

Tænketank om samfundsmedicinens fremtid

Samfundsmedicinerens rolle i år 2020

24. og 25. november 2008
Magleås Kursuscenter



Århus og København januar 2009.

Forfattere

Niels Ebbenhøj
Niels Kjærgaard Jørgensen
Jette Eva Nielsen
Claus Vinther Nielsen

Planlægning

Niels Ebbenhøj
Niels Kjærgaard Jørgensen
Jette Eva Nielsen
Per Gregersen
Claus Vinther Nielsen

Eksterne oplægsholdere

Anders Hede, forskningsdirektør, Trygfonden
Steen Brock, dr. fil. ph.d. filosof, Institut for Filosofi, Aarhus Universitet
Poul Schiønning, konsulent, Landsorganisationen i Danmark LO
Jens Krogh, centerchef, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland
Else Smith, ph.d. forebyggelseschef, Sundhedsstyrelsen
Sven-Peter Nygaard, specialkonsulent, Dansk Arbejdsgiverforening

Deltagere og oplægsholdere samfundsmedicin

Tine Boesen Larsen, klinisk socialmedicin (tibl@odense.dk)
Kirsten Horsten, klinisk socialmedicin (khr@ama.aarhus.dk)
Kåre Kristiansen, embedslæge/administrativ medicin (kkk.kkr@gmail.com)
Lisbeth Kallestrup, administrativ medicin (liskall@rm.dk)
Ann Lyngberg, administrativ medicin (ann@dadlnet.dk)
Malene Vestergaard, administrativ medicin [malene.vestergaard@regionh.dk]
Martin Silberschmidt, miljømedicin (ms.consult@dadlnet.dk)
Lis Keiding, miljømedicin [[lis.k@dadlnet.dk](mailto:lisk@dadlnet.dk)]
Johan Hviid Andersen, arbejdsmedicin [hecjha@ringamt.dk]
Tine Rubak, arbejdsmedicin (truba@as.aaa.dk)
Jon Arnfred, børn og unge (ja@dadlnet.dk)
Kjeld Poulsen, børn og unge (kjepo@odsherred.dk)
Vibeke Manniche, kommunelæge (vmanniche@dadlnet.dk)
Søren Krue, kommunelæge (krue@dadlnet.dk)
Jette Eva Nielsen, arbejdsmedicin (jettenielsen@dadlnet.dk)
Niels Ebbenhøj (ne01@bbh.regionh.dk)
Niels Kjærgaard Jørgensen (nkj@naj.dk)
Claus Vinther Nielsen (claus.vinther@stab.rm.dk)

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	4
Det videre forløb.....	6
Baggrund.....	6
Oplægget.....	7
Tænk tanken	8
Arbejds metode	9
Rapportens opbygning.....	9
Temaer.....	10
Social bevidsthed	11
Samfundsmedicinske kernekompetencer	12
Ulighed i sundhed	13
Miljømedicin.....	14
Forskningsprioritering/netværk	15
Teorigrundlag.....	16
Ét samfundsmedicinsk speciale?	16
Samfundsmedicinens rolle i folkesundhed	17
Branding	19

Sammenfatning

Hvordan er de samfundsmedicinsk orienterede lægers profil i Danmark om 20 år?
Er der overhovedet brug for specialister i folkesundhed med en lægefaglig baggrund?

Centrale spørgsmål som 18 læger fra alle hjørner af samfundsmedicinen og 6 eksperter søgte svar på i den samfundsmedicinske tænketank et døgn i november 2008.

Medlemmerne af tænketanken var efter frugtbare diskussioner ikke i tvivl om, at samfundsmedicinerne i dag udfører en lang række opgaver, som ikke kan løses af andre læger, og som har stor betydning for udviklingen af et folkesundt samfund. Videre at disse opgaver ikke bliver mindre de næste 20 år, og at der er behov for at udvikle på både det praktiske og teoretiske fundament herfor.

Tænketanken fostrede 9 centrale temaer og en række anbefalinger til videre drøftelse blandt alle samfundsmedicinsk orienterede og interesserede læger. Fra diskussionen om de 9 temaer refererer vi nedenfor, hvad tænketanken ser som de næste 20 års udfordringer.

Vi håber således, at dette dokument vil initiere en frugtbar diskussion i de samfundsmedicinske selskaber, fraktioner og foreninger, som kan befordre en styrkelse af samfundsmedicinen de næste 20 år.

Ni centrale temaer

Social bevidsthed

Den sociale bevidsthed har samfundsmedicinen til fælles med socialfaglige professioner. I kraft af den akademiske tilgang har samfundsmedicinen bedre mulighed for at udvikle strukturelle forslag til intervention. Samfundsmedicinens udfordring **de næste 20 år** kan blive at udnytte den sociale bevidsthed i videnskabelig og praktisk sammenhæng til at arbejde for strukturelle forhold i samfundet, der befordre lige muligheder og rettigheder.

Samfundsmedicinske kernekompetencer

De næste 20 år vil faglige gruppers formelle magt sandsynligvis blive beskåret, og beslutninger vil i højere grad blive truffet efter politiske kriterier. Det vil fordre, at samfundsmedicinere prioriterer at være gode til at agere i det politiske system og blive bedre til at få ret frem for at stille sig tilfredse med at have ret. Verden vil ofte ikke være tilbøjelig til umiddelbart at lytte til faglige råd, og derfor er viden ikke tilstrækkelig til at få indflydelse.

Ulighed i sundhed

De næste 20 år vil der være politisk prioritering af *frit valg* mellem forskellige sundhedsydelse, af brede *tilbud* om sundhedsfremmende aktiviteter og øget fokus på *ansvaret* for eget helbred. Alle tre ideer er udtryk for individualisering, og kan derfor meget vel komme til at bidrage til en øgning af uligheden i sundhed. Det bliver dermed en øget samfundsmedicinsk udfordring at analysere årsagerne til ulighed og at foreslå interventioner til begrænsning af uligheden.

Samfundsmedicinen bør som fag have ambition om at gøre noget ved uligheden. Det kan ske ved at faget arbejder med dokumentation, information og oplysning, deltager i den offentlige debat om uligheden og initierer interventioner med anvendelse af hele det samfundsmedicinske armatur.

Miljømedicin

De næste 20 år er der behov for forskning i konsekvenser af klimaændringer, konsekvenser af den stigende kemiske belastning og biologisk monitorering af niveauer af kemi i befolkningen. Der savnes stadig afklaring af, i hvilken grad der er miljømæssige årsager til en række sygdomme. Nyopdagede biologiske risici, påvirkninger fra ny teknologi kan være mål for en øget miljømedicinsk forskning og miljøaspekter af social ulighed kunne fordre en bred samfundsmedicinsk forskningsindsats ligesom de positive effekter af miljøforhold til brug for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdomme. Der vil løbende være brug for rådgivning af myndigheder, klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle og befolkning om miljø og sundhed ud fra en folkesundheds synsvinkel.

Risikokommunikation og -håndtering bliver en stigende udfordring.

Forskningsprioritering/netværk

De næste 20 år vil der ske en konsolidering i forskningsinstitutioner i større enheder. Allerede nu ser vi større politisk indflydelse på forskningstemaer med fokus på rentabilitet. Det stiller krav til en kritisk samfundsmedicin. Der vil formentlig være efterspørgsel efter store tværvideenskabelige undersøgelser, og det stiller krav til netværksdannelse og forskningssamarbejde.

Teorigrundlag

De næste 20 år bliver udfordringen på meningsfuld vis at integrere biomedicinsk, samfundsvidenskabelig og humanistisk teori. Samfundsmedicinen har nu brug for at videnskabeliggøre og teoriforankre den bio-psyko-sociale videnskabsmodel.

Ét samfundsmedicinsk speciale

De næste 20 år er der behov for at udvikle samarbejdsformer mellem de samfundsmedicinske specialer, for at udvikle den postgraduate uddannelse både før og efter speciallægeanerkendelse.

Der er behov for at opdyrke de samfundsmedicinske forskningsområder og udvikle forskningsmetoder til disse områder.

Samtidig må specialerne i højere grad definere (eller profilere) sig overfor den kliniske og administrative verden.

Samfundsmedicinerens rolle i folkesundhed

Samfundsmedicinerens rolle i folkesundhed er at bidrage med viden om monitorering og evaluering af sundhed i bred forstand, om prioritering og vurdering af omkostninger med analyser der er baseret på samfundsmedicinsk/sundhedsfagligt grundlag.

Samfundsmedicinerens rolle er også at give forslag til strukturelle løsninger som svar på tidens stigende krav om individualisering.

Samfundsmedicineren har haft fingrene i substansen, i klinikken og har den samfundsmedicinske tilgang oveni. Samfundsmedicineren integrerer data fra mange kilder fx kliniske, parakliniske, miljøeksponering, sociale og individrelaterede forhold.

Lægen er ofte fagligt ansvarlig, sin egen faglige leder i det samfundsmedicinske samarbejde. Det kræver en stærk faglig profil

Branding

De næste 20 år vil have behov for, men muligvis ikke af sig selv, at efterspørge øget samfundsmedicinsk synlighed på alle niveauer i samfundet. Det kalder på en systematisk indsats fra samfundsmedicinsk side for at blive hørt i den offentlige debat.

Det videre forløb

Vi har her afrapporteret resultatet af den samfundsmedicinske tænketanks arbejde. Vi har fremlagt en række ideer til samfundsmedicinens fremme, og håber det vil blive vel modtaget.

Vi håber, at de samfundsmedicinske selskaber, fraktioner og foreninger vil tage initiativer, der kan skabe synergi på tværs – som f.eks. forskningsnetværk, temadrøftelser, hvidbogsarbejde eller en samfundsmedicinsk sundhedskomiteé.

Initiativgruppens og tænketankens arbejde er hermed afsluttet.

Baggrund

Planlægningsgruppen, der i nogle år har udgjort kernen i miljøudvalget i Lægeforeningens Sundhedskomiteé, repræsenterer forskellige specialer og arbejdsområder indenfor samfundsmedicinen. Vi har mange gange erfaret, at vores praksis og vores forskning bevæger sig ind over hinandens specialdefinerede arbejdsområder. De samfundsmedicinske specialer og fagområder er små – til sammen er vi vel 3-400 fuldtidsstillinger. Vi arbejder i modsætning til de fleste andre lægefaglige specialer med sundhed og sygdom, sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering – som i begrænset omfang er karakteriseret af behandling og i udtalt grad af folkesundhed eller public health. Vi har været optaget af en fælles interesse i netop at sætte folkesundhed og vores arbejdsmetoder tydeligere på dagsordenen, og af hvordan vi i højere grad i vore små miljøer kan komme til at trække på fælles hammel.

Disse tanker og mange andre fostrede idéen om en samfundsmedicinsk tænketank. Interesserede fra de forskellige specialer og fagområder skulle inspireret af eksterne eksperter i folkesundhed i løbet af et døgn producere tanker om fremtidens

samfundsmedicin. Tanker som efterfølgende kan katalysere diskussion og nye initiativer i de samfundsmedicinske organisationer.

Vi udarbejdede nedenstående oplæg, som blev sendt til formændene for følgende:

- Dansk Selskab for Arbejds- og Miljømedicin
- Embedslægeforeningen
- Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger
- Lægefaglig fraktion for Børn og Unge
- Dansk Selskab for Folkesundhed
- Samfundsmedicinsk fraktion
- Dansk Selskab for Folkesundhed
- Fraktionen for Miljø og Folkesundhed
- Dansk Selskab for Folkesundhed

som vi bad om at pege på deltagere i tænketanken.

Endelig kontaktede vi nogle eksterne eksperter, som har udvist interesse for folkesundhed og tiltag for optimal folkesundhed, der ligger ud over, hvad traditionel behandling kan bidrage med.

Oplægget

De samfundsmedicinske speciallæger har opnået speciallægekompetencen primært ved traditionel mesterlære. Den teoretiske basis er lille og udgør formelt 6 ugers teoretisk kursus. Samfundsmedicinerne kan sammenlignes med generalister, som over år gennem praksiserfaring opnår en specifik profil (socialmedicin, embedslæge, børn- og unge læge, administrator, planlægger etc.). Almindeligvis har samfundsmedicinere en bred klinisk baggrund før en formaliseret speciallægeuddannelse med det omtalte teoretiske kursus.

Genstandsfeltet for samfundsmedicinere

- er oftest public health - på systemniveau og gruppeniveau – herunder planlægning og administration af sundhedsydelse, sundhedstjenesteforskning, analyse-vurdering- evaluering af effekt af sundhedsfaglige indsatser, organisationsformer og dokumentation af skadelige eksponeringer mv.

- er sjældent behandlende på individniveau i modsætning til de biomedicinske lægers genstandsfelt. Hvis det er på individniveau da oftest i periferien af sygdomsbehandling og den traditionelle sundhedssektor – i misbrugsbehandling, kommunale socialforvaltninger, rehabilitering, psykosociale arbejdsbelastninger, individuelle tilpasninger af arbejdsmiljøet mv.

I dag uddannes folkesundhedskandidater - fremtidens sundheds-scient.pol.er med en betydelig teoretisk ballast til at handle på gruppe- og systemniveau. Ligeledes videreuddannes bachelorer på masteruddannelser og kandidatuddannelser til at kunne håndtere videnskabelige metoder – og til at agere på gruppe- og systemniveau. Folkesundhedskandidaterne har dog yderst begrænset klinisk erfaring. Masteruddannede i public health vil indtil videre – fordi gennemsnitsalderen er høj – have betydelig klinisk erfaring, hvis de kommer fra sundheds- eller socialektoren.

Traditionelle genstandsfelter for samfundsmedicinen ændres

- Arbejdsmedicinerne ser færre patienter med traditionelle arbejdsbetingede sygdomme. De intervenserer og forsker i stigende grad i arbejdsfastholdelse – et traditionelt socialmedicinsk område.
- Embedslægerne har mistet terræn de sidste 20 år og opgaverne går mere og mere i retning af overvågning.
- Miljøministeriet og Arbejdstilsynet har afskaffet læger – på den anden side er der tilkommet læger i regionale og kommunale forvaltninger.
- Den kliniske socialmedicin synes i vækst på Fyn og i Jylland - specielt i forhold til arbejdsfastholdelse og har en vis klinisk individorienteret funktion.
- Børn- og unge lægerne mister i disse år terræn. De har tidligere haft et individ fokus og i vekslende grad gruppe- og samfundsfokus.
- Kommunalægerne forventes at agere fra fødsel til død og arbejder som børne-ungelægerne ofte alene og med begrænset fagligt bagland.

Generelle samfundsmedicinske udfordringer i forhold til befolkningens helbred

De væsentligste udfordringer i fremtiden mht. den offentlige sundhedsfremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende indsats er:

- befolkningens stigende forventninger
- ændret demografi med flere ældre
- flere som skal lære at leve med kronisk sygdom
- krav om og behov for sammenhængende indsatser
- den ændrede offentlige opgavefordeling – gråzonerne består stadig
- reduktion af ulighed i sygdom, død og brug af offentlige sundhedstilbud
- behov for større og produktiv arbejdsstyrke
- reduktion af sundhedsskadelige forhold i vores miljøer
- risikokommunikation: Få folk til at frygte det rigtige

Tænk tanken

Det interessante spørgsmål er, hvordan er de samfundsmedicinsk orienterede lægers profil i Danmark om 10-20 år. Er der brug for **specialister i folkesundhed** med en lægefaglig baggrund – eller er der tale om en eller flere andre samfundsmedicinske profiler?

For at besvare det spørgsmål har vi brug for at gøre status over, hvor samfundsmedicinen er i dag, og hvordan samfundsmedicinerne selv ser perspektiver på fremtiden. Vi har brug for inspiration fra ikke læger, som har en mening om sundhed og sygdom, hvilke udfordringer vi står overfor og bud på, om læger har en opgave i den sammenhæng. Fokus skal rette sig på alt andet end individorienteret sygdomsbehandling.

Planlægningsgruppen har haft kontakt med kolleger, der befinder sig i de fleste hjørner af samfundsmedicinsk orienteret praksis og fundet opbakning til at nedsætte en tænketank

bestående af 18 samfundsmedicinere – med forskellige profiler (administration, miljø-arbejds- og socialmedicin, børn og unge, forskning) – med forskellige aldersgrupper – som rekrutteres af de samfundsmedicinske selskaber og fagområder.

Kommissorium for tænketanken er at udarbejde et idé genererende oplæg/notat om fremtidens samfundsmedicin, kompetencer og arbejdsområder og uddannelseskrav.

Arbejdsmetode

18 samfundsmedicinere mødtes ultimo 24.– 25. november 2008 i et døgn. Den første dag deltog yderligere 6 eksterne eksperter, som har formuleret sig om folkesundhed og om vores sundhedsvæsens muligheder og begrænsninger.

De forskellige retninger indenfor samfundsmedicinen leverede på tænketankens første dag et kort oplæg, der beskrev status og perspektiver for de næste 10-20 år. De blev løbende udfordret af de eksterne eksperter, som efterfølgende hver bidrog med 20 minutters oplæg om deres syn på samfundsmedicinen og muligheder de næste 10-20 år.

Efterfølgende formulerede alle deltagere to til tre temaer, som blev samlet i ni temaer, der blev udfoldet i grupper på andendagen og forelagt alle i plenum.

Skrivegruppe har på basis heraf udformet foreliggende rapport, som har været omkring deltagerne med henblik på godkendelse og nu formidles til selskaber og fagområder mhp. på videre foranstaltning.

Rapportens opbygning

I det følgende præsenteres de omtalte temaer, som skal inspirere til videre diskussion og handling i alle kroge af samfundsmedicinen.

Oplæggene til diskussion fra de eksterne oplægsholdere og fra samfundsmedicinerne kan findes på www.danskselskabforfolkesundhed.dk - tænketank.

Det har været udbytterigt at gennemføre processen til nu. Vi er blevet bekræftet i, at der i alle kroge af samfundsmedicinen ses muligheder for synergi gennem nødvendigt samarbejde, og at der er mange opgaver at tage fat på.

Temaer

På baggrund af de indledende oplæg valgte deltagerne ni temaer, der skulle udfoldes i gruppearbejde og plenum:

- ◆ Social bevidsthed
- ◆ Samfundsmedicinske kernekompetencer
- ◆ Ulighed i sundhed
- ◆ Miljømedicin
- ◆ Forskningsprioritering/netværk
- ◆ Teorigrundlag
- ◆ Et samfundsmedicinsk speciale
- ◆ Samfundsmedicinerens rolle i folkesundhed
- ◆ Branding

Social bevidsthed

I lægeløftet, der baserer sig på den Hippokratiske ed står der bl.a.

- at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse,

Hippokrates er citeret for at sige at

- Lægen skal se ud over landskabet og forstå, at det er de sumpede egne, den dårlige kloakering samt de vanskelige familieforhold, der gør mennesker syge.

Den sociale bevidsthed¹, citaterne udtrykker, har præget lægers arbejde gennem generationer, og der er mange gode eksempler på, hvorledes danske læger gennem det 19.-århundrede ved organiseret og egen indsats har iværksat tiltag, der har løst overhyppighed af sygdom og tidlig død blandt udsatte grupper. Imidlertid har lægefaglig praksis og dansk sundhedspolitik været præget af et biomedicinsk behandlingsparadigme med fokus på individ frem for omgivelser.

I tænketanken var der en klar markering af, at samfundsmedicinere har den sociale bevidsthed som et bærende element i al samfundsmedicinsk praksis – klinik og forskning. Det vil bl.a. sige konstant opmærksomhed på sociale forholds betydning for og konsekvenser af sygdom. Ligeledes opmærksomhed på begrænsninger i de samlede sektorer overfor udsatte grupper. Udsatte grupper er f.eks. grupper af indvandrere, tvangsanbragte børn, udstødningstruede på arbejdsmarkedet, misbrugere, hjemløse, ensomme gamle og sindssyge uden netværk.

Der var enighed om, at bevidstheden skal understøttes fagligt – den vil ofte få politiske implikationer – men er ikke politisk i traditionel partipolitisk forstand.

Den sociale bevidsthed udmøntes i vores praksis ved:

- At sikre lokalt, nationalt og globalt perspektiv på arbejdet med ulighed.
- At forske i "skadelige forhold" og arbejde for at optimere muligheder for ændring.
- F.eks. at påvise det skæve i enkelte kommuner – vi kan påvise problemstillinger, undersøge, dokumentere, evaluere – anvise og facilitere løsninger.
- At monitorere behov og indsatser og opmærksomhed på om indsatser iværksættes.
- At sikre lige adgang til indsatser.
- At sikre at omgivelserne kan tilrettes udsatte gruppers behov.
- At formidle viden om urimelige forhold.
- At arbejde for at samfundet indrettes til fremme af folkesundheden og nedbringelse af uligheden.

¹ Diskussionen gik på, hvad vi kalder denne opmærksomhed: Social indignation, harme, social kapital eller social uretfærdighed. Her er valgt social bevidsthed.

Den sociale bevidsthed stiller krav til opøvelse af kompetencer i vores uddannelse – og i de institutioner og organisationer, hvor vi arbejder.

Den sociale bevidsthed har samfundsmedicinen til fælles med socialfaglige professioner. I kraft af den akademiske tilgang har samfundsmedicinen bedre mulighed for at udvikle strukturelle forslag til intervention.

Samfundsmedicinske kernekompetencer

Det samfundsmedicinske felt og de samfundsmedicinske kernekompetencer defineres ud fra de arbejdsmetoder der anvendes og hvilket syn på verden, der lægges til grund for arbejdet, mere end ud fra hvilke emner der behandles.

Den samfundsmedicinske synsvinkel kan beskrives således:

- Samfundsmedicin favner sundhed som et kontinuum af sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering.
- Samfundsmedicinen er en aktør i samfundet både på system- og gruppeniveau og i relation til håndtering af de enkelte patienter eller borgere.
- Samfundsmedicineren ser mennesker i samfundsmæssig sammenhæng
- Samfundsmedicineren løser problemer i samarbejde med andre faggrupper

Samfundsmedicinsk lægearbejde er karakteriseret ved det overordnede og samfundsmæssige perspektiv på opgaverne. Uanset om den primære opgave vedrører enkelte syge eller grupper af borgere vil samfundsmedicinen se opgaven i relation til strukturer i samfundet. Samfundsmedicinen vil se eller overveje behov for strukturelle ændringer som led i løsning af de aktuelle helbreds-mæssige problemer. På den måde kompletterer samfundsmedicinsk tankegang og praksis det almindelige behandlingsorienterede kliniske arbejde.

- Samfundsmedicinen kan dokumentere, monitorere og sætte aktuelle kliniske problemer ind i en større sammenhæng ved hjælp af epidemiologiske og kvalitative forskningsmetoder.
- Samfundsmedicinen beskæftiger sig med ulighed i samfundet som effekt af både bagvedliggende samfundsmæssige strukturer og individuelle forhold.
- Samfundsmedicinen har og udvikler viden om betydningen af ydre forhold som samfund og miljø i bred forstand for sundhed og sygelighed.
- Samfundsmedicinen bruger denne viden til intervention til fordel for folkesundheden.
- Samfundsmedicinen løfter viden på individniveau op til forskningsbaseret handling på gruppeniveau.
- Som fagperson blandt embedsmænd bidrager samfundsmedicineren med viden både som generalist, som jurist, ekspert og forsker. Der indgår også i samfundsmedicinerens arbejde elementer som journalist i formidlingen af en god risikokommunikation og et mål af samfundsmæssig, social og miljøpolitisk

bevidsthed i bestræbelserne for at være med til at sætte en samfundsmedicinsk dagsorden i den politiske debat.

- Samfundsmedicinen bidrager til at skabe sammenhænge i indsatser og på tværs af sektorer.

De næste 20 år vil faglige gruppers formelle magt sandsynligvis blive beskåret, og beslutninger vil i højere grad blive truffet efter politiske kriterier. Det vil forandre, at samfundsmedicinere prioriterer at være gode til at agere i det politiske system og blive bedre til at få ret frem for at stille sig tilfredse med at have ret. Verden vil ofte ikke være tilbøjelig til umiddelbart at lytte til faglige råd, og derfor er viden ikke tilstrækkeligt til at få indflydelse.

Ulighed i sundhed

Arbejde, uddannelsesniveau og arbejdsmarkedstilknytning er betydelige prædiktorer for ulighed i sundhed, ulighed i sygdom og ulighed i konsekvens af sygdom. Uligheden i sundhed som funktion af forskellig baggrund og forskellige arbejds- og levevilkår er på vej ind i den offentlige debat. Interesseorganisationer presser på for at få uligheden på dagsordenen, og folkesundhedsrelaterede forskningsinstitutioner bidrager med dokumentation af en lang række ulighedsparametre.

På den baggrund vurderede tænketanken at

- Ulighed i sundhed er et tema, der skal håndteres med samfundsmedicinske metoder, der kan bidrage med beskrivelse af uligheden i et samfundsmæssigt og individuelt perspektiv.
- Håndtering af ulighed i sundhed kræver forskning i samfundsmæssige og individuelle årsager til uligheden.
- Samfundsmedicinen skal identificere den intervenerbare del af årsagerne til ulighed i sundhed.
- Samfundsmedicinen skal udvikle interventionsstrategier, der kan rettes mod strukturelle forhold i samfundet, der betinger uligheden og mod individuelle risikofaktorer.
- Samfundsmedicinen skal markere holdninger på baggrund af både erfaring og viden og skal turde stille de kritiske spørgsmål til uligheden, dens årsager og konsekvenser.
- Viden om uligheden skal bruges til at intervenere på samfundsniveau og definere strukturelle ændringer i samfundet, der kan bedre grundlæggende livsvilkår, fremme viden om sundhed og muligheden for at tage vare på sig selv.

De næste 20 år vil der være politisk prioritering af *frit valg* mellem forskellige sundhedsyndelser, om brede *tilbud* om sundhedsfremmende aktiviteter og øget fokus på *ansvaret* for eget helbred. Alle tre ideer er udtryk for individualisering, og kan derfor meget vel komme til at bidrage til en øgning af uligheden i sundhed. Det bliver dermed en øget samfundsmedicinsk udfordring at analysere årsagerne til ulighed og at foreslå interventioner til begrænsning af uligheden.

Samfundsmedicinen bør som fag have ambition om at gøre noget ved uligheden. Det kan ske ved, at faget arbejder med dokumentation, information og oplysning, deltager i den offentlige debat om uligheden og initierer interventioner med anvendelse af hele det samfundsmedicinske armatur.

Miljømedicin

Der er god miljømedicinsk forskning i DK, men resultaterne kommer ikke i tilstrækkeligt omfang samfundet til gode. Det skyldes manglende politisk bevågenhed, og måske kan bedre dokumentation af sammenhængen mellem miljø og sundhed og offentlighed om risiko hjælpe på det. På det administrative område er de miljømedicinske fingeraftryk betydelige i fx regeringens strategiske forskningsprogram, og der ligger en betydelig opgave i at sikre en aktuel udmøntning af programmet.

Miljømedicinske emner har fået en vis alarm-effekt, men de er endnu i begrænset omfang omsat i konkrete forebyggelsestiltag. Det står noget i modsætning til arbejdsmedicinens succes med at fremme en sikkerhedsmæssig regulering af arbejdsmiljøet. Et grundlæggende problem er, at miljømedicinen beskæftiger sig med sjældne effekter hos en meget stor gruppe lavt eksponerede, mens arbejdsmedicinen har adresseret hyppigere effekter hos en mindre gruppe af højere eksponerede. På den baggrund bliver miljømedicinen i høj grad et spørgsmål om at beskrive risikofaktorer og foreslå handling, ofte på baggrund af forsigtighedsprincippet, indtil der foreligger bedre dokumentation.

På det rådgivningsmæssige område ligger de miljømedicinske opgaver nu i Sundhedsstyrelsen, inkl. embedslæger, som samarbejder med hhv. forskellige dele af centraladministrationen og kommuner/regioner.

Som situationen er nu, er der begrænset politisk prioritering af miljø og sundhed (placering af boliger og trafik osv.)

- Der er en opgave i intensiveret rådgivning til kommunerne på miljø- og sundhedsområdet.
- Der er en opgave i intensiveret miljømedicinsk deltagelse i planlægning og etablering af grundlaget for den politiske prioritering.
- Der er en opgave i at revidere den miljøpolitiske handlingsplan fra 2003 og få pustet mere liv i et sundhedskonsekvensvurderingskoncept i centraladministrationen.
- Der er planer om at udvide Sund By konceptet til også at beskæftige sig med miljø og sundhed.
- Der savnes et miljømedicinsk sundhedsinstitut ligesom arbejdsmiljøinstituttet, som kan deltage i monitoreringsprogrammer for miljømedicinske faktorer.
- Anvendt miljømedicin er et fremtidigt arbejdsområde.
- Risikokommunikation og -håndtering bliver en stigende udfordring.

De næste 20 år er der behov for forskning i konsekvenser af klimaændringer, konsekvenser af den stigende kemiske belastning og biomonitoring af niveauer af kemi i befolkningen. Der savnes stadig afklaring af i hvilken grad, der er miljømæssige årsager til en række sygdomme. Nyopdagede biologiske risici, påvirkninger fra ny teknologi kan

være mål for en øget miljømedicinsk forskning og miljøaspekter af social ulighed kunne fordre en bred samfundsmedicinsk forskningsindsats ligesom de positive effekter af miljøforhold til brug for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af sygdomme. Risikokommunikation og -håndtering bliver en stigende udfordring.

Forskningsprioritering/netværk

Forskning er en nødvendig forudsætning for en samfundsmedicinsk praksis – en praksis der retter sig både mod borgerne og mod beslutningstagerne (det politisk-administrative niveau). Praksis- og forskningsmiljøer bør være tæt forbundne. Dette stiller krav til organisering og samarbejde. Samfundsmedicinerne er i dag organiseret i relativt små enheder og arbejder for de fleste som alene fagperson i tværfaglige miljøer. Dagligdagen for de fleste samfundsmedicinere er at bruge forskningsresultater, og alle samfundsmedicinere bør have råderum til at anvende eller udøve forskning.

I dag eksisterer mindre fora i de samfundsmedicinske subgrupper, hvor denne diskussion foregår. Det drejer sig om Samfundsmedicinsk fraktion, Lægelig fraktion for børn og unge og Fraktionen for Miljø og Folkesundhed i Dansk Selskab for Folkesundhed, Dansk Selskab for arbejds- og miljømedicin, Embedslægeforeningen, samt Foreningen af kommunalt ansatte læger.

Vi bør ud fra et fælles grundlag, der baserer sig på en bio-psyko-social forståelse og opmærksomhed på udsatte grupper – kunne formulere, områder der er vigtige at forske i.

Det er vigtigt at forskningstemaer defineres i tæt dialog mellem praktikere, administratorer og forskere, og at det gøres klart i hvilket omfang resultater har betydning for ændring af praksis. Det indgik i tænketankens overvejelser at etablere større samfundsmedicinske fora herunder tværgående forskningsudvalg eller tværgående (geografiske) netværk, hvor det er muligt at diskutere og formulere forskningsbehov.

Forskningsopgaverne skal i videst muligt omfang involvere praksis og forskningsmiljøer – således at praksis også får roller f.eks. omkring intervention og dataopsamling og sparring fra forskningsmiljøerne om samme. Det er vigtigt at dette sker fra de tidlige faser. Det har stor betydning for senere implementering og kontinuerlig formulering af nye projekter. Ligeledes er det nødvendigt for at skabe tradition for at forske i praksisorienterede institutioner.

- Vi mangler forskning i interventioner på store grupper nationalt på tværs af landet og internationalt
- Der er brug for viden om virkemekanismer – hvorfor virker nogle indsatser på nogle grupper og ikke andre
- De kvantitative forskningsmetoder skal være både epidemiologisk årsagssøgende og randomiserede interventionsstudier
- Der er brug for en kombination af kvantitative og kvalitative forskningsmetoder, og inddragelse af samfundsvidenskabelige forskning.

De næste 20 år vil der ske en konsolidering i forskningsinstitutioner i større enheder. Allerede nu ser vi større politisk indflydelse på forskningstemaer med fokus på rentabilitet. Det stiller krav til en kritisk samfundsmedicin. Der vil formentlig være efterspørgsel efter store tværvideenskabelige undersøgelser, og det stiller krav til netværksdannelse og forskningssamarbejde.

Teorigrundlag

Lægevidenskaben baserer sig på en naturvidenskabelig tankegang. Vores forskning er empirisk baseret. Lægestudiet er håndværkspræget, og vores arbejde er karakteriseret ved realitetstestning. Samfundsmedicinen er således i udgangspunktet baseret på den naturvidenskabelige tilgang. Samfundsmedicinen undersøger sammenhænge mellem miljøet og sundheden.

Siden 1970'erne har samfundsmedicinen arbejdet ud fra psykologen Franckels 'bio-psyko-sociale model' i det kliniske arbejde. Samfundsmedicinen har nu brug for at videnskabeliggøre og teoriforankre den bio-psyko-sociale videnskabsmodel.

Fællestræk i samfundsmedicinens opgaver er kombination af den biologiske viden med andre fag, ex. psykologi, sociologi, pædagogik, sundhedsøkonomi, kritisk tilgang, kendskab/kompetence til at kunne samarbejde sit eget fag med andres.

I tænketanken fandt man, at yderligere teoriforankring af samfundsmedicinen er nødvendig.

- Hvad er samfundsmedicinsk teori?
- Hvorfor det er vigtigt at have et teoretisk grundlag?
- Er der et fælles teorigrundlag for samfundsmedicinen?
- Samfundsmedicinen har siden 1970'erne arbejdet ud fra den 'bio-psyko-sociale model'. Tænketanken rejser nu spørgsmålet, om modellen skal udvikles og videnskabeliggøres

De næste 20 år bliver udfordringen på meningsfuld vis at integrere biomedicinsk, samfundsvidenskabelig og humanistisk teori. Samfundsmedicinen har nu brug for at videnskabeliggøre og teoriforankre den bio-psyko-sociale videnskabsmodel.

Ét samfundsmedicinsk speciale?

Indtil 1996 var der et samfundsmedicinsk speciale med tre linjer. Ved opdelingen blev det delt i det samfundsmedicinske speciale og speciale i arbejds- og miljømedicin. I samfundsmedicinske sammenhænge rejses diskussionen ofte om et eller flere specialer. Mange fælles træk i fagene, tilgang til arbejdet, og anvendelse af redskaber taler for sammenlægning af specialerne. For flere specialer taler, at der er en mange specifikke emner, lovgivning, risici, redskaber og placering, der trækker i retning af adskilte fagområder.

Spørgsmålet blev rejst, om det er hensigtsmæssigt, at området er delt op i arbejds- og miljømedicin og samfundsmedicin med tilhørende fagområder. Kan vi samle området under en hat? Det vil medføre, at vi som gruppe blev større, men ville vi dermed miste vores identitet, fordi forskellighederne bliver for store?

Specialerne har vi for at sikre kvaliteten i vores arbejde. Fordelen ved at have ét speciale er, at vi kan blive stærke på det generelle samfundsmedicinske niveau, men vi kan komme til at sætte noget til på det detaljerede faglige niveau.

Tænketanken mente at specialestrukturen bør bevares, men understregede behovet for intensiveret samarbejde.

Der er så lidt kursustid tilbage, at en løsning kunne være en model med fællesdel med fælles samfundsmedicinske metoder. Det specifikke skal varetages i de enkelte områder. Fælles kernen skal bestå af biostatistik og epidemiologi på et ordentlig og sammenhængende niveau. Kombineret med viden om determinanter inden for hele området, for at bibringe alle samfundsmedicinere/ arbejdsmedicinere kendskab til hinandens arbejdsfelter.

Hvis der er delområder/specialer, der fordrer særlige kompetencer, må de tilegnes på de relevante uddannelses afdelinger. Hvis der er noget, der kræver særlig dokumentation for kvalifikationer, kan de beskrives som fagområder, der kan nås fra forskellige hjørner af de samfundsmedicinske specialer eller tilgrænsende specialer. Spørgsmålet vedrørende Kommunelægernes fremtid blev rejst. Tænketanken ser det som en mulighed, at kommunelægernes uddannelse integreres i fælleskursus.

I fremtiden er der behov for i langt højere grad end nu at sætte fokus på livslang læring. Postgraduat uddannelse er vigtig og er et forsømt område. En af årsagerne er manglende økonomi. Vi foreslår faste postgraduate årskurser skal med i overenskomst, jf. klinisk arbejdende afdelingslæger har 10 kursusdage om året, og børneungelæger har forhandlet sig til 4 ugers tillægsuddannelse, der giver lønforhøjelse. De forhandlingsberettede parter skal inddrages.

De næste 20 år er der behov for at udvikle samarbejdsformer mellem de samfundsmedicinske specialer, for at udvikle den postgraduate uddannelse både før og efter speciallægeanerkendelse.

Der er behov for at opdyrke de samfundsmedicinske forskningsområder og udvikle forskningsmetoder til disse områder.

Samtidig må specialerne i højere grad definere (eller profilere) sig overfor den kliniske og administrative verden.

Samfundsmedicinerens rolle i folkesundhed

Samfundsmedicinerens rolle i folkesundhed er at bidrage med viden om monitorering og evaluering af sundhed i bred forstand, om prioritering og vurdering af omkostninger med analyser, der er baseret på samfundsmedicinsk/sundhedsfagligt grundlag.

Samfundsmedicinerens rolle er også at give forslag til strukturelle løsninger som svar på tidens stigende krav om individualisering.

Samfundsmedicineren har haft fingrene i substansen i klinikken, og har den samfundsmedicinske tilgang oveni. Samfundsmedicineren integrerer data fra mange kilder fx kliniske, parakliniske, miljøeksponering, sociale og individrelaterede forhold.

Lægen er ofte fagligt ansvarlig, sin egen faglige leder i det samfundsmedicinske samarbejde. Det kræver en stærk faglig profil.

Lægen er ansvarlig for at inddrage lægefagligheden/lægevidenskaben i samarbejdet med andre faggrupper og sætte fokus på faglighed i opgaveløsning.

I forhold til andre faggrupper er lægens opgave at være faciliterende, katalyserende, netværksskabende, og samfundsmedicineren skal fastholde fokus i ulighedsproblematikken.

Der er særegne træk inden for de enkelte fagområder

Arbejdsmedicinere:

Finder ud af om folk bliver syge af at gå på arbejde, og beskriver arbejdets samlede påvirkning af folkesundheden, negativ så vel som positiv.

Forske i at minimere arbejdets skadelige virkning og fremme den positive virkning på folkesundheden.

Kommunelæger:

Kommunerne har med strukturreformen fået mere central rolle i varetagelse af folkesundheden. Derfor er der blevet mere brug for læger i kommunerne. De skal være med til at sikre folkesundheden ved at dokumentere sygeliggørelse og modvirke risikofaktorer for folkesundheden.

Lægen har en vigtig rolle med sit kendskab til sundhedsvæsenet som bindeled mellem kommune, region og sundhedsvæsen.

Forskning i kommunerne er et must. Der vil blive stillet større krav til dokumentation og evaluering.

Børne-unge læger:

Er centrale i sikring af børn og unges "folkesundhed".

Monitorering og evaluering kræver klinisk, epidemiologisk og kvalitative kompetencer.

Endelig er der en stor opgave i vurdering af behov for indsatser inden for børne-social medicin, som kræver mest psykiatri.

Administrative læger:

Beskriver sundhedsvæsenets rolle for folkesundheden og dokumenterer risikofaktorer.

De er bærere af faglighed og evidens i sundhedsplanlægning, har en brobyggerrolle mellem lægefaglighed og administration.

Den samfundsmedicinske tilgang giver basis for at arbejde med fokus på grupper.

Administrative læger er med til at præge kommunernes sundhedsaftaler.

Embedslæger:

Embedslægerne har en lang række specifikke opgaver af betydning for folkesundheden. Inden for disse områder skal embedslægerne beskrive sundhedsvæsenets rolle for folkesundheden og dokumentere risikofaktorer.

Desuden overvåger de sundhedstilstanden og kommer med forslag til forbedring. I virkeligheden går dagligdagen med små driftsopgaver. Egentlig sundhedsovervågning er meget langt fra at være systematisk.

Sundhedsovervågning foregår til dels i de Regionale forebyggelsescentre. Der er behov for samlet indsats med evaluering.

Miljømedicinere:

Den samfundsmedicinske læge kan bidrage med viden om determinanter for sundhed, se på samspil mellem arv, livsstil og miljø; i rådgivning om forebyggelse af sundhedsskadelige miljøfaktorer arbejde hen imod lighed i sundhed og kommunikere med klinisk arbejdende læger.

Socialmedicinere:

Har en vigtig rolle i at katalysere samarbejdet mellem kommune, almen praksis og sygehus ved bl.a. i forhold til kommunen at formidle konsekvenser af sygdom og i forhold til socialvæsenet at formidle psykosociale forholds betydning for helingsprocessen.

Branding

Det var interessant at dette tema fik allerflest stemmer med henblik på den videre proces. Tænketanken tolkede det som et udtryk for manglende synlighed og gennemslag i det offentligheden.

At der er et "marked" for vores praksis- og forskningsydelser, og at vi kan rekruttere læger er forudsætninger for det samfundsmedicinske områdes eksistens. Branding vurderes således som en nødvendig del af en samlet strategi for udvikling og ekspansion af det samfundsmedicinske område. Det er vigtigt, at potentielle rekvirenter af vores ydelser kender til disse. Det skal være synligt, hvem de skal gå til for at få rådgivning om opgavens karakter og løsning.

Forud for branding går indholdet, som baseres på den faglige profil, den fælles identitet, de gode historier. Skal samfundsmedicinen som fælles område brandes, skal der arbejdes på at afklare den fælles del. Væsentlige elementer er den bio-psyko-soziale tilgang, den sociale bevidsthed, formidling af viden om forskningsresultater og empiri, tværfaglig og tværsektoriel rådgivning, udvikling og forskning.

Målgrupperne kan være mange:

medicinstuderende, nyuddannede kandidater, politikere, embedsmænd.

Metoderne skal tilrettes målgrupper og ydelsernes karakter:

Presse

Møder og konferencer – f.eks. hvor forskere, praktikere og beslutningstagere mødes

Der er behov for at udvikle og dokumentere den samfundsmedicinske indsats og tage den indflydelse, det vil give i prioriteringen af samfundets ressourcer til sundhed og sygdomsbekæmpelse.

De næste 20 år vil have behov for, men muligvis ikke af sig selv efterspørge øget samfundsmedicinsk synlighed på alle niveauer i samfundet. Det kalder på en systematisk indsats fra samfundsmedicinsk side for at blive hørt i den offentlige debat.