

Utfordringene i samfunnsmedisinen

Peter F. Hjort

I mange år har jeg følt at medisinen har delt seg i to verdener. Den ene er spesialistenes verden – sykdommenes, vitenskapens, forskningens og teknologiens verden. Her har vi opplevd ufattelige fremskritt, og stikkordet har hele tiden vært mer spesialisering. Fagene deles opp, og det kommer stadig nye tidsskrifter for mindre og mindre områder. Den gamle generelle indremedisinen er en saga blott, Medisinsk Selskap er utkonkurrert av spesialforeningene, og grensespecialistene er ledende i faget. Den andre medisinske verden er det allmenne – menneskene, samfunnet og politikken. Den er opptatt av helheten, fremtiden, målene og midlene. Den kan ikke rose seg av de store fremskrittene. Mange eldre føler nok omtrent som dette hjertesukket: «It has been a lot of progress, but unfortunately in the wrong direction».

De fleste legene lever sitt liv i spesialistenes verden, og de har sine spesialtidsskrift. I mange år var jeg en ivrig leser av disse tidsskriftene, f.eks. «Blood». Men gradvis forskjøv mine interesser seg mot den allmenne verden, og jeg opplevde et fellesskap med distriktslegene. Da Utposten kom, ble den en kilde til informasjon og refleksjon, og jeg har lest den fra første nummer. Den har betydd meget for meg, fordi den hele tiden har gitt meg kunnskaper og tanker om det allmenne i medisinen – både i allmennmedisinen, samfunnsmedisinen og helsetjenesteforskningen.

Redaktøren har bedt meg om å

se bakover ved dette jubileet, men jeg har alltid likt å leve livet forlengs. Derfor har jeg forsøkt å tenke over utfordringene i samfunnsmedisinen. De er mange og store, og de blir stadig viktigere – noen av dem er på vei til å bli desperat viktige. Min vane tro, har jeg ordnet dem i punkter, og det er blitt ti:

1. De svake gruppene i samfunnet (2/3-samfunnet). Det har lenge gått mot større forskjeller i de industrialiserte land, også i vårt land. Det er grundig dokumentert at de svake sosiale gruppene (les: klassene) har dårligere helse, større dødelighet og mer funksjonshemming. Forskjellene i helse mellom Oslo øst og vest er et alvorlig eksempel. Samfunnsmedisinen må ha oversikt og legge frem dokumentasjon, både generell og i de enkelte kommunene. Det er spesielt viktig å følge utviklingstrendene.

2. Primærhelsetjenesten er preget av økende liberalisering. Jeg tror ikke det gagnar det langsiktige ansvar for den enkelte pasient – jfr. drømmen om KOPF og fastlegeprinsippet. Heller ikke gagnar det samkjøring og samarbeid mellom legene i den enkelte kommune, og det gagnar ikke det samfunnsmedisinske arbeid. Jeg tror heller ikke det gagnar samarbeidet med sykehusene og det forebyggende og helsefremmende arbeid. Utfordringen er å finne frem til samarbeidsformer som kan ivareta alle disse hensynene, som de fleste ganske sikkert mener er viktige.

3. Eldreomsorgen. Jeg tror at legene rett og slett er på vei ut av eldreomsorgen, dels melder de seg ut selv, og dels blir de utmeldt av

kommunene og av sykepleierne. Eldreomsorgen, enten det er i hjemmesykepleien eller i sykehjemmene, er tungt og krevende arbeid, har lav prestisje og ofte dårlig økonomisk avkastning. Jeg opplever det som en katastrofe hvis legene forsvinner, for det betyr at det medisinske grunnlaget – diagnosene – blir borte. Alt blir bare plassering og omsorg. I Sverige snakker en nå åpent om «avmedikalisering av eldreomsorgen». Personlig gruer jeg meg til å bli avmedikalisert, og derfor håper jeg at samfunnsmedisinen kan kreve en medisinsk plan for eldreomsorgen i kommunene.

4. Skolehelsetjenesten er dramatisk svekket i mange kommuner. Samtidig er det et økende behov for legene i det en kan kalle «skoleteamet». Mange elever har problemer, ikke så mye med den kroppslige helsen, men med å klare seg og med å legge grunnlaget for livet sitt. Legene må engasjere seg i dette arbeidet, og de må se den nære tilknytningen til den første utfordringen. Skolene opplever at mange foreldre hverken har «foreldrekompetanse» eller tid til å engasjere seg i barnas utvikling. Det er behov for legens engasjement og rådgivning.

5. Helsestasjonene blir stadig viktigere. Helsesøster finner de svake familiene og ser både behovene og prognosene. Meget forebyggende arbeid kan starte her (og i barnehagene), og legene kan bidra til og støtte dette arbeidet. Det har en politisk dimensjon, fordi en må finne midler og metoder til støttende tiltak. Kommunelegene har en viktig rolle å spille her. Det gir

en fortvilet følelse av avmakt når en erkjenner en uheldig utvikling hos et barn og ikke kan gjøre noe med den. Kanskje kan samfunnsmedisinen bidra både med kunnskaper, tiltak og evaluering av tiltak.

6. Hjerter- og karsykdommene har gått tilbake her i landet, takket være forebyggende tiltak. Men jeg ser alvorlige bekymringer:

- Røykearbeidet går ikke godt nok. Statistikken viser at Norge ligger dårligere an enn mange andre land.
- Ernæringen har gått bra, men jeg er bekymret over matkulturen i mange familier og hos mange unge. Mange barn kommer på skolen uten frokost, og mange unge bruker for mye «fast food» og tomme kalorier.
- Fysisk inaktivitet øker, og norske menn har gått klart opp i vekt.
- Jeg tror at behandlingen av både høyt blodtrykk og høyt kolesterol i for høy grad er medikalisert. Medikamentene har god virkning, men folk burde satse mer på endring av livsstil.

Dette er viktige deler av samfunnsmedisinsk arbeid, og kommunelegene må følge utviklingen i kommunene og forsøke å få legene med på en samlet plan for dette forebyggende arbeidet.

7. Ulykkesforebyggende arbeid er viktig, fordi det er mulig å redusere ulykkene ved målbevisste lokale tiltak. Midlet er registrering av ulykkesårsaker og tiltak rettet mot påviste årsaker. Erfaring fra Sogn og Fjordane viser at et slikt arbeid kan gi resultater, men arbeidet ligger nede i mange kommuner.

8. Arbeidet mot alkohol og rus går dårlig i mange kommuner, og det er særlig grunn til å bekymre seg over ungdomsfylla.

9. Samarbeid er nøkkelen, men vanskelig å få til. Kommunelegen må få til samarbeid med mange:

- Med andre kommunale etater, først og fremst pleie og omsorg og undervisning.
- Med andre nivåer, først og fremst sykehus, politi og skoler.
- Med de frivillige organisasjonene for å få til frivillighetssentraler, støttekontakter osv.

Samtidig må en ikke glemme det kollegiale samarbeidet og koordineringen av program og tiltak.

10. Kommunepolitikken er den andre nøkkelen for samfunnsmedisinen. Det er nødvendig å lære seg «den kommunale kulturen» i kommunen, og det krever ofte lang fartstid. Kommunelegene må arbeide for at all kommunal saksbehandling får med et avsnitt om hva saken betyr for helse og trivsel. Jeg tror det er et avgjørende punkt. Endelig tror jeg at kommunelegene bør lage regelmessige rapporter, f.eks. hvert annet år, om utviklingen av helsetilstanden i kommunen. Rapporten bør baseres på et bredt helsebegrep som omfatter ungdomsproblemer, kriminalitet, eldreomsorg osv.

Det er jo lett og uforpliktende for utenforstående (som jeg) å lage slike lister, men jeg tror de kan være til hjelp. En av alderens erfaringer er at jeg har fått mindre tro på store, altomfattende «sweeping solutions» og mer tro på de mange små skritt i riktig retning. F.eks. behøver en ikke kompliserte politiske prosesser for å strø sand under huskene i barnehagene, men det reduserer barneulykkene. Jeg tror dette er veien å gå – de tusen små skritt og alle i riktig retning.

*Peter F. Hjort
Bjerkåsen 32
1300 Sandvika*

