

«Den moderne distriktslegen – rolle, forventninger og makt» var tema for den tredje, årlige konferansen om Distriktsmedisin. Konferansen fikk leger fra hele landet, fra Direktoratet, fra universitetsmiljøet og fra Helse Nord til å ta turen opp til Sommarøy, utenfor Tromsø, for å fortsette diskusjonen om framtidens helsetjeneste i Distrikts-Norge. Utposten var også tilstede.

Den distriktsmedisinske RAKETTEN

AV ANDERS SVENSSON

I 2002 ble den første Sommarøykonferansen om Distriktsmedisin avholdt. Siden da har Distriktsmedisin blitt lansert som et begrep for legetjenesten i distrikts-Norge. To år har gått, et e-postnettverk er stablet på beina og Distriktsmedisin har sin egen webside – www.distriktsmedisin.no. Flere av deltakerne var med på den første konferansen og har siden deltatt i arbeidet med å finne en distriktsmedisinsk identitet og stemme. Stemningen på konferansen var preget av en viss utålmodighet og usikkerhet for fremtiden.

«For to år siden skjøt vi opp en raket, i fjor så vi den fly i rommet og nå lurer jeg hvor den skal lande»

(Helge Lund, kommunelege 1 i både Os og Røros kommune)

I fjor var konferansen et kreativt verksted der deltakerne delte sine erfaringer og synspunkter. I år var programmet strammere med inviterte forelesere som beskrev den distriktsmedisinske virkeligheten og de utfordringer helsetjenesten i distriktene står foran.

Sentralisering og desentralisering – samtidig

Første mann ut var Finn Henry Hansen. Han er strategi- og prosjektdirektør i Helse Nord og fortalte om sitt syn på samhandling mellom helseforetakene og primærhelsetjenesten.

«Det foregår parallelle sentralisering og desentraliserings-tendenser. Disse kommer til å få stor betydning for helsetjenesten i distriktene i fremtiden.» Han mente at vi må tenke mer i tiltakskjede og pasientforløp og fokusere på fleksible

organisatoriske nettverk. Dette er en utfordring, fremfor alt for distriktene der geografien og demografi stiller store krav til løsninger. «Noe vil skje i vår regi, noe vil skje i Erna Solberg sin regi.» Han poengterte at helseforetakene trenger en kollektiv aktør som de kan møte. Dette er for øvrig ikke spesielt for distriktene, men gjelder primærhelsetjenesten i hele landet.

Distriktsmedisinsk senter – lys i gråsonen?

«Der er risiko for at gråsonen blir en ødemark» grunnet økonomiske problemer. Samarbeid må gi gevinster for alle, mente Finn Henry Hansen. I denne gråsonen befinner Karsten Khelet seg. Han planlegger et Distriktsmedisinsk senter på Finnsnes; hans planer og tanker om prosessen beskrives på s 29.

Folkehelsearbeid – legen som inspirator

Beate Lupton var tidligere kommunelege i Båtsfjord. I april drar hun tilbake «hjem» for å bli assisterende fylkeslege. I begynnelsen av mars i år fikk hun Doktorgraden for sitt helsefremmende prosjekt med disputas nettopp i Båtsfjord. Hun hevder at all forebygging må ta utgangspunkt i befolkningen sine ønsker og på den måten sikre et aktivt, deltagende lokalsamfunn. Prosjektet kommer til å bli presentert i et senere nummer av *Utposten*.

«Helten er død – leve klippen»

Eivind Merok, som er ansatt som kommunelege i Hasvik en uke i måneden, fremla sitt forslag til løsning av rekrutteringskrisen i kommuner langt fra allfarvei og sykehus.

Gjennom å knytte medisinstudenter til distriktsmedisin tidlig i studiet og bruke valgfrie perioder til å arbeide i en distriktskommune, gjør man det attraktivt og mindre skremmende å arbeide i utkant-Norge. I løpet av studietiden er det også mulig å arbeide med prosjekt knyttet til distriktsmedisin. Under turnustjenesten skal opplæringen fokusere på fire viktige momenter: Opplæring i akuttmedisin, arbeid med lokalsamfunnspsykiatri, ekstra opplæring i trygdemedisin, og lokalsamfunnskunnskap. Disse momenter krever naturlig nok en fast ansatt kommunelege med noenlunde kjennskap til de lokale forholdene. Eivind Merok beskriver denne lege som en klippe. «Helten er død – leve klippen». Men «klippen» må jo også komme noen steder fra...

Det snakket Toralv Hasvold, professor i samfunnsmedisin ved ISM i Tromsø, om. Han presenterte resultat fra en undersøkelse i Tromsø som viser betydningen av lokal tilknytning for å sikre god legedekning i Nord-Norge: For å få 100 leger til å arbeide i Nord-Norge må man utdanne 133 leger med nordnorsk bakgrunn i Tromsø, utdanne 518 leger uten nordnorsk bakgrunn i Tromsø eller 1333 leger i Oslo! «Klippen» må med andre ord rekrutteres lokalt eller regionalt.

«Han og hun skal bli der og bli det (distriktslege)»

Distriktsmedisinere kan man bare bli gjennom å arbeide i distriktene hevdet Frode Forland, tidligere kommunelege i Tinn kommune, nå avdelingsdirektør i Sosial og helsedirektoratet. «Han og hun skal bli der og bli det (distriktslege)»

Forutsetningen er da selvsagt at hun i det hele tatt kommer. For i fremtiden må det nok bli en hun. Nina Hellberg, som er student i Tromsø, har gjort et arbeid om medisinstudenters fremtidsplaner. Kjønn og tilhørighet er de viktigste kriteriene ved valg av fremtidig karrierevei. Kvinnelige avgangstudenter i Tromsø ønsker ikke å arbeide i distriktene, fortalte hun.

Når 70 prosent av medisinstudentene er kvinner står kommuner i distrikts-Norge innfor en enorm utfordring. Hvordan få kvinner å arbeide i distriktene? Hvordan få kvinner til å bli «klippen» som kan sikre god helsetjeneste i distriktene?

Kriterier for god distriktsmedisin – kommunal gulrot

Hvilke krav kan man stille til leger i distriktene. Hvilke forventninger kan man ha til denne klippen, – hun som skal bli der og bli det...

Frode Forland presenterte en kravspesifikasjon for den moderne distriktslegen. (se s. 33). En slik spesifisering kan oppleves som et ytterligere krav og nye forventninger til allerede utkjørte leger i distriktene, men kan også brukes for å sette fokus på legenes betydning for helsetjenesten i distriktene.

«Man tenker når man snakker»

«Man tenker før man snakker» sa Tore Dahl, distriktsmedisinere fra Brønnøy. «Og for å vite hva man tenker, må man snakke sammen. Derfor må man treffes.» Det mangler møteplasser for leger som arbeider i små kommuner i distrikts-Norge. Fylkesgrensene har i praksis blitt endret gjennom helseforetaksreformen, noe som gjør at Fylkeslegens naturlige rolle som nettverksdanner er blitt svekket. Det mangler en drivende kraft for å knytte kommuneleger og fastleger i småkommuner sammen og skape aktive, givende nettverk.

Nasjonalt senter med regionale koordinatorene – løsningen?

Når vi kom til konferansen var et Nasjonalt senter for Distriktsmedisin en mulighet. Siste dagen på konferansen viste det seg at senteret blir virkelighet. Nasjonalt senter for Distriktsmedisin etableres i Tromsø i sommer, med Toralf Hasvold som leder og Elisabeth Swensen som nasjonalkoordinator. Fem regionale koordinatorene skal sikre landsdekkende deltakelse og innflytelse.

Senteret skal møte utfordringene som distriktene står innfor: sentralisering, problemer med rekruttering og stabilisering og faglig isolasjon. Helsetjenesteforskning blir en viktig del av oppgavene. Nettverksarbeidet som allerede er begynt skal videreføres og utvikles. Kontakter med studenter er viktig for å sikre rekruttering, både til allmennpraksis og distriktsmedisin. Senteret skal også være en aktiv aktør i samhandling med sykehusforetakene, samt å utvikle internasjonale kontakter.

Vellykket landing

Raketten landet. I et Nasjonalt senter for Distriktsmedisin. I Tromsø. Fra Tromsø må det nå sendes opp nye raketter, som skal lande ute i riket, og skape nettverk, ordne møteplasser, skape klipper, sikre kvalitet og bedre samhandling med sykehusene. Nasjonalt senter for Distriktsmedisin kan skape energien som skal til for å snu den negative utviklingen. Men for at det skal skje må man lykkes med å skape landsomfattende deltakelse og engasjement.

– primærmedisin
er ikke den samme uten
UTPOSTEN