

STEIGENMODELLEN

en modell for rekruttering, samordning og effektivisering av helsetjenester i utkantkommuner

• AV FRED ANDERSEN

Kommune-Norge opplevde en økende ressursknapphet fra midten av 1990-tallet. Rammeoverføringene var ikke tilstrekkelige til å dekke kommunenes ambisjonsnivå samtidig som nye oppgaver ble pålagt etter vedtak fra sentrale myndigheter. Dette medførte større krav til prioritering og effektivisering i kommunesektoren. Men prioritering er ingen enkel oppgave, og resultatet ble oftest at man ønsket å videreføre alle tjenestene som før, men til en lavere kostnad. Dette rammet i hovedsak de ansatte gjennom et dårligere arbeidsmiljø, større arbeidsbelastning og dårligere vedlikehold av kommunal eiendom, en utvikling som i sin tur medførte tap av fagfolk og kompetanse. Som den største kommunale sektoren var det helse- og sosialtjenesten som ble sterkest rammet. For Steigens vedkommende toppet denne utviklingen seg i 1997. Situasjonen tvang på en måte frem de ideene og den strategien som ligger bak kompetanseprosjektet «Steigenmodellen».

Hvordan sikre kompetansen i distriktene ?

Etter at den gamle distriktstlegeordningen ble avskaffet og Lov om kommunehelsetjeneste ble innført i 1984 ble de samfunnsmedisinske oppgavene i kommunene gradvis nedprioritert og usynliggjort. Faglig sett var dette en betenkelig utvikling. I et forsøk på å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene ble det i mars 1997 med støtte av Sosial- og Helsedepartementet (SHD) avholdt en nasjonal fagkonferanse i Bodø i regi av Folkehelse og Miljørettet helsevern i Salten om interkommunalt samarbeid om de samfunnsmedisinske oppgavene. Konferansen førte frem til «Bodøerklæringen om det lokale folkehelsearbeidet» (1), et dokument som i særlig grad vektla interkommunalt samarbeid om helsetjeneste.

Selv om den negative utviklingen når det gjaldt legetjenesten i utkantkommunene var tydelig for de fleste, savnet utviklingen tilstrekkelig dokumentasjon. Flere undersøkelser ble gjennomført i 1998, og den negative utviklingen for legetjenestens del ble godt dokumentert (2-4). Nils Kolstrup ved Universitetet i Tromsø (UiTø) lanserte først begrepet «ressurskommuner» høsten 1998 (5). De små utkant-

kommunene hadde gjennom flere ti-år fungert som den arena hvor yngre leger hadde møtt sine første og kanskje sine største faglige utfordringer. På mange måter bidro dette til å prege deres senere interesser og holdninger til utkantmedisin. Denne arena måtte sees på som en ressurs i den medisinsk faglige utdanning og ikke som et problem. Senere ble ideen noe modifisert slik at ressurskommune begrepet satte fokus på de utkantkommunene som klarte å bevare en velfungerende kommunehelsetjeneste i en tid med ressursknapphet og legemangel.

UiTø har i alle år brukt kommunehelsetjenesten som en viktig undervisningsarena i utdannelsen av leger. Kvaliteten i denne undervisningen sto nå i fare fordi mange kommunale stillinger var vakante eller ble betjent av utenlandske korttidsvikarer. Våren 1999 tok UiTø initiativet til to prosjekter, «Universitetslektorer og ressurskommuner» og «Allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge», nettopp for å trygge den fremtidige undervisningsarenaen for medisinerstudiet i allmennmedisin. Det er nylig utarbeidet en betenkning som redegjør for prosjektets ideologiske grunnlag og målsetning (6).

Steigentunet

I Steigen kommune ble det sommeren 1998 gjort vedtak om å planlegge en omfattende omorganisering og sentralisering av hele primærhelsetjenesten. I første omgang var planene å sentralisere legetjenesten, men etter at Stortinget hadde gjort vedtak om et nasjonalt program for å styrke eldreomsorgen i kommunene, lå de økonomiske forholdene til rette for å sentralisere også andre delene av kommunehelsetjenesten. På dette grunnlag ble ideen om en ny, stor sentralinstitusjon, «Steigentunet», lansert.

Med bakgrunn i våre tidligere erfaringer med faglig utarming og ressursknapphet på flere områder i en desentralisert og tungdrevet tjeneste, ble det viktig å kunne utnytte den ny sentralenhet i flere sammenhenger. Den måtte for det første være rekrutterende. Dernest kunne den i seg selv stå som modell for en ny organisering av distriktshelsetje-

nesten i utkantkommunene. Den samlet alle elementene etter Lov om kommunehelsetjeneste på ett sted og kunne på den måten brukes i veiledningssammenheng for ulike helsefaggrupper og tjene som arena for undervisning og kompetanseheving. Samfunnet bruker en meget stor andel av brutto nasjonalprodukt på geriatri. I praksis utøves denne tjenesten i kommunene, og midlene brukes her. Forskning innen geriatri og organisering av helsetjeneste er lavt prioritert i Norge. Ved Steigentunet blir det tilrettelagt både for helsetjenesteforskning og forskning innen geriatri, særlig demens sykdommene, som har størst prevalens i eldreomsorgen.

En så på dette grunnlag for seg mulighetene for et nærmere samarbeid mellom et kompetansesenter for distriktshelsetjeneste ved «Steigentunet» og forskningsmiljøer ved UiTø. Denne ideen ble fra Steigens side lansert for Institutt for samfunnsmedisin (ISM), UiTø, i januar 1999. I mars s.å. ble Steigen sammen med Brønnøy utpekt som de to første resurskommunene. Dette sammenfallet i idegrunnlag og i tid mellom initiativene fra Steigen og fra UiTø var viktig for den videre utviklingen. Ideene utfylte og forsterket hverandre. Dette kom særlig frem på et bredt sammensatt møte i

SHD i mars 1999 der ideene ble presentert fra begge gruppene.

Med bakgrunn i dette møtet fremmet så Steigen kommune søknad om midler til et bredt anlagt prosjekt for å videreutvikle ideene om et kompetansesenter knyttet til «Steigentunet». Kvinneuniversitet Nord (KUN) utarbeidet prosjektbeskrivelsen og søknaden på vegne av Steigen kommune. I løpet av tre måneder ble søknaden innvilget fra ulike offentlige bidragsytere. Komunal- og regional departementet (KRD) er hoved- bidragsyter. Prosjektet skal gå over tre år. KUN har prosjektledelsen.

Noen av forutsetningene for de midlene Steigen kommune i juni 1999 fikk til kompetanseprosjektet var at de modellene som utvikles i prosjektet skal virke rekrutterende, kompetanseoppbyggende, ha overføringsverdi til andre kommuner, skape ringvirkninger regionalt, føre til samordning av tjenester og fremme tverrfaglig samhandling. *Steigenmodellen* er det endelige mål for prosjektet. Ved prosjektets slutt skal modellen være ferdig utviklet og kompetansesenteret videreføres innenfor faste økonomiske rammer.



SHD krevde i april 1999 i forbindelse med egen saksbehandling av ressurskommuneprosjektet at Steigen kommune tok initiativ til etablering av interkommunal legevakt i Nord-Salten. Mye av det arbeidet som hittil er lagt ned i de tilhørende prosjektene i *Steigenmodellen*, har hatt som målsetning å skape en plattform for nyrekruttering, særlig av leger, og generelt å fremme tverrfaglig kompetanseoppbygging. Det har i den sammenheng vært viktig å få belyst hva som kan ha effekt i rekrutteringssammenheng. En undersøkelse som nylig er gjennomført (7), viser at arbeidsbelastning og faglig isolasjon står sentralt som negative faktorer for legene i utkantkommunene i Nord-Norge. Det er derfor viktig å skape faglige og organisatoriske rammer som oppveier problemene med stor arbeidsbelastning, faglig isolasjon og stor avstand til sentra og større fagmiljøer.

Regionale ringvirkninger – interkommunale løsninger

Interkommunalt samarbeid om legevakt er et eksempel på tiltak som skaper en større kontaktflate mellom små fagmiljøer og samtidig reduserer arbeidsbelastningen for disse. Nord-Salten Legevakt har vært i drift i ett år nå. Den foreløpige evalueringen viser en meget positiv effekt både når det gjelder å redusere arbeidsbelastningen for legene og å heve befolkningens terskel for å ta kontakt på legevakta innenfor forsvarlige rammer.

Interkommunal organisering av legetjenesten innen naturlige geografiske og kommunikasjonsmessige regioner er et annet tiltak som kan komme til å få stor betydning. Dette er en naturlig følge av utbygging av moderne samferdsel, nødmeldetjeneste og ambulansetjeneste i distriktene. Det er ikke lenger en selvfølge at vi med de endrede forutsetningene skal konservere gamle distrikts- og kommunegrenser som den eneste mulige ytre ramme for samarbeid.

Interkommunalt samarbeid om de samfunnsmedisinske oppgavene ved f. eks. felles kommunelege I/kommuneoverlege kan også tenkes å skape en bedre og mer forutsigbar struktur på legetjenesten i utkantkommunene og gjøre det mulig for disse å få ansatt leger med tilfredsstillende kompetanse også på dette området.

Utbyggingen av de telemedisinske tjenestene vil ha betydning for å bryte en faglig isolasjon og fremme fjernundervisning og veiledning (8). Dette gjelder ikke bare legetjenesten, men bruk av denne teknologien vil også ha stor betydning for andre helsefag grupper. Ved kompetansesenteret i Steigen kommune vil teknologien bli brukt til å styrke fagkompetanse i Steigen så vel som i nabokommunene.

En modell for fremtiden

Vi ser i dag sannsynligvis bare første fase i en omfattende omorganisering av helsetjenesten i Norge. Omorganiseringen vil omfatte både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten/sykehusetjenesten. Utviklingen går mot en høyere grad av spesialisering i sykehussektoren. Men også sykehusene vil måtte prioritere sine tjenester slik at undersøkelser og behandling må skje på lavest effektive omsorgsnivå (LEON). Liggetiden i sykehus vil bli kortere, og de oppgavene som må løses i primærhelsetjenesten vil på denne måten samlet sett bli flere og mer kompliserte. Dette kan bety at en moderne variant av kommunal sykestuedrift med større satsing på rehabilitering og kurativ behandling igjen vil bli norsk medisinsk hverdag (9,10). Som følge av dette kan det komme økende krav til praktiske ferdigheter og en subspecialisering av allmennpraksis, i første rekke i distriktshelsetjenesten. Andre land med en sammenlignbar demografi har hatt en slik utvikling (11). Dette kan på mange måter fremstå som en ønsket utvikling som kan revitalisere en noe tilstivnet primærlegetjenesten til et høyere funksjonsnivå og en konkurransedyktig status. Vi ser Steigens modell for en kompetanseoppbyggende helsetjeneste i distriktene som spennende og fremtidsrettet.

Litteratur:

1. Iversen J H, Smith A, Didriksen K, Andersen F. Bodøerklæringen om det lokale folkehelsearbeidet. Miljø & helse 1997; 3: 19,26.
2. Andersen F, Forsdahl A, Herder O. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995-97 Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1996-8.
3. Olsen A G. Hvilke faktorer får legene til å velge seg bort fra primærhelsetjenesten i Nord-Norge. Spesialoppgave i Folkehelsevitenskap, ISM, UiTø, 1998.
4. Arnesen E. Legene forsvinner fra Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4061
5. Kolstrup N. Små kommuner er ressurskommuner. Utposten 1999; 1: 13.
6. Aaraas I, Hasvold T, Andersen F, Swensen E, Straume K. Legeflukten fra distriktene. Betenkning til SHD. November 2000.
7. Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas I. Allmennlegetjenesten i Nord-Norge ved tusenårsskiftet. Manuskript under innsending.
8. Andersen F. Telemedisin som virkemiddel for å rekruttere leger til distriktene. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2174-6.
9. Langfeldt E, Aaraas I. Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 695-9.
10. Aaraas I, Langfeldt E, Ersdal G, Haga D. Sykestuemodellen, nøkkel til bedre samhandling i helsetjenesten – la sykestuene leve! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 702-5.
11. Nysveen K, Aaraas I, Andersen F, Dahl T, Holm A, Langfeldt E, Winterfeldt S. Fra utkant til utkant. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2812-4.

Bidragstydere:

Fred Andersen, kommunelegekontoret i Steigen, 8285 Leines.
Berit Woie Berg, Kvinneuniversitetet Nord, 8286 Nordfold
Ivar Johannes Aaraas, ISM, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø