

Tradisjonelt har samfunnsmedisineren ivaretatt rollen som folkehelsekoordinator. Å overlate denne oppgaven til andre yrkesgrupper er delvis mulig, men neppe klokt.

Leve samfunnsmedisineren!

Rekrutteringen til spesialiteten samfunnsmedisin er svært dårlig. Verken nyutdannede leger eller kommunene synes å verdsette denne spesialiteten i særlig grad. Parallelt med fremlegging av *Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken*, hvor det kommunale engasjementet skal være sentralt, arbeider *Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling* med omlegging av spesialistreglene for spesialiteten samfunnsmedisin. Omleggingen kan gjøre det enda vanskeligere å rekruttere samfunnsmedisinere til kommunene. De foreslåtte endringene rimer nok med regjeringens forslag om å marginalisere samfunnsmedisinerne i det kommunale folkehelsearbeidet, men strategien er neppe klok dersom man ønsker et sterkt kommunalt og kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

I perioden 1985 til 1998 ble det i gjennomsnitt godkjent 30 spesialister i samfunnsmedisin per år i Norge. Fra 1999 til 2002 ble bare 4,5 spesialister godkjent per år i snitt. At bare 30 % av landets 483 spesialister i samfunnsmedisin er ansatt i stillinger der de utøver spesialiteten, viser at rekrutteringssvikten er meget alvorlig. Diagnosen synes klar, men det er til dels sterk uenighet om hvilken medisin som bør forordnes (1).

I motsetning til andre spesialiteter omfatter ikke samfunnsmedisin en tydelig avgrenset del av medisinen. Feltet favner svært bredt og grensene er til dels utydelige. De primære oppgavene som samfunnsmedisinerne i kommunene skal ivareta, er derimot antakelig klarere beskrevet enn for noen annen legeggruppe. I motsetning til allmennlegene har samfunnsmedisinerne savnet en annenlinjetjeneste som skal bidra når egen kompetanse ikke strekker til. Kombinasjonen av «faglig ensomhet» og begrenset interesse fra kommunenes side for å legge lønns- og arbeidsvilkår til rette har samlet gjort de samfunnsmedisinske oppgavene lite attraktive.

Det er gledelig at regjeringen presiserer at folkehelsearbeidet må forankres tydelig og forpliktende i kommunene og at det lokale ledd vil være det viktigste i den nasjonale folkehelsekjeden. Imidlertid er det grunn til stor skepsis når regjeringen legger opp til at tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgaver skal kunne utøves av andre yrkesgrupper. Ikke fordi andre yrkesgrupper ikke kan bidra vesentlig i folkehelsearbeidet, det har vi sett ikke minst innen miljørettet helsevern, men det er grunn til å frykte at flere kommuner vil se en mulighet til å slippe å anstrenge seg for å rekruttere leger til samfunnsmedisinske stillinger. Færre leger i samfunnsmedisinske stillinger vil ikke bare føre til at enkelte oppgaver, som for eksempel smittevern, blir lidende. Når folkehelsearbeidet ikke lenger skal være knyttet til helsetjenesten, vil man bli enda mer avhengig av den faglige tyngden som samfunnsmedisinerne representerer dersom folkehelseperspektivet skal ha en plass i kommunal planlegging. Tradisjonelt har samfunnsmedisineren ivaretatt rollen som folkehelsekoordinator. Å overlate denne oppgaven til andre yrkesgrupper er delvis mulig, men neppe klokt.

Forslaget til endring av spesialistreglene for samfunnsmedisin som nå skal ut til høring, innebærer et obligatorisk krav om 1–1,5 års tjeneste i statlig forvaltning og økning av utdanningstiden fra fem til seks år. Dette vil klart innebære en høyere terskel for å oppnå spesialiteten. Det er lite som tyder på at statlig tjeneste, selv om den kan gi høyere kompetanse, vil ha vesentlig innflytelse på hvordan kommunene vurderer behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse.

For leger i statlig forvaltning burde det derimot være mulig å oppnå spesialiteten samfunnsmedisin uten å måtte gå veien om kurativ allmennmedisin. Når en viktig del av arbeidet skal være veiledning og støtte overfor den samfunnsmedisinske førstelinjen, bør imidlertid krav om tjeneste i kommunal samfunnsmedisinsk stilling opprettholdes.

«Kombilegen» vil fortsatt være ryggraden i det lokale samfunnsmedisinske arbeidet. Den brede erfaring og kompetanse som disse legene representerer, kan helt sikkert utnyttes bedre i folkehelsearbeidet, for eksempel ved rådgivning i planarbeid i ulike sektorer i kommunen. Det er å håpe at folkehelsemeldingen og oppfølgingen av denne vil styrke den kommunale oppmerksomheten mot folkehelseperspektivet. Men det hjelper lite med økt interesse for folkehelsearbeid dersom kompetansen ikke er tilgjengelig.

Dersom spesialiteten samfunnsmedisin skal bevares, må det bli mer attraktivt å være samfunnsmedisiner og det må ikke bli vanskeligere å oppnå spesialiteten. Å gjøre jobben spennende og attraktiv er kommunenes oppgave, men staten må legge forholdene til rette og iallfall ikke legge ut snubletråder. Faglig styrking av spesialistutdanningen må være mulig å oppnå uten at man innfører en slags gruppe II-tjeneste. I Finnmark har man de siste årene klart å skape entusiasme og engasjement blant leger i samfunnsmedisinske stillinger gjennom et eget gruppebasert utdanningsprogram i regi av fylkeslegen (2). Kombinasjonen av lokalt forankret spesialistutdanning, ildsjeler og velvilje i kommunene har vist at det nytter å rekruttere nye leger til samfunnsmedisinske oppgaver.

Litteratur

1. Andersen EJ. Samfunnsmedisinen i et samfunn i endring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2673.
2. Fylkeslegen i Finnmark. Medisinalmelding for 2001 og 2002.



Hans M. Bakke

Hans Kristian Bakke

hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president