfagene og emnefagene bygger på forskning, der *metodefagene* forvalter de redskaper og analyseperspektiver som trengs for det vitenskapelige arbeidet

Etableringen av trygdemedisin som egen faggruppe ved Universitetet i Oslo i 1991 har gitt et interessant tilskudd til sosialmedisinen. Under denne fagbetegnelsen vokste det i 1990-årene frem en ny bølge av forskning og fagutvikling, for en stor del ansporet av Finansdepartementets og andre bevilgende myndigheters ønske om styrket trygdemedisinsk kompetanse. Rikstrygdeverket bygde i samme periode opp et vesentlig større korps av rådgivende leger, både på fylkes- og kommunenivå, og mange av disse hadde sin bakgrunn i allmenn- og samfunnsmedisin. Også i universitetenes fagmiljøer skjedde det et betydelig generasjonsskifte, ved at allmennmedisinen overtok den sterke posisjonen som psykiatrien tidligere hadde som rekrutteringsarena for sosialmedisinen.

Faglig sett er det knapt noen uenighet om at trygdemedisin utgjør et kjerneområde innen sosialmedisinen. Men ellers må en nøktern faglig selvangivelse være at identitetskrisen har vært stor og ordenssansen liten både i samfunnsmedisinen og sosialmedisinen de siste årene. Vanskene gjelder grensesetting og kvalitetssikring av teorigrunnlaget og kanskje like mye rolledefinering, rammebetingelser og arbeidsrom i praksisfeltet. I en rekke artikler har man stilt diagnoser og forskrevet resepter for samfunnsmedisinen (8 – 10) og sosialmedisinen (11, 12). Som et bidrag til å forstå denne utviklingen skrev en av forfatterne følgende i 1990 (11): ”Det ser ut til at sosialmedisinen er et konjunkturfølsomt fag som lett lar seg påvirke av generelle kulturstrømninger og politiske trender. 1980-årenes egobudskap, fokusering på det vellykkede og en aning forakt for svakhet bidrog til at sosialmedisinen fikk noe umoderne over seg.”

Noen vil mene at sosialmedisinens uklare stilling i 1990-årene illustreres av at det sosialmedisinske perspektiv så å si mangler helt i lærebøkene i samfunnsmedisin (13) og allmennmedisin (14). Forklaringen er nok snarere at sosialmedisinen tradisjonelt har hatt egne lærebøker (15). Dessuten har faget kunnet lene seg til den veletablerte *Veileder i sosialmedisin*, oppslagsverket som helt siden førsteutgaven med Axel Strøm fra 1954 stadig har kommet i nye utgaver (16).

Det kan gis mange forklaringer på at tidsånden også i 1990-årene har vært mer åpen for forskning på betingelser for aktivitet og mestring, heller enn på ubehagelig svikt og sosiale problemer (17). Men de samme trender som på denne måten har bidratt til å gjøre sosialmedisinen mer usynlig, kan også oppfattes som en utfordring til fornyet faglig innsats (18). Dette er noe av bakgrunnen for at de sosialmedisinske universitetsmiljøene har kommet fram til følgende klargjøring av fagets innhold, praksis og fremtid.

---

# Sosialmedisinens innhold

## Sosialmedisinens grunnstoff

Det definierende prinsipp for faget er prefikset ”sosial” (21), i to betydninger:

- – Sosial i betydningen sosiale faktorer som virker inn på helse og sykdom.
- – Sosial i betydningen et moralsk imperativ som pålegger faget å bidra til sosial rettferdighet.

Sosialmedisinen er det fag som søker og formidler kunnskap om

- – hvordan helsetilstanden og helsetjenesten blir påvirket av lagdelinger i samfunnet knyttet til ulik fordeling av politisk, økonomisk, moralsk og kulturell makt
- – hvordan sosiale faktorer opptrer i årsaksbildet til helse og sykdom
- – hvordan sosiale faktorer påvirker sykdommers uttrykk og forløp
- – hvilke sosiale konsekvenser som følger av sykdom – hvordan enkeltindivider kan hjelpes til best mulig helse med trygder og andre sosiale hjelpetiltak
- – hvordan de sosiale hjelpetiltak fungerer i samfunnet
- – hvordan medisinen som institusjon formes av og former den sosiale virkelighet
- Sosialmedisinen søker å belyse disse spørsmålene både med befolkningen og enkeltmennesket som analytisk enhet. Faget har et særlig ansvar for å belyse disse problemstillingene blant underprivilegerte grupper.

## Sosialmedisinens verdigrunnlag

Prefikset ”sosial” bringer oss på sporet av sosialmedisinen på to vis. Dels ved å klargjøre at fagets innhold er å finne i grensesnittet mellom samfunn og helse. Men også ved å indikere at sosialmedisinen er et verdiladet fag. Sosialmedisinsk forskning dokumenterer at politiske verdier som rettferdighet og solidaritet gavner folkehelsen (22 – 25). En sosial fordelingspolitikk fremmer helsen både ved å sikre materielle helsebetingelser (bomiljø, ernæring, inntekt), men også ved å sikre opplevelse av verdighet, trygghet og selvspekt (26). Sosialmedisinen erkjenner at grunnleggende humanistiske verdier som rettferdighet, frihet og likeverd er essensielle helsebetingelser. En naturlig konsekvens blir at sosialmedisinen arbeider for å styrke disse samfunnsverdiene (22, 25). En konsekvens blir også at sosialmedisinen tar et særlig ansvar for de grupper og individer som får sin helse truet av mangel på rettferdighet, frihet og likeverd. Ikke nødvendigvis i gammeldags patriarkalsk forstand, men like gjerne i allianse med de individer og grupper som kan trenge den faglige bistand som sosialmedisinen kan gi. I den videre drøfting av sosialmedisinen i et anvendt perspektiv vil vi holde oss til den faginndelingen som er angitt i tabell 1, som bygger på Bjørndal og medarbeideres inndeling av de samfunnsmedisinske og allmennt medisinske fagene i yrkesfag (i betydningen godkjente spesialistfag), emnefag og metodefag (8).

Definisjoner Fag kommer og går og er i endring. Derfor skal ikke definisjonen av et fag være for tydelig og bestandig. Men et fag må være klart nok til å gi identitet innad og gjenkjennelse utad. Et fag må stå i en synlig tradisjon som gir kontinuitet og retning til den fremtidige fagutviklingen. Rosen (1) har i sitt klassiske essay *What is social medicine* ? gitt følgende definisjon av faget: "Fundamental to the concept of social medicine is its concern with what is true of the health of man by virtue of the fact that he leads a group life. In the light of this concern social medicine has two broad aspects: 1) descriptive and 2) normative. As a descriptive science it investigates the social and medical conditions of specific groups, and establishes such causal connections as exist between these conditions; as a normative science it sets up standards for the various groups that are being studied, and indicates measures that might be taken to relieve conditions and to achieve the standards that have been advanced." En annen definisjon som har vunnet internasjonal anerkjennelse, er formulert av Sand (2): "Social medicine is concerned with the relationship between health and the conditions of existence in society." Axel Strøms definisjon lyder (19): "Sosialmedisin beskjeftiger seg med det gjensidige forhold mellom samfunn og helse." Per Sundby (20) har definert faget slik: "Sosialmedisin er et samlebegrep for en spesiell tilnærming til studiet av helse og sykdom i samfunnet, der hovedvekten blir lagt på den gjensidige vekselvirkningen mellom individene, sykkeligheten og de sosiale forholdene." Vi vil inkludere ansvar for vanskeligstilte grupper i vår definisjon, både på samfunnsplan og på individnivå; "Sosialmedisins oppdrag er å studere de sosiale forhold som virker inn på helse og sykdom samt hvordan de sosiale vansker som følger av sykdom kan avhjelpest. Faget skal bidra til å bedre helsen for vanskeligstilte grupper." En slik kortdefinisjon krever en ytterligere presisering av det man kan kalle sosialmedisins grunnstoff.

---

## Sosialmedisins praksis

Sosialmedisins praksisfelt er tredelt: akademi, klinikk og politikk.

### Akademi

*Forskning.* Sosialmedisin plikter å forkaste og å fornye kunnskap om sammenhenger mellom sosiale faktorer og helse og sykdom samt kunnskap om hvordan disse sammenhengene kan påvirkes i gunstig retning i klinisk arbeid og i samfunnsmedisinsk praksis. Også forskningsmessig har de vanskeligstilte gruppene prioritet, med vekt på emner som kan bedre deres levekår, helse og helsetjeneste. Den deskriptive/analytiske forskningen skjer i hovedsak med metoder fra og i samarbeid med miljøer for epidemiologi og samfunnsvitenskap. Dels anvendes kvantitative metoder til studier av de sosiale faktorerers epidemiologi, dels kvalitative metoder til undersøkelse av relasjonelle mekanismer og kulturelle forhold. Den anvendte sosialmedisinske forskningen finner sted i det kliniske feltet, i helse- og sosialtjenestens handlingsrom samt på arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid. De mest aktuelle samarbeidspartnere er allmenntilleggsmedisinere og samfunnsmedisinere samt trykde- og sosialtjenestens fagfolk. Men også pleie- og omsorgssektorens fagfolk vil inngå i dette interessefeltet.

*Undervisning.* I grunnutdanningen har sosialmedisin følgende oppdrag:

- – Gi studentene kunnskap om helsetjenesten, trygdesystemet og de sosiale hjelpeordningene, med særlig vekt på legens oppgaver.
- – Gi studentene kunnskap om de lover og regler som gjelder innenfor helsetjenesten, med særlig vekt på legeyrket.
- – Gi studentene innsyn i underprivilegerte gruppers sosiale og medisinske situasjon samt kunnskap og ferdigheter som særpreger legearbeidet for disse gruppene.
- – Gi studentene kunnskap om hvordan sosial ulikhet påvirker sykkelighet og bruk av helsetjenesten. – Stimulere studentene til en tenke- og arbeidsmåte som gir gyldighet til pasientens sosiale kontekst.
- – Gjøre studentene nysgjerrige på hvordan sosioøkonomiske og sosiokulturelle endringer i storsamfunnet gjenspeiler seg i endret helsebegrep, sykdomsoppfatning, legesøkningsatferd, helsetjenestetilbud og sykkelighet.
- – Lære studentene arbeidsmåter som ivaretar sosialmedisinske hensyn i klinisk og samfunnsmedisinsk praksis.
- – La studentene få del i det sosialmedisinske verdigrunnlag, herunder sentrale trekk i velferdsstatens historie og ideologiske grunnlag.

*Videre- og etterutdanning.* Kunnskap om sosiale årsaker til og sosiale følger av sykdom, kjennskap til trygdeordningene og sosiale hjelpetiltak, innsikt i legens rettigheter og plikter er vesentlig kompetanse for enhver kliniker. Sosialmedisinen, og her inngår i høy grad trygdemedisinen, skal være med på å oppdatere denne kompetansen for alle leger. Som emnefag betjener sosialmedisinen særlig de brede kliniske yrkesfagene allmennmedisin, pediatri, geriatri og psykiatri. Det sosialmedisinske perspektiv er særlig relevant i allmennpraksis og i folkehelsearbeid. Derfor bør sosialmedisinen ha en sentral plass i spesialistutdanningen og etterutdanningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Gjennom videre- og etterutdanningen kan de sosialmedisinske universitetsmiljøene få nærkontakt med sine viktigste praksisfelt. Det vil kunne sikre universitetsfaget problemstillinger med aktualitet og gyldighet samt rekrutter med praktisk erfaring.

## **Klinikk**

Trass i alle avskallinger består et kjerneinnhold i sosialmedisinen: Et særlig faglig ansvar for utsatte grupper – stoff- og alkoholmisbrukere, arbeidsløse, fattige, prostituerte, stigmatiserte minoriteter m.m. Den spesifikke sosialmedisinske klinikk konsentrerer seg om de utsatte og vanskeligstilte grupper. Norge er inne i en politisk utvikling som synes å forsterke forskjellssamfunnet (17, 27). Her er også tegn til økende privatisering og kommersialisering av helsetjenesten. Noen frykter at helsetjenesten vil bruke mer og mer ressurser på risikoppfølging og forebygging blant den friske og kjøpekraftige majoritet. Det kan bety at antall sosialt marginaliserte kommer til å øke, samtidig som disse gruppene får større vansker med å få dekket sine behov for medisinsk service innenfor et mer og mer kommersialisert helsevesen. På denne bakgrunn blir det viktigere enn på lenge å ha en vital sosialmedisin som kan bidra til å kvalitetssikre helsetjenesten for de underprivilegerte og marginaliserte pasientene.

Tidligere var helsetjenesten for disse gruppene for en stor del lagt til særomsorger. I de senere årene har politikken vært å integrere servicen for utsatte grupper i kommunens og fylkeskommunens ordinære helse- og sosialtjeneste. Sosialmedisinens oppdrag innenfor denne integrerte modellen må være å betjene klinikerne og praktikerne ute i felten med motivasjon, kunnskap og redskap som sikrer sosialmedisinsk kvalitet i diagnostikk, behandling og omsorg for utsatte grupper.

Men selv om det er et mål å integrere pasienter med komplekse sosialmedisinske problemer i den ordinære helsetjenesten, er det erfaringsmessig ikke alltid mulig. I fremtiden vil særskilte tiltak for vanskeligstilte pasienter med sammensatte helseproblemer sannsynligvis tvinge seg frem og på ny bli en klinisk arena for sosialmedisinen. I Oslo er det opprettet egne helsestasjoner for stoffmisbrukere. Ved Universitetet i Tromsø har man, i samarbeid med Tromsø kommune og Troms fylkeskommune, opprettet et sosialmedisinsk senter som driver forebyggende virksomhet, diagnostikk og behandling for marginaliserte grupper (28). Også i noen andre byer har sosialt engasjerte kolleger bidratt til liknende initiativer (29).

Slike tiltak for utsatte grupper vil sannsynligvis vise seg å bli nødvendige supplementer også når fastlegeordningen blir innført (30), og særlig i de større byene. Det blir en spesiell utfordring å finne frem til ordninger som sikrer at ikke den faste lege fraskriver seg ansvaret for disse utsatte pasientene, men tvert imot spiller på lag med de ekstra tiltak som måtte være påkrevd.

Den nye sosialmedisinen må følge denne utviklingen, og gi større oppmerksomhet til det kliniske arbeidet i kommunehelsetjenesten. Her vil det være allmennpraktikerne som arbeider nærmest pasientene og den sosiale virkeligheten. Derfor blir landets 3 500 allmennpraktikere sosialmedisinens viktigste feltarbeidere. Samarbeidet med kommunenes sosialtjeneste og det lokale trygdekontor, eventuelt også arbeidskontor, vil stå sentralt i det praktiske sosialmedisinske arbeidet. Mange steder vil samarbeidet også omfatte pleie- og omsorgssektorens fagfolk.

Mens allmennpraktikeren er sosialmedisinens bro til pasienten, er samfunnsmedisineren fagets bro til systemet. Kommunelege I, helsesjef, fylkeslege og helsedirektør blir sosialmedisinens praksiskorps på samfunnsplanet. I en mellomstilling står Rikstrygdeverkets rådgivende leger, dels som behandlere av saker som angår individuelle trygdesøkere, dels som premissleverandører til trygdeetaten på gruppe- og samfunnsplan.

## **Politikk**

I tillegg til å betjene klinikerne og samfunnsmedisinerne må sosialmedisinerne selv være faglige aktører på et tredje praksisfelt: politikken. Sosialmedisinens far, Virchow, sa: "Politikk er intet annet enn medisin i stort." Så stort skal vi ikke tenke om sosialmedisinen i dag. Men så lenge sosialmedisinens essensielle oppdrag er å prøve å forstå og påvirke sammenhenger mellom samfunnsutvikling og folkehelse, må sosialmedisinen våge å ta del i og tidvis sette dagsordenen for den politiske strid. Denne delen av sosialmedisinen kan bare delvis kunnskapsbaseres, selv om Øgar har gitt nyttige avklaringer om betydningen av rolleforståelse og faglig skjønn når man beveger seg i fagets ytterkant (31). En vesentlig del av fagets tradisjon og berettigelse ligger på det normative plan, blant annet ved å tydeliggjøre helsefølger av personlige og politiske valg. Debattfunksjonen blir derfor en vesentlig del av sosialmedisinens innhold og kompetanse.

De sosiale kreftene som påvirker helse og sykdom er bare i liten grad styrbare av helse- og sosialprofesjonene. Derfor blir allmennheten, politikerne, de økonomiske og kulturelle makthaverne og de sosiale institusjonene viktige målgrupper for sosialmedisinen. Sosialmedisinen må formidle sine kunnskaper, problemstillinger og provokasjoner, ikke bare til fagfolk, men også til folk flest og mediene, og være med på å prege den politiske dagsorden.

Vi vet at fattigdom skaper sykdom. Vi vet at arbeidsledighet er helsefarlig. Vi vet at rasisme bryter ned helsen til folk. På samme måten som klinikerer forsøker å fjerne eller påvirke sykdomsårsakene hos pasienten, like selvfølgelig er det for sosialmedisineren å forsøke å fjerne eller påvirke sykdomsårsaker i samfunnet. At folkehelsestruslene ofte er av politisk natur, bør ikke skremme faget fra å befatte seg med også denne typen sosialmedisinsk helseopplysning. Helt fra Virchows tid har sosialmedisinen båret i seg disse to tradisjonene: den vitenskapelig beskrivende tradisjonen og den politiske reformerende tradisjonen.

Den doble og til dels motsetningsfylte ambisjon er klart formulert av Vandenbroucke (32): "In each new generation of doctors, however, this branch of medicine attracts not only analytical minds, but also people who feel a strong personal vocation to improve health in society by attacking plain injustice. They are impatient with the distant attitude of science."

---

## Sosialmedisinsens fremtid

Uavhengig av politiske trender og faglige moter vil grenseflaten mellom individ og samfunn gi berettigelse for sosialmedisinen som et selvstendig fag også fremover.

Politiske utviklingstrekk tyder på en fremtid med økende sosioøkonomiske forskjeller (15, 17, 27). Det betyr at vi fortsatt trenger et fag som retter oppmerksomhet mot sammenhengen mellom materielle levekår og helse blant underprivilegerte grupper i Norge. Men i den nære fremtid bør faget også integrere to nye problemstillinger:

På det nasjonale plan må sosialmedisinen utforske, undervise og påvirke den sosiokulturelle formgivning av forestillinger om helse og sykdom, oppfatning av normalitet og avvik, risikobegrep og risikohåndtering, egen mestring versus ekspertavhengighet, forventninger til helsetjenesten. I Norge har trolig disse sosiokulturelle påvirkningene stor innflytelse på folkehelsen (27).

Et dominerende trekk ved samfunnsutviklingen er globaliseringen. Økonomien globaliseres, informasjonen globaliseres, forskningen globaliseres og undervisningen globaliseres. Også sosialmedisinen må globalisere sin faglige samvittighet og sine problemstillinger. Det betyr at fattigdommens patologi (33 – 35) bør få forsterket aktualitet og prioritet i faget. Vi takker kolleger og medarbeidere innen sosialmedisin ved de fire medisinske fakultetene, som har gitt nyttige bidrag til dette arbeidet under to fellesmøter, på Finse i 1998, og på Røst i 1999.

---

## LITTERATUR

1. Rosen G. What is social medicine? Bull Hist Med 1947; 21: 674 – 733.
2. Holland WW. Changing names. Scand J Soc Med 1994; 22: 1 – 6.

3. Eisenberg L. Rudolf Ludwig Karl Virchow, Where are you now that we need you? *Am J Med* 1984; 77: 524 – 32.
4. Fugelli P. Med Rudolf Ludwig Karl Virchow som veiviser inn i den nye samfunnsmedisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1091 – 4.
5. Roemer MI. The meanings of social medicine and public health. *Scand J Soc Med* 1993; 21: 63 – 5.
6. Strøm A. En sosialmedisiner ser tilbake. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1971; 91: 2239 – 44.
7. Evang K. Sosialmedicin. *Meddelelsesblad for Socialistiske Lægers Forening* 1932; 1: 6 – 13.
8. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 2954 – 7.
9. Gogstad AC. Den samfunnsmedisinske begrepsverden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1095 – 9.
10. Bjørndal A. Samfunnsmedisinens kjerne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 603 – 5.
11. Westin S. Arbeidsløsheten og vår tids sosialmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 183 – 4. 1
12. Mæland JG. Fra sosialmedisin til folkehelsevitenskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 394 – 5.
13. Larsen Ø, Brekke D, Hagestad K, Høstmark A, Vellar OD, red. *Samfunnsmedisin i Norge – teori og anvendelse*. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
14. Hunskår S, red. *Allmenntmedisin – klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
15. Noreik K, Stang G, red. *Lærebok i sosialmedisin*. Oslo: Gyldendal, 2000.
16. Hanoa R. *Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon*. 15. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
17. Westin S. Velferdspolitiske virkelighetsbilder. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 79 – 83.
18. Lindbladh E, Lyttkens CH, Hanson BS, Östergren PO. Equity is out of fashion? An essay on autonomy and health policy in the individualized society. *Soc Sci Med* 1998; 46: 1017 – 25.
19. Strøm A. *Lærebok i sosialmedisin*. Oslo: Fabritius, 1968.
20. Sundby P, red. *Sosial omsorg og sosial velferd. En innføring i sosialmedisin*. Oslo: Fabritius, 1981.
21. Gulbrandsen P. *Social context in general practice: disclosure, recognition, and management*. Oslo: Institute of General Practice and Community Medicine, University of Oslo, 1998: 9.

22. Gulbrandsen P. Rettferdighet – den største og mest krevende dyden. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1149 – 52.
23. Wilkinson RG. Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.
24. Navarro V. A historical review (1965 – 1997) of studies on class, health, and quality of life: a personal account. Int J Health Services 1998; 28: 389 – 406.
25. Westin S. Likhhet og brorskap – verneverdige verdier i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1474 – 9.
26. Westin S. Velferd og helse i folketrygdens århundre. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4507 – 13.
27. Fugelli P. Rød resept. Essays om perfektjon, prestasjon og helse. Oslo: TANO, 1999.
28. Høifødt R. Respekt og omsorg for vanskeligstilte grupper. Utposten 2000; nr. 5: 2 – 4.
29. Johannesen A. Sosialmedisinsk senter i Skien – særomsorg eller nødvendig supplement til allmennpraksis? Utposten 2000; nr. 5: 6 – 9.
30. Westin S. Tid for å gjenetablere særomsorger? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1613.
31. Øgar P. Skjønnsutøvelse i samfunnsmedisinen. Utposten 1996; nr 7/8: 268 – 72.
32. Vandenbroucke JD. New public health and old rhetoric. BMJ 1994; 308: 994 – 5.
33. Bergström S. Om fattigdommens patologi. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3473 – 5.
34. Fugelli P. Pasienten Jordan – legenes ansvar? Nord Med 1993; 108: 312 – 5.
35. Acheson ED. Public health. Edwin Chadwich and the world we live in. Lancet 1990; 336: 1482 – 5.

---

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. juli 2026.