

Distriktsmedisin: Gammel vin i nye flasker, eller omvendt?

TORALF HASVOLD INTERVJUET AV JANNIKE REYMERT OG GUNNAR STRØNO

Den første nasjonale konferansen om distriktsmedisin ble holdt på Sommarøy i Tromsø 6. – 8. mars i år. Toralf Hasvold, professor i allmennmedisin i Tromsø, var en av initiativtakerne og medlem av programkomiteen.

– *Hvorfor holder man en konferanse om distriktsmedisin nå?*

– Det er mange sammenfallende grunner til det. Det har vært en periode med svært dårlig rekruttering til legejobber i distriktskommuner. Våre studenter etterspør kunnskaper og ferdigheter som skal gjøre dem i stand til å arbeide i distriktet, og det er en internasjonal bevegelse som arbeider med «rural health». Dessuten har vi nettopp fått to store reformer i norsk helsevesen. Begge disse reformene er strukturelle reformer. Det er viktig å sette søkelyset på hva det faglige innholdet i fastlegeordningen skal være, og da blir distriktsmedisinen et viktig innspill i debatten.

– *Hva ligger egentlig i begrepet «distriktsmedisin»?*

– Det legges nok ulikt innhold i begrepet avhengig av ståsted og hvilken agenda man har. Min forståelse av begrepet er en beskrivelse av de kunnskaper, ferdigheter og den rolleforståelse leger og andre i helsetjenesten må ha for å beherske og dermed føle seg bekvem i rollen som lege i et distrikt. Jeg vil definere det slik: «Å utøve distriktsmedisin er å leve sammen med og være lege for en befolkning som bor langt fra sykehus eller store sentrale helsesentere.»

– *Hva skiller distriktsmedisinen fra vanlig allmennmedisin?*

– Distriktsmedisin er vanlig allmennmedisin i den spesielle kontekst at man har lang avstand til nærmeste sykehus. I dette ligger det konkrete forskjeller i hvilke oppgaver som man må løse i forhold til kronikere, eldre, spesielle sykdommer og akuttmedisin. I sykehusnære områder kan mange av disse oppgavene overlates til sykehuset. Men det er selvsagt ikke noe i veien for at man i sykehusnære praksiser også kan drive en allmennmedisin som er lik det vi legger i



Toralf Hasvold

distriktsmedisin. Det er derfor diskusjonen om allmennmedisinens faglige rolle og innhold blir spennende i fremtiden.

– *Bortsett fra at den akuttmedisinske kompetansen naturligvis må tilpasses til det lokale behovet, er det da noen faglig forskjell på å drive praksis i distriktet og i byen?*

– Jeg mener ja. I byen, eller rettere sagt når du og pasientene befinner dere nært et sykehus, så er det noen oppgaver som kan overføres til sykehuset. Men befinner du deg sammen med pasientene dine flere timers kjøring fra sykehus, så er det ikke praktisk mulig å sende fra seg en del oppgaver. Andre oppgaver må deles på i et samarbeid med sykehuset som for eksempel cytostaticakurer. Det er disse utvidede oppgavene, sammen med akuttmedisin og katastrofemedisinsk beredskap, som skiller bypraksis fra landpraksis. Det er jo mye av det vi i dag sender fra oss som vi kunne ta mer ansvar for dersom rammevilkårene var lagt til rette, og vi fikk sko-

lering. Det jeg er bekymret for er at oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linjen ikke er bevisste valg, men i stor grad er et resultat av hva sykehusene ønsker å skyve fra seg. Det utarmer det faglig innholdet i allmennmedisin og kan skape frustrasjoner fordi det oppleves som påtvungne oppgaver.

– *Det er naturligvis annerledes å bo som lege på et lite sted enn i en stor by hvor man er anonym. Kan du si noe om det?*

– Å bo i et lite, gjennomskiktig samfunn sammen med de man skal betjene som lege kan by på mange utfordringer. Man går inn og ut av ulike roller hele tiden: - forelder, medlem av lag og foreninger, nabo, deltaker i et lokalsamfunn, kulturliv osv., og man får kjennskap til alle på godt og vondt, man vet hvem som er skurk og hvem som er venn, men som lege må alle møtes med samme respekt og gis samme tilbud. For å mestre dette må man ha et bevisst og reflektert forhold til de rollene man har, slik at man ikke blander rollene. Da kan det gå galt. Noe av dette kan læres, men jeg tror nok at koden for å lykkes også i stor grad er avhengig av personlige egenskaper, som mangt annet i livet.

– *Er det vanskeligere å være lege i distriktet enn å være allmennpraktiker i en by?*

– Nei, det tror jeg ikke. Tvert imot tror jeg at dersom man er godt forberedt, føler seg faglig trygg i forhold til oppgavene og trives i rollene, så er det en fantastisk spennende jobb. Det som er spennende og trivelig er ikke vanskelig. Men uten å være faglig godt forberedt er det vanskelig. Det viser den manglende rekrutteringen til disse stillingen. Problemet er at verken grunnutdanningen eller videre- og etterutdanningen er godt nok rettet mot de oppgavene som møter leger i distriktene. Det er her vi har en jobb å gjøre.

– *Hvordan kan man lære seg å bli en god «distriktslege»?*

– Først tror jeg man må ha legning for det. Man må like livet og kulturen på landsbygda, og man må like å ta utfordringer, være pragmatisk og kreativ for å finne god løsning med begrensede ressurser. Så kan det faglige og det praktiske håndverket læres.

– *Allmennmedisinen har i de seinere åra fått en mye sterkere plass i studieplanene ved universitetene. Bør distriktsmedisinen inn i studiet som eget fag? Bør det lages utdanningsstillinger?*

– Ja, jeg tror det bør satses sterkere på forskning i temaet. Vi må få forskningsstillinger for å beskrive distriktsmedisin bedre, og undervisningen skal være forskningsbasert. Til tross for at allmennmedisin har større innslag i studieplanene enn tidligere, så er det min påstand at medisinstudiet er et spesialist- og teknologisentrert studium. Studentene sier selv at de ikke føler seg skikket til å dra ut i distriktene. Profilen for hele studiet må endres mer mot distriktsmedisin.

– *I flere land, som for eksempel Australia, er det en egen spesialistutdannelse i distriktsmedisin. Syns du at vi bør få det i Norge?*

– Nei. Vi har for mange spesialiteter og subspecialiteter i norsk medisin. Min visjon er at det beste i distriktsmedisin kan introduseres som «norsk standard» i allmennmedisin generelt. Under forutsetning av at legene er godt forberedt på hva oppgavene og rollen er, kan vi kanskje rekruttere de beste legene til vårt fag, og ikke bare fordi det er godt betalt.

– *Det er planer om å lage et nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin, muligens i Tromsø. Hvordan ser du på dette?*

– Som en av initiativtakerne, mener jeg det er nødvendig og viktig for allmennmedisinens fremtiden og spesielt for rekrutteringen av allmennleger til distriktene. Gjennom et nasjonalt senter kan vi drive helsetjenesteforskning i primærhelsetjenesten, utnytte den samlede kompetansen som sitter rundt om i landet som «mentorer», til å undervise i faget og fortelle historiene om arbeidet i distriktet. Dette er viktig for å lokke de unge legene til slikt arbeid. At det bør legges til Tromsø er fordi vi mener vi tross alt ligger et lite hestehode foran de andre universitetene i dette feltet, og det er mye distrikt i Nord-Norge.

– *Hva ser du som det største problemet i norsk distriktsmedisin i dag?*

– Dårlig rekruttering og stor gjennomtrekk. Ikke noe galt med utlendinger, men når flertallet av kommunelegene ikke kjenner til norsk distriktsmedisinsk kultur faller faget sammen, og befolkningen får en dårlig tjeneste.

– *Hva er det unge leger frykter mest ved å ta arbeid i distriktene?*

– At de i studiet i alt for stor grad har lært at medisin dreier seg om å rekvirere MR og avansert teknologisk utredning. De mangler kunnskaper og ferdigheter i basal klinikk og pragmatisk medisin. Risikoen for å bli hengt ut i media og få tilsynsmyndighetene på nakken skremmer. Da er det selvsagt tryggere å jobbe i et større system som et sykehus.

– *Er de gamle idealene om Distriktslegen med stor D fortsatt gangbare?*

– Nei, den tiden er nok forbi. Men den gode og trygge distriktsmedisiner tror jeg har stor tillit og respekt i bygdene fortsatt.

– *Hva kjennetegner den gode, moderne distriktslegen?*

– Lokal kunnskap og kulturforståelse, kunnskaper og ferdigheter til å ta på seg de mange oppgavene og utfordringene som avstanden til sykehuset krever, og at de føler trygghet når de går hjem fra jobben. Det er viktig å kjenne sin begrensning og henvise når det er nødvendig. Men først og



fremst må de ha en god dialog med sine pasienter og sin befolkning, basert på respekt og likeverd.

– *Er det annerledes for kvinner enn for menn å være lege i distriktet?*

– Nei. De kvinnelige legene jeg kjenner som har lyktes i distriktet tar ansvar, er faglig dyktige og gode til å kommunisere med sine pasienter. Men det er en jobb som krever deg helt ut og det kan derfor være vanskelig å kombinere med stort ansvar på hjemmefronten.

– *I 1985 ble den statlige distriktslegeetaten nedlagt, og ansvaret ble overført til kommunene. Syns du primærlegetjenesten fortsatt bør være et kommunalt ansvar, eller bør den ligge under et annet forvaltningsnivå?*

– Jeg syns kommunene ikke har tatt ansvaret og utnyttet den mulighet som ble gitt de i 1985. Den kommunale samfunnsmedisin er forvitret, kommunehelsetjenesten består av en stor omsorgsetat og privat legepraksis. Jeg ser ikke at kommunen som forvaltningsorgan bruker den medisinskfaglige kompetanse de faktisk sitter på. Nå er barrierene mellom forvaltningsnivåer i helsesektoren mer en ulempe enn en ressurs. Pasientene kan bli «Svarteper» i spillet om ansvaret. Jeg er redd for at dette spillet i fremtiden vil bli mer tydelig. Eldreomsorgen sliter under for lite medisinsk kompetanse. For å tilføre eldreomsorgen mer medisinsk kompetanse vil kommunene dytte ansvaret over på helseforetakene og helseforetakene hevde at det er et kommunalt ansvar. Derfor er svaret: – la helseforetakene overta hele

helsesektoren, og vi får et samlet ansvar som er tydelig forankret i staten.

– *Syns du at den gamle betegnelsen «distriktslege» bør innføres igjen?*

– Jeg tror den gamle distriktslegen hadde en status og autoritet som vi mange ganger savner i dag. Men jeg tror ikke vi får til en bedre rekruttering til distriktene ved å lete etter gamle løsninger. Samfunnet er et annet i dag enn da vi hadde distriktslegene. Jeg har ikke noe imot å pusse støvet av tittelen, men oppgavene og rollen vil bli en annen uansett.

– *Hvordan kan kommunene legge forholdene til rette for god legedekning?*

– Det er komplekst. Legene må tilbys god økonomi og gode arbeidsforhold. Ektefellene må ha muligheter til arbeide, og det må finnes barnehager til barna. Legene må ha med seg en faglig ballast slik at de ikke føler seg faglig usikker. Og kommunen må vise tydelig at de setter pris på sin lege, og ta vare på de de ønsker å beholde. På dette feltet ser jeg at mange kommuner er elendige og har mistet mange gode fagfolk.

– *Steinar Westin har stilt spørsmålet om fastlegeordningen betyr døden for distriktene. Hvordan ser du på det?*

– Jeg er uenig. I den grad distriktene har hatt lege så har det eksistert en «fastlegeordning». Befolkningen og legen har vært knyttet sammen med få muligheter til å velge annen

lege eller ekskludere pasienter. Problemet som jeg tror Steinar Westin ønsker å problematisere, er effekten av «privatiseringen» av legetjenesten. Det skaper avtalemessige utfordringer som kan gi bypraksis økonomiske fortrinn. Men denne utfordringen har ligget der hele tiden. Jeg tror det er lite fruktbart å gå løs på fastlegeordningen nå. Mange leger som jobber i distriktene og trives med det, har funnet seg godt til rette også innenfor fastlegeordningen.

– *Hvis man skal være lege i distriktet, må man naturligvis ha et godt samarbeid med andrelinjetjenesten. Hvordan er situasjonen i dag?*

– Her er det mye som kan forbedres. De formelle samhandlingene gjennom henvisninger og epikriser kan forbedres, det bør etableres nye møteplasser for samhandling og ikke minst er det viktig å få til en ny «kultur» for samhandling. Sykehusleger og primærleger må støtte og supplere hverandre til beste for pasientene. Ingen er tjent med at sykehusleger snakker nedsettende om sine kolleger i primærhelsetjenesten gjennom pasientene. Jeg har tro på at vi kan få til forbedringer her. Helse Nord har invitert en faggruppe til nettopp å utrede hvordan vi kan forbedre samhandlingen mellom første og andrelinjetjenesten i Nord-Norge. Jeg leder denne gruppen som består av sentrale og dyktige kolleger fra både primærhelsetjenesten og sykehusetjenesten. Vi er nettopp begynt med arbeidet, men jeg tror vi skal kunne komme opp med en del gode forslag. Trondheim kommune har jobbet lenge med konkrete tiltak for bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Jeg har derfor tro på at vi vil se en endring til det bedre på dette området.

– *Telemedisin blir ofte omtalt som en løsning for leger langt fra sykehus. Hvordan ser du på dette?*

– Telemedisin har sin berettigelse i å binde sammen distriktsmedisinen og sykehusene. Jeg tror det er mange muligheter som fortsatt ikke er utnyttet her. Telemedisin har kanskje til nå ikke vært fokusert nok på dette feltet. Medisinsk informasjonsteknologi har et stort potensiale også innenfor undervisning fra distrikt mot studenter i sentrum, og fra sentrale institusjoner ut til distriktene.

– *Etter at staten nå har overtatt sykehusene, har de fått styrket sin makt og sin posisjon. Er du redd for at dette vil føre til en ytterligere forskyvning av maktforholdene mellom primærhelsetjenesten og andrelinjetjenesten?*

– Nei, som jeg nevnte så er det nettopp fra Foretaket Helse Nord at initiativet er kommet til å forbedre samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Jeg tror dessuten at foretakene skjønner at de er helt avhengig av en faglig godt fungerende primærhelsetjeneste for å kunne løse sine oppgaver.

– *Ser du det som et problem at distrikthelsetjenesten ikke har noe organisert apparat for felles opptreden og kommunikasjon overfor helseforetakene og myndighetene ellers?*

– Ja, dette er et kjempeproblem. I prosessen om bedre og nye former for samhandling mellom allmennlegene og sykehusene mangler vi den organisasjonen som med legitimitet og autoritet kan være talerør for allmennlegene.

– *Hvordan ser du for deg distriktsmedisinen om 20 år?*

– Vanskelig spørsmål! Hvordan er samfunnet om 20 år? Hvis jeg likevel skal prøve å være spåmann (det er jo heller ingen andre som har lyktes i den rollen), så tror jeg at de minste utbygdene er forlatt og at sentrene i distrikts-Norge er blitt større. Distriktsmedisin er blitt en bærebjelke i allmennmedisin og har igjen høy status blant arbeidsfeltene i faget. Distriktsmedisin er oppdaget av samfunnsplanleggerne å være en viktig forutsetning for stabilisering av bosetningen. Folk velger å bo i distriktene fordi her får de et godt helsetilbud preget av service, kontinuitet og topp faglighet. Men sikker er jeg ikke!

