

Hattestativ eller verktøykasse?

Et innlegg i debatten om samfunnsmedisinens idegrunnlag.

AV KARIN STRAUME f.1951, cand.med 1977. Spesialist og veileder i allmennmedisin.
Skriver i denne forbindelse i egenskap av (akk, så langtrukken!) utdanningskandidat i samfunnsmedisin.

Som utdanningskandidat i samfunnsmedisin, strever jeg med å få tak på fagets kjerne og egenart. I allmennmedisinen fikk jeg være med på oppvåkningen av faglig selvbevissthet og paradigmeskiftet på 80-tallet. Til samfunnsmedisinen kom jeg da toget var gått. I hvert fall gav mange av entusiastene fra -84 inntrykk av at deres tog var gått. Noen hadde hoppet av, mens andre satt trofaste, men litt tafatte igjen på perrongen og ventet på at noen skulle fortelle dem når neste tog kommer.

I veiledningsgruppa vår blomstrer den anvendte samfunnsmedisinen, men selve idegrunnlaget er det vanskeligere å få tak på. Derfor kaster jeg meg begjærlig over artikler som annonserer at de har tenkt å si noe om dette. Med store forventninger leste jeg derfor Petter Øgars artikkel i Utposten nr.6/2001 om Samfunnsmedisinen - politiker eller fagperson? Artikkelen er så klok og forstandig, så besnærende analytisk og uangrikelig logisk. Hvorfor sitter jeg da igjen med en beklemmende følelse dypt i epigastriet?

Jeg tror det må være hattestativet. Hva slags fag er dette, hvis det viktigste redskapet er et hattestativ? Hvis den viktigste utfordringen er å holde orden på hvilke roller man til en hver tid bekler? I allmennmedisinen snakket vi mye om verktøykasse; at spesialistutdanningen skulle hjelpe oss å utvikle noen allmennmedisinske arbeidsteknikker vi kunne ha med oss i verktøykassa. Men hattestativ??

Samfunnsmedisinsk yrkesetikk

Det buttrer imot helt fra begynnelsen, fra selve verdigrunnlaget. Øgar skriver: «Sentrale elementer i en samfunnsmedisinsk yrkesetikk bør være:

- Faglig redelighet
- Åpenhet på hvor det faglig dokumenterte slutter, og det faglige skjønnnet begynner
- Høy faglig standard
- Faglig og politisk uavhengighet
- Valg av faglig innsats etter definerte prioriteringskriterier. Her trenger vi en betydelig bevisstgjøring, kanskje et samfunnsmedisinsk 'Lønning-utvalg'
- Overholdelse av de roller vi er tillagt av samfunnet.»

Alt dette er uangrikelige og viktige verdier, men er dette alt? Hvor blir det av verdier som ivaretar forståelsen for og forpliktelsen overfor det samfunn og den befolkning vi skal betjene? Og den tradisjonelle medisinske etikken: Har den ikke lenger noen relevans når vi forholder oss til befolkninger og ikke til enkeltindivider?

Et tanke-eksperiment: La oss forsøke å besvare de spørsmålene Øgar stiller om hvor lydige vi skal være mot forvaltningen, ved hjelp av de yrkesetiske elementene han har listet opp:

«I hvilke situasjoner er det riktig å gå ut mot og kritisere samfunnets lovlig fattede kjøreregler? I hvilke situasjoner er det riktig å gå offentlig ut mot de overordnede beslutninger, og i hvilke situasjoner er det riktig å bryte kjørereglene og utøve en form for sivil ulydighet?»

Jeg greier ikke å finne svar på dette verken ved faglig redelighet, høy faglig standard eller noen av de andre elementene som er listet opp ovenfor. Spørsmål av den typen krever en vektning av forskjellige verdier opp mot hverandre: Hvor må lojaliteten mot de politiske beslutningene som kommunestyret har fattet, vike for hensynet til de befolknings-grupper som blir påført uhelse av disse beslutningene? Hvor langt skal min lojalitet mot storsamfunnet strekkes, når dets markedsliberalisme knekker mitt lokalsamfunn?

Med en så «verdi-nøytral» yrkesetikk som den Øgar beskriver, blir det vanskelig å svare på disse spørsmålene. Han later til å forutsette at det går an å være verdinøytral og upåvirket av personlige opplevelser i sine faglige beslutninger. Våre verdier preger våre valg, men vi kan til en viss grad velge hvilke verdier som skal prege oss. En helt «ren» og «upolitisk» samfunnsmedisinsk profesjonsetikk, vil ikke kunne gi oss den nødvendige hjelp i vektningen av verdier opp mot hverandre. Å overlate denne vektningen til den enkelte utøvers private verdivalg, er en dårligere løsning enn å lage en litt mer verdiladet yrkesetikk. Som samfunnsmedisinere må vi ha lov til å bringe med oss elementer fra vår

medisinske profesjonsetikk også når vi utøver våre samfunnsmedisinske oppgaver.

Samfunnsmedisin – en medisinsk disiplin?

For samfunnsmedisinen er vel fortsatt en medisinsk disiplin? Jeg forstår at jeg ikke kan ta med meg min individrettede tankegang og alle mine kliniske arbeidsmetoder over til samfunnsmedisinen. Men jeg må da kunne ta med meg noen? Jeg forstår at jeg må lære meg en del nye arbeidsmetoder og sette meg inn i nye (politiske og forvaltningsmessige) måter å tenke på. Men kan jeg ikke ta med meg noe annet fra den øvrige medisinen enn et snevert, evidensbasert kunnskapstilfang? Ingen arbeidsmetoder, intet erfaringsgrunnlag, ingen verdier?

Når Øgar beskriver kjennetegnene ved den gode (samfunnsmedisinske?) skjønnsutøvelsen, gjenkjenner jeg gode prinsipper for juridisk og forvaltningsmessig skjønn. Men det kliniske skjønnet, det som vi er opplært i og har lang trening i, har det ingen plass? Jeg forstår at saksframlegg for kommunestyret må være best mulig faglig underbygget, og at impulsive handlinger har liten plass i forvaltningen og det politiske system. Men av og til må vi handle uten å ha alle kortene på bordet og uten tid til å kvalitetsvurdere alle premissene - også i samfunnsmedisinen. Vi ville bli ganske impotente i hastesaker i smittevern og miljørettet helsevern, hvis vi bare kunne utøve skjønn etter de kriteriene som Øgar lister opp.

Men medikaliseringen, da! Hvis vi tar med oss vår medisinske tankegang og arbeidsmetoder inn i det samfunnsmedisinske arbeidet, kan vi ikke da komme i skade for å medikalisere samfunnet? I et håp om å holde liv i den videre debatt, våger jeg meg fram på med en dristig påstand: Det er ikke vi medisinerere, men noen av dem som benytter seg av våre tjenester, som har vært de sterkeste drivkreftene i medikaliseringen: Det er trykdeverket som skal ha oss til å stemple folk som syke, fordi samfunnet har satt det som krav for en rekke ytelser. Det er forsikrings-selskaper og en rekke andre instanser som krever våre attester i hytt og pine. Det er legemiddelindustrien som skal ha oss til å behandle normale psykiske reaksjoner med medikamenter. Medikaliseringen er et framtrepende, men langt fra det eneste, eksempel på ekspertsystemenes betydning i det moderne samfunn. Tilsvarende fenomener finnes innenfor de fleste livs- og samfunnsområder; jussen, barneoppdragelsen o.s.v. Men medikaliseringen er liksom litt ekstra ekkel, for den er vår skyld.

Jeg har hatt stor glede av en del sosiologiske tanker og teorier i mitt kliniske arbeid (men ingen har hittil beskyldt meg for å «sosiologisere» mine pasienter av den grunn). På

samme måte må vi kunne ta med oss medisinsk tankegang og tilnæringsmåter inn på samfunns-fagenes banehalvdel. Nettopp dette er noe av det spennende ved samfunnsmedisinen; her møtes mange forskjellige fag og ulike typer kompetanse. Hvis vi hadde våget å la disse flyte fritt i en herlig blanding (jam session?) og ikke være så «rene» og ta av og på oss hatter hele tiden; skal tro hva som kunne kommet ut av det?

Et positivistisk kunnskapssyn?

Jeg leser som en understrøm i artikkelen at det finnes én sann og gyldig kunnskap og ett riktig svar hele tiden. Det gjelder bare å finne fram til det. Kunnskapen skal være evidensbasert og kvalitetsvurdert. Fra allmenn-medisinen er jeg vant til at bare én form for kunnskap lar seg beskrive på denne måten, den som kalles «påstandskunnskap». De to andre kunnskapsformene «ferdighetskunnskap» (de faglige ferdigheter vi tilegner oss med årene) og «fortrolighetskunnskap» (all den «tause» kunnskapen vi har fordi vi er fortrolige med det feltet og de menneskene vi arbeider med), er like viktige i vårt daglige arbeid.

Men hvor blir det av den tause kunnskapen i samfunnsmedisinen? All den oppsamlede erfaringskunnskapen om det lokalsamfunnet og den befolkningen vi arbeider med, kjennskapet til de politiske irrgangene i kommunen og spillereglene i det politiske systemet, det kliniske blikket for rådmannens dagsform og hvilke medarbeidere som samarbeider dårlig. Er ikke denne kunnskapen gyldig i samfunnsmedisinen? Er det bare den kunnskapen som er frambragt ved randomisert og kontrollerte forsøk og med en akseptabel p-verdi, som kan brukes?

En som står meg nær, opplevde dette som en eksistensiell krise i faget for noen år siden. Hans lille kommune ble offer for konjunktorene. Arbeidsledigheten skjød i været, sjarkene måtte selges og folk måtte forlate gård og grunn. Og de ble syke. Hva hadde faget å hjelpe ham med? «Få dem til å slutte å røyke, legge om kostholdet og slutte med kokekaffen, så vil sykkeligheten gå ned, det har vi godt dokumentert kunnskap om». Men ingen kunne fortelle ham hvordan du får mennesker som har mistet håpet om morgendagen, til å slutte å røyke og legge om kosten. Og faget hadde ingen veiledning å gi ham i hvordan han kunne utnytte sin dyptgående kunnskap om dette samfunnet og menneskene der, til deres livsverdier, håp og lengsler. Og ingen kunne henviser ham til noen evidensbasert kunnskap om hvordan man takler kollektiv fortvilelse.

Som medisinerere har vi mye naturvitenskaplig kunnskap, men vi vet også mye om lidelse. Vi vet noe om hvordan folk lider og hvorfor de lider. Kan denne lidelsen brukes til å

forbedre samfunnet? Som klinikere har vi ofte nok med å lindre lidelsen hos den ene, men som samfunnsmedisinere kan vi kanskje bruke summen av all lidelsen som en drivkraft til å forandre samfunnet? Våre forgjengere gjorde det. Virchow hevdet at politikk ikke er annet enn medisin i stor målestokk, og var med på å legge grunnlaget for den storstilte forebyggende innsatsen som bl.a. vår Sundhedslov var uttrykk for. Nå er de gamle infeksjonssykdommene nedkjempet og koblingen mellom medisin og politikk er ikke stueren lenger. Men lidelsen, den er der.

Konklusjon

Jeg vil selvfølgelig ikke at samfunnsmedisinen skal bli et «synse»-fag der hver enkelt kan ri sine personlige

kjeppehester under faglighetens fane. Men den må heller ikke bli så ryddig at den ikke kan brukes som annet enn et arkivsystem. Den må ha et solid faglig fundament, som bygger på faktakunnskaper fra mange forskjellige fagområder, ferdigheter og den enkelte samfunnsmedisiners fortløphets-kunnskap om sitt lokalsamfunn og sin befolkning. Og den må bygge på en yrkesetikk som forener det beste fra den medisinske etikken med god forvaltnings-skikk o.s.v. Kan jeg få sette hattesatativet på loftet og være meg – helt barhodet? Og kan noen hjelpe meg å fylle verktøy-skrinet med gode medisinske, samfunnsfaglige, juridiske og-hva-det-måtte-være redskaper, så jeg kan være med å forandre mitt lille samfunn til beste for de menneskene som bor her?

LEDIGE STIPENDIER

Allmennpraktikerstipend 2. halvår 2002.

Med midler fra Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger, utlyser Instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag i Oslo, Institutt for samfunnsmedisinske fag i Trondheim og Bergen og Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø 18 stipendmåneder for 2. halvår 2002. Det kan søkes om stipend for 1 til 6 måneder for allmennpraktikere som ønsker å gjennomføre et forskningsprosjekt og eller medvirke til et undervisningsopplegg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin. De oppgaver en ønsker å søke stipend for å gjennomføre, må ha en klar tilknytning til problemer innen primærhelsetjenesten. Kvinner oppfordres spesielt til å søke. Stipendiatene forventes å være tilknyttet ett av de nevnte instituttene i deler av stipendperioden. Hvis kvoten ikke fylles av søkere som arbeider i primærhelsetjenesten, kan også andre leger eller annet helsepersonell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten komme i betraktning. Vi minner om at forskning i allmennmedisin kan telle i etterutdanningen, jfr. spesialistreglene. Stipendiater vil bli invitert til å framføre sin prosjekt på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke/Nidaroskongressen. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendmidler etter innstilling fra de respektive institutter. Det er utarbeidet et søknadsskjema og veiledning for aktuelle søkere som kan fås ved henvendelse til Allmennmedisinsk forskningsutvalg, Institutt for allmennmedisin, Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo, tlf.22850655, fax 22850650 eller de allmenn-/samfunnsmedisinske instituttene. Søknader med kortfattede prosjektbeskrivelser sendes samme adresse innen 15. mars 2002. Søknader som er poststemplet etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning. Web-adresse: <http://www.uib.no/isf/nsam/afu>

NSAM – Allmennmedisinsk forskningråd

lyser ut fem stipendmåneder for 2. halvår 2002 til forskning om Fastlegeordningen. Midlene er stilt til disposisjon for stipender til småskalaforskning om fastlegeordningen.

Søknadsfristen er 15. mars -02. Hvert enkelt stipend blir på maksimalt 3 måneders varighet. Det vil bli halvårslige tildelinger av til sammen 30 stipendmåneder à kr 23 000 med kr 3000 i driftsmidler per måned. Søknadsskjema kan hentes på NSAM/AFUs hjemmeside: <http://www.uib.no/isf/nsam/afu/>

NFR peker på noen forskningstema som vil være av spesiell interesse:

- Legedekning
- Legevakt
- By-land perspektivet
- Tilgjengelighet på dagtid
- Akuttgjelfunksjon på dagtid
- Henvisninger og samarbeid med 2. linjetjenesten
- Samarbeid med andre kommunale helsearbeidere
- Forholdene for kronikergrupper
- Endringer av kontaktmønster for ulike grupper

Andre forskningstema kan være aktuelle, men NFR ved evalueringssgruppa vil ha et overordnet ansvar for at prioriterte forskningsemner blir belyst.

Tildeling av ALLMENNPRAKTIKER-STIPEND for 1. halvår 2002

Oslo

Arne Westgaard fikk tildelt 1 måned for sitt prosjekt «www.legevakten.no – Legevaktmedisin på internett»

Tarig T.M.Salah fikk tildelt 1 måned for sitt prosjekt «Tuberkulose og HIV-infeksjon»

Lars B Rasmussen fikk tildelt 3 måneder for sitt prosjekt «En test av metode til utprøving av et ayurvedisk (indisk medisin) produkts effekt på moderat forhøyet kolesterol.»

Björg Hjerkin fikk tildelt 3 måneder for sitt prosjekt «Oversikt over brukere av Forsterket Helsestasjon»

Bergen

Anne Ruud fikk tildelt 4 måneder for sitt prosjekt «Motorikk hos gutter med AD/HD»

Tromsø

Tor Anvik fikk tildelt 3 måneder for sitt prosjekt «Kanskje er det pasienten som har rett?»

NSAM