

Helserådet 10 år: – Jubileumskonferansen og tanker hos en av deltakerne

AV ARNE VASSBOTN

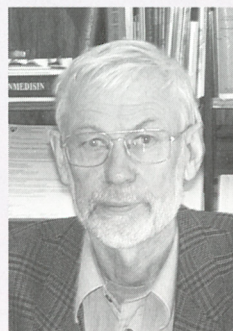
Å arbeide som samfunnsmedisiner i små og mellomstore kommuner kan gi følelse av ensomhet og faglig isolasjon. Om ikke en ørkenvandring så i alle fall vandring i et landskap som noen ganger oppleves som tørt. Konferansen i forbindelse med Helserådets 10-års jubileum 15. januar, berørte sentrale samfunnsmedisinske tema og gav meg en følelse av å komme til et vannhull.

Et slikt møte gjør det naturlig å se bakover, vurdere dagens tilstand og etter evne tenke fremover.

Hans Ånstad kommenterte Stortingsmedling nr 16 om folkehelsepolitikken. Han trakk frem samfunnsmedisinernes faglige isolasjon og viste til den feilen sentrale myndigheter gjorde i tiden etter 1984. Da overtok kommunene ansvaret for det som tidligere hadde vært distriktslegenes og statslegenes oppgaver. Staten forutsatte at Kommunenes Sentralforbud skulle overta jobben med å gi faglig veiledning til kommunelegene. KS hadde selv sagt ikke noe apparat som var i stand til å ivareta slike oppgaver og fikk det heller aldri. Det er lett å være enig med Hans Ånstad i at noe av samfunnsmedisinens svekkede posisjon og sviktende rekruttering i kommune-Norge må tilskrives dette.

Et hovedproblem har vært at deler av den fagkunnskap man som samfunnsmedisiner har behov for å skaffe seg ikke er lett tilgjengelig. Allmennmedisinere kan abonnere på 2–3 anerkjente tidsskrifter og få en følelse å være rimelig godt oppdatert. Samfunnsmedisinere har ikke den muligheten. For den enkelte nytilsatte samfunnsmedisiner kan dette gjøre de enkleste saker svært utfordrende.

Når det gjelder utviklingen av samfunnsmedisinen generelt, og miljørettet helsevern spesielt, kan betydningen av det arbeidet Anders Smith har gjort ved å utgi Helserådet



Arne Vassbotn

Medisinstudium i Groningen, Nederland. Ferdig 1967. Ellers arbeidet som allmennpraktiker, samfunnsmedisiner og helseadministrator i Sortland i ca 35 år. Kommunelege 1 Sortland. Spesialist og veileder i allmennmedisin og samfunnsmedisin, også interesserert veiledning og undervisning av turnusleger og medisinstudenter.

vanskelig verdsettes høyt nok. Publikasjonen har kontinuerlig medvirket til opplysning og inspirasjon for samfunnsmedisinere over hele landet.

Bruken av elektronisk mail har nå gitt en gjennomgripende endring av kontaktmulighetene våre. Både når det gjelder allmennmedisin og samfunnsmedisin har vi sett at diskusjonsgruppen «Eyr» holder på å bli vår viktigste informasjonskanal når det gjelder hjelp til løsning av alskens småproblemer. Vi ser at også store prinsipielle problem egner seg godt for denne typen drøfting og avklaring.

Elektronisk lagring av medisinske data av mange slag skjer i økende grad i sentrale baser. Et eksempel er «GRUK». Utredninger, planer og liknende som enkelte samfunnsmedisinere har lagt mye arbeid i kan nå ligge på nettet som mal og til inspirasjon for andre.

Ute i kommunehelsetjenesten er faglig ensomhet stadig den største utfordringen for samfunnsmedisinen. Det er viktig å ha god kontakt med næringsmiddeltilsyn, teknisk etat, kulturkontor og alle øvrige kommunale, fylkeskommunale og

statlige etater, men et samfunnsmedisinsk nettverk med andre leger er avgjørende for god kvalitet på arbeidet.

Vesterålen er et rimelig godt avgrenset område med ca 32 000 innbyggere lengst nord og vest i Nordland. Vi har fem kommuner med like mange samfunnsmedisinere som alle også er fastleger. Vi har i mange år hatt et kommunelege I-forum som har kommet sammen ca en gang pr. måned for å arbeide med saker av felles interesse.

Kommunelege I-forum i Vesterålen har i det siste har vært opptatt av å bedre samhandlingen mellom 1. og 2. linje tjenesten. Vi arbeider for å få best mulige tilbud til befolkningen og for å få større aksept for vår rolle som premissleverandører. Vi har også forsøkt å påvirke sentrale myndigheter gjennom møter med helseminister og administrative myndigheter i hans nærhet. Forumet har også vært pådriver og tilrettelegger når det gjelder å ta i bruk nye former for informasjonsteknologi. Spesielt har vi sammen med Nord Norsk Helsenett arbeidet for å få ei sterk utvikling når det gjelder å ta i bruk IT-løsninger både i sykehus og i primærhelsetjeneste og spesielt mellom tjenestene.

Et slikt regionalt samfunnsmedisinsk nettverk er også vanlig i andre deler av landet, for eksempel i Kristiansand der samfunnsmedisinske oppgaver er oppdelt på flere leger. Fastlegeordningen og forskjellen i avlønning mellom leger i privat drift og på fast lønn, har sikkert vært av betydning for deling av oppgaver mellom flere leger. I den senere tid er jeg imidlertid ikke sikker på at dette er hele forklaringen. Det er mulig at «kombinasjonsdokteren» ikke er den utdøende rase vi alle tok for gitt for noen år siden.

I mindre og mellomstore kommuner må kommunelegen ta ansvar for rekruttering av nye leger og stabilisering av de leger en alt har rekruttert. Veiledning av studenter, turnusleger og spesialistkandidater blir en viktig del av oppgavene til kommunelege I og då er det viktig å ha i alle fall et par tær i klinisk praksis. Klinisk og samfunnsmedisinsk kunnskap kan i slike sammenhenger berike hverandre.

En av oppgavene for en kommunal samfunnsmedisiner er å være medisinsk faglig rådgiver. Jeg oppfatter dette som en av samfunnsmedisinerens mest givende oppgaver. Jeg har reint administrativt ansvar bare for leger, fysioterapeuter, jordmor og helsesøstre, men rollen som medisinsk faglig rådgiver gir meg mulighet til å påvirke hele helsetjenesten og hele kommunen. En omsorgstjeneste uten medisinsk faglig innspill gir for eksempel neppe de gode løsningene.

Ennå er mange av de tidligere distrikts- og statslegene i funksjon som samfunnsmedisinere. Overgangen fra statlig

til kommunal stilling var for mange sterkt uønsket. På veien fram til dagens situasjon har vi mistet helserådsordførerrfunksjonen og det såkalte medisinsk faglige ansvar. Mange samfunnsmedisinere synes fortsatt å lengte tilbake til mer formell makt og myndighet og synes at det er et tap at vi ikke lenger er medisinsk faglig ansvarlig.

Anders Smith kom i et av sine innlegg inn på forskjeller mellom norske samfunnsmedisinere. Slik jeg oppfattet det beskrev han to typer: en som så tungt og mørkt på situasjonen og syntes de var fratatt det meste av sine virkemidler, og en optimistisk samfunnsmedisiner som synes det meste er bra ute i kommunene og i landet.

Jeg ønsker å regne meg med blant de optimistiske samfunnsmedisinere som har glede av jobben sin. Jeg savner ikke tiden som helserådsordfører med dobbelstemme. Den eneste begrensning jeg opplever ligger i egen mangel på kraft og oppfinnsomhet.

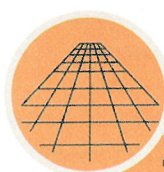
De viktigste egenskapene en samfunnsmedisiner bør ha er evne til å se at han er omgitt av flinke medarbeidere i både egen tjeneste, og i samarbeid med andre etater. Jeg ønsker at jeg skal evne å se at politikerne gjør så godt de kan ut fra sine forutsetninger som politikere. Jeg ønsker å leve i fred med at de noen ganger overprøver mine forslag og at de også av og til overprøver meg for så å komme med løsninger som er bedre enn de jeg tilrådte.

I forsøk på å inspirere allmennmedisinere har jeg noen ganger sitert Sir William Osler som skal ha sagt:

«Have no higher ambition than to become an all-round family doctor, whose business in life is to know how to treat it.»

Jeg tilføyer fra meg selv følgende utsagn rettet til dagens samfunnsmedisinere:

«Ha ingen høyere ambisjoner enn å være en god medisinsk faglig rådgiver som kan gi råd på en slik måte at de blir fulgt.»



1993–2003

HELSE RÅDET