

Råflink reddis m

Sverre Rørtveit
INTERVJUET AV JESPER BLINKENBERG

Si: impetigo og fusidin. Hvem tenker man på da? Sverre Rørtveit må være ikonet på en «moderne distriktslege», en som setter pasienten og lokalsamfunnet i sentrum for sin medisinske gjerning. Han brenner for akuttmedisin og trives med smittevernarbeid. Men han tar det lenger. Han forsker, på begge deler.



«Det var nok etter impetigoprojektet jeg ble utnevnt til guru på hudinfeksjoner», sier vestlendingen når Utposten møter ham på vei hjem fra Oslo og Primærmedisinsk uke hvor han har holdt forelesning om infeksjoner i hud og bløtvev. 63-åringen er nemlig med i gruppen som utarbeider nasjonale retningslinjer for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten.

UTPOSTEN: Du er på vei til Austevoll. Hvor lenge har du vært der?

Jeg har vært i Austevoll i 32 år til vinteren. Før det var jeg fire og et halvt år i Nord-Norge, i militæret og på Harstad sykehus. Jeg hadde tenkt å bli kirurg, men så fant ut at jeg ville bli distriktslege. Det var både et verdivalg, men også et politisk valg. Distriktslege hadde en nimbus omkring seg, en ideologisk sterk ladning på den tiden. Det var her kampene skulle stå, bedringen i allmenntilstandens status og rammevilkår. Å være distriktslege var noe jeg så på i et romantisk positivt skjær, så det ville jeg prøve. Også var det slektsrøttene på Vestlandet som trakk. Og nå har jeg vært i Austevoll siden. Dette valget om å leve i distriktet nært innpå folket har mye med min politisk radikale innstilling å gjøre. Dette var jo politiske strømninger på 70- og 80-tallet. Maksimen om å tjene folket, det syntes jeg var store saker.

UTPOSTEN: Hvorfor jobbe i distrikt?

Allmennpraksis på landet, det å leve nært på befolkningen i en utkant, gir en fabelaktig kombinasjon av inntrykk av livet sine aspekter som du kanskje ikke får i en friere tilværelse i en by.

Livssynet jeg hadde da jeg kom til Austevoll har vært med meg siden. Allmennpraksis

i en utkant var den store utfordringen. Du måtte kunne masse og du hadde et stort personlig ansvar. I tillegg kom tanken om at det var her du gjorde den maksimale innsatsen for befolkningen din. Og hvis du klarte å komme i kontakt med, og trives med lokalbefolkningen, så ville du få et godt liv i den settingen.

UTPOSTEN: Ditt politiske grunnlag for veivalg i yrkeslivet skiller seg fra mange av de debattene som raser i dag, blant annet på Eyr, om fastlegen som tjenesteyter, om takster og godtgjørelser.

Jeg leser Eyr, men det er sjelden jeg skriver noe. Mine tanker er for enkle og belagt med for lite detaljkunnskap til at jeg kan spre dem til alle. Men jeg synes at diskusjonene i allmennpraktikermiljøene preges av administrative og økonomiske detaljer som vi i stor grad kunne unngå hvis legene var fastlønnsleger, og de ikke måtte finne ut alle mulige finurlige detaljer for hvordan de kunne tjene til livets opphold via takstsystemet. Mange ting ville vært enklere, særlig for yngre leger, dersom de var på fastlønn. Det er min enkle tanke som ofte blir slått ned av de toneangivende kreftene. Jeg føler meg ofte som en outsider med disse meningene, men jeg tror dette ville vært en velsignelse for allmenntilstanden. Vi kunne få vekk en del unødvendig støy, og konsentrere oss om det faglige.

UTPOSTEN: Miksen av distrikt og vitenskapelige arbeid med internasjonale publikasjoner er ikke vanlig. Hvordan havnet du der?

Jeg har alltid hatt den sterke samfunnsmessige og politiske interessen på den ene siden, og interessen for naturvitenskaplige forhold, tall og statistikk på den andre. Jeg hadde

med bredt spekter



Å leve nært på befolkningenn i en utkant gir inntrykk av livets aspekter, sier Sverre Rørtveit.

opp gjennom årene ofte en tanke om at vi burde se om det var ting som var interessante å forske på i vår hverdag. Men det gikk 20 år i min praksis i utkanten i Austevoll før jeg begynte å forske.

Forskningen begynte med at noen ildsjeler i en utkant av utkantkommunen ville skaffe hjertestarter til befolkningen sin, noe jeg ikke syntes var en god ide. For hjertestans er jo en sjelden tilstand. Men så fant jeg ut at dette kan vi snu til noe positivt ved å lære dem opp i førstehjelp og kombinere deres innsats med innsatsen fra kommunehelsetjenesten, ambulansepersonell og legene. Det er nemlig noe reisevei fra der ildsjelene holder til, til de sentrale strøk av Austevoll hvor legene og ambulansepersonell befinner seg. Og bro var det heller ikke den gang, det har kommet senere. Så vi måtte i båt, og da kunne det være tid å vinne med en førsteresponsgruppe.

Min hypotese var at hjerteinfarkt er en høyrisikosituasjon for at pasienten kan få ventrikkelflimmer og hjertestans. Med disse

ildsjelene kan vi undersøke hvor ofte dette faktisk skjer, og om disse lekfolks-førstehjelpgruppene kan redde liv ved hjertestans. Vi lærte dem opp i førstehjelp og bruk av hjertestarter. «Når hjertestarteren gir beskjed om å gi sjokk, så trykk på knappen.» Planen var at de skulle rykke ut som en førsteresponsgruppe i påvente av lege og ambulanse.

I en femårsperiode fulgte vi opp førstehjelperne, vi registrerte alle hendelsene og så hva som skjedde ved hver hendelse. Resultatet var ikke helt som ventet. Det ble ikke reddet noen liv i dette prosjektet. Antallet hjerteinfarkt viste seg ganske tilfeldig å være veldig lavt i den populasjonen i det tidsrommet, sånn at vi ikke fikk studert mange av de tilfellene vi ville studere, nemlig pasienter med hjerteinfarkt som ble overvåket av sivilt personell.

Dette var altså et nyttig og storslagent prosjekt, men resultatet var magert. Jeg anbefaler derfor ikke slike lekfolks-førstehjelpsgrupper

over alt, selv om det nok kan være nyttig i enkelte områder. Jeg tror heller på en bred opplæring i hjerte-lunge-redning til hele befolkningen, og at den avanserte hjerte-lunge-redningen overlates til lege og ambulansepersonell.

En del av prosjektet var også å følge opp ildsjelene i førstehjelpsgruppen, hvordan de følte de behersket oppgavene, og hvordan de reagerte på å være i beredskap, hvilket stressnivå det medførte for dem og deres familier. Det var interessant å gjennomføre denne psykologiske kartleggingen, og resultatene er oppsummert i en tidsskriftartikkel.

UTPOSTEN: Du har vært opptatt av allmennlegets rolle i akuttmedisin, og lansert begrepet allmennmedisinske lærdommer. Hva legger du i det?

Mot slutten av hjertestarterprosjektet ønsket jeg å se på hva som er akuttmedisin i kommunen, og startet sammen med kollegene i Austevoll et registreringsprosjekt for alle akuttmedisinske hendelser. Vi fikk en oversikt over hva som skjer, hvor ofte det skjer, og hvilken behandling som ble iverksatt. Og essensen av dette er de allmennmedisinske lærdommene.

Sommeren 2002 var det så mange tilfeller av brennkopper at vi som var leger på Austevoll spurte oss selv: «Hva er det som skjer?».



Mitt engasjement i akuttmedisin i utkantkommuner er for det første at det er veldig viktig at legene tar del i og inngår i akuttmedisinske team sammen med ambulansetjenesten. Det er hovedslaget. Mange plasser har utviklingen ført til at legene blir perifere og føler seg motløse når det er noe akutt som skjer. Og det skjer en vekselvirkning ved at de selv ikke føler seg kompetente og trekker seg tilbake, samtidig som ambulansepersonellet opplever dem som tilbaketrukkne og lite interesserte, og til og med ikke særlig kompetente. Denne vekselvirkningen forsterker prosessen og utviklingen. Men det er nå en trend som tyder på at dette kan snues ved at allmennlegene selv og kompetansemiljøer tar tak i dette. Et eksempel på det er opprettingen av de obligatoriske akuttmedisinkursene for allmennleger, med utarbeidet kursmal og greier. Det er viktig at det propaganderes fra sentrale miljøer at det er fastlegene sin plikt å bidra når pasientene blir akutt syke. Så vil allmennlegene selv oppdage at dette er en svært meningsfull plikt og en personlig belønnende del av legetjenesten.

Den andre siden ved dette er at helseforetakene, som eier ambulansetjenesten, ofte har tanker om hva det er vi skal bidra med i

Sverre Rørtveit i akuttmedisinsk teamtrening.



akuttmedisin i distrikt. Disse samsvarer ikke helt med realitetene. De har ikke satt seg inn i epidemiologien i akuttmedisin i utkanter. Noen teknisk veldig avanserte prosedyrer bør faktisk ikke konsentrere seg om å lære leger opp i fordi det er så usannsynlig at de kommer bort i det. Og det tar oppmerksomheten bort fra det som de faktisk må kunne, nemlig, legge inn venekanyler, gi medikamenter intravenøst og intramuskulært på en skikkelig måte, det å kunne ta EKG og overvåke hjerterytme, og det å håndtere luftveier med oksygen og noen tekniske hjelpemidler, i tillegg til defibrillering og hjerte-lunge-redning. Det er dette de allmennmedisinske lærdommene handler om. Vi må minne våre venner i helseforetakene om at det allmennlegene skal kunne, og som helseforetakene skal bidra til å lære de opp i å kunne, det må være tilpasset det spekteret av sykdommer og tilstander allmennlegene faktisk blir utsatt for i virkeligheten.

UTPOSTEN: Hva skal til for å få allmennlegene på banen?

Når dokteren og ambulansepersonellet befinner seg på forskjellige plasser, slik at de må kunne utfylle hverandre, eller når det er så langt til sykehus at det opplagt at ambulansen har behov for støtte fra legen, så er det matematikken og demografien som slår inn og legen føler det nødvendig at han eller hun må engasjere seg i dette. Men vi ser også at organisering og kultur og motivasjon betyr noe. For også i noen byer deltar allmennlegene i akuttmedisin i legevaktstjenesten, for eksempel i Tromsø, Trondheim og Stavanger. Det at fastleger faktisk må kunne en del akuttmedisin er avgjørende. Jeg er ikke sikker på om det har slått inn i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, selv om vi har hjelp i den eksisterende akuttmedisinforskriften.

UTPOSTEN: Tror du de lukrative vaktstasjonene med mange pasienter og 2ak i hopetall lokker legevaktlegene bort fra akuttmedisinen?

Nei, det tror jeg ikke. Når legen først er på legevakt, så deltar hun eller han i det som organiseringen av legevakten legger opp til. Hovedmomentene her er å få de erfarne legene med i legevaktordningen, og det andre er å organisere legevakten slik at legene faktisk er med ambulansene når det skjer noe akutt. Jeg skulle også ønske at det med økonomi kunne isoleres og ekskluderes fra hva legen av faglige grunner vil bidra med.

UTPOSTEN: Du har også vært engasjert i smittevern.

Ja. Omtrent på samme tiden som jeg startet hjertestarterprosjektet så fikk vi en epidemi

av brennkopper på Vestlandet, og det viste seg at dette skjedde i hele landet, og så viste det seg at dette også skjedde på andre siden av Nordsjøen. Det var så påfallende sommeren 2002 at vi som var leger i Austevoll spurte oss, hva er dette her for noe? Så tok vi bakteriologiske prøver og fant ut at dette var brennkopper, bulløs impetigo forårsaket av gule stafylokokker som var resistente for fusidin. Og de var resistente hele gjengen. Og det var mange. Dette var nytt og interessant. Jeg begynte å registrere alle tilfellene. Ett år tidligere hadde vi fått elektronisk journalsystem i kommunehelsetjenesten sånn at det var mulig å registrere dem enkeltvis, jeg som smittevernlege kunne søke opp alle tilfellene og holde en oversikt. Jeg oppfordret kollegene mine til å ta bakteriologisk prøve av alle, noe de stort sett gjorde.

Så utgikk et bud fra lillesøster Guri (Rørtveit, red anm.) om at jeg måtte forske. Hun hadde jo sett alle mine tabellariske oppstillinger over impetigo denne sommeren. Så gjorde vi det. Vi registrerte impetigo resten av 2002 og skrev en artikkel for *Tidsskriftet for den norske legeförening*. Og senere har vi fortsatt å registrere impetigo. For bakterien som var skyld i det hele var en helt ny klon som ble molekylærbiologisk beskrevet av norske og engelske forskere, den europeiske epidemiske fusidinresistente impetigo-klonen, og denne har vi fulgt hvert år i Austevoll. Vi har sett på hva som har skjedd med impetigoen, og denne spesielle klonen av gule stafylokokker. Det ble til to artikler i engelske tidsskrifter. Det er grunnen til at jeg har fått være med i arbeidsgruppen som lager retningslinjene for bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten. Jeg er liksom utpekt som ekspert på bakterielle hudinfeksjoner.

UTPOSTEN: Organisering av smittevern diskuteres stadig, kommuneleger på hvert nes eller store interkommunale smittevernetater. Hva tenker du?

Det viktigste er å ha en lokalt engasjert lege som skaffer seg kunnskap. Det er det beste. Det andre ytterpunktet er at myndighetene stiller spesifikke krav, krav til at en skal ha smittevernplan med tiltak for alt mulig, pandemiplan for eksempel. Min mening er at det ofte ikke er nødvendig med spesifisert lokale smittevernplaner. Folkehelseinstituttet har utarbeidet planer og tiltak og oversikter som er relevante å ta i bruk for kommunehelsetjenesten. Ta eksempelet med pandemiplaner. De lokale pandemiplanene (vi har en veldig flott en i Austevoll) ble i 2009 satt fullstendig til side av alle de detaljerte påbud som utgikk fra sentralt hold. Det viktige er at smittevernlegen har en oversikt over tilstanden i sin kommune, og når noe dukker opp så



Sverre Rørtveit (t.h.) praktiserer serbisk på akuttmedisinkongress i Serbia.

skolerer han eller hun seg på det. Smittevernlegen må følge med på hva som skjer, innhente relevant informasjon. Ta for eksempel mykoplasmapneumoni som vi hadde i fjor høst og vinter. I en slik situasjon er det viktig at smittevernlegene tar kontakt med fastlegene for å få en felles registrering av hva som egentlig skjer her. Hvor ofte tror vi en pasient har mykoplasmainfeksjon, hvor ofte påviser vi det faktisk ved nasofarynksprøve og hvor ofte gir vi erytromycin eller doxycyclin. Vi skal ikke bare overlate til sentrale myndigheter å gi oss råd om dette her. De gir oss ofte alt for lite råd. Det ble skrevet ut alt for mye antibiotika under mykoplasmaepidemien til folk som hostet mye, og det kan være veldig risikabelt for resistenssituasjonen i befolkningen at bredspektret antibiotika blir spredd slik. Et lokalt smittevernengasjement er viktig, og kan ikke overlates til statlige myndigheter.

UTPOSTEN: Aldri har vel smittevern vært så hot som under influensaepidemien i 2009.

En regnværsdag i juli 2009 satt Guri, Steinar Hunskaar og jeg sammen etter at Folkehelseinstituttet og helse- og sosialminister Bjarne Håkon Hansen hadde sett sorgtungt på oss og sagt at her kommer den pandemiske influensaen til å rulle over nasjonen, og vi vet ikke hvor alvorlig det blir. Uansett hvor mye de forsøker å bagatellisere det i etterkant så er det opplagt at dette måtte forstås i befolkningen og blant helsepersonell som noe som kunne bli alvorlig, men som også kunne bli en bagatell. Vi tenkte at dette må vi finne ut av. Hvis det blir en samfunnsmessig katastrofe så er det viktig å registrere hva som skjer i en kommune. Så jeg snakket med kollegene mine i Austevoll, og vi ble enige om at influensalignende sykdom, det registrerer vi sånn og sånn, så vi kan telle det og følge det. Dermed ble det et forskningsprosjekt av dette også.

Det artige her var at vi grep ballen i luften. Influensaen var på vei og vi ville forske på hva som faktisk kom til å skje. Det synes jeg vi bør gjøre mer av. Og det var jo en formidabel innsats som ble satt inn, tenk på massevaksinasjonen. At influensapandemien ble mer en bagatell enn en katastrofe er lett å se i etterkant, men jeg vil ikke være med på å kritisere og si at her ble det skutt med for kraftig skyts. Det var umulig å si på forhånd hvordan dette ville gå.

UTPOSTEN: Hva skal til for at vi skal klare å ta ballen i luften i det allmennmedisinske forskermiljøet?

Det blir gjort for lite forskning på hva som faktisk skjer med pasientene våre i allmennpraksis. Det finnes noen veldig gode forskningsprosjekter. Kollegabasert terapiveiledning, KOKO-prosjektet, tilknyttet antibiotikasenteret er et gigantisk positivt eksempel. Her ble mange hundre allmennpraktikere engasjert i nøyaktig registrering av egen antibiotikaforskriving, og hvilken endring som fulgte etter tett kursing. Ingrid Hjulstad Johansens forskning på psykiatriske pasienter i legevakt er et annet godt eksempel på det å følge pasienter, og Knut Eirik Eliassens forskning på pasienter med erythema migrans er tredje. Det blir gjort alt for lite slik forskning i dag. Derimot blir gjort mye registerforskning som i mindre grad er forskning på individuelle pasienter og grupper av pasienter. Og det forskes også ved at vi leger spør hverandre om forskjellig. Men det forskes altså lite ved faktisk og nøyaktig registrering av hva som egentlig skjer i felten. «Du skal skrive ditt fag, og du skal forske ditt fag» sier vår profet Per Fugelli. Det å starte med å gjøre praksisregistreringer hos seg selv, telle opp diagnoser og diskutere det i smågruppevirksomheten er en god start for forskning.

Jeg er redd det voldsomme fokuset allmennlegene har på sin framtid, økonomisk

og organisatorisk, forskrifter osv., ødelegger en del for viljen til å satse på faget og viljen til å satse på forskning.

UTPOSTEN: Hvordan skal vi rekruttere leger til allmennmedisin i de små kommunene langt fra sykehus?

Jeg tror det bør brukes både pisk og gulrot. Stimulering i form av god ressurstilgang, gode lønns- og arbeidsbetingelser, god tilrettelegging av fag og utdanningsløp. Men jeg lurer på om det ikke også burde være sånn at medisinstudentene burde informeres om at de etter endt studium kommer til å bli tilpliktet to års tjeneste i distrikt som en utvidelse av turnustjenesten. Slike synspunkt møttes med unison motstand og hoderysting i legekretser. Det karakteriseres som gammel-dags direktivsosialisme som ikke rimer med samtidens krav om individuell frihet. Men jeg tror at det kunne være en berikelse for de legene som sendes til distriktene, og til god nytte for rekrutteringen til distriktsallmennmedisinen.

UTPOSTEN: Du har lært deg et nytt fagfelt de siste årene, lært deg en ny disiplin, forskningen. Men du lærer også nye språk?

Jeg hadde russisk på gymnasen på Bergen Katedralskole. For fem år siden ble jeg invitert til å holde et foredrag om hjertestarterprosjektet på en kongress i Serbias akuttmedisinske forening. Min forbindelse dit var en serbisk anestesilege på Radiumhospitalet, Zorica Mitic. Hun la opp et program med en ukes rundtur i Serbia i forkant av kongressen. Jeg fant ut at det kunne være lurt å lære meg litt serbisk før denne turen. Serbisk er en del av den slaviske språkgruppen, som russisk, så det var ikke svært vanskelig å lære seg noe serbisk... Det var gøy å kunne litt, og folk ble rørt og begeistret da jeg hev meg frempå. For 15 år siden begynte jeg å lære meg fransk, og det er gøy å lese aviser og romaner på fransk. Og Italia er jo også et fint land. Med fransken innabords var det ikke vanskelig å lære seg italiensk ganske bra. Nå kan jeg også lese italienske bøker på originalspråket.

Det kan være arbeidsomt å være kommunelege og allmennlege i Austevoll, det er mye arbeid og hyppig legevakt, mange bakvakter, veiledning og så videre. Men det å beherske språk gir en følelse av frihet. Du kan bevege deg ut i verden, eller ut i det mentale rom på internett, i aviser og bøker. Det gir en indre frihet å kunne språk.

UTPOSTEN: Har du noen nye språkprosjekter?

Nå skal jeg først jobbe videre med italiensken min, så kan det jo dukke opp noen gode grunner til å lære de slaviske språkene bedre.