

Har samfunnsmedisinen en fremtid? – En mail-diskusjon

Utposten har arrangert en mail-diskusjon mellom tre samfunnsmedisinere:

- Nåværende leder av spesialistforeningen for leger i samfunnsmedisinsk arbeid, LSA, **Ola Jøsendal**, nå med hovedstilling som leder av koordinerings-enheten ved Bergensklinikken for rusmiddelavhengige og rådgiver for Radøy kommune en dag i uken.
- Tidligere leder av samme forening, **Arne Johannesen**, nå lege i utdanningsstilling ved psykiatrisk avdeling ved sykehuset i Telemark HF.
- Medredaktør i Utposten **Ola Nordviste**, tidligere kommunelege I i Nord-Aurdal, nå i utdanningsstilling i psykiatri ved Ullevål Universitetssykehus

UTPOSTEN / OLA N:

Spesialiteten i samfunnsmedisinen er en ung skapning. Den ble «født» på Legeforeningens landsmøte i Loen 1983. I juni 2004 er det oppunder 600 spesialister i samfunnsmedisin. Medlemstallet i LSA, (som inntil mai i år het Offentlige legers landsforening, Oll) har falt med 18 prosent fra 1994 til 2003, da det var 768 medlemmer. Rekrutteringen til spesialiteten var 30–40 leger pr år på slutten av åtti-tallet. Nå er rekrutteringen tørket helt inn.

Målsetningen for samfunnsmedisin er vakkert formulert, og alle – fra WHO til Norge – er enig i det: «*Vitenskapen om og aktiv deltagelse i samfunnets organiserte anstrengelser for å forebygge sykdom, forlenge liv og fremme livskvalitet og bedre helse.*» Men om dette flotte faget dør i dag – hvem bryr seg? Mange av samfunnsmedisinens støtter og medspillere har forlatt faget de siste årene. Ikke få har søkt seg til psykiatriske stillinger slik som oss tre. Er det behov for oss samfunnsmedisinere lenger?

OLA J:

Det er et skrikende behov for samfunnsmedisinsk kompetanse, og jeg ser samfunnsmedisinske oppgaver som løses på et lavt kompetansenivå med sørgelige resultater. I løpet av de neste ti til femten år vil det oppstå stadig større gap mellom befolkningens uttalte behov for helsetjenester, og samfunnets mulighet til å understøtte behovene. Samtidig har vi innført et lovverk der individets rettigheter til helsetjenester er meget sterke. I en slik situasjon er samfunnet fullstendig avhengig av at det finnes personer med stor

integritet og kompetanse innen flere brede kunnskapsområder. De viktigste er medisin, helserett og helseøkonomi. Fordelingen av knappe helseressurser kan bare bli alminnelig akseptert dersom den blir foretatt av en aktør som både har den nødvendige kompetanse, integritet og ansvar. Denne aktøren er en samfunnsmedisiner.

UTPOSTEN / OLA N:

Bra, Ola J: Gi oss noen konkrete eksempler på hvor «det er skrikende behov for samfunnsmedisinsk kompetanse».

OLA J:

Det er behov for slik kompetanse på alle nivå i helsetjenesten. Kjernen i behovet vil være det raskt økende krav til dokumentasjon av kvalitet i fordelingen av ressurser på alle nivå. I et samfunn der behovet for helsetjenester øker langt raskere enn tilbudet, vil det bli et stadig sterkere fokus på prosessene som ligger bak fordelingsmekanismene. Altså hvorfor får én pasient tilbud om en ytelse, mens en annen pasient ikke får tilbud om den samme ytelsen.

Vi kan bruke som eksempel kommunale helsetjenester, kanskje spesielt planleggingen og driften av pleie- og omsorgstjenester. Forutsetningen for god planlegging av slike tjenester er at det eksisterer god innsikt i medisin, i epidemiologi, i befolkningsstatistikk. Videre må man ha meget god innsikt i hva som er status for den enkelte som søker slike tjenester, for å kunne holde de ulike søkerne på sin rettmessige plass i prioriteringskøen. Etter mitt skjønn er dette et umulig prosjekt uten samfunnsmedisinsk innsikt. Det foregår flere spennende utredninger om samfunnsmedisinens plass i helse-Norge for tiden. Et eksempel er rapporten som er under utforming i Sosial- og helsedirektoratet i disse dager der hovedforfatteren er professor i samfunnsmedisin, Magne Nylenna,

UTPOSTEN / OLA N:

Og hva tenker du på, Ola J, når du sier at du ser «samfunnsmedisinske oppgaver som løses på lavt kompetansenivå med sørgelige resultater».

OLA J:

Her kan vi gå rett til topps i vårt nasjonale samfunnsmedisinske hierarki, til Stortinget. Det er et faktum at helseregion Øst forfordes i vesentlig grad med ressurser til helse-



ARNE JOHANNESSEN



OLA NORDVISTE



OLA JØSENDAL

tjenesten. Selv om både helsepersonell og økonomer peker på at innbyggere i en bestemt del av landet får vesentlig bedre helsetjenester enn andre deler av landet, og at dette strider mot nasjonale målsettinger om tilbudslighet, blir skjevhetene ikke rettet opp. Tvert imot blir dette opprettholdt av et statlig byråkrati i samme helseregion, støttet av en meget rik og sterk hovedstadskommune.

UTPOSTEN / OLA N:

Du viser til Nylenna-rapporten, Ola J. Det er en grei rapport, men hvor er de nye synsvinkler og oppgaver som skal revitalisere faget? Jeg ser bare tre halvnye – og halvviktige – foreslåtte tiltak, nemlig

- a) Flere hel- og halvdagsstillinger.
- b) Samfunnsmedisnere inn i helseforetakene.
- c) Nye møteplasser og nettverk.

Er dette tilstrekkelig til å illustrere fagets viktighet og til å stimulere begeistring og rekruttering?

OLA J:

Etter mitt skjønn er den viktigste delen av Nylenna-rapporten den åpne invitasjonen til å endre radikalt på utdanningen av spesialister i samfunnsmedisin. Inngangen til å bli samfunnsmedisiner er meget trang og lite tiltalende i sin nåværende form. Utdanningen av samfunnsmedisineren må bli et festmåltid i det beste av menyen våre universiteter kan tilby!

UTPOSTEN / OLA N:

Men i mellomtiden flykter samfunnsmedisinerne fra faget sitt. Hvorfor er det slik, og har dere selv gått av banen, forresten?

ARNE J:

Her er nok svarene mange, men for mitt vedkommende handlet det om et nødvendig jobbskifte etter at jeg fant det umulig å fortsette i min posisjon som fylkeslege etter en utarmende omorganiseringsprosess i regional statlig forvaltning. Veien tilbake til min kommunale samfunnsmedisinske stilling var blokkert av innsparingskrav i kommunen. Psykiatrien framstod da som et interessant alternativ, der psykiatrireformen krever et betydelig fokus på samhandling og sosialpsykiatri for å lykkes. Det er en arena som jeg med min samfunnsmedisinske bakgrunn kjenner igjen og trives i. Forøvrig tror jeg nok at nedprioritering av sam-

funnsmedisin fra forvaltningens og politikernes side og omstillingsproblemer i våre egne samfunnsmedisinske hoder bidrar til at samfunnsmedisinen ikke er i støtet for tida.

OLA J:

Min stilling er nå en hovedstilling som klinikkssjef for inntak og koordinering av alle pasienter til rushelsetjenesten i Hordaland (til sammen fem klinikker). Dette er en tilnærmet ren samfunnsmedisinsk stilling, men heldigvis med fast og viktig pasient-kontakt. Tilbudet om denne stillingen kom i en tid da jeg så meg om etter en mulighet for å få ett års sideutdanning, for å bli spesialist i samfunnsmedisin. Til nyttår er jeg dermed et meget viktig steg nærmere spesialist-status. Jeg har altså vært så utrolig heldig å få konsentrere meg om samfunnsmedisinske oppgaver i primærhelsetjenesten i seks år, og nå går jeg løs på samfunnsmedisinske oppgaver i spesialisthelsetjenesten de nærmeste årene.

UTPOSTEN / OLA N:

Kan dere komme med noen synspunkter på den store flukten fra samfunnsmedisinske stillinger generelt også?

OLA J

Jeg tror dessverre at svarene står skrevet med stor og bred skrift:

- uklare stillinger med lite tydelig ansvar og myndighet,
- ikke konkurransedyktig lønn relatert til overleger på sykehus og fastleger,
- manglende faglig nettverk.

UTPOSTEN / OLA N:

Fagflukt. Utredninger på utredninger. Fallende faginteresse. Minkende etterspørsel. Er samfunnsmedisinen død?

ARNE J:

Samfunnsmedisinen er selvfølgelig ikke død, men jeg tror det norske samfunnsmedisinske miljøet er i villrede. Hverken norsk helseforvaltning eller helsepolitikk er synlig interessert i samfunnsmedisinen. Blårussen har overtatt forvalteransvaret, ansvaret for helsen er lagt på individet og fellesskapsløsninger blir oppfattet som en 'rød fare' i de toneangivende politiske miljøer. Det kan være vanskelig å se samfunnsmedisinsens plass i dagens privatiserte løsninger.

OLA J:

Jeg støtter Arne fullt ut i hans betraktninger her, med et par nyanseringer. Norsk helsepolitikk er i høyeste grad interessert i samfunnsmedisin. Utredningene som skal høres i år er bestilt direkte fra Stortinget, og det er alminnelig bekymring over den manglende rekrutteringen til faget. I tillegg er det meget sterke samfunnsmedisinske krefter som drar internt i helseforetakene. I Helse Midt-Norge er det for eksempel rekruttert inn tre samfunnsmedisinere i den aller øverste ledelsen.

UTPOSTEN / OLA N:

Så er det kanskje fortsatt liv i 21-åringen fra Loen, men vi er enige om at spesialiteten må fornyes. Hvilke hovedutfordringer ser dere videre i denne prosessen?

ARNE J:

Jeg tror hovedutfordringene ligger dels i egne hoder, dels i politiske endringsprosesser. Det siste kan vi gjøre lite med, men våre egne hoder kan vi legge i bløt. Vi gjorde et forsøk på å starte en generalplanprosess i min tid som leder i OLL, men dette strandet fort på grunn av manglende evne til å se framover. Klarer vi å ta et oppgjør med vår nære fortid og endre noe på fokus, akseptere behov for større slagkraftige faglige enheter og tenke alliansebygging til andre aktører i det samfunnsmedisinske feltet, har medisinere fortsatt en plass i folkehelsearbeidet. Vi må med andre ord bort fra vår megalomane fortid (der vi visste alt og skulle gjøre alt) og over til å bidra med vår kunnskap i et bredere faglig miljø.

OLA J:

Samfunnsmedisinske hovedutfordringer er:

- å bidra til at utdanningen blir modernisert og attraktiv,
- å bidra til at det etableres faglige nettverk både virtuelt og personlig,
- å bidra til at samfunnsmedisinsk kompetanse blir synlig og ettertraktet.

UTPOSTEN / OLA N:

Og hvilke løsninger ser dere på disse utfordringene?

ARNE J:

Jeg synes vi er kommet i gang. Miljømedisinen tvinges inn i større enheter med tverrfaglig kompetanse. Interkommunale samfunnsmedisinske stillinger bidrar til at vi kan konsentrere oss om vårt eget fag. Jeg tror vi må erkjenne at kombilegen ikke er framtida for samfunnsmedisinen. Dette må føre til endringer i spesialistutdanningen. Jeg er ennå av den oppfatning at spesialiteten må rekruttere fra mange kliniske spesialistområder, f.eks. psykiatrien. Den kunne ha stått seg på å bli en påbygningsspesialitet med utgangspunkt i mange kliniske fagmiljøer, og den må styrkes med henblikk på helseadministrasjon, forvaltningskompetanse og helseøkonomi. Og så må den ha fokus på folkehelse og bygge allianser med befolkningen og andre fagmiljøer. Men, som sagt, jeg tror vi er på veg, og vi må vise omstillingsevne, om vi skal ha livets rett. Men enhver omstilling vil kjennes smertefull, spesielt for en så fersk spesialitet som vår, der grunnleggerne og veiviserne fortsatt er aktive i sitt fag.

OLA J:

Arne svarer klokt og innsiktsfullt også her. Dette, sammen med de tre strekpunktene mine under forrige spørsmål, er gode forslag til løsninger. Det er også et håp at opprettelsen av en spesialforening for samfunnsmedisin, et mer presist navn på yrkesforeningen (Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, LSA) sammen med en forhåpentligvis god opprydding i Legeforeningens organisasjon, kan bidra til at mange flere samfunnsmedisinere evner og vil jobbe sammen. Det er kanskje den mest grunnleggende kulturendringen som må oppstå blant de rundt 800 legene som er organisert i LSA. Som enslige aktører blir det for spinkelt. Sammen kan vi få til nesten hva det skal være!

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ola Nordviste. Kontakt ham på nord-ola@frisurf.no

lav terskel og høyt under taket
UTPOSTEN