



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via
www.manusnett.no

Alle leger bør ha samfunnsmedisinsk basiskompetanse

Samfunnsmedisinens fremtidige innhold, stilling og status i Norge er under utredning og debatt. Vi støtter forslagene om et utvidet samfunnsmedisinbegrep i samsvar med dagens behov og en mer fleksibel formalisering av samfunnsmedisinsk kompetanse. Fagfolk skal ikke frata politikerne ansvar, men sikre dem et best mulig beslutningsgrunnlag. Det haster med vitalisering og synliggjøring av dette viktige legearbeidet. Ledelse og koordinering av endringsprosessen er nødvendig, og samfunnsmedisinsk forskning må styrkes betydelig for å gi faget større anerkjennelse og legitimitet. Alle leger bør ha en samfunnsmedisinsk basiskompetanse, og interessen for å tilegne seg slik kunnskap må vekkes allerede i studietiden.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Fagfeltets tilstand og spesialitetens fremtid er drøftet i to kronikker i Tidsskriftet (1, 2). Kjernen i samfunnsmedisinen er grupperettet legearbeid for å kartlegge sammenhengen mellom samfunn og helse og for å iverksette helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (3). Få betviler samfunnets behov for adekvat medisinsk «diagnostikk og rådgiving» utover det individrettede arbeid, men spesialitetens prestisje er lav og det utdannes knapt nye spesialister. Som en oppfølging av Stortingets behandling av Folkehelsemeldingen (4), drøftes i rapporten *Samfunn + medisin = samfunnsmedisin* ulike tiltak og veier til fornyelse (3).

Ett hovedsynspunkt, som vi støtter, er at den samfunnsmedisinske kompetansen bør

oppgraderes i hele det medisinske apparat. Undervisningen i samfunnsmedisin i grunnutdanning og i videreutdanning i de fleste medisinske spesialiteter må derfor legges om og fornyes, slik at interessen for dette spennende arbeidet vekkes tidlig i studietiden. Inngangsporten til faget må gjøres bredere. Det er nødvendig med større harmonisering av krav til samfunnsmedisinsk kompetanse i forhold til samfunnets behov på ulike nivåer. En modulbasert og gradert kompetanseoppbygging, mer i samsvar med undervisningsoppleggene i andre land, burde kunne gjøre faget mer attraktivt.

Målet om større reell og formell kompetanse hos bredere legegrupper vil kunne heve fagfeltets prestisje og rekrutteringen av leger. Samfunnsmedisinen kan bidra med en bredere helhetstenkning enn det de øvrige legespesialiteter representerer, eksempelvis ved konsekvensanalyser av samfunnets planlagte tiltak (3). Men enda viktigere er bidragene til aktive tiltak til beste for folkehelsen på flere samfunnsnivåer (3). Nå går befolkningen glipp av helsegevinster som egentlig er innen rekkevidde. Derfor må helsefremmende og forebyggende arbeid også tilhøre fremtidens samfunnsmedisinske kjerneområder, ikke bare fortidens, som det kan se ut som ut fra rapportens tabellariske oversikt (3).

De regionale helseforetakene forbruker store samfunnsressurser. Her forutsettes samfunnsmedisinsk kompetanse innbakt i prioriteringer, tiltak og vurderinger. Men klarere departementale styringssignaler, et perspektivskifte hos ledelsen og reell samfunnsmedisinsk kompetanse hos mange av beslutningstakere vil være nødvendig for å få dette til. De rystende hendelser i Sørøst-Asia har minnet oss om vår sårbarhet i forhold til uføttelige naturkrefter. Nye trusselbilder har dukket opp de siste årene. Også virksomhet knyttet til beredskapsplaner og katastrofehåndtering er samfunnsmedisinsk arbeid som i dag utøves i nært samarbeid mellom mange spesialiteter.

Hvilke virkemidler er viktigst?

Også samfunnsmedisinen må kunne dokumentere sin verdi og nytte, men forskningsmessig støtte til anvendt samfunnsmedisin har i dag beskjedent omfang og er vanskelig tilgjengelig (3). Når effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak skal vurderes, er det ofte nødvendig å benytte andre forsknings- og evalueringsmetoder enn dem som vanligvis brukes i medisinen (5). Det forutsettes ofte samarbeid med ikke-medisinske fagdisipliner og aktiv bruk av deres teorigrunnlag. Finansieringskildene har i liten grad bedømt denne typen samarbeidskonstellasjoner. Men kanskje er det en bredere forståelse for nødvendigheten av å evaluere mange typer tiltak som mangler mest?

Implementeringen av dagens kunnskapsbaserte medisin til virkelighetens verden bør optimaliseres og evalueres. Forskningsresultaters gyldighet utenfor forskningsverdenen (ekstern validitet) og deres relevans for befolkningens helse, er mindre i søkelyset enn funnenes signifikans med p-verdier og konfidensintervaller (intern validitet). Dette gjelder ikke minst klinisk medisin. Å utarbeide kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer er i alle fall ikke nok til at best behandling når de mange (6). Verre er det at prioriteringen av forskningsområder i hovedsak synes styrt av medisinsk tradisjon, etablerte samarbeidsrelasjoner og aktuelle finansieringskilder. Hvordan kan man sikre at viktige, men komplekse forskningsspørsmål blir prioritert og finansiert i fremtiden?

Selv om konteksten, «virkeligheten», varierer mellom ulike land og lokalsamfunn, er vi uenig i den devaluerende vurdering av anvendt samfunnsmedisinsk forskning som finnes i rapporten *Samfunn + medisin = samfunnsmedisin* (3). Det er en stor utfordring å forebygge psykiske lidelser og begrense følgene av slike lidelser, ikke minst hos barn og unge voksne. Over nesten hele verden er man opptatt av effektive samfunnsmessige tiltak for å begrense fedme-, inaktivitets- og

diabetesepidemien (7). Medikamenter er ikke nok. Den behandlende helsetjenesten har allerede og vil sannsynligvis få enda større kapasitetsproblemer i fremtiden. Det er sannsynlig at effektive strategier og tiltak for å demme opp for slike utfordringer, vil ha viktige metodologiske felles trekk uansett kontekst og problemstilling. Betydningen av aktiv medvirkning og flernivåintervensjoner synes å være noen slike (5). Det er i tverrfaglig og internasjonalt samarbeid mulighetene ligger. Men lokalsamfunn og små forskningsmiljøer kan også bidra til kunnskapsutviklingen. Vi fornemmer ikke bare passivitet, men også en reell fare for ansvarsfraskrivelse i kjølvannet av fokuset på kunnskapsbasert medisin, som i sitt vesen er tilbakeskuende og ikke innovativ. Skal vi virkelig vente på at forskere i andre land utvikler det meste av fremtidens beslutningsgrunnlag for samfunnsbaserte strategier overfor store helseutfordringer?

Ikke bare politikerne, men også mange aktører i dagens helsevesen kan sette viktige problemstillinger på dagsordenen. Løsningene ligger imidlertid ikke alltid i dagen, men må skapes gjennom prosesser der mer enn en medisinsk spesialitet deltar. Man må også vite litt om hvordan faglige innspill kan nå frem til politiske beslutningstakere. Det er langt på vei dette samfunnsmedisinen bør handle om i fremtiden. Samfunnsmedisinsk kunnskap styrker forutsetningene for viktige bidrag til folkehelsen enn isolerte, om enn velmente, utspill om mer eller mindre vesentlige forskningsnyheter.

Vi står nå ved et viktig veiskille uten klar skilting mot målet om styrket kompetanse i samfunnsmedisin. Derfor vil vi svare et rungende «Ja!» på rapportens spørsmål om Sosial- og helsedirektoratet nå bør påta seg rollen som koordinerende og styrende instans i norsk samfunnsmedisin (2, 3). Men mange flere må på banen for å skape reell kursendring. Selv den gledelige økning av forskningsmidler i helseforetakene vil sannsynligvis forsterke den relative ressursmangel til forskning i primærhelsetjenesten, mellom nivåene i helsetjenesten og til annen tiltaksforskning.

Romsås fra versting til pioner

Bydel Romsås i Oslo (fra 1.1. 2004 en del av Grorud bydel) har med sin høye dødelighet, lave sosioøkonomiske status og offentlige underinvestering i infrastruktur som skoler og møteplasser, lenge tilhørt «verstingene» i offentlig helse- og levekårsstatistikk (8, 9). Befolkningen opplevde gjennom 1980- og 1990-årene en mye mer negativ medieomtale enn fortjent, fordi bydelen en rekke ganger ble brukt for å illustrere generell elendighet. Bydelens positive kvaliteter, med en beliggenhet

omtrent som Holmenkollåsen, god barnehagedekning og sykehjemsdekning, mye lokalpatriotisme og trivsel, var aldri interessante. Nå er Romsås trukket frem som pionerbydel i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid (4). «Vi har rettet ryggen,» sa tidligere bydelsutvalgsleder etter NRK-Puls 4.10. 2004. Både der og i Aftenpostens aftennummer fikk MoRo-prosjektet (Mosjon på Romsås) og bydelen positiv omtale høsten 2004. Boligprisene i Oslo øker nå mest i Romsås «fordi bydelen langt på vei er kvitt sitt dårlige rykte», slik det stod i aftennummeret.

Hva har skjedd? Resultatene er fruktene av manges innsats, ikke minst et langvarig strategisk arbeid fra både bydelsutvalg og bydelsadministrasjon. Mange mål i den ambisiøse strategiske planen for 2000–03 er nådd. Alle skolene, nærsenteret, flere barnehager og borettslag er totalrehabilitert. Livsstilen er blitt sunnere (egne, upubliserte data). Vi mener å ha belegg for å hevde at systematisk tverrfaglig folkehelsearbeid har levert viktige bidrag til prosessen (10, 11). Den forrige helseministerens resept for folkehelsearbeidet (4) ble tatt i bruk lenge før han foreskrev den. Samarbeidet med bydelens innbyggere har vært inspirerende og konstruktivt. Vi har funnet frem til viktige faglige samarbeidspartnere, både innenfor helseforetak og i spesialiserte nasjonale kompetansesmiljøer, til felles glede og nytte.

Kommunehelsetjenesteloven gir kommunen (i dette tilfellet bydelen) og dens helsetjeneste et ansvar for å holde oversikt over faktorer som påvirker befolkningens helse og for å foreslå tiltak. Men fordi mange virkemidler ligger på andre nivåer enn det lokale, har det vært forstømmende hvor lenge mange har forholdt seg passive til de store sosiale helseforskjellene (12). Antall faglige publikasjoner på feltet har ligget meget lavt sammenliknet med publiseringsomfanget i våre naboland (13). Først i 2003 ble det et eksplisitt mål å redusere urettferdige og unødvendige sosiale helseforskjeller i Norge (4). Nå øker forskningsinnsatsen litt, men mest innen deskriptiv epidemiologi.

Utfordringene er altså mange, store og konkrete. Det haster mest å avgjøre hvilken instans som skal ta et lederansvar for en koordinert, strategisk, langsiktig og virkningsfull innsats for å styrke samfunnsmedisinen. Ansvar for tiltaksforskning har så langt falt mellom alle stoler. Et større felles samfunnsmedisinsk kunnskapsgrunnlag vil på lengre sikt kunne lette kommunikasjonen innen helsevesenet og mellom de ulike nivåene. Sammen kan vi bygge ned gamle og unødvendige motsetningsforhold mellom helsetjenestens nivåer, spesialiteter

og profesjoner. Med Stortingets støtte kan vi stake ut en ny kurs for å bedre folkehelsen.

Anne Karen Jenum

anne.karen.jenum@fhi.no
Folkehelseinstituttet
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo

Ann Kristin Ødegaard

Bydel Grorud

Litteratur

1. Øgar P. Er samfunnsmedisinen liv laga? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 3083–5.
2. Nylenna M, Larsen B-I. Samfunnsmedisin – fag for historikere eller leger? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 24: 3217–9.
3. Nylenna M. Samfunn + medisin = samfunnsmedisin. En rapport om samfunnsmedisinen muligheter og problemer i Norge. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
4. St.meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
5. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G et al. Intervention mapping. New York: McGraw-Hill Higher Education, 2000.
6. Flottorp S, Havelsrud K, Oxman AD. Process evaluation of a cluster randomized trial of tailored interventions to implement guidelines in primary care – why is it so hard to change practice? Fam Pract 2003; 20: 333–9.
7. Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ et al. Community-based lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes. Diabetes Care 2003; 26: 2643–52.
8. St.meld. nr. 14 (1994–1995). Om levekår og boforhold i storbyene.
9. Styrings- og informasjonssystemet for helse- og sosialtjenesten i kommunene. Sammenlignings-tall for kommunene. Hefte I-0892. Oslo: Sosialdepartementet, 1997.
10. Myklestand I. Forebygging av uønskede tenåringsvangerskap. Implementering og evaluering av en skoleintervensjon i Oslo. 2. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2003.
11. Jenum AK, Lorentzen C, On behalf of the MoRo-study group. Promoting physical activity in a multi-ethnic district – methods and baseline results of a pseudo-experimental intervention study. Eur J Cardiovascular Prev Rehab 2003; 10: 387–96.
12. Jenum AK, Stensvold I, Thelle DS. Differences in cardiovascular disease mortality and major risk factors between districts in Oslo. An ecological analysis. Int J Epidemiol 2001; 30 (suppl 1): 59–65.
13. Dahl E. Health inequalities and health policy: The Norwegian case. Norsk Epidemiologi 2002; 12: 69–75.