

---

**Fra:** Anette Fosse <anette.fosse@uit.no>  
**Sendt:** 15. september 2022 23:59  
**Til:** HOD-nasjonalhelseogsamhandlingsplan  
**Emne:** Innspill fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin

## **Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innspill fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)**

FNs 3.bærekraftsmål handler om å sikre god helse og fremme livskvalitet til alle, uansett alder. Et kunnskapsbasert virkemiddel til å nå dette målet er en sterk og allment tilgjengelig primærhelsetjeneste. Det er bred politisk enighet om at befolkningen i Norge skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester. Primærhelsetjenesten er grunnmuren norsk helsevesen. Dette må gjenspeiles i finansiering, utdanning, forskning og kunnskapsutvikling, noe som i liten grad er tilfellet i dag.

Samhandlingsreformen forutsatte «litt mindre mer» til sykehusene og «litt mer mer» til primærhelsetjenesten, samt behov for 2000 nye fastleger. Dette er ikke blitt fulgt opp. Målsettingen i samhandlingsreformen om at mer av utredning, behandling og oppfølging skal skje i primærhelsetjenesten er fortsatt – og i økende grad – gjeldende. En nasjonal helse- og samhandlingsplan må beskrive hvordan ressurser, kompetanse, forskning og kunnskapsutvikling kan sikre disse målene.

Norge er et land med spredt bosetting og utfordrende vær og geografi. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har sitt hovedfokus på primærhelsetjenesten i distrikt, men er også opptatt av sammenhengen med helsetjenestene i byene og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, samt betydningen av helsepersonell-utdanningenes innhold, organisering og lokalisering. For å sikre en likeverdig helsetjeneste til hele landet må distriktperspektiv og behov for lokal tilpassing anerkjennes. Løsninger som foreslås må ikke bare være flikking på systemer og finansieringsordninger som er laget for sentrale strøk, men også tilrettelegge for lokaltilpassede tiltak.

### **Legetjenesten i kommunene**

Kommunelegetjenesten består av fastleger, sykehjemsleger, helsestasjons- og skoleleger, legevaktleger, kommuneoverleger, smittevernleger og i noen kommuner fengselsleger. I store byer opprettes ofte heltidsstillinger for de ulike legeoppgavene, mens i mindre kommuner der det fastleger som betjener alle disse oppgavene. Det har betydning for arbeidsmengde og listelengde. Med ny spesialiseringsordning er det økte krav til at fastleger veileder LIS1 og ALIS. Med økende student-tall som skal ha økt antall uker i allmennpraksis er det også økt behov for veiledning fra fastlegene. Dette er viktig arbeid som sikrer at fremtidens leger får en god innføring i allmennmedisin, og må regnes inn i arbeidstiden til fastleger, sykehjemsleger, legevaksleger osv. Fastlegeordningen er en hjørnestein i helsetjeneste-byggverket. All samhandling hviler på at fastlegen er tilgjengelig og følger opp pasientens medisinske behov. Når mer enn 200 000 innbyggere nå står helt uten fastlege rakner hele systemet. Sykehusene baserer seg på at fastlegen tar tak når sykehuset slipper. Når det ikke er en fastlege der (og i økende grad heller ikke vikar) faller oppfølgingen sammen. Dette rammer pasienter direkte. Det kan også begrense folks tilgang til spesialisthelsetjenester, siden det er fastlegens rolle å henvise til disse tjenestene. Manglende fastleger gir også manglende legevakt, manglende sykehjemsleger og helsestasjonsleger. For distriktene er fastlegekrisen er en dobbeltkrise som rammer distriktskommuner urimelig hardt både økonomisk og kvalitetsmessig. Vikarstafetter er svært dyre, gir dårlig kontinuitet og kan i verste fall være til fare for pasientsikkerheten. Ny forskning fra NSDM tyder på at vikarstafetter og stor arbeidsbelastning kan føre til uønskede hendelser. Kontinuitet i lege-pasientforholdet er vist å ha effekt på harde endepunkter. Forskning har vist at gjennomsnittlig lengde på fastlegeavtaler i de minste kommunene er betydelig kortere enn i store byer, og det er lavere andel spesialister. Dette

misforholdet truer målet om likeverdige helsetjenester i hele landet. Nasjonal helse- og samhandlingsplan må inneholde kraftfulle grep for å håndtere dette.

Noen distriktskommuner lykkes i å rekruttere og beholde fastleger. Tiltak som ser ut til å ha effekt er blant annet kortere listelengde, redusert vaktbelastning, fleksibilitet, tid til veiledning, faglig oppdatering, fagutvikling og forskning, godt tverrfaglig samarbeid og regelmessig akuttmedisinsk samtrening. Eksempler på slike kommuner er bl.a. Nordkapp, Bø i Vesterålen og Luster.

Interkommunalt samarbeid om legetjenester, som Senjalegen, er en annen modell som har vist seg å gi mer stabile legetjenester. En grunnregel for fastlegetjenester er at de må organiseres slik at de på best mulig måte legger til rette for kontinuitet i lege-pasientforholdet. Nordsjøturnus tas i økende grad i bruk for både leger og annet helsepersonell. Dette er en ordning med mange ulike varianter som det ikke finnes nok kunnskap om.

### **Rekruttere og beholde**

Leger, sykepleiere og annet helsepersonell er mangelvare i både kommuner og sykehus. NSDM har deltatt i et internasjonalt prosjekt som har utviklet et kunnskapsbasert rammeverk for å rekruttere og beholde helsepersonell (Recruit&Retain – Making it work). Dette rammeverket gir en systematisk tilnærming til hvordan kommuner og helseforetak kan arbeide strukturert, målrettet og regelmessig med å sikre nok helsepersonell i distrikt, men har antagelig relevans også i større kommuner og i sykehus.

Økonomiske insentiver brukes mye for å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt, men kategoriseres av WHO som et tiltak med lav forskningsmessig evidens. Det kan se ut til at slike tiltak kan virke rekrutterende, men at de har mindre å si når det gjelder å beholde helsepersonell. Tiltak som kan bidra til at leger og sykepleiere blir værende i distriktskommuner er faglige utviklingsmuligheter og håndterlig arbeidsbelastning, ved siden av akseptabel lønn.

### **Utdanning**

Utdanning av helsepersonell og drift av helsetjenester er gjensidig avhengig av hverandre og kan ikke sees løsrevet. Det betyr at kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner må samarbeide, og det samme gjelder HOD, KD og KDD.

En internasjonal kunnskapsoppsummering viser at utdanningstiltak for leger som har vist effekt på rekruttering til distrikt er bl.a. praksisnær læring i distrikt, desentralisert/regionalisert utdanning, prioritert opptak fra distrikt og studieplan med distriktsrelevant læringsutbytte. Når Norge nå planlegger å øke antall studieplasser, og alle studiestedene planlegger å desentralisere deler av medisintutdanningen, er denne kunnskapen verdt å legge vekt på i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det er også tenkelig at å legge til rette for et sammenhengende løp fra grunnutdanning via LIS1 til ferdig spesialist i allmennmedisin eller rekrutteringssvake sykehusfag kan være en vei å gå.

For sykepleiere finnes forskning som viser at desentraliserte og fleksible utdanninger bidrar til rekruttering av sykepleiere til regionen. Trainee-ordninger som gir ferske sykepleiere en trygg overgang til yrkeslivet har også en gunstig effekt.

### **Digitalisering, desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp**

NSDM er positiv til tiltak som kan gi mindre reisebehov, økt egen-mestring for pasient og pårørende og bedre samarbeid. Bruk av digitale konsultasjoner der helsepersonell og pasient møtes på tvers av nivåene kan være svært nyttig, men det er viktig å erkjenne at det også kan føre til økt bruk av helsepersonell-tid.

### **Akutt-tjenester**

Akutt-kjeden blir ikke sterkere enn det svakeste leddet. Vi registrerer at mye av den avanserte behandlingen sentraliseres samtidig som det er et mål at eldre og multisyke skal bo hjemme lengst mulig. For at dette skal være forsvarlig er det viktig å bygge en robust/tverrfaglig lokal akuttmedisinsk tjeneste. Denne må både kunne ta det hyperakutte og ø-hjelp. For å få til dette må man involvere

kommunale tjenester (fastlege, legevakt, sykehjem, hjemmesykepleie, rus/psyk etc) og spesialisthelsetjenesten (ambulans, luftambulans). Disse forskjellige aktørene har komplementær kompetanse og kapasitet, og målet må være at de samhandler tett for å utnytte disse maksimalt lokalt, der pasienten er. Samtrening (som FørsteBEST) vil være et av tiltakene for å øke samhandlingen (men ikke det eneste). Andre viktige tiltak vil være at de blir kjent med hverandre (samlokalisering, samtrening, felles fagdager), har felles kompetanse (som ved Klinobs Kommune), hjelper/avlastet hverandre (som Rørosprosjektet) og at det går opp felles samhandlingsrutiner (eks Akuttkjeden i Telemark og Trygg akuttmedisin).

Vennlig hilsen

**Anette Fosse**

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway

[www.nsdm.no](http://www.nsdm.no)

Phone: +47 91622312

