

Making it Work

– RURAL HEALTH I GOLFENS HJEMLAND

AV ANDERS SVENSSON

Vi lever i en verden preget av sentralisering og urbanisering. Likevel bor majoriteten av Norges og verdens befolkning fortsatt «på landet». De demografiske endringene i den vestlige verden, med en aldrende befolkning, er enda mer markant i distriktene enn i byene. Jo eldre innbyggere, jo større behov for helsetjenester. Befolkningen i utkantstrøk krever, med all rett, å få ta del i den medisinske og teknologiske utviklingen. De vil ha samme tilbud som alle andre. Dette stiller store krav til organisering og utvikling av helsetjenester i utkantstrøk. I april rapporterte Utposten fra et seminar på Sommarøy, arrangert av ISM Tromsø, om distriktsmedisin. I september arrangerte Helse Nord en konferanse som omhandler samme utfordringer med en noe annerledes innfallsvinkel. Denne artikkelen beskriver tanker, tendenser og resultater fra konferansen.



Skottland og Nord-Norge deler mange forhold som skaper utfordringer for helsevesenet. De har begge store regioner med spredt bosetting. Befolkningsutviklingen er lik innbyggertallet går ned og befolkningen blir eldre. Vanskeligheter med rekruttering og stabilisering av helsepersonell skaper store problemer både i Norge og Skottland.

HELSE NORD

I september 2003 arrangerte Helse Nord, og NHS-Skottland (eg. RARARI), en konferanse i Scotland kalt Making it Work., med støtte fra Universitetet i Tromsø. Hensikten med konferansen var å sette fokus på rekruttering og stabilisering av helsepersonell i utkantstrøk og hvordan man skal klare å bibeholde helsetilbud i isolerte regioner.



Omtrent 300 deltakere fra Norge, Australia, Russland, Canada, USA og Skottland speilet helsevesenets mangfold, men konferansen var naturlig nok preget av at den ble arrangert av to helseforetak. Ledelse og administrasjon var godt representert på konferansen, mens kommunehelsetjenesten, som berøres sterkt av de løsninger som velges av helseforetakene, ikke var representert.

Konferansen var organisert i felles møter på formiddagen, som hadde som mål å beskrive den virkelighet og de utfordringer helsetjenesten i Skottland og Norge står ovenfor. Ettermiddagene var delt i fire parallelle sesjoner, etterfulgt av mer enn 30 forskjellige seminar av forskjellig størrelse.

Remote and Rural Areas Resource Initiative (RARARI) er et prosjekt som startet 1999, underlagt National Health Service (NHS) Scotland. Målsettingen for RARARI er å møte de utfordringer som ligger i å drive helsetjenester i utkantstrøk i Skottland.



Deltakerne samlet utenfor St Andrews Bay Hotell

Dersom hotellet, med flott beliggenhet ned mot St. Andrews Bay, ga et inntrykk av materiell overflod, ga valg av organisering et inntrykk av informasjonsoverflod. Kvaliteten på seminaret og parallelle sesjoner var svært variabel. Der var alt fra kreative, givende seminar til dårlig gjennomtenkte og ille forberedte workshops.

Samfunnsutviklingen gir utfordringer for helsevesenet i distriktene

Mac Armstrong, medisinsk direktør i NHS Skottland, beskrev de utfordringene som den generelle samfunnsutviklingen skaper for helsetjenesten i utkantsstrøk. Han hevdet at infeksjonssykdommene har fått ny aktualitet. Prionsykdommene har tilkommet, og tuberkulosen har gjenoppstått som et stort helseproblem. Resistensutvikling kommer å skape store problemer i behandlingen av infeksjonssykdommer i fremtiden. Behandling av kroniske sykdommer blir stadig viktigere. Hjertekarsykdommer, cancer og psykiatriske lidelser krever store ressurser. De demografiske endringene i samfunnet med en befolkning som stadig blir eldre og som skal forsørges av de unge som stadig blir færre, skaper store økonomiske utfordringer men også problemer med rekruttering av helsepersonell. Befolkningens forventninger til helsevesenet har blitt større, noe som bør få store konsekvenser for organisering og valg av løsninger i fremtiden.

Helsepersonellets forventninger har også økt, både faglig og privat. Alle disse aspekter er felles for hele landet, men geografi, økonomisk utvikling, arbeidsmarked og demografiske endringer og sosiokulturell utvikling gjør at de generelle utfordringene blir mer markerte i distriktene.

Evind Vestbø, kommunelege i Finnøy, og Torgeir Gilje Lid, fastlege og kommuneoverlege i Stavanger beskrev den distriktmedisinske virkeligheten gjennom historier og bilder fra en leges hverdag. Mads Gilbert, leder for akuttmedisins avdeling UNN, presenterte sitt prosjekt i Burma der han og andre kolleger utdanner paramedisinsk personell (barfotdoktorer) for å ivareta den akuttmedisinske kjeden i



Fra venstre: Trude Grønlund (Leder av planleggingskomitten) Olav Helge Førde (Styreleder Helse Nord), Malcolm Chisholm (Helseminister i Skottland), Stewart Whiteford (leder av RARARI), Marit Eskeland (Helse Nord) og Jim Royan (Leder av konferansen)

et land uten medisinske og økonomiske ressurser. Han stilte spørsmålsteget ved prioriteringer i norsk helsevesen og dermed indirekte også settingen for denne konferansen. Han siterte, ikke helt overraskende, Ernesto Che Guevara, en ikke ukjent lege: «Det er slik at ett enkelt menneskeliv er mer verd enn den samlede verdien av alle eiendommene til jordas rikeste menn «til glede for enkelte av oss – til irritasjon for andre.» Han fortalte også hvordan vi løser de logistiske og klimamessige utfordringene i Nord-Norge.

Richard Holloway, teolog fra Edinburgh, fortalte om paradigmeskiftet i det moderne samfunn; fra et autoritativt samfunn til et samfunn preget av et ønske om felleskap og konsensus. Han snakket om de etiske utfordringene vi står ovenfor når det gjelder den teknologiske og medisinske utviklingen. Hans hovedpoeng var at vi må tro forsiktig og ikke velge de ekstreme standpunktene, det være seg den ene eller den andre veien.

Skottlands ambulansekörps har en egen sekkipipeorkester som innledet konferansen.





Deltakerne ble ønsket velkommen av Skottlands ambulansekorp som gav en nydelig sekkepiperkonsert.

Roger Strasser, rektor for et nystartet medisinsk universitet i Ontario, delte sine erfaringer om rekruttering av allmennleger i isolerte regioner i Ontario.

Sustaining health services – opprettholde helsetilbudet og/eller endre innholdet

Sykehusledelsen/myndighetene, både i Skottland og Norge har begge dratt slutningen at det ikke er mulig å opprettholde dagens helsetilbud på plasser langt fra befolknings-sentra. Under konferansen ble dette tema diskutert. Man snakket om at befolkningen må få like godt tilbud som i dag, men kanskje må de reise for å få behandling. Man snakket om «core services», et «kjernetilbud» som alle skal få uansett hvor de bor, men at mer ressurskrevende tilbud må sentraliseres. Hva som skal inngå i begrepet kjernetilbud ble ikke problematisert i stor grad, men i Skottland mener mange at visse tjenester som i dag utføres av leger i fremtiden må utføres av sykepleiere. For eksempel kan akuttfunksjonen på lokalsykehus nattetid ivaretas av team som ledes av sykepleiere. I morgendagens helsetjeneste kommer fleksibilitet og tverrfaglighet/teamjobbing til å stå i fokus. Helsetjenesten skal være i fokus, ikke helsearbeidernes behov. Utdanning og planlegging må skje i forhold til den prioriteringen.

Endringsprosesser – en faglig og pedagogisk utfordring

Et av seminarene under konferansen behandlet hvilke krav som stilles til endringsprosesser i helsevesenet. Geir Sverre Braut, assisterende helsedirektør i Helsedirektoratet, hevdet at når helsemyndighetene planlegger et fremtidig helsevesen må, de ikke bare ta hensyn til hva som er medisinsk forsvarlig, hva som er godt nok, men også vurdere befolkningens forventninger til helsevesenet. Dersom befolk-

ningen forventer at tilbudet skal opprettholdes, nytter det lite at fagfolk og myndigheter sier at det er medisinsk forsvarlig at tilbudet sentraliseres til nærmeste by.

Når man har vurdert behovene og befolkningens forventninger bør man gjøre en risikoanalyse der man analyserer konsekvensene av en endring. Før et forslag til løsning fremmes bør det foretas en kost-nytte analyse.

I dette lyset er det ikke vanskelig å forklare helseforetakenes store problemer ved omorganisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Helsemyndighetene i Skottland opplever den samme massive motstand mot endringer i sykehusstrukturen vi så i Vesterålen våren 2003. Så det virker ikke heller som om skotske myndigheter tar hensyn til folkets forventninger i planleggingsarbeidet.

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell

Stadig flere unge vokser opp i byene og har liten kjennskap til livet utenfor sentrale strøk. Ønsket om et urbant liv er norm blant de unge.

En av foreleserne beskrev den nye generasjonen som individualister. De prioriterer seg selv og sine nærmeste. De er rettighetsorientert og ønsker personlig vekst uten plikter. De mangler «kall» og er ikke interessert i å gjøre arbeidet til en livsstil. De prioriterer sosialt nettverk og er i stor grad urbane mennesker. De aksepterer med andre ord ikke de rammebetingelser som arbeid i utkantskommuner i dag representerer.

Roger Strasser, rektor ved det nye medisinske universitetet i Ontario, forklarte vanskelighetene med rekruttering og stabilisering i utkantstrøk med at studentene i utgangspunktet har en negativ oppfatning av landsbygda. De ser landsbygda fra et urbant utgangspunkt. Landsbygda er flott for ferie, men de kan ikke tenke seg å bo der. Utdanningen i universitetssykehus i byene forsterker denne oppfatningen. Den gir studentene et sykehusperspektiv på medisinsk praksis som ikke er forenlig med arbeid på landsbygda. De blir helt enkelt opplært til at en god medisinsk praksis på landsbygden ikke er mulig. De som likevel prøver arbeid på landsbygda møter en virkelighet de ikke er utdannet og trent til. Grunnet dårlig bemanning blir arbeidsbelastningen for stor, og de forlater bygda styrket i sin negative holding til landsbygda.

En studie i Ontario i Canada viser at de leger som blir i perifer strøk, ofte har visse fellestrekk. De har ofte erfaring fra et liv i utkantstrøk. Enten ved at de har vokst opp på landsbygda, eller for at de tidlig under utdanningen har hatt tett kontakt med fagfolk som arbeider i utkantstrøk. De har også ofte fått en målrettet utdanning for å takle de krav som helsearbeid på landbygda stiller.



Det sosiale programmet var påkostet. Her danser de norske deltakerne under den norske gallamiddagen, etter at Susanne Lundeng hadde innledet med en kort, intens konsert.

En rekke prosjekter som har som mål å bedre rekruttering og stabilisering av helsepersonell ble presentert – de fleste norske. Dersom konferansen speiler kunnskapen om faktorer som påvirker rekruttering og stabilisering av helsepersonell i utkantstrøk, har man forbausende lite vitenskaplig fundert kunnskap. Men de tiltak man har gjennomført i Helse Nord og i mange kommuner i Norge, er adekvate og bør videreføres og videreutvikles.

Nettverk – av avgjørende betydning for helsevesenet i fremtiden?

I en spørreundersøkelse gjort under konferansen mente 54 prosent av deltakerne at støttende nettverk er den viktigste faktoren for stabilisering av helsepersonell i utkantstrøk.

En sesjon om «The Viking Surgeons» beskrev hvordan kirurgene på flere små-sykehus – som svar på de store sykehusenes krav om subspesialisering og trussel mot akuttfunksjoner – hadde dannet et nettverk for å sikre faglighet og kvalitet på tjenestene på de små sykehusene. Det baserer seg på nært samarbeid med kirurger på større sykehus, med utveksling av pasienter, operasjoner i fellesskap for å lære/vedlikeholde, registrering av resultater for å sikre kvalitet osv. Det var godt å høre at det er mulig å organisere det slik at kvaliteten holder og arbeidsbetingelsene blir levelige også på små sykehus. Men det krever vilje og entusiasme fra dem som skal jobbe der, og fra dem som skal bidra til organiseringen i hvert fall inntil systemene er operative. Interes-



Panel debatt – fra venstre: Gordon Jamieson (NHS Quality Improvement Scotland – QIS), Geir Sverre Braut (Norwegian Board of Health), Mac Armstrong (CMO), Prof John Temple (QIS), Synnøve Roald (Norwegian Ministry of Health), Ailsa Fraser (Public Representative) Ann Markham (NHS Education for Scotland)

sant er det også å høre at 40 prosent av studenter/turnusleger kunne tenke seg å jobbe på et lite sykehus dersom organiseringen ga faglig trygghet og gode muligheter for en karrierevei på lokalsykehusnivå.

En av målsettingen med konferansen var å skape nettverk for videre samarbeid. Det sosiale programmet var svært påkostet. De som arrangerte konferansen hadde åpenbart ambisjoner om at dette skulle bli starten på et samarbeidsprosjekt mellom Skottland og Norge. Man ønsker å knytte begge helseforetakene til hverandre og skape et nettverk som kan hjelpe til å redefinere helsetjenesten i regioner langt fra sentrale strøk. Det kan diskuteres om ikke den formelle formen og småskalavirksomheten på Sommarøy er mer hensiktsmessig for å skape godt nettverk. I 2005 skal konferansen arrangeres i Vesterålen, og i mellomtiden ble deltakerne oppfordret til å delta i et internetbasert diskusjonsfora – eWorkshop. Til nå har dette ikke blitt særlig brukt.

Rural Health står på dagsorden

Denne konferansen var svært annerledes både i form og innhold enn møtet på Sommarøy. Men felles er en innsikt om at samfunnsutviklingen gir store utfordringer i fremtidens helsevesen i utkantstrøk, og at disse utfordringer må møtes med en aktiv politikk. Utposten følger utviklingen.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Anders Svensson. Kontakt ham på anders.svensson@bo.nhn.no