
Sosialmedisin – et arbeidsinstrument for den praktiserende lege

REDAKSJONELT

ROLF HANOA

Rolf Hanoa (f. 1944) er konstituert overlegei karkirurgi. Han er tidligere professor i sosialmedisin i Tromsø og professor i helseadministrasjon i Bergen.

Regionsykehuset i Tromsø
9038 Tromsø

Det norske velferdssamfunnet vokste frem i tiårene etter den annen verdenskrig. Bærebjelker i dette var bl.a. helsetjenester, trygdeordninger, skole, kultur og boligbygging (1). Legene, med Karl Evang i spissen, inntok en sentral rolle i planlegging av velferdssamfunnets struktur og tilbud og i formidling av tjenester og rettigheter (2). Faget sosialmedisin fikk i Norge sin akademiske og praktiske form under professor Axel Strøms ledelse i velferdssamfunnets sterke vekstperiode fra 1950-årene og utover (3). Den praktiske sosialmedisin var rettet mot legenes vurdering og formidling av tjenester og rettigheter. Klinisk sosialmedisin vokste dessuten frem som en spesialitet med attføring (rehabilitering) som sitt område.

I denne vekstperioden for sosialmedisin var det norske og de skandinaviske samfunn meget homogene, og det var stor oppslutning om kollektive ideer (1). Helse- og sosialpolitikken og faget sosialmedisin var forankret i sosialdemokratiets ideer. Det ble tatt for gitt at ethvert friskt individ foretrakk inntektsgivende arbeid fremfor trygdeytelser. WHO's definisjon av helse som fullkomment legemlig, psykisk og sosialt velvære, ble av mange oppfattet som anvendelig.

Samfunnet har gjennomgått vesentlige endringer siden velferdssamfunnets oppbyggingsperiode. Den økonomiske utvikling har redusert myndighetenes styringsmuligheter. Sannsynligvis møter man en mindre kollektiv og mer individuell orientering hos de fleste mennesker. Velferdssamfunnet kjemper for å bevare den utbredte oppslutning om felles tanker og felles finansiering.

De siste tiår har faget sosialmedisin vært i endring: nye hjelpeordninger, et voksende regelverk, en mye større offentlig sektor, nye pasientrettigheter. Den akademiske sosialmedisin har opplevd en spesialisering der bl.a. trygdemedisin og helsetjenesteforskning er skilt ut som egne områder. Samfunnsmedisin er blitt en egen "public health"-spesialitet. Det postindustrielle samfunns særlige problemer har fått forskerens oppmerksomhet. Dette er noe av bakgrunnen når fagets representanter nå har laget en utredning om sosialmedisinens utvikling og nåværende program (4). Fugelli og medarbeidere beskriver faget sosialmedisin gjennom definisjoner, hovedproblemstillinger, verdigrunnlag, forskningsmetoder, legeutdanning, klinisk arbeid og ansvaret for underprivilegerte grupper. Det er blitt en perspektivrik statusrapport.

Norge er fortsatt et velferdssamfunn. I global sammenheng har vi usedvanlig mange og omfattende hjelpe-, trygde-, stønads- og finansieringsordninger, som formidles til og benyttes av pasienter, klienter, institusjoner og grupper med definerte behov (5). Legene har en nøkkelrolle i dette praktiske sosialmedisinske arbeid. Legenes sterke profesjonelle rolle og kunnskaper om pasientene og hjelpeordningene er en av forutsetningene for befolkningens tillit til velferdssamfunnet. De medisinske fakulteter har gjennom fagene sosialmedisin og trygdemedisin en forsknings- og utdanningsoppgave som er av vesentlig betydning for å beholde velferdssamfunnet (6).

Sosialmedisinsk kunnskap praktiseres av alle leger som har med pasienter å gjøre. I arbeid som bedriftslege, allmennlege, på poliklinikk, i akuttmottak og på sengepost møter man en rekke sosialmedisinske problemstillinger. Oppdatert kunnskap gjør legearbeidet mer effektivt og er en forutsetning for å oppfylle pasientens rettigheter.

Spesialiteten klinisk sosialmedisin gikk i 1986 inn i spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering. Fusjonen var ikke et tegn på at utførelsesoppgavene ble færre. Sykehusene har mer enn før behov for spesialisert, teamorganisert rehabilitering. Utenfor helseinstitusjonene er behovet for hjelp til utførelse og rehabilitering større enn tilbudet (7).

De raske og store endringer i arbeidslivet har medvirket til og aksentuert mange menneskers helseproblemer og funksjonsvansker. Arbeidslivets sosialmedisinske spørsmål melder seg i de fleste områder av klinisk virksomhet (5, 7). Samfunnsutviklingen har gått sterkt i retning av å legge vekt på den enkeltes rettigheter, mens individets ansvar overfor fellesskapet har fått mindre vekt. Stønadmottakerens ansvar og forpliktelser er blitt et tilbakevendende sosialpolitisk tema. Sandman-utvalgets nylig avgitte utredning om sykefravær og uførepensjonering behandler bl.a. muligheten for å pålegge den sykmeldte reduserte sykepengene de første 16 dagene – dette som et middel til å redusere sykefraværet (7). Faget sosialmedisin kan ikke ha som prinsipp at det ikke skal stilles krav til stønadmottakere. Utfordringen blir å avklare om foreslåtte virkemidler vil ha effekt, om særlig utsatte grupper rammes og om respekten for individet ivaretas.

Privatisering og konkurranseutsetting er sentrale temaer i debatten om velferdssamfunnet. Begrepene blir i enkelte sammenhenger fremstilt som ensbetydende med svekkede tilbud for særlig utsatte grupper. På dette området er det behov for mer analytisk kunnskap. Er en meget stor offentlig sektor i seg

selv en garanti for velferdssamfunnet? Private helsetilbud har på flere områder vist vei når det gjelder god kvalitet og pasientrettede holdninger. Økende byråkratisering og mange ikke-medisinske hensyn gjør noen ganger offentlige helsetilbud mindre effektive, også overfor særlig utsatte grupper. Faget sosialmedisin kan bidra til å se bak det programmatisk og interessegruppedominerte og øke våre kunnskaper om forholdet mellom private og offentlige ledd.

Pasientrettigheter er vokst frem som et nytt område innen sosialmedisin og flere andre disipliner (8). Dette gjelder lovfestede rettigheter til valg av lege og sykehus, informasjon, deltakelse i beslutninger og medisinsk kvalitet. Området berører alle kliniske fag. Et annet nær beslektet område er pasientens livskvalitet. Livskvalitet før og etter behandling kan fortelle om behandlingens effekt. Livskvalitet hos funksjonshemmede kan definere grunnlag for hjelpetiltak og bedre forståelse av individet.

I et helsevesen der et stigende antall overordnede taler om produksjon, er det viktig å holde fast ved individet som den sentrale enhet. Det særegne, atferdsmessig vanskelige eller flerorgansyke individ kan i verste fall som type oppfattes som ukurant og belastende nettopp der hjelpen er å få, i helsevesenet. Kvantitative betraktninger tegner ofte et annet bilde enn de kliniske inntrykk fra den store individuelle variasjon. Faget sosialmedisin kan i klinikk og forskning fremme det individuelle og den kvalitative innsikt.

LITTERATUR

1. Slagstad R. De nasjonale strategier. Oslo: Pax, 1998.
2. Evang K. Helse og samfunn. Oslo: Gyldendal, 1974.
3. Strøm A. Velferdssamfunn og helse. Et 60-årig tilbakeblikk. Oslo: Gyldendal, 1980.
4. Fugelli P, Haug K, Høyer G, Westin S. Sosialmedisin – på sporet av det tapte fag Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3057 – 61.
5. Hanoa R. Veileder i sosialmedisin og helseadministrasjon. 15. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
6. Noreik K, Stang G, red. Lærebok i sosialmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2000.
7. Sykefravær og uførepensjonering. Sandman-utvalget. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.
8. Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 2. januar 2026.