

Fra utkant til utkant

KOMMENTAR OG DEBATT

KJELL NYSVEEN

Kvæningen legesenter
9169 Burfjord

IVAR AARAAS

Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

FRED ANDERSEN

Legesenteret
8285 Leines

TOR E DAHL

Kommunelegekontoret
8900 Brønnøysund

ARNE HOLM

Bardu helsesenter
9360 Bardu

ERIK LANGFELDT

Nordkapp helsesenter
9750 Honningsvåg

SIGRUN WINTERFELDT

Tana helsesenter
9845 Tana

Ustabil legedekning i utkantstrøk er et økende nasjonalt og internasjonalt problem. Hos oss er Nord-Norge hardest rammet. Dette skaper vansker for medisinerutdanningen i Tromsø, som har allmennpraksis som en viktig undervisningsarena. For å vedlikeholde og øke antallet medisinstudenter i de kommende år har Universitetet i Tromsø tatt initiativ til et «ressurskommuneprosjekt», der hovedformålet er å skape stabilitet ved ta vare på allmennlegene i landsdelen.

I mars 2000 reise en studiegruppe bestående av leger/lektorer fra ressurskommuner og nøkkelpersonell fra Universitetet i Tromsø til Alberta i Canada og Wisconsin i USA for å lære om strategier for å sikre leger til utkantene. I Alberta har man i ni år hatt en aksjonsplan for rekruttering av leger til distriktene. Denne planen består av skreddersydde tiltak i forhold til de behov moderne utkantleger har når det gjelder videre- og etterutdanning, IT-tjenester,

vikarer og sikret fritid. Tidlig kontakt med allmennmedisinen og vedvarende kontakt med samme praksislærer gjennom hele studiet ble i Wisconsin ansett som avgjørende for at mange studenter der valgte primærhelsetjeneste. Flere erfaringer fra Alberta og Wisconsin er overførbare til Norge. Vi mener tiden er moden for en norsk aksjonsplan for å stabilisere legetjenesten i distriktene i Norge og sikre god undervisning i allmennpraksis.



Ustabil legedekning i utkantstrøk har i de senere år vært et økende problem, nasjonalt så vel som internasjonalt (1). Hos oss er Nord-Norge hardest rammet (2, 3).

Kommunehelsetjenesten i landsdelen har i alle år vært viktig som undervisningsarena i medisinstudiet i Tromsø (4). Dagens legemangel gjør både at kapasiteten til å motta studenter i allmennpraksis reduseres, og det blir vanskeligere å sikre god undervisningskvalitet. Hvordan kan statens ønske om å utdanne flere leger i Nord-Norge bli oppfylt i en slik situasjon?

Med dette som bakgrunn tok Universitetet i Tromsø våren 1999 initiativ overfor Sosial- og helsedepartementet og foreslo å starte et «ressurskommuneprosjekt». Prosjektet innebar at stabile allmennpraktikere skulle få bistilling som universitetslektor ved universitetet, med det dobbelte formål å stabilisere og rekruttere leger til kommunehelsetjenesten i Nord-Norge og å vedlikeholde, kvalitetssikre og øke kapasiteten for undervisning av medisinstudenter ved Universitetet i Tromsø. Departementet reagerte raskt, og høsten 1999 startet man opp med seks leger fra seks kommuner i Nord-Norge.

Stabilitet er et nøkkelord for satsingen. Utgangspunktet er at rekruttering må komme som et resultat av stabilitet, ikke omvendt. Som nevnt kan problemene og utfordringene i distriktshelsetjenesten sees som en del av en internasjonal «rural health»-problematikk. I andre land er man kommet lenger enn oss når det gjelder løsninger på dette området. Det er viktig å få innsikt i internasjonale erfaringer og strategier før våre egne planer og satsingsområder blir utformet.

På denne bakgrunn foretok vi i mars 2000 en studiereise til provinsen Alberta i Canada og delstaten Wisconsin i USA. Foruten seks lektorer/kommuneleger fra ressurskommunene bestod gruppen av nøkkelpersoner fra det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø og en norsk representant fra WONCAs komité for «rural practice and rural health».

Alberta i Canada

I Alberta, med ca. fire millioner innbyggere, møter man mange av de samme utfordringer for utkantmedisinen som vi kjenner fra Norge, blant annet lange avstander og grusomt bosetting.

PLAN FOR LEGEDEKNING I DISTRIKTENE

Rural Physician Action Plan er en statlig plan for å sikre leger til distriktene («rural areas») i Alberta (5, 6). Bakgrunnen for planen, som startet i 1991, var økende svikt i tilgangen på leger til utkantene i Alberta i 1980-årene, til tross for at det totale antall leger økte. Planen er basert på faglige forhold og levevilkår som to nøkkelfaktorer for at leger skal slå seg ned og bli i utkantstrøk. En koordineringskomité (7) evaluerer planens målsettinger og introduserer nye programmer. Sekretariatslederen David Kay, som er primus motor for Rural Physician Action Plan, viste et imponerende engasjement og bidro sterkt til at vårt besøk i Alberta ble en fin faglig og menneskelig opplevelse.

Rural Physician Action Plan har et budsjett på nærmere 90 millioner kroner, hvorav en stor andel finansierer beredskapsgodtgjørelse for legevakt ved små akuttssykehus (sykestuer) i distriktene. Resten går til andre initiativer for rekruttering og stabilisering. Tiltakene er innrettet mot tre målgrupper: medisinstudenter og turnusleger, praktiserende utkantleger og regionale helsemyndigheter og kommuner.

INITIATIVER FOR MEDISINERSTUDENTER OG TURNUSLEGER

Rural Physician Action Plan har programmer for utplassering i utkantkommuner av så vel studenter som turnusleger. Det gis støtte til opphold og reise, samt honorar til legen som veileder. Veileder har direkte tilknytning til de medisinske fakulteter i Edmonton og Calgary gjennom felles møter, IT-nettverk og fagutviklingstiltak. Turnusleger tilbys ett års tilleggsteneste med ekstra ferdighetstrening med hovedvekt på anestesi, kirurgi, obstetrikk, akuttmedisin og geriatri. Deretter kan de gjennom en bonusordning oppnå beløp på inntil 60 000 kroner ved å binde seg til minimum ett år i en utkantkommune.

INITIATIVER FOR PRAKTISERENDE UTKANTLEGER

Det finnes videre- og etterutdanningsprogrammer som tilbyr deltakelse i kurs, halvårslige seminarer og forskningsprosjekter. Et særskilt opplegg sikrer oppdatering i kliniske ferdigheter. Til dette yter Rural Physician Action Plan økonomisk støtte på inntil kr 440 000 for ett år, avhengig av programmets omfang. Det er også mulighet for nettbasert faglig oppfølging og tilgang til prosedyrer og protokoller via medisinsk informasjonsservice. Videre tilbys oppslagsverk på CD-ROM og kostnadsfri Internett-basert bibliotekstjeneste, tilrettelagt for bruk direkte i konsultasjonen.

Følgende tre programmer er spesielt innrettet for å lette legenes livs- og arbeidssituasjon:

- Vikarprogram for å dekke langtidsfravær og helgefravær i kommuner og helsesentre med fire eller færre leger.
- Tilbakeføringsprogram for leger som etter en tid ønsker å flytte til sentrale strøk og spesialisere seg i et annet felt.
- Program for beredskapsgodtgjørelse for legevakt på små akuttssykehus (sykestuer) i utkantkommunene. Økonomisk er dette det største tiltaket.

INITIATIVER OVERFOR REGIONALE HELSEMYNDIGHETER OG KOMMUNER

Rural Physician Action Plan samarbeider med disse angående informasjon, markedsføring og kommunikasjon for å gjøre aktiviteter og programmer kjent (8–10). Spesielt merket vi oss to årlige møter hvor helsemyndigheter og kommuner presenterer seg selv overfor medisinstudenter og turnusleger som vurderer praksis i utkantstrøk.

BESØK VED THREE HILLS

At planen fungerer i praksis, fikk vi et levende inntrykk av da vi besøkte Three Hills, en utkantkommune tre timer med buss sør for Edmonton. Three Hills er hveteproducent nummer en i Alberta. Landskapet omkring er veldig flatt («om bikkja di løper fra deg, går det tre døgn før den er ute av syne»). Det er et levende kulturlandskap med åkerland, beitemark, gårder og oljepumper. I Three Hills besøkte vi et legekonto og et lite sykehus med 23 langtidssenger og 25 akuttsenger, som betjener en befolkning på ca. 12 000. Der arbeider seks allmennpraktikere og en lege i utdanningsstilling (og andre helseprofesjoner). Universitetsbyen Calgary ligger 130 km unna.

Legene hadde sine spesialinteresser knyttet til sykehusdriften. Én bistod ved de fleste fødsler og foretok keisersnitt. En annen stod for anestesi ved de fleste inngrep. I tillegg til sin seksdelte primærvaktturnus kunne legene bli tilkalt når som helst dersom det var behov for deres innsats, f.eks. hvis det skulle gjøres en appendektomi. De hadde inntil nylig ikke fått betalt for vaktene, men vaktgodtgjørelse var nå innført gjennom Rural Physician Action Plan.

Wisconsin i USA

I Wisconsin følte vi oss nesten som hjemme (11). Naturen har et skandinavisk preg, med et dansk landskap i sør og noe mer likt norske bygde- og fjelldistrikter i nord. Besøket i Wisconsin var hovedsakelig viet betydningen av studentutplassering i allmennpraksis som metode for undervisning og rekruttering til primærhelsetjenesten.

TROMSØ-STUDIET OG NORD-NORGE I AMERIKANSK PERSPEKTIV

Vår vert, professor Norman Jensen, har besøkt Tromsø flere ganger. Han har gjennomført en studie av Tromsøs studiemodell, som han presenterte i et spesialforedrag. Jensen understreket Tromsø-studiets grunnleggende betydning for utvikling og stabilisering av en moderne legetjeneste i Nord-Norge. Det er god dokumentasjon på at mange studenter velger å arbeide i landsdelen de kommer fra («lakseeffekten»). I Wisconsin utplasseres studentene tidligere enn i Norge. Norman Jensen mente at Tromsø-studiet ville profitte på tidligere utplassering og mer regelmessig kontakt med allmennpraksis under hele studiet. Forlenget turnustid og økt kvote for studenter fra Nord-Norge og for samisktalende studenter var andre tiltak professor Jensen så som nærliggende for å motvirke dagens legeflukt fra landsdelen.



Auttrommet på Three Hills («sykestuen» eller minisykehuset vi besøkte i Alberta), hvor det var allmennpraktikere som fungerte

UNDERVISNING AV MEDISINSTUDENTER I ALLMENNPRAKSIS

Inndelt i grupper på to og tre besøkte vi praksislærere i hovedstaden Madison og omegn. Praksislærerne hadde ulike spesialiteter: allmennmedisin (family medicine), pediatri, indremedisin, geriatri, gynekologi/obstetikk og psykiatri. De fikk ingen økonomisk godtgjøring for utplasseringen. Men de fikk gratis tilgang på ulike faglige og sosiale tilbud ved universitetet, for eksempel IT-bibliotek og svømmehaller.

Vi fikk vi god kjennskap til Generalist Partners Program. Dette bringer allmennmedisinen inn i medisinstudiet helt fra starten av. Man la stor vekt på at studentene benyttet egenerfarte pasienthistorier i presentasjonen for andre. Dette bidro til å øke læringseffekten. Studentene utplasseres en gang per måned de første to årene og to måneder det tredje året. Fra og med fjerde året skjer det en spesialisering i utdanningen, og allerede på det tidspunktet velges allmennmedisin eller sykehusmedisin. Tidlig utplassering i studiet og vedvarende kontakt mellom samme allmennpraktiker og student over flere år var viktige momenter for å sikre rekrutteringen til allmennmedisinen. Dette ble også understreket av lederen av programmet, Susan Skochelack, som vi møtte sammen med en gruppe studenter. Hun betonte særlig allmennpraktikernes betydning som rollemodeller (mentorfunksjon). Studentene gav uttrykk for en overraskende positiv holdning til fremtidige karrierer som allmennpraktikere i distrikt. Organisering av tjenesten var velordnet og moderne. Studentene fikk bærbar PC når de startet utplasseringen, og all kommunikasjon med universitetet foregikk via e-post og websider. I dag velger 60 % av studentene primærhelsetjenesten, noe som hovedsakelig ble tilskrevet programmet.



Tre sentrale personer fra ledelsen i Rural Physician Action Plan

PRAKSISUNDERVISNINGEN I KLEMMEN I USA

En dag var vi i nabostaten Illinois for å delta på en større konferanse om medisinsk undervisning i den amerikanske legeforeningens regi. Undervisningsinteresserte kolleger fortalte om økende konflikt mellom krav til produktivitet i stykkprissystemet og tid til praksisundervisning av studenter.

Hvilke lærdommer er overførbare til Norge?

Alberta med sine fire millioner innbyggere og 17 helseregioner er på mange måter sammenliknbar med Norge. Medisinstudiet er noe annerledes, men svikten i rekrutteringen til allmennmedisin er felles. Flere av tiltakene i aksjonsplanen kan tenkes å ha overføringsverdi til Norge.

Det tette samarbeidet mellom helsemyndighetene og universitetene virket å være essensielt. Helsemyndighetene i Alberta betonte sterkt sin deltakelse i koordineringskomiteen i Rural Physician Action Plan. De etterlyste representanter for norske myndigheter i vår delegasjon. Samarbeidet sikret myndighetene faglig innsyn og programmene økonomisk forutsigbarhet. At myndighetene må være representert i utviklingen av en norsk aksjonsplan, er en klar lærdom etter besøket i Alberta. Et annet viktig poeng er støtten til legenes videre- og etterutdanning. Albertas aksjonsplan sørget for å skreddersy utdanningsprogrammer som var målrettet i forhold til de spesielle problemer moderne utkantleger møter. I Norge vil dette særlig gjelde kliniske ferdigheter i akuttmedisin og intensivmedisin og oppfølging av sykehuspasienter ved sykestuer og sykehjem. I Alberta tok man konsekvensen av at allmennpraktikere langt fra sykehus må beherske et mer avansert repertoar enn sentralt plasserte kolleger for å føle seg trygge. De små lokale kommunesykehusene (avanserte sykestuer) var en viktig kilde til faglig stimulering. Forsvant disse, ville sannsynligvis også mange utkantleger flytte. Vi tror et program som sørget for oppgradering av kliniske ferdigheter for utkantleger vil være en stabiliseringsfaktor også hos oss. Det vil skape større trygghet blant legene og bidra til at arbeidet ved sykestuer og sykehjem blir faglig utfordrende og morsomt.

Informasjon på lukkede medisinske databaser er selvfølgelig like viktig for utkantleger i Norge som i Canada. Her bør vårt siktemål være å få til en samordnet plan mellom IT-tjenester, telemedisin og distriktsmedisin som hever oss opp til Albertas nivå.

Albertas nasjonale vikarpool for kommuner med mindre enn firedelt vakt for å sikre nødvendig ferie og permisjoner i utkantene er interessant. I Norge tror vi en tilsvarende ordning vil være et viktig bidrag mot legeflukten.

Felles for Alberta og Wisconsin er den høye grad av og ønsket om subspesialisering innen allmennmedisin. Dette gjelder spesielt områdene obstetrikk/gynekologi, anestesi, kirurgi, pediatri og indremedisin. Dette prinsippet er forlatt i Norge, men trolig har allmennmedisinen i vårt land samtidig tapt noe av det som gjorde faget spennende og utfordrende. En lærdom av dette for oss kan være at allmennmedisinske team i utkantene

bør bestå av allmennleger med noe ulike ferdigheter og spesialinteresser som utfyller hverandre.

STUDENTUNDERVISNING

Betydningen av tett kontakt med allmennmedisinsk miljø gjennom hele studiet ble særlig påpekt i Wisconsin. Den årelange kontakten med en og samme praksislærer som en god rollemodell har stor betydning for senere yrkesvalg. I Nord-Norge er utfordringen først og fremst å klare å bevare dagens utplassering i femte studieår. Tidligere og mer regelmessig kontakt med allmennmedisinen er imidlertid noe våre studenter i økende grad etterspør, og som vi må vurdere. I USA lærte vi at ensidig satsing på stykkprisfinansiering kan være et hinder for god undervisning i distriktene, noe man bør merke seg nå som fastlegeordningen er et aktuelt tema.

Norsk aksjonsplan for leger til utkantstrøk

Albertas aksjonsplan og de erfaringer man har gjort der peker på viktige tiltak for å ta vare på legene i utkantstrøk i Norge. En legeflukt tilsvarende den vi har opplevd i 1990-årene, synes å ha skjedd ti år tidligere i Canada. De startet sin plan i 1991. I år 2000, snart ti år senere, virker tiden moden for å gjennomføre systematiske tiltak mot legemangelen i utkantene i Norge.

På sentralt hold synes planene med fastlegereformen å ha tatt det meste av tiden og ressursene. Det diskuteres om fastlegeordningen kan løse legemangelen, eller om den kan vedlikeholde eller endog forsterke legeflukten fra distriktene. Legemangelen gjør det lite realistisk å innføre fastlegeordningen i mange småkommuner i 2001.

I Norge, og særlig i Nord-Norge, er det behov for en samlet og helhetlig plan, noe i likhet med Albertas aksjonsplan, tilpasset våre forhold. En slik plan må få bred støtte fra helsemyndigheter, universiteter og Legeforeningen om den skal virke. Prinsipielt og ideelt bør planen ha som siktemål å omfatte alle norske medisinstudenter og legetjenesten i hele Distrikts-Norge. I praksis bør planen i første omgang utvikles og iverksettes i Nord-Norge og være forankret ved Universitetet i Tromsø.

LITTERATUR:

1. Chater B, red. Policy on rural practice and rural health. Traralgon Vic, Australia: Monash University Centre for Rural Health, World Organisation of Family Doctors, 1999.
2. Andersen F, Herder O, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995 – 97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296 – 8.
3. Mathisen M. Helsetall til bekymring. Legene flykter; utdanning i pengeknipe. Nordlys 12.3.2000.
4. Knutsen SF, Johnsen R, Forsdahl A. Practical training of medical students in community medicine. Eight years experience from the University of Tromsø. Scand J Prim Health Care 1986; 4: 109 – 14.
5. Wilson DR, Woodhead-Lyons SC, Moores DG. Alberta's Rural Physician Action Plan: an integrated approach to education, recruitment and retention. Can Med Assoc J 1998; 158: 351 – 5.
6. Rural physician action plan in Alberta, Canada. www.ruralnet.ab.ca/rpap/
7. The RPAP Coordinating Committee, Alberta, Canada. www.ruralnet.ab.ca/rpap/About/about.htm#rpapcc
8. Rural rotations at the University of Alberta, Canada. www.ruralnet.ab.ca/rpap/Students/students.htm
9. RPAP initiatives for practicing rural physicians in Alberta. www.ruralnet.ab.ca/rpap/Ruralmds/ruralmds.htm
10. Regional health authorities, Alberta, Canada. www.ruralnet.ab.ca/rpap/About/about.htm

Publisert: 30. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

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