

Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Når byen blir avsides

Artikkelsamling

FRA DISTRIKTSMEDISINSK KONFERANSE
I SALTSTRAUMEN 2014

Kvalitet

STABILISERING
REKRUTTERING
I DISTRIKT

Statement

SISTE SIDE



Når byen blir avsides

HVORDAN KAN VI SIKRE KVALITET, REKRUTTERING OG STABILITET I HELSETJENESTEN I DISTRIKTENE?



→ Konferansekomiteen består av (f.v.) Eirik Hugaas Ofstad (LIS-lege og forsker, Nordlandssykehuset), Lena Stemland (Nordland legeforening), Torfinn Endresen (fastlege og lektor Uit Norges arktiske universitet) og Helen Brandstorp (leder NSDM).

Det var tema for den nasjonale, distriktsmedisinske konferansen "Når byen blir avsides" i Saltstraumen 12. og 13. juni 2014. Konferansen var et samarbeid mellom Nordland legeforening, prosjektet "Samhandling og legeutdanning i distrikt" (SAMLED) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) – de to sistnevnte tilknyttet Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske

universitet. Rundt femti personer deltok; en blanding av allmennleger, samfunnsmedisinere, akademikere, KS, helsebyråkrater, spesialistkomite og medisinstudenter. Konferansen hadde fokus på modeller og muligheter for studentundervisning, etterutdanning og forskning i distriktene. Dette magasinet er finansiert av Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Det er utgitt for å spre konferansens budskap til en bredere målgruppe enn de som deltok på konferansen. "Når byen blir avsides" hadde som mål å jobbe frem konkrete strategier for å øke kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene. Resultatet – "Saltstraumen statement" - finner du på siste side.

NÅR BYEN BLIR AVSIDES

Utgiver: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Tekst og foto: Hanne Løkås Veigård/ Videofabrikken

Forsidefoto: Svein R. Steinert
Layout: Erik Veigård/Videofabrikken
Trykk: Universitetssykehuset Nord-Norge

Ta vare på utkantlegene

- KOMMUNENE MÅ TA VARE PÅ LEGENE SINE. MIN ERFARING ER AT DET ER FLERE LEGER SOM SLUTTER I SMÅ UTKANTKOMMUNER PÅ GRUNN AV VANSKELIGE ARBEIDS- OG SAMARBEIDSFORHOLD, ENN FORDI DE ØNSKER SEG TIL VARMERE OG MER SENTRALE STRØK, SIER PETER PRYDZ.

Peter Prydz er fastlege i Hammerfest, veileder i allmenntillegene og veilederkoordinator i Legeforeningen.

Utkant/firkant

- Jeg er ikke utkantlege selv, men jeg har veiledet mange utkantleger. Av 72 leger i veiledning, var 48 fortsatt i jobb i Finnmark fem år senere. Det viser at veiledning bidrar til stabilitet, akkurat slik det var tenkt, sier han.

Etter Prydz' erfaring er det ikke utkantkommuner som er problemet, men firkantkommuner.
- Ja, og de finnes i flere størrelser. I slike kommuner har befolkningen et dårlig legetilbud på grunn av måten kommunen behandler legene sine på. Kommunen dekker seg bak at det ikke er mulig å skaffe leger til utkantkommuner, men det er ikke sant. Det er ikke mangel på leger som vil jobbe i utkanten; man må bare finne fram til dem og siden oppføre seg slik at man klarer å beholde dem, sier Prydz.

En lege er en lege?

Prydz mener kommunene bør ha som

mål å rekruttere leger med ambisjoner om en allmenntillegens karriere.
- Mange kommuner tror at en lege er en lege. De blir imponert over å ha femten navn på søkerlista, men det som teller er jo å finne den rette. Ofte hives det penger etter feil folk, sier han.
Han mener nyutdannede leger fra norske universiteter er bedre skikket til å jobbe som allmennleger i utkanten enn leger fra utenlandske utdanningsinstitusjoner.
- Ikke fordi det er noe i veien med utdannelsen, men fordi de ikke har blitt eksponert for allmenntillegens på samme måte. Aller best er det om man kan rekruttere noen som har hatt turnustjeneste i nærområdet. Kan man beholde dem i tre til åtte år, er det flott, sier han.

På offensiven

Han oppfordrer kommunene til å besøke de regionvise samlingene for turnusleger, for å etablere kontakt. Ryddige kontrakter og forutsigelige rammevilkår er viktig. God lønn, fleksibilitet med hensyn til fast lønn eller privatpraksis samt en levelig vaktbelastning er



→ Peter Prydz

også viktig for å holde på leger. Kommuner som sliter med lege-rekrutteringen, kan få hjelp.
- Jeg tror ikke alle kommuner vet at det finnes et nasjonalt senter for distriktsmedisin. Der kan man søke råd, sier han.

Det meste er utkant



→ - Pasientens opplevelse bør telle med når man skal måle kvaliteten på helsetjenester, sier Helen Brandstorp, leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

- SE PÅ DETTE KARTET OVER NORGE. DET ALLER MESTE ER UTKANT! DET MÅ NØDVENDIGVIS PÅVIRKE HVORDAN VI ORGANISERER HELSETJENESTENE TIL FOLKET, SIER HELEN BRANDSTORP, LEDER VED NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTSMEDISIN.

Hun viser fram en rekke avisutklipp med budskap som:

- Jo lengre vei det er til legevakta, jo mindre blir den brukt
- Dobbelt så mange barn fødes i bilen på vei til fødestua nå som for 30 år siden
- Eldre i utkantstrøk står lengst i kø for sykehusbehandling
- Ingen har oversikt over bruken av legevikarer

Overraskes

- Dette dokumenterer at geografi teller. Nasjonalt senter for distriktsmedisin har arbeidet med temaet siden 2007. Vi har blant annet arrangert flere nasjonale konferanser. Likevel sier sentrale politikere at de ikke kjenner til at det er ulikheter i helsetjenestene.

Da VG satte fokus på vikarbruken i utkantkommuner, ble helsepolitikere på Stortinget overrasket. Enkelte tok sågar til orde for å gjeninnføre

muligheten til å beordre leger til utkantkommuner, en ordning som nokså nylig ble avskaffet, kommenterer Brandstorp.

Hva som virker

Da WHO la fram sin Global Policy om helsetjenester, pekte de på flere tiltak som kan bidra til at leger og annet helsepersonell blir værende i utkantkommuner. Forhold ved utdannelsen blir trukket fram, blant annet det å ta deler av utdannelsen i distriktet. Strukturelle forhold rundt tjenesten, lønn og andre økonomiske insentiver blir også nevnt.

- En OECD-rapport som kom våren 2014 sier akkurat det samme. Dessverre fikk begge rapportene for lite oppmerksomhet, sier Brandstorp.

Hindringer

Studenter som ønsker seg til lokalsykehus i studietiden, støter på hindringer.

- Studentene har skjont at det er fordeler ved å komme til små sykehus. Man kan man bli et navn, ikke bare et nummer i rekken. Dessverre forteller f.eks. studenter i Bergen at de uansett blir plassert på større sykehus. Skal de likevel ha tjeneste i distriktet, må de selv ta jobben med å finne seg bolig. Det er vanskelig for mange, sier hun.

Utilsiktet

Hun peker på at effektivisering, sentralisering og andre omlegginger av helsetilbud gjerne får utilsiktede konsekvenser.

- Jeg pleier å beskrive helsevesenet som "uoversiktlig samhandling i komplekse nettverk". Det består av mange små helsetjenester. Dypt funderte samhandlingsmønstre og normer styrer, men aktørene har også sin frie vilje. For å forstå systemet, bør man tenke organisk, ikke mekanisk. Det er ikke snakk om tannhjul som beveger seg rundt et gitt nav og med konstant

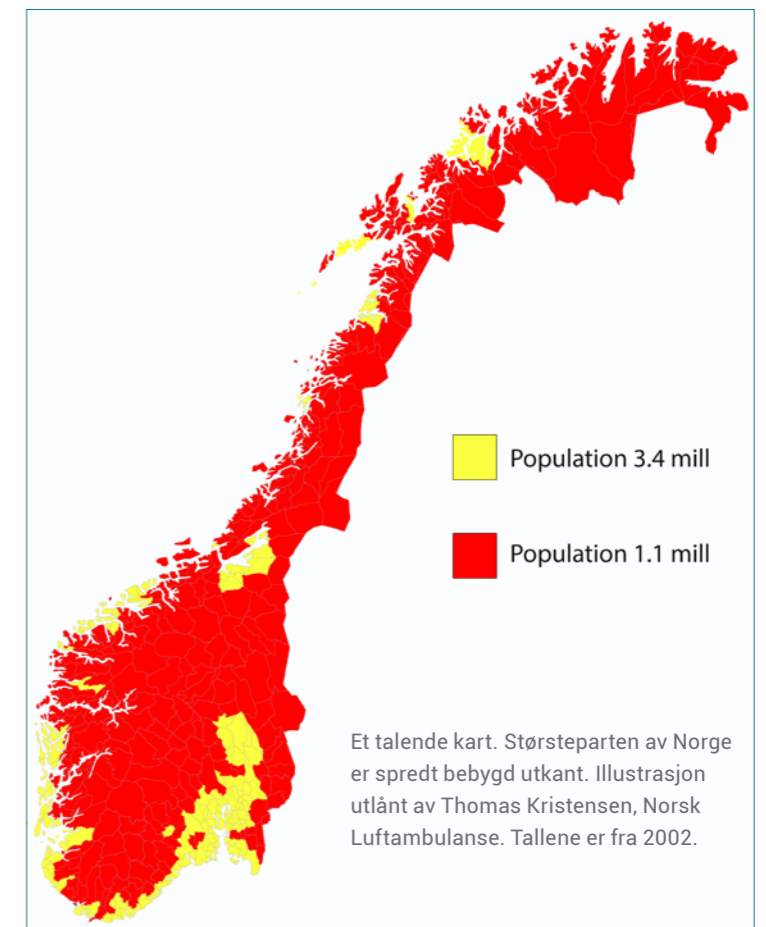
forbindelse med andre tannhjul. Endrer man ett sted, forplanter effekten seg og slår ut der vi ikke hadde ventet det. Systemet tilpasser seg alltid, men det er ikke sikkert det skjer på måter vi er tjent med. Ledelse tett på er viktig, sier hun.

Tjener best i byen

Norske allmennpraktikere på bygda tjener dårligere enn sine kolleger i byen.

- Dette er et særnorsk fenomen og noe man bør se på, sier hun. Folk er mer fornøyde med både helsetjenester, pleie og omsorg jo mindre kommunen er.

- Det skyldes ikke at folk ikke vet bedre. Det henger heller sammen med oversiktighet, sterke relasjoner og det at man kjenner hverandre. Pasientens opplevelse bør telle med når man skal måle kvaliteten på helsetjenester, sier Brandstorp.



Et talende kart. Størsteparten av Norge er spredt bebygd utkant. Illustrasjon utlånt av Thomas Kristensen, Norsk Luftambulansse. Tallene er fra 2002.

NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTSMEDISIN (NSDM)

- NSDM skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene.
- Visjon: Bygge bro mellom praksis og academia og bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenestene i distriktene.
- NSDM er etablert ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
- Senteret finansieres av Helsedirektoratet og Helse Nord RHF.
- Mer på www.nsdsm.no

Look to Ål eller "look to all"?

ER AKUTTINNLEGGELSE PÅ SYKESTUE ET REALISTISK ALTERNATIV TIL SYKEHUS? STUDIEN "AKUTTINNLEGGELSER VED HALLINGDAL SJUKESTUGU" GJENNOMFØRES AV ØYSTEIN LAPPEGARD, KOMMUNEOVERLEGE OG FORSKER.



Øystein Lappegard (t.v.), her i samtale med Robert Tunestveit, sier det ikke finnes noen fasit på god distriktsmedisin. Lokale tilpasninger må til.

Øystein Lappegard har vært sentral i å bygge opp et desentralisert helseforskningsmiljø i Hallingdal.

- Vi kaller oss "helsekommunen Ål". Kommunen har knappe 5.000 innbyggere, og er et godt eksempel på at forskning og utvikling også kan foregå i små distriktskommuner, sier Lappegard.

Akuttinnleggelser på et lavere nivå enn sykehus er uvanlig i Norge. Hallingdal sjukestugu har vært i drift i over 30 år, og sånn sett har regionen et forsprang med tanke på å oppfylle samhandlingsreformens krav om kommunal akutt døgnnet (KAD).

Ingen fasit

- Tittelen på mitt foredrag er "Look to Ål", og det er fristende å omskrive det: "Look to all". Det finnes ingen fasit på hva som er god distriktsmedisin. Vi må samle erfaringer fra mange steder, og gjøre lokale tilpasninger, sier han.

Lappegards forskning er knyttet til Hallingdal sjukestugu, som har 14 senger, 2 allmennelegestillinger og ca. 600 innleggelser pr. år. I sitt pågående doktorgradsarbeid ser Lappegard nærmere på om et lokalmedisinsk senter, som Hallingdal sjukestugu, kan være et realistisk

alternativ til sykehuset.

- Det er en randomisert studie. Av pasienter som allmennleger i Hallingdal ønsket å akuttinnlegge ved Hallingdal sjukestugu, skulle halvparten etter loddtrekning i stedet bli innlagt på Ringerike Sykehus. De to gruppene skulle deretter følges i et år, for å sammenligne kvalitet, forløp og helseøkonomi.

Ønsket sykestua

Problemet var å få stort nok data-grunnlag. En fjerdedel av pasientene kviet seg for å delta, blant annet fordi de fryktet at loddtrekning gjorde det mindre sannsynlig at de ville få behandlingen sin på Hallingdal sjukestugu, sier Lappegard.

Studien forventes publisert i 2015. Foreløpige resultater indikerer at gruppen som ble akuttinnlagt ved Hallingdal sjukestugu rapporterte en bedre pasientopplevd kvalitet under oppholdet, og at det i deres pasientforløp ikke kunne finnes helsemessige konsekvenser som skiller seg fra gruppen som ble behandlet av sykehuset.

Henger fast i 50-tallet

- Virkeligheten har endret seg, men den forståelsen må vi ha frem til de som fordeler pengene til medisinsk utdanning. Universitetssykehusene og de store byene favoriseres i stor stil.

Det mener Torsten Risør, studieplan-sjef ved UiT Norges arktiske universitet.



Torsten Risør

- Mer enn 100 millioner statlige kroner brukes på helsefaglig utdanning i spesialisthelsetjenesten bare i Nord-Norge. Hvert år. Klinisk utdanning i primærhelse må baseres på støtte fra universitet og dugnadsarbeid. Dette til tross for at distriktsmedisinen er en ypperlig arena for problembasert læring og refleksjon under utøvelse, sier han.

Han mener finansieringen er basert på hvordan legeutdannelsen så ut i 1950-årene, hvor spesialiseringen tok fart og vi trodde at alle pasienter skulle ses på sykehus.

- Studentene må lære om det vanlige, de må ha mangfoldig pasientkontakt, og de må ha tilbakemelding på egen praksis fra en veileder. Det er vilkår som du finner på alle gode legekontorer, mener Risør.

Universitetet i Tromsø har enstemmig vedtatt studieplanen Håloga-legen med mer fokus på allmenneleges og bruk av læringsarena i distrikt i hele Nord-Norge. De første studentene på ny studieplan startet høst 2012.

Praksis gjør mester

Studentaktive læreformer må til for å utdanne gode leger. - Praksis gjør mester, mener universitetslektor Sture Rognstad ved Universitetet i Oslo.

Utplassering i allmennpraksis blir stadig mer populært verden over, og norske studieplaner inneholder fire til åtte uker slik undervisning. I Oslo har studentene i tiende semester seks uker i allmennpraksis og seks uker på lokalsykehus. 140 universitetslektorer er involvert.

- Det er en kostbar ordning. For lektorene er den ikke spesielt godt betalt, men de føler likevel en verdi ved å ha studentene, sier Rognstad.

Dybdelæring og studentaktive læringsformer preger utdannelsen. - Vårt universitet har holdt på med problembasert læring siden studierevisjonen Oslo96. Vi legger mer vekt på at studenten forstår de grunnleggende prinsippene, framfor å memorere fakta. Nå er en ny revisjon, Oslo2014, på trappene. Praksisen består, og den skal forbedres, sier han.



Sture Rognstad

Bodømodellen

De to siste årene av medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet kan tas ved Nordlandssykehuset i Bodø.

Det startet som et prøveprosjekt, men er nå en etablert ordning. Tilbudet gis til maks 24 studenter.

- Vi gir samme kvalitet som Tromsø. Studentene lærer det samme, og skriftlig eksamen er felles, sier Torfinn Endresen, universitetslektor og spesialist i allmenneleges.



Torfinn Endresen

Bodømodellen gir mange fordeler for studentene. God pasienttilgang, små praksisgrupper og rikelig med prøveeksamener er noen av dem. - Studentene slipper å flytte underveis. Vi har et studenthus like ved sykehuset, med faste arbeidsstasjoner. Å være to år på samme sted i et lite miljø gir mange muligheter, både faglig og sosialt. Det er lett å få til endringer. Vi har også svært motiverte og dyktige undervisere. Alle har søkt frivillig om å få undervise, sier Endresen.

De to årene i Bodø byr på tverrfaglig undervisning og samarbeid. Blant de faste innslagene er en distriktsmedisinsk dag i Steigen med prehospital vurdering og førstehjelpspøvelse i Saltdal. Det gis også et utvidet tilbud om uketjenester i allmenneleges.

Få tak i dem og behold dem

LANGE DISTANSER, RØFT KLIMA OG VANSKELIGHETER MED Å REKRUTTERE OG BEHOLDE PERSONELL. DET ER FELLES-TREKK VED LANDENE SOM SAMARBEIDER OM EU-PROSJEKTET "RECRUIT & RETAIN" INNEN NORDLIG PERIFERIPROGRAMMET (NPP). PROSJEKTET HAR KONSENTRERT SEG OM HELSEPERSONELL, MEN ER OVERFØRBART TIL ANDRE YRKESGRUPPER.

Det er i alt åtte land med i "Recruit & Retain": Norge, Sverige, Canada, Grønland, Island, Skottland, Irland og Nord-Irland.

Den norske prosjektpartneren er Finnmarkssykehuset, som samarbeider med Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Finnmark fylkeskommune (sistnevnte i den strategiske delen som omhandler andre yrkesgrupper av offentlig sektor utover helse.)

Kun en start

Prosjektet pågikk fra 2011 til juni 2014. En katalog med 29 løsningsforslag er blant de håndgripelige resultatene av prosjektet.



→ Prosjektleder Marianne Vanem (t.v.) og glesbygdsläkare Mante Hedman.

– Vi har kjørt piloter og kommet med en rekke forslag, men dette er et langsiktig arbeid, så prosjektet er bare å betrakte som en begynnelse, understreker prosjektleder Marianne Vanem ved Finnmarkssykehuset. Gjennom spørreundersøkelser og intervjuer

har prosjektet kartlagt hva som gir helsepersonell lyst til å jobbe i utkanten, og hva som skal til for at de blir værende. De har også sett på hvorfor helsepersonell har motvilje mot å jobbe i utkanten.

Trippel sjanse

De spurte ser ut til å oppfatte rundt 10.000 innbyggere som grensen mellom urbant og ruralt.

– Sjansen for at du jobber i utkanten er tre ganger så stor dersom du har tatt deler av utdannelsen din i rurale strøk.

“ HAR DU TATT DELER AV UTDANNELSEN I RURALE STRØK, TREDOBLES SJANSEN FOR AT DU KOMMER TIL Å JOBBE I SLIKE OMRÅDER. PROSJEKTET "RECRUIT & RETAIN" HAR SETT NÆRMERE PÅ HVORDAN HELSEARBEIDERE KAN REKRUTTERES TIL OG BEHOLDES I UTKANTSTRØK.

Om du har vokst opp i distriktet spiller også det positivt inn, sier Vanem.
– Vi har hørt fra salen i dag om lykkelige sammentreff som førte til at leger fra sentrale strøk valgte utkanten. Vi må rett og slett få disse tilfeldighetene til å inntreffe litt oftere. Både leger og andre fagpersoner kan komme fra helt andre områder og gjøre en veldig god jobb, sier glesbygdsläkare Mante Hedman fra forsknings- og utviklingssenteret Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman.

Fortell om det!

Hedman foreleser selv på sjette semester i medisinstudiet i Umeå.
– Der forteller jeg naturligvis studentene hvordan det er å jobbe i distriktsmedisin, sier han, og oppfordrer kolleger til å spre entusiasme og informasjon. Alle studenter må gjøre et vitenskapelig arbeid i løpet av studiet.
– Vi bør fore studentene med interessante prosjekter i utkanten. Det kan bli den introduksjonen de trenger for å få opp øynene for de spennende jobbmulighetene, sier han.

Hva kan hjelpe?

- Å ta deler av utdannelsen i et distriktsområde, og få rural erfaring
- At ektefellen får seg jobb i nærheten
- At nytilsatte blir integrert i lokalsamfunnet
- At barna kan gå på en god skole
- Gode tilskuddsordninger
- God lønn og andre incentiver
- Faglig og sosial integrering på arbeidsplassen
- Tett samarbeid mellom universiteter og distrikter (urban/rural utveksling)
- Videreutdanning
- Nettsted med ledige stillinger og mulighetene på stedet
- Lokale rekrutteringsteam

Forskning i førstelinje

MAGNUS HJORTDAHL, ANETTE FOSSE OG ANNE HEREFOS DAVIDSEN HAR ERFARING FRA FORSKNING I FØRSTELINJE. DE APPLAUDERER LOKALE FORSKNINGSNETTVERK MED LAV TERSKEL, OG OPPFORDRER MYNDIGHETENE TIL Å STIMULERE FORSKNING I FØRSTELINJETJENESTEN.

Anette Fosse er stipendiat i halv stilling, i tillegg til jobben som fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana. Hennes doktorgradsarbeid

har tittelen "Døden i sykehjem – pasientens ønsker og legens rolle".

Bygge faget

- Jeg er en utålmodig person og trodde ikke det lå for meg å "grave meg ned i detaljer". Til slutt ble jeg likevel lei av å høre meg selv synse i vei om en masse ting. Jeg ville ha fakta, sier hun.

At hun valgte sykehjemsmedisin, er ikke tilfeldig.

- Sykehjemsmedisin står enda lavere på rangstigen enn allmennmedisin, og trenger lys på seg.

Gjennom forskningen kan jeg være med og bygge faget mitt, sier hun. Hun legger til:

- Vi trenger myndighetenes hjelp

til å styrke FoU innen allmennmedisin. Det er dette Norge virkelig trenger i årene framover.

Lavterskel

Anne Herefoss Davidsen på Byhagen legesenter i Alta gir kollega Peder Halvorsen, professor i allmennmedisin, æren for at det ble forsker av henne.

- Han dro meg inn i sin lavterskelgruppe for forskerspirer. Det ble utslagsgivende, sier hun.

Davidsen forsker på bruk av blodgass i allmennpraksis.

- Jeg har forsøkt flere måter å organisere arbeidet på. Nå har jeg funnet den som passer meg: Tre måneders stipend med 100



→ Anette Fosse



→ Anne Herefoss Davidsen



→ Magnus Hjortdahl

prosent vikar, mens jeg vier meg til forskningen. Men det er, uansett modell, alfa og omega å finne den rette vikaren, sier hun.

Gladforskning

Magnus Hjortdahl jobber også på Byhagen legesenter i Alta. Han fikk sansen for forskning mens han arbeidet med obligatorisk studentoppgave, og har siden drevet det han kaller "gladforskning" – forskning ut fra pur interesse. Han ser flere fordeler med å forske i tillegg til legejobben.

- Jeg møter mange flotte folk, får erfaring i muntlig og skriftlig presentasjon og får styrket både akademisk og klinisk kompetanse. Dessuten blir prosjektene gjerne døråpnere til nye prosjekter, sier han.

Berikende

Søknadsarbeid og finansiering har vært en utfordring for både Fosse, Davidsen og Hjortdahl.

- Jeg tror det er lurt å stimulere til forskning allerede i studietiden. Små, lokale utviklingsmiljøer er gull verdt. Kort avstand til veileder letter arbeidet. Det har også betydning hva kollegene synes. Det bør være stemning for at man forsker, sier Hjortdahl.

Alle tre oppsummerer at forskningen kan være slitsom, fordi den kommer oppå alt annet.

- Men først og fremst er det berikende, sier de.

Små og større prosjekt kan få støtte fra "Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling". Søknadsfrister 15. mars og 15. september. Se nettsiden vår: www.nsdm.no
- Birgit Abelsen, forskningsleder -

Legekontoret som læringsarena



May-Lill Johansen

"DET ER DET NÆRMESTE JEG HAR FØLT PÅ DET Å VÆRE LEGE". UTSAGNET STAMMER FRA EN AV FEMTEÅRSSTUDENTENE VED UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET, ETTER PRAKSIS PÅ LEGEKONTOR.

I 36 år har medisinstudiet i Tromsø utplassert studenter i primærhelsetjenesten. I femte studieår har studentene åtte ukers praksis på legekontor, i tillegg til 16 uker på et nordnorsk lokalsykehus.

Egne pasienter

UiT har kontrakt med 40 legekontor i hele landsdelen. Hver student får sin egen praksislærer. Mange av dem får eget kontor og egen pasientliste.
- Det har de aldri opplevd før. De føler seg sett på en helt ny måte, og læringskurven er bratt. Studentene skal i løpet av praksisen også bli kjent

med hele primærhelsetjenesten i kommunen. De synes det er spennende å se samhandling i praksis, forteller May-Lill Johansen, førsteamanuensis ved Institutt for Samfunnsmedisin på UiT og ansvarlig for utplasseringen.

Kan bli bedre

UiT har god struktur på ordningen, med praksislærerkurs og god avlønning. I utkantstrøk er veiledningskapasiteten det springende punkt.
- Men praksislærerne liker det! Det er utviklende å ha studenter i praksis. Dessuten øker det sjansen for rekruttering, sier Johansen.

60-80 prosent av studentene er svært godt fornøyd med praksisen, og sier de er blitt motiverte til å bli allmennleger.

- Samtidig ser vi at ikke alle får god nok veiledning, de savner tilbakemeldinger og har for få pasienter. Sånn kan vi ikke ha det. Dette må forbedres, sier Johansen.

Best læring når vi utøver

- FORELESNING ER NOE AV DET VI LÆRER MINST AV. LA OSS HELLER SATSE PÅ Å LÆRE VED Å GJØRE, SIER MARIT HERMANSEN, LEDER I NORSK FORENING FOR ALLMENNEMEDISIN OG STYRELEDER I DET NYOPPRETTEDE SKIL – SENTER FOR KVALITET I LEGEKONTOR.

SKIL er et non profit aksjeselskap som skal drive fram kvalitetsutvikling i legekontorer. Senteret har lokaler sammen med Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) ved Haraldsplass Diakonale Sykehus AS i Bergen.

Mentor

- Vi må se legekantoret som en læringsarena. Kurs er vel og bra, men vi lærer nesten ingenting av å sitte på forelesning. Det vi gjør sammen er mye viktigere, sier hun, og viser fram en læringspyramide der det å praktisere selv og det å undervise andre gir absolutt størst læringseffekt.

I samarbeid med Norsk medisinstudentforening har Norsk forening for allmennmedisin en mentorordning, der allmennleger og studenter kan

møtes. Mentoren er en allmennlege i studentens hjemkommune eller studiekommune. Mentor og student kan møtes når studenten er hjemme, på ferie, har fri eller liknende, og studenten kan ta del i mentorens arbeidshverdag.

- Da får man snuse på hva det vil si å være allmennlege, sier Hermansen.

Kommunikasjon

Hermansen er bekymret over at 40 prosent av nye, ferdige leger ikke er utdannet i Norge.

- Jeg har i og for seg ingenting i mot at man har studert i andre land. Men i norske legestudier er det stor vekt på kommunikasjon. Er du for eksempel utdannet i Polen uten å kunne polsk, får du ikke snakket med pasienten. Dermed får du heller ikke trent på kommunikasjon. Turnustjenesten er desto viktigere for de som har studert i utlandet, sier hun.

Hermansen ønsker en obligatorisk spesialitet for være fastlege.

- Norge er et grisgrendt land med mange små fagmiljøer. Obligatorisk spesialisering og jevnlig resertifisering kan jevne ut kvaliteten på legetjenester, mener hun.



→ Marit Hermansen

Pasient, ikke diagnose

- MER UNDERVISNING BØR TA UTGANGSPUNKT I PASIENT, IKKE DIAGNOSE. DET MENER EVEN HOLTH RUSTAD, LEDER I NORSK MEDISINSTUDENTFORENING. HAN ETTERLYSER GENERALISTENE SOM LÆREKREFTER.

Studentlederen mener medisinutdanningen trenger et nytt fokus.

- Vi trenger en endring i hvordan alle leger utdannes. Utdanningen bør gi en dyp faglig forståelse, evne til å innhente og kritisk vurdere informasjon, personlig utvikling og bygging av en profesjonell identitet som lege, sier han.

Vanlig eller farlig?

Han mener det er et overdrevent spesialistfokus i dagens legeutdanning – også i nye studieplaner.

- Undervisningen bør ta utgangspunkt i pasientens problem, ikke diagnoser. Vi må bruke mer tid på å lære om vanlige og farlige tilstander, og mindre tid på spesialisert behandling av sjeldne tilstander. For å lære det, trenger vi generalister som undervisere og veiledere, sier han.

Han ber om at studentene får praksis der pasientene er.

- Vi har det meste av praksisen vår på sykehus, mens pasientene i større grad behandles i allmennpraksis. Det er et misforhold mellom hvor pasienten får behandling og hvor studentene befinner seg. Desentralisering av medisinutdanningen er ikke bare nødvendig for allmennmedisinen, men for hele

medisinfaget, sier han.

Læring på legekantor

Even Holth Rustad mener alt ligger til rette for å ta i bruk primærhelsetjenesten som læringsarena.

- De medisinske fakultetene har gjort det klart at det kun er pengene som mangler. Hva om pengene følger studenten, så kan universitetene kjøpe praksisplassene der de vil? foreslår han.

- Det er enighet om at vi bør gå i retning av mer bredde, uten at de nye studieplanene går langt nok i den retning. Samtidig er det viktig å unngå "curriculum overload". For å kunne bruke mer tid på bredde, må vi kutte ut noe annet. Mye av undervisningen som gis i medisinstudiet i dag er egentlig på spesialistnivå, og bør tas helt ut av grunntutdanningen.

Vi trenger også mer klinikknær, allmennmedisinsk forskning, som utgangspunkt for forskningsbasert undervisning i generell medisin, sier han.

Studentforeningen skal gjennomføre en undersøkelse på kvaliteten på oppfølging og veiledning.

- Erfaringene våre så langt tyder på at studentene er mer fornøyde med veiledningen i kommunehelsetjenesten enn i sykehusene, sier han.

→ Even Holth Rustad



Gjennomgående veiledet praksis

LÆR DEG BEGREPET "LONGITUDINAL INTEGRATED CLERKSHIP". ELLER, PÅ NORSK: GJENNOMGÅENDE VEILEDET PRAKSIS. MODELLEN BRUKES FLERE STEDER I VERDEN. UNIVERSITETET I WASHINGTON ER BLANT DEM SOM HAR GODE ERFARINGER. BÅDE STUDENTER, VEILEDERE OG PASIENTER ER SVÆRT FORNØYDE.

University of Washington School of Medicine omfatter fem stater: Washington, Wyoming, Alaska, Montana and Idaho. Området utgjør 28 prosent av landarealet og bosetter 3 prosent av befolkningen i USA.

Hva heter barnet?

Prodekan Ellen Cosgrove fra universitetet i Washington holdt foredrag om "longitudinal integrated clerkships" (LIC) på konferansen i Saltstraumen. Hun oppfordret forsamlingen til å finne et godt norsk navn på modellen.

- Den har jo ikke engang et bra engelsk navn! ler hun.

Professor Ivar Aaraas ved UiT Norges arktiske universitet tar utfordringen. Han foreslår "gjennomgående veiledet praksis".

I dette ligger at studenten møter samme lege/veileder og dennes pasienter sammenhengende/gjenn- tatt gjennom hele eller store deler av sitt studieforløp. Studenten lærer dermed pasienten å kjenne som

person i sitt nærmiljø og får en bedre forståelse for pasienters og pårørendes behov for sammenhengende helsetjenester ved ulike sykdomsforløp.

De rette legene

Cosgroves universitet har tilbudt LIC som praksismodell siden 1990.

- Når vi snakker om legemangel i distriktene er det fristende å spørre: Har vi faktisk for få leger, eller mangler vi de rette legene? Å eksponere studentene for distriktsmedisin gjør dem mer motiverte for å tjene der de trengs. LIC produserer flere allmennleger, og de scorer like bra som studenter med tradisjonell praksis, sier hun.

En 24-ukersmodell skal nå suppleres med et 36-ukers opplegg med et enda bredere innhold.

- Studentene kommer nærmere både pasient og lokalsamfunn. De får se pasientløp over tid og følger pasienten i hans/hennes møte med ulike spesialiteter. Det gir studenten helt andre muligheter til å forstå pasientens situasjon.

Gjennomgående veiledet praksis gjør det også enklere å evaluere studenten, og gi individuelt tilpasset undervisning når det er behov for eller ønske om å lære mer, sier hun.

Moralske fibre

Ute i praksis er det viktig at veilederen setter ord på det som blir gjort.

- Man må forklare at "nå gjør jeg sånn" og "derfor gjør jeg det". Hvis det ikke settes ord på, har vi sett at studenten ofte misforstår det som foregår, sier Cosgrove.

Cosgrove legger vekt på å bygge både kunnskap, ferdigheter og karakter.

- Det gjelder alle omsorgsyrker. Vi ønsker å styrke studentenes moralske fibre. Veilederne må være bevisste, reflekterte og samvittighetsfulle. Målet er å vekke en dypere forpliktelse til å være lege. Studenten beveger seg fra å ha et yrke til å ha et kall, sier hun.



→ Ellen Cosgrove

Mer empatiske

Evaluering av gjennomgående veiledet praksis ved universitetet i Washington viser at studentene er minst like flinke i kliniske ferdigheter som studenter med tradisjonell praksis. De føler mer ansvar for pasientbehandlingen, er mer empatiske og får mer tilbakemelding fra sin veileder.

- Studentene er også fornøyd med å få en legelignende rolle i praksis, hvor de kan utrette mer enn om de bare er tilskuere, sier hun.

Økt respekt

Pasientene mener studentene bidrar positivt, ved å koordinere og lette tilgangen til behandling. Studentene bidrar også med støtte og trøst.

Også veilederne er fornøyd med gjennomgående veiledet praksis.

- De finner oppgaven positiv, tilfredsstillende og givende. De blir personlig involvert og føler et etisk og moralsk ansvar for studentens læring. Selvsagt er det tidkrevende. Men når studenten har tilegnet seg flere ferdigheter – gjennomgående etter cirka 11 uker – snur det, og studentene begynner å være til nytte.

I tillegg viser undersøkelser at disse studentene har større respekt og forståelse for andre profesjoner, fordi de ved selvsyn har sett hva de gjør for pasienten, sier Ellen Cosgrove.

Kvotering virker

Prioriterte opptakskvoter bidrar positivt til rekruttering og stabilitet i nordnorsk legedekning. Trenden er styrket etter 2005.

- Vi er en del av en internasjonal bevegelse for praksis og utdanning i distriktshelsetjenesten, sier professor Ivar J. Aaraas ved UiT Norges arktiske universitet.

Ved UiT er minst 60 prosent av plassene på medisinstudiet nå avsatt til søkere med nordnorsk tilhørighet. Tidligere har kvoteringsprosenten vært henholdsvis 25 og 50.

For kull uteksaminert fram til 2001, har tidligere studier vist at over halvparten av legene starter yrkeskarrieren i Nord-Norge. Nye data viser at en stor andel er der fortsatt. Jo flere studenter med nordnorsk tilhørighet, jo flere blir værende i landsdelen.

- En høyere andel av våre studenter befinner seg i primærhelsetjenesten, sammenlignet med landsgjennomsnittet, og andelen kvinner øker i takt med antall leger. At geografisk kvotering er et virksomt tiltak for å rekruttere leger og helsepersonell til distriktene er internasjonalt veldokumentert og anerkjent, sier UiT-professoren.



→ Ivar J. Aaraas

Statement Saltstraumen - 2014

OBSERVASJONER

Generelt: I Norge er det lang tradisjon og ønske om å beholde spredt bosetning, hvor en god primærhelsetjeneste er en forutsetning for likeverdige helsetjenester.

Kontinuitet er viktig for en velfungerende helsetjeneste. Vikarstafetter blant leger i distriktene er uheldig for kvaliteten lokalt. Selv om det utdannes flere leger, er det ikke slik at dette gir en overflow-effekt av leger som kommer distriktene til gode.

Organisering av legeutdanning: Det er for lite samarbeid mellom Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og universitetene om utdanningen av leger. Staten betaler helseforetakene betydelige midler til klinisk undervisning og praksis for

studenter. Universitetene finansierer også undervisningsaktivitet i helseforetakene. Undervisning av leger i kommunene er derimot underfinansiert og delvis dugnadspreget.

Faglig innretning av legeutdanningene: 40-50 % av norske legestudenter tar sin utdanning utenfor Norge og ofte i land hvor allmenntilmedisinen står svakt. Kvalitet og omfang av allmenntilmedisinsk relevant praksis varierer i betydelig grad. Personer med kroniske lidelser og multimorbiditet utgjør den største utfordringen i helsetjenesten. Legestudiene preges av organ- og grenspesialister og ikke generalister. Legestudiene tar ikke tilstrekkelig hensyn til endringer over tid i folks helseproblemer, i pasientforventninger, i legerollen, i teknologien og i andre

rammebetingelser. Langvarige relasjoner mellom legestudent og pasienter, og mellom legestudent og veileder, er vist å være sterke pedagogiske virkemidler for utvikling av profesjonell kompetanse. Konseptet Longitudinal Integrated Clerkship («gjennomgående veiledet praksis») brukes internasjonalt.

Praktisk innretning av allmennpraksis: Fastleger ønsker større valgfrihet mellom fastlønn og privat næringsdrift i allmennpraksis. Antallet fastleger øker minimalt.

Forskning og fagutvikling: Kunnskapsgrunnlaget for allmenntilmedisinen kommer ofte fra studier basert på pasientgrupper i spesialisthelsetjenesten, og vesentlig mindre fra studier i allmennpraksis.

ANBEFALINGER

Organisering av legeutdanning: Kommunenes oppgaver i utdanning og veiledning av leger og annet helsepersonell må sikres tilstrekkelig finansiering. Utdanningskapasiteten i Norge må økes slik at vi dekker en større del av eget behov for leger.

Faglig innretning av legeutdanningen: Befolkningen og kommunene folk bor i bør få en hensiktsmessig innflytelse på innholdet i legers utdanning. Slik brukerinvolvering kan skje på ulikt vis. Utviklingen av Northern Ontario School of Medicine (NOSM) er et godt eksempel.

For at nyutdannede leger trygt skal kunne ivareta pasienter med vanlige og farlige helse-

problemer, må mer av undervisningen gis av generalister og større deler av praksis foregå der denne typen helseproblemer behandles: på lokalsykehus og i primærhelsetjenesten. Denne generalistundervisningen må være gjennomgående i alle seks studieår. Studentundervisningen bør ta utgangspunkt i pasienten og personens problem, ikke diagnose eller organsystem. Fragmentert utdanning med vekt på det spesielle må i større grad erstattes av læringsrelasjoner mellom pasienter, legestudenter og veileder som varer over tid, ved at studentene kommer tilbake til samme praksissted gjennom hele studiet.

Praktisk innretning av allmennpraksis: Antallet fastlegehjemler må økes i samsvar med intensjonene i

Samhandlingsreformen. Allmennleger må utdannes til å bli gode veiledere.

Organisering for å beholde allmennleger: Kommuner og allmennleger har et felles ansvar for å etablere et godt samarbeid omkring legetjenestene. Det bør gis tilskudd til kommuner for oppretting av rekrutterings-/utdanningsstillinger for allmennleger. Kommunene bør tilby fastlønnsstillinger til fastleger som ønsker det.

Forskning og fagutvikling: Forskning i allmennpraksis må styrkes. Allmenntilmedisinske forskningsnettverk må etableres. Kommunene må settes i stand til å støtte og delta i allmenntilmedisinsk forskning.