

DISTRIKTSMEDISIN

— *fortid eller fremtid?*

AV MAGNE NYLENNA

Distriktsmedisin er den delen av primærhelsetjenesten som praktiseres så langt fra sykehus og spesialistservice at det kreves særlig utstyr, kompetanse eller organisering. For å sikre fremtidens distriktsmedisin må fortidens idealer tilpasses vår tids virkelighet. Det kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende må kombineres med dagens krav til fritid og arbeidsbetingelser så langt det lar seg gjøre.

Distriktsmedisin er et ord som gir assosiasjoner til distriktslegetiden og det som av mange anses som «de gode, gamle dager». Sannsynligvis var ikke de dagene spesielt gode verken for pasienter eller leger. Det betyr imidlertid ikke at vår tids primærleger langt fra sykehus ikke har noe å lære av tidligere tiders kolleger. Men det viktigste i dag er å utforme en form for allmenn- og samfunnsmedisin som kan sikre fremtiden kyndige og stabile primærleger i de mest perifere strøk av landet.

Hva er distriktsmedisin?

Distriktsmedisin er en lokalt fundert allmenn- og samfunnsmedisin praktisert med klokskap og kyndighet så langt fra sykehus at det kreves særlige organisatoriske eller utstyrmessige grep. Som regel bor og lever distriktsmedisineren i lokalmiljøet sammen med sine pasienter.

*«I sometimes wonder,» he says,
«how much of me is the last of the old
traditional country doctor and how
much of me is a doctor of the future.
Can you be both?»*

Dr. John Sassall i
A fortunate man
av John Berger (1)

Magne Nylenna



Det er viktig å ikke gjøre begrepet distriktsmedisin, eller det som internasjonalt kalles «rural health movement», til noe sært og mystisk som er helt annerledes og atskilt fra primærhelsetjenesten i byer og tettsteder. Det er særdeles uheldig om det som kalles distriktsmedisin, blir skilt ut fra faget for øvrig slik at primærhelsetjenesten gjøres til gjenstand for en slags dikotomisering. Distriktsmedisin er rett og slett den allmenn- og samfunnsmedisinen som utøves i distriktene (se def. s. 15), dvs. i områder som geografisk, kommunikasjonsmessig, kulturelt – i blant også sosialt og epidemiologisk – skiller seg fra sentrale strøk. Men en hver legevirksomhet er i og for seg lokalt basert og må tilpasses de lokale forhold. Praksis i en storby har sine særtrekk, likedan vil det være på det ytterste, nakne skjær, og i mellom disse ytterpunktene finnes alle grader og varianter av primærmedisin.

Et særtrekk ved distriktsmedisinen er at legen ofte bor og lever tett på og sammen med sine pasienter, fortrinnsvis over en periode på mange år. Distriktsmedisin er en fastlegeordning satt i verk lenge før ordene listepasient og fastlege ble oppfunnet. Distriktsmedisinen har inngått en slags uformell samfunnskontrakt som går langt utover de formelle arbeidsavtaler leger inngår.

Personlig ser jeg på distriktsmedisin som den mest omfattende og krevende, men samtidig mest spennende og utfordrende, del av primærhelsetjenesten. Jeg har en ekte og ærlig tro på distriktsmedisinen, og har selv erfart denne delen

av faget som et spennende legeliv. Derfor forstår jeg ikke helt hvorfor leger ikke ønsker å begynne – og fortsette – med distriktsmedisin.

Forsøk på en analyse

De problemene som distriktsmedisinen i dag erfarer både i rekruttering og manglende stabilitet har åpenbart med den generelle samfunnsutvikling å gjøre. I en tid der sentralisering og spesialisering er fremtredende utviklingstrekk er det ikke lett å utvikle en generell virksomhet i distriktene. Tidspress, effektivisering og økonomisk tenkning utvikler også legeroller som går på tvers av det som er typisk og grunnleggende for distriktsmedisinen. På mange måter er også fastlegeordningen en motkultur til den allmenne samfunnsutvikling og det forklarer nok mye av skepsisen til ordningen.

Forutsetningen for en god distriktsmedisin er sannsynligvis en reaktivering av den basale allmennmedisinske ideologi med sin kjerne i KOPF – begrepet: kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende. Dette er idealer som har vært under kraftig angrep de senere årene, blant annet fordi de ikke lett lar seg kombinere med et familie- og fritidsliv i tråd med dagens ønsker. Engasjement for disse krevende idealer er blitt etterlyst blant norske allmennleger (2). En oppdatering av KOPF-idealene til vår tid er en nødvendig del av arbeidet med å sikre fremtidens allmennmedisin i sin alminnelighet og distriktsmedisinen i særdeleshett. Stabilitet er avgjørende i all virksomhet som krever et stort personlig

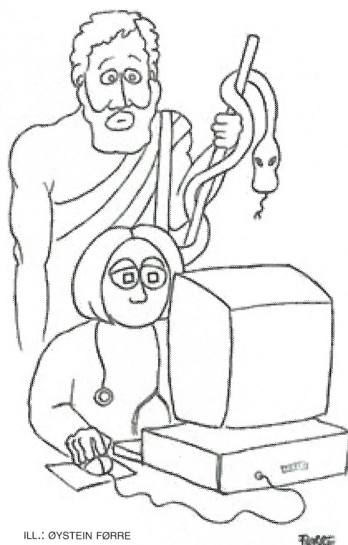


FOTO: TORGER GILJE LID

engasjement. Igjen snakker vi om egenskaper som er i strid med tidsånden. Stabilitet forutsetter nemlig tid, noe som er vårt samfunns største mangelvare og som vi får mindre av jo flere «tidssparende» hjelpemidler vi erverver oss. En annen viktig forutsetning for en livskraftig distriktsmedisin er et godt selvbylde – både for faget og den enkelte distriktsmedisin. Status og stolthet kommer ikke bare utenfra, men også innenfra. At den gode distriktsmedisin fordrer en særegen kyndighet og kompetanse er selvsagt. Rollebevissthet og rolleavgrensning er en annen nødvendighet. Allmennmedisinen har vært opptatt av fagets avgrensning de senere år, og det har sikkert vært nødvendig. Den gode distriktsmedisin må vite forskjellen mellom å være allsidig og å være allmektig. Jakten på grenser må likevel aldri bli viktigere enn jakten på fagets kjerne. Kanskje ligger litt av distriktsmedisinens problemer i at bredden i oppgaver ikke kan innsnevres for mye om forventningene skal kunne innfris. Men samtidig ligger distriktsmedisinens muligheter i at omfanget av oppgavene tilpasses vår tids legerolle og arbeidsmiljølov.

Hvilke midler kan brukes for å nå disse målene? Gode forbilder er nødvendig i enhver utviklingsprosess. Tidligere tiders distriktsleger, og for den del pionerene i det allmennmedisinske akademi, må erstattes med nye og synlige idealer. Selvstendighet både i tanke og handling må utvikles på et tidligst mulig tidspunkt i det faglige livet. Jo flere studenter på hvert medisinerkull, og jo flere turnusleger på hver sykehusavdeling, desto vanskeligere blir det å utvikle selvstendighet på et tidlig tidspunkt. Og blir ikke den selvstendige dømmekraft og beslutningsevne etablert tidlig, blir den kanskje aldri utviklet.

Fig. 1. Fortidens idealer må samordnes med dagens realiteter



ILL.: ØYSTEIN FØRRE



FOTO: TORGEIR GILJE LID

De fleste distriktsmedisinernes skjebne er en relativ faglig ensomhet. Det er sjelden flere enn én eller to, høyden tre kolleger tilgjengelig i nærmiljøet. Det er viktig at disse lokale kontaktene pleies og utvikles, men samtidig må det skapes en tilhørighet i videre forstand. Med moderne informasjonsteknologi kan det både etableres og utvikles faglige og sosiale nettverk som passer for distriktsmedisinernes formål. Lønns- og arbeidsvilkår er selvsagt også viktig. For noen tiår siden tjente man bedre som distriktslege i et utkantdistrikt enn som praktiserende lege i en by eller som sykehuslege ved en universitetsklinikk. Slik er det ikke lenger. Utjamningstilskuddet som er en del av fastlegeordningen, er et godt virkemiddel, men må mange steder suppleres med lokale stimuleringsiltak. Her forutsettes det at kommunene bidrar både i holdning og handling. Det finnes egne tilskuddsordninger til videre- og etterutdanning for primærleger i Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Lokale tilpasninger og individuelle ordninger er nødvendige de fleste steder, og mer enn på de fleste områder i norsk helsevesen er det nødvendig med «skreddersøm».

Hovedutfordringen

Det viktigste i arbeidet for å utvikle en bærekraftig distriktsmedisin er å samordne fortidens idealer med dagens realiteter (fig. 1). Historien er enveiskjørt og det finnes ingen vei tilbake til tidligere tiders løsninger. Moderne distriktsmedisin forutsetter akseptable vaktordninger, legevaksamarbeid på tvers av kommunegrensene, velutstyrte legekontorer, godt hjelpepersonell og samarbeidsvillige kommuner. Det skarpe skillet mellom arbeid og fritid kan det likevel være vanskelig å opprettholde som distriktsmedisin. Riktignok kan det utvikles gode teknikker for å av- vise pasienter og naboer som ønsker å drøfte sin inngrodde stortånegl ved fruktdisken i dagligvarebutikken. Det er



FOTO: TORGEIR GILJE LID

vanskeligere å frikople seg helt fra legerollen når man lever og bor sammen med sine pasienter gjennom et helt liv. Derfor er det nok heller ikke alle leger som egner seg som distriktsmedisinere. Som på så mange andre felter av livet er det slik at jo mer man legger inn i noe, jo mer får man tilbake. Man må være villig til å legge mye tid og kraft i et liv som distriktsmedisin. Til gjengjeld kan det faglige og menneskelige utbyttet bli betydelig. Per Fugelli har uttrykt det slik: «Enkelte leger bør nok holde seg i Bærum hele livet, og det er greit. Men de vil definitivt ikke få det så morsomt som de som drar ut i jungelen for å oppleve det virkelige Norge – på bygda» (3). I tillegg til en vid, faglig orientering der småkirurgi må få like stor oppmerksomhet som hverdagspsykiatri, kreves en bred allmenn orientering også mot samfunnet og livet utenom legekantoret. Uten å måtte være noe «overmenneske» må den gode distriktsmedisineren både kunne administrere sin praksis og sitt privatliv på en helhetlig måte. De fleste steder i landet vil det være slik at de legene som er interessert i friluftsliv og utendørsaktiviteter, vil ha større sjanser enn andre for å bli værende i et legedistrikt langt fra storbyens caféer. Manglende fartstid i et lokalsamfunn kan et stykke på vei kompenseres ved lokalhistorisk interesse og bygdebøker. Kanskje er det bredden i interessefelt som er det mest karakteristiske for distrikts-

medisineren. At man som moderne distriktsmedisinere også må ha tålmodighet og sans for humor i et monn som overgår de fleste yrkesmessige utfordringer, er en erfaring mange har gjort.

Avdøde nevrokirurgiprofessor Ragnar Nesbakken (1933–87) uttalte en gang at et av hans krav til unge leger som ville gjøre en nevrokirurgisk karriere, var at de måtte ha et godt dybdesyn. I overført betydning kan det samme sies om distriktsmedisinere som både må ha dybdesyn og vidsyn. Om jeg selv skulle formulere tre spørsmål utenom lærebokpensum til en vordende distriktsmedisinere måtte det være:

- Er du glad i natur?
- Er du glad i kultur?
- Blir du lett sur?

Litteratur

1. Berger J. A fortunate man. New York: Vintage books, 1997
2. Nylenna M. Er allmennmedisinens tid forbi? Tidsskr Nor Lægeforen 2000;120:3110.
3. Kristiansen HCH. Når det blåser som verst, lærer du best. Intervju med Per Fugelli. Æskulap nr 1/2002: 34-5.