

Samtale om samfunnsmedisin

Med utgangspunkt i en samtale og senere en nettsamtale – bringer Utposten disse betraktningene om samfunnsmedisinen til torgs.

Bakgrunnen for dette er at Hans Ånstad hadde en samtale med Ole Berg, referatet ble sendt til Even Flåtten og Frank Andersen på e-post, og videre til undertegnede med flere (deriblant Ernst Horgen) fra Marit Rognerud (leder i fagutvalget i OLL). Tilbake kom det med kommentarer til Ola Jøsendal (leder i OLL) fra Ernst Horgen. Min tanke var at dette er en sentral samtale om veien videre for den samfunnsmedisinske spesialiteten. Først følger altså Hans Ånstad (tidl. avdelingsdirektør i Helsedepartementet) sin innledning, så hans referat fra samtalen med Ole Berg (leder for Senter for helseadministrasjon) og til slutt en kommentar på dette fra Ernst Horgen (kommunelege i Fedje).

Frode Forland

I forbindelse med budsjettbehandlingen høsten 2001 gjorde Stortinget et såkalt romertallsvedtak der det ble bedt om at Regjeringen foretar «– en gjennomgang av situasjonen for de samfunnsmedisinske fagområdene, både hva angår fagutviklingen og rekrutteringen til disse, og legge fram saken for Stortinget på egnet måte.»

Regjeringens «verktøy» i denne sammenheng er Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, som ble opprettet etter stortingsbehandlingen av St. meld. nr. 24 (1996–97) Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Sekretariatet for Rådet, Avdeling for personell i Sosial- og helsedirektoratet, har engasjert meg for å jobbe med den gjennomgangen som Stortinget har etterlyst. Dette arbeidet gjøres i nær kontakt med kommunelege Frank Andersen i Søgne, som samarbeider med en gruppe oppnevnt av Oll.

Som et ledd i arbeidet med denne saken hadde jeg en samtale med Ole Berg – den 24.06.02. Jeg har satt på papiret litt av det jeg fikk ut av denne samtalen, til bruk for sekretariatet. Dette er ikke et referat i den forstand at Ole Berg hefter for utsagn han er tillagt. (Han er dog orientert om at dette publiseres).

Redaksjonen i Utposten har bedt om å få trykke denne oppsummeringen fordi Ole Berg peker på en rekke forhold som redaksjonen mener bør ha interesse for leserne. Hans Ånstad

Om spesialitet i samfunnsmedisin

Ole Berg understreket sterkt behovet for en spesialitet i samfunnsmedisin, et behov som har blitt betydelig forsterket i og med det som har skjedd av reformer i det siste. Han var naturlig nok spesielt opptatt av sykehusreformen, og understreket behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse i helseforetakene:

- Nødvendig fordi ledelsen i foretakene må ha kompetente råd fra leger som har gjennomgått en systematisk utdanning som særlig vektlegger *medisinsk ledelse*.
- Disse rådene må baseres på *informasjon* om både samfunnet i foretakets omgivelser, om helseproblemer i nedslagsfeltet, og om hvordan helseforetakets tjenester virker.
- Rådene må bidra som grunnlag for *planlegging* og *beslutninger* når det gjelder helseforetakets tjenester, bl. a. dimensjonering og samordning med kommunenes helse-tjenester.
- Planlegging må også omfatte *budsjettarbeid* og dermed behov for kunnskap innenfor helseøkonomi.
- *Driften* av helseforetakene vil også kreve samfunnsmedisinsk ekspertise, igjen med vekt på medisinsk ledelse.

Om den «gamle» spesialiteten

Ole Berg hadde ikke mye til overs for det som han kalte «den gamle spesialiteten». Den er en lapskaus av en rekke fag som dels er overtatt av andre yrkesgrupper, og dels ikke lenger er i den grad relevante som de en gang var. Kort sagt, dette er den døde hesten.

Han utdypet dette spesielt i forhold til miljømedisinen som et eksempel på at andre har overtatt, og gjør jobben godt nok. Likevel var han nok litt inne på at dersom man inklu-

derer sosiale miljøfaktorer i miljømedisinen, så er det likevel mye ugjort, og da i relasjon til mentale lidelser.

I denne sammenheng nevnte han at skolehelsetjenesten i sin «gamle» utforming ikke lenger fyller et behov og at det derfor er gode grunner til å se nærmere på hva det faglige innholdet bør være. Her understreket han at behovene i skolen er klart til stede, men disse behovene må ta utgangspunkt i at dagens problemer både i skolen, i arbeidslivet og i samfunnet forøvrig, har karakter av å være knyttet til relasjoner mellom mennesker. Mobbing er jo det typiske eksemplet.

Om innholdet i en «ny» spesialitet

Han vektlegger meget sterkt behovet for kunnskap om ledelse i en ny spesialitet, så sterkt at han vel går inn for at innehavere av spesialiteten bør kalles «*spesialist i medisinsk ledelse*». Dette var vel noe man måtte vente, siden tiltaket han så fortjenstfullt har dratt igang er kalt «Senter for helseadministrasjon».

I begrepet ledelse inkluderer han nok kunnskaper om *kommunikasjon* – spesialisten må kunne selge et budskap. Han understreket at etter hans oppfatning, etter å ha besøkt diverse skoler i public health i andre land, er det nå en klar trend i retning av å vektlegge nettopp ledelse i disse fagmiljøene.

Om begrepet samfunnsmedisin

Han understreket sterkt at vi må legge mye arbeid i å klarlegge begrepet, hva er samfunnsmedisin?

Som nevnt mener han for sin del at spesialiteten må vektlegge ledelse så sterkt at det bør overveies å kalle denne spesialiteten *medisinsk ledelse*. Han var likevel enig i at denne betegnelsen kan skape vansker i forhold til andre yrkesgrupper og politikerne.

Han var nok likevel inne på at «samfunnsmedisin» kan brukes, men med et revidert innhold. Dette nye innholdet må ikke få for mye karakter av det gamle, distriktslegen er definitivt historie.

Om utdanningen

Han var nok mest opptatt av at det nye innholdet i samfunnsmedisinen må leger tilegne seg ved *kurs*, jfr. kurset til Senteret. Sekretariatet har vektlagt mester/svenn-prinsippet. Jeg er ikke helt sikker på hva han tror om dette og et opplegg basert på utdanningsstillinger. Det er mulig han helst foretrekker en form for påbyggingsspesialitet.

Han var helt klar på at leger som tar sikte på en eventuell spesialitet i samfunnsmedisin i ny versjon må ha en meget solid klinisk bakgrunn, de må være *leger*. Som kjent mener Ole Berg at leger som går stadig lenger i retning av gren- og

kvist-spesialisering blir teknikere, kanskje roboter, og at de derfor mister den oversikten over pasientens problemer som kreves av *virkelige* leger, som allmennpraktikere og generelle indremedisinere. Disse egentlige legene blir mer og mer sjeldne, i hvert fall i sykehus, samtidig som de trengs mer og mer jo mer medisinen blir spesialisert.

Om kunnskapshåndtering og evidence-based medicine

Det er klart at både ledelse og kommunikasjon av et budskap krever i utgangspunktet at man har et medisinsk faglig utgangspunkt. Dette vektlegger han sterkt, og han bruker uttrykket «meta-medisin» om den sammenstillingen av kunnskap som medisinsk ledelse krever som utgangspunkt, en parallell til uttrykket meta-analyser når det gjelder sammenstilling av forskningsresultater.

Han understreker at spesialisten i samfunnsmedisin ikke behøver å ha allverdens spesialkunnskap (særlig ikke i miljømedisin!!), *men kunnskaper i retning av å kunne hente inn kunnskap, analysere denne kunnskapen, og omsette den i konkrete tiltak*.

Evidence-based kunnskap er OK, men det er likevel nødvendig å være litt «rund» på dette punktet. (Jeg husker ikke akkurat uttrykket Ole brukte, men noe sånt.) Særlig gjelder nok dette innenfor samfunnsmedisinsk kunnskap og praksis.

Om behovet for spesialister i samfunnsmedisin – forholdet til det nye studiet i helseadministrasjon

Han forklarte hvordan han ser på forholdet mellom medisinske ledere og kandidatene fra det nye studiet.

Hovedpoenget er at medisinske ledere, eller spesialistene i medisinsk ledelse, etter hans syn må være leger og ha solid klinisk erfaring som nevnt ovenfor, og dette må suppleres bl. a. med kunnskaper om helseøkonomi.

De nye kandidatene må ha en hovedkjerne av kunnskaper innen økonomi og visse avgrensede kunnskaper innen medisin, omtrent på grunnfagsnivå, jfr. studiet i Tromsø.

Ellers understreket han sterkt at det kommer til å bli et betydelig behov for begge typer ledere i helsetjenesten i framtida, jfr. at han mener at behovet for samfunnsmedisinere i hans tydning av begrepet er stigende.

Om behovet for en solid klinisk bakgrunn

Som går fram av «referatet» så langt, mener han at medisinske ledere er nødt til å ha en solid klinisk erfaring, før de starter utdanningen innen medisinsk ledelse. Å ha sett et sykehus fra innsiden er nødvendig dersom man skal bli tatt på alvor, f. eks. som fylkeslege.

Kommentar fra Ernst Horgen

Som ga denne tilbakemeldingen da Utposten spurte om å få trykke hans tanker om saken:

Med jevne mellomrom så ryddes mailen, og dette er en av de som ble slettet. Har man brent for noe, så skal man ikke brenne for lenge. Jeg begynner etter hvert å bli en «gammel mann», har ingen tunge karriereplaner, og har jeg skrevet noe andre syntes var bra, så kan det fritt brukes. Min karriere er å ville være medisiner /lege, og det skal mye galt gjøres for at det fratas meg.

Har du mailen min, så bruk den med min underskrift.
Lykke til.

Og her følger den:

1. Ole Bergs refererte synspunkter er ikke nye og styrker en del tidligere vurderinger fra Oll slik jeg fritt kan tolke dette:
 - Vår yrkesforening burde hete «Forening for samfunnsmedisin, arbeidsmedisin og ledelse»
 - Spesialiteten burde hete «Spesialist i samfunnsmedisin og ledelse»
 - Distriktslegen «døde» i 1984 og helserådsordføreren «døde» i 1988.
- 2) Ole Berg synes, hvis han er riktig referert, noe «biased» utifra eget ståsted:
 - Han har sterk tro på kurs som utdanningssystem, motivator og kompetansehever. Jeg er mer i tvil. Få studier har vist at dette er riktig.
 - Han omtaler lite «kompatibiliteten» av Berg-kursene. En bør vurdere vektall med grunnfag som minimum.
 - Han synes lite orientert om at «Sunnhetsloven» i realiteten er styrket og styrkes der kommunelegen får en stadig mer sentral rolle som medisinsk faglig rådgiver, som smittevernlege og som beredskapsansvarlig.
 - Han synes lite orientert om at Public Health-studiet i utlandet ikke er tilpasset norsk oppgavefordeling i kommunesektoren der norske kommuner siden 1984

har fått et vell av nye oppgaver innen sosial, helse, miljø, og at dette skal utvikles videre sammen med omstrukturering av kommunene. I de fleste andre land i Europa har kommunene helt andre oppgaver / lite oppgaver.

- Det glemmes også at mange distriktsleger i hovedsak drev kurativ virksomhet og at helserådsarbeidet i snitt ble beregnet til 3 timer pr.uke.
- 3) Den gamle definisjonen av samfunnsmedisin er ikke dum i forhold til ledelsesperspektivet:
- Grupperettet medisin
 - Skal være legearbeid (=medisin)
 - Skal vurdere problem i forhold til samfunn og individ
 - Skal vurdere tiltak og helsetjenester i forhold til grupper
 - Skal vurdere fordeling av ressurser i forhold til grupper
 - Skal vurdere årsak og forekomst i forhold til grupper (epidemiologi)
- 4) Grunnvollen bør være klinisk kompetanse,- man skal være lege. Dette er helt i tråd med den gamle kombi-dokteren. Man skulle ha en fot i virkeligheten også.

Dette stemmer med ankepunktene om at man under utdanning til spesialiteten ikke nødvendigvis skal være i den typen stilling man skal kvalifisere seg til. Enhver overlege burde således være i en posisjon med mulighet til å ta omtalte spesialitet uten at dette relateres til om man har lederoppgaver et definert antall timer. Dette støtter synspunktene fra Oll og Finnmark. Min personlige konklusjon er at samfunnsmedisin er mer enn det Ole Berg står for.

Min konklusjon er at dette bør både være en selvstendig spesialitet og en påbygningsspesialitet.

Vennlige hilsener
fra en fotballgal – som dessverre måtte rykke ut under første omgang
(hvordan får små barn sveiseglo på øyet!!).

Ernst Horgen

UTPOSTEN

*blad for allmenn- og
s  mfunnsmedisin*

Sj  bergvn. 32 – 2050 Jessheim
Tlf. 63 97 32 22 – Fax 63 97 16 25 - E-mail: rmrtove@online.no

Unn deg et eget eksemplar av UTPOSTEN
Det koster kr. 375,- pr   r!

Jeg   nsker    abonnere p   UTPOSTEN:

Navn

Adresse

Poststed

