



Innhold:

LEDER:

Prioriteringer. Noe for oss?

Av PETTER BRELIN

1

UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Intervju med Regin Hjertholm

Av GUNHILD FELDE

2

ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Hva må til for å utelukke sykdom
hos de som er «friske og bekymret?»

Av SVERRE LUNDEVALL

6

Her er våre felles ledere. Leve fellesskapet!

JAN EGIL KRISTOFFERSEN OG GISLE ROKSUND
INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

10

Signe Skred – prioritert opp eller ned?

Av IRENE HETLEVIK

15

Sammen er vi sterke. Friskvern i Bydel Stovner

Av SISSEL STEIHAUG OG WENCHE ABILDGAARD EIDE

24

Forventningar og krav til fastlegar og sjukehus

Av BJARNE BRÅTVEIT

27

Fastlegene tar kommandoen:

Dette er ikke en anmodning, det er en ordre!

Av HELEN BRANDSTORP

30

Vanedannende legemidler i allmennpraksis.

– Hvor ligger problemet? Av IVAR SKEIE

36

Faste spalter

40

Prioriteringer. Noe for oss?

I år hadde Nidaroskongressen fokus på prioriteringer. Det har kongressen all ære av. Prioriteringer i landet som flyter av melk og honning, er det noe å fokusere på?? Kan vi ikke bare fortsette som vi har gjort de siste årene. Si ja. Uansett. Det er jo bare å forsyne seg av pengebingen. Kongressen viste oss at det er på tide å tenke seg om.

Prioriteringer foregår på alle nivåer i samfunnet. På det politiske nivå er det utviklet et fast rituelt spill. Den som ønsker et tiltak iverksatt lager en nøye planlagt kampanje bestående av en velplassert pressgruppe eller en kasuistisk beretning som setter fokus på et mer eller mindre verdig problem. En avis «kjører saken» og får en eller annen opposisjonspolitiker til å erklære at han er «rystet». Så går det som det går. Ministeren lover betydelig bedring. Snart. Og plutselig sitter vi der med en ny flott maskin, et tilbud i utlandet, en spesialpoliklinikk eller liknende. Alt dette uten at en kjeft har lurt på om det er noen som kan dokumentere nytten av tiltaket.

Utviklingen kan vi lese i statistikken. Norge drev lenge en utmerket og effektiv helsetjeneste der vi fikk mye igjen for innsatsen. Slik er det ikke lenger. Den ivrige leser kan slå opp på OECD's statistikk sider og se hvordan det ligger an med finansieringen av det norske helsevesenet. Det er ikke dårlig. Norge er av de som bruker mest av samfunnets tilgjengelige ressurser på helsevesenet. Siden 1990 er utgiftene økt fra 19 % over gjennomsnittet i OECD landene til 54 % over gjennomsnittet i 2002. Dette høres kanskje ikke så helt avskrekkende ut. Når vi vet at denne indikatoren måles i andel av BNP, og Norge har verdens høyeste BNP, ser vi at vi ikke har noe å sutre over. Vi er kun slått av USA i ressursforbruk. De senere årene har altså utgiftene økt kraftig uten at det har avstedkommet noen særlig nedgang i dødelighet, sykелighet eller antall uføretilfelle. Har så denne økningen vært totalt verdiløs? Nei, den har sikkert ikke det, men det er på tide at vi stopper opp og spør oss selv om det kanskje er nok nå. Det er ikke sikkert at den økende norske rikdommen fortsatt i samme grad skal kanaliseres inn i helsevesenet. Morten Rostrup fra Leger uten Grenser holdt plenumsforedraget på kongressens åpningsdag. Det er ikke vanskelig å forstå at han blir betenkt over det han opplever av kontraster mellom Ullevåls ubegrensede ressurser og den knapphet på ressurser han arbeider under i Afrika.

Prioritering er ikke bare en oppgave for byråkrater og politikere. Vi driver prioriteringsøvelser hver dag. Dette er ikke lette øvelser. Når vi skal prioritere må vi vite hvor det er mest å hente. Mange fokuserer på at vi må prioritere hvilke medikamenter vi skal bruke. Dette er selvsagt viktig, men utgifter til medikamenter utgjør knapt 10 % av de samlede utgifter i Norge. Sparer vi inn 10 % på disse medikamentene, utgjør dette kun 1 % av de samlede utgifter. Vårt største ansvar er som portvakter. Når vi ber sykehusene eller spesialistene om hjelp med våre pasienter vet vi at dette utløser betydelig ressursbruk. Dette bør vi ha et bevisst forhold til. En del av det kroniske overbelegget, den høye ressursbruken og de stadig overskredne budsjettene på sykehusene kan vi gjøre noe med. Vi allmennpraktikere. Vi kan være den viktigste gruppen for å få kontroll med de eskalerende utgiftene. Det er da et paradoks at forskriften «retningslinjer for prioritering» ikke tar opp vår sentrale rolle i helsevesenet. Ved å stole på oss selv og se at vi ofte kan gjøre en god medisinsk utredning som ikke trenger å henvises for at en spesialist skal bekrefte vår konklusjon, kan vi få redusert trykket oppover i systemet. I Norge har vi vært tydelige på at allmennmedisinen skal fungere som en silende instans også for å kontrollere ressursbruken. Dette kan vi ikke gjøre alene. Vi har rett og slett ikke mulighet til å stå i mot trykket om stadige henvisninger dersom vi ikke får støtte fra andre fagmiljøer, fra tilsynsmyndigheter, medier, byråkrater og politikere. Den defensive medisinen er ikke noe vi driver med fordi vi ønsker det, men fordi det forventes av oss. Vi kan gjøre den praktiske delen av jobben, men uten et samfunn som har forståelse for vår funksjon som portvakter, har vi ingen mulighet til å lykkes.

Hører du Sylvia?? Vi hjelper deg gjerne, men da må du legge til rette for at vi kan gjøre en god jobb.

I dette nummeret har vi flere artikler som fokuserer på vår rolle i prioriteringer av helsetjenester. De er gode. Les dem.

Petter Brelín

Utpostens
dobbeltime

Regin Hjertholm fotograflegen – legefotografen

INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

Du har kanskje sett bildene hans i et medisinsk tidsskrift eller på ei utstilling, dere vestlendinger ser dem ofte i medlemsbladet Paraplyen. Utposten har gitt ham de samme tre stikkordene som ni skribenter fikk; magi, rasjonalitet og moral. Resultatet ser du i julenummerdelen av dette bladet.

Regin Hjertholm er fastlege på Eidsvåg legekontor i Bergen.

I studietida stod valget mellom fotografi og medisin. Det falt på begge deler. Siden -92 har han jobbet profesjonelt med fotografi en dag i uka. Han bor i et stort, blått kråkeslott i Bergen, med en fasinerende kontrast mellom den gamle sveitservillastilen og et delvis hitech-preget interiør som topper seg i et stort fotoatelier. Det gamle mørkerommet har måttet vike plassen for nytt digitalt utstyr. I fotorommet kommer en lang, smokingkledd mann i fritt fall gjesten i møte. Det er en av de mange svevende personene fra «Flyprosjektet», Regin Hjertholms kritikerroste fotoutstilling som vandret mellom norske byer i -97/98.

For mange er hans engasjement innen datakommunikasjon i helsevesenet best kjent. Prosjektleder for «Trinnvis datasikkerhet», leder i Infobruk i flere år, tidligere leder for IT-utvalget i Legeforeninga og engasjement i arbeidet med nye datajournaler og elektroniske meldinger, for å nevne noe.

Kontrasten kan synes stor mellom dette og fotokunsten. Eller kanskje er det en sammenheng her?

– Jeg så hvordan mine venner i fotomiljøet gledet seg til det skulle komme et nytt fotoprogram, sier Regin Hjertholm. Dette betydde nytt verktøy og nye muligheter for det kunstneriske uttrykket. På legekontorene var det på samme tid enten ikke noe dataverktøy i det hele tatt eller i beste fall et av steinaldertype. I starten av min tid som lege kunne det gå tre måneder fra pasienten ble utskrevet fra sykehuset til vi hadde epikrisen. Holdningen har vært at kommunikasjonen ikke har vært viktig, dette har sittet dypt i norsk helsevesen. Jeg har ønsket å være med på å bryte dette mønsteret. Uten god kommunikasjon mellom leddene i helsevesenet kan alt skje. Nå brukes epikrisetiden som et av myndighetenes kriterier på et godt sykehus. Det har gått framover, men fortsatt satses det lite fra myndighetenes side på å bedre dataverktøyene i primærhelsetjenesten. Utvik-

lingen er i stor grad avhengig av de små private aktørene. Fordi det er så viktig for kvaliteten i helsetjenesten, burde det etter mitt skjønn i større grad vært et offentlig ansvar. Det finnes lite økonomiske midler til utvikling av datajournaler m.m. Det er ofte ubetalt arbeid når helsepersonell skal bidra til forbedringer på dette området. Dette burde ikke vært fritidsarbeid, men verdsatt arbeid som noen kunne være betalt for å gjøre i arbeidstida. Det ville vært uttrykk for en større profesjonalitet. Jeg tror myndighetenes utgifter til utvikling av Helsennett totalt kunne vært mindre hvis det i utgangspunktet var satset stort på en nasjonalt drevet infrastruktur med gratis oppkobling og drift for alle primærleger og andre helsearbeidere. I stedet blir det puslete og gnient med forsinkelser og mange fordyrende runder fram og tilbake.

– *Hvorfor skal vi allmennleger bruke av vår tid på dette?*

– Jeg skulle ønske at allmennleger oftere ble brukt som rådgivere høyere opp i systemet. Primærleger står midt i den praktiske virkelighet med en bred kontaktflate mot pasienter og samarbeidspartnere, dette gjør oss til verdifulle konsulenter. Det finnes mange eksempler på at det går galt når pålegg om endringer bare blir tredd ned over hodene våre. Rikstrygdeverket burde spesielt ta lærdom av dette. Elektronisk sykemelding, som ved en opptelling høsten 2004 kun ble brukt av 70 leger, og blåreseptreglene, er eksempler. Hvordan får vi til riktig bruk av regelverket? Jeg tror ikke dette skjer ved strengere kontroller, men ved å snakke med oss brukere og gi oss gode støtteverktøy. Flere av oss burde sette av noe tid til å være konsulenter for; for eksempel Rikstrygdeverket og IKT-miljøer, men det må være lønnet arbeid på samme måte som når de bruker andre konsulenter, ikke noe vi skal gjøre på fritida. Her er det etter mitt skjønn en ukultur.

– *Du har også vært opptatt av tverrfaglighet og riktig bruk av ressursene i den forbindelse.*

– Jeg er opptatt av at tverrfaglighet, og særlig ansvarsgruppemøter, kan virke forløsende i komplekse saker. Imidlertid må ansvarsgrupper brukes riktig, slik at dette gode verktøyet ikke forsvinner igjen. Det er veldig dyrt å samle mange fagfolk, og vi må bruke dette effektivt og kun når vi kan oppnå noe med det. Alle på ansvarsgruppemøtet må ha en funksjon, bare de som er nødvendige skal innkalles. Jeg har ansvarsgruppemøter på mitt kontor på faste dager på slutten av dagen. De skal ikke vare mer enn en time. Jeg er imot ansvarsgruppemøter som ikke har noen klar hensikt, og jeg synes ofte at et vanlig referat er like bra som en individuell plan. Dette blir ofte et skjema som kan bli en tvangstrøye som er unødig tidkrevende.

For tida er jeg med og jobber med utvikling av datakommunikasjon mellom hjemmesykepleien og legene, blant annet for å bedre sikkerheten når det gjelder medisiner.

– *Du har akkurat innledet en to måneders permisjon fra legejobben for kun å jobbe med fotografi. Hvorfor permisjon nå?*

– Det å drive med kunst ved siden av et annet yrke, vil alltid innebære en konflikt. Det trengs tid for å fordype seg og få til noe. Jeg løste dette med å ta en arbeidsdag hver uke til foto. Det var et valg som vokste fram mens jeg var ute og reiste. På reise ser en ofte klarere det livet en lever hjemme i Norge, og får større perspektiv. Mens fotoarbeidet før dette grepet ofte opplevdes konfliktfylt fordi jeg måtte bruke av fritida, er det nå kun en ressurs. Før måtte jeg snike det inn på bekostning av familiesammenkomster, og ofte jobbe med det på nattetid, det slipper jeg nå. Jeg har også hjem-



mekontor med full journaltilgang, og kan for eksempel se på labsvar og skrive trygdesaker her. Jeg kan aldri si akkurat hvor mye jeg jobber som lege, fordi det går litt over i hverandre og er fleksibelt. Allikevel oppleves en ukedag til foto for lite når jeg skal i gang med et litt større fotoprojekt. Det trengs da en annen ro og fordypning for å finne ideer og løsninger i startfasen.

– *Hva handler det neste fotoprojektet om?*

– Temaet er mennesker som sover. Vi bruker mye av livet på å sove og søvnen inneholder mange uttrykk. Den er livgivende samtidig som den kan være fylt av mareritt. Sovende mennesker har et helt annet kroppsspråk. Jeg skal fotografere mennesker under søvn hjemme, men også her i atelieret.

– *Du har sagt at det var tilfeldig at det ble foto du startet med, at det like gjerne kunne vært en annen kunstart. Sammenhengen mellom kunst og medisin er ofte beskrevet til det kjedsommelige.*

Allikevel: har fotografen noe han skulle ha sagt når du har legefrakken på?

– Da jeg begynte med foto som kunst i studietida, var ikke foto anerkjent som kunstart slik det er nå. Nå har foto fått en stor plass på for eksempel Høstutstillingen. Jeg var leder for kunstutstillinger på Cafe Opera i Bergen i flere år. Det var noe politisk over å skulle vise folk at foto er kunst. Samtidig var noe av min motivasjon i denne jobben å utvikle meg selv. Jeg ville treffe norske fotografer og se hvordan de jobbet. Jeg traff omtrent alle norske kunstoffografer, de bodde hjemme hos meg og vi samarbeidet om å lage utstillinger. Jeg så hvordan de pakket, rammet inn og forberedte ei utstilling. Jeg lærte mye i fotomiljøet som jeg ikke lærte på studiet, blant annet om intuisjonen som en kraftig ressurs og noe en kan stole på. Som kunstner er det et ideal ikke å vite alt når en setter i gang, og det er ikke farlig ikke å vite alt. Det er også viktig ikke å låse ting med en gang, ikke vite hvordan det vil gå. På samme måte kan vi gå inn i konsultasjon uten å vite hvordan det ender. Med en åpen og lyttende holdning skapes det noe som vi ikke vet på forhånd hva vil bli til.

I foto jobber jeg mye med komposisjonen og dybden i bildet. Bildet kan være fullt av detaljer som til sammen er viktig for helheten. På samme måte kan vi som leger ofte observere mange ting i for eksempel en blodtrykk-konsultasjon, som gir minst like mye informasjon som selve blodtrykket. Man jobber på flere plan, har flere temaer som går parallelt. Noe foregår på selve konsultasjonen, noe over tid. På samme måte må bilder ha flere lag. Et lag kan være abstrakte former og lys, som har sin verdi i seg selv, et annet lag er for eksempel personer i bildet, et tredje kan være fargene. For meg er det et krav til noe med kvalitet at det må inneholde flere lag.

– Tar du med deg dette bevisst eller ubevisst inn i legejobben?

– Det er nok bevisst, men det blir en arbeidsmåte en øver på og som blir en refleks etter hvert. En kan øve, som en fotballspiller øver på teknikk. Man jobber med virkemidler og håndtverket. Jo bedre en behersker håndtverket, jo dyktigere blir en til å ta en uventet vri når det trengs. Det er derfor det er vanskelig å være nyutdannet. Evnen til impro-



visasjon er ikke der fordi håndtverket ennå ikke sitter. En skal ha god teknikk for å gå ut i ukjent terreng. Jeg er orientert mot prosessen, det å jobbe hardt med ideer og virkemidler for å oppnå et resultat. Jeg har dyp respekt for alle som gjør noe inderlig og seriøst og jobber for å sette det ut i livet. Og hvis jeg ikke forstår eller liker det de gjør, vil jeg gjerne prøve å gå inn i det, for da må det være noe verdifullt med det. Det slår sjelden feil.

For leger generelt tror jeg kunst er til hjelp for å fordøye noe av det vi opplever. Vi får mye flott i jobben, men vi er også bosspenn for mye elendighet. Det er godt å bli forstått som mennesket legen.

Jeg tror også at det, spesielt som lege, kan være bra med flere bein å stå på. Legene er ofte etterspurt, mange vil ha en flik av en, man kan få mye ros hvis man strekker seg og gjør en god jobb, og det kan være fristende å stille opp. Det er fort å bli avhengig av denne feedbacken og den kan bli en drivkraft i seg selv.

I medisinen strever vi ofte med å få ting i bås og få satt en diagnose. Men liv er sammensatt og ting som hver for seg er sanne, går ikke nødvendigvis opp når vi setter dem sammen i våre systemer. Sprikende sannheter oppleves som en fargerik ressurs i kunsten og bør ikke være en trussel i det medisinske miljø. En kan ikke engang prøve å få hele kabal til å gå opp. Kunstmiljøer og medisinske miljøer kan ofte virke svært forskjellige, men hvis en leser hva gode, gamle klinikere skriver, er det jo ofte snakk om nettopp legekunst.

– *Hva synes pasientene om at du også prioriterer andre ting enn dem?*

– Min erfaring er at pasientene liker at vi har sansen for livet. Jeg forklarer at jeg etter 15 år ved Eidsvåg legekantor må gjøre dette nå, og har inntrykk av at de er enig i at alt ikke bare kan dreie seg om sykdom.



Utposten publiserer for tiden en artikkelserie under denne fellesbetegnelsen.

Vi ønsker å sette lys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.



Hva må til for å utelukke sykdom hos de som er «friske og bekymret?»

AV SVERRE LUNDEVALL

Han har vært allmennlege i Tromsø og Oslo siden 1983. Er nå fastlege på Fagerborglegene i Oslo med en liste på 1200. Han har en deltidsstilling som veilederkoordinator i Legeforeningen og er involvert i allmennlegers videre- og etterutdanning. Han er medforfatter av boka Fastlegen.

I allmennmedisinen ser vi ofte tidlige og uferdige sykdomsbilder. Prevalensen av sykdommer er også annerledes enn i en sykehuspopulasjon. Derfor er våre diagnostiske strategier ved vanlige kontaktårsaker som slapphet, svimmelhet og smerter til-

passet slik læreboka Allmennmedisin (1) beskriver og utdypet.

Men oftere enn før kommer vi inn i prosessen på et stadium der spørsmålet ikke er hvilken sykdom pasientene har, men om de i det hele tatt er syke. Og oftere enn før har pasientene egne diagnoseforslag.

Min hverdag handler i økende grad om å sette punktum for bekymringer. Mer presist: Å usannsynliggjøre eller utelukke mulige diagnoser som tilsynelatende friske mennesker tenker at de kan ha. Pasientenes forventninger om en test for å være «på den sikre siden» er større enn før. Argumenter om at sannsynligheten for den aktuelle sykdom er liten, eller at undersøkelsene som etterspørres er dyre eller problematiske, kan virke irrelevante.

«En fetter av meg har fått konstatert cøliaki, og jeg har de samme symptomene. Kan vi ta en test for å finne ut om jeg har det samme?»

«Jeg kommer for å få en rekvisisjon. Jeg har lenge vært følelsesløs i et område på leggen, og har hørt at nå kan man påvise multipel sklerose med MR av hodet.»

I konsultasjoner prøver jeg å se saken fra pasientens side, og min indre samtale kan her bli:

(imøtekommende stemme): «Tja. Selv om jeg ikke tror videre undersøkelser vil avsløre noen sykdom, ønsker jo pasienten å få undersøkelsene gjort? Og da er det vel nyttig å gjøre det?»

(kritisk stemme): «Er du i fritt fall? Gjør du *alt* pasientene ber om? Krysser du kritikkkløst av på blodprøveskjemaer? Henviser du uten hemninger til røntgen og MR og spesialister? Det blir for dyrt for fellesskapet! Og falske positive svar skaper forvirring! Hvorfor kan du ikke sette ned foten?»

Pasienten tar ofte siste stikk: «Kjære doktor Lundevall, jeg har tillit til deg. Men hvorfor ikke likevel undersøke nærmere? Man kan jo ikke forvente at en allmennlege skal vite alt?»

Jeg liker pasientene mine. Alle gjør så godt de kan innenfor sine rammebetingelser, slik jeg også selv gjør. Jeg vil være en følgesvenn. Jeg vil forstå dem, jeg liker ikke å si nei. Jeg verken kan eller vil bli mer autoritær enn jeg er. Men jeg vil gjerne bli mer effektiv i å utelukke eller usannsynliggjøre ulike sykdommer når slike i utgangspunktet virker mindre sannsynlige. Jeg trenger et tryggere grunnlag for å foreslå for pasienten at vi kan vente og se.

Mangler det noe i de medisinske lærebøker?

Strategier for utelukkelse er ikke systematisk omtalt i medisinske lærebøker. Kapitlene om sykdommer er skrevet mer med tanke på påvisning enn utelukkelse. En indremedisinsk lærebok som Harrisons «Principles of internal medicine» (2) er bygget opp rundt sykdommenes positive kjennetegn, etiologi, diagnose, laboratoriefunn og behandling. Om cøliaki står det at tynntarmsbiopsi og respons på glutenfri diett er grunnlaget for diagnosen. Serologi med antiendomysium er nevnt som ledd i påvisningen. Men det står ikke om et negativt serologisvar kan brukes til å sette punktum.

Sykdomskapitlene i læreboka Allmennmedisin (1) er mer praktiske. De har en fast disposisjon med en innledende beskrivelse, sykehistorie, klinisk undersøkelse, tilleggsundersøkelse, tiltak og råd, prognose og oppfølging. Men heller ikke her er utelukkelse systematisk omtalt. Under cøliaki er det nevnt at endomysiumtest har høy sensitivitet og spesifisitet. Det betyr muligens at denne testen er egnet til å utelukke sykdommen?

Så har vi NEL, Norsk Elektronisk Legehåndbok, et utmerket oppslagsverk. Jeg bruker det i konsultasjonene hver dag. Cøliaki er fyldig omtalt. Men vekten er hele tiden lagt på påvisning av sykdommen, blant annet ved screening av slektninger. Det står ikke i klartekst når man kan sette punktum for en løst fundert mistanke. Under differensialdiagnose er nevnt både irritabel tarm, ulcerøs colitt, kronisk pankreatitt og flere. Men ikke den mest sannsynlige, nemlig *ingen sykdom*.

La meg foreløpig slå fast at i sentrale oppslagsverk mangler en systematisk omtale av utelukkelse, for eksempel et fast avsnitt under hver sykdom som heter: «Diagnosen er mindre sannsynlig hvis ...»

Hvorfor mangler dette avsnittet? Er det fordi kunnskapen mangler, eller er det fordi man ikke har innsett behovet? Er det fordi man har tenkt at utelukkelse er et speilbilde av påvisning, altså at ved fravær av de typiske symptomer, og ved negative diagnostiske tester så har man ikke diagnosen?

De fleste leger, ikke bare allmennleger, driver med utelukkelse. Hvordan gjøres malignitetsjakt ved nyoppdaget polymyalgia revmatika for å utelukke bakenforliggende kreft? Hva slags undersøkelser anbefaler onkologen for å utelukke at magesmerter kan være tegn på residiv hos en mann som tidligere er behandlet for testikkelkreft? Hvordan kan nevrologen overbevise pasienten om at hun ikke har multippel sklerose selv om det er gjort visse funn ved MR av hodet?

Utelukkelse av sykdom er en svært vanlig legeoppgave, og det må være mye å hente på å få systematisert denne delen av vår kliniske kunnskap!

Måltrettede undersøkelser for ressursbesparende utelukkelse

Vi trenger kunnskap om tester i form av anamnesticke spørsmål, kliniske undersøkelser, blodprøver eller andre undersøkelser som, hvis de er negative, kan utelukke en sykdom eller sette punktum for en mistanke. Det vil si tester med høy sensitivitet. Helst også høy spesifisitet, slik at det ikke blir for mange falske positive svar.

En bekymret mor kommer med sin lille gutt som er forkjølt og har fått prikker. Jeg tror at en treåring som *ikke* virker allmennpåvirket, og *ikke* er høyfebril, ikke har meningokokksykdom selv om han har enkelte små røde prikker (muligens petekkier) som ikke lar seg presse bleke med et glass. Men jeg vet ikke om noen har forsket på om dette er et forsvarlig resonnement for å sette punktum. Jeg tar kanskje CRP. Men hvordan skal jeg tolke svaret? Hva slags verdier kan jeg bruke for å underbygge forslaget om å vente og se i et slikt tilfelle? CRP < 50?

Min 70 år gamle pasient har i tre måneder hatt variabel konsistens på avføringen, og noe luftplager. Det er normal rektaleksplorasjon, normal SR og tre negative hemofec. Det er fire måneders ventetid på coloskopi. Kan en normal fekaltest ytterligere usannsynliggjøre muligheten for cancer coli så jeg kan la være henvise? Hvis nei, kan et negativt røntgen colon brukes?

I politietterforskning blir mistenkte sjekket ut av saken. Analogt med dette er de to engelskspråklige forkortelser for nyttige tester: *SpPin* (*high specificity, positive, rules in*) og *SnNOut* (*high sensitivity, negative, rules out*) (3)

En eksempel på en god SnNOut test er *Ottawa ankle rules*. Dette er tre kliniske kriterier som ble utviklet for å redusere antall unødige røntgenundersøkelser etter ankelskader:

- 1 Pasienten kan ikke belaste skadet bein umiddelbart etter skaden og ved undersøkelsestidspunktet
- 2 Palpasjonsøm nedre eller bakre kant av laterale malleol
- 3 Palpasjonsøm nedre eller bakre kant av mediale malleol

Hvis alle tre kriterier er negative, er røntgen unødvendig for å utelukke fraktur.

Denne testen er ressursbesparende, veldokumentert, enkel, og gjelder en hyppig forekommende skade. Jeg ønsker meg mange flere tester av denne typen!

Et knippe av blodprøver, hvilke sykdommer utelukker jeg med dem?

«Hvorfor er jeg så slapp? Kan du finne ut om jeg mangler vitaminer eller mineraler, eller om jeg er allergisk mot noe?»

Dette er en vanlig kontaktårsak, hvor blodprøver må tas. Jeg har landet på: Hb, SR, CRP, glukose, ferritin, T4, TSH, B-12, ASAT, ALAT. Hvis jeg tar med kreatinin og Na, K, Cl, Ca og fosfat øker sjansen for å snuble borti et unormalt prøvesvar. Sporelementer som selen og sink styrer jeg unna. Heldigvis står det i permen fra mitt laboratorium at «Ved spørsmål om helsefare fra amalgamfyllinger har selenbestemmelser ikke vist seg å være av verdi.» (4) Når det gjelder allergitestene pleier jeg å vise pasienten hvilke allergener som inngår i vanlige paneler og få fram spesifikke mistanker før jeg krysser av for noe.

Blodprøver fungerer effektivt til å sette punktum. Hvis jeg kan si at alle blodprøver er fine (og det er de nesten alltid), er pasienten fornøyd. Problemet er mer på min side. Jeg føler at jeg driver en nokså vag virksomhet. Jeg skulle gjerne ha en autoritativ (kanskje til og med evidensbasert?) konsensus om at dette er god allmennpraksis, og en begrunnelse for hver enkelt prøve, hva den kan utelukke når den er normal. Dessuten kan det være prøver jeg burde tatt med, hva med LPK? ALP?

Rituelle undersøkelser og journalføring av negative funn som utelukkelsesstrategi?

I propedeutisk termin i medisinstudiet lærte vi om undersøkelsesteknikk og de tilhørende normalklisjéer for negative funn. En del av undersøkelsene virket temmelig rituelle. Men kanskje de er mer nyttige med tanke på utelukkelse av sykdom enn vi den gang forsto?

Allmennpraktikerens øyeritual er omtalt i læreboka Allmennmedisin (1). Det kan brukes til å utelukke et knippe av viktige øyesykdommer og består i:

- Visusundersøkelse, med gåbriller hvis pasienten bruker det
- Donders prøve på begge øyne
- Korneainspeksjon, eventuelt med fluoresceinfarging, i godt lys, helst med lupe
- Pupilleinspeksjon i dempet lys

Ved positivt funn på noen av disse kan man legge til:

- Rød refleks, eventuelt med oftalmoskopi
- Orienterende øyepalpasjon (ved øyesmerter)
- Cover-test (ved mistanke om skjeling eller dobbeltsyn)

I en tid med økende krav om dokumentasjon må en del av strategien være journalføring av negative funn. Et rødt og

irritert øye er nesten alltid noe jeg kaller konjunktivitt som jeg gir kloramfenikol for. Hvor langt skal jeg rutinemessig gå for å sjekke iridocyklitt ut av saken? Holder det med å se etter og journalføre at «pupillene er runde og egale og reagerer normalt på lys»? Eller bør jeg tilføye «Det er ikke smerter i det affiserte øyet når det friske belyses»?

Hvilke sykdommer er det viktigst å utelukke?

I tillegg til de behandlingstrengende, alvorlige og viktige diagnoser fins det til enhver tid emosjonelt ladete diagnoser. Diagnoser som pasientene vil bebreide meg for at jeg ikke stilte.

Treåringen har hostet i fire uker. Det er sårt å høre på. Jeg tenker at dette er en virus som vi ikke behøver å vite navnet på. Men moren har hørt om et barn i barnehagen som har kikhoste. Kan jeg sjekke om hennes barn har kikhoste? Jeg prøver å innvende at det ikke får noen konsekvenser å stille diagnosen siden det ikke gir noen nytte med antibiotika så sent i forløpet. Hun har hørt at behandling er bra likevel, med tanke på smitte til andre. Hun har en ettåring hjemme.

Er det tilstrekkelig å vise til at ungen er fullvaksinert og derfor ikke har kikhoste? Normal CRP utelukker ikke kikhoste, men kan være beroligende for både meg og mora likevel. Læreboka Allmennmedisin nevner nasofarynxprøve med tynn pensel. Jeg har prøvd dette en gang på denne aldersgruppen. Ungen omdannet seg til en tiger som kastet hodet i alle retninger, og forsøket måtte avbrytes. Da gjenstår serologi. Venepunksjon på treåringen. Jeg vil helst unngå det, men må det til så må det til. Vil negativt IgM etter fire uker utelukke kikhoste?

Mannen har ryggsmertor og luror på om han har Bekhterevs sykdom. Jeg husker en bok som het Farlige menn i hvitt, skrevet av en pasient der denne diagnosen ble oversett. Ett av de diagnostiske kriteriene for Bekhterev er i følge læreboka Allmennmedisin: *Nåværende eller tidligere smerter i thorakolumbalovergangen eller i lumbalkolumna*. (Det kriteriet oppfyller vi vel alle?)

De to andre diagnostiske kriteriene er:

Redusert bevegelse i lumbalkolumna i alle plan – ventral-fleksjon, dorsalfleksjon og lateralfleksjon

Redusert toraksutvidelse til 2,5 cm eller mindre, målt i nivå med fjerde intercostalrom

Selv om jeg bedømmer disse to kriterier som negative føler jeg ikke at jeg kan sjekke Bekhterev helt ut av saken. Læreboka nevner at de kliniske symptomer som best kunne skille ut sykdommen var nattlige smerter som lindres av ak-

tivitet, men ikke av hvile. Kan jeg bruke fraværet av slike symptomer til å usannsynliggjøre Bekhterev? Kan jeg da sette punktum eller skal jeg ta HLA-B27 og håpe at den er negativ? Eller skal jeg rekvirere CT eller MR av IS-ledd?

Avslutning

I studietiden var jeg opptatt av sikker diagnostikk, sikker påvisning av sykdom. Det fineste var tester som var patognomoniske. Jeg begynte på en liste over slike for å bli en god lege. Men det løp ut i sanden.

Vi lærte også et annet latinsk uttrykk: Sine qua non. Uten hvilken intet. Det er tester med slike egenskaper jeg har etterlyst kunnskap om i denne artikkelen. Hva mener dere, kjære kolleger? Er dette et behov dere gjenkjenner? Kunne vi få til et felles løft for beskrivelse og kvalitetssikring av

våre utelukkelsesstrategier? Hva med å få dette perspektivet systematisk inn i senere utgaver av NEL og læreboka Allmennmedisin?

Hvis vi kan klare å stoppe ting før de får for store dimensjoner kan det spare ressurser som heller kan brukes til de åpenbart syke. Sannsynligvis er det lettere for oss allmennpraktikere å gjøre denne oppgaven enn det er for andrelinjetjenesten, siden vi er mer vant til å møte friske mennesker.

Referanser

1. Hunsbår S (red). Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003
2. Harrison's Principles of internal medicine. New York: McGraw-Hill, 2001
3. Førsts blå ringperm. Oslo, 2004. Finnes i oppdatert versjon på www.furst.no
4. Pewsner D, Battaglia M, Minder C, et al. Ruling a diagnosis in or out with «SpPin» and «SnNOut»: a note of caution. BMJ 2004;329: 209–13

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ivar Skeie. Kontakt ham på ivskeie@online.no



Lesers respons på Utposten nr 6

Dagens mottagelse av Utposten fylte meg med stor glede! Også her er geriatri i fokus.

Men etter å ha lest lederen og Peter F. Hjorts bidrag føler jeg meg nødt til å komme med noen kommentarer.

For det første vil jeg takke professor Hjort for hans artikkel som er, i likhet med alt jeg har lest og hørt av ham, meget bra og full av erfaring. En artikkel vi unge kan lære mye av. Jeg er helt enig med ham i at vi trenger geriateren på sykehjem og er nesten helt enig med alle hans konklusjoner. Når det gjelder omsorgsgeriateren så tror jeg at denne ikke bør komme med dette navn. Jeg vil heller foreslå at en geriater kalles for en geriater, – om den jobber på sykehus eller sykehjem. Men det bør være to veier til å oppnå spesialiteten geriatri. Den ene er den tradisjonelle via indremedisin. Den andre, som proff. Hjort foreslår, skal ta utgangspunkt i spesialiteten allmennmedisin, – med et obligatorisk tilleggssår på et undervisningssykehjem hos en erfaren geriater eller på en geriatrik avdeling på et sykehus hos en erfaren geriater der også. Dette for å unngå fare for oppsplitting av spesialiteten allmennmedisin som Jannike Reymert i sin leder i Utposten påpeker. Ellers er jeg helt enig med Peter F. Hjort og håper inderlig at disse visjonene blir realitet om ikke så lenge. Jeg hadde med glede valgt denne veien for å bli geriater (jeg har tre år på indremedisinsk avdeling, fem år allmennmedisin med tilsynslegestilling på en demensavdeling med 30 pasienter som yrkeserfaring og er nå fersk spesialist i allmennmedisin – altså ung og fremdeles mye å lære).

Men jeg må også kommentere lederen til Jannike Reymert som jeg i store trekk er uenig med. Sykehjem fungerer per i dag allerede som sykehus på mange områder, – og skal det også (se Tidsskriftens artikkel «Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus?» Nr: 1844–7).

De vil aldri være konkurrent til lokalsykehusene som følge av at geriatrien kommer sterkere inn i sykehjem. Det er uten tvil på sykehjem «hverdagsgeriatrien» bør drives. Sykehjemspasienter skal og trenger som regel ikke legges inn på sykehus. Utredningen og behandlingen kan likegodt skje på sykehjem, påstår jeg. Kanskje med litt større problemer ut i distriktene, men med god planlegging og tett samarbeid med diagnostiske enheter bør dette gå.

Jeg ser for meg geriateren som et meget viktig ledd mellom 1. og 2. linjetjeneste, uansett om det er sykehusgeriateren eller sykehjemsgeriateren. Oppgavene er stort sett de samme, og samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjeneste må uansett bli mye sterkere på alle plan dersom en vil drive helsevesenet på en effektiv måte. Ikke konkurrenter men samarbeidspartnere.

Jeg håper og tror at fokusering på geriatri vil føre sykehjemmene ut av «det svarte hullet» de er i, – og det ikke bare nå, men også i fremtiden. Derfor er jeg meget takknemlig for dagens Utposten.

Med vennlig hilsen Peter Wapler,
fastlege og sykehjemslege (ikke tilsynslege) i Haugesund



Her er våre felles ledere. Leve fellesskapet!



INTERVJUET AV HELEN BRANDSTORP

Utposten gleder seg over at årelang strid mellom

Alment praktiserende lægers forening (Aplf) og Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM)

synes å være historie. Vi skal få en felles spesialforening for fagutvikling til våren

ved at fagutvalget i Aplf og NSAM slår seg sammen!

Dagens lederne for oss allmennleger møtte Utposten i Trondheim,

og de mannlige legene har mye å fortelle.

Aplfs lover

LOVER for
ALMENT PRAKTISERENDE
LÆGERS FORENING

Besluttet stiftet 24. november 1938.
Konstituert 14. desember 1938.
Lovene er revidert, senest i august 2004.

§1 Foreningens navn

Foreningens navn er Alment praktiserende lægers forening. Dens initialer er Aplf.
Foreningen er en yrkesforening av Den norske lægeforening.

§2 Formål

Foreningens formål er:

1. Å fremme utbygging og bedring av den primære legetjeneste.
2. Å fremme medlemmenes faglige nivå, allmennlegeutdanningen og allmennmedisinsk forskning.
3. Å fremme gode kollegiale forhold.
4. Å ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser.

§3 Medlemskap

Medlemmer av Den norske lægeforening som arbeider i allmennmedisinsk praksis, undervisning, forskning eller administrasjon, opptas som medlemmer av foreningen.

Lege som oppfyller kravene til medlemskap i foreningen, men som ikke har sitt hovedengasjement innen området, kan bli assosiert medlem

Lover for NSAM

Vedtatt 17.02.1983,
revidert 26.10.85, 24.10.91,
21.10.93, 24.11.95, 25.10.96,
11.04.02 og 25.03.04

§1 FORMÅL

Norsk selskap for allmennmedisin er en spesialforening under Den norske lægeforening og har som formål å videreutvikle og forbedre kvaliteten i faget allmennmedisin og fremme det faglige allmennmedisinske miljø.

Dette skal bl.a. gjøres ved å:

- styrke aktiviteten i de allmennmedisinske miljøer
- arbeide for å bedre utdannelsen i allmennmedisin
- virke for forskning i allmennmedisin
- være bindeledd mellom norske og utenlandske allmennmedisinske miljøer og internasjonale organisasjoner
- gjennom relevante medier å formidle faglige synspunkter i saker som gjelder allmennmedisin

§2 MEDLEMSKAP

Som medlemmer i Norsk selskap for allmennmedisin kan opptas: Medlemmer av Den norske lægeforening.

Jan Emil Kristoffersen

Jeg er 1953 modell og Oslo-gutt. Mine fire første år levde jeg i England og ble fostret opp på melkepulver fra National Health Service i et grått Nord-England, hvor det meste fortsatt var rasjonert. Jeg kan fortsatt huske å være annerledes enn de andre i gata da familien flyttet tilbake til Norge fordi jeg nesten ikke snakket norsk.

Etter studier i Oslo ble det turnustjeneste på Notodden sykehus og deretter i Hjørdal kommune i øvre Telemark, hvor vi ble noen år mens kona fullførte lærerhøgskolen og jeg var distriktslege II. For en bygutt var det en fantastisk berikelse å få oppleve at utkant-Norge var et flott sted å bo og arbeide. Medisinsk sett ble det også et krasj-kurs i faglig sjølberging når distriktslegen drog på Bygdøkurset noen uker etter at den nye turnuskandidaten var ankommet. Minnene fra tiden her sitter ennå i, ikke minst de mange og lange sykebesøkene i natt og mørke og snøføre, i en sliten Opel Rekord. Bilkassettspilleren, Cream, Pink Floyd og Santana ble gode venner som holdt meg våken. Fotoapparatet var alltid med, og mulighetene for både naturopplevelser og sosialantropologiske feltstudier var store for et ungt og nysgjerrig asfaltbarn. Da er det ekstra moro at vårt eldste barn nå er turnuslege på Nordfjord sykehus og stortrives i utkant-Norge han òg.

Egentlig skulle jeg bli øyelege. Etter årene i Hjørdal hadde jeg spennende tid på St. Torfinns hospital i Hamar hvor Dag Riise var sjef. Imidlertid var jeg nok allerede blitt almenmedisiner i hjertet, og det ble etter hvert etablering i et nyopprettet legesenter i Lørenskog. Erfaringene fra distrikts-Norge passet dårlig her, hvor vi dumpet midt opp i en stor stoffmisbruker populasjon og en gryende hiv-aids epidemi. Jeg fikk min første pasient med akutt hiv-infeksjon med mononukleoselignende sykdomsbilde inn på kontoret mitt allerede i september 1983.

Arbeidet med hiv-positive og stoffmisbrukere brakte meg senere til Avdeling for tiltak mot AIDS ved Oslo Helseråd og til Helsedirektoratet (Statens Helsetilsyn heter det i dag), og i 1998–99 til Senter for metadonassisert rehabilitering i Oslo.

I dag er det kanskje helse og ulikhet jeg ser som vår viktigste almenmedisinske utfordring, ved siden av problemene med å utforme bærekraftige måter å anvende stadig ny kunnskap om risiko og individrettede intervensjoner. Her må vi som almenleger stå som klipper og levere premissene for godt individrettet forebyggende arbeid i spennet mellom rasjonering og induksjon av helsetjenester, og hele tiden påpeke at få ting slår ulikhet når det gjelder å skape uhelse.



Jan Emil Kristoffersen, leder for Aplf

Personlige interesser? Familie og barn er viktig. Det å bety noe for de som er nær en, er det ingenting som slår. Musikken har jeg nevnt. Helst rock, folk, blues og jazz. Kona er litt lei av Bob Dylan etter hvert, men jeg blir aldri lei av tekstene hans. Ellers er det hytta på fjellet hvor det er best å være hele året, bortsett fra om vinteren for da er det enda bedre, for da kan vi gå på ski. Og så må jeg kjøre motorsykkel hver sommer for å være ordentlig glad. Jeg startet som 13 åring, så til neste år er det 40 lykkelige år i sadelen for meg.

Som leder for Aplf har du tatt på deg en lederrolle for mange ressurssterke individualister innen for et fag som er i bevegelse og i et samfunn med mange meningsbærere om vårt virke. Handlerommet må preges av dette. Hva er dine tanker om lederrollen? Hva er ditt mål og hvordan vil du lede for å oppnå det?

Jeg har påtatt meg ledervet i Aplf med stor grad av ydmykhet overfor oppgaven. Det er mange av Aplf's 4200 medlemmer som kunne ha gjort denne jobben bedre enn meg, men etter å ha sittet fire år i styret i Aplf, har jeg i hvert fall en rimelig god oversikt over de prosessene vi er inne i. Og det nye styret jobber godt slik at jeg har en god følelse. Jeg setter også stor pris på et godt samarbeid med vår nye president Torunn Janbu og sekretariatet i legeforeningen.

Styret i Aplf har for øvrig vedtatt følgende arbeidsprogram for 2005–2007:

- Bedring av medlemmenes inntekts- og arbeidsforhold, med særlig vekt på legevakt
- Styrking av allmennlegers rettsikkerhet
- Implementering av ny organisasjon og samhandling med ny fagmedisinsk forening
- Styrking og synliggjøring av allmennlegens leder- og koordinatorrolle

Jeg opplever at legeföreningen og almenmedisinen jobber mot felles mål, og det er en stor fordel med tanke på de kjempeutfordringene vi står overfor. Almenmedisinen er under press fra mange kanter. Dels etterlyses fastlegene som samhandlere og aktører i forhold til pasienter med sammensatte helseproblemer som rus og psykiatri, dels er det mange aktører som med forskjellige motiver ønsker å hekke på våre felt, for eksempel kiropraktorer, manuelle terapeuter, psykologer, helsesøstre, jordmødre og optikere. Vi ser at samtidig som fastlegeordningen på mange måter er en suksess, er det politisk vilje til, helt uten dokumentasjon for nytte, å fragmentere både forskrivnings, sykmeldings- og henvisningsretten.

Vi har også gode tall på at fastlegeordningen er implementert under tilnærmet full offentlig kostnadskontroll, helt uten budsjettoverskridelser. Mye av forklaringen på dette er at fastlegene har kuttet driftskostnader og at de jobber mye lengre dager enn før FLO ble innført.

Vi vil ikke sitte rolig å se på at sykehusenes budsjetter blåser seg opp for hvert år som går, mens fastlegeordningen forvaltes av et aldrende korps av erfarne leger som jobber 50–60 timer pr uke. Vi kan heller ikke tåle at helseforetakene kan sette av opp mot en halv milliard årlig uten at forskning i almenmedisinen får minst like gode rammer.

Vi vet nå at NSAM og fagutvalget i Aplf tar sikte på sammen-slåing i mai '06. Veien fra splittelse til at noe nytt gjenoppstår må være lærerik. Hva mener du vi bør huske fra denne prosessen?

Almenlegens breddekompetanse er unik, men vi sliter med å gi den legitimitet nok blant opinionsdannere og beslutningstagere. Nettopp i dette perspektivet er samlingen av de almenmedisinske fagmiljøene så viktig.

Proessen fra ørkenvandring til samling har vært relativt lang. Organisasjonsprosessen i legeföreningen har vært en viktig katalysator hvor både NSAM og Aplf har bidratt til at rammevilkårene organisasjonsmessig i store trekk er blitt slik vi ønsket. Et sterkt personlig engasjement på ledernivå i Aplf's styre, fagutvalg og i NSAM har vært avgjørende.

Proessen mellom NSAM og Aplf har vært gjort trinnvis, ved at vi først brukte tid på å finne ut at vi faktisk har de samme faglige mål, før vi kunne begynne diskusjonen om organisering. Kanskje vi trengte å gjenoppdage sannheten i ordtakene om at «en fremmed er en venn du ikke kjenner». Jeg mener at vi gjennom diskusjonene vi har hatt har skapt en solid plattform som almenmedisinen skal høste rikt av i fremtiden. Femte mai 2006 skal vi samles på Soria Moria for å starte den nye almenmedisinske faglige föreningen. Jeg håper å se alle Utpostens lesere der!

Jan Emil Kristoffersen

Gisle Roksund

leder for NSAM



Jeg er født i 1951 i Skien og vokste opp i denne byen som eldste av tre barn i norsklærerfamilien Roksund, til jeg startet studiene i Oslo i 1970. Var turnuskandidat på Vestfold sentralsykehus i 1976/77, deretter distriktsturnus i Sør-Aurdal i Valdres. Her ble jeg aldeles betatt av jobben som kombidoktor i lokalsamfunnet. Dermed tok det ikke lange tida før jeg fikk min første faste jobb som distriktlege i Ulvik og Granvin 1979–82. Det ga sjelsettende opplevelser av allmennlegens rolle i et lokalsamfunn, det som senere er blitt kalt lege-bygd forholdet. En flott blanding av allmennmedisin med god, gammeldags (men slett ikke utgått!) KOPF, og lokal samfunnsmedisin. Og for en natur!

Her ble også min interesse for jazz vekket; takk til min første turnuskandidat Trond Bjørge, som spilte Dave Brubeck på pianoet vårt, mens han satt barnevakt for Herman! Senere har jeg vært distriktlege og kommunelege i Siljan, kommunelege og helsesjef i Skien, og fra 1996 allmennlege i Skien, fra 2001 fastlege på Klosterhagen legesenter. Tida som helsesjef på heltid minnes jeg dessverre med en god del skuffelser. Syntes ikke kommunen var interessert nok i å ta vare på samfunnsmedisinsk kompetanse. Det er mulig jeg ikke var flink nok ...

Faglig har jeg vært særlig opptatt av samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten og har vært leder for prose-dyregruppa for primærleger i Telemark siden 1988. Samhandling er like viktig og like vanskelig som den gang vi startet. Nå håper jeg at PKO (praksiskonsulentordningen) kan bli en god ramme for lokal samhandling, med prosedyrearbeidet vårt som en publiserings- og implementeringsmal.

Ellers har jeg vært medlem av NSAM siden starten i 1983 og i mange år vært medlem av Publiseringsutvalget, før jeg ble leder i föreningen i 2003. Jeg har også vært redaktør av boka «Fastlegen». Den kom som et resultat av etableringsprosessen av Klosterhagen legesenter. Jeg er stolt av legesenteret vårt, interesserte kan se på nettsida vår, www.klosterhagen.no.

Privat har jeg vært gift med Hilde siden 1973, og er en stolt far til fire. Tre av dem er flyttet ut, den fjerde går på ung-

domskolen. I fritida (når er det, forresten?) spiller jeg litt jazz (alt for lite!), noe i korps, prøver å være mest mulig på hytta i Svartdal i Telemark, hvor jeg raskt kommer i snekkermodus. Selvbygd er velbygd! Ellers er jeg glad i å gå i fjellet, men det blir det også for lite av. Det blir jo lett mye arbeid.

Som leder for NSAM har du tatt på deg en lederrolle for mange ressurssterke individualister innen for et fag som er i bevegelse, i et samfunn med mange meningsbærere om vårt virke. Handlerommet må preges av dette. Hva er dine tanker om lederrollen? Hva er ditt mål og hvordan vil du lede for å oppnå det?

For meg har NSAM vært en møteplass og arena for spennende debatter, skarpe meninger, kritisk refleksjon om faget og dets plass og funksjon i samfunnet. NSAM har en stolt historie med avgjørende innflytelse på hvordan faget allmennmedisin har utviklet seg de siste 20 årene. Det er skapt handlingsprogrammer på allmennmedisinens vilkår, i skarp debatt med organspesialistene. NSAM har vist at allmennmedisin er noe langt mer enn summen eller konsentratet av organspesialitetene. Risikoprojektet og risikantbegrepet har også vært et svært viktig tankearbeid som NSAM har utviklet. Forgjengerne mine har i tillegg gjort et viktig arbeid i å klargjøre forskjellene mellom fagforeningsarbeid og fagutviklingsarbeid.

På den annen side har tida vist at det i realiteten å ha to spesialforeninger for allmennmedisin er svært lite hensiktsmessig. Det blir det kompetansestrid og dobbeltarbeid av. Jeg fikk et klart mandat da jeg ble valgt til leder på årsmøtet i Ålesund i 2003: å arbeide for å få til en samling av fagutviklingsarbeidet innen allmennmedisin. I dette arbeidet har det vært viktig å få til en god kommunikasjon med styret og fagutvalget i Aplf, men også ha en åpen, fordomsfri og ærlig dialog og refleksjon innad i NSAM. På det samme årsmøtet ble to medlemmer av fagutvalget i Aplf valgt inn i styret i NSAM. Det var et viktig og godt trekk.

Hovedprosjektet mitt som leder i NSAM er å gjennomføre dette omorganiseringsarbeidet, og jeg syns vi sammen med Aplf har lyktes svært godt så langt. Vi har enstemmige vedtak på årsmøtet i NSAM og på generalforsamlingen i Aplf i ryggen, i tillegg prinsipiell støtte fra Landsstyret i moderforeningen.

Målet er å samle kreftene, skape en kraftfull og dynamisk organisasjon for allmennmedisinsk fagutvikling, og å arbeide for at rammevilkårene for fagutvikling i dette faget blir like gode som arbeidet med fagforeningsarbeid. Foreningen må ha legitimitet i hele allmennlegekorpset, men også ha som eksplisitt mål å stå for en konstruktiv fagkritisk tenkning. Kritisk refleksjon og tenkning er avgjørende for at allmennmedisinen skal utvikle seg i pakt med samfunnsutviklingen og de krav som storsamfunnet til enhver tid vil kreve av oss. Det må være høyt under taket. Her har etter min oppfatning

Aplf og NSAM felles interesser, og jeg vil arbeide for dette i nært samarbeid med både Aplf og medlemmene i egen forening. Vi er nå midt oppi arbeidet med å utarbeide forslag til vedtekter og infrastruktur i foreningen. Det er spennende!

Vi vet nå at NSAM og fagutvalget i Aplf tar sikte på sammen-slåing i mai '06. Veien fra splittelse til at noe nytt gjenoppstår må være lærerik. Hva mener du vi bør huske fra denne prosessen?

At det er avgjørende å ville. At det nytter å komme sammen. Og at det er god kjemi mellom lederne.

Det er jo en morsom historie. Utgangspunktet var at det var store spenninger og gjensidig skepsis. Det første jeg gjorde som påtroppende leder, var å dra på Aplfs generalforsamling i Kirkenes sommeren 2003. Der flagget jeg målet høyt og tydelig: to sidestilte foreninger med hver sine oppgaver og ansvar. Ved middagen overrakte Elisabeth Swensen fra styret i NSAM en rose malt ølbolle fra Telemark til daværende leder i Aplf, Kjell Maartman-Moe. Så drakk vi alle tre symbolsk av samme kar.

Utover høsten 2003 hadde Kjell, leder i fagutvalget Trond Egil Hansen og jeg tett kontakt og mange diskusjoner. Første gang styret i NSAM og styret og fagutvalget i Aplf møttes, var på Haraldvangen i Hurdal i februar 2004. Vi kollokverte sammen, lekte og skled på kjelker i snøen, spiste, hygget oss, sang og spilte i beste NSAM- og Aplf-tradisjon. Vi ble kjent med hverandre og forstod at vi alle ville allmennmedisinens beste (som om det skulle være underlig!). Da vi neste gang møttes i Legenes hus (sentralstyrets møterom) i mai 2004, tok vi en rask runde på hva hver enkelt mente om å samle fagutviklingen i én forening, og bare ha fagforeningsarbeid i den andre. Der og da opplevde jeg at det nesten skjedde noe magisk: vi var plutselig enige! Ingen ville noe annet. Tida var moden. Isen var smeltet. Vi stolte på hverandre.

Etterpå har det nesten vært plankekjøring. I oktober samme år ble vi enige om ansvars- og oppgavefordeling for hhv fagforening og spesialforening, samt samhandlingsrutiner mellom de to foreningene. Det har vært avgjørende at de to foreningene skal være sidestilte, men med klart mandat om å samarbeide. Det tok åtte måneder fra styrene møttes første gang til vi ble enige om avtalen. Siden har vi samarbeidet trygt og godt om prosess og innhold, og om de nødvendige forberedelsene til etablering av ny spesialforening.

Nå er det viktig at så mange som mulig stiller opp på arrangementet 3.-6. mai 2006 på Soria Moria og er med på stiftelsesmøtet til den nye spesialforeningen! Det er historiske tider i norsk allmennmedisin, det er ikke hver dag at det skal etableres en ny spesialforening i allmennmedisin her i landet! Møt opp, folkens!

Gisle Rokund

Priser utdelt på Nidaroskongressen 2005!

FORSKNINGSPRISEN • LØVETANNPRISEN • FORFATTERSTIPEND



Forskningsprisen er en pris som Apf, NSAM og LSA går sammen om å finansiere og det er AFU som plukker ut kandidatene. I år gikk prisen til Ivar Skeie for arbeidet: «Alvorlig sykkelighet hos heroin-avhengige innenfor og utenfor Legemiddelassistert rehabilitering (LAR).»

Juryen sier;

«Ivar Skeie har interessert seg for en utsatt gruppe som tildels er blitt forsømt av oss leger, og som har hatt dårlige kår i allmennpraksis. Skal vi leger kunne gjøre en bedre jobb overfor disse pasientene trenger vi mer kunnskap om dem. Han har tatt konsekvensen av dette, og har gjennom sin forskning gjort viktige funn som vil være til stor klinisk nytte. Han har vist god evne til refleksjon og har vist stor ydmykhet i tolkningen av egne funn.»

Det er hyggelig å nevne at Ivar Skeie også er en av Utpostens redaktører og at han startet forskningen i forbindelse med at han fikk allmennpraktikerstipend.

Løvetannprisen 2005

Gikk til Helen Brandstorp. Den første løvetannprisen ble delt ut i 1986. 15 menn og fire kvinner har fått den. Prisen deles ut til en allmennpraktiker som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk. Prisen består av heder og ære, et litografi av Barbara Vogeler og 5000 kroner. Det har vært svært mange kandidater! Og årets Løvetann er ytterst spennende!



Helen Brandstorp har vært opptatt av såvel pasienter med sammensatte vansker, prostituerte, urfolksmedisin samt befolkningens behov for en oppegående akuttmedisinsk be-

redskap. Det siste i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Hun har holdt en rekke kurs og vært med å lage Kommune-BEST, en avlegger av teamtreningssprosjektet BEST (bedre og systematisk traumebehandling). Hun og to andre leger har sammen med ambulansepersonell og legevaktsykepleier har trent lokale akuttmedisinske team i 12 kommuner i hjemfylket i akuttmedisinsk samhandling.

Alt kan ikke nevnes av hennes interesser og engasjement, men vi i Utposten er selvsagt svært glade for og stolte over hennes innsats og for at nettopp hun ble årets Løvetann.

NSAMs forfatterstipend 2005

NSAMs forfatterstipend er opprettet for å støtte forfattere av allmennmedisinsk litteratur.

Stipendet er ment som en inspirasjon og anerkjennelse til forfattere med bokprosjekter som bidrar til fagets vekst. Vurderingen gjøres av Publiseringsutvalget i NSAM.

I år kom det kun én søknad, men hvilken søknad! Det er et prosjekt med fire erfarne allmennleger med tilknytning til Universitetet i Bergen. Prosjektet har hatt arbeidstittelen **Legeskunst i praksis** og skal bli en nasjonal lærebok i klinisk kommunikasjon for legestudenter, turnuskandidater og allmennleger under spesialistutdanning. Og selvfølgelig interessant for *alle* allmennleger.

Boka planlegges publisert våren 2006, og vi vil gratulere forfattergruppa med redaktør Kirsti Malterud i spissen, og medforfattere Janecke Thesen, Per Stensland og John Nessa som verdig vinner av NSAMs forfatterstipend 2005. Dette blir en bok som alle allmennleger bør gjøre seg kjent med! Per Stensland mottok prisen på vegne av alle forfattere!



Signe Skred

– prioritert opp eller ned?

«Det sentrale tema på årets Nidaroskongress var prioritering i helsevesenet. Irene Hetlevik holdt dette plenumsforedraget, der hun med utgangspunkt i kasuistikken drøfter sentrale dilemmaer vi møter i vår kliniske hverdag. Skal vi aktivt lete etter «all» risiko hos pasientene, og skal «all» risiko behandles? Og kan vårt fokus på «risiko» komme i veien for det pasienten oppfatter som sin virkelige lidelse? Utposten takker for å ha fått lov til å trykke foredraget og vil i nr. 1/2006 følge opp disse problemstillingene i et intervju med forfatteren.

Det er en ære å bli spurt om å holde et plenumsforedrag på Nidaroskongressen – årets fremste allmennmedisinske møteplass. Stikkordene jeg fikk var «risikoepidemi» og «prioritering i helsetjenesten.»

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i sykehistorien til Signe Skred, nå 72 år gammel (fig. 1). Dere kjenner alle, både leger og medarbeidere, en som ligner henne med hensyn til de medisinske diagnosene, men ikke henne som person.

Før møtet med Signe Skred – dvs. hennes journal – vil jeg komme med noen påstander:

1. Det er «for mye medisin» i samfunnet – vårt samfunn og andre samfunn som vårt. Jeg mener ikke bare medikamenter, men også det.
2. Det er for lite «riktig» medisin i helsetjenesten.
3. Vi gjør likevel så godt vi kan – både leger og medarbeidere; vi prøver «å jenke det hele til».
4. Hovedårsaken ligger i den medisinske forskningen.

Signe Skred

Når du skriver inn hennes fødselsdato i ditt journalsystem får du opp et hovedbilde med informasjon som skal være den viktigste du som lege eller medarbeider trenger når hun kontakter deg. Det omfatter notatet fra forrige konsultasjon, informasjon om hennes tidligere og kroniske sykdommer, cave, faste medikamenter og familie og sosialt.

Signe Skreds fastlege vektlegger at alle feltene skal være à jourført til enhver tid, som når han selv treffer Signe Skred og når det kommer informasjon om henne fra sykehus, spesialister, legevakt og omsorgstjeneste.

FIG 1. Signe Skred, 72 år



Irene Hetlevik

Cand.med. 1978, Universitetet i Bergen.
Allmennlege ved Ranheim Legesenter, Trondheim fra 1981, nå fastlege for 600 pasienter.
Førsteamanuensis, dr.med. ved ISM, NTNU fra 1997. Har arbeidet med å utdype kunnskapen om risikotilstandene og funderer over berettigelsen av forskningens og helsetjenestens store fokusering på risikofaktorer hos de friske.

Siste journalnotat

SUBJEKTIVT: Tilkalt av omsorgstjenesten fordi pasienten er slapp. Vil helst slippe å stå opp. Klager over smerter i kroppen og er svimmel. Hadde falt i går, men kom seg opp igjen ved egen hjelp. Sykepleier lurer på om hun bør henvises til fallpoliklinikken.

OBJEKTIVT: Normal organstatus ved BT, pulm, cor og orienterende nevrologisk undersøkelse.

ANALYSE: Kronisk smerte og svimmelhet. Ingen nye funn.

PLAN: Kontroll på legekontoret om en måned.

Tidligere sykdommer

Hypertensjon 58 år gammel, diabetes type 2 fra hun var 62. Falt 65 år gammel, dro på legevakta, påvist radiusfraktur og kalkfattig skjelett, fikk råd om å måle beintetthet som var litt for lav. Innkalt 67 år gammel til mammografiscreening, påvist en liten tumor, fjernet et bryst og lymfeknuter i armhulen.

Cave

Det er registrert uvelhet, kvalme eller utslett ved Trimetoprim, Naprosyn, Apocillin, Zantac og Seroxat.

Faste medikamenter

Hun tar nå ni reseptbelagte medikamenter daglig: To for å senke blodtrykk, to for å senke blodsukker, ett for å senke kolesterol, ett for å tynne blodet, ett for å forebygge beinbrudd, ett for depresjon og ett for å kunne sovne om kvelden. I tillegg bruker hun jevnlig smertestillende uten resept.

Familie og sosialt

Signe Skred har vært hjemmeværende, hun ble enke 56 år gammel og hennes eneste sønn bor i Oslo.

Hennes hjelpetilbud

Signe Skred har høy prioritet i dagens helsetjeneste. Når hun selv ringer til fastlegen møter hun en hjelpsom legesekretær som lytter til hennes problemer og enten med det samme eller i løpet av kort tid avklarer med fastlegen om hun bør komme på time, i dag eller litt seinere, eller om det er behov for hjemmebesøk.

Signe Skred har som nevnt en pliktoppfyllende fastlege som på en grundig måte å jourfører informasjon. Han sjekker dessuten regelmessig Norsk Elektronisk Legehåndbok om hvordan hennes diagnoser best bør behandles ut fra evidence-based kunnskap, EBM. Han gjør faktisk sitt beste for å holde oversikt i et system der det er mange kokker – og et «potensiale for mye søl.» Han ser for eksempel at når Signe Skred har vært på sykehus eller har hatt besøk av legevakt, så må det ofte gjøres justeringer på oversikten over faste medikamenter.

Signe Skred har også selv problemer med at medikamentene ofte skifter både navn og utseende. Hun tilstår derfor at hun kan ha blitt litt glemsk, i hvert fall klarer hun ikke å holde styr på alle disse vanskelige medikamentnavnene og hvordan de skal brukes.

Hennes sønn er også bekymret for at moren ikke klarer å holde godt nok styr på medikamentene og at hun ikke blir fulgt godt nok opp av helsetjenesten. Han har derfor tatt initiativet til at hun fikk en vurdering ved geriatrisk poliklinikk som bekreftet at hun i følge tester har en lett demens. Omsorgstjenesten er derfor involvert, de skal legge opp medikamentene i en dosett og passe på at hun tar dem slik forskrevet. I tillegg får hun hjelp til å dusje en gang per uke og hjemmehjelp annenhver uke. Sønnen har også ordnet det slik at hun får brakt middag annenhver dag, han mente at hun sluntret unna med å lage seg skikkelig mat. Han har kjøpt en mikrobølgeovn til henne for å varme opp maten i.

Signe Skred, hennes sønn og omsorgstjenesten ringer ofte til fastlegen, i perioder så ofte at fastlegen kan kjenne seg ganske fortvilet. Både lege og medhjelpere synes jo at de stiller opp svært mye for Signe Skred. Det er så mange andre pasienter som også har behov for hjelp, i alt 1800 på legens liste og 7000 som tilhører legesenteret.

Kunnskapsgrunnlaget

Signe Skred har høy prioritet i helsetjenesten. La oss betrakte tilbudet hun får i lys av den kunnskapen det er basert på. Vi star-

ter med det som handler om hjerte- og karsykdommer. Signe Skred opplever ikke å ha slik sykdom, men i følge målinger som fastlegen har utført er det funnet at hun har risikofaktorer for å kunne få det. Hun fikk diagnosen hypertensjon 58 år gammel. Råd om livsstilsendring virket ikke, hun var ikke motivert nok står det i journalen. Hun fikk da sitt første blodtrykksmedikament. Blodtrykket hadde svinget opp og ned i mange år før diagnosen ble et faktum etter at hun hadde blitt henvist til en spesialist fordi fastlegen hadde vært i tvil om hvilken grense han skulle anvende, det kom så mange ulike anbefalinger.

Fastlegens problem med å velge blodtrykksgrense er ganske forståelig. Definisjonen av hva som er normalt har de siste 20 år blitt flyttet stadig lenger «innover i normalbefolkningen». 140/90 mm Hg har likevel lenge vært den rådende anbefaling i spesialistretningslinjer. Når den grensen appliseres på befolkningen i Nord-Trøndelag, en ganske gjennomsnittlig norsk befolkning, så blir bare en av fem på Signe Skreds alder frikjent fra å ha hypertensjon (fig. 2). Sjansen for å slippe unna risikodiagnosen er likevel enda mindre, siden fastlegen også er anbefalt å måle kolesterol. Og da strammes det ytterligere til, slik at nesten ingen som henne kan forvente å bli frikjent, og heller ikke 90 prosent av 50 åringer eller halvparten av 25 åringer, hvis fastlegen velger å forankre sin praksis i internasjonale ekspertretningslinjer (fig. 2). Det blir uansett fastlegen som tillegges oppgaven med å fortelle denne store gruppen av sine pasienter at de ikke er normale nok ut fra de medisinske definisjonene.

Muligens hjerte- og karsykdom i fremtiden

Signe Skred oppfyller de fleste kriterier for å kunne utvikle hjerte- og karsykdom, selv om hun ikke har kjent noe til det foreløpig; 72 år gammel. Hun fikk påvist forhøyet blodsukker da hun var 62 år gammel. Det ble målt årlig av fastlegen fordi hun hadde hypertensjon. Hun hadde blitt enke noen år tidligere og da mistet hun mye av støtten og meningen i sitt liv. Hun beveget seg mindre og gikk mye opp i vekt. Og dermed ble enda en risikofaktor forhøyet.

Da fikk hun enda et medikament for å senke blodtrykket så lavt ned som diabeteseksperter anbefaler. Hun ble også anbefalt å ta to medikamenter for å holde blodsukkeret under anbefalte grenser og siden hun nå var diabetiker, fant fastlegen det tryggest å også anbefale et medikament som senket kolesterolet og ett som tynnet blodet. Dette gjorde inntrykk på henne. Hun erfarte også at det var vanskelig å få målingene så gode som de burde være, hun var derfor ekstra forsiktig med matinntaket i ukene før hun skulle på sin diabeteskontroll.

Definisjoner og definisjonsmakt

Definisjonsmakt er en betydningsfull makt og ingen makt er bedre legitimert og mer effektiv enn den som fremstår

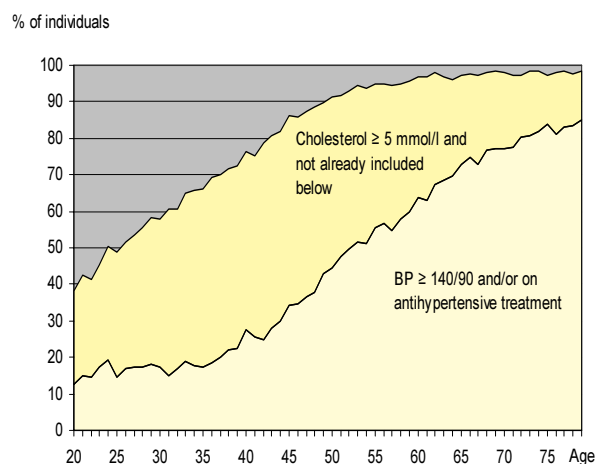


FIG 2. Risikodefinisjonenes implikasjoner slik beskrevet i Getz L. et al. *Scand J Prim Health Care* 2004; 22:202–8

som godhet. Som når medisinen gir seg selv et mandat til å være hjelpere for storparten av befolkningen ved å selv definere tre fjerdedeler av friske voksne i Norge som pasienter i kraft av kun *to* risikofaktorer for *en* risikotilstand (fig. 2). Dette i et land der befolkningen er blant de som lever lengst med best helse.

Det praktiske problemet med å følge opp alle disse friske for at de ikke skal bli syke av hjerte- og karsykdom er ikke det største, selv om det er ganske umulig. Men det jenker allmennlegene til på et vis, uten at det behøver å være en god løsning.

Verre er de manglende etiske refleksjoner innenfor denne formen for kunnskapsproduksjon, som når man kikker nøye på den framstår som en teoretisk kortslutning der definisjonene gjør det uvanlig å være normal og vanlig å være unormal, en unormalitet helsetjenesten gir seg selv en jobb med å rette opp (fig 3).

Norsk Selskap for allmennmedisins (NSAM) hypertensjonsgruppe har i flere ti-år protestert på denne utviklingen, ved å lage alternative anbefalinger og ved å fortelle helsepolitiske beslutningstakere om problemene med den eksisterende tilnærmingen. Det er likevel nærmest umulig å slå sprekker i dette fundamentet; berettigelsen av å gjøre alle friske til risikanter basert på epidemiologisk forskning på risikofaktorer. En tilnærming som gjør alle friske til risikanter hvis grensene settes lavt nok for alle de faktorer forskningen ser behovet for å måle.

Og grensene settes lavt ut fra argumentet om at risiko øker fra de helt lave verdier og da vil ikke medisinen å la noen stå utenfor. Kollega Eivind Meland kaller det å bli innlemmet i helsetjenestens territorialkrav og David Sackett, en av fedrene til EBM, uttaler det slik: «It is difficult to challenge the benevolent mission of a preventive programme».

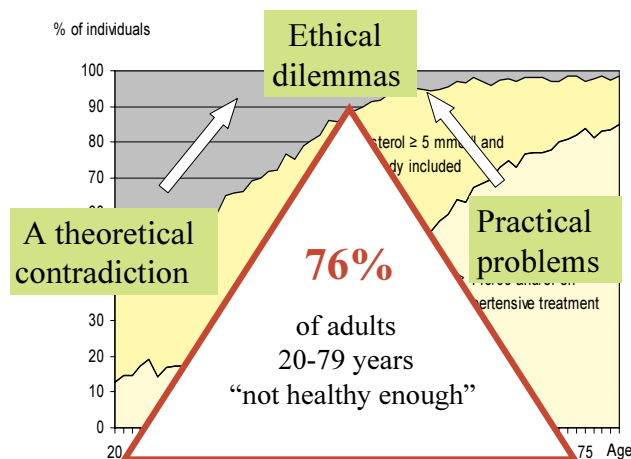


FIG 3. Risikodefinisjoner, etiske dilemma, praktiske problemer og teoretiske kortslutninger

I tillegg til at fastlegene blir anbefalt å passe på at denne store pasientgruppen med litt forhøyede risikofaktorer ikke får litt mer forhøyede verdier, så blir allmennlegene fortalt at de selvfølgelig skal prioritere personer med høy risiko.

Høy risiko

Internasjonale eksperters definisjoner av «høy risiko» er imidlertid heller ikke noe å stole på. De sier for eksempel at åtte av ti førtiårige menn i Nord-Trøndelag er i høy risiko for hjerte- og karsykdom og at ingen av disse unge kjekke nord-trønderan' har lav risiko. Da må vi nesten bare håpe på at disse mannfolkan' ikke går til lege og lar seg innlemme i territorialkravene. Og hvorfor skal da kvinnfolkan' gjøre det, de som i utgangspunktet har lavere risiko for hjerte- og karsykdom?

Og kommer de likevel – unge og eldre menn og kvinner – så må antagelig allmennlegene igjen prøve å jenke det til, i hvert fall de som stusser på at denne alvorlige merkelappen skal tildeles nesten alle menn fra de er 40 år.

Jeg synes at det er en form for fallitt for akademisk tenkning at man velger å hevde at det er den norske befolkningen som er feil og at definisjonene gjelder. Det er også et problem for helsetjenesten og befolkningen hvis man som fastlege må ha lang erfaring for å navigere så pass trygt i dette farvannet at man våger å velge bort ekspertanbefalinger. Da blir det ikke lett å være nyutdannet lege siden utdannelsen preges av eksperttilnærmingen.

Forskerne får dessuten lov til å slippe sine små og store resultatbomber i det offentlige rommet uten å måtte bekymre seg over hvor de faller ned eller hvilke konsekvenser det får. Forskningsinstitusjonene oppfordrer også til dette. Jeg mener at det må være lov å spørre om dette er en ansvarlig måte å gjøre det på?

Fragmentforskning

Det argumenteres massivt for behov for mer forskning og derfor behov for mer penger. Men det forskes faktisk mye, for eksempel med å sofistikere hver enkelt risikotilstand, dvs. med å finne flere detaljer. Kolesterol og blodtrykk er for eksempel bare to av mer enn 300 markører som har vist statistisk sammenheng med hjerte- og karsykdom. Om vi summerer bare noen få; slik som hypertensjon, prehypertensjon, forhøyet kolesterol og BMI og legger til røyking, arv og etablert hjerte- og karsykdom, så er det bare et par prosent av den voksne befolkning som unnslipper.

Det er faktisk et absolutt uendelig potensiale for å måle markører hos friske mennesker og beregne statistiske assosiasjoner mellom disse og framtiden og å etterspørre forskningsmidler til slike prosjekter. Men tilgangen på slike forskningsmidler kan likevel ikke være liten siden det er multiple internasjonale kongresser årlig der resultater fra tusenvis av forskningsprosjekter presenteres, bare innenfor hjerte- og karfeltet.

Og tar vi denne fragmentforskningen på alvor blir det bare denne forsvinnende lille andelen av våre pasienter som kan gå ut fra sin fastlege med følgende informasjon: «Det er verken påvist hjerte- og karsykdom eller risikofaktorer for slik sykdom hos deg, gå videre i livet ditt som du pleier, du trenger ingen oppfølging i helsetjenesten for ditt hjerte og dine blodårer.»

Primærhelsetjenesten trenger derimot mer forskningsmidler for å kunne bidra til annen kunnskap enn den fragmenterte. Det arbeides med saken, men enn så lenge har vi ikke pengene på bordet.

100 000 kroners spørsmålet

Men da kommer det uunngåelige spørsmålet: Er det ikke viktig og nødvendig at vi finner alle med risikofaktorer for å kunne forebygge? Jeg vil svare nei, men spørsmålet er plausibelt fordi vår generasjon av helsearbeidere er opplært

i at forebygging er bedre enn behandling (fig. 4). Og ikke bare helsearbeidere, Trondheims ordfører argumenterte også slik i sin velkomsttale under åpningssesjonen, men hun snakket om sykkelstier og sunn skolemat.

Den individuelle forebyggingen på legekontoret handler derimot om å dele ut risikomerkelapper og å applisere teknologi. Det kunne framstå som fornuftig før friske mennesker, ved hjelp av den medisinske forskningen, ble oppdelt i et økende antall fragmenter der hvert fragment har fått sitt ekspertvurdering som både lager stadig snevrere definisjoner av normalitet og som også lager anbefalinger om hvordan denne form for unormalitet skal behandles. Som hos Signe Skred.

Jeg skal utdype hvorfor jeg vil svare nei. Vi er alle risikanter slik som Signe Skred, dvs. vi vil kunne komme til å lide av både det ene og det andre som tidlige tester kan varsle om en statistisk risiko for. Slik som hjerte- og karsykdom, kreft, benskjørhet, depresjon og endret søvnrytme. Sjansen er større jo eldre vi blir, naturlig nok siden vi da er nærmere både sykdom og død. Medisinsk forskning har bygget et stort imperium med hensyn til å forske på hvordan noe som kan måles i dag, som overvekt, forhøyet blodtrykk, høyt blodsukker, redusert beintetthet eller uheldige gener, kan bidra til spådommer om hvilke sykdommer man vil kunne få i framtiden. At alder oftest ikke inngår som et kriterium når definisjonene lages, tillegger jeg den teoretiske kortslutningen. Kan medisinen forvente at en person skal ha en uendret kropp til døden? Hvis vi som allmennleger forventer det og bidrar til å presse våre pasienter inn i en slik tvangstrøye, har vi da lov til å betrakte oss om «hjelpere»?

Uansett, siden det å påvise risiko, og dermed medvirke til at pasienten skifter kategori fra frisk til syk, bør fortone seg som ganske meningsløst for en helsearbeider hvis han ikke også bidrar til at risiko reduseres, skal vi se på hva Signe Skred har en mulighet for å oppnå med de regimene hun tilbyr.

Hypertensjon

Hun fikk hypertensjonsdiagnosen som middelaldrende person. Hun kunne da være heldig å være en av de tre i en tenkt gruppe på 200 som unngikk slag eller koronarsykdom ved å bruke antihypertensiva i fem år. Sjansen for det motsatte, medikamentbruk uten nytte i fem år og kanskje bivirkninger, var 70 ganger større.

Diabetes type 2

Da hun fikk diagnosen diabetes type 2 for ti år siden var det faktisk lite forskning som støttet at man skulle gjøre noe som helst med den tilstanden, selv om den hadde vært et anliggende for helsetjenesten i flere ti-år allerede. Det er fak-

FIG. 4.
«100 000 kroners
spørsmålet»

Er det ikke
viktig og nød-
vendig at vi
finner alle med
risikofaktorer
for å kunne
forebygge?

Nei



FIG 5. «Når du likevel har pasienten på kontoret...»

tisk forbausende lite forskning som støtter opp under beret-
tigelsen av å lage så strenge definisjoner som pasienter med
type 2 diabetes opplever, både med hensyn til når man skal
få risikomerkelappen og ikke minst hvilke måleverdier
man da skal strebe mot. Måleverdier som vanligvis ikke kan
nåes på annen måte enn ved mange medikamenter. Over-
vekt og diabetes type 2 som aktuell pandemi i den vestlige
verden tillegges likevel stor bekymring og da med makro-
vaskulære komplikasjoner, koronar hjertesykdom, som
den største bekymringen. Dette til tross for at det faktisk
gjennom flere tiår har vært en betydelig nedgang i dødelig-
het av slik sykdom i den vestlige verden til tross for øk-
ningen av diabetes type 2. Enn så lenge snakker man om at
dette kan bero på en forsinkelse og at snart kommer resul-
tatene av overvekts- og diabetes type 2 bølgen. Tja, sier jeg,
og tilføyer at diabetes type 2 er den diagnosen jeg selv helst
ikke vil ha, ikke fordi at den nødvendigvis er så farlig, men
den er så medikaliserende.

Osteoporose

Tilbake til Signe Skred. Hun fikk sin osteoporosediagnose
fordi hun fikk et brudd etter fall. Hun ble anbefalt av spesi-
alisten å ta bentettsmåling for sikkerhets skyld, og da blir
det selvfølgelig også lettest for allmennlegen å, for sikker-

hets skyld, anbefale et forebyggende medikament når ben-
tettheten er litt lav. Hun kan jo være den ene av 100 kvinner
som i løpet av tre år med medikamentet unngår en hofte-
fraktur. Sjansen for det motsatte er likevel nesten 100
ganger større.

Brystkreft

Signe Skred fikk fjernet et bryst som resultat av mammo-
grafiscreening. De lærde på dette feltet strides om mammo-
grafiscreening faktisk øker overlevelse for noen av kvinnene
som deltar. I beste fall kan fire av 10 000 kvinner som screenes
leve lenger etter syv år i kraft av screeningen. Men da vil også
mer enn 130 kvinner ha blitt behandlet for brystkreft uten at
de etter syv år har bedre prognose, men mange har mistet et
bryst. Og mer enn 1300 kvinner har fått vite at det var noe
unormalt på mammografien uten at de siden ble funnet å ha
kreft, men de ble anbefalt nye tester opp til flere ganger.

Fastlegen som fragmentbehandler

Fastlegen har en rolle i alt dette. Det er egentlig ganske mye
som kan bli tillagt fastlegen og hans medarbeidere å gjøre,
for sikkerhets skyld, når man har pasienten på kontoret (fig.
5). Det finnes jo så mange tilstander en frisk person kan
komme til å feile, alle disse tilstandene kan identifiseres ved

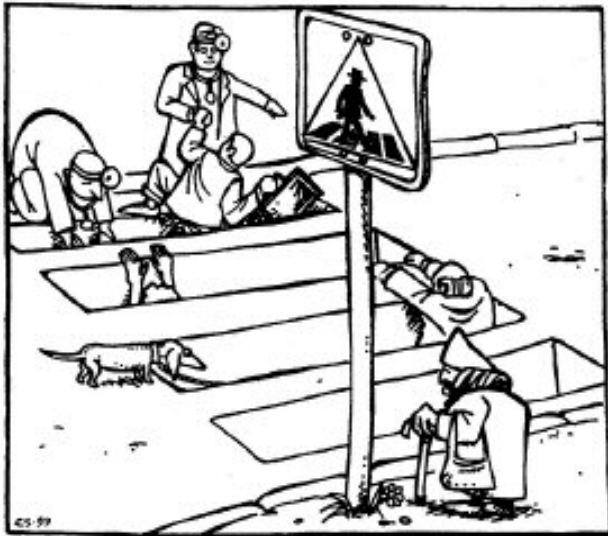


FIG 6. Eldre faller lett i risikogrøfter.

hjelp av målinger, der måleverdier blir underlagt medisinske definisjoner. Vi allmennleger kan faktisk bli både opp tatt og overarbeidet med dette; og redusert til fragmentbehandle.

Å trygge sin helse

Helsetjenesten inviterer, direkte og indirekte, friske personer, unge og eldre, til å gå til fastlegen for å trygge sin helse. Vi fastleger har bred kunnskap, noe fra doktorskolen, annet basert på talent og erfaring. Av og til handler vi i tråd med EBM, men ofte ikke når det gjelder risikointervensjon hos de friske. Det omtales som avvik. Avvik gies stor oppmerksomhet i helsetjenesten i dag, det avvik som handler om at leger ikke går i takt, vel og merke. Om legene, dvs. helsetjenesten, går på rett vei får derimot minimal oppmerksomhet.

Signe Skred gikk sjelden til lege. Hun kom fordi hun opplevde uhelse, orket lite, var mye trett, muskelsmertene hun hadde hatt så lenge hun kunne huske hadde blitt verre, det samme gjaldt hennes søvnvansker. Hun var bekymret for at hun var alvorlig syk. Hun hadde blitt enke noen år tidligere.

Fastlegen gjorde en grundig klinisk undersøkelse og fant at hennes blodtrykk var forhøyet som ved noen tidligere konsultasjoner. Etter dette kom faktisk det meste av hennes møter med helsetjenesten til å dreie seg om hennes blodtrykk og etter hvert hennes diabetes, antatte osteoporose og brystkreftkontroller.

Hun falt bokstavelig talt i en risikogrøft, basert på de teknologiske målingene og de medisinske definisjonene (fig. 6). Fastlegen forsøkte etter beste evne å løfte henne opp igjen fra grøften ved å til dels bortforklare betydningen av disse diagnosene; han forsøkte å jenke det hele til.

Signe Skreds lidelse

Følgende informasjon sto ikke på første siden i Signe Skred sin datå journal: Hun vokste opp under krigen og hennes mor ble enke da Signe var fire år. Hun hadde to eldre brødre som begge mistet livet under krigen, den ene som sjømann på en hurtigrute som ble bombet av engelskmennene og den andre ble henrettet av tyskerne, han var litt tilbakestående og kom seg ikke over til Sverige sammen med de andre arbeiderne på en fabrikk der de ble beskyldt for å drive sabotasje i produksjonen av utstyr som tyskerne skulle bruke. En prest kom og informerte han om dødsdommen, presten var en slektning som hadde gått over til nazismen.

Denne informasjonen ville ha stått i journalen hvis forskningen i større grad hadde vektlagt andre spørsmål og anvendt andre metoder enn det dominerende. Det kunne da bli minst like innlysende for legen å tenke i slike baner som å måle blodtrykk og kolesterol i sin etiologiske tilnærming når Signe Skred klaget på uhelse.

Men hun bebreider ikke sin fastlege for at dette ikke står i hennes journal, hun har selv ikke tenkt på at disse hendelsene fra langt tilbake skulle bety noe for hennes helse seinere i livet. Tvert imot, hun prøvde å legge det bak seg så godt hun kunne den gang. Muskelsmertene og søvnvanskene har hun likevel hatt så lenge hun kan huske og nærmest regnet det som normalt.

Etter at hun ble enke, ble det likevel verre, både med smerter, søvnvansker og nedstemthet. Fastlegen utførte en MADRS test og stilte diagnosen depresjon. Ulike depresjonsmedikamenter ble forsøkt. Den hun nå bruker gir henne noe lindring, hun sover bedre, men må ha innsovningsstablett i tillegg.

For mye medisin i samfunnet

Tilbake til påstandene. Påstand nummer en vil naturlig nok alltid kunne vekke motstand fordi det alltid vil være noen som opplever å ha et udekket behov og derfor ønsker mer. Det er likevel noe problematisk med summen av det hele og hvordan den summen framstår som både uetisk og uansvarlig når vi hører om forholdene der «Leger uten grenser» arbeider, slik presentert av Morten Rostrup under åpningssesjonen.

«Helsebudsjettet bør begrenses» skriver Bringedal og Førde i en kronikk i Aftenposten i september i år. De skriver at Norge i følge OECD i dag er nummer to i verden når det gjelder hvor mye vi bruker på helsetjenester per innbygger. Bare USA bruker mer. I følge forfatterne er det tre grunner til at vi bør se kritisk på denne generøse bevilgningsviljen:

1. Det kan være at vi ikke er tilstrekkelig oppmerksomme på spørsmålet om vi bruker ressursene på den rette måte.

2. De generøse bevilgninger gir betingelser for å underlegges stadig nye områder. Dette er ikke alltid av det gode. Forebyggende helsearbeid er et eksempel på et tveegget sverd.
3. Det tredje er erkjennelsen av hvor marginal helseforbedringen kan være for oss om bevilgningene økes, mens det i andre deler av verden kan bety forskjellen mellom liv og død.

For lite riktig medisin i helsetjenesten

Når vi kombinerer forrige påstand og denne, er den logiske slutning at det er for mye feil medisin i den samme helsetjenesten, noe som naturlig nok ikke er trivelig å høre for pliktoppfyllende og hardt arbeidende helsearbeidere. Likevel, andre sier det samme, som Iona Heath i BMJ i april i år med tittel «Who needs health care – the well or the sick?». Hun oppsummerer på følgende måte:

1. The more people are exposed to contemporary health care, the sicker they feel
2. We do not understand the effects of being labelled at risk
3. More money can be made from selling healthcare interventions for the healthy majority than for the sick minority
4. A tax on preventive drugs sold in rich countries could be used to fund drugs in poor countries

Signe Skred har fått et raust tilbud av medikamentell risikointervensjon for sykdom som muligens kan komme til å ramme henne i framtiden. Hun har ikke bedt om det, men heller ikke protestert. Hun oppsøkte sin fastlege pga uhelse, og ble rammet av risikodefinisjonene, fordi testene inngår i verktøyet legene må bruke for å avdekke objektive feil i en kropp.

Når dette skjer utsetter helsetjenesten Signe Skred for en form for «dobbel urett». Den mest opplagte er at det faktisk ikke er disse risikotilstandene hun lider av, dvs. subjektivt opplever.

Det mindre opplagte, men likevel ganske forståelige når man bare begynner å tenke slik, er at det kan eksistere en form for kausalitetsproblem innenfor den eksisterende kunnskapsproduksjonen. Det betyr ikke at man skal bestrebe at forhøyet blodtrykk tilfredsstiller statistiske krav til å være en årsaksfaktor for hjerte- og karsykdom. Det kan likevel ligge en mer grunnleggende kausal faktor i bunnen, en hendelse eller deler av et liv som setter seg i kroppen på forskjellig vis og medfører at blodtrykket stiger. Ny forskning, som The Adverse Childhood Experiences study, viser at alvorlige hendelser tidlig i livet – og ikke nødvendigvis i det omfang Signe Skred opplevde det – har en sammenheng med hjerte- og karsykdom seinere i livet. Andre stu-

dier viser sammenheng mellom slike hendelser og lunge-sykdommer, magesår, leddsykdommer, diabetes og autoimmune sykdommer.

Selv om det foreløpig er uklart hvordan dette henger sammen, er det likevel allerede nå grunn til å være kritisk til om de risikofaktorene vi i dag bruker så mye tid på i helsetjenesten er grunnleggende nok til å få den oppmerksomheten de får. På dette feltet kan jeg anbefale den nylig publiserte boken til Anna Luise Kirkengen om hvordan krenkede barn blir syke voksne, en bok jeg også siterer fra flere ganger i mitt foredrag.

Helsearbeidere prøver å jenke det til

At leger avviker fra anbefalinger i forebyggende kliniske retningslinjer, er velkjent og også forståelig når man ser hvilke risikodefinisjoner som anvendes, for eksempel innenfor hjerte- og karsykdommer. Å klare summen av mange risikotilstander blir selvfølgelig enda mer utopisk. En amerikansk studie publisert i 2003 viste at en amerikansk allmennlege må bruke 7,4 timer per dag for å utføre alle anbefalinger gitt av US Preventive Task Force. Da blir det ca en halv time per dag tilbake som alle pasientene den dagen kan dele for å få hjelp med det de selv opplever å feile. Det er dette jeg mener med «teoretisk kortslutning.»

Opportunistisk risikointervensjon, dvs. å benytte anledningen til å sjekke litt av hvert når pasientene oppsøker oss, framsto som en god tilnærming da vi bare hadde et fåtall risikofaktorer å forholde oss til i klinisk praksis. Nå framstår det som et etisk problem, noe vi har forsøkt å belyse i BMJ artikkelen «Is opportunistic disease prevention ethically justifiable» fra 2003.

Det hele er dessuten praktisk umulig å implementere. Dette rammer eldre spesielt, fordi de har risiko for det meste og har også ofte subjektive helseplager. I en artikkel av Boyd og medarbeidere i Jama i år har de applisert retningslinjer for KOLS, diabetes type 2, osteoporose, hypertensjon og osteoartritt på en 79 årig kvinne; ikke så ulik Signe Skred. De konkluderer på følgende måte: «She was treated with multiple medications with high complexity and risk of medication errors, adverse drug events, drug interactions, and hospitalization. She was presented with an unsustainable treatment burden, making independent self-management and adherence difficult.»

Vanskelig kontrollerbar polyfarmasi og liten overensstemmelse mellom det som skrives ut av legen og det som deles ut av hjemmesykepleier er også grundig dokumentert av norske forskere.

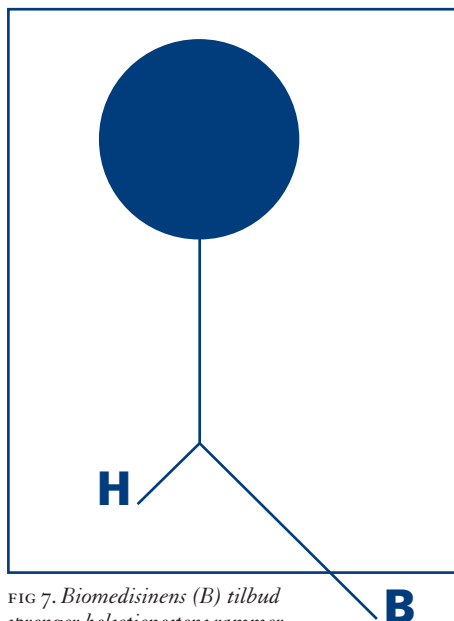


FIG 7. Biomedisinens (B) tilbud sprenger helsetjenestens rammer, medisins humanistiske fundament (H) har tapt terreng.

Vitenskapelig plattform

Medisins vitenskapelige fundament var opprinnelig basert på humanistiske vitenskaper. Dette ene beinet (fig. 7) som medisinen trenger for å stå stødig har imidlertid krympet betydelig, det er vanskelig å si hvor mye som er igjen og på hvilken måte det anvendes. Denne vitenskapelige tilnærming har måttet vike plassen for den naturvitenskapelige, biomedisinske forskningen der man tilstreber å framskaffe en objektiv, antatt verdinøytral kunnskap basert på en i økende grad sofistikert metodologi med kvantitativ dominans.

Som et resultat har det biomedisinske innholdet – B'en – blitt så stort at det sprenger alle rammer for helsetjenesten, det lar seg ikke implementere (fig. 7). For eksempel må allmennlegene bruke halvdelen av alle sine konsultasjoner for å følge opp pasienter med hypertensjon eller prehypertensjon hvis de følger helsemyndighetenes anbefalinger i Grønn Resept konseptet. Det gir meg «en høne å plukke» med de helsemyndighetene som Magne Nylenna omtalte i sitt foredrag på åpningssesjonen, som både sier at vi praktikere skal prioritere ned de friske risikantene samtidig som de sender oss dette opplegget. Det er også en del av den teoretiske kortslutningen som vi praktikere må prøve å jenke til.

Det biomedisinske beinet er generelt et lite stødig bein å stå på hvis man vil stå trygt. Det lider av flere interne defekter, om det er beinbrudd eller manglende ledd er ikke godt å si, men det henger uansett ikke godt sammen. Jeg ser følgende svakheter:

1. Problem med testvaliditet; alle allmennleger vet for eksempel hvor svingende et blodtrykk kan være og derfor vanskelig å tolke.

2. Konsekvenser av risikodefinsjoner; slik omtalt for hjerte- og karsystemet, men anvendelig på alle de andre organfeltene. Med ny demenstest fant man for eksempel at hver fjerde medisinerstudent i Oslo var i faresonen.
3. Den økende kompleksitet innenfor hver risikotilstand; hva skal telle mest av faktorene vi måler og hvordan skal vi sette informasjonen sammen?
4. Et økende antall risikotilstander; alle organsystemer kan jo rammes, nå diskuteres hjernen og nyrer på Eyr.
5. Interne motsetninger; skal vi velge å råde våre pasienter til å være tynne for å unngå hjerte- og karsykdom eller ikke så tynne for å unngå osteoporose?
6. Sist men ikke minst, problemene med kausalitet. Det er sant at Signe Skred har flere risikodiagnoser, men det er ikke nødvendigvis *sant nok* til å forsvare den store oppmerksomheten disse diagnosene får innenfor helsetjenesten.

Per Fugelli skrev kronikken om Dagbladsykdommene i 1999, men nå er det på tide å fordele ansvar for medikaliseringen i samfunnet på flere enn media og farmasøytisk industri. Dagbladet vil selge aviser, men de lager ikke medisinske tester og heller ikke definisjoner av normalitet. Farmasøytisk industri vil selge mest mulig medikamenter til høyest mulig pris, og anvender alle lovlige metoder for å kunne gjøre det, slik all annen næringsvirksomhet gjør. Verken farmasøytisk industri eller media finner opp risikofaktorene. Farmasøytisk industri tilbyr derimot løsninger for å behandle dem, noe media informerer om. De stikker begge sin hånd inn i en hanske som ligger klar.

Forskningen har skylden

Hansken er resultatet av et vitenskapssyn som fremmer fragmenteringen av mennesket. Antallet fragmenter er uendelig og omfatter målinger av tidlig organskade, risikofaktorer og gener. Forskningen betrakter faktorene atskilt fra mennesket og resultatene appliseres på et antatt gjennomsnittsmenneske. Slik kunnskap er imidlertid ikke kunnskap om levende mennesker med sitt liv i kroppen, men om en idealisert menneskekropp, en kropp hvor intet menneske bor. Men ingen lege møter slike kropper og i hvert fall ikke allmennlegene, sier Anna Luise Kirkengen.

Den medisinske kunnskapsproduksjonen – forskningen – har kunnet påberope seg en verdinøytral posisjon som en leverandør av sann, metodisk riktig frambrakt kunnskap. Den samme akademiske medisin drøfter i liten grad hvilken virkelighet de bidrar til å skape med de metodene de anvender og de spørsmålene som stilles. Det overlates til andre, helsepolitikere og praktikere, å ta ansvar for kunnskapens anvendelse og befolkningen får ofte ord på seg for å være kravstor i sin etterspørsel etter tester og behandlingstilbud.

Signe Skred får det som er mulig å gi innenfor dette biomedisinske kunnskapsparadigmet. Det er en massiv forskning og et stort terapitilbud for de diagnosene hun har fått: hypertensjon, diabetes type 2, osteoporose og brystkreft påvist ved screening. Slik forskning har høy prioritet, god tilgang til finansiering og belønnes dessuten godt i et universitetssystem som teller antall publikasjoner og dermed stimulerer den medisinske fragmentforskningen. Alle hennes behandlere – leger, medhjelpere og omsorgstjeneste – gjør dessuten sitt beste, ja de bruker faktisk hele tiden de har til rådighet for å kvalitetssikre denne behandlingen. En behandling som hver for seg kan ha en liten effekt på gruppenivå, men der ingen noen gang vil kunne si noe om effekten som Signe Skred har av hver enkel terapi og absolutt ikke noe om hvilken effekt det har når alle terapiene blandes sammen i hennes kropp, oftest på en annen måte enn forskrevet.

Hun er likevel takknemlig til helsetjenesten som stiller så mye opp for henne. Men hun strever for å klare seg i tilværelsen og gir uttrykk for at hun er sliten av livet. Hun har levd et langt liv med smerter, søvnvansker og etter hvert nedstemthet og mangel på glede.

Signe Skred er prioritert opp, men likevel prioritert ned

Et kunnskapsgrunnlag er ikke nøytralt, men styrt av valg og verdisetting. Derfor forskes det ikke så mye på dette som Signe Skred selv opplever å lide av. Handlingsgrunnlaget er heller ikke nøytralt, men styrt av rangering og prioritering. Derfor får hun syv forebyggende medikamenter, selv om hun verken har bedt om det eller skjønner betydningen av det. Det gjør ingen helsearbeidere heller, egentlig.

Allmennedisin er en arena for de usorterte behov og også adgangen til systemet som skal ivareta helse; vi flagger en dørvaktfunksjon. Det innebærer at allmennleger har et mandat som er teoretisk helt klart og likevel praktisk ganske umulig. Vi skal sortere mennesker langs en objektiv akse som er teoretisk rimelig entydig, men i praksis ikke eksisterende. Signe Skred har blitt sortert og definert langs denne objektive aksene som ikke eksisterer for henne.

Vi allmennleger blir faktisk litt lurt av de kunnskapsproducentene som utgjør den akademiske «kjøttvekta», vi får ikke levert kunnskap som er anvendelig nok. Dette går ut over våre pasienter; som Signe Skred.

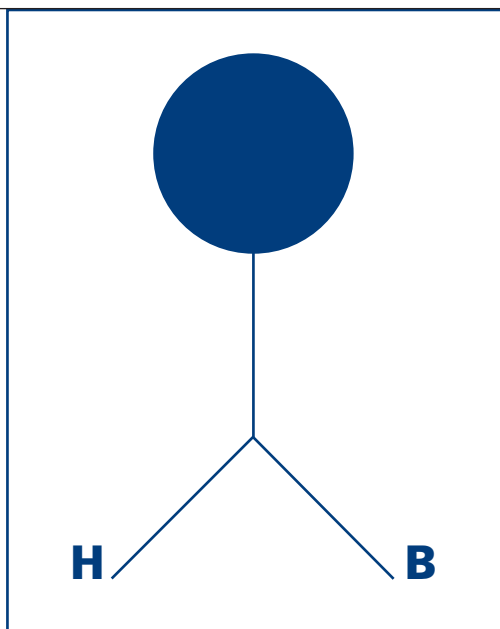


FIG 8. Nødvendig med bedre balanse for å få «en stødig medisin».

For at hun skal kunne bli prioritert opp for det hun selv opplever å lide av så trenger jeg som allmennlege en mye videre kunnskapsplattform å handle ut fra. Den må ha mindre biomedisinsk dominans – en kortere B – og mer kunnskap basert på humanistisk vitenskap – en lenger H (fig. 8).

Å rehabilitere H'en handler primært om å tilbakeføre eksistensiell logikk som en sentral dimensjon i medisinen. Det stiller krav til nytenkning innenfor medisinsk forskning og det må startes med teoribygging. Eksistensiell logikk er en dimensjon som vi alle kjenner betydningen av både faglig og personlig, hvis vi bare tenker oss om; «tar på de rette brillene». Vi vet alle som er her at helsa påvirkes av relasjoner, både de fortidige og de nåtidige; familieliv, arbeidsliv og annet liv og at de objektive målingene av hvordan dette påvirker fragmentene i kroppen, enten det nå er blodtrykk eller muskeltonus, ikke behøver å gi den mest meningsfulle forklaring for den som blir målt. Og kanskje ikke for helsearbeideren heller. Men det gir et stort medikaliseringspotensiale.

For de unge menneskene som skal bli framtidens leger vil jeg ønske at den kunnskapen vi her snakker om ikke «parkeres i en boble for seg», dvs. avspises med noen undervisningstimer satt bort til etikere og filosofer, slik at legene kan få holde på i fred med «den egentlige medisinen.» Det må bli en del av all klinisk undervisning. Først da kan det bli en integrert del av klinisk praksis, også for unge leger og ikke bare for de erfarne som etter hvert finner ut av det, uavhengig av forskningen og derfor forsøker å jenke det hele til.

Takk for at dere «lyttet til» historien om Signe Skred.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlige redaktører for denne artikkelen har vært Jannike Reymert og Ivar Skeie. De kan kontaktes på jannike.reymert@ntebb.no / ivskeie@online.no

SAMMEN ER VI STERKE

– *Friskvern som samarbeid mellom frivillige organisasjoner og ansatte i Bydel Stovner*

AV SISSEL STEIHAUG OG
WENCHE ABILDGAARD EIDE

Det er velkjent at fysisk inaktivitet medfører økt risiko for sykdom. Mange som er fysisk inaktive har også dårlig samvittighet for at de ikke mosjonerer. På Stovner har vi arbeidet med friskvern siden begynnelsen av 90-tallet.

Bydel Stovner har 29 000 innbyggere og ligger nord i Oslo med grense mot marka.

I artikkelen forteller vi om samarbeidet mellom frivillige organisasjoner og bydelsansatte om å legge til rette for fysisk aktivitet og friluftsliv.



Sissel Steihaug (t.h.)

er lege og har arbeidet 30 år i Bydel Stovner, 20 år som allmennpraktiker og 10 år med friskvern og rehabilitering. Hun er nå seniorforsker ved SINTEF Helse.

Wenche Abildgaard Eide (t.v.)

er utdannet førskolelærer og arbeider som sekretær ved Rehabiliteringsenheten i Bydel Stovner. Fra 2000 har hun vært leder for Friskvernteamet i bydelen.

Bakgrunn

Helsetruslene i vår del av verden er nær knyttet til livsstil og levevaner, spesielt fysisk inaktivitet, røyking og uheldig kosthold som øker risikoen for bl.a. diabetes, hjerte- og kar-sykdommer og kreft (1). Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet også har en positiv virkning på psykisk helse.

Stortingsmelding 16 tydeliggjør Regjeringens mål om å få til en nasjonal mobilisering for bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet (1). Det handler blant annet om å demme opp for nedgangen i fysisk aktivitet i befolkningen og å legge til rette for økt fysisk aktivitet i de minst aktive gruppene. Spesiell oppmerksomhet rettes mot barn.

Stortingsmeldingens hovedbudskap er at ved å forebygge mer kan vi reparere mindre. Meldingen legger opp til en klarere ansvarsfordeling og en omfattende alliansebygging både mellom offentlige instanser og mellom disse og det frivillige Norge. Folkehelsearbeidet skal bevege seg fra det prosjektbaserte til det integrerte. Det skal gi rom for ildsjelene, men ikke være avhengig av dem (1).

Friskverntenkning

Friskvern dreier seg om å fremme positive helseressurser. Helsevesenet har tradisjon for å være sviktorientert og trenger oppmerksomhet mot alternative tilnæringsmåter for ikke å bidra til å medikalisere hverdagsplager. Mestring kan være et fruktbart perspektiv; ikke i betydningen å bli best eller enda flinkere, men i betydningen å legge vekt på det som fungerer og bygge på det som virker. For helsepersonell innebærer det å bidra til å styrke folk i troen på at de selv vet hva som er viktig og riktig for dem, og at det de selv kan gjøre, har betydning. For oss på Stovner er dette kjernen i det individrettede friskvernarbeidet.

Fysisk aktivitet som mål og middel

I tillegg til at fysisk inaktivitet er en kjent risikofaktor for sykdomsutvikling, belastes mange av dårlig samvittighet fordi de ikke mosjonerer. I vårt arbeid på Stovner er vi opptatt av at fysisk aktivitet bør handle om at mennesker finner glede i å bevege seg. Glede og trivsel er sentralt, mer enn prestasjon. Når vi har etablert en rekke tiltak med sikte på at de skal virke helsefremmende, har vi samtidig vært opptatt av



deltakernes opplevelse av aktivitetene. Hvis deltakerne ikke trives med mosjon, vil de jo heller ikke komme til å fortsette. Det er derfor viktig å finne noe for enhver smak.

Bydelens friskvernteam ser dagens lys

I 1990-årene rettet vi på Stovner i økende grad oppmerksomhet mot forebyggende helsearbeid og friskvern, og i 1995 ble bydelens Friskvernteam etablert. Medlemmer i teamet var representanter fra: Norske Kvinners Sanitetsforening, Stovner Røde Kors, Høybråten og Stovner idrettslag, Stovner Frivillighetssentral, Stovner Eldresenter, Pensjonistmosjonen, og fra bydelen: Hjemmetjenesten, Helsesentrene, Ungdom- og kulturavdelingen og Rehabiliteringsenheten. Hjemmetjenesten og helsesentrene har siden trukket seg.

Teamets arbeidsområde er friskvernarbeid, og målsetningen er å bidra til et trivelig og helsefremmende lokalsamfunn i Bydel Stovner. Friskvernteamet er organisatorisk knyttet til bydelens Rehabiliteringsenhet som blant annet er bemannet med fysioterapeuter og ergoterapeuter. Teamets leder er ansatt i bydelen, og driften av teamet inngår i bydelens planer.

Tiltak rettes både mot hele befolkningen og mot grupper med økt sykdomsrisiko. Ofte dreier det seg om fysisk aktivitet og friluftsliv. Friskvernteamet har fire til fem møter per år der medlemmene kommer med ideer, planlegger arbeidet og fordeler oppgaver.

Eksempel på tiltak

Pensjonistmosjon

Pensjonistmosjon startet med fire grupper i 1990 i forbindelse med bydelens fallforebyggende arbeid (2,3). Per i dag er to pensjonistmosjonsgrupper i gang med til sammen mellom 50 og 60 kvinnelige deltakere fra 65 til 90 år. Trenerne er frivillige, gratisarbeidende; den ene har holdt på siden starten. Gruppene trener innendørs til musikk en gang per uke, og oppmøtet er særdeles godt. Sosialt samvær som kaffe etter hver trening, julebord og sommerturer er viktig, og det er mye omtanke og omsorg i gruppene. Lege og fysioterapeut arrangerer årlige trenerkurs. Begge mosjonsgruppene er sprenget. To grupper er nedlagt i årenes løp fordi trenerne flyttet, og vi har så langt ikke greid å rekruttere gratisarbeidende trenere til nye grupper.

«Gågjengen til Liastua»

Ideen til «Gågjengen» oppsto i Friskvernteamet, og en ildsjel dro arbeidet i gang i 1995. Hver onsdag møter interesserte opp hos turledere på ulike møteplasser i bydelen og går sammen til Liastua, en hytte et par km inn i skogen. Der er det samvær med kaffe, vafler, allsang, musikkjettekonkurranser, kåserier, underholdning, film osv. Det sosiale vektlegges; for eksempel settes bordene ulikt fra gang til gang for



å hindre klikkdannelse. Julebordene på Liastua og sommeravslutning på Bleikøya er meget populære. Turgjengerne er fra midten av 50-årene til langt over 80 år. Gjennomsnittlig oppmøte i 2004 var 63 mennesker, og en onsdag kom 90.

En eller to tirsdager i måneden går «Gågjengen» på langtur; byvandring, skogsturer, vandring langs byens elver eller øyhopping i Oslofjorden. Det er vanligvis heldagsturer der noen har forberet seg og kan guide og undervise. Gjennomsnittlig 38 deltok på turene i 2004.

Seniortrimmen

En treningsinstruktør ble en periode invitert til Liastua for å lede gym på tunet for «gågjengen». Etter hvert ble denne aktiviteten flyttet innendørs og ble for ni år siden etablert som senior-trimmen i Høybråten og Stovner IL. 60 mennesker i alderen 60 til 85 år trener aerobic en gang i uka, spiser medbrakt matpakke og drikker kaffe.

Aktivitetssløype for barn

Friskvernteamet har bygget en Aktivitetssløype i naturmateriale tilpasset terrenget i skogen ved Liastua. Løypa er finansiert ved tippemidler og innsamlede midler og bygget på dugnad. Første byggetrinn var ferdig 2000, det andre i 2002. På dagtid brukes løypa av alle bydelens barnehager og skoler. Om kveldene og i helgene blir den flittig brukt av små barn med foreldre/ besteforeldre og litt større barn alene. Også ungdom finner løypa nyttig til treningsaktiviteter.

Opplysningsvirksomhet

De første årene arrangerte Friskvernteamet to ganger i året «Åpent møte» som var temakvelder for bydelens befolkning. Fagfolk snakket om kosthold, belastningslidelser, allergi, alderssykdommer, barns helse m.m. Oppmøtet var meget godt de første gangene, men etter hvert avtok deltakelsen, og etter åtte møter ble serien avsluttet.

Evaluerings

Det er viktig å vite at tiltak som settes i gang er virksomme, og det er samtidig viktig ikke å bli handlingslammet pga. mangelfull kunnskap om virkningen av forebyggende arbeid. Helsegevinsten ved fysisk aktivitet er vel dokumentert, og vi har ikke forsøkt å evaluere utbyttet av turer til Liastua eller trening i pensjonistmosjonsgruppe. Imidlertid er vi opptatt av å (videre)utvikle tilbud som oppleves nyttige og meningsfulle for deltakerne. Derfor har vi forsøkt å gjennomføre enkle evalueringstiltak. Leder for Gågjengen til Liastua skriver fortløpende notater for virksomheten og fyldige årsrapporter som inngår i Rehabiliteringsenhetens årlige rapportering. Aktiviteter som ansatte har ansvar for, beskrives i avslutningsrapporter for kortvarige tiltak og årlige rapporter for tiltak som går over tid. Bydelens deltakere

i Friskvernteamet besøker de forskjellige gruppene, deltar i ulike aktiviteter, snakker med deltakere og nedfeller sine inntrykk i årsrapportene.

Erfaring med friskvernarbeid

Ansatte fra bydelen som i årenes løp har deltatt i Friskvernteamet, har opplevd dette som meningsfullt og morsomt arbeid der liten ressursinnsats gir stort utbytte. I 2004 brukte bydelsansatte til sammen ca. 50 timer på friskvernarbeid. I tillegg kommer uformelle besøk i de ulike gruppene omtrent en gang årlig.

Det finnes mange dyktige ildsjeler som er villige til å yte en innsats for sine medmennesker, og vår erfaring er at det er lett å få med frivillige. Alle organisasjoner og enkeltpersoner vi spurte, svarte ja til å bli med i Friskvernteamet, og ingen har senere falt fra. I teamets første år var bydelens helsesentre representert ved en sykepleier som også deltok i opplysningsarbeid og trimaktiviteter. Dette medførte et tettere samarbeid med legetjenesten enn vi har fått til senere. Allmennlegene er kjernen i det medisinske arbeidet i kommunen. Vi holder fastlegene informert om de frivillige tilbudene og kunne ønske at de utnyttet dem bedre i sitt forebyggende arbeid.

De frivillige angir stort utbytte av samarbeidet i Friskvernteamet. De opplever trygghet og sier at det frivillige arbeidet ikke blir så skjørt når det offentlige kan bistå ved behov. Videre påpeker de at det er nyttig å få litt innblikk i det offentliges virksomhet og i andre frivillige organisasjoners arbeid. Når frivillige tiltak forankres i et samarbeidsforum som Friskvernteamet, blir det mindre personavhengig og kan leve videre selv om ildsjelene slutter.

Med økende ressursknapphet og mer fokus på «lovpålagte oppgaver» er det de siste årene blitt vanskelig å prioritere forebyggende arbeid innen kommunale budsjetter. På Stovner har vi kunnet skaffe rom for friskvernarbeidet fordi vi har lange tradisjoner for slikt arbeid og fordi vi har hatt vår leders tillit til våre prioriteringer. Evaluering og rapportering har hjulpet oss i argumentasjonen for forebyggende arbeid.

Friskvernarbeid og frivillig innsats

Stortingsmelding 16 er tydelig på at kommunene har ansvar for friskvernarbeid, og til dette trenger de samarbeid med frivillige, både organisasjoner og enkeltmennesker. For det første finnes det neppe tilstrekkelige ressurser til friskvernarbeid i kommunene, og dessuten vil frivillige ha bedre forutsetninger for å lykkes i arbeidet. De vet mer om hvilke tiltak som er nyttige for befolkningen og om hvordan folk kan rekrutteres. Samarbeid mellom frivillige og kommunalt ansatte bør være likeverdig, men med sterkere forpliktelser til ansatte. Etter vår erfaring vil frivillige gjerne vite at det er muligheter for avløsning før de påtar seg ansvar over tid. Ansatte bør være tilgjengelige for bistand

og avlastning når de frivillige trenger det. Vi mener at forankringen til kommunedministrasjonen er nødvendig, men det er samtidig avgjørende at dette ikke medfører byråkratisering av samarbeidet eller at de frivillige mister sin selvstendighet.

Frivillig arbeid er verdifullt for lokalsamfunnet; det gir sosiale møteplasser, det gir folk muligheter for å oppleve å være til nytte og ikke minst utføres viktige arbeidsoppgaver. Derfor bør det være en kommunal forpliktelse å stimulere til frivillig innsats.

Tirsdagstrimmen



I Velhuset på Stovner er det alltid liv og røre, men damene på trimmen er ikke vanskelige å høre! Hver tirsdag kl. 11, da kommer de flokk. Med Eva og musikken setter trimmerne i gang, for her skal allting røres på i hopp og sprett og sprang.

«Å puste det er vesentlig – jeg tror vi tar en sang!» Så kommer latter'n ganske fort, og pusten er i gang. Alle har jo vondt et sted, men lar seg ikke stoppe, Vi strekker alt som strekkes kan om ikke vi kan hoppe.

Vi tramper og vi går på ski og ror med lange tak, vi krøller tær og bøyer knær og løfter på vår bak. Vi lærer ikke alt så fort, men hva betyr vel det – for alle rører kroppen sin, og alle er jo med.

Så siler svetten riktig fort, vi hiver etter luft – og inn fra husets kjøkken siver deilig kaffeduft. Og endelig er varmen god, vi daler ned på plassen, og Eva hun er lærer'n vår, og vi er liksom klassen.

Mot slutten tar vi «trippen» vår og det skal være topp, Men alltid har vi rotet litt, så Eva sier stopp! Så trekkes bak og mave inn, vi teller høyt til ti, og alle sammen drømmer om hvor lekne vi skal bli.

Så er det slutt for denne gang, vår kaffetrang er stor, vi strekker muskler riktig ut og dekker våre bord. Så slippes skravla løs igjen, og alle har det godt, å være her på Velhuset å trimme, det er flott!

Åse Lund-Isaksen, trimmer (Gjengitt med tillatelse fra forfatteren)

Litteratur

1. Helsedepartementet. Stortingsmelding 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.
2. Steihaug S, Nafstad P, Vikse R, Beier RM, Tangen T. Forebygging av lårhalsbrudd i Oslo, Stovner bydel. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 37–9.
3. Steihaug S, Ahlsen B, Eide W, Tjønneland AE, Refsnes KA, Kjør B, Sandvik E. Bydel Stovner – 14 år med grønn resept. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 310–1.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Gunhild Felde. Kontakt henne på gunhild.felde@online.no

Forventningar og krav til fastlegar og sjukehus

AV BJARNE BRÅTVEIT

Kravet til kvalitet i almenlegetenesta er aukande. Samstundes blir behandlinga stadig meir avansert, med potente legemiddel med mulighet for alvorlege biverknader og interaksjonar. Multifarmasi med fem til ti faste og like mange ved behov medisiner er ikkje uvanlig. For å unngå feilbehandling og sikre fornuftig ressursbruk, er det heilt avgjerande å ha dyktige fastlegar som tar ansvar for sine pasientar, som har oppdaterte, redigerte og oversiktlige journalar, og som samarbeidar godt med andrelinjetenesta. Fastlegeordninga gir eit godt organisatorisk grunnlag for å utvikle kvalitet og innhald i primærlegetenesta, men det faglege innhaldet må styrkjast, og samarbeidet med andrelinjetenesta må bli betre. Som primærlegar har me lett for å fokusere på kva me kan krevje av sjukehusa, men skal samarbeidet med andrelinjetenesta fungere, må det og være forutsigbart kva andrelinjetenesta (og pasientane) kan krevje og forvente av oss fastlegane. I denne samanhengen vil eg vise til punkt sju i NSAM sine sju teser for almenmedisin:

Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørane i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov.

Myndighetskrav til journalføring

Ot prp nr 99 (1998–99 om Fastlegeordningen) seier mykje om ideologien bak fastlegeordninga. Her blir det peika på at oppdatert, redigert og oversiktiglig journal er ein føresetnad for godt samarbeid med spesialisthelsetenesta og fornuftig ressursbruk, jmfør punkt 7.5.1

Bakgrunn: Et velfungerende helsevesen forutsetter godt samarbeid mellom den spesialiserte fylkeskommunale helsetjeneste og kommunehelsetjenesten. ... Fastlegen, eller den ansvarlig legen i gruppepraksisen (der det er felleslister) skal ha ansvar for planer for utredning og behandling, oversikt over tidligere undersøkelser og behandlinger samt oversikt over faste legemidler til personer tilknyttet listen. Slike kunnskaper om en definert pasientgruppe over tid vil være et viktig grunnlag for å avgjøre når og hvor pasienten skal henvises, og når pasienten mest sannsynlig ikke vil ha nytte av henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Journalforskriftene set og tilsvarende krav:

Ansaret for å strukturere journalen innebærer en plikt til å strukturere journaler på forsvarlig vis. Journalen må gjøres lett tilgjengelig for de som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, behandling og annen oppfølging av pasienten.



Bjarne Bråtteit

Kommunelege/Praksiskonulent kirurgisk og medisinsk avd.
Haugesund sjukehus.

Henvisningsplikta

I Ot prp nr 99 foreslo Departementet at det innføres en henvisningsplikt. I den samanhengen sa Dnlf:

Norsk helsevesen har satset på en godt utbygget primærhelsetjeneste der allmennlegen er en portvokter eller portåpner for de pasienter som har behov for henvisninger til andre deler av vårt helsevesen. Ordningen er blitt opprettet i full forståelse mellom både praktiserende spesialister og allmennleger om at dette har vært en hensiktsmessig ressursutnyttelse både for pasienter og samfunnet. Legeforeningen går inn for en henvisningsordning.

Helsetilsynet sitt syn:

Helsetilsynet deler departementets oppfatning av at ved innføringen av en landsomfattende fastlegeordning legges grunnlaget for å innføre henvisningsplikt også til praktiserende spesialister i annenlinjetjenesten. Vi er imidlertid betenkt over at denne plikten samtidig ser ut til å bli uthult gjennom ordning med egenhenvisning.

Konsekvensar

Dette betyr at det er fagleg enighet om, og lovfesta krav om at fastlegane skal ha ein heilt sentral funksjon innan medisinsk utredning, henvising, behandling og oppfølging.

At fastlegen til ei kvar tid har ein oppdatert, oversiktlig og redigert journal med à jourført medisinsversikt er ikkje berre eit faglig ynskje, men eit krav. Fortløpande uredigerte journalnotat + elektronisk lagring av epikriser kan ikkje seiast å stette kravet om «planer for utredning og behandling, oversikt over tidlige undersøkelser og behandlinger samt oversikt over faste legemidler», uansett kor gode kvart enkelt journalnotat er. Det er og eit krav at fastlegen skal koordinere medisinske utredningar. Tendensar til at pasientar blir henvist fram og tilbake innan spesialisthelsetenesta, og oppstart av «sjukepleiarpoliklinikkar» som overtar almenlegefunksjon for visse pasientgrupper kan vere i strid med sentrale føringar om dette ikkje skjer i nært samarbeid med fastlegen.

Me må ta utgangspunkt i at både fastlegane og andrelinjetenesta utfører sine tenester i samsvar med dei føringane som er vist til ovanfor. Eg har prøvd å konkretisere dette med krav til fastlegane og andrelinjetenesta:

Krav til fastlegane

1. Fastlegen har ansvar for å ha redigert og fullstendig oversikt over dei utredningane og den behandlinga listepasientane har fått
2. Fastlegen har ansvar for å sjå til at pasientane får tilbod om skikkelig oppfølging og kontroll av behandlinga, uavhengig av kven som har starta opp behandlinga.
4. Fastlegane skal levere gode og utfyllande henvisingar som set sjukehuset i stand til å vurdere og prioritere behovet for spesialisthelseteneste med utgangspunkt i utredning/ behandling som alt er utført.
4. Når ein pasient blir innlagt sjukehus frå legevaktt/ annan lege med mangelfulle bakgrunnsopplysingar, skal fastlegane fyrste ordinære arbeidsdag kunne gi sjukehuset nødvendige bakgrunnsopplysingar inkludert presise opplysingar om medisinsbruk
5. Fastlegen skal kontrollere medisinsforsskriving ved utskrivning og ta ansvar for at behandlinga blir fulgt opp som planlagt.
6. Fastlegen skal à jourføre/ oppdatere medisinsliste/ journal etter kontrollar hos spesialist.
7. Det er fastlegen som har ansvaret for behandlinga av kroniske sjukdomar som diabetes, hypertensjon, hjertesvikt osv, andrelinjetenesta er våre konsulentar.
8. Fastlegen og ikkje sjukehuset har ansvaret for å gi heimesjukepleie/ andre kommunale institusjonar nødvendig informasjon om behandling/ kontroll, inkludert oppdaterte medisinslister uavhengig av kven som har endra behandlinga.
9. Legevaktslegane/ andre primærlegar skal informere fastlege med kopi av journalnotat ved alle kontaktar som fastlegen bør vere informert om.

Krav til sjukehusa

1. Når sjukehuset har mottatt henvising med relevante opplysingar er det sjukehuset sitt ansvar å gi pasienten nødvendig utredning/ behandling innan rimelig tid. Fastlegen skal ha tilbakemelding om denne inntaksvurderinga, jamfør pasientrettighetslova.
2. Fastlegen skal alltid ha mottatt epikrise når pasienten kjem til kontroll, og seinast innan ei veke etter utskrivning.
3. Sjukehuset skal sende kopi av alle journalnotat frå polikliniske kontrollar ved alle avdelingar.
4. Sjukehuset skal gi fastlegen presise og fullstendige opplysingar om medikasjon og medisinsendringar, også for medisiner som blir styrt av spesialist (eks medisiner ved glaukom). Epikrisa skal innehalde fullstendig og presise opplysingar om medikamentell behandling, og alle endringar/ seponering/ nye medisiner skal nemnast spesielt. Tidligare medikament som er utelatt frå medisinslista utan at det står at preparatet er seponert, eller doseendring utan at det er spesielt nevnt er «avvik», og skal sjekkast av fastlegen før endringa blir iverksatt.
5. Kontrollavtalar og anbefalt kontroll (hyppighet og innhald) skal vere med.
6. Like lite som fastlegen kan krevje at ein henvist pasient skal få time på sjukehuset innan eit gitt tidsrom, like lite kan sjukehuset bestemme at pasienten skal ha time eit bestemt tidspunkt. Det er fastlegen sitt ansvar å syte for nødvendig ktr/oppfølging i samsvar med vanleg aksepterte faglege retningslinjer. Til vanleg bør epikrisa inneholde anbefaling om kontroll, og overlate innkalling til fastlegen. Ved behov for kontroll få dagar etter utskrivning skal sjukehuset kontakte fastlegen for å avtale fyrste kontroll.
7. Epikrisa skal innehalde nok informasjon til at fastlegen kan gi forsvarleg oppfølging. Eksempelvis er det nødvendig med opplysingar om INR-verdiar og Marevan-dose under sjukehusopphaldet for å kunne dosere Marevan forsvarleg etter utskrivning.
8. Sjukehusa skal til vanleg ikkje endre på pasienten sine faste medisiner når dette ikkje er ein del av bestillinga for henvisinga/ opphaldet. Spesielt skal ikkje blodtrykksmedisiner seponerast ved utskrivinga sjølv om pasienten har lågt blodtrykk under opphaldet («Alle» som ligg til sengs med infeksjonssjukdom eller etter ein operasjon får lågt blodtrykk.. Behovet for BT-behandling blir vurdert ut frå BT målt sitjande på kontoret når pasienten er «frisk», ikkje ut frå BT under sjukdom.)
9. Andrelinjetenesta er konsulentar/ utførarar for fastlegane sine bestillingar, ikkje overordna fastlegane. Det er fastlegane som skal ha styringa med behandlinga av kronikarane.

10. Diabetespoliklinikkar, astmaklinikkar, lærings- og mestringsentra og lignande må operere i nært samarbeid med fastlegen og ikkje overta som primærlege for pasienten. Berettigelsen av slike tilbod er diskutabel, tilbodet er stort sett tilgjengelig berre for dei som bur i sjukehuset sitt nærområde. Fyrst og fremst bør sjukehusa arbeide for å betre kompetansen i primærhelsetenesta slik at denne kan ta seg av desse kronikarane.

Problem/ forslag til tiltak

Skal almenlegetenesta fungere slik som skissert ovanom er det nødvendig at alle fastlegekontor er tilgjengelige alle arbeidsdagar året rundt. Større legesentra er det, og dei fleste fastlegane arbeidar i dag på legesentra. Men einlege-

praksisar vil være stengt inntill åtte veker årleg, og treng ikkje være open alle vekedagar. Alle har plikt til å ha vikar, men vikaren kan ha praksis ein annan stad utan tilgang på fastlegens journal. Utan tilgang til fastlegejournalen er et uråd for vikaren å fungere som fastlege i samsvar med desse krava. Det kan diskutast om dette er tilfredstillande ut frå myndighetskrava: Ved fråvår er vikaren pasientens fastlege, og har formelt same pliktene som ordinær fastlege til å ha ein oppdatert, redigert og oversiktlig journal. Etter mi meining bør det setjast krav til at alle fastlegane skal ha vikar som har tilgang til journalarkivet. Den beste løysinga er sjølvstøtt vikar på kontoret, men tekniske løysingar med oppkobling via sikre linjer er og mogeleg.



Forventninger til fastleger og sykehus

Jeg har hatt den glede å lese utkastene og diskutere med Bjarne Bråtveit under prosessen med skrivingen av artikkelen hans.

Journalskriving og å holde orden på journalen er en del av legearbeidet (faktisk meget pasientrettet). Journalføring er riktignok en plikt som helsepersonell har, men journalen er faktisk et meget viktig og velegnet verktøy til å kvalitetssikre utredningen og behandlingen av pasienten. Det er på denne bakgrunn Bjarne Bråtveits artikkel er viktig.

Lovverket (helsepersonell-loven kap. åtte og pasientjournalforskriften) gir en beskrivelse av hva journalen skal inneholde, men ikke hvordan journalen skal ordnes eller redigeres. Den legger til grunn funksjonskrav som «strukturert på forsvarlig vis», «lett tilgjengelig».

Det er vanlig praksis i forhold til helseovgivningen at fagmiljøene konkretiserer og operasjonaliserer lovens krav. Tidligere var det i tilsynsloven en passus som sa: «i samsvar med allment aksepterte faglige normer». Personlig beklager jeg at dette ble tatt ut av loven, men juridisk faglig blir det hevdet at «faglig forsvarlighet» dekker dette godt nok. Det er fagmiljøene som til enhver tid definerer hva som er faglig forsvarlig praksis på ulike områder, og dette endrer seg over tid med ny kunnskap og teknologi, politiske prioriteringer og forventninger fra befolkningen.

Det er viktig og riktig at fagmiljøene utvikler faget og lager retningslinjer og stiller opp faglige krav og forventninger. Journalskriving og tilrettelegging for god og sikker kommunikasjon mellom ulike nivåer i helsetjenesten er en del av faget. Det kan godt være at det er uenighet og ulikt syn

på det som Bjarne Bråtveit trekker opp i artikkelen, men da vil det være viktig å få i gang en diskusjon med sikte på å finne ut hvor lista for faglig forsvarlighet skal ligge på dette området. Mange journaler som jeg leser i tilsynssaker, er så rotete og lite oversiktlige at en kan lure på hvordan legen kan ha oversikt over sykehistorie, diagnoser og behandling. Det er sannsynlig at dette i mange tilfeller kan være en trussel mot sikker pasientundersøkelse og behandling.

Det andre hovedpoenget til Bråtveit er hvordan en kan og skal tilrettelegge for en konstruktiv kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det er viktig at det stilles krav til begge nivåer, og det er tydeligvis forbedringspotensialer både på innhold og form på henvisninger og epikriser. Kvalitetssvikt i helsetjenesten påvises oftest i samhandlingen mellom ulike helsepersonell og ulike nivåer i helsetjenesten. Suboptimalt samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er et globalt fenomen og ikke noe som bare finnes i vår hjemlige andedam.

WHO har satt opp «Lav risiko for skader» som ett av sine fem dimensjoner i kvalitetsdefinisjonen. Journalen er et viktig verktøy i bestrebelsen etter sikker pasientbehandling både i primær- og spesialistbehandlingen. Kommunikasjonen mellom ulike deler av helsetjenesten er likeledes avgjørende for at pasienten kan få sikker utredning og behandling. Her er store forbedringspotensialer

Målsetningen om en helsetjeneste som gir trygg pasientbehandling og lav risiko for skader skal vi alle være med på å fremme.

Ole Mathis Hetta, fylkeslege i Rogaland

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen og kommentaren? Inspirerer de deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com

Fastlegene tar kommandoen:

Dette er ikke en anmodning, det er en ordre!

AV HELEN BRANDSTORP

- «Det har vært bred pressedekning fra inn- og utland», står det på hjemmesiden til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.
- «Den største katastrofeøvelsen på norsk jord noensinne» mener forsvarsdepartementet (www.odin.dep)
- «Alt av akuttmedisinsk interessert fagpersonell følger med på det som skjer her oppe», overhørt sagt av en høytstående offiser i hærens sanitet.

Fire tusen involverte, hele ti nasjoner i intens samhandling over ni septemberdager rundt katastrofale hendelser i Porsanger og Nordkapp kommuner. Prislapp som vel beveger seg mot hundre millioner.. «Koste hva det koste vil», var i følge pålitelige kilder beskjeden fra øverste ansvarlige, Kjell Magne Bondevik.

Utenriksministeren åpnet showet og Utposten var der det skjedde, som det eneste medisinske medium vi har kunnet spore. Blant flere lokale fastleger, sykepleiere og ambulanspersonell fikk vi erfare realistiske, krevende utfordringer da hurtigruta Nord-Norge brant, olje fylte ytre Porsangerfjord og terrorister lagde flystyrt med spredning av nervegass utover indre deler av Porsanger.

Heftig? Veldig!

Spesielt med tanke på at distriktslegene, «vanlige» fastleger, fikk ta kommandoen.

La oss ta det litt roligere. Hva har skjedd som Utpostens medredaktør er så beveget av?

Hva er Barents Rescue 05? Hvorfor i Finnmark?



Bakgrunnsstoff

Norge har siden 1993 hatt et formalisert internasjonalt samarbeid i Barentsregionen. Det foregår på to plan, regionalt mellom fylker («Barentssamarbeidet») og nasjonalt mellom regjeringer («Barentsrådet»). Katastrofeøvelsen Barents Rescue 05 er en øvelse organisert under dette samarbeidet og inngår faktisk i en serie av øvelser. Den første var i Sverige 2001.

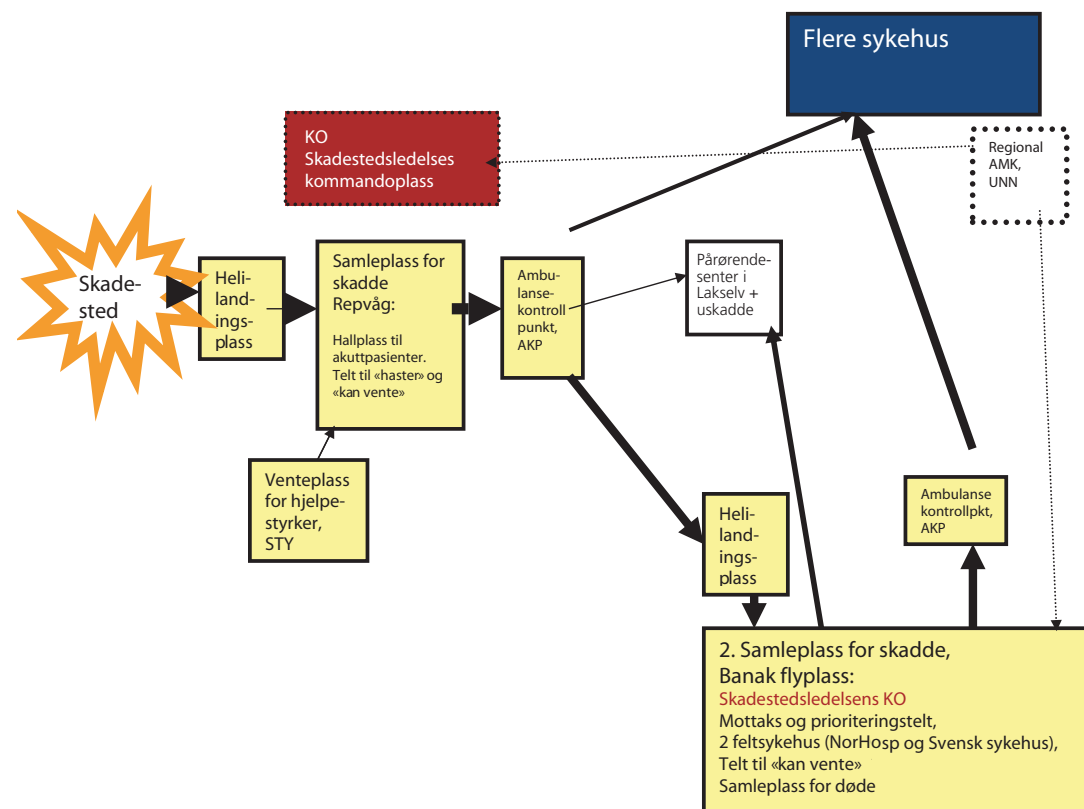
Når Norge stod for tur fikk Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (Dsb) ansvar for planlegging og gjennomføring av øvelsen. Justis og politidepartementet hadde det øver-

ste ansvaret. To år tok planleggingen, på høyt nivå, og det arbeidet gav i seg selv mye. Selve scenariet ble klart ved at Dsb ganske enkelt spurte myndighetene i Finnmark om hva de frykter mest. Skipsulykker med store oljeutslipp er et skrekksenario for så vel redningstjenestene som for den sårbare arktiske naturen vi lever i og av her oppe.

Størrelsen på scenariet måtte være stort for å få til et internasjonalt øvelsessamarbeid. Omfanget av personskader og oljesøl måtte være så enormt at bistanden ikke bare måtte komme fra andre landsdeler, men også andre land. *(forts. neste side)*

* Samarbeidet ble formelt etablert i 1993 da den såkalte Kirkenes-erklæringen ble underskrevet. På det regionale planet omfatter «Barentssamarbeidet» i dag prosjekter innen bl.a. næringsvirksomhet, IT, miljø og helse, kultur, reiseliv, utdanning og forskning. Barentssamarbeidet er mellom 13 fylker, län, okrugs, oblasts og republikker i Norge, Russland, Finland, Sverige. Barentsrådet, eller Barents Euro-Artic Council, representerer samarbeidet på regjeringensnivå og har seks medlemsland; Norge, Sverige, Danmark, Island, Finland og Russland – og Europakommisjonen. I tillegg er ni land observatører. Barentsrådet møtes nå annethvert år på utenriksministernivå.

Evakueringskjeden i Barents Rescue



I flere land ble altså forskjellige etater involvert og måtte samarbeide; forsvar, politi, sivilforsvar, helsetjenester, oljevern-beredskap, kystvakt og markører av ymse slag fra hele Norge og i tillegg til noen fra Sverige.

Helse Nord fikk oppgaven med å organisere helsetjenestens innsats under øvelsen. Primærhelsetjenestene og ambulansetjenesten i Nordkapp kommuner og Porsanger kommuner ble tidlig invitert til å delta sammen med sykehusene i regionen. De lokale etater forsøkte å planlegge samarbeid så godt som det lot seg gjøre. Grove deler av ulykkescenariet var altså kjent, men litt for stort til at man riktig forstod omfanget og kunne detaljplanlegge.

Sivilforsvaret i hele fylket var sentrale aktører. Tre fastleger i Øst Finnmark er aktive sivilforsvarsleger, deriblant Utpostens medredaktør. Vi ble involvert i god tid og kunne mentalt forberede oss ut fra omrisset av en masseskadesituasjon. Vår personlige erfaring i internasjonale katastrofeøvelser og tilgjengelig litteratur var vel heller sparsom, men akuttmedisin i mindre skala hadde vi erfart og jobbet med på mange måter. Man kommer borti litt av hvert som distriktslege*.

* Bjørn Kvammen; Historie fra virkeligheten: Aprilspøk, eller? Utposten nr 7, 2004

04.09.05, kl 0900:

... Hurtigruta «Nord-Norge» har kollidert med en oljetanker. Det er brann om bord og det lekker olje i havet ...

Utenfor det bitte lille samfunnet Repvåg, ca 15 mil ut i Porsangerfjorden, har det verst tenkelige skjedd. Det er turistsesong, og mange mennesker er i fare. Alarmen går fra lokal 110-, 112- og 113-sentral til Hovedredningssentralen (HRS) i Bodø og videre nedover i landet. Dette er en nasjonal katastrofe! – eller er den internasjonal!?

Fastlegene i Nordkapp kommune får melding via radiosambandet og rykker ut med sitt ambulanspersonell og noen sykepleiere. Medisinerstudenten er også med. Fastlege Klemet Somby i Lakselv får den samme meldingen og ambulansetjenesten er veldig klar! Likeledes får annet helsepersonell i kommunene beskjed, sykestua blir evakuert og mottak klargjort. Sivilforsvarsenhetene i Finnmark begynner sin innkalling etter nitidig oppdaterte telefonlister. Sivilforsvaret kan lage samleplats, kan førstehjelp, kan alt om bårer og kan løse problemer på mange plan. Mange er nevenyttige, selvstendigtenkende individer som har en høy grad av integritet. Livet i Finnmark har også lært dem ett og annet..

Utpostens medredaktør kaster seg i bilen i Tana og er på den militære flyplassen Banak i Lakselv kl 12, ikledd full sivilforsvars uniform, – litt stor og uformelig, men klart gjenkjennelig. Skadestedsleder på Banak er ikke helt i gang ennå, men løser den ivrige legen videre. Skadestedsleder er politi og øverste sjef på et skadested eller på 2. samleplats som Banak er.

På samleplats, Repvåg, første dag:

Ulykkestedet var altså langt ute i fjorden, i rom sjø, og det var et stort arbeid bare å evakuere pasienter fra skipet eller fra det kalde vannet og inn til land, til samleplats. Mye helikopterkapasitet ble brukt til det. Samtidig skulle en vanskelig tilgjengelig brann slukkes og oljesølet begrenses. Det krevdes mye forskjellig personell og god koordinering. Selv som øvelse var dette risikofyllt. Det sies at i øvelser på denne størrelsen går det som regel et liv eller to tapt.

Ved vannkanten ble det markert en helikopterlandingsplass der pasientene kom inn fra sjøen, og planen var å frakket dem til sivilforsvarstelt i første omgang, til akutt førstehjelp og prioritering. Noen ble imidlertid liggende her for raskest mulig transport videre til Banak med helikopter. Første pasient dit gikk i et russisk militært helikopter, mange timer etter ulykken skjedde.

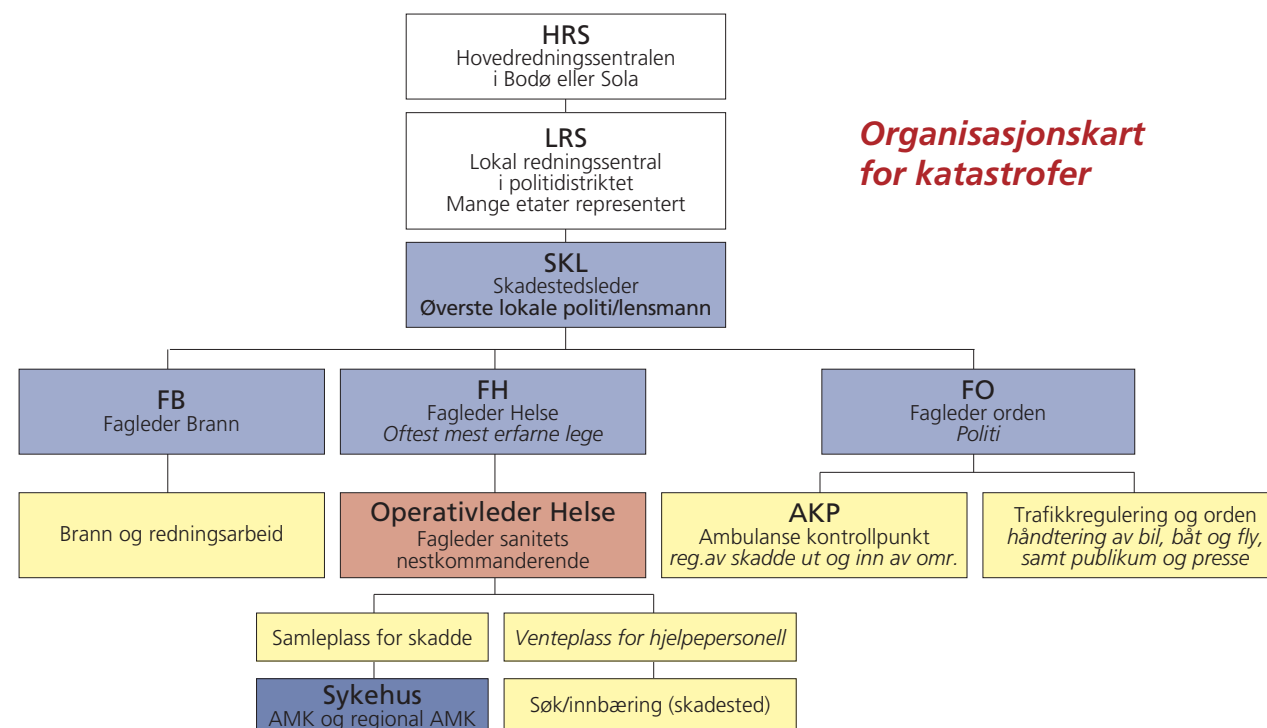
Pasientene fikk hengt på seg skadelapper hvor man kunne notere etter hvert, og hvor man kunne gi tydelig tegn om rød akutt, gul haster eller grønn vanlig pasient. Klare kriterier for de forskjellige prioriteringene var vel ikke soleklare for noen, men de gav nyttige pekepinner. Fagleder Helse

(= fagleder sanitet) var Bjørn Nordang fra Nordkapp. Kommandosentral (KO) der skadestedsledelsen på Repvåg befant seg, var i en smart ombygget buss. Fagleder er øverste leder for alt helsepersonell og har sin plass i KO, hvis det er tjenelig. Operativleder helse er oftest et erfarent ambulanspersonell og Fagleders Helses viktigste samarbeidspartner. Han kan gjøre mye for Fagleder Helse, også ta organiseringssjebben i KO. Det ble gjort andre øvelsesdag i Repvåg.

Første dag kom det hele 565 pasienter inn til Repvåg. Innrykket var enormt; mye brann og røykskader, en del mekaniske traumer og ellers hva man kunne forvente. Hjerterstans ble defibrillert, hjerteinfarkt fikk prehospitaltrombolyse, samisktalende pasienter fikk tolk og de mange bevisstløse ble passet på. Alle fikk mye å gjøre. Organisering av personellet på stedet var en vanskelig jobb, men viktig for å effektivt ta seg av pasientene. Helsepersonellet fungerte ikke, men etter hvert kom sivilforsvaret Fagleder Helse til unnsetning med sitt samband. Kommunikasjonen gikk til AMK-Hammerfest og regional-AMK på UNN. Private mobiltelefoner ble brukt når ikke annet fungerte. Dessverre var det ikke planlagt mat og hvile til helsepersonellet ute i fjorden. Jobben var fysisk krevende og været surt, den psykiske påkjenningen kjente man kanskje tydeligere etter øvelsen, men når man må gjøre seg upopulær fordi man har spist en guffen nødrasjon tiltenkt markørene, ja, da kan man klage litt.

På 2. samleplats, Banak, første dag:

På Banak ble det gjort klart for mottak av pasienter man ventet sendt utefra fra Repvåg. Det ble tilrettelagt for mer



Organisasjonskart for katastrofer



Noen var bedre beskyttet mot nervegass enn andre...

avansert behandling, stabilisering, gjentatte prioriteringer og tilslutt videre sending med luftstransport til sykehus i inn- og utland.

Fra Sverige var et profesjonelt team kommet med et felt-sykehus i oppblåsbare telt. De var anestesipersonell og hadde respiratorkapasitet til to–tre stykker. Det var ikke første gang de gjorde noe i sine telt. Ordning og reda! Svenskene viste oss blant annet flotte skjema for nøyaktig prioritering. De var høflige og lette å jobbe med, – som vi forventet.

Fra norsk side ble «NorHosp» prøvd ut for første gang her nord. NorHosp er en del av den sivile beredskapen i Norge og består av feltsykehus som de regional helseforetakene har fått ansvar for. Urologisk avdeling på UNN, med «krigskirurg» Due i spissen, har tatt utfordringen og ville under Barents Rescue teste ut om det betyr noe at personellet er fra samme avdeling. Gjør personlig kjennskap til hverandre at det viktige samarbeidet glir lettere? NorHosp bestod av mange senger og mye kirurgisk utstyr lokalisert i en stor hall rett i mot det svenske sykehuset. Hele avdelingen var med, både merkantilt- og helsepersonell, og samarbeidet fungerte utmerket. Da et russisk spesiallege-team kom for å hjelpe til, var det flott å kunne henvise til NorHosp kirurg Katja, opprinnelig fra Arkhangelsk. Mellom feltsykehusene plasserte Siviltforsvaret sitt lange oppvarmede, mottaks- og prioriteringstelt med bærer, ulltepper og medisinsk utstyr og en del medisinsk personell. Litt lenger bort, ikke så sentralt

plassert var egne telt til lett skadde og til døde. Forpleiningsvogna med mat og drikke var åpen nesten hele døgnet.

Kommandosentralen på Banak var tett på de viktigste funksjonene: svensk og norsk feltsykehus, mottaks- og prioriteringstelt samt Norges tredje største flystripe. Visuelt meget oversiktlig.

Fagleder Helse- funksjonen gikk på omgang den første dagen. Pasientene kom i puljer og det var mye mottaksapparat som skulle organiseres sammen. Ting gikk seg til etter hvert. Kommunikasjon var utfordringen, men radiobruk er jo egentlig ikke vanskelig. Det er effektivt! Og er man sjef blir man lyttet til.

Oversikt var viktig. Det måtte noteres, det måtte lages system for å ha oversikt over pasientene på feltsykehusene og i siviltforsvarets telt. Likeledes måtte innsatspersonellet telles og registreres. En kirurg varer ikke evig uten mat og hvile. Noen må bære de tunge bærene.

For å kunne forvalte transportmidlene måtte behandlerne oppgi status hver time på sine pasienter. Katastrofeledelsen på UNN hjalp til med å tenke kontroll og system. De hadde oversikten over sykehuskapasiteten i Norden. Haukelands brannskadekapasitet blir fort oppbrukt. Respiratorkapasiteten i Finnmark er liten, Nord-Norge blir også for lite. Finland er nærmeste nabo.

Kun i samarbeid med UNN var det mulig å velge hvem som skulle med Herkules flyet til Kirkenes, hvilke pasienter svenskene skulle ta i sin splitter nye sykehus-Boeing 737 eller når uskadde kunne sendes opp til «påførende-senteret» i idrettshallen. Men det er lege på stedet som har øverste ansvar for sine pasienter, i følge kommunehelsetjeneste loven. Litt vanskelig å huske det hele tiden i dialog med tunge sykehusleger, – sittende langt unna..

At distriktslegens telefonskrekk for lengst var kurert var viktig, en yrkestypisk opparbeidet beslutningsdyktighet kom til sin rett, likeledes samarbeidsevner i akutsituasjoner, men også stresshåndteringsegenskapene man får «alene» på vakt. Kommanderende tilbøyeligheter som daglig undertrykkes kunne nå blomstre. «Tydelighet i form av ordre skaper trygghet i organisasjonen når det er så kaotisk som nå», var en grønnskledts himmelsendte kommentar.

Skrivearbeid er vi fastleger vant til, vi må være nøye og vite hva vi skriver. Til slutt er vi vant til å måtte være kreative når det gjelder logistikk i vårt arbeidsområde. Jeg er sikker på at en innflyet sykehuslege ikke kan disse tingene bedre i vårt område. Men de kan helt sikkert sette et toraksdren raskere og krash-intubere uoversiktlige luftveier mer skånsomt.

Det ble natt første dag...

Natten var preget av usikkerhet. Kommer det flere? Vi bør vel hvile så mye som mulig. Det var blitt kaldt så noen markører ble meldt som «no-play» hypotermie. En markør spilte så godt og gjemte seg så lurt at de som søkte på stranden ikke fant henne. Spillet ble stoppet. Hvor lenge? Hva har spilletelsen pønsket ut av overraskelser?

Etter en urolig, kort natt på feltseng ble vi vekket av at det ble ropt en melding om flere pasienter. Tannbørsten var en uoppnåelig luksus. Deodoranten også. Og det var jo i dag alle ministrene skulle komme.. Kronprins Haakon også! Liten tid til uvesentligheter. Utrolig hvor lite bekymret man kan være hvis man overhodet ikke har tid! Utrolig hva hode og kropp kan klare av omstillinger i nødsituasjoner.

Utover i uka ...

Barents Rescue 05 bestod av to døgn med Hurtigrutebrann og oljesøl. Dag tre fikk øvelsen en annen ulykke på toppen. Et småfly styrtet et sted i skytefeltet Halkavarre. Kun kartkoordinatører fra en GPS ble oppgitt, og det er kjedelig få militære veier inntegnet på et sivilt kart. Frem med turkunnskapen!

Terrorister hadde plassert nervegass om bord på flyet, og gassen spredte seg utover. Både flypassasjerer, det første

innsatspersonellet og tidlig ankommet presse omkom. Gassen var usynlig og forårsaket kramper og lungeødem på mange. Utfordringen for undertegnede, Fagleder Helse på skadested, ble å trekke seg tilbake uten å yte førstehjelp til kjente man lett kunne hjulpet. Operativleder Helse på skadestedet tenkte raskt på gass og «reddet» derfor mange sitt liv den dagen.

Motgift ble etter hvert skaffet fra forsvarrets lagre, mye på grunn av Fagleder Helse i KO, Bjørn Kvammen. Sannsynligvis ville det tatt svært lang tid i det virkelige liv da forsvar og sivile etater har liten tradisjon for felles øvelser eller planverkssamarbeid. Vi vet lite om hva «de grønne» bedriver og har av ressurser. ABC har stått for Airways, Breathing, Circulation for mange akuttmedisinere inntil øvelsen. Nå vet noen av oss at det er forkortelsen for kjernefysiske (Atomic), biologiske (Biologic) og kjemiske (Cemical) våpen. Forsvaret er de som kan dette!

Nervegass rammer raskt, men hvis du overlever og er kontaminert må du og alt ditt desinfiseres. Mobile rensenheter kom til øvelsesområdet fra siviltforsvaret og fra Sverige. En stor rensestasjon ble opprettet ca to km fra ulykkesstedet, der også kommandosentral ble etablert. Utpostens medredaktør, som hadde vært i forurenset område, måtte pent kle av seg og fikk grundig vask av svenske, kvinnelige «romvesener». Erfaringen som våt, ventende pasient ble noe av det siste fra øvelsen. Nyttig det også.

Du verden så viktig det er med vennlig profesjonalitet, når man føler seg liten og avkledd. Er man engstelig eller skadet i tillegg forstår jeg at det er best om helperne kan sine ting. Jeg ønsker meg flere øvelser til jul!

Helen Brandstorp i aktivitet.

GRO HALVØRSEN, HAMMERFEST SYKEHUS



Førstegangsforskrivning

1. Foreligger medisinsk indikasjon?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
2. Kjenner du pasienten?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
3. Er ikke-medikamentell behandling vurdert?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
4. Er ikke-vanedannende medikamenter vurdert?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
5. Er det forhold ved pasienten som bør foranledige ekstra varsomhet ved forskrivning?	Ja/nei
Hvis ja, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
6. Er forhold til kjøreevne/førerkort vurdert?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
7. Er varighet av forskrivning/pakn.størr. vurdert?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
8. Er dose vurdert i forhold til alder?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	
9. Er det informert om bivirkninger/avhengighetsrisiko?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei

Annengangsforskrivning

1. Ny forskrivning ved konsultasjon?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
2. Er videre forskrivning gjennomtenkt i forhold til gevinst/risiko?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
3. Er plan for gjennomføring av behandling dokumentert i journal?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
4. Er det gitt informasjon om fare for avhengighet?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
5. Er det gjort avtale om kontroll?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	

Vanedannende legemidler i allmennpraksis

— hvor ligger problemet?

AV IVAR SKEIE

Vanedannende legemidler er en kilde til bekymring – for flere. Pasientene kan bekymre seg over muligheten for å utvikle avhengighet eller for å bli nektet medikamenter de mener de trenger eller for å få stempel som pille-misbruker. Legen kan bekymre seg over å bidra til at pasienter blir avhengige, for å bli satt under press av pasienter og for å ikke følge retningslinjer for «god medisin». Og myndighetene kan bekymre seg for at overforbruk av disse medikamentene kan bidra til økt uhelse i befolkningen, lekkasje av legeforskrivne medikamenter til misbrukermiljøer og til uheldige virkninger, f.eks. i trafikken og arbeidslivet.

For det første dreier det seg om sterke og middels sterke smertestillende midler. Årvåkenheten ved bruk av sterke opioider (A-preparater) er stort sett tilfredsstillende og det er ikke disse midlene jeg vil fokusere på her. Imidlertid kan fast bruk av lettere opioider, særlig blandingspreparater av kodein og paracetamol være et problem. For det andre såkalte «beroligende midler» – stort sett benzodiazepiner. For det tredje sovemidler med avhengighetspotensial, benzodiazepiner og benzoliknende midler. For det fjerde «muskelavslappende» midler, av disse er nå bare karisoprodol (Somadril®) registrert.

Indikasjon og avhengighet

Alle disse legemidlene har sin indikasjon, men grensa mellom bruk og misbruk kan være lett å trække over, og hos legemiddelavhengige og tyngre stoffavhengige går gjerne flere av disse midlene igjen i det problematiske legemiddelkaoset. Derfor må både pasient, lege og myndigheter tenke gjennom indikasjonen for bruk av midlene, og veie de positive mot de negative sidene. For de fleste av legemidlene i disse gruppene er det etter min vurdering en overvekt av argumenter for at de skal være registrert. For to midler er jeg imidlertid sterkt i tvil hvorvidt det er noen god grunn for å opprettholde registreringen, nemlig flunitrazepam og karisoprodol.

Indikasjonen for disse midlene er stort sett kortvarig behandling av helseproblemer som medfører betydelig lidelse i form av smerte, angst eller søvnproblem. Problemer kan imidlertid raskt oppstå når de brukes i sammenhenger der disse problemene *ikke* er kortvarige. Både smerte, angst og søvnproblemer er hos svært mange pasienter av kronisk karakter. Da kan man hos en del ganske raskt oppleve en tilvenning til midlene, med toleranseutvikling, abstinens ved fravær av medikamentet og rebound-effekter ved seponering. Hvis forskrivningen da fortsetter, er veien til avhengighet ofte ikke svært lang, og avvenning er ofte vanskelig. De fleste som blir avhengige av B-preparater på denne måten, er ikke «narkomane» i den vanlige betydningen av begrepet, og det er i de

aller fleste tilfeller pedagogisk uklokt å gi dem denne merkelappen. Men i noen tilfeller kan en slik avhengighet utvikle seg til eskalerende misbruk, og da gjerne kombinert med alkohol. Det legeforskrivne medikamentet kan i slike situasjoner bli et rusmiddel. Grensa mellom pilleavhengighet og tungt blandingsmisbruk blir mindre skarp, og tilstandene glir over i hverandre. Når denne situasjonen oppstår, er både pasienten og legen i et utføre.

Noen pasienter er i større fare for å utvikle legemiddelavhengighet enn andre. Dette gjelder særlig pasienter med visse former for personlighetsproblematikk som disponerer for en «piller-som-løsning»-holdning til å døyve psykisk smerte. Når legen «værer» personlighetsforstyrrelser, bør hun være ekstra varsom med forskrivning av disse medikamentene. Det samme gjelder overfor ungdom og dersom pasienten tilhører et miljø eller en kultur med stort forbruk av slike midler. Slike miljøer er gjerne preget av «piller-som-løsning», og pillene deles ofte i stort omfang.

Avvenning ved langvarig, fast bruk av B-preparater er ofte problematisk, og i en del tilfeller viser det seg ikke mulig å få til. Derfor er det kanskje viktigst av alt at legen er forsiktig ved bruk av disse medikamentene på pasienter som ikke har utviklet avhengighet, ved første-, annen- og tredje-gangs forskrivning. For de som er avhengige, må man vurdere om de skal «tilbys/pålegges» avvenning. Men er det slik at alle faste brukere skal avvennes? Eller er det slik at både legen og pasienten i noen tilfeller må akseptere en nestbeste løsning, som kan være en kontrollert forskrivning etter avtalte faste retningslinjer mellom legen og pasienten? Og er det i noen tilfeller akseptabelt å tenke «skadereduksjon» også her – i form av kontrollert utlevering av B-preparater, evt. daglig – for å unngå at enkelte «vanskelige» pasienter skal skape alt for mye kaos i andre deler av helsevesenet, særlig på legevakter og sykehus? Jeg skal ikke her gå i dybden i drøfting av disse spørsmål, men bare framheve ett viktig poeng: (Fast)-legen må avklare sin holdning til forskrivning i forhold til hver enkelt pasient og det bør foreligge klare avtaler i hvert enkelt tilfelle.

Legenes holdninger

Det bør være et mål å redusere totalforskrivningen av benzo og andre B-preparater, særlig til faste brukere. Generelt skrives det ut mer enn det som er indisert ut fra legemidlenes egentlige indikasjonsområder. De fleste leger vil være enig i at totalforskrivningen – og deres egen forskrivning – av benzodiazepiner bør ned. Unntaksvis finnes leger med ukritisk forskrivning. Mitt klare inntrykk er at de aller fleste leger har «riktige» holdninger, men at det likevel kan være et sprik mellom «holdninger» og «praksis». Dette er forhold de fleste leger kjenner godt igjen og oppfatter som ubehaglige og «vanskelige», og legene møter gjerne **sterk vegring og motstand** fra pasientene når «nedtrapping» og «avvenning» bringes på bane. Vi skal heller ikke være moralistisk blinde for at benzodiazepiner, endog som fast medisiner, faktisk kan være et nyttig medikament for en del pasienter med angstproblemer når de brukes på rett måte.

Jeg mener det derfor er begrenset hva man kan oppnå ved å appellere til legenes «holdninger», jeg vil hevde at det vi kanskje mest trenger er gode **redskaper** til å ta fatt i problemene med.

(forts på neste side)

Langtidsforskrivning

1. Foreligger medisinsk indikasjon (ikke avhengighet)?	Ja/nei
Hvis ja, hvilken? ...	
Hvis nei, foreligger medikamentavhengighet?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	Ja/nei
Hvis ja, hvorfor? ...	
2. Ved medikamentavhengighet, mener du det er rett å forskrive til pasienten?	Ja/nei
Hvis ja, er nedtrapping/avvenning vurdert?	Ja/nei
Hvis ja, skal nedtrapping iverksettes?	Ja/nei
Hvis nei, skal dette vurderes?	Ja/nei
3. Er det vurdert om forskrivningen totalt sett bedrer pasientens livskvalitet?	Ja/nei
Hvis ja, hvordan?	
Hvis nei, likevel forskrive?	
4. Foreligger avtale med pasienten om behandlingsplan?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	
5. Er det innhentet second opinion?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	
6. Er hensyn til kjøreevne/førerkort vurdert?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	
7. Er det vurdert om det kan foreligge større misbruk, blandingsmisbruk?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	
8. Er du sikker på at det er pasienten – og ikke andre – som bruker medisinen?	Ja/nei
Hvis nei, likevel forskrive?	
9. Føler du deg under ikke-faglig press ved forskrivningen?	Ja/nei
Hvis ja, likevel forskrive?	



Sjekklistemetoden

Prinsippet i denne metoden er at legen – helst etter en bestemt prosedyre og plan og med bestemte mellomrom, skal stille seg selv en del spørsmål i forhold til forskrivning til den enkelte pasient. Gjennom svarene vil hun avklare hvilke pasienter som har en god eller akseptabel grunn til å bruke disse medikamentene, og hvem som ikke har det, og hva hun vil gjøre i forhold til den siste gruppa. Når det gjelder dem som får mer eller mindre fast forskrivning, vil hun avklare om hun mener de fortsatt bør få fast forskrivning. Disse er da ikke lenger et «problem». Hun vil videre «tvinges» til å legge en plan i forhold til de andre. Dette vil rydde landskapet. En slik spørsmålsrunde i forhold til de faste brukerne bør gjennomføres minst en gang i året. Og helst bør sjekklista legges inn i datajournalen som en «makro». Første etappe bør være å registrere hvilke pasienter som har et «problematisk» B-forbruk. Kanskje vil vi da oppdage at det er færre enn vi fryktet, fordi de tar så stor plass i synsfeltet vårt. Selv gjennomførte jeg en slik registrering gjennom to måneder, og fant til min forundring at jeg bare fikk tjue navn på lista, og av disse avklarte jeg i forhold til meg selv at ti skulle få fortsette med fast forskrivning på «godt eller akseptabelt» grunnlag og at det bare var ti jeg måtte lage en «plan» for. Mest effektiv vil denne metoden være når den brukes i en kollegagruppe, som et kollektivt audit-redskap. Vi bør venne oss til se hverandre såpass i kortene!

Sjekklista

I margen på de to foregående sidene gjengis forslag til en slik sjekkliste. Den bygger delvis på og er inspirert av et vedlegg til Helsetilsynets veileder «Vanedannende Legemidler, forskrivning og forsvarlighet – Helsetilsynet 2001 – IK-2755».

Rødhet er fremdeles redd for å bli spist

Viser til Karin Tidemanns innlegg¹ i Utposten nr. 5–2005 som svar på min artikkel i samme nummer om kjøp av helsetjenester². Jeg kommenterer ikke alt, men noen utvalgte punkter.

1. Hva er en lettere psykisk lidelse?

I mitt første innlegg var jeg bekymret for at det kun var mennesker med lettere psykiske lidelser som skulle få hjelp gjennom denne ordningen, mens de med mer alvorlig sykdom måtte vente i den sedvanlige køen. Tidemann imøtegår kritikken ved å si at alt som ikke er psykosier er definert som «lettere psykiske lidelser». Altså er det ingen diskriminering, alle deprimerte og alle angstnevrotikere kan tenkes å omfattes av ordningen. Det var en nyttig presisering. MEN, man trenger ikke være lege for å vite at det er ganske stor forskjell på en *dyp* depresjon og en *lett* depresjon, på endogene depresjoner og reaktive depresjoner. Forskjellen ligger ikke minst i *tiden det tar*. Et menneske med en dyp endogen depresjon kan ikke uten videre snakkes frisk(meldt) i løpet av tre måneder, og vil i hvert fall ha behov for oppfølging over lengre tid. Og for mange av dem med – skal vi kalle det «tyngre lettere lidelser» vil det være både krenkende og antiterapeutisk å bli avvist fordi man er for syk, eller å måtte slutte hos en terapeut fordi takstameteret har nådd grensen. Med andre ord er det fremdeles mest aktuelt å henvise dem som er i den *lette* enden av de lettere psykiske lidelsene til denne ordningen. Altså pasienter vi sannsynligvis kan behandle selv. De andre står fremdeles i den laange køen. Og den køen blir neppe stort kortere ved at vi har anledning til å henvise dem vi ikke trenger å henvise til lynpsykologene.

2. Kan pasienten nekte å la seg henvise til kjøp av helsetjenester?

Og vil det i så fall føre til konsekvenser for sykepengene? Karin Tidemann mener nei, det er fastlegen som skal vurdere om det er nødvendig med henvisning, og ingen skal tvinges. Det høres bra ut. Men da er det i beste fall en uenighet innen RTV: Vi hører jevnlig historier fra kolleger om at det lokale trygdekontoret ikke godtar at pasienten «bare» går til allmennlege for sin psykiske lidelse. Tilliten til oss som kompetente nok til å vurdere om henvisning er hensiktsmessig, deles altså *ikke* av alle trygdefunksjonærer. Rogaland legeförening skrev i april 2005 et brev til fylkestyngdekontoret for å få avklart en del punkter ved «Kjøp av helsetjenester». I svarbrevet³ vises det til at Trygdeetaten er pålagt å drive et aktivt individuelt oppfølgingsarbeide (...) bidra til at den enkelte så raskt som mulig kommer tilbake i arbeid». Vi vet at trygdekontorene noen ganger foreslår kjøp av helsetjenester, og det er ingen grunn til å tro at de ikke vil foreslå det også ved psykiske lidelser, nå som den muligheten er kommet. I svarbrevet fra RTV utelukker man ikke at en pasient kan miste sykepengene hvis hun ikke tar imot et tilbud om kjøp av helsetjenester. Det vises til Folketrygdlovens §8–8 hvor det heter at medlemmet kan miste retten til sykepenger dersom det nekter å ta imot behandling/utredning. Med min logikk betyr dette at Rødhet kan bli påtvunget en henvisning til en kjøp-av-helsetjeneste-psykolog, og at hun kan nektes sykepenger dersom hun ikke tar imot det tilbudet, fordi hun dermed motsetter seg behandling. Jeg er derfor *ikke* beroliget av Tidemanns svar.

3. Hva med taushetsplikten?

Tidemann viser til at trygdefunksjonærer har taushetsplikt ifølge forvaltningsloven. Hun tilføyer at trygdekontorene må få lov til å utveksle opplysninger

med helsepersonell, da det ellers ville skape «en meget vanskelig behandlingssituasjon». Ja, trygdekontoret skal naturligvis kommunisere med fastlegen – og andre – i den grad det er *nødvendig* for å ivareta pasientens behov. Det gjør vi i dag, og det skal vi fortsette med. Paragrafene som regulerer dette, kjenner alle. Men Tidemann hopper elegant bukk over mitt spørsmål, som handler om «need-to-know» i motsetning til «nice-to-know»: Hvorfor skal både det lokale trygdekontoret og Fylkestyngdekontoret ha epikrise fra psykologene? Hva i all verden skal de med den? Hvordan kan det være *nødvendig* av hensyn til undersøkelse og behandling? Det burde holde i lange baner med en melding om at behandlingen er utført, diagnose og evt. prognose. Hvis man er bekymret for at leverandøren ikke skriver epikrise, går det vel an å spørre pasientens fastlege, som er *den eneste som trenger epikrisen*. Både Tidemann og fylkestyngdekontoret i Østfold svarer at fylkestyngdekontoret trenger epikrisen for å kontrollere at leverandøren gjør jobben sin. Jeg godtar ikke dette. Jeg godtar ikke at Rødhettes innerste hemmeligheter skal sendes til to uvedkommende instanser som ikke har annet formål enn å *kontrollere* en tredje part! Og et lite apropos: Hvorfor skal henvisningen også gå via det lokale trygdekontoret? Hva skal de med den, når det faktisk er legen som vurderer indikasjonen?

Jeg synes RTVs svar på spørsmålene om taushetsplikt er spesielt bekymringsfulle, for det demonstrerer– igjen – at RTV synes å ha en fundamental mangel på forståelse for hva taushetsplikten er til for, og hvem den skal beskytte. Det er ikke slik at enhver som har taushetsplikt etter en eller annen lov har anledning til å lese opplysninger om Rødhettes liv, hennes sorger og engstelse, hennes misbruks-historie og selvmordstanker. Det er bare Rødhettes behandlere som skal ha tilgang til de opplysningene!

Den samme grunnleggende mangelen på forståelse har vi fått demonstrert en rekke ganger i forbindelse med blåreseptprosjektet: En etat som kan forlange en hel journal for å kontrollere *én* resept, har ikke forstått helselovgivningen, og er etter mitt skjønn ikke til å stole på. Og nå skal de altså ha opplysninger om en persons psykiske sykdom for å «kvalitetssikre» en leverandør. De har ingenting lært. Jeg kommer til å fortsette å kjempe med nebb og klør mot denne etatens gjentatte forsøk på å utvanne pasientenes soleklare rett til diskresjon og beskyttelse.

Hjelmeland 2005–10–29

Pernille Nylehn

Referanser

1. K. Tidemann: Svar fra Rikstrygdeverket. Utposten 5–2005, s 31–32
2. P. Nylehn: Kjøp av helsetjenester, eller Rødhet og Ulven. Utposten 5–2005, s 30–31
3. Brev datert 30.05.2005 fra Sverre Jespersen og Kari Edvardsen, fylkestyngdekontoret i Østfold

RTVs kommunikasjonssevne og -vilje



Pernille Nylehn har i Utposten nr 5/2005 skrevet et tankevekkende innlegg om Kjøp av helsetjenester. Hun problematiserer de konsekvensene denne ordningen kan ha for de med psykiske lidelser, og om taushetsplikten blir

ivaretatt slik ordningen praktiseres i dag. RTV skrev et mildest talt ullent svar som på ingen måte beroliget Pernille Nylehn.. Hun kommer i dette nummeret med et motsvar til RTV og på forespørsel fra oss om de vil svare får vi følgende melding: «Vi kommer ikke til å kommentere denne saken ytterligere.»

– Det er ikke til å tro! Det er fastlegene som i det daglige står nærmest pasienten og kanskje tydeligst ser hvilke konsekvenser en slik ordning har for dem. Det er

vi som skal sende til dels svært intime opplysninger om våre pasienter til det lokale trygdekontor og med det får en intenst ubehagelig følelse av at taushetsplikten brytes. Det er vi som ser det merkelige i at de «friskeste syke» skal sendes til superraske psykologer mens de «sykeste syke» må tåle å stå i vanlig kø hos spesialisthelsetjenesten. Og vi skal altså i et forsøk på en dialog med oppdragsgiver bli møtt med stengte dører!

Norge ble for noen år siden av den svenske næringsministeren kalt den siste stalinistiske staten i Europa. Sjelden har den karakteristikken passet bedre! Dersom kommunikasjonssevnen eller -viljen hadde vært tilstede i RTV, hadde de nå kjent sin besøkestid og tatt imot denne muligheten for dialog med oss på grunnplanet i norsk helsevesen med åpne armer. Vi er opprørt og bringer saken inn for andre instanser for vurdering. Følg med, denne debatten føres videre i Utposten!

Jannike Reymert

Lyrisk

En Lyrisk stafett

I denne lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten. Velkommen og lykke til!

Tove Rutle – lagleder

Intetanende på Nidaroskongressen: Du har blitt utfordret! Jeg så at jeg nå var minst den tredje på rad som var blitt utfordret av oss som studerte i Dublin i de gyldne 70-åra, takk Paal! Dikt skal bli! Det svingte så godt av orkesteret på Royal Garden etter festmiddagen. Kongressen danset! Og noen fant hverandre!

NOGET OM AT FINDE FORSTÅELSE

av Halfdan Rasmussen (fra Tosserier i utvalg 1972)

Jeg danser med en pige
gennem salens tomme støj.
Jeg er en ganske lille mand,
men hun er svær og høj.
Hun kløver luft og røg og larm
med ord, som aldrig når mig.
Jeg konverserer hennes barm,
der nikker og forstår mig.

Jeg har hatt mye glede av rim, regler og dikt. Kanskje tilhører jeg snart den siste generasjonen som måtte pugge utenat? På realskolen på Grefsen lærte vi Prestens tale fra Peer Gynt på rams. Før holdt den meg våken under nattlig sykebesøkskjøring. For mye deklamering kan forøvrig plage andre, i seg selv har man en god tilhører. Norsklektor Oddvar Bjørklund på Katta minnes som en inspirerende døråpner til skattene. I travle tider har det vært greit med dikt. Jeg kan gjøre kvikke dykk i hylla, passer til en hver anledning. Jeg husker hvilket inntrykk diktsamlingen «Gjest på jorden» gjorde på meg i 1971, Gunvor Hofmos comeback etter 16 års taushet. Jeg satt med ærefrykt på Gravdal og leste dette. Jeg tror jeg der og da bestemte meg for aldri mer å vende tilbake for å bo i Oslo. Hittil har det holdt. Og regn er det plenty av i Ytre Namdal. Er det lov å sende en hilsen? Da må den gå til alle de turnuslegene i distrikt jeg har vært så heldig å få være gruppeveileder for her i Nord-Trøndelag de siste sju årene. De lover godt for framtida.

REGNVÆR

av Gunvor Hofmo (fra Gjest på jorden, 1971)

Det hvite huset mellom graner og furuer, duftende råpust fra blomsterrabatter på plenene. Alt anger vått og jordmørkt. Nå er det øde nede på stranden, i regnværet. Bare den grå sjøen innover berget, og robåter som vugger ødselig innunder bryggene, – Din fremtid slår gjennom regnet og ned mellom våte stener, duftende lyng med harde hvite blåbærkart på – En lykke trommer på taket alt er mer enn regn. Du sitter på verandaen og leser Hamsun. Øyeblikket nå gjennomtrengs av sødme fra August og Vandreren, Glahn og Edvarda. Alt er mer enn regn, er sødme er lykke, noe stort som faller gjennom skogens stammer. Fremtid.



Utfordringen går til Per Stensland i Sogndal. Bortsett fra å være en inkluderende og klok kollega, har han for meg innført begrepet «Musikk som hjelper». Av og til hjelper dikt også!

Henrik Brochmann

En død mann i huset i skogen

Det er mørk nordlandsettermiddag i november, og jeg er klar for nok en legevaktt i distriktsnorge. I dag er studenten med. Det er jeg glad for. Vi skynder oss hjem fra kontoret, den lille plassen er kald og snødekt, må rekke litt mat før telefonen og helseradioen begynner å bråke.

Bordet er dekket med pizza, mobiltelefon og helseradio. Vi har akkurat begynt å spise da de ringer fra AMK. «Det er en død mann i et hus oppi skogen. Du må reise ut». Æsj! Vi spiser litt til. Jeg har aldri vært hjemme hos en død mann før, bare på sykehjem og sykehus. Dette er annerledes.

Jeg ringer broren. «Han ligger i kjelleren, det står åpent. Jeg reiser ned til moren vår for å gi beskjed. Du har vel firehjulstrekk?»

Verken jeg eller studenten har noe som ligner firehjulstrekk og vi spiser enda litt pizza mens vi lurar på hva vi har i vente.

Skal vi kjøre ut med ambulansen? Nei, det er vel litt unødig ressursbruk. Drosje da kanskje. Jeg ringer drosjesentralen som heller ikke har firehjulstrekk. De vil likevel prøve. Studenten og jeg hopper inn i bilen, henter stetoskop og øyelykt på kontoret, så bærer det oppover i skogen. Det er mørkt og ubrøytet, men drosjesjåføren er ved godt mot, og vi kommer frem.

Huset ligger i mørket. Inngangsdøren er på andre siden. Vi går rundt, prøver å åpne, men det er låst. Sjåføren kommer ut av bilen for å hjelpe småjentene med å få opp døra, tar hardt i døra, banker på. «Jeg tror ikke det er noen som åpner» sier jeg litt spakt.



Jeg ringer broren igjen. Nei da, kjellerinngangen er visst på forsiden av huset og han har åpnet døra. Vi går rundt huset og finner en åpen kjellerlem. «Er det ikke noe lys her?» spør jeg broren på telefonen. Han undres over at jeg ikke har med en skikkelig lampe. Jeg banner for meg selv slik de gjør i nord.

Drosjesjåføren blir innlemmet i det hele og han kjører mer enn gjerne bilen opp foran døra, fjernlysene er nok til at jeg tør nærme meg døra. Vi går inn i stummende mørke, litt redd for å snuble i noe som ikke er et gammelt møbel. Jeg skimter kun en masse skrot. Drosjesjåføren kommer oss igjen til unnsetning, han har heldigvis ikke sluttet å røyke, han drar opp en lighter fra lomma. Og der i lighterlyset skimter vi alle tre en veldig død mann mellom et gammelt kjøleskap og en rusten gressklipper. Jeg får verken bruk for stetoskopet eller den lille lykten.

Mobilen derimot er grei å ha, politiet kommer gjerne. Halsbetennelsene venter, men onkel politi lar oss ikke forlate «åstedet». Så da venter vi. Og venter. Og venter. Sjåføren prøver å myke opp den litt Twin Peaks-aktige stemningen. Han skal på konsert med Ketil Stokkan til helgen. Han er fan. Han lar oss høre en kassett med Ketil Stokkans gamle band, The Zoo, i tre kvarter før politiet endelig kommer, og vi kan dra videre til forkjølelser og forstuede ankler. gs

Nidarosprisen for 2005 er tildelt professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen Steinar Hunskaar (f. 1956).



Prisen tildeles en allmennmedisiner som har engasjert seg og arbeidet for utviklingen av faget gjennom utdanning, informasjon og fagutvikling.

Steinar Hunskaar fikk prisen for sitt initiativ til å få skrevet og utgitt en lærebok i allmennmedisin. Læreboka kom ut første gang i 1997 og i ny og revidert utgave i 2003 med tit-

telen «Allmennmedisin». Boka er i flittig bruk og omtales nå blant brukerne oftest bare som «Læreboka». Den har bidratt til å definere allmennmedisinens faggrenser og er nærmest blitt en bibel for allmennleger. Boka egner seg også for andre yrkesgrupper som arbeider på primærlegekontoret.

Det er så mye som kan sies om Steinar Hunskaar, men vi skal nøye oss med å si at han spiller en viktig rolle i det allmennmedisinske miljøet! Vi takker ham for dette og gratulerer med Nidarosprisen!



Nord-Norge Tlf. 77 64 58 90	Øst Tlf. 23 01 64 11	Sør Tlf. 23 07 53 80
Midt-Norge Tlf. 73 55 01 60	Vest Tlf. 55 97 53 60	www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

SSRI og graviditet

Spørsmål til RELIS

Vi får jevnlig henvendelser om SSRI og bruk under svangerskap.

Hvor stor risiko er det for at det kan oppstå misdannelser eller andre neonatale tilstander?

En artikkel fra 2004 omhandler bruken av nye antidepressive legemidler under graviditet og amming (1). I denne konkluderes det med at behandling med antidepressive legemidler under graviditet ikke har vist å medføre noen økt risiko for misdannelser hos barnet, at mange av de nyere antidepressiva har begrenset dokumentasjon og at studier av langtidseffekter på barn som regel mangler. Det anbefales at plasmakonsentrasjonen av legemidler følges og at det benyttes lavest mulige dose Adaptasjonsforstyrrelser/abstenningsymptomer forekommer hos nyfødte barn som har vært eksponert for antidepressive legemidler under den senere delen av graviditeten (1,2).

Fluoksetin er den selektive serotoninreopptakshemmer (SSRI) som er mest brukt under graviditet. Studier med til sammen over 1600 kvinner har ikke dokumentert økt risiko for misdannelser. En mindre studie har funnet en noe økt risiko for mindre misdannelser, men kvinnene som hadde fått behandling var eldre enn kvinnene i kontrollgruppen og det er derfor ikke sikkert at legemidlet var årsaken (1). Dokumentasjonen for andre SSRI enn fluoksetin er mer begrenset. Publiserte data finnes for ca. 400 kvinner eksponert for citalopram, ca. 300 eksponert for paroxetin og sertralin og under 100 kvinner for fluvoksamin. Ingen tidligere publiserte studier har dokumentert at det er forskjell på de ulike SSRI hva gjelder fosterskader.

I løpet av 2005 har det tilkommet nye data: På grunn av mulige signaler om kardiovaskulære defekter etter eksponering for bupropion (Zyban) ba Food and Drug Administration (FDA) i USA produsenten, Glaxo Smith Kline, om en gjennomgang av data både for Zyban og forskjellige SSRI. Det ble gjort en analyse av sammenhengen mellom utlevering av forskjellige antidepressiva i løpet av første trimester av svangerskapet og forekomst av medfødte misdannelser. Resultatene er nå offentliggjort (3). Man fant at paroxetin, men ikke bupropion, ga økt risiko for medfødte misdannelser i forhold til andre antidepressiva. Misdannelsene var blant annet kardiovaskulære, i form av ventrikkelseptumdefekter. I september 2005 ble det sendt ut et brev om dette til amerikansk helsepersonell, et såkalt «Dear doctor-letter» (4). Så langt er ikke dette tatt inn i norsk preparatomtale.

Foreløpige resultater fra en dansk registerundersøkelse (5) viser økt forekomst av misdannelser hos barn født av mødre som var behandlet med SSRI i 1. trimester. Materialet omfattet ca. 1000 kvinner som hadde brukt SSRI i denne perioden, og hele databasen omfattet ca. 150 000 gravide. Forekomsten av misdannelser var 4/100 i kontrollgruppen uten SSRI og 5/100 i SSRI-gruppen. Resultatene er foreløpige og det er uklart om det er legemidlene, underliggende sykdom eller andre faktorer som er årsaken. Det fremgår ikke av de data som er lagt frem pr. i dag om det er gjort separate analyser for hver enkelt substans.

Det er sett bivirkninger hos nyfødte etter bruk i siste trimester. Dette har gjerne vært tilskrevet en form for seponeringsreaksjon etter fødsel, men kan også være et tegn på serotoninerg hyperaktivitet tilsvarende det som ses ved store doser hos voksne (6,7). De undersøkelser som er gjort pr. i dag indikerer at nyfødtes reaksjoner er tidsbegrensede og lar seg håndtere med støttebehandling. Samtidig diskuteres om legemidlene kan ha effekt på nevrotransmittorer i hjernen og om det i så fall kan gi langsiktig påvirkning av sentralnervesystemet. Foreløpig finnes det få systematiske undersøkelser av dette spørsmålet. Noen mindre studier er gjort med ett, to og sju års oppfølging av barn eksponert for SSRI i fosterstadiet og man har ikke funnet holdepunkter for utviklingsforstyrrelser. Fordi pasientmaterialet er sparsomt kan man likevel ikke utelukke slike effekter selv om de ikke har vært påvist til nå (1).

Konklusjon

Bruk av antidepressiva under graviditet og amming bør vurderes individuelt for den enkelte kvinne og bare brukes hvis fordelene oppveier en mulig risiko. Fluoksetin er det SSRI som er mest studert under graviditet, men som kan tenkes å være mindre egnet ved eventuell fremtidig amming. Nyere resultater tyder på at det kan være forskjell på SSRIer når det gjelder risiko for medfødte misdannelser, og at risikoen er større for paroxetin enn de øvrige ved eksponering i første trimester.

*Tone Westergren, seksjonsleder, cand. pharm.
RELIS Sør, Rikshospitalet*

*Tanja Holager, seniorrådgiver, cand. pharm.
RELIS Sør, Rikshospitalet*

Referanser:

1. Spigset O, Hägg S. Nya antidepressiva läkemedel under graviditet och amning. *Läkartidn* 2004; 101(13): 1176–81.
2. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (28.09.2005).
3. Glaxo Smith Kline. Study No.: EPIP083. Preliminary report on bupropion in pregnancy and the occurrence of cardiovascular and major congenital malformation. Oppdatert 6. september 2005. <http://ctr.gsk.co.uk/Summary/paroxetine/studylist.asp>
4. Important prescribing information. GlaxoSmithKline, September 2005. <http://google.fda.gov/>
5. Wogelius P, Nørgaard M, Munk EM et al. Maternal Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2005; 14: S72:143.
6. Högberg U, Wang M. SSRI under graviditet och risk för fetal neurotoxicitet. Följ försiktighets-principen och sök andra behandlingsalternativ. *Läkartidningen* 2005; 3 (102): 113–5.
7. Hallberg P, Sjöblom V. The use of serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and breast-feeding: A review and clinical aspects. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25 (1): 59–73.

Vi lever i en foranderlig verden og det vi en gang lærte, blir modifisert, langsomt og umerkelig til vi plutselig ser at det som en gang var «slik skal det gjøres» har blitt til «slik gjør (nå) jeg det!»

Vi håper at denne faste spalten i Utposten skal bidra til at flere leger deler sine personlige løsninger på hverdagens utfordringer med Utpostens lesere.

*Slik gjør (nå)
jeg det!*

Behandling av laterale epikondylitter

Jeg har inntrykk av at denne tilstanden er økende i min pasientpopulasjon – eller er det slik at siden jeg selv har hatt det, er jeg mer oppmerksom på denne diagnosen?

Tilstanden er i alle fall hemmende for mange, enten de arbeider i manuelle yrker eller sitter med krum rygg foran en PC både i arbeidstida og på fritida. De fleste er 40+, nesten ingen er over 55, men man ser det også hos de unge, da er det intens PC-bruk som peker seg ut som utløsende faktor hos nesten alle. Noen har så intense smerter at de får ødelagt nattesøvnen og må ha et «skikkelig» behandlingstilbud der og da. Fysikalsk behandling eller kortisoninjeksjon er da alternativene.

Mange har imidlertid mindre uttalte symptomer, de klarer å fungere både i yrket og på fritida med tilstanden, men vil gjerne bli kvitt problemet sitt. Da har jeg de siste årene, spesielt etter at jeg fikk denne tilstanden sjøl, valgt å behandle mindre aggressivt.

For det første tror jeg man skal tenke pedagogisk: Pasienten skal informeres om at denne tilstanden høyst sannsynlig vil brenne ut i løpet av 1 (–2) år uansett hvilke behandlingstiltak vi setter i gang. Utfordringen er hvordan hun eller han skal leve med den mens den gir symptomer. Videre er det nok lurt å prøve å forhindre at det bli kronisk ved å endre noe på bruken av underarmsmuskulene.

Pasienten bør tenke over om de tillater seg å sitte foran PC-en eller gjøre annet mekanisk arbeid uavbrutt over lang tid med muskulaturen på spenn – det gjør vi vel alle mer eller mindre! Ved å bli gjort oppmerksom på dette kan pasienten prøve å senke spenningsnivået i muskulaturen ved å ta jevnlig pauser med følgende øvelser:

Stå på gulvet i avslappet hvilestilling med begge hender hengende rett ned, føler du deg anspent? Løft på skuldrene og slipp dem ned et par ganger, rist eventuelt på hele skulder/arm-partiet. Massér så relativt kraftig med den friske arms tommel på tvers av underarmsmuskulaturen der den har sitt utspring på laterale epikondyle og i muskelbuen nedenfor, slipp hendene ned igjen. Rist løs. Knytt så neven uten å spenne for hardt med håndflaten vendt bakover, vri så den knyttede hånden med håndflaten vendt utover (pronasjon) og flekter i håndleddet. Du vil da oppdage en smerte i ekstensormuskulaturen i underarmene og dens feste på laterale epikondyle. Hold noen sekunder før du rister litt og strekker muskulaturen på nytt. Det hele bør avsluttes med å riste løs stram muskulatur i hele området: gå rundt på gulvet og løs opp fra nakken og ned til fingrene. Det hele tar tre til fem minutter og kan gjentaes tre ggr dgl.

En fysioterapeut har lært meg at pasienten i tillegg kan ha nytte av eksentrisk trening. Dette skal gjøres når tilstanden er bedret og pasienten kan bevege hånda fritt i alle retninger uten å få smerter. Sett deg på en stol og legg underarmen på et bord med hånda utenfor bordkanten,



Strekking av ekstensormuskulaturen

Ekstentriske øvelser



i ekstendert stilling får den affiserte hånda en brusflaske av den friske hånda. Sakte lar man så håndleddet flekteres, ved maksimal fleksjon tar den friske hånda brusflaske og gir den tilbake til den syke hånda når den har maksimal ekstensjon igjen for ny, langsom fleksjon. Fire ganger tolv repeterte øvelser er anbefalt. Jeg er usikker på om mine pasienter holder ut dette trenings- opplegget særlig lenge, men det kan jo taes opp igjen hvis symptomene øker på! Dette er for øvrig omtalt i Tidsskrift for den norske Legeforening nr 19/2005, der fikk de pasientene til å fortsette med eksentrisk trening i seks måneder. Når klinisk erfaring er at denne tilstanden brenner ut i løpet av et år, kan man jo som djevelens advokat undres på om behandlingseffekten dels skyldes at tilstanden imens gikk over av seg selv!

Jeg har ingen EBM-kunnskap om dette, men for meg holder det at mange pasienter ved neste konsultasjon spontant sier at albuen er mye bedre og de færreste trenger ytterligere behandlingstiltak. Allikevel har jeg sikret meg en second opinion hos kollega Satya Sharma, leder av NSAMs referansegruppe for muskel og skjelettlidelser:

Jannike Reymert har beskrevet en praktisk håndtering av lateral epikondylitt i tråd med anbefalinger fra referansegruppen i muskel- og skjelettlidelser i NSAM (1). Det viktigste ved behandling av tennisalbuen er: Informasjon til pasienten om tilstanden, dets forløp med forventede svingninger.

For noen er det nok å vite at tilstanden ikke er alvorlig men plagsom, og at den vil kunne variere med aktivitet. Videre er det viktig å legge fram for pasienten litt om diverse behandlingsopplegg, kortfattet; bl.a. at kortisoninjeksjon gir god effekt men vanligvis kortvarig og at residiv er vanlig. Det er påvist lite forskjell i fysioterapibehandling og vente og se politikk (2). Behandling med kortisoninjeksjon bør derfor komme inn bare hvis pasienten har invaliderende smerter og virkelig ikke er motivert til å vente etter at informasjonen er gitt. Hvis de har hatt problemer med å ta stilling der og da, ber jeg dem kontakte meg om to uker.

Hvordan pasienten kan hjelpe seg selv

Følg beskrivelsen fra Jannike Reymert med variasjon i arbeid, tverrfriksjonsmassasje ved lateral epikondyl tøyning av underarmseksensorer og eksentrisk trening.

Jannike Reymert

Referanser

1. <http://www.legeforeningen.no/?id=35930>
2. Smidt N, van der Windt D, Assendelft W, et al. Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. Lancet 2002;359: 657–662.

I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!



Når loven sier en ting og magen sier noe annet – da blir det vanskelig

De fleste allmennleger har blitt meldt til Fylkeslegen. Noen ganger har pasienten berettiget harme og misnøye over den mangelfulle utredning og behandling de har fått. Noen klager oppleves som urettferdige og av og til idiotiske.

Men hva når pasienten ikke klager, men burde? Og når legen som har gjort en feil er en kollega på kontoret, hva da?

Eyvind er 64 år og arbeider fortsatt som produksjonsarbeider ved det lokale høvleriet. Han er en pliktoppfyllende, beskjeden mann som hatt en del småplager de siste årene. Litt høyt blodtrykk og ryggsmarter som medført sykemeldinger og utredning med røntgen av LS-columna og laboratorieprøver, men ellers har han vært frisk.

På senhøsten søkte han lege på grunn av at han hadde fått problemer med vannlatingen. Han hadde svie, hyppig vannlating og var nødt til å stå opp om natta et par ganger. Urinprøve var positiv, det vil si at han hadde 3+leu og 3+ blod.

Han fikk behandling for en antatt urinveisinfeksjon og ble anbefalt å levere en kontroll- prøve etter ei uke.

Fastlegen tok også SR som var høy: 96.

Ustix ble levert etter en uke, og den var normal. SR ble ikke fulgt opp, uten at det fremgår i journalen hva legen hadde tenkt rundt dette. Tiden gikk, den ene vikarlegen dro når den andre kom. Pasienten møtte til kontroller for sitt blodtrykk og fortalte legene om diffuse vannlatingsplager. Han klaget flere ganger over periodevis ryggsmarter.

I mai søkte han lege på nytt, denne gangen på grunn av tretthet, anoreksi og vekttap. Han ble henvist til medisinsk poliklinikk og fikk time (etter puring) åtte uker senere. Det viste seg da at han hadde nyrecancer, med spredning til LS-columna og til hjernen.

I retrospektoskopet er det lett å se at utredningen av denne pasienten er mangelfull. En så høy SR burde vært utredet, og det er sannsynlig at man hadde diagnostisert hans nyrekreft åtte måneder tidligere dersom det hadde blitt gjort. Om det hadde fått behandlingsmessige konsekvenser er vanskelig å si.

Han er, som sagt, en mann som stoisk finner seg i hva livet har å by på. Han har akseptert sin sykdom, tar

imot den palliative behandlingen og har det etter forholdende godt hjemme sammen med sin familie. Han har ikke stilt spørsmålsteget ved utredningen og har selvfølgelig ikke klaget.

På vårt venterom ligger en informasjonsperm. I den står det at pasientene selv må ringe og etterlyse svar på blodprøver for å sikre adekvat oppfølging. Det er mulig at vår pasient i ettertid har skjønnet at den høye SR på høsten var et tegn på alvorlig sykdom, og at han velger å se bort fra det.

Pårørende har heller ikke tatt dette opp med legekantoret eller behandlende lege. Vårt dilemma er da: Skal vi informere ham om det som har skjedd (egentlig ikke skjedd)? Vi ringte til juridisk avdeling hos Legeforeningen. Juristen henviste til Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven.

I Helsepersonelloven står det:

§ 38. Melding om betydelig personskade

Helsepersonell med autorisasjon eller lisens skal snarest mulig gi skriftlig melding til Helsetilsynet i fylket om betydelig personskade som voldes på pasient som følge av ytelse av helsehjelp eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade.

Her er det vel ikke snakk om at helsehjelpen har medført betydelig personskade, men at vi ikke har ytet adekvat helsehjelp. Det er ikke selvsagt at vårt tilfelle omfattes av denne lovparagrafen. Vi tok kontakt med Fylkeslegen som mente at bestemmelsen også er gyldig dersom man unnlater å gi behandling eller ikke utreder pasienten.

Loven bruker begrepet *betydelig personskade*. Har våre kolleger påført vår pasient betydelig personskade? Fylkeslegen ville gjerne se på saken, men under forutsetning av at det ble en sak. Det vil si at vi var nødt til å sende journal og andre opplysninger til vurdering. Og det betydde at pasienten måtte informeres.

Pasienten har fått en alvorlig diagnose, sannsynligvis en dødelig sykdom, en dødsdom. Den psykiske belastningen er stor. Det å samtidig informere pasienten om at vi muligens har sviktet ved utredningen kan likestilles med å si at han kunne blitt helbredet, at hans liv kunne blitt reddet. En slik beskjed bør etter mitt skjønn være gjennomtenkt og godt begrunnet fordi vi risikerer å påføre vår pasient enda et problem i en situasjon som er vanskelig nok som den er. På den andre siden kan vi meget lett bruke dette argumentet for å beskytte oss selv og våre kolleger mot det ubehaget det er å ta opp denne saken i sin fulle bredde.

Fylkeslegen ble informert muntlig om hendelsesforløpet. De ville ikke uttale seg om den aktuelle saken, men mente at det alltid er lett å si at en lege har gjort feil når man har fasit i hånden. Når man vurderer eventuell feilbehandling må man sette seg i legens situasjon når det skjedde. Og da ser det ofte annerledes ut. «Still confused but on a higher level» var følelsen vi satt igjen med etter denne samtalen med fylkeslegen.

I Pasientrettighetsloven er retten til informasjon omtalt:

3–2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.

Informasjon kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv. Informasjon kan også unnlates dersom det er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær, å gi slik informasjon.

Dersom pasienten blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette. Pasienten skal samtidig gjøres kjent med adgangen til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Både Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven er med andre ord tydelige på at pasienten skal informeres. Det er neppe påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade å unnlate å informere vår pasient. Noen alvorlig helseskade er det vel neppe, men at det kan medføre en psykisk belastning som kan likestilles med helseskade, er uten tvil.

Det er åpenbart at dette også handler om holdninger og etikk. Personlige holdninger og legeetikk. De etiske reglene for leger sier at

Pasienten har rett til informasjon om egen helsetilstand og behandling og i alminnelighet rett til innsyn i eget journalmateriale. Pasienten skal informeres i den utstrekning pasienten ønsker det. Opplysninger som kan tenkes å være særlig belastende, skal gis med varsomhet

Journalen er der. Han har ikke spurt. Er det et uttrykk for at pasienten ikke ønsker å bli informert? Bør han likevel informeres – med varsomhet?

Men litt lenger ned i etiske regler for leger står det:

Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt.

Det er neppe i pasientens interesse å informere ham – eller er det det? Det er på grensen til ubarmhjertig. Noen omsorg for pasienten viser man i hvert fall ikke. Samtidig er det arrogant å ta en slik beslutning på pasientens vegne. Det bryter med pasientens integritet og selvbestemmelsesrett.

Pasienten har rett til informasjon om sin helsetilstand og behandling. Han har rett til å vite om eventuell feilbehandling for å kunne vurdere om han skal klage.

Man kan oppnå flere ting med en klage. Klager er viktige som korreks til helsetjenesten, for å bedre kvaliteten. Vi har allerede saksbehandlet dette tilfellet lokalt på legekantoret (i legemøte på kontoret). Vi har hatt kontakt med legeforsknings juridiske avdeling og med Fylkeslegen. Vi har analysert årsakene til hendelsen og prøvd å ta konsekvensene av det. En klage til Fylkeslegen medfører neppe bedret kvalitet på helsetjenesten i kommunen.

Pasienten kan også bruke klage for å plassere skyld. Behandlende lege har hatt flere samtaler med både pasient og pårørende, og det har ikke fremkommet signaler om at det er viktig for dem. I noen tilfeller er det viktig å klage for å sikre seg erstatning fra Pasientskadeerstatning. Vi har ikke kunnskap nok om Pasientskadeerstatningen til å kunne vurdere om det er aktuelt i vårt tilfelle. Men saksbehandlingen tar tid, for lang tid, og en eventuell erstatning tilfaller sannsynligvis de pårørende.

Denne historien har vært et tema for utallige diskusjoner mellom kollegene på kontoret. Vi har snudd på den, frem og tilbake, inn og ut, men uansett hvordan vi har vridd på den, klarte vi ikke å tvinge frem en konklusjon. Har vi bedrevet overdrevet kollegialitet, har vi beskyttet legekantorets omdømme, eller er det ren og skjær feighet som gjorde at vi nølte? Vi har snakket om det mange ganger. Over altfor lang tid. Til slutt gav svaret seg selv. Pasienten ble dårligere, og muligheten for informasjon var ikke lenger tilstede. Det å ikke ta en beslutning er jo i slike tilfeller å la saken avgjøres av seg selv.

Vi har nok brutt både Pasientrettighetsloven og Helsepersonelloven, men vi handlet med pasientens beste for øyet, og det må vi leve med.

Dr NN, lege ved et legekantor i de dype skoger

ANNE HELEN HANSEN

STILLING KOMMUNEOVERLEGE I TROMSØ ARBEIDSSTED TROMSØ KOMMUNE



Dette er OLGA som stikker sine hoder sammen. Klokka seks (eller halv sju!) kommuneoverlege Anne Helen Hansen, videre med sola: overlege barne- og ungdomsmedisin Charlotte Goll, overlege psykisk helse Bernt Stue-land, overlege akuttmedisin/ legevakt Anton Gi ver, overlege smittevern Glenn Severinsen og overlege sosialmedisin Inger Hilde Trandem.

Hva bør folk vite om deg før de leser intervjuet?

Fikk så vidt oppleve 50-tallet fra baby-kurven. Oppvokst i Lødingen. Utdannelse som sosionom (Diakonhjemmet) og lege (Tromsø), i tillegg til kristendom mellom-fag (Menighetsfakultetet). Arbeidserfaring blant annet som journalist, kvalfanger, sosionom, kommunelege II, fastlege, ass. fylkeslege. Gift (med en sunn møring), to barn (8 og 12) med opprinnelse på andre siden av kloden. Spesialist i allmennmedisin og snart samfunnsmedisin. Styremedlem i LSA, styreleder i Sykehusapoteket Nord HF, medlem i Tromsøysund menighetsråd.

For pasientene kalles du «doktor...» med fornavn eller etternavn?

Jeg har jo ikke enkeltpasienter som tidligere. Nå er hele Tromsøs befolkning min «pasient». Vi kommuniserer på mange vis; fornavn, etternavn, hele navnet eller tittel, som det faller seg i de ulike fora!!

Hva gir deg mest glede?

Når jeg selv eller ungene klarer noe vi ikke trodde vi skulle få til!

Hva er det lureste knepet du har gjort for å få en bedre hverdag?

Giftet meg! (et gammelt og velkjent knep...!!)



Når synes du at du gjør viktig legearbeid?

Når jeg får viktige aktører med på gode samfunnsmedisinske beslutninger!

Når gjør du uviktig arbeid?

På møter hvor den som har innkalt ikke har mål og mening med møtet klart for seg, og hvor ingen skriver referat fordi det ikke er noe å skrive. Nå er jeg blitt ganske flink til å takke nei til diffuse innkallinger!!

Forutsatt ubegrenset med tid og penger til forskning; hva ville du funnet ut mer om?

Krybbedød, sosiale og geografiske forskjeller i helse, forebygging av demens, endringsprosesser. For øvrig tror jeg vi vet nok til å bringe verden et godt stykke videre, dersom vi i større grad brukte det vi vet i praktisk handling! Vilje og evne til å ta kloke beslutninger er større mangelvare enn viten.

Hva er stikkordene for din favorittpasient?

Jeg arbeider med samfunnsmedisin, og min favorittpasient er befolkningen i Tromsø. Stikkord for Tromsø: Stor kompetanse på skippertak og fest, stor åpenhet og toleranse, stor evne til å la seg begeistre (som Hamsun sier om nordlendingen: «lett å lede, lett å lede vill...»). Det beste med Tromsø, er at alle er velkommen her!!

Er det lov å bli skikkelig sint på en pasient og vise det? Hvordan gjør du det?

Nei, det er ikke lov og det er ikke profesjonelt. Den som har sett meg skikkelig sint, vil nok helt sikkert si at det ikke er å anbefale. Heldigvis er det kun få forunt...

Hvis du ikke var lege, hva gjorde du da?

Da var jeg fiskebåtreder, – eller prest!

Hvilken person i norsk helsevesen kunne du tenkt deg å bli stående fast i heisen med? Og hvorfor?

Jeg kunne ikke tenke meg å bli stående fast, verken i en heis eller andre steder! Men hvis heisen stod – og stod lenge, ville jeg hatt med OLGA (overlegegruppa i Tromsø kommune). Vi kunne fått gjort noe konstruktivt, og til og med hatt det kjekt! Hvis stansen var kortvarig, må jeg vel ønske meg en eller annen mann eller kvinne med makt – for

å knytte kontakt og påvirke! Vet ikke helt hvem... Helst vil jeg møte folk under andre omstendigheter!!

Du er helseminister for én dag. Budsjettkontrollspøkelset gjør at du må flytte midler fra et formål til et annet. Hvem får mer, hvem får mindre med deg som minister?

Hvis jeg var helseminister, ville jeg tatt en prat med kommunalministeren (og finansministeren) som styrer kommunenes økonomi, og dermed økonomien til primærhelsetjenesten. Jeg ville sørget for mer ressurser til forebygging og behandling på lavest mulig nivå. En del av henvisningene til sykehusene skyldes manglende ressurser i kommunene, for eksempel på sykehjemmene. Vi er for rigide i tenkningen omkring hva som skal behandles hvor. Primærhelsetjenesten er også en kompetent helsetjeneste – og vi er spesialister på det vanlige, som fortsatt er vanligst! Mer til primærhelsetjenesten vil redusere presset på sykehusene, slik at de kan konsentrere virksomheten om det som virkelig trengs fra det hold.

Hva bør primærhelsetjenesten prioritere de neste tre årene?

Forebyggende helsetjenester og oppfølging til utsatte barn, helsetjenester til rusmisbrukere, psykiatriske pasienter og syke eldre. Koordinerte helsetjenester til alle som burde hatt individuell plan!

Hvilket sykehus er Norges beste? UNN er best!

Spm fra Hege Basmo: Fortell om eldreoverlegen i Tromsø

Stillingen som eldreoverlege er todelt med 50 prosent klinisk arbeid og 50 prosent samfunnsmedisin. Eldreoverlegen blir en del av OLGA og skal tilrettelegge og utvikle enda bedre helsetjenester for eldre i Tromsø. Vi planlegger økt medisinsk innsats i sykehjemmene, utstrakt samarbeid med Elisabeth-stiftelsen og med det geriatriiske fagmiljøet på UNN. Blant annet tenker vi å etablere en «Helsestasjon for eldre». En viktig oppgave for eldreoverlegen blir å samle sykehjemslegene i Tromsø og sammen med dem utvikle et allmennmedisinsk fagmiljø for leger med interesse for sykehjemsmedisin. Vi gleder oss til å få realisert disse planene, og dersom alt går som vi håper, har vi en særdeles kompetent person i stillingen fra 1. januar 2006.

Forslag til neste intervjuobjekt.

Mikal Tønssaa, fastlege og sykehjemslege i Tromsø.