

# Distriktsmedisin – ny giv for allmennleger i Utkant-Norge



## Nyheter og reportasjer

**Etter flere år med belastende vaktordninger og vikarstafetter, fikk kommunelege Fred Andersen nok. Han satte sin stilling på spill for å få gjennomslag for en redningsaksjon. Det førte til en gjennomgripende politisk prosess som engasjerte både lokalbefolkningen og myndighetene.**

– Resultatet var at kommunen vedtok en plan for å samlokalisere hele helse-tjenesten og meste-parten av pleie- og omsorgstjenesten, sier Andersen, som er kommunelege I i Steigen i Nordland. Nærmeste sykehus er i Bodø, 23 kjøremil unna. For første gang på ti år klarte kommunen seg helt uten legevikarer i 2001. Den er en av flere ressurskommuner som vil blåse nytt liv i primærhelsetjenesten i Nord-Norge.



Fred Andersen

### Faglig møteplass

Tidligere var det tre legekontorer i Steigen, ett i hvert hjørne av den vidstrakte kommunen med om lag 3 000 innbyggere. De øvrige helse- og sosialtjenestene var også spredt, og kontakten mellom faggruppene var begrenset. Dette er i ferd med å endre seg. I høst åpnet Steigentunet, et statlig finansiert praktbygg til 90 millioner kroner, som samler kommunehelsetjenesten under ett og samme tak, i det geografiske knutepunktet Leinesfjord.

– Håpet er at Steigentunet kan bli et mønsterberbygg for andre distriktskommuner, sier

kommunelege I Fred Andersen. Rådmann Roy Hanssen og helse- og sosialsjef Bernt Askevold samstemmer. De forventer også at kommunen vil spare penger på samlokaliseringen; mer enn 1 million kroner, er gevinsten stipulert det første året.

Foruten legetjenesten, er så å si alle stillingene innen tannlege-, jordmor-, fysioterapi-, pleie- og omsorgstjenestene besatt. Ikke minst gleder kommunen seg over å ha fått to nyutdannede tannleger fra Oslo. Det er første gang på tre år at folk slipper å reise til nabokommunen Bodø for å få tannlegehjelp.

– Vi ønsker at det skal bli faglig stimulerende å jobbe i distriktet. For å sikre både trivsel og kontinuitet, trenger vi faglige møteplasser som Steigentunet, sier varaordfører Berit Woie Berg, som er leder for kompetanseprosjektet for distrikthelsetjeneste i Steigen.



Berit Woie Berg

### Satsing på ressurskommuner

Den tidligere oppdelingen av kommunehelsetjenesten i Steigen fungerte så lenge det var tilgang på kvalifisert personell. I begynnelsen av 1990-årene oppstod en alvorlig rekrutteringskrise. I første rekke ble legetjenesten rammet, men også ambulansetjenesten fikk problemer.

Problemene i Steigen var langt fra enestående. Mange steder var det uholdbare forhold i kommunehelsetjenesten, med dårlig styring og struktur, overforbruk av legevikarer og tap av veilederkompetanse for medisinstudenter. Utviklingen fikk derved negative ringvirkninger også for Universitetet i Tromsø, som manglet praksislærere og rekrutteringsgrunnlag for forskerstillinger innen allmennmedisin.

I 1999 gikk Universitetet i Tromsø, seks distriktskommuner og Sosial- og helsedepartementet, sammen om en redningsaksjon lansert som ressurskommuneprosjektet (1, 2). Målet er å stabilisere og styrke både kom-



Steigentunet – en faglig møteplass og et symbol på ny optimisme i norsk allmennmedisin. Foto T. Sundar

munehelsetjenesten og universitetets undervisningstilbud i allmenntidmedisin (egen sak).

### En ny distriktsmedisin

– Stabilitet er et nøkkelord i ressurskommuneprosjektet. Utgangspunktet er at en god legerutering avhenger av en stabil legetjeneste, og ikke omvendt. Derfor er det viktig å styrke samarbeidet mellom distriktskommunene, og å bygge faglige nettverk mellom kommunene og universitetet. Dette er også et viktig element i begrepet distriktsmedisin, sier Fred Andersen, som er leder for ressurskommuneprosjektet (les også intervju, s. 230–1).

Han mener at nettverkssamarbeidet også vil gi gevinster i opplæringen av andre lesepersonellgrupper enn leger.

– Samarbeidet med universitetet og andre kommuner gjør oss mer bevisst på behovene for opplæring og videreutdanning av helsepersonell, og hvilke tiltak som må til for å kvalitetssikre utdanningen. Ved å styrke driften av sykestuene og tilbudet innen geriatri og rehabilitering, kan munehelsetjenesten bli et viktig supplement til sykehusene, både innen utdanning og pasientbehandling.

I flere år har Andersen arbeidet med å kartlegge årsakene til rekrutteringssvikt i allmenntidmedisten i Nord-Norge. En undersøkelse publisert i Tidsskriftet i 2000 viser at det handler om mer enn bare lønn og kontorforhold (3). Mangel på faglige nettverk og faglig isolasjon, kombinert med stor arbeidsbelastning, er den viktigste årsaken til dårlig legerutering. Små kommuner (færre enn 4 000 innbyggere) med stor avstand til sykehus har den laveste legestabiliteten.

– Et gjennomgående trekk ved små og ustabile kommuner, er at legetjenesten er uhensiktsmessig organisert. Ikke minst gjelder dette legevakt. Kombinasjonen av hyppige vakter og en mangelfull ledsagertje-

neste, uten mulighet til å søke støtte hos annet fagpersonell, øker presset på den enkelte lege. Når arbeidsbelastningen blir for stor, rammer dette andre viktige oppgaver, så som samfunnsmedisinske oppgaver, sier Andersen.

Han påpeker at ustabile kommuner har et stort potensial til å forbedre sine legetjenester. Løsningen, mener han, er å skape større enheter og sentralisere tjenester på lokalplanet.

– Fastlegeordningen gir mulighet til listesamarbeid på tvers av kommunegrensene. Nabokommuner kan ha felles legevakt og felles kommunelege I. Gevinstene ved å samarbeide, er at driften av allmenntidmedisten blir mer kostnadseffektiv, arbeidsbelastningen på legene blir mindre og at det dannes nye, faglige nettverk. På sikt kan bruken av kommunikasjonsteknologi og telemedisin bidra ytterligere til å skape nettverk og styrke mulighetene for veiledning og fagutvikling.

– Visjonen er at distriktskommunene skal bli fyrtårn og spydspisser i norsk allmenntidmedisin. Og det er ingen urealistisk drøm, mener Fred Andersen.

– Tom Sundar, Tidsskriftet  
*tom.sundar@legeforeningen.no*

### Litteratur

1. Aaraas IJ, Hasvold T, Andersen F, Swensen E, Straume K. Legeflukten fra distriktene. Forslag til plattform for å stabilisere og styrke allmenntidmedisten i distriktskommunene. Tromsø: Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2000.
2. Høie I. Ressurskommuner – primærmedisinens rikshospital? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 244.
3. Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas I. Legemangelen i distriktene – nordnorske funn, nasjonale utfordringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2732–5.

## Ressurskommuneprosjektet – et faglig nettverk i nord

Ressurskommuneprosjektet (1, 2) er et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø og kommunene Brønnøy, Hattfjelldal, Steigen og Vestvågøy i Nordland; Bardu, Kvænangen og Nordreisa i Troms; Nordkapp og Tana i Finnmark. Hovedmålet for prosjektet, som støttes av Helsedepartementet, er å sikre distriktsbefolkningen en forsvarlig og likeverdig legetjeneste, basert på en stabil allmenntidmedisten. For å rekruttere leger til kommunene, er allmenntidmedistene ansatt i bistillinger som universitetslektorer.

Utgangspunktet for samarbeidet er at distriktslegetjenesten skal være en ressurs for den medisinske fagutviklingen, og at strukturendringene og den økte spesialiseringen av legetjenestene krever:

- utvidet samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten
- utvidet mulighet til pre- og posthospital stabilisering, behandling og rehabilitering
- videreutvikling og modernisering av sykestuer

Prosjektet har som mål å styrke munehelsetjenesten gjennom interkommunalt samarbeid. Samarbeidsområdene er legevakt, samfunnsmedisin, undervisning og veiledning, hjelpetjenester (for eksempel helsetilbud til den samiske befolkningen), telemedisin og faglige nettverk mellom distriktsmedisinske sentre.

Universitetets mål er å sikre distriktslegetjenesten og utvikle den som undervisningsarena for medisinstudentene, og etablere kontakt mellom allmenntidmedisten og studenter, med tanke på fremtidig rekruttering.

## Nasjonal konferanse om distriktsmedisin

### Den første norske konferansen om distriktsmedisin skal holdes på Sommarøy utenfor Tromsø 6.–8. mars.

Arrangør er Helsedepartementet i samarbeid med Universitetet i Tromsø. Hovedtemaene for konferansen er innholdet i begrepet distriktsmedisin og organiseringen av legetjenesten i distriktene. Målgruppen er leger, planleggere og helsemyndigheter.

– Med fastlegeordningen fikk vi en administrativ reform av allmenntidmedisten. Nå trenger vi en debatt om innholdet i allmenntidmedisten i utkantstrøk, og hvordan primærhelsetjenesten kan bli en grunnmur

i helsevesenet, sier professor Toralf Hasvold ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Distriktsmedisin er et konsept med to hovedelementer, ifølge Hasvold: Det ene er den kompetanse som trengs for å drive en god førstelinjetjeneste på steder der det er stor avstand til sykehus. Det andre er hvilke krav som stilles til allmenntidmedistene som jobber og bor i distrikt sammen med sine pasienter, et typisk trekk ved det å være lege i utkantstrøk.

– Begrepet distriktsmedisin er en norsk parallell til det engelske uttrykket «rural health movement». Dette er betegnelsen på en pågående bevegelse i Canada og Australia.

Håpet er at konferansen i Tromsø kan være startskuddet til en diskusjon om utfordringene i norsk allmenntidmedisin, og ansvars- og oppgavefordelingen mellom første- og annenlinjetjenesten, sier Hasvold.

Han understreker at konferansen ikke har til hensikt å skape en faglig polarisering: – Det er viktig å unngå interessekonflikter mellom by og land. Men vi trenger en økt bevisstgjøring om allmenntidmedistenes ulike roller og funksjoner, sier han.

– Tom Sundar, Tidsskriftet  
*tom.sundar@legeforeningen.no*