

# Plandokument 2015



## INNHold

1. Bakgrunn og formål.....	3
Bakgrunn .....	3
Formål .....	3
2. Distriktsmedisin.....	3
3. Organisasjon og styringsstruktur.....	4
Organisasjonens struktur .....	4
Faglig forankring.....	5
Styringsgruppe .....	5
Styringsdokumenter og rapportering.....	5
Program og programråd.....	6
Omorganisering.....	6
4. Oppgaver for NSDM .....	7
5. Aktivitetsplan 2015 .....	8
1. Kunnskapsutvikling, -oppbygging og - støtte .....	8
Større prosjekt NSDM står for eller er involvert i: .....	8
Prosjekt med støtte fra Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning med veiledning fra NSDM: .....	13
Andre PhD prosjekter som har fått økonomisk støtte/veiledning av NSDM som fortsatt er under arbeid i 2015: .....	14
2. Brobyggervirksomhet mellom forskning og praksis .....	14
Nettsted .....	14
Grunnutdanning og studieplanutvikling.....	15
3. Kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene .....	15
Spesialistutdanning av leger.....	15
Deltagelse i utviklingsprosesser .....	15
4. Bidra til rekruttering og stabilisering av personell .....	15
5.    Nettverksbygging nasjonalt og internasjonalt .....	16
Internasjonale kontakter .....	16
NASJONALE KONTAKTER .....	16
Prosjektgruppestruktur .....	16

# 1. BAKGRUNN OG FORMÅL

## BAKGRUNN

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ble permanent etablert i 2007 i et trekantsamarbeid mellom Universitetet i Tromsø (UiT), Helsedirektoratet og Helse Nord. Etableringen var resultat av en samordning av flere prosjekter som ble iverksatt ved UiT fra 1999 for å bedre legedekningen i distriktene og sikre kvalitet på medisinstudentenes praksisutplassering.

## FORMÅL

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

# 2. DISTRIKTSMEDISIN

Den overordnede utfordringen for NSDM er å bidra til utvikling av likeverdige og stabile helsetjenester for befolkningen i distriktet. Slik utvikling krever at kvalifisert helsepersonell blir rekruttert og stabilisert til stillingene der. Videre kreves det samhandling mellom leger og annet helse- og sosialpersonell i førstelinjen og god samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre. Foruten kurativt og forebyggende arbeid på individ og gruppenivå innebærer dette arbeid i kommunale sengeinstitusjoner - sykehjem, sykestuer og intermediære avdelinger - med lokalsykehuset og andre deler av spesialisthelsetjenesten som nære og primære samhandlingspartnere. I tillegg kommer samarbeid med andre etater og lokalbefolkningen.

På grunn av legers spesielle rolle i distriktsmedisinen, vil denne yrkesgruppen få et hovedfokus i NSDM sitt arbeid. Legetjenesten har ofte en nøkkelrolle i forhold til den helsehjelp pasienter i distriktene får. Marginal og ustabil legebemanning i distriktene er derfor en utfordring som krever aktive og permanente motstrategier.

Det finnes ingen entydige definisjoner hverken av *distrikt* eller *distriktsmedisin*. Internasjonalt er *rural health* et anerkjent fagbegrep. Innhold i spesialiserte fagtidsskrift og -konferanser vil derfor være med på å definere begrepet rural health og relevante dimensjoner ved helsetjenester i distriktene. Hva man mener med *rural* varierer fra land til land. I Norge er det naturlig å bruke begrepet *distrikt* om strøk med hovedsakelig spredt bosetting, ofte knyttet til lokale tettsteder eller mindre bymessig sentra, men med en merkbar, stedvis svært lang, avstand til store byer og

høyspesialiserte sykehus. Her brukes ofte en grense på inntil 10 000 innbyggere for å regne et sted som distrikt. Norske distrikter vil dermed kunne omfatte alt fra mindre kyst- og innlandskommuner, til relativt store distriktskommuner med mindre bymessige sentra. I andre land som for eksempel Canada, er det mer vanlig med en grense på 25 000.

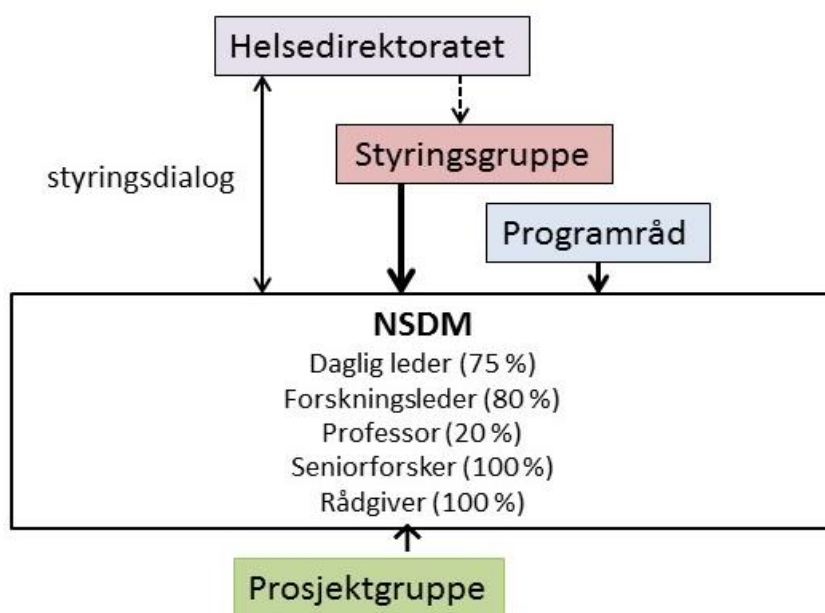
En viktig dimensjon ved begrepet *rural health* er avstand fra der folk bor og primære helsetjenester gis til nærmeste sykehus. Urfolksdimensjonen er også i mange land en sentral dimensjon i begrepet rural health. Rural health generelt omfatter tema som organisering av helsetjenesten, ulikheter i helse, ulikheter i tilgang til helsetjenester, rekruttering til stillinger og rekruttering til utdanning av leger og annet helsepersonell, kulturforståelse og tverrkulturell kommunikasjon.

### 3. ORGANISASJON OG STYRINGSSTRUKTUR

#### ORGANISASJONENS STRUKTUR

NSDM er organisert som en ekstern enhet knyttet til UiT Norges arktiske universitet, Institutt for samfunnsmedisin (ISM). Senteret samarbeider med ISM om administrative oppgaver knyttet til økonomi, lønn og personalforvaltning ut fra overenskomster for eksternt finansierte tiltak. Samtidig har senteret en selvstendig stilling med en ekstern styringsgruppe og et programråd for forskning. Helseledelse har styringsdialogmøter med NSDMs ledelse, leverer et årlig tildelingsbrev og deltar som observatør i styringsgruppen.

Figur: Organisasjonskart NSDM fra 2015



## FAGLIG FORANKRING

Senteret har sin faglige forankring i Allmennt medisinsk forskningsgruppe, forskergruppen Helsetjenesteforskning og samarbeider med seksjon for allmennt medisin og forskningsenheten i allmennt medisin (AFE Nord), samt deltar på årlige møter i Norsk forening for allmennt medisin (NFA), Allmennt legeforening, Norsk samfunnt medisinsk forening (NORSAM) og de akademiske allmennt medisinske miljøenes felles institutt møte.

## STYRINGSGRUPPE

Styringsgruppen har det overordnede ansvaret for planer, prioriteringer og gjennomføring av NSDMs virksomhet i henhold til formålet og i samsvar med økonomiske rammer. Fra gruppens mandat: Styringsgruppen skal *gi råd* til senterets ledelse om: Strategier og veivalg, overordnede planer og dokumenter, framdrift og utvikling av NSDM. Styringsgruppen skal *gi styringssignaler* til senterets ledelse om: Kunnskapsutvikling og forskning, fagutviklings- og forskningsprosjekter

Tabell 1: Sammensetning av Styringsgruppen V2015 - H2016 (revidert februar 2015)

Instans	Medlem	Varamedlem
UiT Norges arktiske universitet	Arnfinn Sundsfjord	Inger Njølstad
Helse Nord	Finn Henry Hansen (nestleder)	Mona Søndena
Fylkesleger	Per S. Stensland	Jan-Petter lea
NSDM*	Margrete Gaski	Frank Remman
NORSAM / NFA**	Marit Voltersvik	Henning Mørland
Kommunesektorens organisasjon	Rune Hallingstad	

\*\* Norsk samfunnt medisinsk forening og Norsk forening for allmennt medisin skal alternere hvert andre år. Helsedirektoratet er med som observatør

## STYRINGSdokumenter og Rapportering

*Plandokumentet* inkluderer aktivitetsplan, budsjett for det kommende året. Dokumentet blir framlagt for styringsgruppen innen utgangen av foregående år sammen med et stipulert regnskap.

*Årsmeldingen* beskriver gjennomført aktivitet og årsregnskap for foregående år. Meldingen blir framlagt for styringsgruppen tidligst mulig etterfølgende år.

NSDM rapporterer til Helsedirektoratet, Helse Nord og UiT Norges arktiske universitet ved å oversende plandokument og årsmelding vedtatt av styringsgruppen.

## PROGRAM OG PROGRAMRÅD

Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning har som hovedformål å bidra til stabilisering og rekruttering av leger og helsepersonell i distriktene gjennom å gi «såkornmidler» til mindre lokale forsknings- og utviklingsprosjekter. Programmet manifesterer NSDM som et nasjonalt kompetansesenter ved å tildele midler til prosjekter fra hele landet. Programrådet har ansvar for utvikling og revisjon av statutter for, og for forvaltning av tilskudd i henhold til statuttene. Programmet har to søknadsfrister i løpet av 2015, 15. mars og 15. september.

Tabell 2: Sammensetning av Programrådet 2011-15

Instans	Medlem	Varamedlem
NSDM	Birgit Abelsen (leder)	Ivar J. Aaraas
UiT Norges arktiske universitet	Hasse Melby	Tor Anvik
Fylkesleger	Per Stensland	Jan Petter Lea
Norsk forening for allmenntmedisin	Arnfinn Seim	Robert Tunestveit

## OMORGANISERING

For å bygge bro mellom akademi og praksis, bør erfaringsbasert kunnskap gjenfinnes som forskning i akademiet, og akademisk kunnskap må implementeres i form av kompetanseheving der faget utøves. NSDM har fra starten av hatt fem til fire midlertidig ansatte regionale koordinatorene som alle har hovedstillinger som fastleger og kommuneoverleger i distriktskommuner. Disse har utgjort fagrådet. Medlemmene i fagrådet har alle sittet i minst 7 år og har i en oppbyggingsfase bistått NSDM sin ledelse aktivt. Rådet har fungert som en praksisnær og stabil fagressurs i år preget med endring i andre stillinger og senterets innhold. Den nye fasen senteret er inne i, med et nytt og klart samfunnsoppdrag fra helsedirektoratet og en stabil stab, gjør at forholdene er endret. Staben gjennomfører oppgaver i stor grad på egen hånd, fra planlegging på ukentlige og større planleggingsmøter til gjennomføring. Gjennom en lang prosess der fagrådet ble involvert via møter i desember 2013 og april i år, e-post august og møte i oktober, gjennomføres derfor en omstrukturering hvor fagrådet legges ned til fordel for oppbygging en prosjektgruppestruktur. I denne skal klinikere fra distriktene delta på bakgrunn av eget arbeid med systematisk kunnskapsgenerering (forskning eller fagutvikling). NSDM vil dermed få et økt kunnskapstilfang å forvalte og en dynamisk, bredt sammensatt gruppe med et større perspektivmangfold å spille på i sitt arbeid ellers. Ressurser blir dessuten frigjort slik at NSDM sine faste ansatte kan reise mer ut til relevante fagmiljø. Prosjektgruppestrukturen vil møtes to ganger i året til gruppesamlinger og ellers

holdes kontakten til senteret via veilederoppgaver og involvering i prosjektene, samt e-postkontakt vedrørende oppgaver som må løses (undervisning, høringsinnspill osv.)

## 4. OPPGAVER FOR NSDM

I samsvar med NSDM sitt formål og Helsedirektoratets nye forslag til samfunnsoppdrag, prioriterer NSDM 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

Dette vil NSDM konkretisere slik:

### ***1. Kunnskapsutvikling, kunnskapsoppbygging og - støtte***

Vi skal drive egen anvendt forskning og ha en pådriverrolle for å få i gang relevant forskning via Programmet og de ansattes ulike nettverk. Vi skal jevnlig publisere nasjonalt og internasjonalt i fagfelleverderte tidsskrift, gjøre kunnskapsoppsummeringer, søke samarbeid om forskningsprosjekt, søke eksternt finansierte oppdrag innenfor prioriterte forskningsfelt og bidra med veiledning til programfinansierte prosjekt. Vi skal aktivt å søke gode forskningsspørsmål og bidra til å utvikle og spre ny kunnskap. Her er NSDMs nettsider en viktig plattform for kunnskapsformidling.

Videre vil NSDM søke å være en relevant samfunnsaktør ved å bidra i aktuelle utviklingsprosesser med kunnskapsbaserte innspill (høringsprosesser, konferanser og annet)

### ***2. Brobyggervirksomhet mellom forskning og praksis***

Vi skal aktivt søke effektive formidlingsmetoder for å nå tjenestenivået med forskningsbasert kunnskap, både nettbaserte og vie massemedia og annet. Vi skal delta i relevante undervisningsoppgaver som kurs og undervisning, i legers spesialiseringsløp, på høyskole og universitet. Vi skal bidra med foredrag om ulike sider av det å være lege i distrikt – offentlige legeoppgaver, akuttmedisin, forebyggende strategier på kommunenivå osv. Både mer akademiske

perspektiv og erfaringene fra det praktiske arbeidet som lege i distrikt bør synes på de arenaene der fremtidens helsepersonell og helseledere henter sin kunnskap.

### **3. Kvalitetsutvikling og innovasjon i tjenestene**

God kontakt mellom NSDM og landets distriktsmedisinske tjenester prioriteres, slik at NSDM blir en tjeneste for tjenestene. Både via oppsøkende virksomhet og høy grad av service innstilling, vil NSDM bistå med kunnskapsbaserte råd, initiativ og variert bistand. Kontakt med nasjonale organ og prosesser prioriteres der dette ansees hensiktsmessig.

### **4. Bidra til stabilisering og rekruttering til helsetjenester i distrikt**

NSDM vil bidra gjennom god kunnskapsforvaltning om hva vi vet om stabiliserer og rekrutterer, samt gjennom aktivt å formidle distriktshelsetjenestens muligheter som en attraktiv og spennende arena for fagutvikling og utøvelse av god medisin (studenter, yngre helsepersonell, KS, forvaltningen osv.).

### **5. Nettverksbygging nasjonalt og internasjonalt**

Vi vil aktivt søke sentrale roller i faglige nettverk lokalt, regionalt og nasjonalt (kommunelegefora, samhandlingsprosjekter, interkommunale samarbeidsråd, Legeforeningen, via Fylkesmannen osv.) samt delta i forskningssamarbeid og relevante faglige fora nasjonalt og internasjonalt.

## **5. AKTIVITETSPLAN 2015**

### **1. KUNNSKAPSUTVIKLING, -OPPBYGGING OG - STØTTE**

I det videre beskriver vi prioriterte prosjekt i samsvar med senterets formål og strategier. Prosjektene er en blanding av internt definerte (forskerinitierte) prosjekter, eksterne oppdrag og veiledning i forbindelse med prosjekt som har fått støtte fra NSDMs program. Listen vil kunne suppleres med nye prosjekt i løpet av året. Vi vil i 2015 særlig legge vekt på publisering i fagtidsskrift av studier gjennomført i 2014. Deling av kunnskap i relevante fora vektlegges også, som via nettsiden vår, Facebook, via nettsamfunn, i populærvitenskapelige former og i aktuelle utviklingsprosesser.

#### **STØRRE PROSJEKT NSDM STÅR FOR ELLER ER INVOLVERT I:**

#### ***"Tverrfaglig akuttmedisinsk trening i kommunehelsetjenesten"***

Aksjonsforskningsprosjekt basert på en kvalitativ undersøkelse av teamtrening slik det gjøres i Alta. Undersøkelsen er presentert ved i nasjonale sammenhenger i 2014 og sitert i bl.a. av HOD sitt



akuttutvalg. Grunnet uventet mye arbeid som leder, er avslutningen forsinket. Tar sikte på å levere avhandling innen sommeren 2015. *Veiledere: Anna Luise Kirkengen, Peder A. Halvorsen og Maaret Castrén (Carolinska institutet).*

***«Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgstilbudet».***

Prosjektet er gjennomført på oppdrag fra KS i samarbeid med IRIS med Birgit Abelsen som prosjektleder og Margrete Gaski som prosjektmedarbeider. Det ble ferdigstilt i november 2014. Formålet med prosjektet var å studere hvordan samhandlingsreformen endrer tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Vi har studert generelle virkninger av ordningen med kommunalt betalingsansvar fra dag én for utskrivningsklare pasienter og søkt å identifisere eventuelle fortrenningsmekanismer og -virkninger som følge av ordningen. I 2015 planlegger vi å skrive to fagartikler på basis av det empiriske materialet som er samlet inn i prosjektet. Den ene skrives på norsk og vil rapportere prosjektets helhet. Den andre artikkelen skrives på engelsk og vil handle om håndtering av avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter som kommuner og helseforetak er pliktig å inngå som del av samhandlingsreformen.

***«Stabilisering av leger i Finnmark: Hvor effektiv er særordning med direkte tildeling av turnusplasser til kandidater med geografisk tilknytning til Finnmark?»***

Første halvår 2014 ble det gjennomført en evaluering for Fylkesmannen i Finnmark, som undersøkte virkninger av forsøket med direkte tildeling av turnusplasser til kandidater med geografisk tilknytning til Finnmark. Ordningen var et strategisk virkemiddel for å bedre rekrutteringen og stabiliseringen av leger til Finnmark. Det skrives en vitenskapelig artikkel basert på evalueringen av særordningen. Artikkelen vil presentere resultater fra evalueringen, og sette dette inn i en internasjonal kontekst. Målet er publisering i internasjonalt tidsskrift. Margrete Gaski er ansvarlig.

***«Evaluering av legerekutteringsprosjektet i Finnmarkssykehuset HF.»***

Evalueringen er et oppdrag fra Finnmarkssykehuset HF som ferdigstilles med en rapport i desember 2014. Finnmarkssykehuset HF etablerte i 2005 et legerekutteringsprosjekt med hovedmål om å rekruttere og stabilisere legespesialister slik at Finnmarkssykehuset HF innen 2020 har full dekning av legespesialister. Prosjektet har satt i verk rekrutterings- og stabiliseringstiltak som kan grupperes i fire ulike ordninger: stipend under gruppe I-

tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus, rekrutteringsstillinger i påvente av LiS-stilling, mulighet for hospitering ved annet sykehus og mulighet til å drive forskning som del av jobben. I tillegg til analyser basert på dokumenter og data fra personalregisteret, er en viktig del av evalueringen basert på intervjuer med leger som har arbeidet eller arbeider ved Finnmarkssykehuset, administrativt ansatte og medlemmer av prosjektets styringsgruppe. Prosjektet skal studere virkninger så langt og peke på generelle lærdommer som det er mulig å trekke mht. innretting og innhold i de tiltak som hittil har vært lagt til grunn for prosjektet, med sikte på eventuell justering av tiltak for å nå prosjektets mål om full spesialistdekning innen 2020.

Resultater fra evalueringen skal presenteres på en Erfaringskonferanse som Finnmarkssykehuset HF skal arrangere i begynnelsen av mars i 2015. Vi planlegger å skrive en fagartikkel i 2015 som søkes publisert i et internasjonalt tidsskrift basert prosjektets empiri. Arbeidet følges opp av Birgit Abelsen og Margrete Gaski.

#### ***«Initiativer for å rekruttere og beholde leger i et rekrutteringssvakt område»***

Vi vil i løpet av 2015 skrive en vitenskapelig oversiktsartikkel hvor tema er hvordan rekrutterings- og stabiliseringstiltak med ulike perspektiver rettfærdiggjøres. Vi vil beskrive ulike rekrutterings- og stabiliseringstiltak rettet mot leger både i primær- og spesialisthelsetjenesten i et eller to avgrensede distriktsområder, vurdere sammenhengen i og effekter av tiltak, samt diskutere implikasjoner. Artikkelen vil blant annet bygge på resultater fra de to prosjektene beskrevet over (særordningen for turnusplasser og legerrekrutteringsprosjektet), men også trekke inn rekrutterings- og stabiliseringstiltak som har vart over år, både tiltak hvor effektene er evaluert og tiltak hvor det ikke er gjort systematiske vurderinger av nytten.

#### ***«Legeløse og lege stabile lister i norske kommuner»***

I enkelte kommuner er rekruttering av fastleger og lav stillingsstabilitet en stor utfordring. Ved utgangen av 2013 var det ifølge statistikk fra Helsedirektoratet, 67 lister registrert uten lege. Det framgår ikke av den publiserte statistikken i hvilke kommuner disse listene befinner seg, eller om dette er lister som har vært uten lege over lengre tid. Det går heller ikke fram i hvilke kommuner

vikarstafetter pågår. Formålet med dette prosjektet er å utvikling mer systematisk kunnskap om dette.

Vi har etter søknad til Helsedirektoratet fått ulevert et datamateriale som er hentet fra Fastlegeregisteret som administreres av HELFO. Datamaterialet omfatter alle fastlegeavtaler og alle lister uten lege registrert i de 13 år fastlegeordningen har vært virksom.

Med utgangspunkt i det store antall lister uten lege (1 091) som er registret i norske kommuner i løpet av 13 år med fastlegeordning, vil vi søke å identifisere kommuner som har manglet fastleger over tid, og beskrive hva som kjennetegner kommunene, hvordan de har valgt å løse utfordringene med manglende fastleger (eks. vikarstafetter, faste vikarer o.l.) og hvilke konsekvenser disse løsningene har for befolkning og kommune. I tillegg til data om de legeløse listene, vil vi her måtte supplere med andre typer datainnsamling.

I etterkant av den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen som ble oppsummert i 2005, er det så vidt vi kjenner til ikke gjort noen studier som undersøker om forutsetningene for å skape kontinuitet i lege-legebrugerforholdet gjennom fastlegeordningen er oppfylt. For å skaffe mer kunnskap også om dette vil vi studere populasjonen av fastlegeavtaler (7 359) som er inngått i løpet av de 13 årene fastlegeordningen har vært virksom. Vi vil se på hvordan kjønns- og alderssammensetningen er endret over tid, hvor lenge fastlegeavtaler varer og hvordan kjønn, alder, størrelsen på avtalekommunen og listelengde påvirker varigheten. Vi vil også undersøke hvor det blir av leger som avviker en fastlegeavtale.

Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Helsedirektoratet og følges opp av Birgit Abelsen (prosjektleder), Margrete Gaski og Helen Brandstorp. Det planlegges publisert to fagartikler på norsk fra prosjektet.

### ***“Recruit and Retain – Making It Work”***

I juni 2014 ble prosjektet Recruit & Retain avsluttet. NSDM har medvirket fra starten i 2011 i dette skotsk ledede prosjekt med finansiering fra EUs Northern Periphery Program. Hovedformålet var å kartlegge hvorfor helsepersonell ønsker/ikke ønsker å arbeide i distrikt, samt å foreslå og prøve ut tiltak for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i nordlige utkantområder. Foruten Skottland og Norge, deltok Sverige, Island, Grønland, Nord-Irland og Canada i prosjektet. NSDM hadde en rolle som rådgivende faginstans for Helse Finnmark, som var norsk partner i prosjektet. Vi analyserte blant annet data fra en større survey om rekruttering og stabilisering av leger og sykepleiere som ble gjennomført i alle de sju landene

som deltok. Prosjektet har videre utviklet en katalog med 29 produkter og tjenester som har vært utprøvd og utviklet gjennom prosjektet for å bidra til økt rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt. Det ble også utviklet en business modell som skal kunne hjelpe områder og organisasjoner med rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer.

Det er nå utlyst nye programmidler i EUs Northern Periphery Program (søknadsfrist 24. november 2014) og det er i den forbindelse tatt initiativ til en videreføring av prosjektet. Det nye prosjektets arbeidstittel er *Recruit & Retain – Making It Work*. Det nye prosjektet skal, hvis det får finansiering, ledes fra Skottland og vil ha med omtrent de samme partnerne som sist (Grønland er ikke med). Forskjellen på norsk side er at NSDM overtar rollen som norsk partner i prosjektet. Hovedformålet med det nye prosjektet er å prøve ut business modellen som ble utviklet i den første prosjektperioden. NSDMs plan er å koble vår del av arbeidet til prosjektet *Legeløse- og legeustabile lister* og innenfor rammene av Recruit & Retain jobbe aktivt sammen med 2-3 utvalgte kommuner med store rekrutteringsutfordringer med mål om å bedre rekruttering og stabilisering av fastleger til disse kommunene. Initiativet følges opp av NSDMs stab med administrativ støtte fra ISM. Eventuell prosjektstøtte vil avklares i februar 2015 og det vil i tilfelle finansiering, være et prosjekt som vil gå over tre år.

#### **«Fra trekning til søknadsbasert turnustjeneste – status quo, bedre eller verre for distriktene?»**

Dette er et prosjekt som er i planleggingsfasen. Tanken er å drive følgeforskning om de virkninger den nye turnustjenesten har for distriktene. Vi vil i løpet av 2015 avklare problemstillinger, eventuelle samarbeidspartnere og eventuelle eksterne finansiører. Arbeidet følges opp av Birgit Abelsen og Margrete Gaski.

#### **«Samhandlingsreformen og ønsker om bedre integrering av fastlegene.»**

Hvilke rammebetingelser fremmer, og hvilke hemmer samarbeid mellom allmennlegetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten internt i en kommune? Dette er et internt forskerinitiert prosjekt ledet av Margrete Gaski hvor målet er deltakelse i faglig internasjonal diskurs og publisering i tidsskrift. Prosjektet bygger på allerede innsamlet empiri.

#### ***Rural medicine goes to town***

Dette er et lite, internasjonalt forprosjekt hvor NSDM samarbeider med Glesbygdsmedisinsk centrum i Storuman (prosjektleder) og Høgskolan i Skövde i Sverige, samt Sygehuset Sønderjylland i Danmark. Prosjektet har fått finansiering fra Baltiska rådet. Prosjektet har sitt

utgangspunkt i at aldersstrukturen i distriktsområder i nordlige områder i Europa ligger 25 år forut for mange storbyområder. Dette betyr at helsetjenesten i distriktsområdene allerede håndterer demografiske utfordringer med en betydelig eldrebefolkning som kan ha overføringsverdi til byområder. Formålet med prosjektet er å dokumentere ferdigheter, metoder og organisasjonsstrukturer brukt i helsetjenesten i distriktsområder som kan være effektive også i urbane områder, samt å utvikle en prosjektbeskrivelse og en søknad om finansiering for et hovedprosjekt. Prosjektet følges opp av Birgit Abelsen og Margrete Gaski. Fastlege/ lege ved Intermediæravdelingen, DMS Midt-Troms Steinar Konradsen er også involvert. Forprosjektet gjennomføres i 2015.

### **Evaluering av Senjalegen**

Initiativtakere til ordningen Senjalegen ønsker å involvere NSDM for å få gjennomført en evaluering av ordningen. Dette prosjektet er foreløpig på planleggingsstadiet, men kan bli realisert i løpet av 2015. Arbeidet følges opp av Birgit Abelsen.

### **Samfunnsøkonomiske virkninger av desentralisert medisinerutdanning**

Dette er et tiltak hvor vi utforsker de samfunnsøkonomiske virkningene av desentralisert medisinerutdanning på samfunnene som er involvert. En miks av metoder benyttes. Det gjøres en forstudie i 2015 som skal avklare problemstillinger og metoder og resultere i en prosjektbeskrivelse. Margrete Gaski og Birgit Abelsen er ansvarlige.

### **PROSJEKT MED STØTTE FRA PROGRAM FOR DISTRIKTSMEDISINSK FAGUTVIKLING OG FORSKNING MED VEILEDNING FRA NSDM:**

#### ***« Treatment of selected acutely sick elderly: Equal outcome in a rural intermediate care setting compared to a university hospital. A randomized, controlled trial»***

v/ allmennlege i Senjalegen og medisinsk ansvarlig lege ved Intermediæravdelingen, DMS Midt-Troms Steinar Konradsen. Det overordnede målet med prosjektet er å undersøke om det er like trygt å observere og behandle selekterte akutt syke eldre i kommunale ø-hjelpsenger som på medisinsk avdeling på sykehus. Det planlegges en prospektiv randomisert og kontrollert intervensjonsstudie med personer som er 70 år eller eldre som er henvist til

intermediæravdelingen på grunn av en akutt medisinsk tilstand. Pasientene vil bli randomisert til innleggelse ved intermediæravdeling eller UNN. Konradsen planlegger å gjennomføre studien som del av en PhD-grad. Han fikk i november 2014 PhD-stipend fra allmenntilleggsfond. Han har også fått driftsstøtte fra NSDMs program. Konradsen veiledes av Birgit Abelsen (hovedveileder) og Torgeir Engstad overlege ved geriatrisk avdeling, UNN.

#### **«Hvordan bruker kommunene sin samfunnsmedisinske kompetanse?»**

Dette er et forprosjekt for å utvikle en prosjektbeskrivelse. Tiltaket berører temaet hvordan leger bidrar inn i ledelsen av primærhelsetjenesten ut fra et samfunnsmedisinsk ståsted, og gjennomføres av kommunelege i Karmøy, Dag-Helge Rønnevik. Veileder er Margrete Gaski.

### **ANDRE PHD PROSJEKTER SOM HAR FÅTT ØKONOMISK STØTTE/VEILEDNING AV NSDM SOM FORTSATT ER UNDER ARBEID I 2015:**

#### **«Beslutninger om henvisninger blant fastleger»**

Ledes av fastlege Unni Ringberg i Tromsø. Hun er i siste halvdel av sitt PhD-forløp.

#### **«Akuttinnleggelser ved Hallingdal sjukestugu. Kan og bør lokalmedisinske sentra ha en rolle i norsk helsevesen i akuttinnleggelser av en definert gruppe pasienter?»**

Ledes av kommuneoverlege Øystein Lappegaard. Er i avsluttende fase.

## **2. BROBYGGERVIRKSOMHET MELLOM FORSKNING OG PRAKSIS**

### **NETTSTED**

NSDM sin hjemmeside [www.nsdm.no](http://www.nsdm.no) er vårt ansikt utad og siden oppstarten har det vært prioritert å ha en distriktsmedisinsk faglig medarbeider som redaktør. Målet med nettsidens er å presentere senterets arbeid, aktuelle nyheter og være et sted alle kan søke forskningsbasert kunnskap om distriktsmedisin. Daglig leder/webredaktør følger systematisk med i dagspressen og vitenskapelige tidsskrift for å finne aktuelt stoff. Antallet unike brukere øker fra år til år, men gjorde et hopp opp i 2014 - fra 12 000 besøkende i 2013 til mer enn 16 000 besøkende på nettsiden i 2014. NSDM sin Facebook-side hadde pr 11.november 2014, 322 følgere (mot 198 medio februar 2014). Dette mediet rekker enda flere ved at lesere deler lenker vi legger ut, og populære enkeltsaker har nådd nesten 2000 mennesker. En ny nettside som ligger på UiT sin server, er under utvikling. Den skal innrettes mer som en tjeneste for tjenestene. Twitterkontoen til NSDM har vært sovende, men skal aktiveres.

Både Facebook og twitter er medier som er egnet for interaksjon med brukere av dette sosiale mediet.

#### GRUNNUTDANNING OG STUDIEPLANUTVIKLING

I NSDM vil vi fortsette vårt langsiktige arbeid for en nyorientering av medisinsk grunnutdanning for å gi framtidige leger motivasjon, gode holdninger og relevant kompetanse for arbeid i helsetjenesten i distriktene. I 2015 vil vi fortsatt samarbeide med og gi innspill til ledelsen av studierevisjonen i Tromsø og samarbeide med de ansvarlige for allmenntmedisin og de praksisnære utdanningsperiodene i kommunehelsetjenesten. I 2015 vil vi fortsette samarbeidet med de desentraliserte legeutdanningsstedene Bodø og de som planlegger for det samme i Finnmark. Vi forsøker samtidig å påvirke studentene direkte gjennom distriktsmedisinsk undervisningsinnslag i grunnutdanningene.

### 3. KVALITETSUTVIKLING OG INNOVASJON I TJENESTENE

#### SPESIALISTUTDANNING AV LEGER

NSDM ansatte har gjennom flere år bidratt til kurs og gruppeveiledning i spesialistutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin. Denne virksomheten vil bli videreført i 2015.

#### DELTAGELSE I UTVIKLINGSPROSESSER

NSDM ønsker å være en aktuell aktør som bidrar i utviklingsprosesser med systematisert kunnskap fra et distriktperspektiv. Innspill i høringsprosesser, deltagelse på konferanser, seminar og andre aktuelle møteplasser prioriteres, sammen med stor velvilje i forhold til praksisnære aktører som henvender seg for kunnskapsbasert støtte og samarbeid.

### 4. BIDRA TIL REKRUTTERING OG STABILISERING AV PERSONELL

I tillegg til arbeidet med legers utdanningsløp har ansatte tradisjon for å bidra på oppdrag fra nasjonale, regionale og lokale helsemyndigheter, universiteter og Legeforeningen som utredere og rådgivere i relevante komiteer og prosjektgrupper. Her er tema ofte rekruttering og stabilisering i distrikt. Dette kan utløse inntekter, men som hovedregel må vi regne med å bruke egne midler for medvirke i slikt nettverksarbeid. Tilstrekkelige midler til møter og reiser for å bidra til nettverksbygging og tjenesteutvikling anser vi som en avgjørende betingelse for å skape legitimitet og forståelse for NSDMs virksomhet. I 2014 hadde vi et spesielt fokus på prehospital akuttmedisin som ser ut til å fortsette inn i 2015

## 5. NETTVERKSBYGGING NASJONALT OG INTERNASJONALT

### INTERNASJONALE KONTAKTER

Høsten 2014 deltok leder på konferansen MUSTER, Global Community Engaged Medical Education, en konferanserekke arrangert av to av de ledende innen distriktsmedisin (Flinders University i Australia og Northern Ontario School of Medicine (NSOM), i Canada) der NSDM har vært representert flere ganger. Både utdanning og tjenesteutvikling var tema, samt urfolksmedisin. To forskere og forfattere på dette siste feltet fra Flinder er interessert i å knytte kontakt og med både sykepleier- og legeutdanningen i Tromsø. En av disse er selv samosl, og fra Norge.

NSDM har i mange år deltatt på konferanser i regi av Wonca Rural og den europeiske undergrupperingen EURIPA. I 2015 er det 13th World Rural Health Conference, Dubrovnik, 15.-18. April. NSDM planlegger å bidra med presentasjoner av fagstaben.

Videre har NSDM også bidratt i nordisk sammenheng. I 2015 arrangeres den 19. Nordic Congress of General Practice, i Gøteborg, 16.-18. Juni. Her vil fagstaben stille med presentasjoner.

Prosjektene Recruit and Retain, samt Rural Medicine goes to town knytter NSDM til nettverk i Europa, samt NSOM, Canada og ikke minst det regionale forsknings og utviklingscenteret Glesbygdsmedisinskt Centrum i Storuman. Dette senteret har årlige fagseminarer som NSDM inviteres til og har deltatt ved flere ganger. En representant var på vårt Saltstraumen seminar.

Til sist er leder forespurt om å sitte i en rådgivende gruppe i det europeiske nettverket EURIPA (som er del av verdens organisasjonen for allmennleger i distrikt, Wonca Rural), men har utsatt det til høsten 2015.

### NASJONALE KONTAKTER

NSDM vil prioritere mer oppsøkende virksomhet i forhold til nasjonale praksisnære miljøer i 2015 enn foregående år. Uten fagrådet, må staben oppsøke aktive aktører i distriktsmedisinsk praksis. Den nye prosjektgruppestrukturen er også avhengig av at staben reiser ut for å knytte kontakter med personer som kan tenke seg å forske eller drive fagutvikling. I tillegg vil vi fortsette å pleie kontaktene i andre faglige sammenhenger. På grunn av NSDM sitt nasjonale mandat, ønsker vi å tenke bredde heller enn å pleie få, men dypere kontakter.

### PROSJEKTGRUPPESTRUKTUR

NSDM starter i 2015 arbeidet med å utvikle en tydelig prosjektgruppestruktur som omfatter senterets egne forskere, PhD stipendiater og mottakere av tilskudd til lokale prosjekter fra *Programmet* eller evt andre NSDM-midler. Vår intensjon er å bidra til utvikling, gjennomføring og oppfølging av prosjekter både med individuell veiledning og prosjektsamarbeid: Gjennom å invitere til samlinger ønsker vi å utvikle en gruppe av aktive leger og evt annet helsepersonell som kan inspirere hverandre og bidra til kunnskapsgenerering. Våren 2015 planlegger vi å gjennomføre en prosjektgruppesamling (lunsj til lunsj) for å konsolidere og styrke det nasjonale nettverket rundt NSDM. Arbeidet med prosjektstrukturen følges opp av senterets stab.



Tromsø 12. november 2014

Helen Brandtsorp,

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin