

Utpostens
dobbeltime

Fanget av forskning

Guri Rørtveit
INTERVJUET AV GUNHILD FELDE

I en alder av så vidt rundet førti, er Guri Rørtveits merittliste så lang og innholdsrik at den kan ta pusten fra de fleste.

Med doktorgrad på urininkontinens, spesialitet i allmennmedisin, mangeårig engasjement i tidligere NSAM, og samtidig bein godt plantet i en fastlegehverdag, innehar hun til fulle den ettertraktede kombinasjonen av vitenskapelighet og praktisk rofeste.

Hverdagen er delt mellom Fjellsiden legesenter, jobben som forsker på Institutt for allmennmedisin – og, ikke minst – sjefsjobben ved den nyetablerte allmennmedisinske forskningsenheten i Bergen. Ved siden av alt dette – mor til to. En kvinnelig kollega blir nysgjerrig...

«Intervju med Utposten – det høres morsomt ut – det gjør jeg gjerne», var Guris positive svar.

Men å finne en tid var derimot ikke lett, forståelig nok.

«Om å banne i kirken – en ung leges bekjennelser», var tittelen på en artikkel Guri Rørtveit skrev i Utposten nr. 4/1998. Her beskrev Guri et generasjonsskille i allmennmedisinen. Hun tok et oppgjør med legenes «rett til å jobbe mye», forestillingen om at «leger jobber mye, og det fordi vi er så viktige», alt med bakgrunn i en ny generasjon der familielivet utgjør en viktigere prioritering i livet. Et oppgjør med en kollegas utsagn om at «vår generasjon av hjelpere har dessuten av makelighetshensyn forlatt den moralske arena...».

– Det er ikke mye som gir assosiasjoner til «makelighetshensyn» i din merittliste, Guri...

Artikkelen du refererer til ble skrevet da jeg som småbarnsmor trådte inn i den allmennmedisinske sfæren, og oppdaget et spennende klinisk miljø med store krav til utøvelsen av faget og mye faglig stolthet. Det var på samme tid fint å se at det var et så stort engasjement – og vanskelig å se hvordan en i min situasjon skulle kunne klare å fylle alle kravene som ble stilt til en «fullverdig» allmennlege. Etter hvert som tiden går ser jeg tydeligere at det er rom for mange typer allmennpraktiserende leger. Ikke bare det, det er faktisk behov for det. Noe av det som opptar meg i dag er at det skal bli mer rom for forsker-allmennpraktikere. Eller allmennpraktiker-forskere, alt ettersom. Forskere med rot i klinisk allmennpraksis, i hvert fall.

– Etter turnus var du en tid kommunelege på samme sted, på Myre i Øksnes i Vesterålen. Allmennlegepraksisen du etter hvert fikk i Bergen bærer navnet Fjellsiden legesenter. Geografien i navnet gir en bergenser tanker om en sosioøkonomisk ressurssterk pasientpopulasjon. Hvordan opplevde du overgangen fra Myre til en allmennlegehverdag i Bergen?

– Jeg opplevde på en del områder at allmennlegejobben i Bergen var lettere. Det harde arbeidet og arbeidspresset på den lokale filetfabrikken på Myre, der en stor del av befolkningen jobbet, førte til mange typer belastningslidelser, og i mange konsultasjoner var sykmelding sentralt. Selv om dette er flere år siden, var det også den gang et sterkt press på leger om at vi sykmeldte for mange, for lenge og for ofte. I Bergen har folk generelt lettere arbeid, og jeg opplevde at dette presset tross alt opptar mindre plass i legehverdagen. En annen stor forskjell var legevaksarbeidet, på godt og vondt. Man slipper angsten for å stå alene som førstemann til stede ved en trafikkulykke, men man mister også noen av de faglige utfordringene i akuttmedisinen. En god ting her i storbyen er at det finnes fleksible løsninger for «gråsonepasienter», for eksempel psykiatriske pasienter som er dårlige, men ikke fyller kravene til en tvangsinnleggelse. Disse pasientene syntes jeg var mye vanskeligere å hjelpe på vakt på et lite sted som Myre, med lang avstand til annen kvalifisert hjelp.



– *Hva var det som førte deg inn i på forskningens vei?*

– I den samfunnsmedisinske terminen på studiet skrev jeg oppgave, på bakgrunn av en kvalitativ studie, om legetjenester til psykisk utviklingshemmede. Dette var omtrent på tiden da HVPU-reformen kom. Dette skapte en forskningsinteresse hos meg, og da Svein Bratland, som var min gruppeveileder i spesialiseringen i allmennmedisin, noen år senere spurte om jeg ville være med å gjøre en evaluering av SATS-prosjektet, var jeg i gang. SATS var et prosjekt der allmennleger jobbet sammen i grupper over tid med kvalitetssikring av arbeidet med sentrale allmennmedisinske emner, slik som migrene eller sår hals. Noe av dette arbeidet er senere videreført av NOKLUS. Dette førte meg inn i miljøet ved Seksjon for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen. Jeg opplevde det fantastisk å komme inn i dette forskningsmiljøet. Det gav meg mulighet til å utvikle meg videre på nye måter, og gjennom dette miljøet fikk jeg stadig nye utfordringer på andre arenaer. Det var for eksempel slik jeg kom i kontakt med NSAM-miljøet og etter hvert ble spurt om å gå inn i styret der, noe som igjen ga ny og flott erfaring.

I mars 2003 skjedde det en liten sensasjon da norsk allmennmedisin var representert med en av fire originalartikler i New England Journal of Medicine. Guri Rørtveit var

førsteforfatter på artikkelen, som dreide seg om inkontinens etter vaginal fødsel og keisersnitt. Studien til forskergruppen i Bergen bygget på et sjeldent stort datamateriale. Mer enn 15000 kvinner deltok i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). HUNT-dataene ble koblet med data om kvinnenens fødsler i Medisinsk fødselsregister. Studien viste at hver fjerde norske kvinne vil få urinlekkasje i løpet av livet. Svangerskap øker risikoen for lekkasje uansett forløsningsmetode, men risikoen er større for kvinner som har født vaginalt enn for dem som blir forløst med keisersnitt.

– *Du er en av få norske forskere, og en av få allmennmedisinere i verden, som har kommet gjennom nåløyet, og fått en artikkel publisert i New England Journal of Medicine. Hvordan var det, og hva har det betydd for deg?*

– Det har betydd veldig mye. Det gikk et halvt år fra vi sendte inn artikkelen til den ble godkjent. Det var gøy å se hvordan et så profesjonelt tidsskrift jobber. Vi hadde et godt utgangspunkt med et spesielt stort materiale som ingen andre studier på dette temaet har hatt. Det var unikt. Publisering i New England Journal of medicine er selvfølgelig en døråpner til oppmerksomhet rundt forskningen, og til økonomiske tilskudd til videre forskning gjennom stipender.

Selv om en publisering i dette prestisjetunge tidsskriftet var spesielt, er jeg like glad hver gang en artikkel går inn i et tidsskrift. Det å publisere er en glede fordi det baserer seg på et langt og møysommelig arbeid med å synliggjøre en tankekette som er nøye analysert og gjennomtenkt. Jeg har spesielt lyst til å få sagt at jeg er kjempestolt over artiklene jeg har vært med på å publisere i vårt eget Tidsskrift for den norske lægeforening. Det er antakelig ikke noe tidsskrift som er så viktig for norske leger som det.

– *Du valgte kvinnehelse og urininkontinens som ditt doktorgradsarbeid. Dette var allerede et viktig satsingsområde i miljøet ved allmennmedisinsk institutt i Bergen, men samtidig et lite prestisjefyllt medisinsk felt. Du har jo bidratt betydelig til at dette feltet har fått større «tyngde» og oppmerksomhet. Var ditt valg av dette fagområdet tilfeldig eller resultat av et bevisst valg?*

– Jeg skal ikke skryte på meg at dette var et idealistisk valg. Jeg fikk tilbud om å jobbe i en allerede godt etablert forskergruppe, og så muligheten av å jobbe med et unikt forskningsmateriale. Jeg trengte ikke å begynne fra scratch, og har kunnet gjøre et ganske avansert forskningsprosjekt fordi solid grunnlagsarbeid allerede var gjort. Forskning er et håndverk som må læres, og det er en stor fordel å kunne komme inn i et miljø der en får en del «gratis». Det er både bra for den enkelte forsker og for forskningen. Alle trenger ikke å finne opp det samme kruttet. Dette er en av grunnene til at det er så viktig å bygge opp solide allmennmedisinske forskningsmiljøer.



– *Har forskningen din påvirket arbeidet ditt som allmennlege, og i tilfelle på hvilken måte?*

– Å forske stimulerer nysgjerrigheten. Når en blir nysgjerrig på noe, blir det også gøy å jobbe med det. Gjennom forskningsmiljøet mitt lærer jeg mye om emner som jeg selv ikke forsker på – og om svakheter i metoder som resultatene hviler på. Dette gir en avventende holdning til en del nyvinninger, noe som jeg tror kan være hensiktsmessig ganske ofte. Når det gjelder behandling og oppfølging av urininkontinens er jeg nok mer offensiv nå enn før jeg begynte å forske på temaet. Riktig behandling kan utgjøre en stor forskjell for de kvinnene som plages med inkontinens. Jeg har blitt mye mer bevisst på å spørre om urininkontinens hos kvinner der det kan være aktuelt, for eksempel i forbindelse med GU og ved svangerskapskontroller. Over 50 prosent av gravide opplever urininkontinens under svangerskapet. Denne gruppen har også en økt risiko for urininkontinens senere. Tolv år etter første svangerskap hadde 56 prosent av de som hadde hatt inkontinens i svangerskapet, fortsatt lekkasje. Blant de som ikke hadde hatt urininkontinens i svangerskapet, hadde 30 prosent urinlekkasje. Dette er en gruppe som bør få god informasjon og instruksjon i bekkenbunnsøvelser på en måte som gjør det mulig å gjennomføre i praksis.

– *Forskningen din har altså slått fast at sectio, i forhold til vaginal forløsning, gir økt risiko for urininkontinensplager. De fleste, hvertfall her i Norge, vil vel allikevel si at dette ikke gir grunn til å anbefale keisersnitt, der det ikke er noen annen medisinsk grunn til det. Men også i Norge har det vært sterke røster for å være mer liberal med keisersnitt, blant annet p.g.a. økt fare for urinlekkasje. Hvordan har dere kommunisert disse resultatene ut til allmennheten?*

– Her er det store kulturelle forskjeller mellom for eksempel Norge og USA. I USA er det i større grad fokus på å beholde en jomfruelig bekkenbunn. Sectio-tallene er også en del høyere der. For de fleste gravide i Norge er ikke dette noe stort tema. Jeg støtter obstetrikernes kamp for å holde keisersnitt-tallene nede, men jeg synes det er viktig at vi bruker argumenter med hold i. Og i sannhetens navn er det altså slik at vaginal fødsel ikke er noen fordel med tanke på urinlekkasje. Hvis en pasient spør meg, sier jeg at keisersnitt er en balansegang mellom fordeler og ulemper. Urininkontinens er en av de mindre faktorene i vurderingen, og det kan og skal ikke veie tungt. Vaginal fødsel er utgangspunktet, og det er obstetrikernes rett – og plikt – å vurdere om det totalt sett foreligger gode nok grunner til at man skal foreta keisersnitt. Keisersnitt er ikke en rett gravide kvinner har. Og dette kommer faktisk fra en feminist.

Jeg mener dessuten at det er viktig at kvinner som samfunnsgruppe har erfaring med vaginale fødsler. Ved private

klinikker i et stort land som Brasil har man keisersnittrater på rundt 70 prosent. Hvis dette ble en gjeldende tendens i samfunnet, tror jeg viktig erfaring og kunnskap ville bli svekket. Men dette er en politisk, ikke en medisinsk mening. Det er viktig å skille.

– *Hva forsker du på nå?*

– For tiden bruker jeg det meste av min forskertid på en oppfølgingsstudie med spørreskjema til de som var rammet av Giardia-epidemien her i Bergen. Så mange som 1300 mennesker fikk parasitten påvist i avføring. I tillegg til disse, sendes spørreskjema til en kontrollgruppe som er dobbelt så stor. Vi skal undersøke om det er mer kronisk utmattelse, mageplager og allergi i gruppen som hadde Giardia-infeksjon sammenlignet med kontrollgruppen. I tillegg til dette er jeg involvert i Mor-barn-undersøkelsen. Kvinner følges fra svangerskapet og seks-sju år fram i tid. I dette materialet skal vi blant annet se på om urininkontinensforekomsten varierer med inkontinens i svangerskapet og forløsningsmetode.

Jeg har også et prosjekt gående sammen med min bror, som er allmennlege i Austevoll. Dette er en øygruppe der alle med impetigo blant de 4500 innbyggerne blir registrert. Til nå har vi holdt på i sju år, og det er et flott materiale. Vi har vist at impetigo-forekomsten svinger mye fra år til år. Hvorvidt det er stafylokokker som er årsaken, og om det foreligger fusidinresistens, avhenger av om det er epidemi eller ikke.

– *I fjor var du et helt år i San Fransisco. Hva gjorde du, og hvordan opplevde du forskjellen mellom norsk og amerikansk forskning?*

– Framfor alt fikk jeg tid til å fordype meg og legge grunnlaget for mye forskning framover. Jeg var knyttet til et senter for kvinnehelseforskning, og fikk jobbe sammen med mange «kanoner» innen kvinnehelseepidemiologi. I tillegg hadde jeg mye kontakt med det allmennmedisinske forskningsmiljøet der. Det var fascinerende, og ikke minst var det morsomt å oppdage at jeg som norsk allmennlege følte meg hjemme der. Jeg tror det å jobbe som allmennlege gjør noe med en, og at det var den allmennmedisinske tilnærmingen jeg kjente igjen. Det å ta inn helheten, prøve å forstå *hvorfor*. De var veldig opptatt av å gjøre noe for dem som hadde minst å rutte med. Dette preget nok forskningen der mer enn her, kanskje fordi det ikke er så store sosiale forskjeller hos oss, selv om forskjellene øker her også, og nok kommer til å vise seg med større tyngde på helsearenaen ettersom tiden går.

Forskningsleder

– *Forskningsenhetene ble opprettet som eksterne prosjekter under de medisinske fakultetene. Hvorfor kunne de ikke vært*



underlagt de allmennmedisinske instituttene der den allmennmedisinske forskningen til nå har foregått?

– Forskningsenhetene kom som en parallell til satsingen på forskning i helseforetakene. Midlene til forskningsenhetene kommer derfor gjennom Helse- og omsorgsdepartementet, ikke Kunnskapsdepartementet, der Universitetet får sine forskningsmidler fra. Forskningsenhetene skal drive forskning og formidle forskningen ut til primærhelsetjenesten. Her i Bergen er det ti ansatte på forskningsenheten, alle på deltid. Allmennleger får utrolig mye ut av en 20 prosent forskerstilling. Likevel ønsker jeg meg at flere allmennpraktikere skal jobbe med forskning i en større del av arbeidstiden sin. Som gruppe er vi veldig glad i den kliniske jobben vår, noe som gjør at de fleste allmennmedisinske forskere jobber 50 prosent eller mindre med forskning. Jeg tror at dersom vi skal få opp både volum og kvalitet på forskningen vår, må flere være villige til å bruke noe mer tid på dette.

– *Forskningsenhetene skal «fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens egne premisser». Hva ligger det i dette?*

– Det er mange som mener noe om hva allmennlegene skal gjøre. Sykehusspesialistene kan for eksempel mene noe om at allmennleger skal utføre preoperative prosedyrer. Vi me-

ner allmennmedisinen har et eget mandat, og at forskningen må springe ut av det. Bare allmennlegene og deres pasienter vet hvor skoen trykker. Forskningen vår skal være relatert til allmennmedisinske problemstillinger.

– *Det er varslet at det kommer store summer til allmennmedisinsk forskning i årene framover. Hva blir hovedutfordringene?*

– Hovedutfordringen er å få nok forskningskompetente folk med solid kontakt med allmennmedisinen. Vi trenger flere hoder, flere allmennpraktikere med forskningsinteresse, og at de som har tatt doktorgrad blir i forskningsmiljøet og bidrar til å utvikle dette videre. Gruppearbeid i forskningen er avgjørende for å få til god kvalitet. Vi har hatt en tradisjon for at hver mann har hatt sitt prosjekt. Vi trenger å bygge opp miljøer over tid der vi utvikler solid forskning, der det stilles relevante og originale spørsmål som besvares ved bruk av god metodikk. Dette krever at vi bygger på hverandres erfaringer.

– *Hvordan skal vi få hodene til å komme?*

– Forskning er avhengig av samarbeid og utvikling av tanker i et miljø. Samtidig bør det være mulig å kombinere forskning med klinisk arbeid – også for allmennleger som jobber spredt og til dels langt fra universitetsmiljøene. Fleksibilitet er et viktig stikkord som jeg som forskningsleder vil bidra til å holde høyt. Spesialistreglene må tilpasses, og det bør være større fleksibilitet i forhold til fastlegeordningen. Her har vi legeforeningen med på laget. I det hele tatt vil jeg gjerne få berømme den innsatsen som de allmennmedisinske foreningene gjør for å skape bedre betingelser for forskningen. Det allmennmedisinske forskningsfondet kan bli en viktig ressurs for oss i årene som kommer. Privatøkonomisk må det også være slik at tapet ikke blir altfor stort ved å forske. Lønnen må komme opp på et anstendig nivå. Min mening er at vi nok ikke kan regne med å konkurrere økonomisk med en 100 prosent fastlegejobb. Det å være forsker byr på noen andre goder; for eksempel fleksibilitet og tilknytning til et stort og stimulerende miljø. I tillegg får en delta i fagutviklingen og reise på spennende kongresser.

– *For mange allmennleger fortøner de allmennmedisinske forskningsinstitusjonene seg som fjerne fra egen praksis. Er den allmennmedisinske forskningen i dag nyttig for allmennpraksis?*

– Forskningen har vært av variabel kvalitet. Med tanke på de ressursene som allmennmedisinsk forskning har hatt til rådighet, synes jeg vi har fått mye god kunnskap for små midler. Vi har hatt veldig gode prosjekter, men også mye som ikke har vært bra nok til å gi oss valid kunnskap som vi kan stole på. Det er som med idretten, vi må ha bredde for å



få noen spydspisser. Men til nå har det nesten ikke vært bredde en gang – kun reinspikka idealisme. I lengden kan ikke et stort klinisk fag som vårt leve med denne situasjonen.

– *Hva vil du som leder for forskningsenheten formidle til norske allmennleger?*

– Jeg håper vi kan stå sammen om å kreve at allmennmedisinen i større grad skal bli et forskningsbasert fag. I dag er det for mye variasjon i klinisk praksis. Vi har to problemer som begge er knyttet til selve kjernen i vårt fag, nemlig at vi arbeider spredt: Det er vanskelig å skaffe data fra allmennpraksis til forskning, og det er vanskelig å pløye ny kunnskap fra forskning tilbake til praksis. Vi har for få kanaler til både å samle og spre kunnskapen vi har. For å få god allmennmedisinsk forskning, må vi utvikle bedre metodologi, som egner seg for vårt fag. I dette arbeidet trenger forskerne hjelp fra praktikerne og vice versa.

Jeg har fått møte en av norsk allmennmedisins fremste forskere og fagutviklere. Et møte med en veldig hyggelig, oppmerksom og interessant dame – som på bergenerses vis får sagt mye på kort tid. Som hun får gjort mye på kort tid.