

Telemedisin som virkemiddel for å rekruttere leger til distriktene

TEMA

FRED ANDERSEN

Email: frea@online.no
Steigen kommunelegekontor
8285 Leines

Problemene med å rekruttere leger til primærhelsetjenesten i Norge har økt de siste fire – fem årene. Faktorer som faglig isolasjon, mangelfullt faglig og sosialt nettverk og stor arbeidsbelastning fremstår som noen av de viktigste årsakene til rekrutteringssvikten. Ved utbygging av telemedisinske tjenester i nettverk i distriktene vil det bli enklere å yte faglig veiledning og støtte. Videokonferanser og fjernundervisning vil kunne bedre mulighetene for videreutdanning og økt faglig kompetanse. Samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten vil kunne bedres på flere områder, bl.a. med direkte overføring av laboratoriedata og epikriser. Det er viktig at betydningen av denne tjenesten formidles til beslutningstakerne i kommuner og fylker på en helhetlig og innsiktsfull måte.

Rekrutteringen til allmennmedisinen og samfunnsmedisinen er sviktende. Det er ikke lenger bare et småkommune- og utkantproblem, men rammer gradvis større deler av primærlegetjenesten også i større kommuner og i sentrale strøk. Flere av de mest erfarne kollegene har trukket seg ut etter mange års tjeneste. Kolleger som har forlatt allmennlegetjenesten og gått over i sykehustjeneste, føler at de har fått et nytt liv. Allmennmedisin appellerer ikke lenger til studenter og turnusleger.

Problemet med legedekningen i Nord-Norge er imidlertid ikke av ny dato. Mange distriktslegestillinger stod tomme i lange perioder i 1960- og 1970-årene. Etter hvert som tilgangen på leger ble bedre, endret dette seg. I perioden 1986 – 93 var situasjonen bedre også i utkantkommunene, men fra ca. 1994 sviktet rekrutteringen til legestillingene i utkantene igjen. Dette er sannsynligvis ikke spesifikt for legetjenesten eller kommunehelsetjenesten generelt. Vel så viktig kan samfunnsutviklingen og en sentralistisk megatrend være. Også sykehustjenesten har i lange perioder hatt problemer med å skaffe

nøkkelpersonell, og man har forsøkt ulike stafettløsninger og rekrutteringstiltak for å bevare tjenestene på et forsvarlig nivå.

I primærlegetjenesten er det, i tillegg til en noe mangelfull organisatorisk sammenheng mellom myndighet og ansvar, også andre særtrekk ved strukturen som forsterker den utviklingen vi ser. Vaktbelastningen, ansvaret og arbeidsbelastningen generelt blir for stor, og sårbarheten ved sykdom, ferier, kurs og andre vakanser i de små distriktene kan virke uoverkommelig.

Datagrunnlaget

En undersøkelse fra våren 1998 synliggjorde økningen i bruken av korttidsvikarer i kommunelegetjenesten i Nord-Norge i årene 1995 – 97, særlig i de små kommunene (1). I august 1999 ble det foretatt en undersøkelse av strukturen i kommunehelsetjenesten i samme periode. Analysen av de innsamlede data er ikke avsluttet. Ved denne undersøkelsen ble det også tatt med en fritekst del der kommunelege I kunne beskrive de mest positive og de mest negative sidene ved kommunelegetjenesten. En foreløpig kvalitativ analyse viser at de mest positive tilbakemeldingene kommer fra større kommuner og større vakt-distrikter mens små utkantkommuner uten vaksamarbeid med andre, dominerer på den negative siden (tab 1).

Tabell 1 Positive og negative faktorer ved kommunelegetjenesten i NordNorge
<i>Positive faktorer</i>
Landsdelens natur og muligheter for friluftsliv
Faglig frihet og selvstendighet
Godt og trygt forhold til befolkningen
Stabilt og godt faglig samarbeid både med kolleger og med annet helsepersonell
Moderat vakt- og arbeidsbelastning
Godt samarbeid med kommuneledelse og politikere
<i>Negative faktorer</i>
Stor vakt- og arbeidsbelastning
Faglig isolasjon
Dårlige lønnsforhold
Vanskelig å avvikle ferier og kurs
Problemer med stadig opplæring av korttidsvikarer
Dårlige kontor- og arbeidsforhold
For mye byråkrati
Dårlig samarbeid med administrasjon og politikere

Kolstrup & Sønbo Kristiansen har ved sin undersøkelse om trivsel blant leger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger fra 1997 belyst tilsvarende sentrale problemstillinger (2).

Også andre forfattere har berørt de samme problemstillingene og understreket alvoret i situasjonen (3, 4).

Målsetting

I arbeidet med å bedre og stabilisere rekrutteringen av fagpersonell i kommunehelsetjenesten må målsettingen vår være å endre noen av de negative faktorene som fremkommer, og videreutvikle noen av de positive. I denne prosessen må det utvikles og tas i bruk nye rammebetingelser både hva angår struktur og innhold. For å nå en slik målsetting trengs en bred og sammenhengende satsing på flere felter. Tiltak som kan redusere arbeidsbelastningen og bedre trivselen for distriktslegene er viktige, f.eks. nye legevaktordninger, bedre kontorforhold og en smidigere organisasjon. Men i tillegg trengs økt satsing på kommunikasjon. Moderne kommunikasjonsteknologi vil være et viktig virkemiddel både når det gjelder å bryte en faglig isolasjon, å motta veiledning og støtte i klinisk praksis og å fremme desentralisert undervisning og opplæring. Dette gjelder ikke bare legetjenesten, men også andre små faggrupper i kommunal sammenheng.

Metode

Nettopp i en slik kontekst er telemedisin et sentralt og grunnleggende virkemiddel. Telemedisinen kan forenkle kontorrutiner, danne grunnlag for medisinsk-faglig veiledning og utvikling uavhengig av avstander, tilrettelegge videokonferanser, kurs og liknende. Dette er faglige og servicepregede gevinster. I tillegg kommer de økonomiske gevinster ved bildediagnostikk og veiledning fra annenlinjetjenesten og direkte overføring av epikriser og laboratoriedata.

Prosjektet Nord-Norge som telemedisinsk utstillingsvindu er en felles satsing fra sentrale myndigheter, fylkeskommunene i Nord-Norge og kommunene (5). I første rekke skal telemedisin implementeres i kommunehelsetjenesten. Noe av det som nå gjøres i dette prosjektet er erfaringsbasert med bakgrunn i andre prosjekter særlig fra Troms og Finnmark og med bakgrunn i den erfaring og kompetanse som er bygd opp ved Telemedisinsk avdeling, Regionsykehuset i Tromsø, gjennom flere år. Men mye er nytt og uprøvd. Særlig er utbygging av telemedisinske tjenester i nettverk i stor skala en utfordring både teknisk funksjonelt, og i forhold til strukturen i helsetjenesten, både i distriktene og ved våre institusjoner. Det går både på organisasjon og drift. Både eiere, ledere og ansatte vil her måtte tilpasse seg en utvikling i rask ekspansjon.

Utfordringer

I tillegg til de forutsigbare prosessuelle utfordringer for organisasjon og drift vil implementering av telemedisin i distriktshelsetjenesten under mottoet "Nord-Norge som telemedisinsk utstillingsvindu" ha to hovedutfordringer.

For det første skal dette skje i en sterkt desentralisert kontekst som består av 89 kommuner hvorav bare 12 har mer enn 10 000 innbyggere og 62 har mindre enn 4 000 innbyggere. Dette skal skje over et stort geografisk område som vil medføre mye reiser i forbindelse med undervisning og tekniske installasjoner. Men nettopp i denne konteksten kan telemedisin få sin viktigste funksjon, ja, det vil faktisk være den viktigste begrunnelsen for det vi gjør.

Dernest skal implementeringen skje i en tid da legetjenesten særlig i distriktene er i en tilnærmet unntakstilstand med hyppig bruk av korttidsvikarer. Det vil utvilsomt skape store praktiske problemer med mangel på medisinsk-faglig kompetanse for rådgivning og samhandling i mottakerkommunene. Men nettopp denne konteksten er den nest viktigste begrunnelsen for innføring av telemedisin. Telemedisinske tjenester er noe av det som må implementeres i håp om å skape en bedre distriktshelsetjeneste.

Dette dreier seg imidlertid om en utvikling av nye kommunikasjonsmidler som er underveis uavhengig av hva helsetjenesten gjør. Næringslivet i distriktene vil ha behov for denne typen kommunikasjonssystem. Andre deler av den offentlige administrasjon vil utvilsomt også komme raskt på banen, det gjelder både kultur og oppvekst og teknisk avdeling. Faktum er at en rekke kommuner allerede har komiteer i arbeid med tanke på slike løsninger uten at helsetjenesten er med. Desto viktigere er det for oss aktivt å ta del i denne utviklingen og få den inn på et spor som gir en kreativ interaksjon med enkeltlementene i helsetjenesten, både fylkeskommunalt og kommunalt. Dette vil også bidra til å øke samhandlingen mellom de to tjenestenivåene.

Forventet effekt

Fylkeskommunene og kommunene har for en del sammenfallende interesser når det gjelder utbygging av telemedisin. For fylkeskommunen kan dette gi mulighet til å:

- – Utnytte nøkkelpersonell optimalt
- – Gi mer fleksible arbeidsmuligheter for fagfolk
- – Bryte følelsen av faglig isolasjon i små utkantenheter

- – Skape nettverk mellom fagfolk
- – Spare tid og reiseutgifter for helsepersonell
- – Bedre muligheten for desentralisert veiledning og undervisning

Om disse muligheter kan virkeliggjøres, vil man kunne skape mer interessante og dynamiske arbeidsplasser som kan bedre og stabilisere rekrutteringen av nøkkelpersonell som fylkeskommunen er helt avhengig av. I tillegg vil det i gunstige tilfeller gi innsparinger på drift. Disse tallene er det imidlertid vanskelig å synliggjøre. Innsparingene vil i tillegg ikke alltid komme der innsatsen settes inn. F.eks. kan det bli Rikstrygdeverket som høster gevinsten av fylkeskommunenes satsing. Innføring av telemedisinske tjenester kan gi både en rasjonaliseringsgevinst på drift og på transport. Noe av gevinsten for fylkeskommunene fremkommer ved:

- – Mulighet for bildeoverføring og diagnostikk
- – Direkte overføring av data mellom første- og annenlinjetjenesten
- – Bedring og stabilisering av rekrutteringen til kommunehelsetjenesten

Bildeoverføring mellom sykehus og distrikt, eventuelt mellom sykehusene, er det som er best utprøvd i Nord-Norge. Her har man god dokumentasjon på en kostnadseffektiv drift i forhold til pasientnær tjenesteyting og en veiledningseffekt i forhold til primærlegen (S. Pettersen og D. Haga, personlige meddelelser). Men også her vil det bli vanskelig å tallfeste størrelse på rasjonaliseringsgevinsten fordi all erfaring fra tjenesteoppbygging viser at tilbud skaper etterspørsel. En bedre kommunelegetjeneste er også en gevinst for fylkeshelsetjenesten fordi det skaper en mer kompetent samhandlingspartner, noe som i sin tur har betydning for en effektiv sykehusdrift.

I kommunehelsetjenesten vil innføring av telemedisin ha noe av den samme effekt som i fylkeskommunene. Denne omfatter:

- – Bryte en faglig isolasjon for helsepersonell i utkantene
- – Åpne større mulighet for desentralisert veiledning og undervisning, herunder bildeoverføring og fjerndiagnostikk. Effekten av dette kan f.eks. bli bistand i akuttmedisinsk diagnostikk og behandling, bl.a. konkret ved direkte tolking av EKG i akutte situasjoner og støtte til beslutning om prehospital trombolytisk behandling
- – Åpne muligheten for videokonferanser for møter og gruppearbeid, herunder smågruppesamlinger i spesialistutdanningen
- – Skape nettverk mellom fagfolk, herunder interaktive nettverk for kvalitetsutvikling i et samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, f.eks. innen diabetesomsorgen
- – Ulike former for direkte overføring av data mellom første- og annenlinjetjenesten

På tvers av faggrupper vil det også finnes en effekt av en telemedisinsk satsing. Vi har eksempler fra Nordkapp på at videokonferanseutstyret brukes til undervisning og veiledning av en rekke faggrupper i kommunen (H. Bjørn, personlig meddelelse). Kommunene vil også kunne nyttiggjøre seg det samme utstyret til videokonferanser og styremøter i andre sammenhenger. Riktig plassert og med en god timeplan kan utstyret tenkes utleid til næringslivet til deres formål.

Veien videre

Utviklingen av ressurskommuner i kommunehelsetjenesten i Nord-Norge er ett av Regjeringens konkrete tiltak for å bedre rekrutteringen til legetjenesten i distriktene (6). Det dreier seg om seks kommuner, to i hvert fylke. Dette prosjektet er kommet godt i gang. Disse kommunene skal være faglige fyrtårn for videreutvikling av distriktshelsetjenesten faglig, administrativt og teknologisk. Når telemedisinsk utstyr og tjenester skal implementeres i noen kommuner i Nord-Norge i år 2000, kan det være naturlig å bygge opp under konseptet med ressurskommuner ved å starte utbyggingen her. Det forutsetter imidlertid at ressurskommunene i neste fase kan bidra til å støtte og veilede den videre utbygging av tilsvarende teknologi i nabokommunene. Derved kan vi skape en selvforsterkende kjedereaksjon som letter innføringen av telemedisinske tjenester i stor skala.

Vi er helt i begynnelsen av en utvikling som vi bare så vidt øyner konturene av. Ved implementering av telemedisinske tjenester er det viktig at ulike fagområder og profesjoner går sammen, bygger på hverandres innsikt og kompetanse og styrer utviklingen mot en organisasjon og en praktisk funksjon som har optimal driftssikkerhet og nytteeffekt. Teknisk, økonomisk, politisk, administrativ og medisinsk-faglig innsikt er alt like viktig i denne sammenhengen.

Vinteren 1999 satte Sosial- og helsedepartementet ned en komité for å planlegge og starte innføringen av telemedisinske tjenester i stor skala i Nord-Norge. Denne komiteen hadde nettopp en slik bredde og involverte i tillegg annet fagpersonell i den utstrekning det var nødvendig. Saksområdet er meget sammensatt. Det dreier seg om nybrottsarbeid i ordets mest konkrete betydning. Det er stilt store forventninger til arbeidet både fra sentrale myndigheter og fra brukerne. Slik jeg opplevde arbeidet i komiteen, har det vært en positiv og kreativ prosess. Det videre arbeid med implementering av telemedisinske tjenester i Nord-Norge vil fortsatt være avhengig av aktiv støtte både fra Sosial- og helsedepartementet og fra fylkeskommunene. Det er ennå mange terskler som skal overskrides. Ikke minst gjelder dette kommunikasjonen mellom innovatører og beslutningstakere kommunalt og fylkeskommunalt. En styrking av nordnorsk helsenett og nyetableringen av Nasjonalt senter for telemedisin ved Regionsykehuset i Tromsø er viktige skritt på veien videre. Men markedet er åpent for konkurrenter, og det er ikke uten videre avgjort at gevinsten ved utviklingsarbeidet blir værende der ideene er skapt. Derfor kan beslutningstakernes handlekraft i denne fasen bli avgjørende dersom vi skal få en styrt og kostnadseffektiv utvikling faglig, teknologisk og organisatorisk.

LITTERATUR:

1. Andersen F, Forsdahl A, Herder O. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995 – 97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296 – 8.
2. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blant læger i kommunale samfundsmedicinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481 – 6.
3. Arnesen E. Legene forsvinner fra Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4061.
4. Sundar T. Allmennmedisin i skrøpelig forfatning. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4000 – 1.
5. Telemedisin i Norge. I-0943/B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
6. "Felles løft" for primærhelsetjenesten. Rundskriv I-35/99. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999: 5 – 6.

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no