

# DISTRIKTSMEDISIN

– veiviser og lokomotiv i utviklingen av morgendagens helsetjeneste

AV ANETTE FOSSE

Distriktsmedisinsk senter, sykestue, nærsykehus, kommunehospital, halvannelinjetjeneste, gråsoner, samhandlingsarena, felles akuttmottak... mange begreper svirrer i luften, og «alle» snakker om å fylle gapet som er oppstått mellom første- og andrelinjetjenesten, slik at vi kan få «en sømløs helsetjeneste».



**Anette Fosse**

Spesialist i allmennmedisin, Øvermo Legesenter, Mo i Rana. Fastlege for 906 innbyggere, sykehjemslege, styremedlem i Helgelandssykehuset HF, kommunestyremedlem for SV i Rana kommune.

Men innholdet i begrepene varierer avhengig av hvem som bruker dem. Det medfører en uryddig diskusjon. Avhengig av om man spør en helsebyråkrat i departementet, en sykehusforetaksleder, en sykehuslege, en primærlege eller en lokalpolitiker vil det dessuten være ulike vurderinger av hvilke problemer som bør løses av hvem, hvor og hvordan.

Våren 2003 kom Sosial- og Helsedirektoratet med rapporten Distriktsmedisinske Senter (DMS) (1), og 8. mai stilte FrPs John Alvheim følgende spørsmål til helseministeren i Stortinget: «Ser statsråden for seg at enkelte lokalsykehus uten akuttberedskap kan bli omgjort til distriktsmedisinske sentre?» (2).

I løpet av høsten 2003 ble det avholdt flere konferanser og seminarer som berørte «gråsonen»: KS-konferansen «Sykehusreformen – en blåmandag for lokalsykehusene?», der et av temaene var «Distriktsmedisinske sentre – helsebyråkraternes lokalsykehus?», NSHs høringskonferanse om Distriktsmedisinske senter, Distriktsmedisinsk workshop under Nidaroskongressen, og kurs for praksislærere i Tromsø. Disse har bidratt til en viss rydding i feltet, slik at diskusjonene etter hvert kan bli konstruktive og kanskje føre til gode løsninger. Det er imidlertid fortsatt noen områder som det kan være nyttig å gå nærmere inn på:

1. Hva er innholdet i de ulike «halvannelinjeløsningene»?
2. Hva er distriktsmedisin?
3. Hvem er/bør være premissleverandører?
4. Hva slags helsetjeneste trenger vi?

## Hva er innholdet i de ulike «halvannelinjeløsningene»?

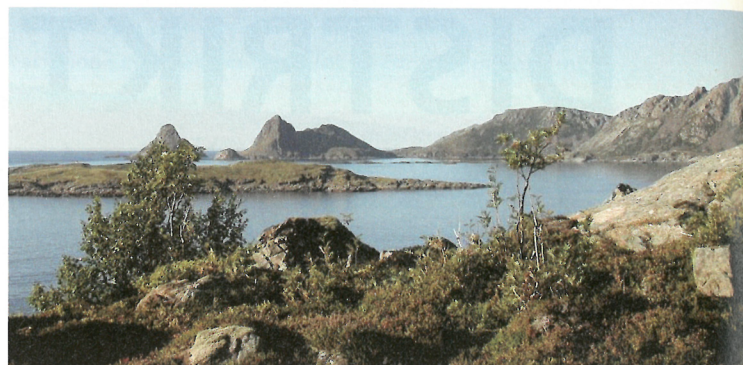
Det finnes ingen fasitsvar på dette spørsmålet, men jeg vil her gi min personlige fortolkning av ulike løsninger, inspirert av diskusjonene på høstens konferanser:

- **Distriktsmedisinsk senter:** Det finnes ulike varianter, de fleste innebærer en samlokalisering av primærhelsetjeneste og ambulante sykehusspesialister, gjerne i felles lokaler med fysioterapi, sykehjem, eventuelt også sykestuesenger/fødestue. Noen drives av kommunen, og er basert på primærhelsetjenesten. Andre er hovedsakelig sykehusdrevet, med fokus på poliklinikk- og dagbehandlingsvirksomhet.

- **Sykestue:** Godt, gammelt begrep. Drives vanligvis av kommunen og primærlegene, men med systemansvar på sykehusnivå. Ytter akuttbehandling før transport til sykehus, kan behandle enklere tilstander slik at man unngår sykehusinnleggelse, og gir mulighet for tidlig tilbakeføring av sykehuspasienter.

- **Nærsykehus:** Nytt begrep fra helsebyråkratområdet, ikke ferdig definert. Sannsynligvis et slags indremedisinsk lokalsykehus, kanskje anestesiserive, uten kirurgisk avdeling,





men med ambulerende spesialisttilbud. Noen ser for seg at allmennlegene skal aktivt inn i vakttjenesten på nærsykehuset. Er tenkt å erstatte noen av dagens tredelte lokalsykehus.

- *Poliklinikk i distrikt*: Sykehusspesialist med utekontor, uten spesielt samrøre med primærhelsetjenesten.
- *Kommunehospital*: Engelsk modell, sykestuelignende, men kan ligge i by og i nærheten av sykehus, allmennlegedrevet i samarbeid med lokalsykehuset.
- *Felles akuttmottak*: Legevakt og mottakelse som en enhet med felles lokaler og felles personale, der legevaktlegen har tilgang på observasjons-senger og noe av sykehusets diagnostiske utstyr.

I tillegg til ovennevnte modeller, kan man tenke seg enklere løsninger som for eksempel sykehjem med observasjons-senger, ekstra utstyr og bemanning, slik at de kan behandle noe mer avansert enn vanlige sykehjem. Tilgang på lab, evt. røntgen og tilpasset bruk av telemedisin er ønskelig ved alle de ulike modellene.

### Hva er distriktsmedisin?

Tradisjonelt forbinder vi begrepet distriktsmedisin med Doktoren i bygda, han som jobbet døgnet rundt, kom når det trengtes, hadde kunnskap om alt og alle og fant lure løsninger på de mest sammensatte problemer. Etter 1984 forsvant distriktslegen, og begrepet distriktsmedisin gikk inn i en dvale som varte i mange år. Allmennmedisinen har vokst seg sterk i byene – på bekostning av distriktene vil mange hevde. Rekrutteringsproblemer til legearbeid i distrikt har vært kroniske. Men nå gror det fram et engasjement og en bevissthet om de spesielle utfordringene allmennlegene i distrikt står overfor. Nettverksbygging og en systematisk synliggjøring av hvilke kunnskaper og ferdigheter som trengs i tillegg til vanlig allmennmedisinsk kunnskap er nødvendig for å sikre faglig kvalitet, rekruttering og stabilitet. Dette har bl.a. ført til prosjektet med ressurskommuner knyttet til Institutt for samfunnsmedisin i Tromsø, og til planleggingen av Nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin i Tromsø. I denne sammenhengen

er altså begrepet distriktsmedisin knyttet til primærhelsetjenesten som en kombinasjon av allmenn- og samfunnsmedisin i et avgrenset område, oftest langt fra sykehus, der legen som regel bor og er en del av det lokalsamfunnet hun utøver sin legegjerning i.

Distriktsmedisin er «allmennmedisin med noko attåt». Fordi allmennmedisin i distrikt må strekke seg både faglig og praktisk, og i større grad må ta hensyn til lokalsamfunnets sammenhenger, blir det her vi kan se rammene for hva som er mulig å gjøre i allmennpraksis. Distriktsmedisinen bør derfor kunne danne mal for allmennmedisinsk tenkning, og bør bli et viktig satsingsområde som også engasjerer forskere og legestudenter (fig.1).

Begrepet distriktsmedisin er imidlertid de senere årene blitt brukt i en helt annen sammenheng: Distriktsmedisinsk senter (DMS), som spissformulert kan oppfattes som nærmest det motsatte av den opprinnelige betydningen av distriktsmedisin (primærhelsetjeneste med bredt fokus på individ og lokalsamfunn). DMSene er spesialisthelsetjeneste flyttet ut i distrikt, altså en slags poliklinikk langt fra sykehus, med innebygget fragmentert sykehustenkning.

Figur 1

### Hvorfor distriktsmedisin?

⌘ Allmennmedisin i distrikt må sprengre grenser – noe å strekke seg etter.

⌘ I medisinen verden er allmennmedisinen fagets distrikt.

⌘ Bør bli et lokomotiv for den brede, helhetlige allmennmedisinen med forankring i lokalsamfunnet



Med disse to relativt motstridende betydningene av begrepet blir det nødvendig å holde tunga rett i munnen når vi skal diskutere satsing på distriktsmedisin: er det den helhetstenkende primærmedisin vi vil styrke, eller er det sykehusmedisin ut til folket som er målet?

Navnet er ikke det viktigste, men innholdet. Og da er det viktig å vite hvem som snakker når ordet distriktsmedisin brukes – helsebyråkraten i direktoratet mener antagelig DMS-betydningen, mens kommunelegen i Vesterålen tenker på den «gamle» betydningen. Det de egentlig snakker om, er ulik vektlegging av balansen mellom primærmedisin og sykehusmedisin. Det er helt nødvendig med en bevisst holdning til hva slags helsetjeneste vi ønsker når vi skal bygge opp nye tilbud eller endre eksisterende organisering. Vi ønsker å finne fram til gode, jevnbyrdige samhandlingsarenaer mellom første- og annenlinjetjenesten. Da er det viktig hvem som er premissleverandører i den videre oppbyggingen av helsevesenet.

### Premissleverandørene

Det er pasientene og primærhelsetjenesten som er brukerne av annenlinjetjenestene, og det bør være primærhelsetjenesten og lokalsykehusnivået som utreder og behandler de fleste lidelser. Likevel finnes de tyngste premissleverandørene i utformingen av helsetjenestene i tredjelinjen i sentral- og universitetssykehusmiljøene og i byråkrati og administrasjon på nasjonale og regionale nivåer. Det har så langt vært liten lydhørhet overfor innspill fra grunnplanet. Dette fører til løsningsforslag som ikke har fotfeste lokalt, og dermed blir vanskelige å gjennomføre. Det fører sannsynligvis også til dyrere helsetjenester fordi fokus er på tredjelinjens behov, og man følger dermed ikke LEON-prinsippet. Det har vært mye snakk om desentralisering av spesialisthelsetjenester de siste årene, men faktum er at i samme periode

har sentralsykehus og universitetssykehus fått en stadig økende andel av helsekronene, altså en sentralisering av ressursene. Dette er en direkte konsekvens av at premissene for fordeling av midler dikteres fra toppen av helsepyramiden, der utsynet er kikkertaktig og fragmentert, og der de vanlige, hyppige lidelsene enten er sjelden vare, eller de er høystatussykdommer med stor interesse for kvistspesialistene. Mens kronikere med lavstatussykdommer, som ofte kunne fått betydelig bedre behandling og omsorg med enkle, ikke så kostbare tiltak i primærhelsetjenesten eller lokalsykehus, blir oversett. Dette til tross for at politikere og byråkrater samstemmig har hevdet at de vil satse på kronikerne. Det er derfor ikke likegyldig hvem man velger som premissleverandører, og bevisstheten rundt dette er avgjørende for hva slags helsetjeneste vi får.

### Hva slags helsetjeneste trenger vi?

Pasientene ønsker gode helsetjenester så nært som mulig når det haster, de vil velge fritt og kan gjerne reise et stykke for enkle, elektive inngrep, men vil samtidig ha nærhet og kontinuitet dersom langvarig eller alvorlig sykdom rammer.

Det hersker ingen uenighet om at det økende gapet mellom første- og annenlinjetjenesten er en av utfordringene i organiseringen av helsevesenet. Økende spesialisering og sentralisering i sykehusfagene har ført til at stadig flere funksjoner og tilbud flyttes bort fra lokalsykehusene og inn i de store sykehusene. Inne i de store sykehusene er hver avdeling subspecialisert, slik at gamlemor med uklare symptomer og flere ulike lidelser må flytte rundt mellom ulike poster for å få utredningen gjort, og ingen har fokus på hele henne. I de mindre lokalsykehusene er forholdene enklere og mer oversiktlige, og det er fullt mulig å få gjort de fleste nødvendige utredninger og behandling av vanlige lidelser





der. Men helseforetakenes svar på konsekvensene av sentralisering og spesialisering er ikke å videreutvikle og styrke generalistene og lokalsykehusfunksjonene, men å tenke ut nye modeller der primærlegene skal overta mer og mer av lokalsykehusfunksjonene. En slik overføring av oppgaver fra sykehusforetak til kommunenivå kan være faglig begrunnet i noen tilfeller, men er hovedsakelig økonomisk motivert fra foretakene, som kun skal ta hensyn til egne budsjetter. Vi er midt i svarteperspillet...

Allmennlegene, derimot, ønsker et godt lokalsykehusstilbud som basis i annenlinjen (3), der sykehusgeneralister tar hånd om de hyppigste, vanligste sykehuskrevende tilstandene så nært pasientenes bosted som mulig, og der det ligger godt til rette for samhandling mellom nivåene pga nærhet og kjennskap til hverandre. Gode generelle lokalsykehusavdelinger bør derfor også finnes i de store sykehusene. Det er vanskelig å se for seg hvordan et DMS skal kunne erstatte dagens lokalsykehusstilbud. Enkle, elektive sykehus tjenester kan til en viss grad desentraliseres gjennom ambulerende spesialister til DMS og lignende, og kan i enkelte tilfeller bli et bredt og sammensatt tilbud om polikliniske tjenester langt fra sykehus. Telemedisin er fremmet som løsningen på store avstander, men har vel etter hvert vist seg å ha en del begrensninger som innebærer at det i de fleste sammenhenger er vanskelig å bruke telemedisin til å erstatte fysiske spesialister.

### Tanker videre

«En sømløs helsetjeneste» høres besnærende ut, og virker umiddelbart som et godt mål å ha for øyet. Men vi må vokte utviklingen slik at vi ikke samtidig får «en grenseløs helsetjeneste».

*Alta Helsesenter – fremtidens spesialisthelsetjeneste i distriktene*



De mange forslagene for å tette det økende gapet mellom første- og annenlinjen er spennende, og fortjener oppmerksomhet. Ingen aktører bør sette seg på bakbeina i utgangspunktet. Men det er ikke likegyldig hvem som er premissleverandører. Alle de ulike løsningene har fordeler og ulemper som vil bidra til å endre også andre deler av helsetjenesten i området, og dette må man ha et bevisst forhold til.

Mange steder i Norge er det langt til nærmeste sykehus. Det har vært hovedgrunnen til å bygge opp distriktsmedisinske sentre for eksempel i Alta, Hallingdal, Nord-Gudbrandsdalen og Steigen. Utforming og organisering er ulike, men hovedinitiativet har kommet fra primærhelsetjeneste og befolkning, som dermed har vært hovedpremissleverandører. Det vil ikke være forbundet med like stor entusiasme når helseforetaket ønsker å bygge ned et lokalsykehus til et DMS – det er forskjell på å bygge opp og å rive ned. DMS som bygges opp fra intet er avstandskompenserende og bidrar til mindre transport, mens DMS som erstatning for lokalsykehus vil bidra til større avstander og økt transport.

På sitt beste vil DMSene som bygges opp langt fra sykehus virke slik de er tenkt: Som en desentralisering av spesialisthelsetjenesten og en billigere og bedre måte å drive på – det er samfunnsøkonomisk å transportere en spesialist istedenfor tretti pasienter. Og selv om spesialisthelsetjeneste i distrikt ikke er distriktsmedisin, kan en slik organisering bidra til kunnskapsoverføring og smidigere samarbeid mellom de to nivåene, og dermed styrke distriktsmedisinen. Men vi må samtidig være klar over at det kan virke mot sin hensikt dersom det fører til at allmennlegene slutter å gjøre utredninger og prosedyrer fordi det er enklere å henvise til spesialisten over gangen. Helseforetakene/spesialistene vil kunne ønske en slik utvikling fordi flere pasienter gir penger i kassa, og befolkningen vil ikke ha motforestillinger mot å komme til en spesialist. Men det vil bidra til et dyrere helsevesen og en faglig dårligere primærhelsetjeneste. Når forbruket av spesialister er åtte ganger høyere i Tromsø enn i Finnmark er det antagelig uttrykk for en dobbel skjevhet – både et overforbruk i Tromsø og et underforbruk i Finnmark. Det bør ikke være et mål å komme opp på Tromsø-nivå i Finnmark, men kanskje styrke allmennlegers og befolknings bevissthet til å sikte seg inn omtrent midt mellom både i Tromsø og i Finnmark.

Sykestuene var i sin tid en nødvendig avstandskompensasjon langt fra sykehus. Med daglig driftsansvar i kommunene og hos primærlegene, men med systemansvar og økonomi hovedsakelig hos sykehusene, er sykestuene egentlig ektefødte samhandlingsbarn. Men over flere år er sykestue-





«Mørketid for lokalsykehusene?»

sengene blitt bygget ned bl.a. pga sykehusenes dårlige økonomi. I det siste har mange imidlertid sett potensialet i en slik mellomløsning ikke bare i distriktene, men også i nærheten av sykehus i byene. Utfordringen i å videreutvikle et slikt tilbud ligger både på et faglig, økonomisk og organisatorisk plan, og man vil måtte finne ulike former avhengig av lokale forhold. Også her vil det være helt grunnleggende å tenke over hvem som bør være premissleverandører – både primærhelsetjeneste, omsorgstjeneste, sykehus og pasienter bør tas med på råd.

Til slutt et paradoks: I distriktene oppleves den nærheten mange savner i byene, selv om avstandene er større. Det er et tankekors i vår urbaniserte tid at det er i distriktene vi finner løsninger på problemene i byenes helsevesen. Først var det fastlegeordningen, som i bunn og grunn er et forsøk på å gjenskape populasjonsansvaret som man naturlig har i en liten kommune. Men underveis i prosessen mistet fastlegeordningen helhetsperspektivet, individet kom i sentrum, og gruppe- og samfunnsperspektiv forsvant. Nå er det distriktenes samhandlingsarenaer, sykestuer og DMSer, som er i søkelyset som mulige løsninger på de store sykehusenes problemer med bakkekontakten. Men å satse på at sykehu-

sene ikke lenger trenger en annenlinje, kun en tredjelinje, og la en utvidet førstelinje ta seg av gråsonen, er å kaste barnet ut med badevannet. Helsevesenet trenger en viss omorganisering og oppgavefordeling. Men la oss ikke miste nødvendige deler av helheten når vi skal videreutvikle gode helsetjenester både i byene og på landsbygda i framtida. En balansert og lokalstyrt utbygging av DMSer og sykestuer, kombinert med økt satsing på lokalsykehusene (også i de store sykehusene) vil kunne gi oss en helsetjeneste basert på både faglig kvalitet og LEON-prinsippet.

#### Referanser:

1. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet oktober 2002: Distriktsmedisinske Sentre (DMS) Utvikling av sykestuer til fremtidens «desentraliserte» spesialisthelsetjeneste.
2. Stortinget 08.05.03:  
<http://www.stortinget.no/stid/2002/s030508-04.html>
3. Helsepolitisk debattskrift fra Aplf:  
<http://www.legeforeningen.no/?id=22105>

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](mailto:anders.svensson@bo.nhn.no)

UTPOSTEN  
– meldinger om og fra  
den gode primærmedisin