



Nasjonalt senter for distriktsmedisin Årsmelding 2015



www.nsdm.no

INNHOOLD

Oppsummering	4
Formål og verdier.....	5
Aktivitetsområder.....	5
Kunnskapsutvikling, -oppbygging og -støtte.....	5
Utdanning, rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt	6
Helsetjenesteutvikling i distrikt	10
Helsereformer og distrikt	14
Brobyggervirksomhet mellom forskning og praksis	18
Kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene	20
Bidra til rekruttering og stabilisering av personell.....	22
Nettverksbygging nasjonalt og internasjonalt	23
Anders Forsdahls pris 2015.....	26
Ansettelsesforhold i NSDM i 2015	27
Prosjekter i Programmet.....	27
Veiledningsoppgaver for master- og phDstudenter utenom Programmet	28
Publikasjonsliste	28
NSDM-Rapporter	29
Høringsuttalelser	29
Muntlige presentasjoner	30
Kronikker, Brev til redaktøren, Bokanmeldelser.....	31
Andre faglige bidrag fra NSDM	32

OPPSUMMERING

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) kan se tilbake på et produktivt år og en positiv utvikling for senteret. Mens 2014 var et år for omstilling og oppbygging av «nye NSDM», ble 2015 året for konsolidering og konkretisering.

Tidlig på året vedtok Styringsgruppen Strategiplan for 2015-2018, en plan som sier noe om hvordan vi i praksis skal fylle vårt mandat ut fra fem definerte aktivitetsområder (se side 5).

Oppbyggingen av en prosjektgruppestruktur var det største usikkerhetsmomentet i 2015. Heldigvis har det lyktes bedre enn forventet. I desember kunne vi samle flere engasjerte NSDM- stipendiater, med sykepleie, allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk fagbakgrunn. De kom fra hele landet til fag og fest! Samfunnsmedisiner Dag-Helge Rønnevik (Rogaland) ble sogar engasjert i en hovedstilling hos oss omtrent da.



Dag-Helge Rønnevik (Kolnes), Trine Rydningen (Senja), Ingunn Heggheim (Alta), Jorun Nygård (Senja), Anders Svensson (Bø i Vesterålen), Steinar Konradsen (Finnsnes), Aslak Bråtveit (Finnøy), Frank Hilpüsch (Bjarkøy).

I staben gikk professor Ivar Aaraas over til å bli aktiv pensjonist slik at vi fremdeles får glede av hans kompetanse. Samlet sett har vi hatt vekst med hensyn til faglige publikasjoner og formidling samt nettverksbygging – både i volum og mangfold. Vi har vært aktive aktører og synlige i sosiale medier, massemedia, møter og konferanser. Denne kommunikasjonsinnsatsen bygger på vår forskningsbaserte flerfaglighet. Utfra registrert interesse ser vi at vi fyller rom ikke mange andre kan fylle. Helsetjenesteforskning ved hjelp av flere metoder, tett på tjenestene, men med et bredt anlagt perspektiv, karakteriserer vår kunnskapsbygging. Bredden og metaperspektivene motiverer oss til å lete etter nye og nyttige sammenhenger.

For å sikre slik bredde, men også relevans, utvider vi stadig vårt interessefelt ut fra allmenn- og samfunnsmedisinen, til et flerfaglig perspektiv på primærhelsetjenesten og lokalsykehus. I programrådet har vi nå med ansvarlig for desentralisert sykepleieutdanning ved UiT, Bente Norbye.

Kontakten med kolleger i Sverige, Skottland, Canada og Australia er styrket i form av konkrete samarbeidsprosjekter. Og på slutten av året fikk vi den gledelige beskjeden om at Helse Nord RHF øker bevilgningen til senteret! I Plandokumentet for 2016 er mange planer lagt, men vi er også klare til å møte det ukjente.



Forskningsleder Birgit Abelsen (Alta), Seniorforsker Margrete Gaski (Bardu), rådgiver Frank Remman (Tromsø), Leder Helen Brandstorp (Tromsø), professor Ivar J. Aaraas (Tromsø).

FORMÅL OG VERDIER

Formålet for NSDM er å fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene for å bygge bro mellom praksis, akademi og myndigheter, og bidra til økt kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten i distriktene.

Vårt arbeid skal preges av pålitelighet, fleksibilitet og respekt – internt og i samarbeid med andre.

AKTIVITETSOMRÅDER

I samsvar med strategiplanen og Helsedirektoratets forslag til samfunnsoppdrag, prioriterer vi følgende aktivitetsområder:

1. Kunnskapsutvikling, -oppbygging og -støtte
2. Brobyggervirksomhet mellom forskning og praksis
3. Kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene
4. Bidra til rekruttering og stabilisering av personell
5. Nettverksbygging nasjonalt og internasjonalt

De fem aktivitetsområdene bruker vi i det videre for å organisere presentasjonen av viktige resultater fra året som er gått. Vi tar utgangspunkt i sakene slik de er blitt formidlet via nettsidene våre. Tekst formulert som «MÅL» er hentet fra Strategiplan for 2015-18

KUNNSKAPSUTVIKLING, -OPPBYGGING OG -STØTTE

MÅL: Innen hvert av de følgende tre områder skal vi i perioden etablere prosjekter, publisere forskningsartikler og bidra med systematisert kunnskap i aktuelle utviklingsprosjekter.

- Utdanning, rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt
 - Med særlig vekt på leger
- Helsetjenesteutvikling i distrikt
 - Med særlig vekt på legetjenesten og pre-hospital akuttmedisin
- Helsereformer og distrikt
 - Effekter av top-down-politikk for distriktene
 - Distriktene som modellskapere (bottom-up)

UTDANNING, REKRUTTERING OG STABILISERING AV HELSEPERSONELL I DISTRIKT

Kartlegger legeløse lister og vikarbruk i distriktskommuner

10.02.2015

10.02.15: Det finnes i dag lite systematisk kunnskap om legeløse fastlegelister og bruken av vikarer i allmennlegetjenesten. NSDM er derfor nå i gang med en kartlegging. Undersøkelsen gjennomføres elektronisk og omfatter de 374 kommunene i landet med under 20 000 innbyggere. Spørsmålene handler om den lokale fastlegeordningen og omfanget av legeløse lister og vikarbruk i kommunal regi i 2014 og pr 1.1.2015. Den er i utgangspunktet rettet mot kommuneoverleger.

– Målsettingen er å gjøre regelmessige datainnsamlinger om dette temaet for å kontinuerlig bygge ny kunnskap om utfordringene knyttet til legedekning og stillingsstabilitet i distriktskommuner. Vi håper derfor at kommuneoverlegene tar seg tid til å svare på undersøkelsen, sier forskningsleder ved NSDM Birgit Abelsen

Innsamlingen av data er avsluttet og svarprosenten ble høy: 96%. Resultater er delt muntlig med bl.a. Styringsgruppa i november. Skriftliggjøring i form av en rapport og planlegging for neste innsamling er i gang.

Resultater av tiårig legerekrutteringsprosjekt

08.03.2015

08.03.15: Finnmarkssykehusets legerekrutteringsprosjekt er evaluert med gode resultater. Siden 2005 er andelen ledige overlegeårsverk redusert fra 57 prosent til 21 prosent ved inngangen til 2015. Prosjektet er etablert med basis i fire hovedtyper virkemidler.

1. Stipend for lege i spesialisering (LiS) under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus.
2. Finansiering av rekrutteringsstilling som ventestilling i Finnmarkssykehuset, i påvente av LiS-stilling der, eller for gjensidig utprøving mellom Finnmarkssykehuset og spesialist.
3. Finansiering av spesialisters hospitering ved annet sykehus for vedlikehold av kompetanse.
4. Frikjøp av arbeidstid til å drive forskning.

Resultatene tyder på at stipendet har god effekt. En stor andel av de som har fått stipend kommer jobber som spesialister i Finnmarkssykehuset, også utover bindingstiden på to år. Dette har trolig sammenheng med at flertallet av de som har fått stipend har en tilknytning til Finnmark i utgangspunktet.

Rekrutteringsstillingene har en mer usikker effekt. Sannsynligvis fordi de gis i en tidlig fase av legenes karriere, de er ikke beheftet med noen gjenyttelse og de er i stor grad gitt til leger uten tilknytning til Finnmark.

Evalueringen er gjennomført av forskningsleder Birgit Abelsen og seniorforsker Margrete Gaski ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, på oppdrag for Finnmarkssykehuset HF.

[Les sammendrag av rapporten her](#) (høyreklikk og åpne hyperlenken)

[Les hele rapporten her](#) (høyreklikk og åpne hyperlenken)



Idealtypene i rekrutteringsprosjektet. Fra øver venstre hjørne: Den utvalgte/den som ble sett, den ideelle, men frustrerte overlegen, den fagmiljøavhengige, Søringen som insisterer på å bli og opportunisten med potensiale.

I økende grad ønsker fastleger seg fastlønn

07.04.2015

07.04.15: Norske allmennleger ble i 2009 og i 2012 spurt om foretrukket avlønningsform: "the proportion of GPs who prefer private practice (i.e. the default contract for GPs in Norway) decreases from 52% to 36% in the period from 2009 to 2012. While 67% of the GPs who worked in private practice preferred this type of contract in 2009, the proportion had dropped by 20 percentage points in 2012. Salaried contracts are preferred by GPs who are young, work in a small municipality, have more patients listed than they prefer, work more hours per week than they prefer, have relatively low income or few patients listed."

Artikkelen er skrevet av en tverrfaglig gruppe ved Institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. Forskningsleder Birgit Abelsen ved NSDM er med. Hovedveileder er Jan Abel Olsen:

- Jon Helgheim Holte, PhD-student, Master i International Community Health fra UiO
- Birgit Abelsen, førsteamanuensis i helsetjenesteforskning
- Peder A Halvorsen, professor i allmennmedisin og fastlege i Alta
- Jan Abel Olsen, professor i helseøkonomi

[Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979 – 2012](#)

Inntektspreferanser blant unge leger

16.09.2015

16.09.15: Et stort flertall blant unge, norske leger foretrekker inntektssystemer som er mindre aktivitetsbasert (takstbaserte) enn de som tilbys i dag. Dette viser en studie som nylig ble publisert i tidsskriftet Human Resources for Health. Resultatene er i tråd med funn i liknende internasjonale studier.



Et fellestrekk ved de fleste helsesystemer er bruken av aktivitetsbasert betaling for legers arbeidsinnsats. Hovedmodellen for betaling av norske allmennlege er basert på den enkelte leges produktivitet. De betales stykkpris for pasientbehandling og per capita-tilskudd for hver innbygger på sine lister. Sykehusleger har på sin side en grunnlønn som suppleres med relativt høye tillegg som kompensasjon for lang og uregelmessig arbeidstid.

Mange ønsker en kombinasjon av fast og aktivitetsavhengig inntekt

Dagens inntektssystemer var de minst foretrukne, både i sykehus (16,6%) og i allmennpraksis (19,7%). Kontrasten "fastlønn" oppnådde marginalt høyere tilslutning. Omlag halvparten av de spurte foretrakk et hybridalternativ med en fastlønnsandel kombinert med en mindre aktivitetsbasert andel enn dagens.

Tilpasning, kjønn eller personlighet?

Målet med studien var å studere yngre legers preferanser for ulike inntektssystemer før de eventuelt tilpasser sine preferanser til det systemet de erfarer når de kommer ut i jobb. Undersøkelsen er gjennomført blant siste års medisinstudenter og turnusleger. Mer spesifikt undersøkes (a) eventuelle kjønnsforskjeller i inntektssystempreferanser og (b) i hvilken grad personlighetstrekk bestemmer preferanser for ulike inntektssystemer.

Undersøkelsen viser at når aktivitetsavhengigheten i inntektssystemet ble redusert, steg appellen blant kvinner og blant mindre prestisjeorienterte, risikotolerante og innsattstolerante respondenter. Status- og innteksorienterte respondenter foretrakk dagens aktivitetsbaserte inntektssystem.

Bør helsemyndighetene bry seg?

Artikkelen inneholder en diskusjon om hvorvidt helsemyndighetene bør ta hensyn til unge legers inntektssystempreferanser. Sett fra helsemyndighetenes side er et optimalt betalingssystem det som best bidrar til å forbedre pasienters helse, - ikke legens inntekt. Hvis systemet i tillegg holder kostnadene nede, er det absolutt å foretrekke. I utgangspunktet kan man dermed tenke at det verken er overraskende eller bekymringsfullt at unge leger viser en viss grad av misnøye med dagens inntektssystemer. Resultatet kan tyde på at helsemyndighetene gjør en god jobb med å beskytte pasientenes interesser. Men hvis legenes misnøye reduserer motivasjonen for å arbeide i ulike deler av helsetjenesten, kan dette ha negative konsekvenser for kvaliteten på pasientbehandlingen som tilbys, og muligens også skape utfordringer med rekruttering og stabilitet.

Artikkelen er skrevet av forskningsleder Birgit Abelsen ved NSDM og professor Jan Abel Olsen

<http://www.human-resources-health.com/content/13/1/69>

Medisinerutdanningen i Tromsø leverer!

12.04.2015

12.04.15: Medisinerstudiet i Tromsø var den første i Europa med distriktsmedisinsk profil. 34 avgangskull fra perioden 1979-2012 er undersøkt med hensyn til arbeidssted i 2013: 822 leger av totalt 1611 jobbet i Nord-Norge (51%). I de siste avgangskullene valgte flere enn i de tidligere å ta sin første jobb i nord. Alle kull har valgt allmennpraksis oftere enn i resten av landet. Ivar J. Aaraas et al konkluderer med at legestudiet oppfyller sitt mål på en bærekraftig måte.



Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012.

Ivar J. Aaraas, Peder A. Halvorsen, and Olaf G. Aasland
University of Tromsø – The Arctic University of Norway and University of Oslo

Posted online on March 26, 2015. Medical Teacher

Background: The aim of establishing the medical school in Tromsø in 1973 was to improve access to doctors and standards of health care for the previously underprivileged rural population of Northern Norway. In this study we examine how the aim of supplying doctors to the north has been achieved.

Material and methods: By utilising a cross-sectional design we have analysed 34 classes of Tromsø medical graduates (1979–2012) with regard to occupations in 2013 by the year of graduation and by successive pools of cohorts.

Results: In 2013 altogether 822 of 1611 doctors (51%) were working in Northern Norway. The proportions working in the north for old, intermediate and young cohorts were 37%, 48% and 60%, respectively. Doctors graduating during recent years tended to start their careers in the north to a higher degree than doctors graduating in previous periods. Among doctors from the older classes a relatively large minority have their end-careers in Northern Norway, with a noticeable inclination for long term work in primary care.

Conclusion: Our results support that the first rural oriented medical education model in Europe established in Tromsø 40 years ago is sustainable, achieving its aims.

<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0777-4>

Kvalitet når legevakta er integrert

19.05.2015

18.05.15: Den nye Primærhelsemeldingen tar til orde for å samlokalisere tjenestene til et helhetlig tilbud lokalt. I Utposten argumenterer vi i samme retning vedr legevakt ut fra et ønske om både å ta hensyn til legers vaktbelastning og uheldige virkninger når kommunenes høyeste generalistkompetanse flyttes langt vekk fra andre deltjenester.

Vi vil advare mot at legevaktene utenfor storbyene blir vikarbaserte satellitter, langt vekk fra systemene fastlegene er en del av. De bør istedet bli arenaer for fagutvikling, forskning og undervisning. Fordi der fagutvikling skjer, vil fagfolk gjerne jobbe. Når relevant og praksisnær kompetanse lever og forbedres, kan både pasienter og profesjonelle bidra med det som kreves.



Trening i samhandling i tverrprofesjonelt samarbeid i Alta. FOTO: HELLEN BRANDESTØP

http://www.nsd.m.no/filarkiv/File/Artikler/Om_Legevakt_Utposten_no_3_i_2015_s_12-14.pdf

Bystander first aid in trauma – prevalence and quality: a prospective observational study

H. K. Bakke^{1,2}, T. Steinvik², S.-I. Eidissen^{2,3}, M. Gilbert^{2,4} and T. Wisborg^{2,5,6}

Håkon Kvale Bakke, førsteamanuensis ved UiT og LIS i anesthesi ved Mo i Rana sykehus, fikk midler fra Programmet til denne studien som ble publisert sommeren 2015 og fikk omtale mange ulike steder

Citation

Bakke HK, Steinvik T, Eidissen SI, Gilbert M, Wisborg T. Bystander first aid in trauma – prevalence and quality: a prospective observational study. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2015

Conclusions: A majority of the trauma patients studied received correct pre-hospital first aid, but still there is need for considerable improvement, particularly hypothermia prevention. Previous first-aid training seems to improve the quality of first aid provided. The effect on patient survival needs to be investigated.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26088860>

Rask behandling av luksert skulder best?

12.08.2015

12.08.15: Harald Lystad og kolleger i Hemsedal hjelper selv skikjørere med skulderen ute av ledd i stedet for å sende til sykehus. Det er fare for ny luksasjon i årene rett etter første. Pasientens alder betyr noe. De under 20 år har fra 80 til 95 % sjanse for reluksasjon, og skader atleter seg når de driver idrett, er sjansen større. Antallet med ny luksasjon i Hemsedal er påfallende lavt! De spør om trenere og andre "i felt" bør få opplæring for raskest mulig reponering.

Sammenstilling av Lystads nye tall fra Hemsedal og andre eldre studier

Reluksasjon hos pasienter under 20 år

	Årstall	"Vanlige" mennesker	Atleter
MCLAUGHLIN	1967	95%	
ROWE	1956	83%	
SIMONET	1989	30%	82%
HENRY	1982	85%	
WEELER	1990	75%	
DEITCH	2003	60%	82%
ARCIERO	1994		80%
LYSTAD	2015		43%

Pasienters ulike problemstillinger per konsultasjon i Lofoten og i Oslo på en vanlig onsdag.



'Siden jeg først er her...'

■ ARNULF HEIMDAL • Fastlege i Oslo og universitetslektor i allmennmedisin, Univ. i Oslo
■ EDVIN SCHEI • Fastlege i Bergen og professor i allmennmedisin, Univ. i Bergen

Fastlege i Oslo, Arnulf Heimdal, undersøkte i 2014 hvor mange problemstillinger pasienter tar opp per konsultasjon på to ulike steder. Han fant ingen forskjell, men i snitt 1,8 problemstillinger begge steder under vanlige konsultasjoner. For ø-hjelpstimer var tallet 1,3 i Oslo og 1,4 i Lofoten. Veileder: Edvin Schei.

Studien er publisert i Utposten nr. 7 2015. Foreløpig ikke tilgjengelig elektronisk.

Legen leder lokale team via sin oversikt, men andre kan ta styringen

27.02.2015

27.02.15: Forskriftskravet om trening i samhandling utenfor sykehus kan bedre samarbeidet lokalt. Leder i akuttmedisinsketeam er legen ut fra rett til å bestemme diagnose og behandling. Forskereteamet til Brandstorp finner at legen forventes å ha oversikt, innsikt og bidra til ro, men andre tar over styringen når de har den beste kompetansen - uten at noen reagerer. Noen uskrevene, dype regler for samspill er også med på lede teamet.

Artikkelen inngår i et større kritisk aksjonsforskningsprosjekt der utforskning og forbedring av Kommune-BEST-treninger i Alta er det lokale målet og ny kunnskap med overføringsverdi er bidraget til samfunnet.

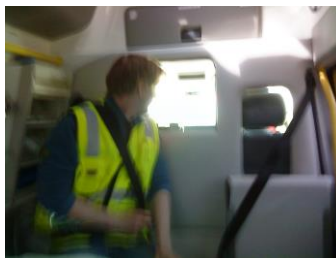
Leadership practice as interaction in primary care emergency team training

Av Helen Brandstorp, Anna Luise Kirkengen, Birgitte Sterud, Bjørgun Haugland, Peder A. Halvorsen. Action Research Vol 13, No 1 2015. Sage publications

The present study, framed as critical action research, aimed at contributing to the improvement of training emergency teams in primary care. The first author was a participating observer in local simulation sessions performed by ten different teams. Leadership practice as interaction was analysed in three types of communicative spaces: in the review and debriefing sessions; in the author group; and in focus groups involving local stakeholders.

The teams practiced both designated and distributed leadership in the course of the various training sessions. During the simulation sessions, the teams remained aware of the physicians' formal responsibility for decisions concerning diagnosis and medication. Shifts in leadership modes coincided with situational changes requiring particular competencies. Distribution of leadership and teamwork dynamics were informed by simple, yet fundamental principles: strong commitment to the task at hand even though "unreal"; responsibility for the patient's life and health; responsibility for the colleagues' functioning and well-being; and, a perception of calmness as an indicator of good teamwork. A rising awareness with regard to leadership practice as interaction was facilitated by critical application of theory and engaged participation of local personnel in several analytical phases.

http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Leadership_practice_as_interaction_in_primary_care.pdf



Tredje artikkel i doktorgraden til Helen Brandstorp er til «minor revision» for Scandinavian Journal of Primary Care. Sammenskriving av hele avhandlingen er godt i gang.

Resultater fra arbeidet er i løpet av 2015 tatt inn i Akuttutvalgets NOU 17:2015 Først og fremst.

Revidert Traumeplan (2015) har også med team trening som et av sine anbefalinger

Kravet til kommuner og helseforetak om å organisere trening i samhandling mellom nivåene er beholdt i revidert Akuttmedisin forskrift (2015) og Helsedirektoratet har uttrykt ønske om å skaffe seg oversikt over i hvilken grad dette kravet oppfylles.

Samarbeidet "Senjalegen" forklart

21.08.2015

21.08.15: Spesialist i allmenntmedisin Karsten Kehlet i Senjalegen og professor Ivar Aarass ved NSDM skriver om utviklingen av det interkommunale samarbeidet om legetjenester. Seks år gikk fra fylkeslegen la frem et forslag til det ble tatt frem lokalt og begynt implementert gjennom en bredt forankret prosess. Utekontor og et hovedkontor, ekstra midler til faglig utvikling og teambygging mellom legene er noen av suksessfaktorene.

Artikkelen : <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3101>

"Being able to take part in the project from the beginning and establishing a new primary healthcare service from scratch created an atmosphere of confidence between politicians, administrators and healthcare professionals. This contributed to a process where political, administrative and professional aspects were ensured."

Les mer om dette i boka Innovative kommuner (2013) av Ringholm T, Teigen H, Aarsæther N



<http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3101>

NSDM har evaluert Senjalegen

14.12.2015

09.12.15: Senjalegen er et samarbeid mellom en stor og tre små kommuner med ett sentralt legekontor og tre utekontor. Dette har skapt stabilitet og kvalitet i legetjenesten i de tre småkommunene på Senja etter mange år med vikarstafett. NSDMs evaluering viser at denne legetjenesten er dyr for kommunene, men samfunnsøkonomisk lønnsom.

Forskningsleder Birgit Abelsen ved NSDM presenterte denne uken en fersk evaluering av Senjalegen. Kvaliteten på Senjalegen vurderes å være god både blant politikere, ansatte og brukere av legetjenesten, og på nivå med vurderinger av legetjenester på landsbasis.

Organiseringen fungerer, men krever smidighet og god kommunikasjon fra alle parter.

Det kan synes som det er behov for en helhetlig gjennomgang av legekapasiteten, fordi det synes å være større pågang for legetimer ved utekontorene enn det det er kapasitet for, og lang ventetid for å få time.

Seniorforsker Margrete Gaski har vært prosjektleder for evalueringen.



[Sammendrag av rapporten](#) (høyreklikk og åpne hyperlenken)

[Hele evalueringsrapporten](#) (høyreklikk og åpne hyperlenken)

Samhandlingsreformen endrer det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

13.02.2015

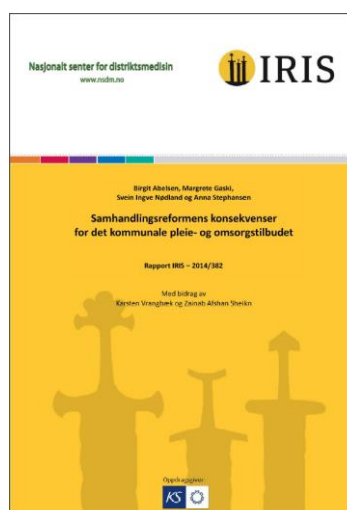
13.02.15: Samhandlingsreformens ordning med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter, endrer tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Pasienter som trenger videre oppfølging og behandling i kommunen, forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander enn før reformen. Utviklingen møtes med etablering av mer spesialiserte kommunale korttidstilbud. Omstillingsutfordringene i de store kommunene har vært betydelig større enn i de små.

Det er tendenser til at kommunene kopierer sykehusenes diagnoseorientering på bekostning av den tradisjonelle helhetstenkningen. Hjemmetjenestene dreies fra omsorg og pleie mot mer medisinsk behandling og pleie. Terskelen for tildeling av tjenester heves og det er tendenser til at oppfølgingen av de utskrivningsklare pasientene i noen grad går ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre.

Dette er noen av resultatene som framkommer i en undersøkelse som er gjennomført på oppdrag fra KS. NSDMs forskningsleder Birgit Abelsen har ledet arbeidet hvor også seniorforsker Margrete Gaski har deltatt. Undersøkelsen er gjennomført i samarbeid med IRIS Samfunnsforskning.

[Les sammendrag av rapporten her](#) (høyreklikk og åpne hyperlenken)

[Les hele rapporten her](#) (høyreklikk og åpne hyperlenken)



Sykestuer er ikke KAD

02.10.2015

02.10.15: Det er forskjell på en sykestueplass og en kommunal akutt døgnplass (KAD). Det ble understreket av flere foredragsholdere på nettverkskonferansen om forskning på sykestuer og KAD i Alta. Sykestuene ivaretar funksjoner knyttet til behandling og etterbehandling av somatiske pasienter som KAD ikke skal dekke, og kompenserer i tillegg for lange avstander til sykehus.

På konferansen ble det uttrykt bekymring for at nivåskillene i helsetjenesten paradoksalt nok synes å ha blitt skarpere med samhandlingsreformen. Som følge av dette, oppleves sykestuene plass i distriktshelsetjenesten å ha blitt mer uklar. Dette til tross for at nettopp sykestuene hevdes å ha vært en viktig inspirasjonskilde for samhandlingsreformen.

Byttes mot KAD

Historisk sett har sykestuene utgjort en viktig del av helsetjenesten i Norge. Institusjonen sykestue ble i sykehusloven av 1969, definert som en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som heller ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig. Definisjonen likner til forveksling måten KAD i dag beskrives.

Sykestuer er ikke lenger definert i helselovgivningen og vies i liten grad oppmerksomhet på nasjonalt nivå. Men de finnes. De sykestuene som fortsatt er i drift, er lokalisert i de nordligste fylkene (i hovedsak i Finnmark) og i indre Sør-Norge (Ål i Hallingdal). I nord er sykestuene samfinansiert av kommune og helseforetak, mens Hallingdal Sjukestugu er finansiert av helseforetaket. Tendensen i nord er at helseforetakene nå veksler inn sykestuefinansieringen med KAD-finansiering. Spørsmålet er om man med dette mister deler av den lokale helsetjenester.

Gammelt og nytt om sykestuer

På konferansen presenterte professor Ivar Aaraas (NSDM) funn fra sin doktorgradsavhandling fra 1998 om sykestuene i Finnmark. Han ble supplert med innsikter om dagens situasjon og utfordringer i Alta av lege/prosjektleder Kenneth Johansen og i Nordkapp ved lege Erik Langfeldt. Professor i allmennmedisin Per Hjortdal (UiO) presenterte nyere forskning som sammenlikner Hallingdal sjukestugu med Ringerike sykehus på dimensjoner som kvalitet, pasientforløp og helseøkonomi, hvor sykestuen står seg meget godt.



Kenneth Johansen (Alta) og Anne Grethe Olsen (Helse Finnmark), Per Hjortdal (UiO) og Ivar J Aaraas (NSDM)

Hva får vi med KAD?

Lege og faglig leder ved intermediaeravdelingen ved DMS Midt-Troms Steinar Konradsen, diskuterte behandlingen av akutt syke eldre. Han påpekte at vi har mye kunnskap om hva syke eldre trenger og at vi mangler kunnskap om hvordan KAD bidrar til at de får dekket sine behov. Helsemyndighetene, politikere og fagfolk tror at KAD vil fungere, men vi vet foreløpig lite om for hvilke pasienter og hvilke tilstander KAD vil være nyttig. Her er det utvilsomt et stort behov for forskning.

Behov for et nettverk

Konferansen understreket at det er behov for betydelig mer empirisk kunnskap både om sykestuer og KAD både deskriptivt og analytisk. Det ble også uttrykt ønske om at det etableres et nettverk som både kan bidra til mer forskning og til å styrke den faglige utviklingen.



Disputerte om fastlegeordningen

16.10.2015

16.10.15: Jon Helgheim Holte, master of Philosophy in International Community Health, disputerte i Tromsø med avhandlingen: Remuneration and organization in general practice: Three essays on doctors' preferences. Prøveforelesning: Samhandlingsreformen førte med seg økte krav til samarbeid mellom ulike instanser i helsetjenesten. Hvordan vil dette innvirke på rekruttering til fastlegestillinger og fastlegers jobbtilfredshet?" Forskningsleder ved NSDM, Birgit Abelsen og Jan Abel Olsen, ISM, har vært veiledere. Gratulere!



Jon H Holter (ansatt i HOD) flankert av veilederne Birgit Abelsen og Jan Abel Olsen, begge ved ISM, UiT

Avhandlingen: Remuneration and organization in general practice: Three essays on doctors' preferences

Holte har publisert alle tre artikler i gode tidsskrift dette året sammen med veilederne og i tillegg samarbeidet med Peder Halvorsen ved UiT, Alta, Trine Kjær ved Syddanske Universitet og Peter Sivey i Melbourne.

Holte, JH, Kjær, T, Abelsen, B, Olsen, JA. *The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice.* Social Science & Medicine, 2015, 128, 1-0

Holte, JH, Sivey, P, Abelsen, B, Olsen JA. *Modelling nonlinearities and reference-dependence in general practitioners' income preferences.* Health Economics 2015

Holte, JH, Abelsen, B, Halvorsen, PA, Olsen, JA. *General Practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: A consequence of proposed policy regulations?* [BMC Health Services Research 15:119](#)

Omtale av denne artikkelen: Norske allmennleger ble i 2009 og i 2012 spurt om foretrukket avlønningsform: "the proportion of GPs who prefer private practice (i.e. the default contract for GPs in Norway) decreases from 52% to 36% in the period from 2009 to 2012. While 67% of the GPs who worked in private practice preferred this type of contract in 2009, the proportion had dropped by 20 percentage points in 2012. Salaried contracts are preferred by GPs who are young, work in a small municipality, have more patients listed than they prefer, work more hours per week than they prefer, have relatively low income or few patients listed."

Hele avhandlingen vil legges ut elektronisk på <http://munin.uit.no>

Et viktig funn i avhandlingen er at antallet som ønsker fastlønn øker og at de fleste unge kvinner som deltok i spørreundersøkelsen ønsker seg slik avlønning.

Materialet er spørreskjemaresultater der både unge leger og etablerte fastleger har vurdert ulike sett av faktorer som avlønningsform og -størrelse, praksisstørrelse, grad av fleksibilitet vedrørende fagutvikling og arbeidstid opp mot hverandre. Disse forholdene må i noen grad balanseres slik at legers yter gode tjenester basert på legers egne preferanser da jobbtilfredshet har sammenheng med rekruttering og stabilisering.

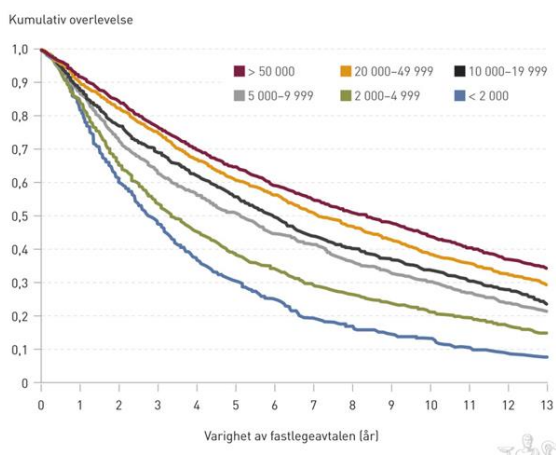
Førsteopponent Kim Rose Olsen trakk frem at mulighet for å gi god og nyttig pasientbehandling er nok en faktor som helseøkonomer trekker inn for god utnyttelse av legeressursen.

Om fastlegers stabilitet

01.12.2015

01.12.15: Vår forskningsleder Birgit Abelsen med kolleger har undersøkt varigheten av fastlegeavtaler og sett på variablene kommunistørrelse, legens kjønn og alder, samt listestørrelse. Undersøkelsen er publisert i Tidsskrift for den norske legeforening idag. Lederkommentar fra Hogen Sandvik i Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Figur 3 Varighet av alle fastlegeavtaler inngått i perioden 1.5. 2001–1.5. 2014 fordelt på ulike kommunegrupper (n = 7 359). Kaplan-Meier-kurve



Varighet av fastlegeavtaler: <http://tidsskriftet.no/article/3422030>

Lederartikkel Fastlegers stabilitet: <http://tidsskriftet.no/article/3420798>

Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for legetjenester

Hvordan forstår og fortolker kommunale helseledere kravet om en integrert legetjeneste i kommunene? Dette er tema for en artikkel som Gaski og Abelsen publiserte på tampen av 2015 i Fagbladet samfunn og økonomi:



«Undersøkelsen viser at kommunale helseledere er mer opptatt av å etablere dialog enn å fremstå som tilsyn i rollen som ansvarlig for legetjenesten. Helselederne utøver i noen grad tilsyn, men det er ikke av medisinsk faglig karakter. Oppfatningene av handlingsrom og integreringsutfordringer varierer imidlertid. Kommunens systemansvar for legetjenesten oppfattes ikke som nytt. Det nye er at kommunen skal være mer opptatt av fastlegetjenestens kvalitet og tilgjengelighet. Systemansvaret for kvaliteten betraktes som en utfordring, med hensyn til hvor tett på fastlegene kommunen skal være. I kjølvannet av samhandlingsreformen synes kommunale helseledere å tenke noe nytt omkring samarbeid med fastlegene, men det er begrenset hva som har resultert i faktiske endringer.»

http://www.nsd.mn/filarkiv/File/Artikler/Sider_fra_Samfunn_og_ekonomi-07-3.pdf

BROBYGGERVIRKSOMHET MELLOM FORSKNING OG PRAKSIS

MÅL: I perioden skal vi aktivt bygge opp arenaer og videreutvikle vår dialog med praksisfeltet og med forvaltningen.

Besøk av leger fra Senjalegen



Forskingsleder Birgit Abelsen forteller om muligheter for å søke prosjektmidler fra [Program for forskning og fagutvikling](#)

Utdanningsstillinger i vinden

07.10.2015

07.10.15: En stor og bredt sammensatt delegasjon ble igår godt mottatt i Helsedirektoratets nye divisjon for kompetanse og personell. Tiden er moden for å se på utdanningsstillinger som virkemiddel for å sikre kvalitet og rekruttering av leger til kommunehelsetjenesten. Initiativtaker Rolf Tande (kommuneoverlege i Masfjorden kommune, Nordhordland) har engasjert både deler av Legeforeningen, KS, NSDM og nå helsemyndighetene i et spennende samarbeid.



Helen Brandstorp (NSDM), Kjellaug Enoksen (Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin), Rolf Tande (Masfjorden kommune), Birgit Abelsen (NSDM). Foto: Jon- Torgeir Lunke (Helsedirektoratet)

Siden oktober har en prosjektgruppe i Bergen/Nordhordland jobbet med en søknad til HOD.

Timing is everything

06.03.2015

06.06.15: Dere er klare for legeutdanning i Finnmark, var meldingen fra dekan Roger Strasser fra foregangsuniversitetet Northern Ontario School of Medicine (Canada). På konferanse i Kirkenes nylig var viljen god og interessentene mange. Mange forstår nå at desentralisert utdanning og lokale gode fagmiljø er nødvendig for å få gode generalister som så kan spesialisere seg og for bærekraftige helsetjenester utenfor storbyene.



Noen av de viktige bidragsyterne: dekan Roger Strasser, dekan Arnfinn Sundsfjord (Helsefak, UiT) Peter Berggren (Glesbygdmedisinsk Centrum) Ingrid Petrikke Olsen PhD (prosjektleder for legeutdanningen i Finnmark), divisjonsdirektør Karin Straume (Helsedirektoratet) og direktør Torbjørn Aas (Finnmarksykehuset)

Fordeling av legar føreset styring, ikkje minst av utdanninga

28.12.2015

28.12.15: Utdann legane der dei trengst. Det meste av undervisninga i legestudier skjer i universitetsklinikkar, der pasientane er relativt få, studentane mange og vanlege sjukdommar sjeldne. Fylkeslege Per Stensland og lederteamet i NSDM skriv i ein kronikk at vi treng ein strategi for å utdanne legar til distrikta som er basert på kunnskap om kva som verkar.



Desentraliser legeutdanninga

Desentralisert legeutdanning tenar seg for distrikta. Det bidrar til ny verdiskaping når småstadene vert meir attraktive for andre typar høg utdanna personell.



Følg studentene

Dagens legeutdanning er betydelig preget av de sterke bånd til spesialisthelsetjenestene

<http://www.bt.no/meninger/kronikk/Desentraliser-legeutdanninga-3502241.html>

Oppfølgingskronikk av de fire medisinske dekanene:

<http://www.bt.no/meninger/debatt/Folg-studentene-3517304.html>

Yngre kvinner og eldre menn om eget legeyrke

29.03.2015

29.03.15: NSDM var nylig på besøk i Ryfylke legegruppe for å samtale om rekruttering og stabilisering av leger. Pasientene var den største motivasjonen i jobben. De unge legene ønsket seg utdanningsstillinger. Dagens ordninger er for vanskelig, dyr og bindene. De eldre vektla en god relasjon til kommunen for rettferdige og fleksible løsninger lokalt.



Aslak Bråtveit, initiativtaker og vert. Temaet rekruttering og stabilisering samlet 13 stykker på idylliske Høiland gard i Årdal, Hjelmeland.

Lokal tilhørighet, legens personlighet og møtet med mennesker i alle livssituasjoner og faser stod sentralt i samtalen, sammen med ytre rammer for legen (lønn, utstyr mm) og familien (hus, jobb mm).



May Sissel Vadla, Hanna Moldekleiv og Jorunn Haualand Sameien er fastleger i Jørpeland og opptatt av vansker ved oppstart i praksis samt utdanningenes mulighet for å forberede studentene bedre, både mht både fag og drift.

De ønsker seg utdanningsstillinger med valgfrihet mht avlønning og større grad av rettrettmulighet enn kjøp av egen praksis gir. Nærhet til folk, bredden i faget og fleksibiliteten som autonom yrkesutøver er motiverende

KVALITETSUTVIKLING OG INNOVASJON I TJENESTENE

MÅL: Vi vil i løpet av perioden etablere en struktur basert på prosjekter som enten utvikles lokalt og støttes av senterets faste stab med forskning og veiledning, eller som utvikles i senteret hvor vi trekker inn interesserte prosjektmedarbeidere fra praksisfeltet.

Fagseminar i NSDM

29.05.2015

29.05.15: Noen mottagere av såkornmidler fra NSDM sitt Program for forskning og fagutvikling i distriktmedisin var samlet igår til utvikling av egne prosjekter og læring av hverandre. Forskere i NSDM følger tett opp alle prosjektene.

I Senjalegen vil lege Jorunn Nygaard og sykepleier Trine S. Rydningen jobbe med medarbeideres første kontakt med syke på legekantorene.



Frank Hilpüsch i Bjarkøy/Harstad kommunesamarbeider med spesialister på lokalsykehus, universitetssykehus om en dobbelt blindet studie av fecestransplantasjon mot irriterende tarm sykdom. Hjelper det? Kan det utføres i allmennpraksis? Nybrottsarbeid på feltet!



Engasjerte stipendiater

18.12.2015

18.12.15: På tampen av arbeidsåret samlet NSDM flere av sine stipendiater til felles treff og veiledning. Det ble en engasjerende dag med faglige drøftinger der perspektivene var fra mange ulike fagtradisjoner og deler av landet.



Samfunnsmedisinerne Dag-Helge Rønnevik (Haugesund) og Anders Svensson (Bø i Vesterålen) er i starten på spennende forskningsprosjekter. Veileder og helsestjenesteforsker, Margrete Gaski, med ryggen til

BIDRA TIL REKRUTTERING OG STABILISERING AV PERSONELL

MÅL: NSDM vil, som en nasjonal satsning, bidra til distriktskommunenes arbeid gjennom god kunnskaps-forvaltning vedrørende legedekning, samt stabiliserende og rekrutterende tiltak for annet helsepersonell

Slik får Meløy kommune hjelp til legerekruttering

24.04.2015

24.04.15: For ett år siden ble nordlandskommunen kjent som stedet der de sliter med å beholde leger. NSDM er invitert til å bistå med forskningsbasert kunnskap, erfaringsbaserte råd og eventuelt evaluering av en tydelig satsning lokalt for å endre situasjonen. Både fagfolk, politikere, administrasjon og engaserte innbyggere ønsker samarbeid for å få stabile leger i realistiske tidsperioder, i gode fagmiljø, slik at innbyggerene får en pålitelig helsetjeneste. Det finnes ingen quick fix, men med bredt anlagte prosesser tror vi at situasjonen kan snu.

Oppfølgingsmøte satt til 15. februar 2016. Arbeidet videre blir en del av EU-prosjektet Recruit & Retain.

Turnustjenesten – rekrutterer til sykehus?

30.06.2015

30.06.15: Stadig flere dropper kommuneturnus - spesielt i småkommuner - til fordel for sykehus eller store kommuner. Leger søker på stillinger først i helseforetak og så i kommuner. Alle kommunene har ulike koblinger til stillingene på sykehusene og få kommuner synes å engasjere seg i å velge ut leger til seg. NSDM samler nå erfaringer om omleggingen av turnustjenesten, deler aktivt med ulike ansvarlige parter og planlegger mer systematisk kunnskapsinnhenting til høsten.

NSDM har fått vite at et urovekkende høyt antall turnusleger på sykehus nå velger å si fra seg kommuneturnusplassen. Noen går ut i ulike permisjoner, andre blir værende for å forske på sykehus eller sier opp stillingen i kommunen fordi de har fått fast stilling på sykehus. Atter andre velger å søke lykken i en annen kommune da det såkalte "Resttorget" med turnuslegestillinger vokser. Det er altså knyttet liten risiko til å si opp inngått avtale om kommuneturnusstillinger og det går utover rekrutteringssvake småkommuner, etter hva vi erfarer.

Det synes videre som at kommunene på sin side gjør lite for å markedsføre seg selv. De kunne promotert seg som attraktivt læringssted via internett, møtt opp på grunnstudiene og underveis i turnustjenesten. Småkommunene er generelt lite engasjert i utvelgelsen av turnusleger og har organisert sin representasjon på ulikt vis i utvelgelse- og ansettelsesprosessen til turnustjenesten, som altså er i sykehusenes regi.

Verken leger, helseforetak eller kommuner synes å ha tatt helt innover seg at de nå inngår ordinære jobbkontrakter. Noen leger tror f.eks. de kan bytte stillinger slik som før. Permisjoner fra stillingen gir legene en sterkere rett enn før til å gå tilbake til sin jobb, og det kan skje på tidspunkt som kanskje ikke passer legekontor og avdelinger, hvis de bevisst ikke har planlagt for det.

Turnuslegene i Troms fylke mener kommunene er alt for passive: "De bygger ikke relasjoner", "De bryr seg ikke". De reagerer på at kommunene ikke er klare med arbeidskontrakt til signering på det tidspunktet turnuslegen får vite hvilken kommune hun/han skal jobbe i. Kontraktene kommer på bordet først når turnuslegen er fysisk i kommunen. Det gir inntrukk av en løselig tilknytning som er lett å bryte for legen

Turnuslegene var også kritiske til at forskning teller for å få turnuslegestilling på sykehus. Det favoriserer arbeid på sykehus og ikke i kommunene.

NSDM har lenge engasjert seg i turnuslegeordningen for leger og vil fortsette å følge den.

15. juni samlet NSDM representanter fra Legeforeningen og KS til et møte om turnustjenesten for leger i kommunen i Helsedirektoratet. Teksten over og flere nyhets saker i media var direkte resultat av det.

Tilhørighet og turnusleger

09.10.2015

09.10.15: Med omleggingen av turnuslegeordningen erfarer mange kommuner økte utfordringer med å få turnuslege og ikke minst å beholde legen i kommunen etter endt tjeneste. Noe må gjøres. I en Utposten-artikkel pekes det på langsiktig relasjonsbygging med legespirer som et grep man bør ta lokalt. Catch'em young and treat them nice!

[Hvordan snu nye turnuslegetrender til egen fordel](#) H. Brandstorp. Utposten nr 5 2015, side 20-22



Brev til redaktøren i Tidsskrift for den norske legeförening

«Skal vi ha håp om å lokke leger til spesialiteter utenfor sykehus, gir O. Aaslands betraktninger rundt valg av spesialitet viktige innsikter (1). For det er vanskelig for kommuner å gjøre seg lekker for studentene på avstand. Å innlede et langvarig avstandsforhold er nærmest umulig når det på sykehusene kryr av kjekkaser i et miljø studentene gjerne vanker og kjenner seg hjemme i. TV-serien Med hjartet på rette staden nører ikke opp om like mange fantasier som Grey's Anatomy eller House, for å si det sånn. Men ingen av disse TV-seriene er virkelighet.» Les resten her: [Re: Valg av spesialitet – et valg for livet](#)

NETTVERKSBYGGING NASJONALT OG INTERNASJONALT

MÅL: Vi vil gjennom perioden arbeide aktivt for at NSDM skal være en aktør som er kjent på et nasjonalt nivå av landets helsepersonell i distrikt, samt av aktuelle ansatte i lokal, regional og nasjonal forvaltning.

Viktigste arenaer for å bygge nettverk nasjonalt er nok de internettbaserte. Facebook øker mest mht. følgere.

- **Hjemmesiden** : www.nsdm.no. En endring gjør at tall fra 2015 ikke kan sammenliknes med 2014.
- **Facebook**: 720 følgere – 353 følgere til samme tid i fjor og ca. 200 året før.
- **Twitter**: 297 følgere – nytt medium fra april i 2015 som @Distriktsmed
- **Nyhetsbrev**: Sendes til over 200 personer – nytt fra april 2015.
- **Eyr**: Regelmessig nyhetsformidling til ca. 2000 som deltar i e-postnettverket.

I tillegg er reisevirksomhet for å knytte og pleie faglige kontakter viktig. Hele landet er godt dekket når vi legger til hvor henvendelser kommer fra om hjelp i små og større spørsmål. Se oversiktene sist i meldingen.

Internasjonal distriktsmedisin

23.04.2015

23.04.15: Wonca Rural er den mest aktive undergruppen til verdensorganisasjonen for allmennleger, Wonca. Over 50% av verdens befolkning bor ruralt. Utdanningsløp for leger tilpasset distriktenes behov vektlegges. Rekruttering hit må skje via utplasseringer med gode rollemodeller som bygger forståelse for profesjonelle utviklingsmuligheter utenfor sykehusene. Å lære om lederskap er viktig og verdsetting av generalisme - den egentlige legekunsten. Se vår fylldige oppsummering i tekst og bilder.

Klikk på bildet for referat i tekst og bilder fra Wonca Rural i Dubrovnik, april 2015



Breaking down barriers:
Bringing People Together
15th - 18th April 2015

Get the
program at a
glance in PDF
format



http://www.nsdm.no/filarkiv/File/WONKA/oppsummering_Wonca_Rural.pdf

Flerfaglig team fra Alta på Nordisk kongress i allmenntmedisin

20.06.2015

20.06.15: Den 19. nordiske kongressen i allmenntmedisin i Gøteborg samlet over 1350 deltagere medio juni. I 2011 var NSDM verskap i Tromsø. I år bidro vi på ulikt vis: Presentasjon av Fastlegelisters varighet og stabilitet ved forskningsleder Birgit Abelsen. Innlegg på workshop om åndelige spørsmåls plass i konsultasjonen, samt akuttmedisinsk samhandling. Den siste workshopen var tverrfaglig. Spesialsykepleier Hilde Hætta og ambulanséfagarbeider Geir Jøran Sara fra Alta deltok sammen med leger fra Alta, Tromsø og Storuman/Sverige.



I overgangen april/mai arrangerte professorene i allmenmedisin, Per Stensland, John Nessa, Gunnar Bondevik og Eivind Meland (ansvarlige ved UiB for legestudentenes utplassering i kommunene) et åpent tredagerskurs om distriktsmedisin i Inverness, Skottland. Tema var bl.a. utdanningsløsninger, legevakt og skotsk allmennpraksis og historie. <http://www.nsdm.no/nyheter/cms/2015/mai/tett-paa-tjenestene-i-skottland/569>

tett på tjenestene i Skottland

04.05.2015

04.05.15: Leder Prof Phil Wilson ved Centre for Rural Health i Inverness tok nylig imot 36 leger fra Norge. Alle fikk komme ut i lokale legekantor og små community hospitals. Vi så faglig dyktige og dedikerte kolleger med mye ekstra personell, bl.a ansatt for å jobbe med kvalitetskontroll. I 1912 reiste the Dewar Committee rundt for å registrere helsetilstanden i dette området. The Highlands & Islands Medical Service ble året etter verdens første statsfinansierte, heldekkende helsetjeneste - og en modell NHS ble bygget på.



Professor Phil Wilson, Director Centre for Rural Health, University of Aberdeen

Distrikts helse i Haiti

03.08.2015

03.08.15: Medisinerstudenter i Tromsø har i en årrekke engasjert seg i det humanitære Prosjekt Haiti, bl.a ved kreative festivaler, fast kakeotteri og ulike forskningsprosjekter. Norsk/haitianske Prosjekt Haiti ble startet av finnsneskvinnen Ingvill Konradsen Ceide og mannen Edwin i år 2000 og har nå over 40 lokalt ansatte i skole- og helsesatsninger. Denne sommeren støtter NSDM norske studenters arbeid med å utvikle helsetjenester utenfor hovedstaden. De får variert erfaring, trår til som hjelpere på mange nye felt og skriver daglig interessante oppsummeringer på sin blogg

Studenter med Haiti sin blogg: <https://studentermedhaiti.wordpress.com>



Studentenes solidaritetsarbeid:

Kakefredag – kakesalg på UiTs helsefakultet en gang i måneden.

Venners-venner-festivaler – Fieldgood, JuleRom og Høsttakkefestivalen er arrangert i solidaritet med våre venner i Haiti omtrentlig to ganger i året. Både for å gi en scene til unge, lokale artister, samt å skape engasjement rundt arbeidet vårt opp mot Prosjekt Haiti.

Summer Camp – 3 ukers sommerleir for barna på Prosjekt Haitis barneskole i Saint Luis du Sud.

Diverse studentoppgaver – valgfrioppgaver, 5.-årsoppgaver og forskerlinjeoppgaver på medisinstudiet, masteroppgaver fra andre studieretninger ved UiT og NTNU.

Besøk i Glesbygdsmedisinskt centrum, Storuman

Lederteamet i NSDM møtte kolleger i Nord-Sverige 31. august til et felles strategimøte. Tilstede var også Roger Strasser fra Northern Ontario School of Medicine (NOSM). Seminar i september 2016 om Generalism in Rural Medicine og ulike felles EU-prosjekt ble drøftet.



ANDERS FORSDAHL'S PRIS 2015

Grethe Fosse hedret med Anders Forsdahls pris

02.09.2015

02.09.15: Kommuneoverlege i Radøy kommune og legevaktsjef i Nordhordland interkommunale legevakt, Grethe Fosse, ble i går hedret med Anders Forsdahls pris. Prisen er på kr. 20.000 og deles til ut en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge. Fosse kan få de fleste interessert i det meste - uredt og entusiastisk. Rekken av vellykkede utviklingsprosjekt, antallet veiledningskandidater og andre i hennes store nettverk er imponerende. Gratulere!

[Les hele nominasjonen av Grethe Fosse.](#)

Det er [NSDM sin styringsgruppe](#) som utpeker prisvinnere og prisen ble delt ut under årsmøtemiddagen til [Norsk samfunnsmedisinsk forening](#) på Sola Strandhotel

Bildet er et trykk av Tromsdalstind, laget av Hans Ragnar Mathisen.



ANSETTELSESFORHOLD I NSDM I 2015

Helen Brandstorp	Leder og stipendiat	Til sammen 100%
Birgit Abelsen	Forskningsleder	80%
Margrete Gaski	Seniorforsker	100%
Frank Remman	Rådgiver	100%
Ivar J. Aaraas	Professor	20%
Karsten Kehlet	Regional koordinator	20 % i Januar
Robert Tunestveit	Regional koordinator	20 % i Januar
Helge Lund	Regional koordinator	20 % i Januar
Elisabeth Swensen	Regional koordinator	20 % i Januar
Frank Hilpüsch	Stipendiat	20 % 5 mnd. (aug.-des.)
Ingunn Heggheim	Stipendiat	20 % 4 mnd. (sept.-des.)
Aslak Bråtveit	Stipendiat	20 % 3 mnd. (okt.-des.)
Dag-Helge Rønnevik	Stipendiat	100% desember

PROSJEKTER I PROGRAMMET

Tema	Prosjektarbeider og sted	Veileder	Oppstart og avslutning
Oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten	Anders Svensson, Bø i Vesterålen	Birgit Abelsen	2015
Rød respons på legevakt	Elisabeth Nøstvold, Hammerfest	Peder Halvorsen	2015
Vurderinger på legekantor	Jorunn Nygaard og Trine Rydningen, Senja	Helen Brandstorp	2015
Allmennt medisinsk ultralydsgruppe	Jan og Alexandra Hejzlar, Senja	Pål Ager-Wick	2015
Legevakt og sentralitet i Troms og Finnmark	Joel Haugeberg, Tromsø	Helen Brandstorp	2015 - 2015
Samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen	Dag-Helge Rønnevik, Haugesund	Margrete Gaski	2014
Rural palliative care in Northern Norway	May-Lill Johansen, Tromsø	Har selv PhD og er veilederkompetent	2014
Behandling av akutt syke eldre	Steinar Konradsen, Lenvik	Birgit Abelsen	2014 - 2016
Temaer hos pasienter per konsultasjon	Arnfinn Heimdal, Oslo	Edvin Schei	2013 - 2015
Smarttelefon til innsamling av helseinfo.	Anders Stormo, Evenes/Tjelsund/Skånland	Morten Glasø	2013 - 2015
Behandling av irriterbar tarmsyndrom	Frank Hilpüsch Bjarkøy	Birgit Abelsen	2013
Konservativ bruddbeh. i allmennpraksis	Stein Vabo Vennesla	Tone Morken	2013
Øvrighetens omsorg for fiskernes helse	Per Rogne Molde	Ole Georg Moseng	2012
Prioriteringer og vurderinger i distrikt	Gry Berntzen, Karlsøy	Ivar Aaraas	2012
Beh. av supraspin.-tendinopatier	Anders Stormo	Hasse Melbye	2012 - 2015
Lekfolk ved akutt skade	Håkon Kvale Bakke, Mo i Rana	Torben Wisborg	2012 - 2015
Alpin skiskade database	Jonas Jeppesen, Ty	Peder Halvorsen	2010 - 2015

VEILEDNINGSGOPPGAVER FOR MASTER- OG PHDSTUDENTER UTENOM PROGRAMMET

Ida Karoline Sand Ramberg, 5. årsoppgave medisin. Kvinners opplevelse av å føde langt unna hjemmet sitt.
Veileder: Abelsen

Karoline Damsgård Nilsen, 5. årsoppgave medisin. Systematisk oversikt om sykestueforskning med blikk på kvalitet, pasientforløp og økonomi. Biveileder: Abelsen

Naja Caben, Master of Public Health. Why do GPs have low inclination to work in remote areas?
Veileder: Abelsen.

Teklay Tesfay Kidanemariam, Master of Public Health. Effects of municipal co-financing of specialist care in Norway. Veileder: Abelsen.

Monika D. Jakobsen, PhD. Persons with self-reported food hypersensitivity: Health status, the diagnostic phase, and the experienced burden of treatment. Hovedveileder: Abelsen

Mashhood A. Sheikh, PhD. Health inequalities, childhood circumstances and later social position.
Biveileder: Abelsen

Sindre Solberg, 5. årsoppgave medisin: Stressymptomer ved hjemkomst etter tjenestegjøring i internasjonal militær operasjon; En studie av norsk militært personell etter tjenestegjøring i Afghanistan.
Veileder: Brandstorp

Ingelin Evensen Olsen, 5. årsoppgave medisin: Høy forekomst av diabetes mellitus type 2 blant urbefolkninger – Hvorfor er det slik? – En sammenligning av samer og aboriginere.
Veileder: Gaski

Susan Hansen, masterstudent Public health: Are there differences in health care utilization in areas with both Sami and non-Sami populations in Norway? The SAMINOR 1 study.

Veileder: Gaski

PUBLIKASJONSLISTE

Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979-2012. Medical Teacher, Online 26. mars 2015

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:2045-9

Abelsen B, Olsen JA. Young Doctors' Preferences for Remuneration Systems: The influence of gender and personality traits. Human Resources for Health, 2015, 13:69.

Abelsen B, Gaski M. Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgstilbud? Utposten 2015; Volum 44.(7): 40-44

Bakke HK, Steinvik T, Eidissen SI, Gilbert M, Wisborg T. Bystander first aid in trauma - prevalence and quality: a prospective observational study. Acta Anaesthesiol Scand. 2015 Oct;59 (9):1187-93

Brandstorp H, Kirkengen AL, Sterud B, Haugland B, Halvorsen PA. Leadership Practice as Interaction in Primary Care Emergency Team Training. *Action Research* 2015; 13:84–101.

Brandstorp H. Kvalitet når legevakta er integrert. *Utposten* 2015, 3;44:12-14.

Brandstorp H. Glesbygdmedisin i Norge: NSDM - det lille senteret med de store oppgavene. *AllmänMedicin* 2015, 2;36: 18-19

Brandstorp, H. Hvor mye er Primærhelsetjenestemeldingen verdt? Den koster jo ikke noe. *Doktor i Nord* 2015 1:8-9

Brandstorp H. Hvordan snu nye turnuslegetrender til egen fordel? *Utposten* 2015, 5;44: 20-22

Gaski M, Abelsen B. Samhandlingsreformen og kommunens ansvar for integrerte legetjenester. *Fagbladet Samfunn & Økonomi*, 2015, 2:52-67

Heimdal A, Schei E. 'Siden jeg først er her...' *Utposten* 2015; 44:7-10

Holte JH, Sivey P, Abelsen B, Olsen JA. Modelling nonlinearities and reference-dependence in general practitioners' income preferences. *Health Economics*, published online 10 JUN 2015.

Holte JH, Abelsen B, Halvorsen PA, Olsen JA. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Service Research*, 2015, 5:119.

Holte JH, Abelsen B, Kjær T, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives to attract young doctors to rural general practice. *Social Science & Medicine*, 2015, 128:1-9.

Kehlet K, Aaraas IJ. 'The Senja Doctor': developing joint GP services among rural communities in Northern Norway. *Rural and Remote Health* 15: 3101. (Online) 2015.

NSDM-RAPPORTER

Abelsen B, Gaski M. Legerekuttering til Finnmarkssykehuset: Erfaringer og innspill til veien videre. Rapport 2015. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Gaski M, Abelsen B. Senjalegen. En evaluering. Rapport 2015. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

HØRINGSUTTALELSER

Regionalisering av medisinstudiet til Finnmark - Finnmarksmodellen – Prosjektrapport fase 1 2014-2015. 27. august til Helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges arktiske universitet

Revisjon av «Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem» fra 2006. 1.juni 2015 til Nasjonal Kompetansetjeneste for Traumatologi (OUS)

MUNTLIGE PRESENTASJONER

Abelsen B. Legeløse og legeustabile lister. Dialogmøte med Helsedirektoratet Oslo, 4. februar.

Abelsen B. Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie og omsorgstilbudet. Frokostmøte, KS Oslo 12. februar.

Abelsen B, Gaski M. Erfaringer og veien videre etter 10 år med legerekutteringsprosjekt. Finnmarkssykehusets erfaringskonferanse; Kirkenes 4.- 5. mars.

Abelsen B. Rekruttere og beholde leger og sykepleiere i nord. En studie i regi av EU-prosjektet Recruit & Retain. Finnmarkssykehusets erfaringskonferanse; Kirkenes 4.- 5. mars.

Abelsen B. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie og omsorgstilbudet. Samhandlingsmøte, Helse Nord; Tromsø 16. april.

Abelsen B. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie og omsorgstilbudet. Workshop om framtidens spesialsykepleier. Norsk sykepleierforbund, Oslo 21. april.

Abelsen B. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. KS Effektiviseringsnettverk Helse og omsorgstjenester; Gardermoen 30. april.

Abelsen B. Hvordan har samhandlingsreformen påvirket tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene? Norsk kommunerevisor forenings fagkonferanse; Kristiansand 8.- 9. juni.

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Retention and recruitment challenges in the Norwegian patient list system. 19th Nordic Congress of General Practice; Gøteborg 16.- 18. Juni.

Abelsen B, Brandstorp H. Presentasjon av NSDM for Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo 15.juni.

Abelsen B. Retention and recruitment challenges in the Norwegian patient list system. High North Seminar; Alta 13. august.

Abelsen B. Hvordan har samhandlingsreformen påvirket tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene? + Legeløse og legeustabile lister. Veiledningsmøte for samfunnsmedisinspesialisering i Finnmark, Tromsø 14. september.

Abelsen B. Legeløse og legeustabile lister. Styringsgruppemøte i NSDM, Tromsø 26. november.

Abelsen B. Rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten. Årsmøte i Finnmark legeforening, Hammerfest, 26. november.

Abelsen B. Utviklingstrekk i hjemmetjenestene og sykehjem. Workshop i Helsedirektoratet, Oslo 27. november

Gaski M, Abelsen B. Evaluering av Senjalegen. Møte på Finnsnes, 8.desember.

Gaski M. Rekruttering og stabilisering av leger i samiske områder. Presentasjon på Samisk legeforenings konferanse. Tromsø 19.-20. november.

Brandstorp H. Om distriktsmedisin. Medisinstudiet i Tromsø. 29.januar

Brandstorp H. Allmennpraktikerens rolle i akuttmedisinen. For det nasjonale Traumeutvalget. Tromsø 6. februar.

Brandstorp H. Fremtidens leger. Konferanse. Helsevitenskapelig fakultet, Tromsø 12. februar.

Brandstorp H. Interprofessional team training in local emergency settings: exploring the dynamics of interactions during days of theory, acting, reflecting, and repeating. WONCA rural, Konferanse Dubrovnik, Kroatia 15.-18. April.

Brandstorp H. Om rekruttering og stabilisering av leger. Allmennlegeforeningens årsmøte Fredrikstad 6. mai.

Brandstorp H. Akuttmedisin og legevaktmedisin. Grunnkurs i allmenmedisin. Bodø 22. mai.

Brandstorp H, Hjortdahl M, Halvorsen P, Hedmann M. Workshop. Teamtraining. 19th Nordic Congress of General Practice. Gøteborg 16. -18. Juni.

Brandstorp H med Meland E, Engström L, Wallner E. Workshop. 19th Nordic Congress of General Practice. Gøteborg 16.-18. Juni.

Brandstorp H. Årsmøtekurs med innlegg om fremtidens legevakt. Norsk samfunnsmedisinskforening (NORSAM) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA), Sola 1.-2 september.

Brandstorp H. Prisoverrekkelse Anders Forsdahls pris. Festmiddag NORSAM og LSA. Sola 1. september.

Brandstorp H. Vil du forske på folk eller sammen med folk? Grunnkurs i allmennpraksis. Svolvær 17. september.

Brandstorp H. Tverrfaglig teamtrening bygger lokal pasientsikkerhetskultur. Praksislærerkurs. Tromsø 20. november.

Brandstorp H. Legen som teamleder. Samisk legeforenings konferanse om forskning i samisk helse. Tromsø 19. november.

Brandstorp H. Regionalt traumemøte, Nasjonal kompetansetjeneste -Traumatologi. Levanger 27.november.

Brandstorp H. Regionalt traumemøte. Nasjonal kompetansetjeneste - Traumatologi. Tromsø 3. desember.

Brandstorp H. Om fremtidens legevakt. Fredrikstad Helsehus. 16.desember.

Aaraas IJ. Hvordan unngå og komme over uheldige hendelser? Medisinstudiet, Tromsø 16. februar

Aaraas IJ. Kommunikasjonsutfordringer i allmennpraksis. Grunnkurs A, Voss 4. mars

Aaraas IJ. Distriktsmedisin og sykestuer: Omsorg, utdanning og forskning. Glesbygdsmedisinsk centrum, Storuman 27. mai

Aaraas IJ. Rural Medicine 1970-2000. Witness-Seminar (Web-based), London -Tromsø 4. september

Aaraas IJ. Sykestuer i Finnmark. Bruk og nytteverdi. Konferanse om sykestuer, Alta 29. september

Aaraas IJ. Medarbeiderens rolle i studentundervisningen. Workshop. Praksislærerkurset, Tromsø 20. november

KRONIKKER, BREV TIL REDAKTØREN, BOKANMELDELSER

Brandstorp H. Ambulansetjenesten må lyttes til på høyeste nivå. Kronikk i Nordlys, nettversjon 12. februar, papiravis 18.februar.

Brandstorp H. Når sykehuset er langt unna blir helsetjenestene dårligere. Lørdagskronikk Bergens Tidene, 10. oktober.

Brandstorp H. RE: Ambulansepersonell i Norge - alene utenfor sykehuset? Kommentar. Tidsskr Nor legefören nettutgave 2015.

Brandstorp H. RE: Valg av spesialitet - et valg for livet. Kommentar. Tidsskr Nor Legefören 2015; 135:1674. Publisert på nett 21.10. I papirutg: s. 2024

Brandstorp H. Bokanmeldelse, Being a GP in the Nordic Countries. Stolt og sårbar. Utposten 2015, 5; 44:40-41

Stensland P, Brandstorp H, Abelsen B. Desentraliser legeutdanninga. Kronikk i Bergens Tidende, 28. desember.

ANDRE FAGLIGE BIDRAG FRA NSDM

Abelsen B: Medlem i faggruppe oppnevnt av fagdirektøren i landets regionale helseforetak for revidering av Nasjonal traumeplan under ledelse av Nasjonalt senter for traumatologi. www.traumeplan.no

Brandstorp H: Medlem ressursgruppe for Helsedirektoratets avdeling for nødmeldetjeneste.

Bidrag på Helsedirektoratets samling om fremtidig turnuslegetjeneste Gardermoen, 29.mai.

Bidrag til engasjerte innbyggere i Sauda om lokal legevaktorganisering, januar.

Bidrag til Sykehusalliansen, Narvik, oktober.

Bidrag til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin sitt arbeid med Mal for akuttmedisinkurs for helsepersonell i primærhelsetjenesten. Et oppdrag fra Helsedirektoratet. November.

Bidrag til nasjonalt fylkeslegeforum vedrørende løsninger for legevakt i småkommuner, november.

Bidrag til kommuneoverlegen i Hattfjelldal vedrørende ambulansebehov, november.

Bidrag til HO21-prosessen ved dekan Arnfinn Sundsfjord Helsefak, Uit, vedrørende organisering av forskning i, med og om kommunene, desember.

Bidrag til Helsedirektoratet vedrørende karantenebestemmelser for turnusleger, desember.