

Bred kunnskap om helsetjenesten kombinert med medisinsk/klinisk erfaring vil være nødvendig om spesialister i samfunnsmedisin skal bli sterkere etterspurt

Samfunnsmedisin – fortsatt liv laga!

Rekruttering til samfunnsmedisin som fag og til samfunnsmedisinske legestillinger har falt dramatisk de siste årene (1). Fagmiljøet med Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) i spissen, Sosial- og helsedirektoratet og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) har lagt ned mye arbeid i å vurdere tiltak for spesialiteten. Nylig forelå to utredninger om samfunnsmedisinens fremtid i Norge (2, 3).

De to rapportene har litt forskjellige utgangspunkt, men synes å ha en felles grunnleggende forutsetning, nemlig at folkehelsearbeidet generelt og helsetjenesten i særdeleshet har stor nytte av leger med interesse for og innsikt i samfunnsforhold. De inneholder begge en rekke gode forslag til nødvendig fornyelse av samfunnsmedisinen i Norge. Legeforeningen støtter de to rapportenes drøfting av grunnlaget for samfunnsmedisinen som medisinsk fagområde, og deler også oppfatningen om faktagrunnlaget som tilsier behov for fornyelse av samfunnsmedisin som medisinsk spesialitet.

Mens samfunnsmedisin som fag og spesialitet i stor grad har hatt sin base på det kommunale plan, har kommunene selv over tid i avtakende grad etterspurt denne kompetansen. Mens det er sannsynlig at dette er en av grunnene til rekrutteringssvikten til faget, harmonerer det dårlig med regjeringens velbegrunnede ønske i folkehelsemeldingen (4) om hovedsakelig å forankre folkehelsearbeidet på det kommunale plan. Når så regjeringen samtidig tar til orde for at tradisjonelle samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene skal kunne utøves av andre yrkesgrupper, er det helt naturlig at samfunnsmedisinerne ser seg om etter nye arenaer for utøvelse av sitt fag.

Fra Legeforeningens side har vi støttet mange av de foreslåtte tiltak for å skape en bredere inngang til spesialiteten samfunnsmedisin, og ønsket om å utvide arenaene hvor faget kan utøves. Det er grunn til å tro at samfunnsmedisinerne ved dette kan bli etterspurt i andre deler av helsetjenesten, enn der de tradisjonelt har utøvet sitt virke. Inntil så skjer, må man imidlertid i hovedsak basere seg på at rekruttering til spesialiteten vil skje gjennom kommunehelsetjenesten.

Legeforeningen deler samtidig rapportenes beskrivelse av behovet for kompetanseoppbygging på tre nivåer. Like klart er det at noe må gjøres når det er slik at et flertall av spesialistene i samfunnsmedisin ikke arbeider i samfunnsmedisinske stillinger, og et flertall av leger i samfunnsmedisinske stillinger ikke er spesialister i faget (1). Etter 1998 er det i snitt godkjent kun fem nye spesialister per år. Derfor trengs den nyorientering som disse to rapportene legger opp til.

I tillegg til at alle leger bør ha basiskunnskap i samfunnsmedisin og at noen leger må ha en spesialkompetanse i samfunnsmedisinske emner, er det fortsatt behov for leger med spesialistkompetanse for visse stillinger. Spesialiteten samfunnsmedisin må derfor opprettholdes som hovedspesialitet. For enkelte av de kommunale oppgaver kan det være tilfredsstillende med tilleggskompetanse/spesialkompetanse i samfunnsmedisin, men for de fleste samfunnsmedisinske kommunale oppgaver er det fortsatt behov for leger med spesialitet i samfunnsmedisin.

I en fremtidsrettet samfunnsmedisin må leger som arbeider på alle helsetjenestenivå med samfunnsmedisinske oppgaver, kunne gis anledning til å oppnå samfunnsmedisinsk spesialistkompetanse. Det bør være mulig å definere en viss felles kompetanse innen de ulike kjerneområdene for samfunnsmedisinen, samtidig som leger må gis stor grad av fleksibilitet med hensyn til å tilegne seg tilstrekkelig kompetanse innenfor de ulike kjerneområdene. Spesialistreglene må således konstrueres slik at de gir stor grad av fleksibilitet.

Samtidig må det være et minimum av klinisk tjeneste som del av spesialiseringen. På mange av de områdene vi argumenterer for at samfunnsmedisinerne kan være til stor nytte – tidvis helt nødvendige – vil det også finnes personell med annen, men høyst relevant utdanningsbakgrunn. Det som imidlertid gjør samfunnsmedisinerne spesielle, er ikke kunnskapen om samfunnet – den er det mange som besitter, men at denne kunnskapen kombineres med deres medisinske, og i stor grad kliniske, bakgrunn. Et annet viktig element er deres kunnskap om store deler av helsetjenesten. Denne kombinasjonen vil nok først bli verdifull når behovet for den medisinske kunnskapen erkjennes klart hos den som etterspør kompetansen.

Det vil også være nødvendig å sikre ressurser til forskning og fagutvikling i samfunnsmedisin. Det må skapes et fundament og en solid fagutvikling. De samfunnsmedisinske miljøene, sammen med Legeforeningens faglige organer i samfunnsmedisin, bør samarbeide om en strategi for samfunnsmedisinsk forskning og fagutvikling. Som på andre fagområder, må denne utviklingen sikres tilstrekkelig uavhengighet fra industrien og myndighetene.

De to foreliggende rapportene danner et godt grunnlag for det videre arbeid med utvikling av samfunnsmedisinen i Norge. Legeforeningen har også under organisasjonsmessig behandling et forslag til endrede spesialistregler, og dette vil kunne fremmes overfor NR etter landsstyremøtet i mai 2005. Den største utfordringen ligger likevel neppe i det å endre spesialistreglene, men snarere å «selge» den kompetansen som samfunnsmedisinerne representerer.

Litteratur

1. Bakke HK. Leve samfunnsmedisineren! Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2487.
2. Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin? Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
3. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Utredning nr. 3 fra NR. Oslo: Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, 2003.
4. St. meld. nr. 16 (2002–03). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president