

Nasjonalt senter for distriktsmedisin: lite senter – viktig oppdrag

Michael 2025; 22: 431–445

doi: 10.56175/michael.12766

Distriktsmedisin handler om helsetjenester i områder med lav befolkningstetthet, store avstander og begrenset tilgang til spesialiserte tjenester. Velfungerende distriktsmedisinske tjenester er særlig relevant for de mange mindre sentrale kommunene i Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ble etablert i 2007 som et resultat av langsiktig arbeid ledet av det allmennmedisinske fagmiljøet ved Universitetet i Tromsø, støttet av engasjerte distriktsleger, fylkesleger, nasjonale helsepolitiske myndigheter og Helse Nord RHF. Ved etableringen var det enighet om at senteret skulle kombinere rollene som kunnskapsprodusent og fagpolitisk aktør.

Artikkelen viser hvordan NSDM fungerer som brobygger mellom praksis, akademia og forvaltning, og hvordan senteret arbeider for å styrke distriktsmedisin som kunnskaps- og tjenesteområde, nasjonalt og internasjonalt. Den bygger på forfatternes erfaringer og skriftlig dokumentasjon fra NSDM, inkludert årsmeldinger, forskningspublikasjoner og evalueringer.

Artikkelen beskriver NSDMs bidrag til forskning, fagutvikling og politikkutforming innen distriktsmedisin. Senteret forvalter også Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling, som så langt har støttet et betydelig antall større og mindre prosjekter, deriblant 15 doktoravhandlinger, og bidratt til nasjonal kunnskapsutvikling. NSDM har også spilt en rolle i evaluering av helsereformer, utvikling av strategier for å rekruttere og beholde helsepersonell i distriktene og som skaper av, og deltaker på, ulike arenaer for det offentlige ordskeftet.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har i snart 20 år bidratt til utvikling av likeverdige helsetjenester til hele landet – et omforent helsepolitisk mål i Norge. Helsetjenester i distrikt har utfordringer som krever målrettede tiltak, og sterke sider som kan inspirere øvrig helsetjeneste. Da

NSDM ble etablert i 2007, var oppdraget å fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Senteret har få fast ansatte, men jobber i et bredt nettverk med nær kontakt ut i distriktskommuner og opp mot myndighetene.

Denne artikkelen klargjør innledningsvis hva distriktsmedisin er, og gir derigjennom premissene for hvorfor NSDM ble opprettet, og hvilke behov senteret var forutsatt å dekke. Deretter redegjøres det kort for artikkelens metodiske tilnærming, før etableringen og senterets virksomhet beskrives.

Hva er distriktsmedisin?

Distriktsmedisin kan defineres som tilbud og etterspørsel av medisinske tjenester i distrikt. Det finnes ingen entydig internasjonal definisjon av hva «distrikt» er. I Norge defineres gjerne distrikt som kommuner i sentralitetsklasse 4, 5 og 6, etter Statistisk sentralbyrås indeks for nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner (1). Per 1. januar 2025 rommet definisjonen 74 % av landarealet, 78 % av kommunene og 29 % av befolkningen (2, 3). Distriktene skiller seg ofte fra sentrale områder ved lavere befolkningstetthet, en høyere andel eldre, lavere sosioøkonomisk status og store geografiske avstander.

Avstandene innebærer lang reisevei til sykehus, høyere utdanningsinstitusjoner og servicefunksjoner – og ofte er de klimatiske forholdene utfordrende (4).

I Norge har legers arbeid i distrikt lange tradisjoner. Distriktslegeordningen ble etablert på 1800-tallet som en statlig ordning som skulle sikre befolkningen legetjenester utenfor byene. Ordningen omfattet både kurativt arbeid og folkehelseoppgaver (5). Anseelse og rekruttering har variert betydelig i årenes løp. Mange distriktsleger var entusiastiske og dedikerte, og de var opptatt av sammenhengen mellom levevilkår og helsetilstanden i befolkningen. Utviklingen av spesialiteten samfunnsmedisin bygde mye på distriktslegearbeidet. Spesialiteten ble etablert i 1984, samme år som den statlige distriktslegeordningen ble avviklet, og kommunene fikk ansvaret. Mange av dagens leger som arbeider i distrikt, viderefører distriktslegetradisjonen ved at de både er fastleger og kommuneoverleger, ofte kalt «kombileger».

Distriktsmedisinsk praksis utøves ikke bare av kombileger. Leger som arbeider i små lokalsamfunn og ofte langt fra sykehus, må tilegne seg kunnskap om lokalsamfunnet, avstandsforståelse, transportmåter og stedlige styrker og utfordringer. Distriktsmedisinsk praksis omfatter allmennmedisin, men innebærer ofte også elementer av samfunnsmedisin, sykestue-medisin og utpreget tverrfaglig samarbeid, der leger, sykepleiere og andre helsearbeidere må beherske et bredere spekter av prosedyrer, fleksibilitet og

selvstendig arbeid (6). Hjemmebesøk er hyppig, helsepersonell arbeider ofte alene, og store avstander til spesialisert helsehjelp medfører ofte en spesiell nærhet, kjennskap til og samarbeid mellom folk som bor og jobber i distrikt (7, 8). Allmennleger i distriktene har som gruppe lengre arbeidsdager enn allmennleger i sentrale strøk (9). Dette har sammenheng med at allmennleger i distriktene bærer et større ansvar for å delta i legevakt enn det som er vanlig for allmennleger i mer sentrale områder (9, 10). Internasjonal forskning viser at risikoen er stor for at helsepersonell opplever faglig isolasjon og manglende faglige utviklingsmuligheter i distriktene (11, 12). Dette gir utfordringer med å rekruttere og beholde helsepersonell i distriktene, og fare for mindre kontinuitet for innbyggerne enn i sentrale områder (13, 14). Erfaringer (15) og forskning (16) peker på viktigheten av systematiske tiltak for å sikre helsepersonell i distrikt faglig utvikling og riktig kompetanse.

Distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling

Som *akademisk disiplin* kan distriktsmedisin forstås som interdisiplinære studier av helsetjenester i distrikt og av distriktsbefolkningens helsevilkår, helsetjenestebruk og helsetilstand. Distriktsmedisinsk forskning omfatter dermed både allmennmedisinske og samfunnsmedisinske perspektiver, og det brukes et mangfold av datamaterialer og forskningsmetoder. Distriktsmedisin er et veletablert forskningsfelt som er spesielt viktig i land med store geografiske avstander, som Norge, Canada, Australia og USA. I internasjonal forskningslitteratur tas det ofte for gitt at både helsetilstand og helsetjenestetilbud er dårligere i distriktene enn i sentrale strøk (6). I Norge er tilnærmingen noe annerledes i den forstand at det finnes et ambisiøst og omforent helsepolitisk mål om at folk skal sikres et likeverdig tilbud av helse- og omsorgstjenester over hele landet. Likevel er det vedvarende utfordringer med tilbud, tilgang, fordeling og bruk av helsetjenester i distriktene, sammenlignet med sentrale strøk (14, 17). Dette underbygger at det er behov for å behandle og utvikle distriktsmedisin som et eget kunnskapsfelt, med forskning på forhold som er bra, hvor distriktene kan ha noe å lære bort til sentrale strøk – og på forhold som kan og bør forbedres for å skape likeverd, og på effekter av eventuelle tiltak som settes inn for å skape forbedring.

Fagutviklingen innenfor distriktsmedisin påvirkes av den generelle utviklingen innen medisin og ellers i samfunnet. Nyvinninger skjer ofte med utgangspunkt i lokalt utviklingsarbeid, som gjerne er initiert av helsepersonell i primærhelsetjenesten, noen ganger i samarbeid med helsepersonell i nærmeste sykehus eller støttet av nasjonale prosjektmidler. Utviklingen

foregår også gjennom fagforeningsarbeid på lokalt og nasjonalt plan og gjennom nasjonal, regional og lokal helsepolitikk.

Materiale og metode

Denne artikkelen er basert på forfatterens personlige erfaringer og inngående kjennskap til NSDM. Birgit Abelsen er oppvokst i distrikt, og har drevet distriktsrelevant helsetjenesteforskning i en årrekke. Hun har vært ansatt i NSDM siden 2013. Anette Fosse er oppvokst i storby, men har jobbet som fastlege på Helgeland i 30 år, og har hele tiden vært opptatt av distriktshelsetjenester og helsetjenesteorganisering. Hun deltok ved den første nasjonale distriktsmedisin-samlingen i 2002, og har fulgt utviklingen av NSDM siden starten.

Artikkelen bygger i tillegg på skriftlig dokumentasjon, inkludert senterets årsmeldinger, plandokumenter, forskning publisert i fagfelleverderte tidsskrifter, fagrapporter og notater samt senterets formidlingsarbeid gjennom kronikker og på egen nettside, nsdm.no. Alle dokumentene er tilgjengelige på nettsiden.

Bakgrunn, visjon og mandat

Høsten 2006 vedtok Stortinget at det skulle opprettes et nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin på permanent basis, finansiert over statsbudsjettet. NSDM ble formelt etablert fra 1. januar 2007. Dette var resultatet av langsiktig og målrettet aktivitet med utgangspunkt i det allmennmedisinske fagmiljøet ved Universitetet i Tromsø (UiT), med profesorene Toralf Hasvold og Ivar Aaraas i spissen, i nært samarbeid med engasjerte distriktsleger fra hele landet. Prosjektene *Ressurskommuneprosjektet* og *Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge* ble utviklet i 1999 (18), med støtte fra daværende Sosial- og helsedepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, fylkeslegene i Nord-Norge og i samarbeid med noen utvalgte nordnorske kommuner. Gjennom en femårig prosjektperiode skulle prosjektene bidra til å styrke rekruttering, stabilisering og kvalitetsutvikling i helsetjenesten i distriktene, og sikre gode praksisplasser for medisinstudentene. Det ble samtidig bygd faglige nettverk både nasjonalt og internasjonalt, og det ble arrangert konferanser og seminarer der distriktsmedisin som praktisk og akademisk fagområde ble diskutert, utviklet og formidlet.

Etableringen av Nasjonalt senter for distriktsmedisin

I løpet av prosjektperioden vokste tanken om et nasjonalt kompetansesenter for distriktsmedisin fram. Et viktig startskudd var den første nasjonale



Figur 1: Programkomité for den første nasjonale konferansen om distriktsmedisin og vertskap på Sommarøy. Fra venstre Steinar Westin, Elisabeth Swensen, Tom Christiansen, Toralf Hasvold, Fred Andersen og Laila Nilsen. Foto: Ingrid Høie, Tidsskrift for Den norske legeforening

konferansen om distriktsmedisin i mars 2002 på Sommarøy i Troms, med Elisabeth Swensen, kommunelege i Seljord, som initiativtaker (figur 1).

I 2005–2006 ble ideen videreutviklet i et midlertidig prosjekt som et trekantsamarbeid mellom daværende Universitetet i Tromsø (UiT), daværende Sosial- og helsedirektorat og Helse Nord, finansiert av de to sistnevnte. Nasjonale helsemyndigheter arbeidet i samme periode med å lage struktur for kompetansesentre utenfor spesialisthelsetjenesten, og NSDM ble etablert omtrent samtidig som blant annet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, de allmennmedisinske forskningsenhetene og Antibiotikasen-teret for primærmedisin. Det var naturlig at NSDM ble forankret ved Insti-tutt for samfunnsmedisin ved UiT, nå med et nasjonalt oppdrag (tabell 1).

Tabell 1: NSDMs formål og mandat

NSDM skal, til beste for folk med behov for helsetjenester i distrikt
– fremme forskning og fagutvikling innen distriktsmedisinske problemstillinger
– utvikle nettverk for leger og annet helsepersonell i distriktene
– bidra til å bygge bro mellom praksis og akademia
– bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i distriktshelsetjenestene
Målgrupper er helsepersonell, utdanningsaktører, ledere, beslutningstakere og andre relevante aktører

Senterets første leder var professor i allmennmedisin ved UiT, Ivar Aaraas. Med seg hadde han tre prosjektledere/nasjonale koordinatore, et fagråd med fire (etter hvert fem) regionale koordinatore i 20 %-stillinger og administrative støttefunksjoner. Også et distriktsmedisinsk forskerforum med deltakere som hadde fått midler via Program for allmennmedisinsk fagutvikling og forskning i Nord-Norge, nå omdøpt til *Program for distriktsme-disinsk forskning og fagutvikling (Programmet)*, var med på laget (19).

Senterets webredaktør og forsker Helen Brandstorp (spesialist i allmennmedisin og tidligere fastlege i Tana) overtok som leder for NSDM i 2013. Hun ledet en omorganisering der forskningskompetansen ble styrket ved å ansette to fulltids forskere, Birgit Abelsen og Margrete Gaski, begge med bakgrunn fra helsetjeneste- og samfunnsvitenskapelig forskning. Dette ga mulighet til å delta i større forsknings- og utviklingsprosjekter samt å beholde og videreutvikle *Programmet* som stimulus til lavterskelprosjekter blant klinikere i distrikt. NSDM hadde samtidig en tydelig utadrettet formidlingsprofil. Nettsiden var blant de første i sitt slag, og den ble aktivt bygd ut med formidling av distriktsmedisinsk kunnskap. Nyheter og andre saker ble fortløpende delt i relevante sosiale medier.

Siden oktober 2019 har Anette Fosse (spesialist i allmennmedisin, mangeårig fastlege i Rana, med doktoravhandling om livets slutt i sykehjem) ledet senteret, med professor Birgit Abelsen som forskningsleder. Senteret har også en fast stab av forskere/prosjektledere i større og mindre stillinger – flere med klinisk arbeid i primærhelsetjenesten som hoved- eller bistilling. Samlet utgjør den faste vitenskapelige staben 3,8 årsverk. I tillegg er flere personer til enhver tid engasjert på prosjektbasis. NSDM har i 2025 et totalbudsjett på 7,5 millioner kroner, fordelt på en bevilgning over statsbudsjettet via Helsedirektoratet på drøyt 5 millioner kroner, 1 million kroner fra Helse Nord RHF og inntekter fra eksternfinansierte prosjekter/oppdragsforskning på knapt 1,5 millioner kroner. NSDM har et senterråd med medlemmer fra UiT Norges arktiske universitet, statsforvalter v/fylkeslege (p.t. Vestland med varamedlem fra Nordland), Norsk forening for allmennmedisin, Norsk samfunnsmedisinsk forening, Helse Nord RHF og KS, samt observatører fra Helsedirektoratet og KoKom (Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap).

Kunnskapsprodusent eller fagpolitisk aktør?

Ved etableringen av NSDM ble det diskutert om senteret først og fremst skulle bidra med forskning og kunnskapsutvikling, eller om hovedoppdraget skulle være å påvirke helsepolitikken. På den distriktsmedisinske konferansen i 2006 var dette et stort diskusjonstema, og det var bred enighet om at begge roller var viktige (20). NSDMs arbeid er fortsatt godt forankret i begge disse oppdragene. Å kunne gi kunnskapsbaserte anbefalinger om helsetjenester i distrikt til lokale og nasjonale aktører tillegges stor vekt. Der det ikke finnes godt nok kunnskapsgrunnlag, arbeider NSDM for å utvikle kunnskap og peke på områder som trenger forskning. Senterets strategiplan gjenspeiler den doble målsettingen, og de årlige plandokumentene og års-

meldingene gir fylldig dokumentasjon for arbeidet i spennet mellom kunnskapsproduksjon og fagpolitikk.

Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling

NSDM forvalter *Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling (Programmet)*. Programmet har som formål å fremme forskning og fagutvikling av relevans for medisinsk praksis og helsetjenester i distrikt. Det skal samtidig være et virkemiddel som bidrar til å rekruttere og beholde allmennleger og annet helsepersonell i distrikt. Programmet har et årlig budsjett på rundt 600 000 kroner, og gir økonomisk støtte fortrinnsvis til lokale og praksisnære prosjekter. Den økonomiske støtten gis i form av fullfinansiering til mindre prosjekter, såkornmidler eller ferdigstillingsstøtte til større prosjekter og driftsmidler til studentprosjekter. NSDM tilbyr faglig veiledning. De som får støtte, inviteres til et årlig programseminar hvor de presenterer og diskuterer prosjektene sine (figur 2). Programmet har søknadsfrist to ganger i året, og søknader vurderes av et programråd ut fra faste kriterier: søkers tilhørighet til helsetjenester i distrikt, distriktsmedisinsk relevans og vitenskapelig kvalitet (forskningsprosjekt) eller mulig overføringsverdi (fagutviklingsprosjekt).

En evaluering av *programmets* første virkeår (fra 1999 til og med første halvår 2003), som kun gjaldt prosjekter i Nord-Norge, oppsummerte at den viktigste effekten var at *programmet* satte «distriktsmedisinen på kartet», og



Figur 2: Programseminaret 2024 – hybrid forsamling i skjønn forening, også med digitale deltakere. Foto: NSDM

hadde gitt «et positivt bidrag i etableringen og utviklingen av distriktsmedisin som respektert praksisfelt og fagområde i nasjonal sammenheng» (18).

En ny evaluering, etter at *programmet* fikk et nasjonalt virkeområde, omfattet perioden 2003–2023 (21). Av 262 søknader som programrådet hadde behandlet, fikk 174 (66 %) tilsagn, og 91 % av dem ble fullført. Prosjektene hadde bidratt til 15 doktoravhandlinger, 97 publiserte artikler, 17 rapporter og 29 fagkonferansepresentasjoner. Det ble gitt støtte til 27 fagutviklingsprosjekter i perioden. Prosjektene som fikk tilsagn, handlet i hovedsak om distriktsmedisinsk praksis (93 %) og helsetjenester med antatt distriktsmedisinsk relevans (97 %). De fleste prosjektene hadde et allmennmedisinsk eller et legevaktmedisinsk tema. Evalueringen konkluderte at prosjekter som har fått midler fra *programmet*, har bidratt til distriktsrelevant forskning og fagutvikling. I halvparten av prosjektene var søker fra landets minst sentrale kommuner (sentralitetsklasse 5 eller 6). Funnene tydet på at det har skjedd en utvikling i interessen rundt distriktsmedisin; det er mange unike søkere, få gjengangere og flere nyutdannede med kort fartstid innen primærmedisinsk virksomhet som søker støtte til forskning og fagutvikling.

Finansiering av doktorgrader er ikke en primær oppgave for *programmet*. Likevel er det gjennom årene gitt delfinansiering til doktorgradsprosjekter. Tabell 2 viser de 15 godkjente doktoravhandlingene som har fått støtte. De spenner over mange og høyst ulike temaer. Flertallet har tematikk knyttet til primærhelsetjenesten, og klar forankring i distriktsmedisin. Noen av dem har mer generelle problemstillinger med en doktoravhandling forankret i distrikt. 13 av 15 doktorander er leger, og 12 av 15 disputerte ved UiT. Gitt distriktsmedisinens relevans for Nord-Norge, er det ikke unaturlig at UiT Norges arktiske universitet er vertskap for denne typen doktorgradsprosjekter.

Et ambisiøst mål med *programmet*, som det er vanskelig å undersøke oppnåelsen av, er at det skal bidra til å rekruttere og beholde helsepersonell i distrikt. Muligheten til å drive forskning og fagutvikling er trukket fram som attraktivt for helsepersonell i distrikt i flere studier (22).

NSDMs forskning

Det er et viktig mål for NSDM å bidra til nasjonal og internasjonal kunnskapsutvikling om distriktsmedisin. Dette innebærer at tilsatte i hovedsak skal ha forsknings- og veiledningskompetanse, som gjør at de kan forske selv og bidra til at andre kan lære å forske.

Fra 2007 og fram til i dag har NSDM-ansatte og tilknyttede medarbeidere bidratt med nær 100 artikler i fagfellelvurderte tidsskrifter – i tillegg til

Tabell 2: Godkjente doktoravhandlinger som har fått økonomisk støtte fra Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling

Årstall for disputas	Tittel på avhandling	Navn	Universitet
2004	Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunnsbasert hjerte- og kar forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp	Beate Lupton	UiT
2008	Local Public Health Physicians in Norway from 1994 to 2002. A story of everyday life in primary health care	Betty Pettersen	UiT
2008	Explaining risk reductions in medical practice: prevention or postponement?	Peder Andreas Halvorsen	Syddansk universitet
2011	Aspects of health services in Sami areas	Margrete Gaski	UiT
2011	Morally bound medical work. An empirical study exploring moral conditions of doctors' everyday practice	Kari Milch Agledahl	UiT
2011	A community-based factorial trial on Alzheimer's disease. Effects of expectancy, recruitment methods, comorbidity and drug use. The Dementia Study in Northern Norway	Fred Andersen	UiT
2012	A doctor close at hand: a qualitative analysis of GPs' work in cancer care	May-Lill Johansen	UiT
2013	Associations between Primary Health Care and Hospital Utilization among Elderly People in Norway	Trygve Deraas	UiT
2014	The Clinician in Leadership. Perceptions of Style. Perspectives from Rural Primary Medicine in Norway	Jan Hana	UiT
2016	Acute admissions at Hallingdal sjukestugu	Øystein Lappegard	UiO
2017	Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning	Helen Brandstorp	UiT
2018	Livets slutt i sykehjem. Pasientens ønsker og legens rolle	Anette Fosse	UiB
2018	Norwegian General Practitioners Contribution and Participation in Emergency Medicine	Magnus Hjortdahl	UiT
2021	Hvordan kan universitetet ivareta sitt samfunnsoppdrag: med eksempler fra sykepleierutdanningen i Finnmark	Liss Trine Eriksen	UiT
2022	Exploring patient safety in rural general practice – a mixed-methods approach	Martin B. Harbitz	UiT

artiklene i de 15 doktoravhandlingene (tabell 2). Fra 2013 og fram til i dag har senteret publisert 22 forskningsstudier i NSDMs egen rapportserie på norsk. NSDM-ansatte har videre bidratt til studier som er gjennomført i samarbeid med andre forskningsinstitusjoner, og rapportert i deres skriftserier. I tillegg har de bidratt med utallige fagnotater, faglige kronikker og

presentasjoner på konferanser samt nasjonale, regionale og lokale møter. De faglige bidragene har utspring i forskerinitierte prosjekter samt evalueringer og utredninger som er gjort på oppdrag, eksempelvis fra Helsedirektoratet. Det er viktig både å kunne drive fri forskning med utgangspunkt i selvvalgte problemstillinger, og å bidra til at problemstillinger bestemt av ulike oppdragsgivere, belyses på en måte som inkluderer distriktdimensjonen. Det er en bevisst politikk ved senteret å ikke bare publisere i fagfelle-vurderte engelskspråklige tidsskrifter, men også i stor grad på norsk for å bidra til en nasjonal, kunnskapsbasert diskurs om distriktsmedisin og helse-tjenester i distrikt.

Fra 2013 har NSDM hatt en rullerende strategiplan som gir tydelig retning på senterets forskningsaktivitet. Det er lagt vekt på tre områder hvor NSDM skal søke å etablere prosjekter alene eller sammen med andre, publisere forskningsartikler og bidra med ny kunnskap:

- utdanning, rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt
- helsetjenesteutvikling i distrikt med særlig vekt på samhandling og teamarbeid
- helsereformer og distrikt, med fokus på effekter av nasjonal helsepoli-tikk for distriktene (top-down) og av distriktene som modellskapere for nasjonal helsepolitikk (bottom-up)

Noen eksempler på forskningsprosjekter

Forskere ved NSDM har gitt viktige bidrag til gjennomføring av det EU-finansierte prosjektet *Recruit & Retain – Making it work*, som resulterte i utviklingen av et rammeverk for rekruttering og stabilisering av helseper-sonell i distriktene (22). NSDM-forskere har også vært sentrale i evaluerin-gen av Helsedirektoratets nasjonale forsøk både med *primærhelseteam i fast-legetjenesten* (23–26) og med *digital hjemmoppfølging i primærhelsetjenesten* (27). NSDM har gjennomført følgeforskningen av *pilotprosjektet ALIS Vest* (28). NSDM står også bak flere forskningsprosjekter om fastlegeordningen (29–31), og har forsket på effekter av utdanningstiltak for å rekruttere leger og annet helsepersonell til distrikt (32, 33).

NSDM som brobygger og fagpolitisk aktør

Et viktig formål er å bidra til brobygging mellom praksis, akademi og forvalt-ning med distriktsperspektivet som verktøy. Det skjer blant annet ved å arran-gere konferanser, seminarer og andre møteplasser, skrive hørings svar og å delta i arbeidsgrupper, ekspertutvalg, referansegrupper og på debattarenaer – nasjo-nalt og regionalt. NSDM-ansatte har blant annet vært med i Sykehusutvalget, Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, Nasjonalt fagnett-

verk for prehospital akuttmedisin, og NOKUTs sakkyndige komite for evaluering av medisinnutdanningene i Norge. Senterets innflytelse er begrunnet i at det bidrar med forskningsbasert kunnskap om helsetjenester i distrikt. Arbeidet er inspirert av det internasjonale begrepet *rural proofing*, en tilnærningsmåte som brukes i EU og WHO, for å sikre at distriktperspektivet ivaretas i utviklingsarbeid (34). Dette er verktøy som bidrar til å belyse både styrker og utfordringer i utviklingen av helsetjenester i distriktsområder.

NSDM arbeider med fagutvikling i samarbeid med lokale aktører, for eksempel gjennom prosjektet *FørsteBest* som bidrar til lokal samtrening av helsepersonell i legevakt og prehospital akuttmedisin i distriktskommuner. NSDM deltar også i utvikling av rekrutterings- og stabiliseringsprosjekter, som prosjektet *God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen* – et samarbeidsprosjekt mellom lokalsykehuset og kommunene i Vesterålen. Rammeverket som er utviklet gjennom *Recruit & Retain – Making it work*, er tatt i bruk i dette prosjektet.

NSDM har arrangert en rekke konferanser, seminarer og workshoper – ofte i samarbeid med andre organisasjoner – som har samlet fagfolk, ledere og beslutningstakere fra mange nivåer og organisasjoner. På Jubileumsseminaret for fastlegeordningens 15 første år i 2016 (35) ble en kommende krise i fastlegeordningen tydelig varslet. NSDM har også laget godt besøkte arenaer for å diskutere utvikling av legetjenestene i kommunene, ALIS-ordningen og utdanning av leger til distrikt, og generalistkompetanse for en bærekraftig helsetjeneste (figur 3).

Ærespriser fra NSDM

Anders Forsdahl (1930–2006) var distriktslege i Sør-Varanger i tolv år før han kom til Universitetet i Tromsø (UiT) og ble professor i allmennmedisin der. I 1968–1971 kartla han helsetilstanden i det lille lokalsamfunnet Bugøynes, noe som la grunnlaget for Forsdahl-Barker-hypotesen (36).

Anders Forsdahls pris ble opprettet i 2006 til minne om hans enestående praktiske og akademiske virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste. Prisen deles ut hvert år til en person som over tid har gjort en markant innsats for helsetjenesten i distrikts-Norge (figur 4). Så langt har 19 personer mottatt prisen (37).

Ellisif Wessel (1866–1949) kom til Sør-Varanger i 1902, og hun var gift med Anders Bredahl Wessel (1858–1940), en markant allmennlege. Via tekst og fotografi viste hun et unikt og modig engasjement for å formidle og påvirke de som hadde makt lokalt og sentralt. NSDM deler ut *Ellisif Wessels minnepris* som hedrer en ikke-lege for stort/langvarig engasjement for helsetjenestene i distrikts-Norge. Prisen er bare delt ut to ganger hittil (38).



Figur 3: NSDM og leger fra sykehus og kommuner i Vesterålen inviterte til workshop på Stokmarknes i mars 2024 der temaet var: Generalist-kompetanse for en bærekraftig helsetjeneste. Workshopen samlet 60 deltakere fra små og store sykehus, primærhelsetjeneste, Helsedirektoratet, forsknings- og utdanningsmiljøer, klinikere, ledere, pasientombud og Legeforeningen. Foto: Silje Kristina Sørensen



Figur 4: Anders Seim mottok Anders Forsdahls pris i 2017 av daværende leder Helen Brandstorp, under Nidaroskongressen. Foto: Tove Rutle, Utposten

Internasjonalt arbeid og kontaktnett

Distriktsmedisinske styrker og utfordringer har mange fellestrekk i ulike verdensdeler og nasjoner, men det er også store forskjeller på grunn av geografi, organisering, finansiering, grad av velstand/fattigdom, utdanningsordninger, kultur og politiske forhold. Gjennom nettverksorganisasjoner som WONCA (39) med distriktsmedisinske underavdelinger (WONCA Rural og EURIPA) utveksles akademiske, kliniske og helsepolitiske tanker og erfaringer.

NSDM har kontakt med alle nivåene i de internasjonale distriktsmedisinske organisasjonene i WONCA, og er nylig invitert inn i to ekspertgrup-

per i WHO om distriktshelsetjenester. NSDM har også deltatt i flere internasjonale forsknings- og utviklingsprosjekter, som for eksempel Recruit and Retain – Making it Work (22), et covidprosjekt (40) og det omfattende prosjektet Rural Health for Peace i Colombia på oppdrag fra Utenriksdepartementet (41).

Litteratur

1. *Kommunale utviklingstrekk*. Oslo: Kommunal- og distriktsdepartementet, 2023.
2. *Tabell 09280: Areal av land og ferskvatn, etter kommune (km²) (K) 2007–2025*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. (2.7.2025)
3. *Tabell 07459: Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning (K) 1986–2025*. Oslo: Statistisk sentralbyrå. (2.7.2025)
4. Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. *American Journal of Public Health* 2005; 95: 1149–1155.
5. Schjønby HP. Om distriktsleger og hvordan de hadde det. *Michael* 2007; 4: 88–103.
6. Murphy P, Burge F, Wong S. Measurement and rural primary health care: a scoping review. *Rural Remote Health* 2019; 19: 4911.
7. *WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*. Report No: 9240024220. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229> (3.7.2025)
8. Cosgrave C, Malatzky C, Gillespie J. Social Determinants of Rural Health Workforce Retention: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019; 16: 314. doi: 10.3390/ijerph16030314
9. Tyrihjel J, Godager G, Pedersen K et al. *Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Endelig evalueringsrapport (IV)*. Oslo: Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Helse og samfunn, 2025.
10. Abelsen B, Brandstorp H. *Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2018.
11. Cosgrave C. The Whole-of-Person Retention Improvement Framework: A Guide for Addressing Health Workforce Challenges in the Rural Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17: 2698. doi: 10.3390/ijerph17082698
12. Holloway P, Bain-Donohue S, Moore M. Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *Australian Journal of Rural Health* 2020; 28: 543–554.
13. *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2003. https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalgets_rapport_allmennlegetjenesten.pdf (7.9.2025)
14. Delalic L, Grøslund M, Godager G et al. Continuity of care in general practice in Norway. *PLoS One* 2024; 19: e0305164.
15. Brandstorp H. Fra Alma mater til Tana. *Utposten* 2002; 31: 11–14.
16. Gaski M, Abelsen B, Fosse A. *Kunnskapsoppsummering: Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i distriktskommuner?* Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2022.

17. Raknes G. *Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt*. Bergen: Universitetet i Bergen, 2015.
18. Bliksvær T, Olsen T. *Gøy på landet? Evaluering av en strategisk satsning for å stabilisere legesituasjonen i nordnorske distriktskommuner*. Arbeidsnotat nr. 1015/03. Bodø: Nordlandsforskning, 2003.
19. Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling (Programmet) <https://www.nsdsm.no/program-for-distriktsmedisinsk-forskning-og-fagutvikling/>. (2.7.2025)
20. Svensson A. Distriktsmedisin. *Utposten* 2006; 35: 45.
21. Møretro M. *Aktivitet og måloppnåelse for «Program for distriktsmedisinsk forskning og fagutvikling»*. En deskriptiv retrospektiv analyse av perioden 2003–2023. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, 2024.
22. Abelsen B, Strasser R, Heaney D et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health* 2020; 18: 63. doi: 10.1186/s12960-020-00502-x
23. Aandahl E, Abelsen B, Fosse A et al. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018–2023 (Statusrapport VI)*. Oslo: Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Oslo Economics, 2024.
24. Pedersen K, Løyland H, Sæther E et al. Primærhelseteam – en mer teambasert fastlege-tjeneste. *Magma* 2023; 26. <https://doi.org/10.23865/magma.v26.1421>
25. Abelsen B, Pedersen K, Løyland HI et al. Expanding general practice with interprofessional teams: a mixed-methods patient perspective study. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 1327. doi: 10.1186/s12913-023-10322-z
26. Snilsberg Ø, Aandahl E, Abelsen B et al. Kom primærhelseteam i fastlegjetjenesten for å bli? Refleksjoner i forsøkets kjølvann. *Utposten* 2025; 54.
27. Sten-Gahmberg S, Pedersen K, Harsheim IG et al. Pragmatic randomized controlled trial comparing a complex telemedicine-based intervention with usual care in patients with chronic conditions. *European Journal of Health Economics* 2024; 25: 1275–1289. doi: 10.1007/s10198-023-01664-w
28. Abelsen B, Fosse A, Brandstorp H. *Pilotprosjektet ALIS-Vest: en utprøving av utdanningsstillinger i allmenmedisin. Sluttrapport fra følgeevaluering*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2023.
29. Gaski M, Abelsen B. *Fastlegjetjenesten i Nord-Norge*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2018.
30. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2016.
31. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2015; 136: 2045–2049.
32. Abelsen B, Fosse A, Gaski M et al. Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt – en oversiktsartikkel. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0253
33. Westlie Å, Gaski M, Abelsen B et al. Leger utdannet i Bodø: hvem er de og hvor blir de av? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.21.0254
34. European Union. Rural proofing. https://rural-vision.europa.eu/action-plan/cross-cutting/rural-proofing_en. (2.7.2025)

35. 15 år med fastlege. https://nsdm.no/arkiv/filarkiv/File/konferanser/Fastlege2016_ferdig_web.pdf, (3.7.2025)
36. Vangen S, Nordhagen R, Lie KK. Gjensyn med Forsdahl-Barker-hypotesen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 4: 451–453.
37. Anders Fordahls pris. <https://www.nsdm.no/anders-forsdahls-pris/> (3.7.2025).
38. Ellisif Wessels pris. [Ellisif Wessels pris | NSDM](#), (3.7.2025)
39. WONCA Global Family Doctor. <https://www.globalfamilydoctor.com/> (4.7.2025).
40. O’Callaghan ME, Casey M, Pearl D et al. COVID-19 open data: An ecological study and international collaboration examining pandemic trends in Northern Periphery arctic countries. *Health Informatics Journal* 2025; 31: 1–17.
41. *Rural Health for Peace – a health collaboration between Colombia & Norway. Final report 2018–2022*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, 2022.

Vi takker professor Steinar Hunskaar for grundig og god oppfølging gjennom hele skriveprosessen, og divisjonsdirektør i Helsedirektoratet Helen Brandstorp for gjennomlesing av manus og nyttige innspill.

Birgit Abelsen

birgit.abelsen@uit.no

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin
9037 Tromsø*

Birgit Abelsen er cand.scient. i statistikk, master i folkehelsevitenskap og PhD i helsevitenskap. Hun er professor i helsetjenesteforskning og forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Anette Fosse

anette.fosse@uit.no

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin
9037 Tromsø*

Anette Fosse er spesialist i allmennmedisin og PhD i sykehjemsmedisin. Hun er leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Artikkelen er fagfellevurdert