

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 2 – 2012 ◦ ÅRGANG 41

INNHold:

LEDER: Brytningstid. AV MONA SØNDENÅ	1
UTPOSTENS DOBBELTIME: Foreningsleder med solid bakkekontakt. MARIT HERMANSEN INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Kan jeg få førerkort? Førerkortforskriftens krav til bilkjøring ifbm. hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD). AV RAGNAR HERMSTAD	6
Maligne hematologiske sykdommer i primær- helsetjenesten. Hvordan fange dem opp? AV SIGBJØRN BERENTSEN	8
Urininkontinens under svangerskapet og etter fødselen – hvordan kan det forebygges? AV STIAN LANGE LAND WESNES	11
Ny fastlegeforskrift – en het potet. ENQUETE	14
Kultur og aktivitet i eldreomsorgen – Identitetsskapende livskvalitet. AV INGEBORG SELNES	20
Generasjonssang på sykehjem – et musiserende samspill AV RUTH ELISABETH SOLBERG	23
Tieieplikta – ei norm i grenseflata mellom legen, pasienten og samfunnet. AV GEIR SVERRE BRAUT OG GORM ARE GRAMMELTVEDT	24
Risiko og risikovurderinger – begreper og aspekter som er aktuelle ved tilsyn. AV GUTTORM EILERTSEN	28
Samhandling mellom DPS og fastlegene. Hva kan pasientene lære oss? AV ASTRID EMHJELLEN OG BJØRNAR NYEN	32
AHDH-debatt på retorisk villspor. O. A. HOVDA OG Ø. ALEXANDERSEN TILSVAR PÅ INNLEGG I NR 1.	36
Faste spalter	41

KONTOR:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:**Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no

Esperanza Díaz

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no

Lisbeth Homlong

Jutulveien 5

0852 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com

Ole Andreas Hovda

Bjørndalen 52

5009 Bergen

MOBIL: 975 75 085

E-POST: oahovda@gmail.com

Ann-Kristin Stokke

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com

Tom Sundar

Gaupfare 8

2480 Koppang

MOBIL: 926 29 687

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.no

FORSIDEBILDE: Ole Andreas Hovda

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Gruppen AS

REPRO OG TRYKK:
07 Gruppen AS

07



Du finner Utposten på
www.utposten.no



Brytningstid

Inspirert av Utpostens 40-års jubileum og Per Wiiums artikkel om *Utpostens betydning for norsk samfunnsmedisin* i nr. 1, 2012, har jeg dukket ned i mine gamle Utposten-utgaver. Det første nummeret jeg fant var nr. 7 fra 1985. Det var et temanummer om konsultasjonen i allmennpraksis som Per Stensland innledet med artikkelen *Ittno kjæm tå sæ sjøl!* Her ble konsultasjonen fremhevet som den viktigste rammen for vårt diagnostiske og terapeutiske arbeid.

Forfatterne av artiklene i det nevnte nummeret var opptatt av kjerneinnholdet i konsultasjonen; henvendelsesårsaken, pasientens bekymringer, pasientens ideer og pasientens forventninger. Dette er vi selvfølgelig like opptatt av i dag, 27 år senere – så hvorfor fremheve dette nå? tenker du kanskje.

Min assosiasjon da jeg leste artiklene fra 1985 om innholdet i konsultasjonen, var dagens forslag til fastlegeforskrift som nå er til høring. Hvorfor? Jo, fordi jeg er redd for at innholdet i konsultasjonen vi bli skadelidende når fastlegene – for det første – får flere oppgaver og følgelig mindre tid til sine pasienter, mens listelengden holdes urørt. En konsekvens av dette er at vi kanskje må håndtere flere pasienter daglig. For det andre kan det se ut som om konsultasjonsfokus skal dreies bort fra pasientens agenda og over til legens, eller skal vi si helsemyndighetenes forebyggingsmantra: Vi må jo snakke om vekt, røyking og mosjon. For det tredje kan forskriftens for så vidt gode intensjon om tilgjengelighet gjøre at det er de «friske og griske» som nok en gang får prioritet, slik Elisabeth Swensen så godt beskriver det i enqueten om forslaget til fastlegeforskrift i Utposten-utgaven du nå holder i hånden. Det var vel ikke slik det var ment?

I Utposten nr. 2, 2011 skrev Eli Trefall en meget tankevekkende artikkel som belyser denne problemstillingen til fulle. Hun kalte artikkelen *Pasientens agenda eller legens?*

Pasienten hun beretter om, skrev et velformulert brev til henne i etterkant av flere konsultasjoner der han ikke fikk anledning til å legge frem sine egentlige problemer fordi hun, legen, var for opptatt av å påpeke at han burde gå ned i vekt, mosjonere og slutte å røyke. Brevet han skrev til henne ender med følgende oppsummering: «Når leger bruker knep for å skremme pasientene inn på den smale sti – altså gir en fremstilling av maksimal lidelse fram mot en smertefull død hvis pasienten ikke straks konverterer til helsefanatismen, blir jeg skremt over de strømninger i tiden som kan legitimere slik villedende veiledning.» Kan det sies bedre?

Du kan lese mer om kollegers tanker og meninger om departementets forslag til revidert fastlegeforskrift i dette nummeret av Utposten. Vi har valgt å vie stor plass til forskriften fordi konsekvensene for oss som primærleger kan bli store. Et paradoks i så måte er at den mye omtalte og omdiskuterte *samhandlingsreformen* har tvunget frem forslaget til ny fastlegeforskrift. Vil ikke innholdet i den kontroversielle forskriften gjøre det enda vanskeligere å få tid til nettopp det alle parter ønsker, nemlig bedre samhandling? Og hva med allmennmedisinens og samfunnsmedisinens kjerneoppgaver – settes de på spill?

Heldigvis går det mot lysere tider, ikke minst i den nordlige delen av landet. Det gjør godt både for sjel og legeme. Når frustrasjonsnivået er stort gir naturen både sjelefred og helsebot, slik sangeren Terje Nilsen så vakkert skriver om i sangen om Mjelle, og han avslutter slik:

Hvis alle hadde funne sæ et Mjelle,
ei stille strand som fyllte dem med fred.
Der de kunn sett sæ ned i ly av fjellet
Og tenk igjennom tengen en gang te.
Da hadde kanskje verden vært en anna,
og sinte rop vært overdøvd av sang,
förr bølgen som bryt brått oppetter stranda
de trekk sæ stilt tebacke kver en gang.

Mona Søndena

Utpostens
dobbeltime

Foreningsleder med

Marit Hermansen
INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

Norsk forening for allmennmedisin har fått en leder som kan håndtere både traktor, motorsag og jordfreser. Som offisersdatter er hun dessuten kjent for å være korrekt og bestemt, ha sitt på stell og være godt forberedt der hun er med. Dette er egenskaper som kan komme godt med i tider som disse. Med lang erfaring fra både allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid i tillegg, er hun godt rustet til den jobben hun skal gjøre.

Siden hun tiltrådte ledervervet i september, har hun bodd på hotell i Oslo tre dager per uke og føler seg nærmest som en handelsreisende. I disse dager flytter hun imidlertid inn i nykjøpt pendlerleilighet. Overgangen fra allmennpraksis og kommunelegejobb i Grue i Hedmark har vært stor, men pendling til og fra ektemann, tre barn og gårdsbruk ved Glomma har gått overraskende smertefritt.

– Det er mest spennende og morsomt. Som tidligere nestleder i NSAM og styremedlem både i NSAM og NFA, har jeg mye erfaring fra styrearbeid. Men det er noe helt annet å ha hovedansvaret.

Og faglig har du jo masse erfaring å spille på, skyter jeg inn:

– Ja. Dessuten har jeg bevart en ti prosent

stilling som legevaktsjef for Solør interkommunale legevakt, da får jeg litt bakkekontakt. Jeg kjører endatil en og annen vakt for å holde den delen av faget ved like.

UTPOSTEN: Men det må jo være litt av en utfordring å ta over etter Gisle Roksund, som har vært en markant NFA-leder?

– Ja, det kan være angstskapende i seg selv, ler hun. – Men jeg tenkte nok mye mer på det før jeg overtok. Gisle har dessuten vært veldig grei, jeg kan spørre om råd og han bidrar. Jeg har fått mye støtte på at jeg må være den jeg er. Jeg har en annen stil.

47-åringen stod tidlig på barrikadene. Alle-rede som 15-åring spilte hun gitar og sang under et 8. mars-arrangement på Hamar. Hun har vært et organisasjonsmenneske og har alltid likt å ta ansvar, gjøre noe, og si i fra. Selv om det var vanskelig å si ja til å bli leder i NFA, er det nok ikke tilfeldig at hun havnet i den posisjonen.

Skjebnetid

Jeg møter den nye foreningslederen på Braserie Hansken like ved hennes nye arbeidsplass: Legenes hus. Et sentralt samtaleemne blir naturlig nok fastlegeforskriften.

UTPOSTEN: Vi får inntrykk av at vi i disse dager opplever en skjebnetid for fastlegeordningen?

– Det kan du gjerne si. Jeg tror at folk føler at det gode i faget og måten vi jobber på er truet. Vi står i fare for å miste noe av den faglige basisen i hverdagen vår. Derfor tror jeg kolleger har engasjert seg. Det er jo fulle hus på allmennlegerådsmøter over hele landet – noe som er ganske fortrøstningsfullt.

UTPOSTEN: Er dette nok en gang leger som protesterer mot overordnet styring, eller ligger det noe mer i reaksjonene?

– I mange sammenhenger er det nok riktig at leger ikke vil la seg styre, men dette dreier seg om noe annet. Man kan anerkjenne at de som står for midlene ønsker at de skal brukes på en viss måte. Men da må man se at det fører riktig vei, og at det har en god hensikt. I dette tilfellet er nok hensikten god, men det kommer ikke til å føre riktig vei!

UTPOSTEN: Hva tror du vil skje videre?

– Vi har tro på at myndighetene vil høre på faglig begrunnede innspill. Det ene er dette raseriet som kommer fra grasrota. Det andre er Legeforeningen, som gjennom sine kanaler gir innspill i saken. Så får vi virkelig håpe at myndighetene tar dette til seg.

UTPOSTEN: Prosessen rundt forslaget til ny fastlegeforskrift har etter manges oppfatning vært et sololøp fra HOD sin side. Hvilke tanker gjør du deg om at Legeforeningen, her AF og NFA, er satt på sidelinja?

– På den ene siden er det myndighetene som skriver forskrifter, det er ingen forhandlinger om det, men det går an å innhente råd. Vi har sett dette over tid, at med en flertallsregjering så skjer mye innenfor det lukkede rom, og det speiles kanskje også i departementet. Det kan man være betenkt over.

Hun legger til at et sterkt inntrykk man sitter igjen med, utenom den politiske prosessen, er at forslaget vitner om manglende kunnskap om hvordan allmennmedisin utøves rundt omkring på fastlegekontorene.

– Å komme med et forslag som er så fjernt fra praksis og som til dels desavuerer fast-

solid bakkekontakt

legene faglig, kan skape et tillitsbrudd som kan være vanskelig å reparere, poengterer NFA-lederen.

Kvalitetsarbeid og forebygging

UTPOSTEN: Har du opparbeidet deg noen faglig profil etter at du tiltrådte som leder?

– Vi har jo et arbeidsprogram, sier hun tenksomt, – men det er ganske vidt. Utfordringen etter hvert blir å stake ut noen få, spissa områder. Nå har vi jobbet veldig mye med kvalitet. Senter for allmennmedisinsk kvalitet er et sentralt prosjekt i så måte.

UTPOSTEN: Hva er forskjellen på KUP (Allmennmedisinsk utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet) og Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK)?

– KUP, som er et samarbeidsprosjekt mellom AF og NFA, er et fast utvalg som over år har jobbet med kvalitet. SAK er et prosjekt som har gått ut av KUP, og som skal ha hovedfokus på å støtte lokalt forbedringsarbeid.

UTPOSTEN: Mange driver med småprosjekt på kvalitetssikring rundt omkring, blant annet har vi publisert flere saker i Utposten om dette?

– Ja, og det kan være aktuelt å samle dette i en slags ressursbase. For eksempel; hvor kan man henvende seg hvis man vil jobbe med ventetid eller brukerundersøkelser? Å samle ressursene på ett sted er viktig.

UTPOSTEN: Har du noen visjoner for framtidens primærhelsetjeneste?

– Å styrke faget gjennom å styrke spesialiteten. Obligatorisk krav om spesialitet for å inneha en fastlegeliste er et viktig virkemiddel her. Dette er et kvalitetskrav og gir faglig autoritet.

UTPOSTEN: Er spesialistutdanningen god nok som den er?

– Jeg tror vi må strukturere løpet mer. Vi må få til utdanningsstillinger. Når du begynner som fastlege skal det også være en naturlig forventning til at du starter i spesialisering med en klar plan fremover. Veiledningsgruppen skal fortsatt være sentral, i til-



legg kunne det være aktuelt med en mentor gjennom spesialistutdanningen.

UTPOSTEN: Er det andre saker du brenner for?

– Jeg har mange tanker rundt forebygging i allmennmedisin. Helt siden jeg var med i NSAM har det foregått en tankevirkosomhet rundt dette, noe som endte i et policydokument som vi la frem på forrige årsmøte. Det er en viktig rettesnor. Forebyggende medisin er jo et fag, men også en slags «hedersbetegnelse»; litt som kvalitet. Men så er det sjelden penger til det og det er vanskelig å måle. Og er det så sikkert at vi bør drive mye med dette i allmennmedisin? Det er ikke mye god forskning på effekten av individrettet forebyg-

ging. Skal vi drive med dette i konsultasjonen, uten at det er belagt med forskning? Vi vet at dersom man bedrer levekåra til folk, så blir helsa bedre. Og det kan ikke foregå på legekontoret, det må skje på et overordna nivå. Det er kanskje å banne i kjerka å si at vi ikke skal drive med så mye forebygging, men ta vare på de som er syke og trenger oss.

Risikohåndtering

UTPOSTEN: Er det en trend i tiden å fokusere på den enkeltes ansvar for egen helse, herunder fastlegens ansvar for at individet tar vare på helsa si?

– Ja, og dette kan medføre økt fokus på

medikamentell behandling, som igjen fører til sykeliggjøring. Forskningsmiljøet i Trondheim har jobbet mye med dette spørsmålet når det gjelder blodtrykk og kolesterol: Er vi egentlig alle «risikanter»? Jeg synes dette er veldig spennende! Det var også aktuelt i debatten om tidlig ultralyd. Å vente et barn er forbundet med risiko. Hvor mye risiko skal vi tåle i livene våre, før det er et krav at noen må gjøre noe med det?

UTPOSTEN: Man kan jo ikke eliminere all risiko?

– Nei, på samme måte som man ikke kan bestemme at alle skal være lykkelige. Det er noe med livets iboende vanskeligheter som vi ikke kan vedta oss bort fra.

Den nye NFA-lederen har god støtte fra familien, her med ektemann og sine tre barn.

UTPOSTEN: Hva blir helsevesenets rolle her?

– Vi må ikke gå i den fella at vi opprettholder folks angst og bekymring. Det er forskjell på å ivareta den gravide som er redd for å få et sykt barn kontra alltid å henvise henne til avansert utredning. I allmennmedisin er det viktig å diskutere risiko, sier Marit Hermansen.

– Å forholde seg til at det vanligste er vanligst. Det snakker jeg mye med turnusleger om. De skal lære å leve med en uselektet populasjon. Man må forholde seg til at «på dette tidspunktet, er det dette jeg vet, så kan det hende at sannheten er en annen i den andre enden». Noen sånne pedagogiske runder må

man gå med seg selv av og til, tenker jeg. Dette er noe av det som er spennende og utfordrende med allmennmedisin – de overordnede betraktningene.

UTPOSTEN: Var det derfor du ble allmennpraktiker?

– Nei, langt i fra! Det var jo gården. Mannen min hadde odel på en gård med bo- og driveplikt ved Glomma. Da vi bestemte oss for å ta over gården, var det ingen annen mulighet, sier hun med et smil.

Med hjerte for samfunnsmedisin

Da Marit Hermansen i 2010 ble tildelt Anders Forsdahls minnepris for sitt engasjement for distriktsmedisin, uttalte hun at hun lenge hadde brent for kommunelegefunksjonen. I sitt eget distrikt har hun vært med å få til et velfungerende samfunnsmedisinsk arbeid. Hun forteller at hun var heldig som kom inn i en praksis som vikar for kommuneoverlegen, en erfaren og dyktig distriktslege som kjente kommunen og faget godt. Hun kunne bruke ham som rådgiver, og i etterkant har de gått inn i tospann som kommuneoverleger.

– Jeg har hatt en mester-svenn-opplæring som har vært strålende, sier hun entusiastisk.

I lokalmiljøet er hun kjent for gode samarbeidsevner og et imøtekommende vesen. Det kommer godt med i det tverrfaglige arbeidet som samfunnsmedisinen innebærer.

– Det er en klar fordel av å dekke tre kommuner sammen med en kollega, slik vi har



organisert det. Det bør man absolutt legge opp til andre steder også, mener jeg. En 20 prosent-stilling er ingenting dersom man skal håndtere et sånt fag.

UTPOSTEN: I disse dager er kommunene i full aktivitet med å implementere samhandlingsreformen. Er du involvert i dette?

– Som legevaktsjef er jeg med. Og det er noe jeg har nytte av i NFA. Jeg har «jording» i kommunen og vet faktisk hvordan det er der ute. Jeg er overbevist om at mye av det som sykehusene gjør, kan også vi gjøre bra lokalt, som for eksempel å drive en diabetes- eller hjertesviktpoliklinikk. Tilbudene bør bygges gradvis og det må overføres midler. God kommunikasjon med sykehuset og direkte kontakt med spesialist er en nødvendighet.

Legevakt er et annet stort tema som opptar den nye NFA-lederen. Hun er klar på at fastlegene skal utgjøre kjernen i legevaktsordningen. Bruk av vikarer gir en annen kvalitet på innleggelsene enn fastleger som kjenner pasientene og forholdene lokalt.

UTPOSTEN: Hvordan skal man få fastlegene til å delta i større grad?

– I Bergen er legevakten i høy grad bemannt med vikarer, mens man i Trondheim har klart å gjøre noen grep slik at fastlegene tar ansvar. Man må se på hva de har gjort der de har fått det til, og gå gjennom faglige, lønnsmessige og arbeidsmessige aspekter. Nasjonalt senter for legevaktmedisin har mange gode tanker rundt dette.

Dette er gårdsbruket ved Glomma som var utgangspunktet for Marit Hermansens engasjement i allmenn- og samfunnsmedisin.

Utfordrende å rekruttere

UTPOSTEN: Hva synes du om forslaget til ny turnusordning?

– Der har du også en grasrotaksjon. Det jeg har forstått, uten at jeg vet mye om turnussakens lange historie, er at forslaget etter hvert begynner å ligne på noe vi kan leve med. Men utenlandsstudentene faller igjen, og det er ikke bra. Samhandlingsreformen signaliserer behovet for flere leger i primærhelsetjenesten. I tillegg er det ønskelig at en større del av undervisningen skal skje i primærhelsetjenesten. Samtidig kommer halvparten av alle leger fra utlandet med til dels lite erfaring med allmennpraksis, og nå skal de heller ikke få turnus!

Hermansen mener at myndighetene bør spørre seg selv om de er fornøyd med at halvparten av legene nå utdannes i utlandet, ofte på steder hvor det er lite allmennmedisin i utdanningen: – Det betyr ikke at jeg mener folk ikke skal reise ut og ta utdanning. Men hvis man er fornøyd med antall studieplasser her i Norge, så er det en fallitterklæring. Kanskje skal vi i større grad dekke vårt eget behov for leger, som de gjør for eksempel i Sverige og Danmark? spør hun.

UTPOSTEN: Dette henger også sammen med rekruttering til allmennmedisin – hvordan kan den bedres?

– Det er i størst grad et distriktsproblem – og en utfordring! For vi vil jo ha de beste søkerne, både i distrikt og sentralt. Det handler om å heve fagets anseelse og gjøre allmenn-

medisin til en attraktiv karrierevei. Hvordan skal vi gjøre det? Da må vi basere mer av utdanningen i primærhelsetjenesten, ha strukturerte spesialistløp og få på plass utdanningsstillinger. Og hvordan skal man få studentene ut i distrikt? Svaret ligger i å ha gode veiledere og en god turnustjeneste. Og odelsloven da, legger hun lattermildt til: – En kollega av meg har sagt at den er en velsignelse for fastlegeordningen i distrikt!

UTPOSTEN: Hvordan ser du på rammebetingelsene for å drive allmennpraksis i Norge?

– Oppgavetilfanget har økt uten at det har speilet inntektsutviklingen. Vi har fått større kostnader: pensjon, NEL, helsenett, nye IT-løsninger, økte personalkostnader. Og vi har fått flere byråkratiske arbeidsoppgaver. Men kjernen i allmennmedisin er møtet med pasienten. Det må vi satse på, det er det vi er gode på. Vi kan også delta i møter, men bare der vi trengs. Vi må få gjøre den faglige vurderingen selv. Og så klart drives det fastlegepraksis av ulik kvalitet – men en forskrift kan ikke innrettes etter det. Man kan vedta i det blå, uten at det nødvendigvis blir bedre av den grunn.

Hvordan det skal gå med drivhuset som Marit Hermansen fikk av sin mann i 40-års-gave, er jeg usikker på. For hun har mye å henge fingrene i. NFA-lederen er kjent for å dyrke velsmakende grønnsaker og vakre blomster. Forhåpentligvis får hun det også til å spire og gro i norsk allmennmedisin de nærmeste årene!





Allmennmedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette søkelys 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.

Kan jeg få førerkort?

Førerkortforskriftens krav til bilkjøring i forbindelse med hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD)

■ RAGNAR HERMSTAD *assisterende fylkeslege, Sør-Trøndelag*

Omfanget av pasienter med hyperkinetiske forstyrrelser synes å være i jevn vekst. Dette er særlig åpenbart i forbindelse med at svært mange av disse medisineres med sentralstimulerende medikamenter også i voksen alder. Denne artikkelen skal forsøke å beskrive de vurderinger som må gjøres av fastlegen til pasienten, samt de opplysninger Fylkesmannen må motta når det søkes om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Artikkelen er bygget på et foredrag holdt ved fjorårets Nidaroskongress.

Helsepersonell og førerkort

I forbindelse med vurderinger av om pasienter fyller førerkortforskriftens helsekrav er legens rolle å opptre som sakkyndig for en offentlig myndighet. Det betyr at legen i denne sammenheng verken kan eller skal være pasientens advokat eller talsperson. Helsepersonell-lovens §34 omhandler opplysninger i forbindelse med førerkort og sertifikat:

«Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller ser-

tifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.»

Dersom det er tvil om pasienten oppfyller helsekravene kan/bør behandlende lege oversende saken til Fylkesmannen og be om råd.

Ved søknad om dispensasjon fra førerkortforskriftens krav til Fylkesmannen skal pasienten selv fremme denne søknaden med begrunnelse for hvorfor vedkommende har behov for angjeldende førerkortklasser. Lege fyller ut vanlig utvidet førerkortskjema (NA-202) og legger ved nødvendige supplerende opplysninger og vurderinger som gjør Fylkesmannen i stand til å avgjøre dispensasjons-søknaden på best mulig grunnlag.

Helsekrav som hyperkinetiske forstyrrelser vurderes ut fra

I Førerkortforskriftens vedlegg 1, §2 framkommer følgende:

- **PKT. 4:** Det må ikke være alvorlig psykisk lidelse, vesentlig mental retardasjon eller personlighetsavvik som medfører nedsatt dømmekraft, impulskontroll eller adferdsforstyrrelse, som kan være farlig i trafikken.
- **PKT. 6:** Det må ikke være andre sykdomstilstander som gjør eller kan gjøre føreren uskikket til å føre motorvogn.

Her fremheves at det er redusert dømmekraft, redusert impulskontroll eller adferdsforstyrrelse som følger av tilstanden, som gjør

at de ikke fyller helsekravene. Det er med andre ord konsekvensene, og ikke lidelsen i seg selv, som kan være farlig i trafikken.

ADHD og førerkort – generelt

Dersom behandlende lege mener at sentralstimulerende midler er indisert, skal det kreves at disse inntas som avtalt, og at nødvendig kontrollopplegg følges. Sentralstimulerende midler tatt i denne sammenheng, under faglig betryggende kontroll, er altså en forutsetning, og ikke en kontraindikasjon mot bilkjøring.

ADHD og førerkort – uten adferdsforstyrrelse

Når en pasient har ADHD kombinert med forstyrret aktivitet og/eller oppmerksomhet, men ikke har adferdsforstyrrelse, er kravene til de lavere førerkortklasser oppfylt. Det gjelder uavhengig av om pasienten behandles med sentralstimulerende midler eller ikke. Dette forutsetter imidlertid to forhold:

- At oppmerksomhetsforstyrrelsen er av en slik art at den påvirker trafikkatferden i liten grad
- At komorbiditet som bipolare lidelser, angsttilstander, medikamentbruk, alkohol, rusmidler evt. andre tilstander ikke er til stede.

ADHD uten adferdsforstyrrelse medfører imidlertid at helsekravene for de høyere førerkortklasser, inkludert kjøreseddel og kompetansebevis, ikke er oppfylt. Dette har sammenheng med den lett forhøyede ulykkesrisikoen som tross alt er til stede.



ADHD og førerkort – med adferdsforstyrrelse

Dersom det er adferdsforstyrrelse i form av utagerende adferd, nedsatt impuls kontroll m.v. foreligger en forhøyet ulykkesrisiko. Førerkortforskriftens helsekrav er derfor ikke oppfylt for noen førerkortklasser.

ADHD og førerkort – grunnlag for dispensasjonsvurderinger

Det er kun Fylkesmannen som har myndighet til å dispensere fra førerkortforskriftens helsekrav. Når Fylkesmannen skal foreta disse vurderingene er det av avgjørende betydning å motta riktig og tilstrekkelig informasjon fra lege/spesialist. I legeerklæringer som vedrører dispensasjonssøknader for ADHD må det redegjøres for følgende:

- Om det er oppmerksomhetsforstyrrelse med eller uten hyperaktivitet
- Om det er utagerende adferd
- Om det foreligger nedsatt impuls kontroll
- Om pasienten har andre adferdsforstyrrelser
- Om det er komorbide lidelser
- Om det foreligger rusmiddelbruk/-misbruk
- En vurdering av om pasientens symptom-bilde er av en slik art at kjøreevnen påvirkes vesentlig.

Legeerklæringen må i tillegg angi om pasienten behandles med sentralstimulerende medikamenter eller andre medikamenter. Det skal også anføres hvilken effekt behandlingen har og om den følges opp adekvat.

ADHD og førerkort – dispensasjons- vurderinger for lavere klasser

Fylkesmannen foretar en samlet vurdering av de opplysninger som kommer inn. For å unngå unødig forsinkelse er det viktig at de ulike forhold er tilstrekkelig belyst. Det gis ikke dispensasjon for de lavere klasser dersom tilstanden er preget av sterk utagering, manglende impuls kontroll eller annen adferdsforstyrrelse. Det gis heller ikke dersom det samtidig foreligger et alvorlig personlighetsavvik.

ADHD og førerkort – dispensasjons- vurderinger for høyere klasser

Utgangspunktet er at ingen med ADHD fyl-ler kravene til førerkort i høyere klasser, selv om det kun er konsentrasjonsvansker til stede. Dette medfører at dersom de ønsker slikt førerkort må de søke om dispensasjon. Dersom det ikke foreligger adferdsforstyrrelse vil vurderingen til Fylkesmannen, i tillegg til det som er redegjort for over, også ta hensyn til hvordan trafikkadferden og tilstand har vært dersom søkeren har hatt førerkort for lavere klasser tidligere, eksempelvis de siste tre til fem år. Bakgrunnen for dette er at mange har en tendens til å kjøre for fort. Dersom legen er kjent med slike forhold vil opplysninger om dette i forbindelse med dispensasjonssøknaden være viktig. Fylkesmannen legger strengere vurderinger til grunn for klasse D1/D/kjøreseddel (all slags persontransport) enn for klasse C1/C.

Dersom det foreligger ADHD med adferdsforstyrrelse, komorbiditet eller andre til-

leggstilstander gis det ikke dispensasjon for de høyere klasser.

Avslutning

Som fastlege har man et stort ansvar for å sikre at pasientene på egen liste har en helsetilstand som gjør dem skikket til å kjøre bil. Oppgaven er blitt stadig mer omfattende og krever kontinuerlig oppdatering. Dette er en utfordring da regelverket, som følge av tilpas-sing til internasjonale krav, er i stadig endring. Formålet er å oppnå god trafikk-sikkerhet, og dermed forebygge skade på personer og materiell. Dette er godt folkehelsearbeid!

GRUNNLAGSDOKUMENTASJON VED FØRERKORTVURDERINGER

- Førerkortforskriften. Vedlegg 1-Helsekrav. <http://www.lovdata.no/for/sf/sd/td-20040119-0298-015.html>
- IS-1437: Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v. Helsedirektoratet. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/forerkort-regler-og-veiledning-for-utfylling-av-helseattest-for-forerkort/Sider/default.aspx>
- IS-1348: Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker. Helsedirektoratet. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker/Sider/default.aspx>

 ragnar.hermstad@fmst.no

Maligne hematologiske sykdo

Hvordan fange dem opp?

■ SIGBJØRN BERENTSEN

seksjonsoverlege ved Medisinsk klinikk, Haugesund sjukehus, fagansvarlig for blodsykdommer i Helse Fonna HF og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen

Allmennpraktikeren vil av og til stå overfor pasienter med nyoppstått, udiagnostisert hematologisk kreftsykdom. Utredning, behandling og kontroll for slike sykdommer er i økende grad blitt spesialisert, og selv ved lavmaligne og inkurabile tilstander er behandlingen blitt differensiert, komplisert og ofte langt mer effektiv enn før. En av de viktigste oppgavene for fastlegen er derfor å vite når man skal mistenke disse sykdommene, stille en tentativ diagnose og sørge for at pasienten får adekvat videre utredning i rett tid.

Rammen nedenfor viser de viktigste maligne hematologiske sykdommene som allmennmedisineren bør kjenne til. Det finnes ingen generell oppskrift på når og hvordan legen på rett grunnlag skal mistenke disse tilstandene. I denne artikkelen vil jeg derfor først gi noen typiske kliniske eksempler og deretter omtale noen praktiske diagnostiske hovedpunkter ved de enkelte sykdomsgruppene.

Maligne hematologiske sykdommer

Lymfomer

Non-Hodgkins lymfomer

Hodgkins lymfom

Myelomatose

Leukemier

Akutte

Kroniske

Semimaligne eller premaligne tilstander

Kroniske myeloproliferative sykdommer

Myelodysplastiske syndromer

Fem mini-kasuistikker

① En 20 år gammel, klinisk frisk, slank mann søkte fastlegen for å få en helseattest. Det ble tilfeldig oppdaget at hemoglobin (Hb) var 17,0 g/dl. Hva er den mest sannsynlige diagnosen?

Polycythaemia vera forekommer ekstremt sjelden i denne aldersgruppen og er kjennetegnet ved vesentlig høyere Hb ($> 18,4$ g/dl hos menn) og nesten alltid tillegg av leuko-, granulog- og/eller trombocytose. Med fravær av klinisk sykdom og bare antydning Hb-forhøyelse er det også usannsynlig at denne 20-åringen skulle ha en sekundær erytrocytose. Etter all sannsynlighet er han frisk, og han trenger ikke videre utredning. Legen bør spørre om han røyker.

② En 19 år gammel kvinne hadde ingen blødningsanamnese og brukte ingen medikamenter. Hun fikk tilfeldig påvist blodplatetall $30 \times 10^9/l$. Sykehistorie og full klinisk undersøkelse ga ingen ytterligere mistanke om sykdom, og øvrige hematologiske blodprøver var normale. Hva bør allmennpraktikeren gjøre?

Den mest sannsynlige diagnosen er autoimmune trombocytopeni (ITP), som ikke er en malign sykdom. Pasienten bør likevel i løpet av de første dagene undersøkes av en hematolog eller kompetent indremedisiner, dels for å utelukke mer alvorlige differensialdiagnoser, dels fordi platetallet kan falle ytterligere og medføre behandlingsindikasjon.

③ En tidligere frisk 25 år gammel kvinne søkte lege fordi hun de siste to ukene hadde følt seg syk og hatt feber. Legen fant ingen

kliniske infeksjonstegn, men Hb var 10,1 g/dl, leukocytter $0,9 \times 10^9/l$ og trombocytter $45 \times 10^9/l$. Tentativ diagnose? Tiltak?

Det er høy sannsynlighet for at pasienten har akutt leukemi. Hun må samme dag innlegges i en medisinsk sykehusavdeling med hematologisk spesialkompetanse.

④ En 30 år gammel mann med lett hypertensjon var til blodtrykkskontroll. Det ble tatt flere blodprøver enn indisert, og leukocytallet var $10,9 \times 10^9/l$. Han var klinisk frisk. Øvrige blodcelletall var normale, og maskinell differensialtelling viste at de fleste leukocytene var nøytrofile granulocytter. Vurdering?

Det dreier seg sannsynligvis om et antydning forhøyet leukocytall hos en frisk person. Videre utredning eller henvisning er ikke indisert. Spørsmål om røyking vil være på sin plass her også.

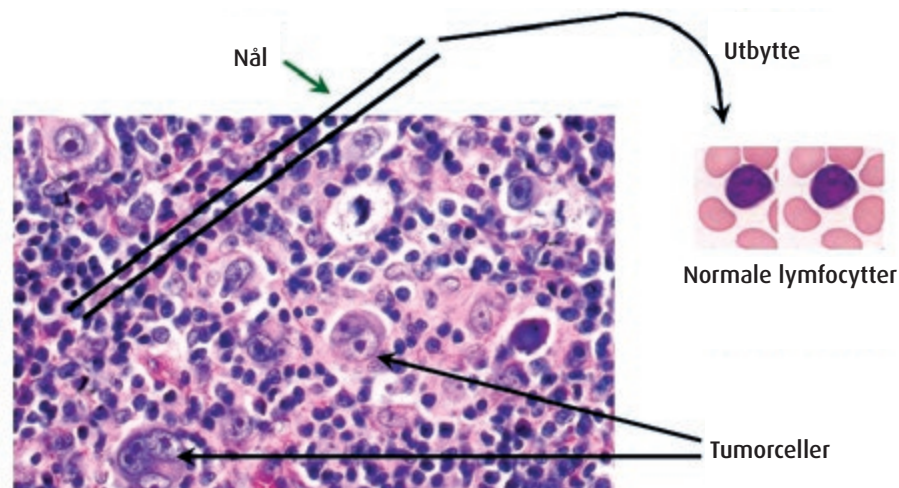
⑤ En tidligere frisk 35 år gammel mann, ikke-røyker, kom til fastlegen pga. en kul under armen. I høyre aksille forelå det en uøm, fast tumor, sannsynligvis en lymfeknute, med ca. seks cm diameter. Hva vil du gjøre?

Legen bør her først og fremst mistenke lymfom. Videre tiltak er beskrevet i avsnittet om maligne lymfomer nedenfor.

Maligne lymfomer

Non-Hodgkins lymfomer er den hyppigst forekommende gruppen blant hematologiske kreftsykdommer, med en insidens på om lag 700 tilfeller i Norge per år. Dermed er denne

FIGUR 1. Finnålscytologi av lymfeknute gir liten informasjon ved lymfommistanke. Det er stor risiko for at man ikke får ut tumorceller, og om man greier det, kan patologen likevel ikke se vevsstrukturen.



mmmer i primærhelsetjenesten

gruppen lymfom ca. sju ganger så vanlig som Hodgkins lymfom. WHO-klassifikasjonen deler non-Hodgkins lymfom inn i svært mange typer. Noen av disse er aggressive med raskt progredierende forløp og dødelig utgang ubehandlet, men høy sannsynlighet for kurativ behandlingseffekt. Andre typer er mer lavmaligne, gjerne med brukbar prognose over flere år selv uten behandling, men her er behandlingseffekten vanligvis ikke kurativ. Lymfombehandling er i dag svært differensiert.

Den kliniske presentasjonen er som regel lymfeknutesvulst, eventuelt opplysninger om B-symptomer (vekttap, nattesvette eller uavklart feber). Anamnese og god klinisk undersøkelse er hovedgrunnlaget for mistanke. Alle perifere (dvs. klinisk tilgjengelige) lymfeknuteregioner må palperes, og størrelse av antatt patologiske glandler må angis i cm, ikke skjønnsmessig som «stor», «moderat» eller liknende. Blodprøver er lite avgjørende for graden av klinisk mistanke.

Legen bør ikke kaste bort tid på å henvise til punksjonscytologi, som har liten diagnostisk verdi (FIGUR 1). Møter man en pasient der cytologi likevel er utført, er det viktig at legen ikke stoler blindt på resultatet og at et negativt funn ikke fører til utsettelse av biopsi og spesialistutredning. Biopsi må utføres på et tidlig tidspunkt, og den må sendes på rett måte til et patologilaboratorium med spesialkompetanse innen lymfomdiagnostikk. Utbredelsen av sykdommen kartlegges først og fremst ved CT og beinmargsbiopsi i tillegg til klinisk undersøkelse. Ved CT er valg av område og adekvat kontrastbruk avgjørende for en riktig vurdering, og CT-undersøkelsene bør av den grunn rekvireres av spesialisten og foregå ved det sykehuset pasienten henvises til. Isolert bildediagnostikk av klinisk affisert region har liten hensikt. Den rasjonelle framgangsmåten for allmennpraktikeren er derfor å kontakte samarbeidende sykehusavdeling telefonisk når man har mistanke om lymfom i stedet for selv å gjøre deler av utredningen først.

Myelomatose

Med ca. 200 nye tilfeller per år i Norge er myelomatose den nest hyppigste hematologiske kreftsykdommen. Klinisk mistanke bør først og fremst vekkes ved suspekte skjelettsmerter, særlig vondt i ryggen, i pasientgrupper

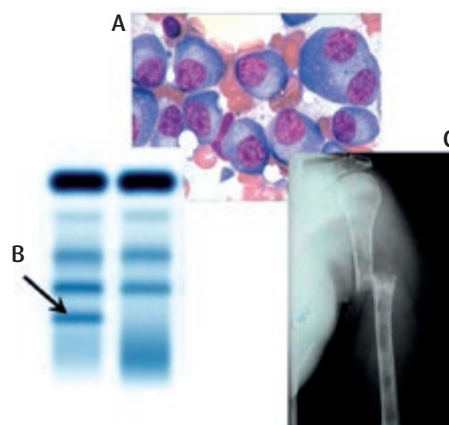
der benign årsak til ryggsmarter ikke dominerer. Hos middelaldrende og eldre personer som ikke har hatt mye plager med ryggen tidligere, skal betydelige eller langvarige ryggsmarter alltid mistenkes for å skyldes andre tilstander enn de «banale» årsakene til ryggvondt. Den nest hyppigste presentasjonsformen er høy SR og/eller normocytær anemi, men normal SR utelukker ikke myelomatose. Nyoppstått nyresvikt eller funn av «osteoporose» i pasientgrupper der man ikke skulle vente dette, er også presentasjonsformer man ser av og til.

Den klassiske triaden av funn ved supplerende undersøkelser er vist i FIGUR 2, men radiologisk påvisbar skjelettaffeksjon mangler hos mange pasienter. Elektroforese av *både* serum og morgenurin vil fange opp 99 prosent av tilfellene av myelomatose, men vil ofte ikke skille mellom myelomatose og monoklonal gammopati av usikker betydning (MGUS). Ved begrunnet myelomatosemistanke hos en klinisk rimelig kjekk pasient er prioritert henvisning til poliklinisk utredning en grei framgangsmåte. Ved sterk mistanke hos betydelig affisert pasient må legen vurdere hasteinleggelse på klinisk grunnlag i en hematologisk eller indremedisinsk sykehusavdeling.

Noen ganger vil legen treffe på pasienter som er under behandling eller oppfølging ved sykehus for kjent myelomatose, men som oppsøker fastlege pga. nyoppståtte rygg- eller andre skjelettsmerter. Legen bør da straks etablere kontakt med den behandlingsansvarlige spesialisten, ikke først henvise til fysioterapeut eller kiropraktor. Selv når lege, fysioterapeut eller pasienten selv mener at det dreier seg om «muskelsmerter», vil det hos denne pasientgruppen ofte vise seg at smertene sitter i skjelettet og at årsaken er eksaserbasjon av myelomatose.

Leukemier

Det finnes mange og til dels sjeldne leukemityper. De typene allmennpraktikeren vil ha størst sjanser for å treffe på, kan deles i fire hovedgrupper: Akutt myelogen leukemi (AML), akutt lymfatisk leukemi (ALL), kronisk myelogen leukemi (KML) og kronisk lymfatisk leukemi (KLL). Akutt leukemi er uten behandling dødelig på kort sikt og blir hos pasienter under 65–70 år behandlet svært kraftig i håp om å oppnå kurativ effekt. Ved KLL medfører det vanligvis milde spontan-



FIGUR 2. Den klassiske triaden av funn ved supplerende undersøkelser for myelomatose. (A) Plasmacelleøkning i beinmargen, (B) monoklonalt immunglobulin ved elektroforese og (C) patologisk skjelettrøntgen. B og C er tilgjengelige undersøkelser for allmennlegen. Elektroforese har høy sensitivitet når utført både i serum og urin, men lav spesifisitet. Skjelettrøntgen har lav sensitivitet.

forløpet at prognosen er god hos et flertall av pasientene, mens prognosen ved KML er god fordi man i dag har svært effektiv behandling.

Det er sterkt ønskelig å fange opp pasienter med akutte leukemier. Siden AML og ALL vil fortone seg for allmennpraktikeren som sjeldne tilstander, oppnår man ikke dette ved rutinemessig blodprøvescreening. Det viktigste er å mistenke sykdomsgruppen på klinisk grunnlag. De fleste pasienter med AML eller ALL kontakter lege fordi de er klinisk syke, ofte med infeksjonssymptomer og -tegn, evt. allmennsymptomer, eventuelt nyoppstått klinisk blødningstendens. Det medfører at den kliniske differensialdiagnostikken overfor banal infeksjon kan være vanskelig, men blodprøvene viser som regel grov patologi. Et vanlig funn er pancytopeni (anemi, leukopeni, nøytropeni og trombocytopeni). Noen pasienter har leukocytose kombinert med anemi og/eller trombocytopeni. Pasienter med mistenkt akutt leukemi skal innlegges i sykehus tiltrengende øyeblikkelig hjelp.

KLL er den hyppigste leukemiformen. Sykdommen blir i dag vanligvis oppdaget ved tilfeldig påvist relativ og absolutt lymfocytose hos en klinisk frisk, ofte eldre person. Når mistanken vekkes, bør legen ta opp anamnese med tanke på infeksjon eller B-symptomer, palperer alle lymfeknuteregioner og undersøke om pasienten har klinisk hepato- eller

splenomegali. Normale kliniske funn utelukker imidlertid ikke KLL. Bare et mindretall av pasienter med KLL er behandlingstrenende ved diagnostidspunkt. Det finnes likevel undergrupper som har dårligere prognose enn skissert ovenfor, og pasienter med mistenkt KLL bør henvises elektivt til hematologisk spesialistutredning, som vanligvis kan dette gjøres poliklinisk. Vi gjør neppe pasienter med asymptomatisk KLL noen tjeneste ved å oppdage sykdommen svært tidlig, og leukocytelling hos klinisk friske personer er derfor ikke indisert.

KML er en nokså sjelden leukemiform med bare 40–50 nye tilfeller i Norge per år. Hos noen blir sykdommen oppdaget pga. uttalt leukocytose hos en person som ikke har noen kjent infeksjon eller inflammasjon. Andre KML-pasienter søker lege fordi de føler seg syke, for eksempel med langvarig lavgradig feber eller symptomer på splenomegali. Maskinell differensialtelling er mange ganger ikke mulig å utføre, andre ganger viser den at leukocytosen i hovedsak er en granulocytose. For leger som er vant med å undersøke blodutstryk, viser mikroskopien som regel et karakteristisk bilde. Det finnes likevel differensialdiagnoser som må utelukkes, og cytogenetiske og molekylærbiologiske undersøkelser er viktige elementer i spesialistutredningen ved mistenkt KML. Prognosen er i dag svært god under forutsetning av riktig behandling. Utredning i spesialisthelsetjenesten kan vanligvis foregå poliklinisk, men spesialisten bør varsles for å unngå for lang ventetid.

Semimaligne og premaligne hematologiske sykdommer

Kroniske myeloproliferative sykdommer er en sammensatt gruppe som består av polycythaemia vera, primær («essensiell») trombocytose og primær myelofibrose. Polycythaemia vera (PV) er den hyppigste av disse, men likevel er det bare noen få prosent av pasienter med tilfeldig oppdaget høy hemoglobin som har PV. For hematologen er molekylærbiologiske undersøkelser i dag sentrale for å stille eller utelukke diagnosen PV. Allmennpraktikeren kan imidlertid trygt regne med at pasienter med bare lett forhøyet Hb (under 18,4 g/dl hos menn og 17,0 g/dl hos kvinner) ikke har PV. Pasienter med PV har dessuten nesten alltid leuko-, granulo- og/eller trombocytose i tillegg.

Ubehandlet eller ved ufullstendig behandling medfører PV risiko for trombotiser og tidlig død. I dag har likevel de fleste pasienter med PV god prognose ved adekvat behandling, og de bør henvises elektivt til spesialisthelsetjenesten. Det er ingen grunn til å henvises eller utrede alle klinisk friske personer med bare lett forhøyet Hb og hematokrit uten

samtidig leuko-, granulo- eller trombocytose. Hos noen røykere kan funn av høy Hb være en naturlig anledning for fastlegen til å få dem til å slutte å røyke. Særlig hos overvektige personer skal man også tenke på om pasienten kan ha et obstruktivt søvnapnesyndrom.

Myelodysplastiske syndromer (MDS) forekommer hyppigst hos eldre personer og kjennetegnes av anemi (ofte makrocytær), nøytropeni, trombocytopeni eller en kombinasjon av to eller tre av disse. MDS er en sammensatt gruppe klonale beinmargssykdommer. Særlig i noen av undergruppene kan pasienten ha en fredelig tilstand gjennom mange år, men hos andre er MDS klinisk sett en malign sykdom med dårlig prognose. Det finnes ingen kurativ behandling, og sykdommen kan transformere til AML.

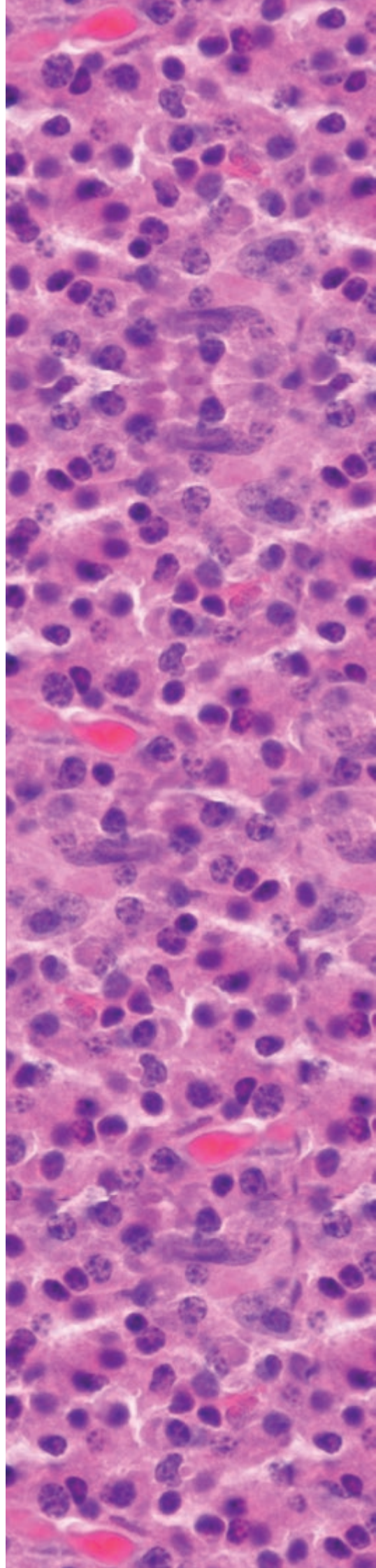
For allmennpraktikeren er vitamin B12-mangel noen ganger en aktuell differensialdiagnose. I spesialisthelsetjenesten ser vi ikke sjelden MDS-pasienter som først har fått diagnosen B12-mangel og har blitt behandlet med kobalamin uten sikker effekt. Når allmennpraktikeren står overfor slik tvil, vil en markert komponent av nøytro- eller trombocytopeni eller manglende full respons på kobalaminbehandling gi mistanke om MDS. Beinmargsundersøkelser er nødvendig for å stille diagnosen. De fleste pasienter med mistenkt MDS bør derfor henvises til spesialist, vanligvis elektivt.

Konklusjon

Ved mange hematologiske kreftsykdommer er behandlingsmulighetene gode, og det er ønskelig å fange opp slike sykdommer i førstelinjetjenesten for å sikre adekvat spesialistundersøkelse i rett tid. Man oppnår ikke dette ved utstrakt rutinemessig blodprøvetaking eller ved henvisning av alle klinisk friske personer med bagatellmessige avvik i blodprøvene. Leukocytelling hos klinisk friske mennesker er ikke indisert. Nøkkelen til å mistenke hematologisk kreft hos de rette pasientene er kjennskap til disse sykdomsgruppene, adekvat anamnese, god klinisk undersøkelse, målrettet bruk av blodprøver ved mistanke og godt medisinsk skjønn. Ved tvil om hastegrad eller grad av mistanke kan allmennlegen ha stor nytte av å konferere telefonisk med spesialisten.

Sigbjørn Berentsen har hatt hematologi som hovedarbeidsfelt fra ca. 1990, men har også åtte års erfaring som distriktslege. Han har medisinsk doktorgrad ved UiB fra 2004. Denne artikkelen er basert på et foredrag ved et NOKLUS-kurs på Solstrand høsten 2011.

sigbjorn.berentsen@haugnett.no



URINIKONTINENS

under svangerskapet og etter fødselen – hvordan kan det forebygges?

■ STIAN LANGELAND WESNES MD PhD, Krambuo Legesenter

Urininkontinens er vanlig i forbindelse med svangerskapet. En til to av tre kvinner rapporterer urininkontinens under svangerskap. Data fra «Den norske mor og barn-undersøkelsen» tilsier en prevalens på 58 prosent i uke 30. Etter fødsel er prevalensen av urininkontinens 15–38 prosent.

Urininkontinens under svangerskap er en viktig risikofaktor for urininkontinens etter fødsel og senere i livet. Nyoppstått urininkontinens etter fødsel har også vist seg å være en risikofaktor for urininkontinens opp til 12 år etter fødsel. Omtrent 65 prosent av alle kvinner opplyser at deres urininkontinens startet opp i forbindelse med svangerskapet.

Forebygging av urininkontinens

Forebygging av urininkontinens har generelt hatt fokus på bekkenbunnstrening. En rekke variabler er assosiert med urininkontinens under svangerskap og etter fødsel. Flere av disse risikofaktorene er påvirkbare, og fortjener

derfor å bli vurdert mtp. forebygging av urininkontinens i forbindelse med svangerskapet.

Hvis urininkontinens i svangerskapet kan forebygges, vil dette kunne ha stor klinisk betydning for urininkontinens etter fødsel og senere i livet. Jeg vil i denne artikkelen gå gjennom hvilke assosiasjoner og tiltak som har dokumentert effekt på urininkontinens i svangerskap og etter fødsel.

Livsstilsfaktorer

Røyking

Omtrent en av fem gravide røykte i begynnelsen av svangerskapet. Røyking kan medføre urininkontinens blant annet gjennom hoste. I en prospektiv studie på 523 amerikanske kvinner var røyking før svangerskapet den viktigste risikofaktoren for urininkontinens etter fødsel (OR 2.9) (1). Resultater angående røyking i svangerskap og urininkontinens er noe sprikende. En svensk tverrsnittstudie av 7700 kvinner viste at røyking i uke 16 i svangerskapet ga en OR på 1,3 for nyoppstått urininkontinens i svangerskapet (2). På bakgrunn av data fra epidemiologiske studier er det dermed grunn til å anbefale røykeslutt for å forebygge urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. En slik anbefalingene er i tråd med nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge.

Alder

Alder ved første fødsel i Norge har økt fra 22 år i 1967 til 28 år i 2007. Forekomsten av urininkontinens øker gjennom kvinnens fertile del av livet. Økende alder gir redusert muskeldiameter i bekkenbunnen. En review publisert i 2011 konkluderte med at høy alder i svangerskapet var assosiert med økt risiko for urininkontinens etter fødsel (3). De fleste studiene i denne reviewen angir OR 1,0–2,5 for urininkontinens etter fødsel ved alder > 35 år. Det er rikelig epidemiologisk dokumentasjon på at høy alder gir økt urininkontinens under svangerskap og etter fødsel. Imidlertid medfører de personlige og samfunnsmessige konsekvensene av å tilrå første svangerskap i ung alder for å forebygge urininkontinens at en slik anbefaling ikke kan rettferdiggjøres.

Forstoppelse

I en irsk studie på 7000 gravide kvinner hadde 40 prosent forstoppelse en eller flere ganger ild svangerskapet. I en svensk kohortstudie forekom forstoppelse hos 21 prosent av alle kvinnene to måneder etter fødsel. Langvarig pressing på toalettet kan skade nervus pudendus, og en full rektum kan føre til detrusoroveraktivitet. To ulike kohortstudier har funnet at kvinner som var forstoppet i svangerskapet hadde økt risiko for urininkontinens i svangerskapet sammenlignet med

Livsstilsfaktorer som røyking, vekt og alder kan øke risikoen for urininkontinens hos gravide.



kvinner som ikke var forstoppet, med OR på henholdsvis 4,2 (4) og 1,8 (5). Forstoppelse var også assosiert med nyoppstått urininkontinens i svangerskapet (5). I det svenske data-materialet var forstoppelse to måneder etter fødsel en signifikant risikofaktor for urininkontinens ett år etter fødsel (RR 1,5) (6). Det er tilstrekkelig epidemiologisk data til å anbefale kvinner å unngå forstoppelse for å forebygge urininkontinens under svangerskap og etter fødsel.

Vekt

Blant førstegangsfødende kvinner i Norge er gjennomsnittlig BMI 23,5 før svangerskapet. I USA er ca halvparten av kvinner mellom 20–39 år overvektige eller fete. Overvekt gir økt intraabdominalt trykk, økt blæretrykk og svekkelse av bekkenbunnen. En rekke cohortstudier har funnet en assosiasjon mellom overvekt før svangerskapet og urininkontinens i svangerskapet. Assosiasjonen mellom vekt og urininkontinens gir gjennomgående OR 1,2–1,5 pr fem kg/m² økning i BMI (7). En stor australsk cohortstudie fant økt forekomst av nyoppstått inkontinens i svangerskapet blant kvinner som var overvektige før svangerskapet (8).

Førstegangsfødende kvinner i Norge legger gjennomsnittlig på seg 15,8 kg i svangerskapet. Det er ingenting som tyder på at vektoppgang i svangerskapet representerer en risikofaktor for urininkontinens hverken i svangerskapet eller etter fødsel. Seks måneder etter fødsel har førstegangsfødende kvinner gått ned gjennomsnittlig 14,5 kg. I vår studie undersøkte vi hvordan vektreduksjon etter fødsel påvirket risikoen for urininkontinens seks måneder etter fødsel. Blant kvinner som var kontinent i svangerskapet var det signifikant redusert forekomst av nyoppstått urininkontinens seks måneder etter fødsel blant dem som gikk mest ned i vekt sammenlignet med dem som gikk minst ned i vekt (RR 0,7) (9).

Det er ikke gjennomført RCT-studier på vektendring ifm svangerskapet. Det er imidlertid god epidemiologisk dokumentasjon for å kunne anbefale at kvinner bør tilstrebe normalvekt før svangerskapet. Å gjenvinne førgravid vekt seks måneder etter fødsel ser ut til å kunne forebygge nyoppstått urininkontinens etter fødsel.

Trening

Bekkenbunnstrening

Bekkenbunnstrening er førstelinjetiltak for behandling og forebygging av urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. Bekkenbunnstrening er det tiltaket flest gravide kvinner benytter når de skal behandle eller forebygge urininkontinens. Kvinner tror ofte

at de får urininkontinens i forbindelse med svangerskapet pga at de har gjort for lite bekkenbunnstrening.

I Den norske mor og barn-undersøkelsen gjorde 28 prosent av kvinnene bekkenbunnstrening i uke 30. Bekkenbunnstrening øker blant annet hviletonus i bekkenbunnen og øker evnen til raks og kraftig kontraksjon ved hoste. I en studie utført i Trondheim fant man at 12 maksimale bekkenbunnkontraksjoner som ble holdt i åtte til 12 sekunder med ytterligere tre raske kontraksjoner på slutten av hvert knip utført to ganger daglig over tre måneder var effektiv forebygging og behandling av urininkontinens under svangerskapet og etter fødsel (10). De konkluderte med at denne treningen forebygget urininkontinens i svangerskapet hos en av seks kvinner. En Cochrane rapport viste at bekkenbunnstrening under svangerskapet signifikant kunne forebygge urininkontinens i uke 34 av svangerskapet (risk ratio 0,44). Bekkenbunnstrening under svangerskapet kunne også forebygge urininkontinens etter fødsel (risk ratio 0,71) (11).

Bekkenbunnstrening etter fødsel har i to RCT-studier vist seg å forebygge urininkontinens. Den ene studien er gjort i Norge. Mørkved randomiserte kvinner til kontroll eller intensiv bekkenbunnstrening med fysioterapeut åtte til 16 uker etter fødsel. Det var signifikant redusert innsidens av urininkontinens i uke 16 og ett år etter fødsel i treningsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (12).

Bekkenbunnstrening er effektivt. Vi vet imidlertid ikke om noen grupper kvinner profiterer mer enn andre på bekkenbunnstrening. På bakgrunn av RCT-studier vil jeg anbefale kvinner å gjøre bekkenbunnstrening under og etter svangerskapet for å forebygge urininkontinens.

Knipekoner og elektrostimulering

På 1990-tallet var det mye snakk om knipekoner som behandling av urininkontinens. Dette er små vektlodd som legges i skjeden. De holdes oppe ved hjelp av bekkenbunnsmuskulatur. En RCT-studie undersøkte effekten av knipekoner og bekkenbunnstrening fra tre til 12 måneder etter fødsel. Begge intervensjoner hadde effekt sammenlignet med kontrollgruppe 12 måneder etter fødsel. Det var imidlertid ingen forskjell mellom gruppene som gjorde bekkenbunnstrening og gruppen som benyttet knipekoner (13).

Elektrostimulering er aktivisering av muskulatur i bekkenbunnen gjennom elektroder som festes i kvinnens underliv. En liten japansk studie har vist signifikant effekt av elektrostimulering på urininkontinens etter fødsel sammenlignet med ingen behandling.

En norsk studie sammenlignet effekten av

bekkenbunnstrening, knipekoner og elektrostimulering på kvinner generelt (14). Studien konkluderte med at bekkenbunnstrening var suveren i forhold til knipekoner og elektrostimulering når det gjaldt behandling av stressinkontinens. Dette er i tråd med andre studier, samt en Cochrane rapport som har gjort tilsvarende sammenligning. Det er dessuten lite trolig at asymptomatiske unge kvinner vil gå til anskaffelse av knipekoner eller elektrostimulering for å forebygge urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. Det er derfor ingen grunn til å anbefale knipekoner eller elektrostimulering framfor bekkenbunnstrening for forebygging av urininkontinens etter svangerskapet.

Trening

Blant 28000 kvinner i Den norske mor og barn undersøkelsen var 28 prosent og 20 prosent i regelmessig fysisk aktivitet i henholdsvis uke 17 og 30 i svangerskapet. Høyintensitetstrening som løping og hopping er assosiert med stressinkontinens. Enkelte studier har også vist at inaktivitet er assosiert med urininkontinens. En svensk studie sammenlignet prevalens av urininkontinens blant gravide kvinner i uke 36 som drev med høyintensitetstrening (64 prosent), lavintensitetstrening (60 prosent) og ingen trening (63 prosent) (15). Det er generelt anbefalt at gravide kvinner skal være i fysisk aktivitet. Begrenset mengde data angående assosiasjonen mellom trening og urininkontinens i svangerskapet viser kun en beskeden absolutt risikoreduksjon, og generelle råd om trening for å forebygge urininkontinens kan ikke rettferdiggjøre en slik anbefaling.

Forløsning

Perineale varme omslag

Perineale varme omslag, i form av varme bleier eller kluter, har vist seg å redusere smerte ved fødsel og signifikant redusere andelen kvinner med grad tre og fire ruptur ved forløsning. En RCT-studie fant at 360 kvinner som ble randomiser til å få varme omslag i underlivet ved forløsning hadde signifikant redusert forekomst av nyoppstått urininkontinens tre måneder etter fødsel (9,7 prosent) sammenlignet med 357 kvinner i kontrollgruppen (22,4 prosent) (16). Dette enkle, billige tiltaket bør benyttes ved forløsning for å forebygge urininkontinens etter fødsel.

Keisersnitt

Omtrent 16 prosent av alle kvinner føder ved keisersnitt i Norge. Ved vaginal fødsel kan langvarig trykk fra barnets hode føre til neurapraxia i nervus pudendus. Ved forløsning





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kan en rekke skader på muskler, fascier og bindevev oppstå, noe som kan føre til urininkontinens. Risikoen for urininkontinens øker ved økende varighet av aktiv fase av fødsel, episotomi, instrumentell forløsning og økt hodeomkrets på foster. Kvinner som føder ved planlagt keisersnitt unngår dette.

En systematisk review har sammenfattet data angående forløsningsmetode og urininkontinens i perioden etter fødsel. Studien fant redusert forekomst av stress urininkontinens etter keisersnitt sammenlignet med spontan vaginal fødsel både i data fra tverrsnittsstudier (OR 0,6) og fra kohortstudier (OR 0,4) (17). En RCT-studie randomiserte kvinner med foster i seteleie til keisersnitt eller vaginalfødsel. Studien fant en risk ratio for urininkontinens på 0,6 tre måneder etter keisersnitt sammenlignet med vaginal fødsel (18).

Selv om effekten av keisersnitt på urininkontinens framstår som tydelig i perioden etter fødsel, er dataene likevel ikke like overbevisende i oppfølgingsstudier over flere år etter fødsel. En norsk studie fant at forekomsten av urininkontinens blant kvinner > 50 år som kun hadde født ved keisersnitt var ikke signifikant forskjellig fra forekomsten blant kvinner som kun hadde født vaginalt (19). I RCT-studien som randomiserte kvinner med foster i seteleie til keisersnitt eller vaginalfødsel var det ingen signifikant forskjell i risikoen for urininkontinens mellom gruppene to år etter fødsel (20).

En annen norsk studie fant at risikoen for urininkontinens etter keisersnitt sammenlignet med vaginal fødsel var lik blant kvinner som var kontinent og inkontinent under svangerskapet. Dette indikerer at keisersnitt ikke

er egnet som sekundærprevensjon av urininkontinens etter fødsel blant kvinner som hadde urininkontinens i svangerskapet (21).

Keisersnitt reduserer forekomsten av urininkontinens på kort sikt, men effekten på lang sikt er mer uklar. Keisersnitt er en risikofaktor for flere helsetilstander hos både mor og barn, og bør derfor ikke benyttes utelukkende for å forebygge urininkontinens. Jeg vil ikke anbefale keisersnitt for å forebygge urininkontinens.

Andre tiltak uten sikker effekt

Noen tiltak har tilstrekkelig dokumentasjon ved seg til å kunne hevde at de ikke er risikofaktorer for urininkontinens under svangerskap eller etter fødsel; deriblant redusert vekt-oppgang i svangerskapet, perineal massasje og episotomi. Tiltak som blant annet bekkenbunnstrening før svangerskap, kaffeinntak, blæretrening, kryssede føtter, forhindre urinveisinfeksjon og forløsning ved hjelp av jordmor mangler dokumentasjon på effekt av urininkontinens i forbindelse med svangerskapet. Til slutt er det en rekke tiltak hvor litteraturen er inkonsistent. Basert på nåværende tilgjengelige forskningsresultater er det vanskelig å konkludere med hvorvidt aktiv pressing i utdrivningsfasen, instrumentell forløsning, epiduralbedøvelse og ruptur grad tre og fire er assosiert med urininkontinens.

Konklusjon

Til tross for at urininkontinens er en svært vanlig tilstand i forbindelse med svangerskapet, har forskningen i liten grad fokusert på forebyggende tiltak. Svangerskap og fødsel er perioder hvor randomisering av en rekke tiltak kan være vanskelig. Resultater fra en rekke epidemiologiske studier må derfor benyttes for å finne virkemidler for å forebygge urininkontinens. Basert på tilgjengelig dokumentasjon mener jeg at gravide kvinner bør informeres om enkle konservative tiltak for å redusere nyoppstått urininkontinens i svangerskapet og etter fødsel.

REFERANSER

- Burgio KL, Zyczynski H, Locher JL, Richter HE, Redden DT, Wright KC. Urinary incontinence in the 12-month postpartum period. *Obstet Gynecol* 2003; 102(6): 1291–8.
- Højberg KE, Salvig JD, Winslow NA, Lose G, Secher NJ. Urinary incontinence: prevalence and risk factors at 16 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106(8): 842–50.
- Hijaz A, Sadeghi Z, Hou J, Daneshgari F. Advanced maternal age as a risk factor for stress urinary incontinence: a review of the literature. *Int Urogynecol J* 2011;Epub ahead of print.
- Kocaoz S, Talas MS, Atabekoglu CS. Urinary incontinence in pregnant women and their quality of life. *J Clin Nurs* 2010;19(23–24): 3314–23.
- Ewings P, Spencer S, Marsh H, O'Sullivan M. Obstetric risk factors for urinary incontinence and preventative pelvic floor exercises: cohort study and nested randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 2005;25(6): 558–64.
- Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Symptoms of stress incontinence 1 year after childbirth: prevalence and predictors in a national Swedish sample. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(10): 928–36.
- Burgio KL, Borello-France D, Richter HE, Fitzgerald MP, Whitehead W, Handa VL, et al. Risk factors for fecal and urinary incontinence after childbirth: the childbirth and pelvic symptoms study. *Am J Gastroenterol* 2007;102(9): 1998–2004.
- Brown SJ, Donath S, MacArthur C, McDonald EA, Krastev AH. Urinary incontinence in nulliparous women before and during pregnancy: prevalence, incidence, and associated risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21(2): 193–202.
- Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. Urinary incontinence and weight change during pregnancy and postpartum: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2010;172(9): 1034–44.
- Morkved S, Bo K, Schei B, Salvesen KA. Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2003;101(2): 313–9.
- Hay-Smith J, Morkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD007471.
- Morkved S, Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1999;10(6): 394–8.
- Wilson PD, Herbison GP. A randomized controlled trial of pelvic floor muscle exercises to treat postnatal urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1998;9(5): 257–64.
- Bo K, Talseth T, Holme I. Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. *Bmj* 1999;318(7182): 487–93.
- Eliasson K, Nordlander I, Larson B, Hammarstrom M, Mattsson E. Influence of physical activity on urinary leakage in primiparous women. *Scand J Med Sci Sports* 2005;15(2): 87–94.
- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2007;34(4): 282–90.
- Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, von Dadelszen P. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systematic review. *Birth* 2007;34(3): 228–37.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287(14): 1822–31.
- Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348(10): 900–7.
- Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3): 917–27.
- Wesnes SL, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G. The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009;116(5): 700–7.

Ny fastlegeforskrift

22. mars er høringsfristen for Helse- og omsorgsdepartementets todelte forslag til a) revidert forskrift om fastlegeordning i kommunene og b) ny forskrift om pasientrettigheter i fastlegeordningen. Legeforeningen, KS og andre sentrale høringsinstanser har fremhevet de gode intensjonene bak forslagene, herunder intensjoner om kvalitet og tilgjengelighet. Stridens kjerne er virkemidlene som skal til for å etterleve intensjonene, hvor detaljert virkemidlene kan reguleres i forskrift og sist, men ikke minst konsekvensene av å flytte ulike elementer fra avtaleverk til lovforskrift.

Hva blir konsekvensene av forslaget? Departementet mener at forskriften skal sikre økt tilgjengelighet til fastlegen. Legeforeningen advarer mot en omvendt effekt: mer byråkratisering og mindre tid til pasientbehandling.

Utposten har bedt fastleger og kommunaleger rundt omkring i landet om å kommentere forslaget til fastlegeforskrift ved å besvare følgende spørsmål:

- 1 Hva anser du som mest positivt og mest negativt i forslaget til ny forskrift?
- 2 Hvorfor tror du forslaget har skapt så mye uro?
- 3 Dersom forskriften blir vedtatt som den står, hvorledes vil din praksishverdag bli påvirket?
- 4 Hvilke momenter i forslaget kan styrke kvaliteten i fastlegearbeidet?
- 5 Hva tror du pasientene dine synes om forslaget til ny fastlegeforskrift?

KRISTINE ASMERVIK, *Malvik*



1 Det mest positive er at formålet med forskriften er det samme som før: «å sikre innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid.» Slik jeg tolker det, ønsker man å styrke fastlegens rolle i det tverrfaglige samarbeidet og som koordinator i pasientforløpet – i egenskap av kontinuiteten som fastlegen representerer. Dette til tross

for at det mest snakkes om å styrke kommunens styring med fastlegekorpset.

Det mest negative ved forskriften er de virkemidler som legges til grunn. Den detaljerte rettslige reguleringen i forskriftsforslaget oppleves mer som tvang enn et mål å strekke seg etter.

2 Først og fremst tror jeg det handler om at fastlegene ikke er tatt med i dialog om utformingen av forskriften. Det som før var dynamiske avtaler mellom kommunene og fastlegene, blir nå styrt med rettslig regulering i forskrift. En god arbeidshverdag forutsetter påvirkningsmulighet, ansvar og tillit. Forslagene er så detaljregulerende at de gir fastlegene lite rom for påvirkning av egen arbeidshverdag og et ansvar vi ikke kan klare å etterleve. Forslaget tillegger fastlegen nye roller og oppgaver som vanskelig kan etterleves kapasitetsmessig. Det oppleves som en ubalanse mellom samfunnets krav til riktig bruk av begrensede ressurser og enkeltmenneskers ønsker og forventninger.

3 Som kombinert fastlege og kommuneoverlege vil jeg havne «mellom barken og veden». På den ene side representerer jeg kommunen med en dertil hørende «tilsynsrolle». I henhold til forslaget kan kommunen f.eks. sanksjonere fastleger som ikke overholder de forskriftsfestede tidsrammer for å ta telefonen innen to minutter eller gi time innen fem virkedager. På den annen side vil jeg selv være fastlege, med stor sannsynlighet for selv ikke å innfri forskriftkravene pga. min arbeidskombinasjon.

Møtevirksomheten har økt betraktelig i den allmennmedisinske hverdagen. Vi stiller opp i basismøter, ansvarsgruppemøter, individuelle planmøter, dialogmøter med arbeidsgiver og NAV, samarbeidsmøter med fysioterapi og hjemmetjenester, etc. Allerede i dag er det mye møtevirksomhet som skyver bort det kliniske arbeidet. Det blir enda mindre tid til klinisk arbeid når fastlegen – som foreslått i §12 – skal ta roller som i hovedsak er tillagt det samfunnsmedisinske fagområdet. Fastlegens tilgjengelighet for pasientene vil bli mindre. Forskriftsforslaget tar heller ikke inn

Stridspunkter i forslaget til ny fastlegeforskrift

- Økte forpliktelser for fastlegene hva angår tilgjengelighet, møtedeltakelse, rapportering og andre administrative oppgaver
- Nye regler for hvordan fastlegepraksiser skal innrettes, med rettsvirkninger og sanksjoner. Foruten å bli pålagt nye plikter skal fastlegene underlegges sterkere kontroll
- Pålegg om å planlegge all behandling og oppfølging rundt listepasienter – og til å ta ansvar for all legemiddelforskrivning til pasienter uavhengig av hvem som har forskrevet legemiddelet og kompetanse
- Pålegg om oppsøkende virksomhet og sykebesøk etter nye kriterier
- Pålegg om å inngå i vikarordning ved «ordinært fravær» uten at dette er definert, og å behandle pasienter for kommunen uavhengig av listansvaret
- Fastlegen skal tilby legetime senest to eller fem virkedager etter «bestilling» (dvs. legen ikke lenger har samme mulighet til å prioritere pasienter etter alvorlighetsgrad)
- Fastlegen skal kunne besvare 80 prosent av telefonhenvendelser innen to minutter
- Begrensninger i rettigheter til fritak fra legevakt
- Fastlegene kan pålegges planarbeid og medisinsk-faglig rådgivning i kommunene, samt undervisning av medisinstudenter, turnusleger og leger med autorisasjon

ift – en het potet

over seg det faktum at man innen primærhelsetjenesten også må gjøre prioriteringer på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Det må alltid foreligge en medisinsk vurdering av en timebestilling eller et hjemmebesøk. Alt kan ikke prioriteres likt.

④ Kommunens tilretteleggingsansvar for samarbeidet med fastlegene kan styrke kvaliteten i tjenesten. Men samarbeidsavtalene bør etableres i dialog med legene, f.eks. gjennom LSU. Fokus på kvalitet trenger et løft, men ikke gjennom forskrift. Tilgjengelighet er bare en liten del av det som kan defineres som kvalitetskrav. Informasjon er viktig, både skriftlig og muntlig, men det må gis på en måte som blir forstått av mottaker. Å forskriftsfeste dette har store ringvirkninger. Oversettelser av skriftlig informasjon til forskjellig språk er tidkrevende og dyrt. Satsing på elektronisk kommunikasjon mellom tjenesteyterne i primærhelsetjenesten og opp mot spesialisthelsetjenesten vil være en kvalitetssikring av pasientforløp og legemiddelforskning. Skal dette gjennomføres, må det ikke bare stilles krav til fastlegene om tilkobling til nettverk, men også til andre aktører som fastlegen skal kommunisere med.

⑤ Jeg har ikke fått umiddelbare reaksjoner fra pasientene, men jeg har spurt noen om hva de synes om forslaget. De som har reaksjoner, mener at en stabil og tilgjengelig fastlege er viktigst. Andre vektlegger at oppgavene som fastlegen forventes å gjøre vil bli «for mye» og gå ut over tiden som legene har til klinisk arbeid.

ÅSE INGEBORG BORGOS, Tynset



① Oppmerksomheten rundt forskriften har satt fokus på fastlegeordningen blant «folk flest». Det mest positive med det er omtalen av dagens fastlegeordning som en god ordning for pasientene. Jeg velger å tro at det er et ønske

om best mulig tilgjengelighet og kvalitet for pasienten som er intensjonen bak forslaget, noe som i seg selv er positivt, men arbeidet synes å være dårlig fundert på virkeligheten som vi «ute i felten» møter til daglig. Det mest negative er overstyringen av faglige vurderinger med prioriteringer og krav til tilgjengelighet som er urealistisk i praksis.

② Dårlig forankring i fagmiljøer og i allmennlegenes praktiske hverdag har gjort at forslaget virker overstyrende. Det skaper uro. Det er også betenkelig at det så å si blir et krav om å være et omnipotent overmenneske for å kunne arbeide som allmennlege. Hvis vi skal leve opp til det forslaget tilsynelatende krever av oss, bør vi samtidig søke høyere makter om dispensasjon for å få 48 timer til rådighet i døgnet...

③ Jeg jobber i en relativt liten kommune med 5500 innbyggere. På legekontoret (det eneste i kommunen) er vi seks leger pluss turnuslege. Totalt 6600 pasienter benytter vårt kontor. Dersom forskriften blir vedtatt, må vi legge om driften for å håndtere krav til «svar innen to minutter» og «time innen to til tre dager». Legene bruker mye tid på møter med NAV, hjemmebaserte tjenester og kommunale samarbeidspartnere. Såfremt ikke møtetiden øker, vil ikke dette bli en så stor endring.

Kontorets leger foretar allerede en god del sykebesøk. Jeg ser på tilbud om sykebesøk som en nyttig del av min legepraksis for de som ikke klarer å komme til kontoret (f.eks. der alvorlig sykdom gjør kontorkonsultasjoner anstrengende). Samtidig er det ikke tvil om at sykebesøk er vesentlig mer tids- og ressurskrevende. Hvis noen pasienter skal kunne «kreve at legen kommer hjem» uten at det er medisinsk begrunnet, vil det ta ressurser og kapasitet fra andre med større behov for legehjelp.

Som kommuneoverlege ville det blitt en stor utfordring dersom det ble min jobb å se til at alle krav overfor befolkning blir dokumentert og fulgt opp.

④ Større fokus på og krav til kvalitets-sikringsarbeid må en kunne forvente skal styrke kvaliteten i fastlegearbeidet.

⑤ Sitat fra en pasient som jeg nylig var i sykebesøk til: «Ja, ja – det sto i Østlendingen i dag at du skulle komme hjem til meg. Ja, du er jammen forut for din tid! Nå skal jo alle få besøk hjem av doktoren sin! Når skal du rekke å være på kontoret, da?»

Han syntes det var flott at jeg kom hjem til ham i den situasjonen han var i, men han ristet på hodet over det han hadde lest seg til i avisa

om tilgjengelighet på telefon og andre krav. Det har vært en del spøkefulle kommentarer, særlig om «svar hos legen din innen to minutter». Noen lurte på om alle konsultasjoner nå blir forstyrret av telefoner som skal besvares. I kassakøen på butikken treffer jeg en som står på min fastlegeliste uten noen gang å ha vært nødt til å gå til lege; han spøker med at han nå venter på en telefon med innkalling fra meg.

Mitt inntrykk er at pasientene er fornøyd med ordningen slik den er i dag – bortsett fra de som sier: «Vi kommer jo aldri gjennom til den hersens telefonen på legekontoret!»

RAGNHILD DYBVIG, Hamar



① Positivt: En rekke av forslagene er sammenfallende med det vi fastleger forbinder med godt allmennmedisinsk arbeid. Vi vil levere helsetjenester av god kvalitet og sørge for at pasientene får tjenester de har behov for. Vi ønsker å utvikle oss faglig slik at fastlegearbeid ikke har preg av å være «husflid», men følger nasjonale retningslinjer og kvalitetskrav. God tilgjengelighet og kort ventetid er viktig for pasientene. Deltagelse på samarbeidsmøter og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom er viktige legeoppgaver. Ved deltagelse i relevante råd og utvalg kan våre erfaringer og synspunkter gi viktige innspill til kommunen.

Negativt: Forskriftsfesting av oppgaver uten avgrensning av fastlegens ansvarsområde avdekker en manglende forståelse for arbeidet vårt. Tilgjengelighet i den grad det legges opp til, uten mulighet til å prioritere, er ikke faglig forsvarlig når legens tid er begrenset. Tilgjengelighetskravet er uforenlig med plikten til å delta i møter og utvalg. Oppsøkende virksomhet overfor dem som ikke ønsker kontakt med fastlege, er etisk betenkelig. At vi skal bruke mer tid til dokumentasjon og rapportering er ingen garanti for

kvalitet. Vi trenger kunnskap om allmennmedisinsk praksis og virksomhet, men det bør baseres på andre prinsipper enn forskrift og kontroll. Det forundrer meg at forskriften ikke tar til orde for at fastleger skal være spesialister i allmennmedisin.

2 Det er bekymringsfullt at det legges opp til å forskriftsfeste sentrale deler av en vellykket ordning, som til nå har vært basert på avtaleverk i tillegg til lov og forskrift. Vår faglige autonomi er satt til side ved at man forskriftsfester oppgaver som dels er en selvfølgelig del av legevirkksomheten og dels bryter med de prinsippene vi arbeider etter.

Det er lagt opp til en endring av det økonomiske grunnlaget for fastlegevirksomhet ved mulighet for å tilbakeholde per capita-tilskudd dersom oppgaver ikke utføres tilfredsstillende ut fra kommunens definisjon. Dette gjør fastlegevirksomheten uforutsigbar med henhold til økonomi og ansvar for drift og ansatte. Det stilles krav om økt ytelse fra legene på en rekke områder. Nye plikter og oppgaver skal løses uten at det tilføres flere ressurser. Forskriften vil stanse rekrutteringen av fastleger.

3 Jeg er ikke lenger fastlege dersom denne forskriften vedtas. Hvis jeg fortsatt er allmennlege vil jeg arbeide etter de samme prinsipper i pasientbehandlingen. For min del blir det færre møter og mindre samhandling med kommunehelsetjenesten. Spennende oppgaver som å være tillitsvalgt eller praksiskonsulent faller bort. Dette fører i dag med seg en del møtevirksomhet og deltagelse på ulike arenaer – frivillig, ikke tilpliktet. Som allmennlege vil jeg fortsette å holde meg oppdatert, følge nasjonale retningslinjer, oppdatere medisinalister og ta tid til å utrede pasientene; følge opp dem med kroniske sykdommer dersom de ønsker det og reise i sykebesøk ved behov.

4 At man følger nasjonale faglige retningslinjer; at man gir viktig informasjon til pasienten skriftlig; at fastlegen sørger for å oppdatere medisinalister; syke- og hjemmebesøk der det er ønsket og hensiktsmessig; brukermedvirkning; timebestilling og enkel kommunikasjon på e-post og/eller sms.

5 Isolert sett vil mange av punktene i forslaget oppleves som positive for pasientene. Men de som setter seg inn i forskriften, stiller seg undrende til hvordan jeg skal klare å oppfylle de sprikende kravene til tilgjengelighet og ventetid, samtidig som jeg forventes å løse flere oppgaver, ha flere pasienter på listen enn det jeg synes jeg har kapasitet til, være vikar for kolleger og delta i flere møter og utvalg. Pasientene vil mislike at jeg skal bruke tid på å rapportere og registrere fremfor å ta imot dem når de har syke barn, magesmerter, brukket arm, symptomer på sykdom eller trenger råd og veiledning. Hvis konsultasjonen blir for

knappt vil de bekymre seg for om jeg får gjort en tilfredsstillende vurdering av deres helsetilstand. Kanskje vil en og annen lure på om ikke også fastlegen blir sliten og ukonsentrert?

FRØYDIS GULLBRÅ, *Modalen*



1 Det er mange gode intensjoner i den nye forskriften. Det er mellom anna ynske om bedre kvalitet i fastlegetenesta og betre tilgjengelegheit. Dette tenkjer eg er viktige punkt å fokusere på for å gjere fastlegetenesta enno betre enn den er i dag.

Forskrifta pålegg fastlegane mange utvida oppgåver som det ikkje er mogleg å gjennomføre med dagens rammer. Dersom den blir ståande som den er no, vil det gi dårlegare rekruttering til allmennmedisin. Eg er spesielt redd for framtidig legedekning i distrikts-Norge. Desse områda vil alltid vere minst attraktive. Det vil vere der ein merkar rekrutteringsvanskar fyrst.

2 Det blir for mykje! Fastlegane er stort sett samvitsfulle og hardt arbeidande folk som tek ansvar for pasientar på lista si. Vi yter mykje både i arbeidstid og personleg engasjement. Her er lite dødtid. Eg trur mange opplever at dette blir detaljstyring og pålegg utover det som er gjennomførbart. Kva kunnskapsgrunnlag den omfattande omorganiseringa er bygd på, blir det også stilt spørsmål ved. Veit vi om tiltaka vil gje ynskt verknad? At ikkje Legeforeninga og KS er med i arbeidet med ei så viktig forskrift, gjer også mange skeptiske.

3 Dersom eg skal prøve å følgje forskrifta, vil det bety ein meir stressa kvardag. Alle skal ha time innan få dagar, telefonen skal svarast innan to minutt. Det kan bli vanskelegare å prioritere pasientar som treng rask hjelp. Eg trur det samla sett vil innebære mindre tid for pasientar og meir tid til møter, oppsøkjande verksemd og rapportering. Det vil sannsynlegvis også bli lengre ettermiddagar på jobben. På sikt veit eg ikkje om det vil vere foreinleg med det arbeidslivet eg ynskjer. Kanskje byter eg beite? Å ha sidestilling som forskar i allmennpraksis kan også vere vanskeleg med denne reforma; her er lite som skildrar korleis denne viktige oppgåva skal tilretteleggast for.

4 At nokon kikkar oss i korta kan vere

skjerpande og positivt retningsgjevande for praksis, når det blir gjort på rette måten. Eg har tru på brukarundersøkingar, at det kan vere eit nyttig hjelpemiddel for å betre kvaliteten på tenestene vi leverer. Det kan vere nyttig å rapportere inn data frå praksis og samanlikne desse med andre, evt. opp mot standarder. Det kan også vere nyttig å diskutere kvalitetsarbeid med andre utanfrå praksisen, til dømes i læringsnettverk. Pålegg og pisk trur eg er lite nyttig.

5 Eg trur dei fleste pasientane likar intensjonane: at fastlegen skal vere meir tilgjengeleg og delta meir aktivt i tverrfagleg samarbeid. Eg trur også mange pasientar ser at legane er travle i dag, og at dei også forstår at dette ikkje vil kunne gjennomførast utan at det blir tilført betydeleg fleire fastlegar i kommunane.

JØRN KIPPERSUND, *Volda*



1 Mest positivt: at en pasient som truer fastlegen nå kan bli tvangsflyttet bort fra listen til legen.

Mest negativt: Punktet om proaktivitet innebærer en forskyvning av ansvar fra enkeltindivid til storsamfunnet (i dette tilfellet ved fastlegen), uavhengig av om individet har nedsatt evne til å etterspørre helsetjenester. I tillegg skaper det en umulig arbeidssituasjon for fastlegen da det forutsetter at man til enhver tid skal være oppdatert på all journalinformasjon om alle sine listepasienter. Dette er en arbeidsoppgave ingen vil ha hengende over seg. Man kan jo bare forestille seg hvordan det vil være å være ny lege i en praksis under slike forhold.

2 Forslaget er en mistillitserklæring til fastlegene, der signalet er at legene ikke er i stand til å utøve god praksis og derfor må piskes av en detaljstyrende forskrift. Mange leger har valgt allmennmedisin nettopp på grunn av selvstendigheten og muligheten man har til å påvirke egen arbeidsdag og optimalisere organiseringen av praksisen. Forslaget bærer preg av en maksimalistisk «mer av alt»-tankegang. Dette vil i praksis sluse ressurser fra de som trenger tiltak mest, til de som trenger det mindre. Fastlegen får langt mindre

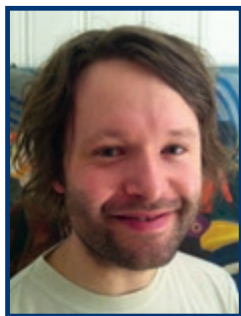
mulighet til å gjøre faglig funderte prioriteringer. Forskriftsforslaget kan sammenlignes med om myndighetene ville gi alle rett til parkering på handikapplasser. Verdien av å ha slike parkeringsoblat ville da selvsagt forsvinne.

③ Punktet om proaktivitet er så vidtrekkelige at det for min del ikke vil være mulig å fortsette innenfor fastlegeordningen. Om dette punktet strykes, og resten av forskriften blir vedtatt vil jeg fortsatt ha store betenkeligheter med å skulle fortsette innenfor fastlegeordningen. Skal forskriften tas bokstavelig må det nødvendigvis bli flere og kortere konsultasjoner.

④ Fokus på legemiddelgjennomgang er et eksempel på et dult i retning bedre faglighet som isolert sett kanskje kan ha noe for seg. Det er ingen tvil om at intensjonene bak forskriften i hovedsak er aktverdige. Eksempelen viser likevel grunnproblemet i forslaget: Individuelle vurderinger blir nedvurdert til fordel for sjablongmessige krav. Forskriften krever årlig legemiddelgjennomgang hos pasienter som bruker seks eller flere legemidler. Behovet for legemiddelgjennomgang kan være vel så stort hos én som bruker fem legemidler. Dette avhenger selvsagt av hvilke legemidler pasienten står på. Når legens fokus styres av forskriftens krav, vil det naturligvis bli mindre rom for individuelle faglige vurderinger.

⑤ Pasientene vil sette pris på intensjonene. Konsekvensene av forslaget vil være vanskelig å se ved første øyekast, og vil dermed i liten grad være til bekymring før forslaget evt. blir en realitet. Det er en høyst reell fare for at fastlegeordningen kolliderer om forslaget blir vedtatt. Dette vil oppføre pasientene. Om fastlegeordningen består med ny forskrift vil pasientene etterhvert måtte finne seg i kortere konsultasjoner og mindre oppfølging når de virkelig trenger det. Dette vil svekke publikums opplevelse av å ha en god fastlegeordning.

KRISTIAN ONARHEIM, Holtålen



① Forskriftsforslaget har positive intensjoner om økt tilgjengelighet til fastlegen og anerkjenner til dels at fastlegen er viktig for utforming av bedre pasientbehandling. Dessverre

virker tiltakene lite gjennomtenkt, og på enkelte områder uklart lagt opp. Det virker som om prosessen er kjørt baklengs, at tiltak er bestemt før en har oversikt over konsekvensene. Kommunene skal ansette flere fastleger for å oppfylle krav om tilgjengelighet. I verste fall kan forslagene til økt tilgjengelighet bli både kostnadsdrivende og føre til feil prioritering av ressursene i kommunene. Den enkelte kommune må i større grad enn det som kommer fram i forskriften kunne bestemme kvalitetsindikatorer, og «systemet» tilpasses ut fra tillit mellom fastleger og kommune. Detaljnivået i forskriften er alt for spesifikt og virker lite faglig fundert.

② Legene er urolig over det som oppfattes som forskriftsfesting av en serviceerklæring med krav til tilgjengelighet, ventetid og økende tilplikting uten kompensasjon. Manglende konsekvensutredning av en slik detaljstyring gjør at forskriften kan medføre store utgifter til omstillingstiltak for både næringsdrivende leger og kommuner. Dette oppfattes som feil bruk av ressurser i en økonomisk krevende tid for kommunene. Det bør i større grad åpnes for å treffe tiltak som ivaretar kommunenes styringsmulighet gjennom avtaler med legene ut fra en felles forståelse av kvalitetskrav til tjenesten.

③ Forslagene i forskriften om økende grad av sykebesøk og oppsøkende virksomhet føyer seg inn i rekken av de mange oppgaver allmennlegetjenesten blir pålagt å drive med: en tjeneste som allerede oppleves sprenget av individrettet risikointervensjon og samhandling med NAV, arbeidsgivere og andre kommunale tjenester. Det er urealistisk at de detaljerte kravene som stilles i forslaget skal løses i de eksisterende tjenestene. Forskriften sier videre at listeansvaret til den enkelte lege skal tydeliggjøres. Dette er en god intensjon, men blir fulgt av forslag til tiltak som ikke har rot i praksis og som kan virke mot sin hensikt. Det foreslås at fastlegen skal ha alt ansvar for medisinerings selv om andre leger starter behandling, og det overlates til fastlegen å løse hvordan dette skal skje i praksis. Oppdragsgiver viser få tanker om konsekvensene av forslaget og forutsetter at EPJ-systemene er etablerte. Økte krav til rapportering og papirarbeid vil ta fokus bort fra pasientbehandling og virke mot sin hensikt.

④ Kvaliteten i fastlegearbeidet er avhengig av at kommunene og fastlegene har felles forståelse av hvilket oppdrag som skal løses gjennom fastlegeavtalen. Fastlegen er en garantist for kvalitet i kommunehelsetjenesten, noe forskriften setter fokus på gjennom å ansvarliggjøre kommunene for allmennlegetjenesten. Flere diskusjoner og åpenhet rundt dette kan medføre bedre helsetjenester til befolkningen.

⑤ Forslaget til økt tilgjengelighet og tallfesting av det som kan oppfattes som behandlingssgarantier i kommunehelsetjenesten kan ved første øyekast virke forlokkende. Pasientene er den viktigste ressursen i forhold til videreutvikling av allmennlegetjenesten. Det må arbeides for økt brukermedvirkning i forhold til organisering av legetjenestene. Derfor er det viktig at kommunene legger til rette slik at **alle** som ønsker har mulighet til å delta i diskusjonene om hvordan fremtidens helsetjeneste skal være.

ELISABETH SWENSEN, Seljord



① Ved en overfladisk, naiv gjennomlesing er det lett å alliere seg med departementet i ønsket om å forbedre fastlegeordningen på vesentlige punkter knyttet til populasjonsansvar og tilgjengelighet. HOD har også foreslått å forskriftsfeste fastlegenes plikt til å delta i legevakt ut fra en erkennelse av at dette er forsømt i dag. Likevel kan jeg ikke se at dette teller «positivt» i betydningen klokt strategisk. Forskriftsforslaget må ses i sammenheng med samhandlingsreformens intensjoner og forutsetninger. Fastlegene er det spisskompetente forankringspunktet som hele reformen baserer seg på. Da kreves det dialog og tillit snarere enn detaljstyring og undergraving av legenes autonomi.

② Fordi det med rette leses som en mistillitserklæring. Dernest fordi politikerne har bakt inn i forskriftsforslaget billig valgflesk av typen «tilgjengelig etter to minutter og time innen fem dager» uten å se at det faktisk åpner for en uprioritert favorisering av de friske og griske.

③ I liten grad. Jeg er fastlønnet med god og nær kontakt med min kommunale oppdragsgiver. I tillegg har jeg utviklet tykk hud og talent for sivil ulydighet. Jeg føler meg sikker på at min egen praksis vil forbli omtrent uendret.

④ Ingen. Forslaget har diskvalifisert seg selv.

⑤ Mine pasienter er tilsynelatende lite engasjert i debatten om fastlegeforskriften. De har hatt tilgang på stabile legetjenester gjennom en generasjon. Jeg tror pasientene har tillit til at kommunen vil løse eventuelle problemer lokalt.

JOSTEIN TØRSTAD, *Sør-Varanger*



- ❶ Det mest positive ved forskriftsforslaget må være myndighetenes tro på at fastlegene kan trylle. Det mest negative er at ansvaret for egen helse er på flyttefot fra pasienten til legen.
- ❷ Fordi enhver som har holdt på i faget en stund vet hvor intensiv og lang arbeidsdagen er. Det er nok av dårlig samvittighet som det er. Derfor er det enormt provoserende å få vite at det skal være plass til uendelig

mange flere oppgaver innenfor de samme rammene.

- ❸ Det er vanskelig å si. Om alt som ligger i forskriftsforslaget blir vedtatt vil et rigid byråkrati fullstendig kunne kvele en normal praksis. Man vil selvfølgelig kunne håpe på et fornuftig byråkrati, men det vil gi en dårlig følelse å være underlagt et system som er gitt så stor makt. Det som står fast er at vi i liten grad har mulighet til å fjerne oppgaver. Vi er en første-linjetjeneste og kan vanskelig avvise det som dukker opp. Det er det heller ikke lagt opp til, tvert i mot. Vi har allerede gode systemer for innkalling av kronikere. Vi har også samarbeidspartnere gjennom hjemmesykepleie, psykiatritjeneste og sosialtjeneste som hjelper oss med å fange opp verdig trengende. For å etterleve forskriften må vi nå i tillegg begynne med systematiske gjennomganger av hele lista. Det er tidkrevende. Hvordan systemer for rapportering av kvalitetsindikatorer skal implementeres vet vi lite om ennå, men helt sikkert

vil det medføre en del arbeid. I tillegg vil denne rapporteringen generere mye kommunikasjon med de myndigheter som får i oppgave å følge dette opp. Slik jeg ser det er det flere elementer i forskriftsforslaget som er i direkte motstrid til allmennmedisinsk faglighet. Jeg håper og tror at jeg skal greie å holde meg til fagligheten, men er usikker på hva dette kan medføre.

- ❹ Prinsipielt mener jeg en påpekning av øyeblikkelig hjelp-ansvar for egne pasienter er viktig. Det er mange måter å løse dette på, men alle innbefatter et behov for samarbeid mellom fastleger, evt. fastlegekontorer. Jeg mener at tilpliktning til kommunal allmennlegetjeneste er riktig. Jeg mener fastleger skal være krumtappen i legevakt. Fornuftig data-innsamling for kvalitetsvurdering er vel også nødvendig, men svært mange kvalitetsfaktorer ved allmennpraksis er vanskelig målbare.

- ❺ De pasientene som har luftet dette er enige med meg.

Kultur og aktivitet i e

– Identitetsskapende livskvalitet

■ INGEBOG SELNES *Kulturleder, Attendo Paulus Sykehjem*

Jeg jobber som kulturleder på Attendo Paulus Sykehjem i Oslo. Jeg er ikke utdannet i helsefag og min bestemor har 60 års lengre livserfaring enn jeg. Det siste året har hun forandret seg. Hun setter ikke ting i sammenheng og strever med å finne ordene. Vi diskuterer ikke lenger verdensproblemer og hun lager ikke kjøttkaker. Hun forstår ikke helt hvem naboen er eller at jula nettopp er over. Vi er likevel enige jeg og bestemor. Når vi synger sammen er livet fint. Synger vi den hun lærte av «a' mor» er de alle tilbake; søstrene Brita, Jorunn, Kari og katten Mons, den første leiligheten i Rosenborggata og dagen hun blir bedt ut på dansegulvet av sin kjære Arne. Minnene er ikke forsvunnet, men er gjemt bak dører hun trenger hjelp til å åpne.

Fokusere på alle behov

I dag lever over 70 000 personer med demens i Norge. På Paulus Sykehjem bor 92 ulike individer med hver sin livshistorie og egne respektive behov. Å drive sykehjem i dag er på mange måter en komplisert oppgave. På den ene siden driver man sykehus med ofte svært sammensatte medisinske tilstander, og samtidig skal kompetent personell jobbe og tilrettelegge for at pasienten nå kan oppfatte

omgivelsene som sitt eget hjem. Vi har alle en bestemt rolle, et yrke og en interesse vi dyrker. Når man flytter til sykehjem har man gjerne mistet muligheten til å opprettholde en del av disse identitetsskapende elementene. Forsvinner dette «mister» man også en del av personen man er.

På et sykehjem vil, og skal det være, fokus på alle behov som skal dekkes; Både fysiske, psykiske, men også sosiale og åndelige behov.



Innvielse av ny 60-tallsstue. FOTO: JULIE SANDBERG

I Omsorgsplan 2015 heter det at regjeringen vil legge vekt på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Dessverre viser en rekke undersøkelser at det er nettopp på det sosiale og kulturelle området dagens omsorgstjenester først og fremst kommer til kort. Hver dag jobber jeg for å fremme våre beboeres identitet og livskvalitet gjennom et bredt kulturtilbud med ulike aktiviteter.

Aldersdiskriminering

Bingo, allsang og sittedans er typiske «sykehjemsaktiviteter» som også står på vårt program. Permanentdamene står nærmest i kø for å sikre seg gode spillbrett, og påpeker rimelig kjapt dersom jeg hopper over slageren «De nære ting» under mandagens allsangstund. Andre går lei, sier de vil lære noe nytt og lurar på hva dagens unge holder på med, mens «gutta» syns mimring er kjedelig og vil heller bli med på årets juleøltest. Vi er alle ulike og oppsøker ulike former for kultur.

Jeg vil være så freidig å påpeke at vi alle har lett for å aldersdiskriminere. Vi har blitt lært og blitt fortalt hva eldre mennesker liker å gjøre. På enkelte sykehjem finnes en oppskrift på hvordan man aktiviserer demente sykehjemsbeboere: Vi sitter i ring, tar noen festlige hatter på hodet, holder et tau mellom oss mens vi beveger oss til dårlige dansebandversjoner av Alf Prøysen. I ovnen står nybakt



Idreomsorgen



«Kultur er det som blir igjen når man har glemmt alt det man har lært.»

SELMA LAGERLÖF

vørterbrød og i midten ligger gårdsredskaper fra en svunnen tid. Det kalles erindringsarbeid og slikt minnearbeid er bra, men det kan også være så mye mer! Vi ligger på vippeleinen med et nytt generasjonsskifte i vente og trenger å bevisstgjøre oss hvilken epoke beboerne vi jobber med har et forhold til. Bort med gammelt seletøy og kaffekvern. Hos oss er det 50-, og til og med 60-tallet som «slår an».

Gjennom et rikt samarbeid med Oslo Museum henger bildet av en ung Wenche

Myhre i gangen, Volvo Amazon er pakket for familietur og i 60-talls stuen inviterer personalet til likørkveld i nystrøkne A-linjede kjoler.

De kjenner seg igjen i teakmylderet og noen tror de har kommet på besøk hjem til meg.

Min jobb handler ikke om å samle alle våre beboere til en middelmådig trekkspillkonsert enhver kan stille seg likegyldig til. Gjennom kartlegging og samtale vil jeg treffe hvert individ med sine ønsker og sine behov, slik at

man kan fortsette å være den personen en alltid har vært. Det beste jeg vet er når en 90 år gammel dame gir uttrykk for at dagens konsert ikke låter bra og at det ikke er hennes smak. Det gir uttrykk for at hun fortsatt vet hvem hun er, og den kunnskapen skal være noe av det siste vi glemmer.

Kulturarbeidere – en nødvendighet

På Paulus jobber to kulturarbeidere. Mange sier vi er heldige som i det hele tatt har én.

Noen kvelder i måneden arrangeres Ballroom-aften på Soria Moria Torshov. Wenche Knutsen (91) har for anledningen tatt med hjelpepleier Alf Einar som kavalier og danser selvsikkert mellom studenter og swingentusiaster. FOTO: JULIE SANDBERG



Jeg opplever stadig at bekjente, studenter og pårørende oppfatter vår satsing på kultur som noe annerledes. Her har vi omrokkert litt på ressurser og økonomi og brukt overskuddet konkret for å hindre inaktivitet og fremme sosiale stimuli.

Det siste året har jeg heldigvis observert at flere tenker som oss og at kultursatsingen er på vei opp. Hos oss kaller vi satsingen på kultur en nødvendighet, og det er synd at det må en daglig leder med brennende hjerte for området til for at prioriteringene skal kunne fungere. På flere sykehjem står fortsatt frivillige personer og pårørende bak samtlige trivsels tiltak. At våre kulturarbeidere har utdannelse fra kunst- og kulturskoler har også vært en suksessfaktor. Ved å ansette personer med bakgrunn fra kreative fag og uten tidligere erfaring fra pleiarbeid, kan man se lettere forbi allerede tiltenkte grenser, og tør å utprøve nye kulturtiltak man vanligvis ikke forbinder med typisk aktivitet på sykehjem. Jeg har bakgrunn fra både idrett og som musiker og opplevde tidlig i min jobb som kulturleder at mange normer allerede var lagt og at nye kulturtiltak ikke passet i et allerede travelt tidsskjema. Slik tankegang handler oftest om mangel på kunnskap, og jeg vil ikke gi meg før samtlige ansatte skruer av MTV og følger beboerne på utstillingsåpning i samlingsstuen i isteden.

Vi tenker at sykehjemmet er en samfunnsinstitusjon på lik linje med skolen ved siden av oss og ser store fordeler med å åpne dørene for nærmiljøet rundt oss. Gjennom å invitere barnehager med på høytidsforberedelser, la skoleungdom bruke kantina som lunsjsted og invitere kor til ukentlige øvelser opplever vi



Kulturleder Ingeborg får piknik-kurvens historie av beboer Ruth. FOTO: JULIE SANDBERG

generasjonsmøter mellom gammel og ung. Hver tredje måned åpner vi en ny utstilling med tematikk våre beboere kan kjenne seg igjen i. Med inspirasjon fra MOMA- Museum of Modern Arts i New York- sitt alzheimer-program, samarbeider vi nå med flere av byens mest besøkte museum og galleri. Vi besøker dem på tilrettelagte omvisninger, og de som ikke lenger har mulighet til å oppsøke kunst kan oppleve den hos oss.

Resultater

Man tuller ikke med livsløpet og alle som jobber med eldreomsorg bør ha en viss form for ærefrykt og føle ydmykhet over at man i stor grad har ansvar for den siste tiden av en persons liv. Det handler om livskvalitet og å få lov til å leve ut sin rolle så lenge man selv orker. Aktivitet og kulturopplevelser får fram det beste hos både beboere og personalet. Det gir glede og sanseopplevelser og inviterer til kommunikasjon. Når språket er borte vil mange pårørende oppleve det vanskelig å finne samtaleemner og noen føler det blir for krevende å i det hele tatt komme på besøk. Ved å legge til rette for arenaer, til konserter og utstillinger, har vi opplevd at pårørende syns det er lettere. De kan oppleve noe sammen og plutselig er det kanskje bestemor som er eksperten og kan fortelle?

Jeg gleder meg til dagen da alt dette har blitt en selvfølge. Til den dagen vi snakker om trivselstiltak på sykehjem som noe annet enn aktivitet kun beregnet for eldre, men som en nødvendighet der vi tør å slippe alle kulturformer inn og slutter å skjerme.

Bestemor fortsetter å synge. Hun gjør nok det så lenge vi kjenner hverandre.

Jeg håper hun møter flere som vil synge sammen med henne.

Caféen på hjørnet er fast tilholdssted på godværsdager. Harald og Arvid er godt

kjent i nærområdet og liker å følge med på mylderet på Løkka. FOTO: KARIN BEATE NØSTERUD



ingeborg.selles@attendo.no

Generasjonssang på sykehjem – et musiserende samspill

■ RUTH ELISABETH ENGØY SOLBERG leder Team Aktiv Omsorg, Lillehammer Helsehus

Et lite glimt fra Generasjonssang på Peer Gynt Sykehjem i Moss:

Vi ønskes velkommen inn i et varmt lyst rom, 15 sykehjemspasienter sitter forventningsfulle i en ring av stoler og rullestoler rundt et stort mykt teppe på gulvet. Nynende på Solveigs vuggeviser kommer fem foreldre med hvert sitt sjarmtroll gurglende på armen, før de danner en ring og danser mens de hilser «Vel møtt her igjen, alle mine venner.» Sykepleier i palliativ omsorg, Lise Lotte Trobe, leder an det hele og hilser på hver enkelt pasient. Programmet går fra en underholdende samlingsdel for de som ser på, over i en aktiv del hvor babyer og foreldre, personalet og de gamle utfører tilpassede aktive bevegelser til for eksempel «Vi vandrer med freidig mot».

I begrepet Generasjonssang legges kontakt mellom generasjonene, fra de helt yngste (fra null til ett år), gjennom deres foreldre, personalet, de dementes pårørende, til de demente selv – i et musiserende samspill. I begrepet ligger også at man ønsker å oppnå gjenkjennelse gjennom sanger som har vært brukt i generasjoner. Kontaktskapere i form av spedbarn og musikk som vekker minner, blir i tillegg supplert med enkle gjenstander og bilder som vil virke gjenkjennende.

Prosjektet Generasjonssang er spesielt utviklet for demente, men er blitt populært på mange plan. Ruth Elisabeth Engøy Solberg, sykepleier og leder av Team Aktiv Omsorg på Lillehammer Helsehus, har utviklet Generasjonssang sammen med operasanger Trond Halstein Moe. Etter 16 år med å etablere og videreføre Babysangkonseptet for Frelsesarmeen, har Ruth Elisabeth i sin jobb som leder for Team Aktiv Omsorg praktisert Generasjonssang på Lillehammer Helsehus. Der har de gamle og personalet kunnet nyte flere forskjellige former for generasjonssang med babyer som fast tilbud over generasjoner, som:

- **Høytidelig sang** i seremonirommet
- **Nær sang** på skjermet enhet for aldersdemente
- **Aktiv sittesang** i storstua for alle, og for de som er på tilfeldig besøk på en litt for stille stue. Det er full suksess når en gruppe



med babyer kommer inn og danser «Eg gjettedulla» osv. før de forsvinner til neste avdeling.

Generasjonssangkonseptet inneholder flere deler: «Aktiv sittesang», «Generasjonssang med babyer», «Musikalsk seminar» og «Interaktiv konsert». Man vil finne mange av de samme sangene i alle delene. Dette fordi vi tror at jo mer repetisjon og jo bedre personalet kan det samme stoffet som de eldre, jo mer vil de tørre å ta det i bruk. Men selv om vi bruker samme sanger – og mange av de samme aktive utførelsene, vil selvsagt den røde tråden endres ut fra hvilken sammenheng det er:

På «Interaktiv konsert» får tilhørerne bli med Peer Gynt opp til seteren, ned til Egypt og hele veien hjem igjen. På veien får de høre mange av de sangene de selv lærte i sin barndom og ungdom.

I «Musikalsk seminar» bruker vi omtrent de samme sangene som til konserten, men den røde tråden er undervisende. Det henvender seg til personale og pårørende.

«Aktiv sittesang» er en avdeling der det gjerne er bare fem sanger fra konsertpro-

grammet som er grunnstammen. Sangene er valgt ut for at pleiere og pårørende lett skal kunne synges uten akkompagnement, og sørger for at alle kroppsdeler blir satt i bevegelse i løpet av de ca ti minuttene en slik samling kan ta. Man starter med vuggende oppvarming, tar for seg store og små muskelgrupper og litt hjernetrim, og avslutter rolig.

I «Generasjonssang med babyer» er programmet bygget opp med de samme sangene i introduksjoner og hilsesanger – overraskende måter å «benytte» babyer på, parallelt med aktiv sittesang, dele-tid hvor ballong dunks fra baby til gammel til mor til personale osv, det er hviletid og reflekterende dans. Og hele veien skal de eldre bli tatt med i fremdriften og samspillet.

Mer inspirasjon og informasjon finnes på www.generasjonssang.no

generasjonssang@generasjonssang.no

Teieplikta – ei norm mellom legen, pasientane og helsepersonell

■ GEIR SVERRE BRAUT *Statens helsetilsyn* • GORM ARE GRAMMELTVEDT *Statens helsetilsyn*

Norma om teieplikt ligg i kjernen av forståinga av legerolla, både sett i legens perspektiv og ut frå dei forventningane som pasientane og samfunnet har.

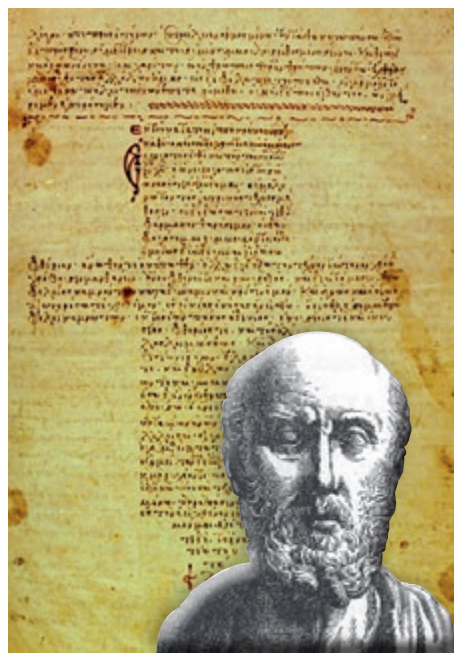
Ho har følgd med legeprofesjonen frå urgamle tider. Den hippokratiske legeeiden i si tradisjonelle form seier det slik:

Alt det som eg får vite om gjennom yrkesutøvinga eller i dagleglivet og som ikkje andre bør kjenne til, vil eg halde hemmeleg og aldri avsløre.

Det er interessant å merke seg at alt for 2500 år var teieplikta avgrensa til å handle om det som andre *ikkje* bør kjenne til. Reint logisk skulle dette då kunne tolkast slik plikta ikkje gjeld det som andre *bør* ha kunnskap om. Slik er det prinsipielt sett også i dag.

Den hippokratiske legeeiden har følgd med legeprofesjonen frå urgamle tider. Her er eiden i eit bysantisk manuskript frå det 12. århundre.

ILLUSTRASJON: «AN ILLUSTRATED HISTORY» AV IRA M. RUTKOW



Teieplikt er vern av integritet

Føremålet med teieplikta er sjølvsagt å verne om integriteten til pasienten. Men dette integritetsvernet er ikkje grenselaust. I forarbeidet til legeloven av 1980 (Ot. prp. nr. 1. (1979–80): kapittel 9), er avgrensingane i teieplikta drøfta inngåande. Der viser dei korleis teieplikta har utvikla seg frå å vere ei etisk norm til å også bli ei juridisk norm. Først midt på 1800-talet fekk legar gjennom lov fritak frå plikta til å forklare seg i straffesaker om forhold som dei hadde fått kjennskap til gjennom yrkesutøvinga. Ved straffeloven av 1902 kom det inn ein regel (§144) som opnar for å straffe legar og deira hjelparar dersom dei rettsstridig åpenbarer hemmeligheter, som er dem eller deres foresatte betrodd i stillings medfør.

Først ved legeloven av 1927 blei teieplikta forankra i medisinallovgevinga som eksplisitt norm med denne ordlyden:

Enhver læge er pliktig til med de innskrenkninger, som er fastsatt i lov, å iakttå taushet om det som blir betrodd ham under utøvelsen av hans kall eller som hen derunder får rede på om folks legems- eller sykdomsforhold.

Her er teieplikta spesifikt retta inn mot det som har å gjere med lekam og sjukdommar. Ved legeloven av 1980 (§31 første ledd) blir perspektivet noko utvida, både gjennom at legen får plikt til å hindre at andre får kjennskap til visse opplysningar, og ved at det skal handle om personlege forhold, ikkje berre det som gjeld helse.

Teieplikta handlar om meir enn å teie

Hovudregelen om teieplikt for legar og anna helsepersonell finn vi no i §21 i helsepersonelloven av 1999, som kort og greitt stadfestar at:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Det er god grunn til å lese denne korte teksten ord for ord. Norma er ikkje avgrensa til forhold knytte til pasienten. Ho omfattar også

andre folk, som pårørande, folk som var med pasienten ved kontakten med legen osv. Vidare fordrar norma ikkje berre at legen skal teie om opplysningane, men også hindre at andre får tilgang eller kjennskap til desse – altså ei plikt til aktivt å motverke ulovleg spreiding.

Det kan også vere eit poeng å merke seg at plikta ikkje berre omfattar opplysningar som ein har fått gjennom jobben sin, men opplysningar som ein har fått i *eigenskap* av å vere lege. Altså ein fortruleg samtale på veg heim frå ein fest, kan falle inn under teieplikta, medan ein samtale mellom venner om sjukdom ikkje treng gjere det. Det vil vere avgjerande korleis den som kjem med opplysningane har oppfatta legen si rolle i den aktuelle situasjonen.

Ved lovvedtak i 2008 skjerpa Stortinget norma etter §21 ytterlegare gjennom å tilføye ein ny §21a med denne ordlyden:

Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i §21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.

Dermed har legen, som anna helsepersonell, plikt til å passe på at ein ikkje tileignar seg opplysningar som er underlagt teieplikt utan at ein kan gjere greie for ein lovleg grunn til dette. Dersom det ikkje er fordi ein treng opplysningane til dømes for å gi ei forsvarleg helsehjelp til pasienten, kan det bli vurdert som ulovleg tilgang dersom ein les i ein journal.

Fråvik frå plikta krev heimel i lov

Teieplikta har ei rekkje lovpålagde unntak. Dei to mest aktuelle i den kliniske kvardagen er truleg at ein ikkje er bunden av teieplikta når pasienten har gitt samtykke til at opplysningar blir formidla vidare (helsepersonelloven §22) og likeeins når opplysningar bli gitt til samarbeidande personell av omsyn til helsehjelpa og den som opplysningane gjeld ikkje har motsett seg dette (helsepersonelloven §25).

n i grenseflata

enten og samfunnet

Eit sentralt poeng her er at samtykket ikkje treng vere skriftleg, men ein må sikre seg at pasienten er i stand til gi eit gyldig samtykke. Vedkommande må altså forstå kva som skjer, og der har legen ei plikt til å gi tilstrekkeleg informasjon slik at pasienten forstår følgjene av eit samtykke. Det vil ofte vere nødvendig å journalføre at ein har fått munnleg samtykke til å gi opplysningar til andre.

Når det gjeld opplysningar til samarbeidande personell, må dei berre givast i eit slikt omfang som er nødvendig for yttinga av helsehjelpa. Då er det ikkje nødvendig med samtykke frå pasienten, men lovteksten fastset eintydig at pasienten kan motsetje seg også slik vidareformidling.

Elles avgrensar §23 i helsepersonelloven teieplikta slik:

Taushetsplikt etter §21 er ikke til hinder for:

1. at opplysninger gis den som fra før er kjent med opplysningene,
2. at opplysninger gis når ingen berettiget interesse tilsier hemmelighold,
3. at opplysninger gis videre når behovet for beskyttelse må anses ivaretatt ved at individualiserende kjennetegn er utelatt,
4. at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre,
5. at opplysninger gis videre når helsepersonell gjennom sin yrkesutøvelse har grunn til å tro at dyr blir utsatt for slik mishandling eller alvorlig svikt vedrørende miljø, tilsyn og stell at det anses rettmessig å gi opplysningene videre til Mattilsynet eller politiet eller
6. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.

Det bør kort nemnast at kva som er individualiserande kjenneteikn som nemnd i punkt nr. tre bør gjennomtenkjast grundig, særleg i lys av den enorme spreinga som slike opplysningar og ikkje minst klinisk relatert biletmateriale kan få ved hjelp av elektroniske media.

I punkt nr. fire er det nemnd at tungtvegande private eller offentlege interesser kan gjere det rettmessig å formidle opplysningar vidare sjølv om dei i utgangspunktet er underlagde teieplikta. Det er ikkje mogeleg å setje opp ei uttømmende liste over kva som kan reknast for å vere legitime interesser i forhold til dette punktet. Men legen må vere klår over at opninga som loven gir her berre er ein sikringsventil som det i praksis er aktuelt å støtte seg til berre i sjeldne tilfelle. For å få ei viss peiling på kor nivået bør liggje, kan ein gjerne samanlikne med straffeloven §139 som gjer det straffbart å unnlate å forsøke å avverje gjennomføring av visse alvorlege brotsverk og straffeprosessloven §119 som opnar for at mellom anna legar kan gje ei forklaring utan hinder av teieplikta for å hindre at noko som er utan skuld blir straffa.

Det er sparsamt med rettspraksis på dette

området, men Statens helsetilsyn har i nokre tilsynssaker vurdert det slik at det kan vere rettmessig å bryte teieplikta for å hindre at til dømes ein person som ein har gitt helsehjelp til gjer skade på andre menneske. Eit tenkt døme kan vere at legen ser at ein rusa pasient set seg i bilen for å kjøre. Kjøring i alkoholrus er ikkje i seg sjølv eit brotsverk som fell inn under det som er omtala i straffeloven §139. Men ut frå ei konkret og realistisk vurdering i den aktuelle situasjonen, kan det tenkjast at det vil vere rettmessig å varsle politiet for å få hjelp til å hindre at vedkommande kjører. Då må ein vere veldig varsam med ikkje å formidle meir opplysningar enn det som er absolutt nødvendig for å avverje mogeleg skade.



Teieplikta gjeld også når ein har meldeplikt

Som nemnd i punkt nr. 6 ovanfor, er det ikkje brot på teieplikta når det er eintydig frå lovgevinga at teieplikta ikkje skal gjelde. Det er ei rekkje lovreglar som gir slike unntak. Helsepersonelloven §33 andre og tredje ledd er kanskje det mest vesentlege unntaket som legar i klinisk praksis må ha eit klårt forhold til, fordi det ofte er avgjerande for at barn skal få nødvendig hjelp:

Uten hinder av taushetsplikt etter §21 skal helsepersonell av eget tiltak gi opplysningar til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. lov om barneverntjenester §4-10, §4-11 og §4-12. Det samme gjelder når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker, jf. nevnte lov §4-24.

Også etter pålegg fra de organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester, skal helsepersonell gi slike opplysninger.

Bruken av det modale hjelpeverbet «skal» seier oss at dersom det er grunn til å tru at barn blir mishandla eller utsett for omsorgssvikt, så har legen plikt til, på eige initiativ, å gi opplysningar til barneverntenesta. Legen har ikkje noko skjønnsrom når kriteria i loven er tilstades. Etter loven er det tilstrekkeleg at *det er grunn til å tro* at barnet blir utsett for omsorgssvikt. Det er ikkje krav om at legen skal finne dette sannsynleg.

Elles kan det vere verd å merke seg at loven (§31) legg til grunn at helsepersonell har plikt til å varsle relevante nødetatar (politi, brannvern) når det er nødvendig for å avverje skade på person eller eigedom. Legar flest er vel kjende med at dei også har ei plikt til å melde frå til aktuell myndigheit når innehavar av førarkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy har meir enn kortvarig helsesvikt (§34 og utfyllande forskrifter). Merkeleg nok gjeld det ikkje heilt parallelle reglar for dei som har maritime sertifikat eller førarbevis for jernbanemateriell. Her er det opp til dei legane som utfører dei

særlege helsekontrollane for slikt personell å følgje opp med eventuelle meldingar.

Men sjølv når ein har plikt til å gi opplysningar, må ein vurdere kor omfattande utleveringa av opplysningar skal vere. Ein må til dømes passe på at ein ikkje gir opplysningar som er irrelevante for den aktuelle problemstillinga. Dette er ikkje minst ei aktuell problemstilling ved utferding av dokumentasjon til forsikringsselskap og trygdeordningar. Trygdelovgevinga har fleire reglar om utlevering av opplysningar i samband med tildeling av stønader, men dei går vi ikkje nærare inn på her.

Opplysningar til tilsynsføremål

Helsepersonelloven §31 stadfestar at teieplikt ikkje er til hinder for å gi opplysningar til Statens helsetilsyn og fylkesmannen når desse treng det til tilsynsformål. I dei fleste slike tilfelle vil legen få ein førespurnad frå tilsynsmyndigheita. Då har ein plikt til å gi slike opplysningar som blir etterspurde, men i og for seg ikkje ei plikt til å gi ytterlegare forklaringar. Men ofte vil dette vere føremålstenleg, også sett med legen sine augo.

Helsepersonell bør vidare vere kjende med helsepersonelloven §17 som seier følgjande:

Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet. Når ein gir slik informasjon, gjeld heller ikkje teieplikta, jf. helsepersonelloven §31.

Teieplikt i forvaltninga

Dei forvaltningsorgana som får opplysningar underlagt teieplikt frå legar, har sjølve teieplikt. Men denne teieplikta er heimla i forvaltningsloven (§§13, 13a–f). Den forvaltningsmessige teieplikta er på nokre område noko vidare enn den som gjeld etter helsepersonelloven. Til dømes kan eit forvaltningsorgan formidle opplysningar om lovbrøt vidare til påtalemakta på visse vilkår (forvaltningsloven §13b, nr 6).

I utgangspunktet er alle dokument som går

inn og ut frå eit forvaltningsorgan offentleg tilgjengelege. Det følgjer av offentleglova (§3). Men offentleglova §13 første ledd seier dette:

Opplysningar som er underlagde teieplikt i lov eller i medhald av lov, er unnatekne frå innsyn.

Også her må ein lese nøye. Det er opplysningane, ikkje dokumentet, som er underlagt teieplikt. Det vil i prinsippet seie at forvaltningsorganet må levere ut dokumentet, men første etter at opplysningar som blir omfatta av teieplikta er fjerna.

Dette medfører til dømes at dokument i tilsynssaker blir leverte ut i sladda versjon. Då er opplysningar om pasienten og særlege forhold ved denne fjerna, men opplysningar som gjeld helsetenesta og helsepersonellet er vanlegvis ikkje fjerna. Dersom det i dokumentet er opplysningar om helsepersonellet som er underlagt teieplikt (sjukdom, rusmiddelbruk eller liknande), skal dette også fjernast før utlevering. Men opplysningar om kven som har delteke ved ytinga av helsehjelpa til pasienten, faglege kvalifikasjonar m.v. blir ikkje rekna som opplysningar underlagt teieplikt og kan såleis ikkje fjernast.

Eit samansett rettsområde

Den rettslege reguleringa av teieplikta er ganske samansett. Det som er skrive ovanfor syner berre vesentlege trekk ved denne reguleringa. Når ein står midt oppi konkrete avgvingar, må ein ta for seg dei relevante lovtekstane og lese dei grundig, ord for ord, setning for setning. Deretter må ein gjere ei vurdering korleis den aktuelle regelen skal brukast på den konkrete problemstillinga.

Dette er ofte ganske krevjande vurderingar, ikkje berre for legar og anna helsepersonell, men også for juristar. Dersom ein er i tvil, bør ein ikkje ta ein kjapp sjanse. Ta heller ein telefon til fylkesmannsembetet i det aktuelle fylket. Der finn ein både helsepersonell og juristar som er vant med slike spørsmål. Teieplikta er så fundamental for tilliten mellom folk flest og helsetenesta at toleransen for feilvurderingar er liten.

Geir Sverre Braut (f. 1955) er assisterende direktør i Statens helsetilsyn og førstelektor ved Høgskolen Stord/Haugesund. Han er utdanna lege og spesialist i samfunnsmedisin.

Gorm Are Grammeltvedt (f. 1967) er avdelingsdirektør i Statens helsetilsyn. Han er utdanna jurist og har lang fartstid på ulike nivå i tilsynssystemet.

gsb@helsetilsynet.no

gag@helsetilsynet.no

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Sentrale punkter til refleksjon i denne artikkelen:

- Hva er risiko?
- Hva er risiko i relasjon til helse?
- Hva er sårbarhet?
- ROS-analyser
- 0-visjonen
- Økonomiske analyser i forhold til forebyggende tiltak

Risiko og risibegreper og aspekter

■ GUTTORM EILERTSEN *overlege for miljøetaten, Trondheim kommune*

Risiko defineres som produktet av sannsynligheten for at en hendelse oppstår og konsekvensene av hendelsen. Risikovurdering er en systematisk gjennomgang av uønskede hendelser som kan oppstå. Denne artikkelen er ingen kokebok på hvordan en skal utføre tilsyn i egen kommune. Dette er et svært komplekst område, og vurderingene omkring risiko må i stor grad gjøres lokalt, ut fra tilstanden til tilsynsobjektene i den enkelte kommune.

Begrepet risiko er ikke veldig gammelt. Noen tror det stammer fra spansk eller italiensk sjøfartsterminologi, hvor det betød å seile inn i fare eller å gå på en klippe (fra *resicare*: spalte av i betydningen at en klippe i sjøen kan være spaltet av landet innenfor).

I kirurgi bruker vi ordet *resecere* som betyr å fjerne eller spalte vev. Det tidlige italienske ordet *risicare* betyr å våge. Om en av disse forklaringene er riktig, kan vi ikke følge ordet lenger tilbake enn til 15–1600-tallet.

Tradisjonelt har vi med risiko ment utsiktene til noe negativt; en uheldig hendelse. Slik er det ikke nødvendigvis i dag. Vi har begrepet *risikosport*, noe som mange unge oppsøker og har glede av. I økonomien er også risiko og *risikokapital* noe som kan ha positivt fortegn. Risiko er blitt et svært forskningsfelt for sosiologer, økonomer og andre fagfolk.

Risiko i forhold til helse er sannsynligheten for at det skal oppstå skade/sykdom multiplisert med mulige konsekvenser av skaden/sykdommen.

Hva er risikovurdering?

- systematisk å gjennomgå hvilke uønskede hendelser som kan oppstå
- Ved slike vurderinger er det en fordel å være flere fagfolk med ulik fagbakgrunn. En kan med fordel lene seg på andre, gjerne folk med god kunnskap om drifting av tilsynsobjektet (1).

Når det kommer til vurdering av sannsynlighet og konsekvens, bør en så langt som mulig basere seg på offentlig statistikk over insidens av sykdom/skader knyttet til tilsynsobjektet. Som regel mangler slike data. Da må en skjele til lignende hendelser og skaffe referanser, som for eksempel ved legionellautbrudd. Hendelsene i Stavanger og Fredrikstad har gitt oss en pekepinn på hvor stort omfanget av et utbrudd kan bli – og dets konsekvenser. Erfaringer fra Birkebeinerrittet i 2009 illustrerer hvilken vanskelig oppgave vi har, når vi skal vurdere risiko i forhold til helse. Arrangørene hadde nok forutsett at det kunne oppstå en del skader (statistisk sett 11 alvorlige skader per ritt), men ingen hadde forutsett at det også skulle oppstå sykdom hos enkelte syklistene under rittet, forårsaket av spruten fra syklistene foran. Søla, som de fikk i munnen, inneholdt spor av dyreekskrementer. En rekke syklistene fikk mage-tarm-infeksjoner pga. *E. coli*-smitte.

Risikofokusering har i vår tid antatt enorme dimensjoner. Mange roper varsku om at «nok er nok». Risikofokusering kan bli en selvoppfyllende profeti, mener den tyske sosiologen Niklas Luhmann. «Hvor helsefarlig er helseopplysning?», spør psykiateren Finn

Skårderud (2) i boka *Uro* som utkom i 1998. «Hva er farligst av Dagbladet og heroin?», spør han i en spissformulering og henviser til avisartikler om salmonella på Ekeberg, parasitter i Sognsvann, gale kyr, juletrær fulle av muggsopp etc. Hans avsluttende profeti er at all risikofokusering i vår tid kan føre til vegring til selve livet.

Skårderud gjør et nummer av at ikke alle tilsynelatende risikoer er reelle risikoer. Mye av det som betegnes som risikosport, er pseudorisiko. For eksempel er verdens høyeste strikkhopp i New Zealand helt ufarlig i og med at ingen ennå, etter flere millioner hopp, har omkommet eller blitt alvorlig skadet. Konsekvensene er forferdelige, men sannsynligheten er tilnærmet null.

Grader av risiko

En opererer med ulike grader av risiko. Fare er en sterk risiko. Skiltet «rasfare» skal signalisere at det virkelig er fare. Ofte ser en større eller mindre steiner ligge i veibanen eller i veikanten på slike strekninger. Tyskerne opererer i den andre enden av skalaen, med begrepet *restrisiko* – noe som er mindre enn risiko; altså en svært liten risiko. Jeg har oversatt det til *teoretisk risiko*. At noen skulle kapre fly og knuse dem i skyskrapere på Manhattan, var vel knapt annet enn en teoretisk risiko før 11. september 2001. I dag er et slikt scenario oppgradert til en risiko, kanskje sågar en fare.

Et eksempel på vanskene med å identifisere risikoer finner vi i oljealderens barndom: Da vi begynte å bore i Nordsjøen, var ingeni-

TABELL 1. Risiko og sannsynlighet

BEGREP	FREKVENNS/MULIGHET FOR FOREKOMST AV HENDELSEN
Lite sannsynlig	Mindre enn 10% sjanse for forekomst
Mindre sannsynlig	Mellom 10% og 40% sjanse for forekomst
Sannsynlig	Mellom 40% og 80% sjanse for forekomst
Meget sannsynlig	Over 80% sjanse for forekomst

risikovurderinger som er aktuelle ved tilsyn



ørene i Statoil skråsikre på at sannsynligheten for en utblåsning var like stor – eller liten – som at det skulle styrte flere SAS-fly daglig i ulike land verden over. Vi kjenner historien. Nordsjøen har hatt sine utblåsninger, og i en periode ble det pumpet ut 800 000 liter olje daglig i Mexicogulfen. Disse eksemplene minner oss på at ikke all teoretisk risiko kan forutses.

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS)

Sårbarhet er et uttrykk for et systems evne til å fungere og oppnå sine mål når det utsettes for påkjenninger. En ROS-analyse skal ligge til grunn for interkontrollarbeidet ved alle tilsynsobjektene vi har ansvar for. Tilsynsmyndigheter skal foreta en tilsvarende ROS-analyse, det vil si:

- Definere et analyseområde, dvs. et organisatorisk, geografisk eller funksjonelt nivå som skal analyseres
- Definere de uønskede hendelsene som kan inntreffe: Hver uønsket hendelse konkretiseres og formuleres så presist som mulig.
- Gjennomføre en risikoanalyse ut fra mest mulig evidensbasert kunnskap om sannsynlighet og konsekvens (TABELL 1 OG 2)
- Liste opp mulige årsaker til hendelsene: For hver årsak beskrives de eksisterende og nye forebyggende tiltak
- Hvor ofte inntreffer hendelsen? Angi hyppighet hvis det er gjort målinger (f.eks. avviksregistrering)
- Konsekvensene av den uønskede hendelsen beskrives: Definere dette for ulike konsekvensområder, som for eksempel pasient, personell, materiell, tjenesteproduksjon og nærmiljø
- Skadebegrensende tiltak: Eksisterende og nye mulige tiltak beskrives

TABELL 2. Risiko og konsekvenser

BEGREP	HENDELSENS KONSEKVENSER FOR LIV OG HELSE:	HENDELSENS KONSEKVENSER FOR MILJØ OG MATERIELLE VERDIER:
En viss fare	Fare for få og små personskader	Fare for mindre skader: • lokale skader som er relativt enkle å utbedre
Kritisk/farlig	Fare for alvorlige personskader Dødsfall kan forekomme	Fare for alvorlige skader: • reversible • relativt kortvarige • kort restitusjonstid • som truer miljøet og/eller materielle verdier • som truer infrastruktur
Katastrofal	Fare for betydlige personskader, dødsfall, behov for evakuering	Svært alvorlige skader: • ikke reversible • langvarige • lang restitusjonstid • som truer store materielle verdier • som truer infrastruktur

0-visjonen

Når vi skal utarbeide en tilsynsplan, så må vi stille spørsmålet: Jobber vi etter 0-visjonen? Gjør våre tilsynsobjekter det? Vi skal først se litt på andre sektorer i samfunnet.

- I Samferdselsdepartementets strategiplan *Trafikksikkerhet på veg 2002–2011*, heter det: «En visjon om ingen drepte eller livsvarig skadde skal ligge til grunn for regjeringens langsiktige trafikksikkerhetsarbeid innen vegsektoren».
- Hva med landbruksulykker? Regjeringens mål er «å støtte næringsorganisasjonenes 0-visjon mot ulykker».
- Og hjemmelykker? Regjeringens mål er «ingen eksplisitte politiske mål på området».

Så igjen: Jobber vi etter 0-visjonen? Hva er konsekvensen av en 0-visjonsstrategi for barnehager og skoler?

Ifølge Per Fugelli (3) vedtok den svenske Riksdagen i 2003 at ingen barn i svenske daghem skal pådra seg skader i daghem fra 2030.

«Gjennom en enorm investering i ny teknologi, sosialpsykologiske og pedagogiske programmer rettet mot personalet, barna og pårørende, skal svenske barn i 2030 leve et liv fritt for fare, fritt for risiko, fritt for skade – eller med mine ord: fritt for utfordring, fritt for utvikling, fritt for å trene egen mestring»,

skriver Fugelli.

Hvordan står det så til med Norge? Fra *Forskrift om sikkerhet ved lekeplasser* siterer vi:

§11. Fallunderlag

Lekeplassutstyr skal være utformet, konstruert og plassert slik at risikoen for at brukere eller tredjepart skades på grunn av fall fra utstyret, er redusert til et minimum.

Altså jobber vi ikke etter en 0-visjon. Og godt er det.

Det pedagogiske er ivaretatt i barnehagelovens §2, som sier:

Barnehagen skal gi barn muligheter for lek, livsutfoldelse og meningsfylte opplevelser og aktiviteter i trygge og samtidig utfordrende omgivelser.

Forskrift om sikkerhet ved lekeplasser sier videre:

«En stein eller et tre som fra naturens side hører hjemme på lekeplassområdet er ikke omfattet. Dette legitimerer likevel ikke ansvarsfraskrivelse for nødvendige risikovurderinger hos de som designer, er ansvarlige for eller tilrettelegger en lekeplass».

Det legges altså opp til en betydelig grad av skjønn både hos driftsansvarlig og tilsynsmyndighet, og det er avgjort ingen 0-visjon vi har å forholde oss til.

Men så kommer §13 om hygiene i samme forskrift som sier:

«Lekeplassutstyr skal være utformet og konstruert på en slik måte at det ved bruk ikke fører til infeksjon, sykdom og smitte».

Det er en 0-visjon. Så svaret på mitt spørsmål er både ja og nei. Vi arbeider etter 0-visjoner, og vi gjør det ikke.

Hva kan vi akseptere av risiko?

Svaret avhenger av tilsynsobjektet. Det er derfor nødvendig å gjøre en selvstendig vurdering av hver enkelt hendelse for seg.

Vi har vel alle en tilnærmet 0-visjon om å forebygge dødsfall og alvorlige skader ved våre tilsynsobjekter, men det kan være nyttig å tenke grundig gjennom dette i forhold til annen grad av risiko: Hva kan vi tolerere av risiko og er vår visjon identisk med tiltakshavers? Er tilsynsmyndighetens vurdering lik i Tustna kommune og i Oslo? Finnes det en standard å forholde seg til?

– Nei, det gjør ikke det. Desto viktigere er det at vi som tilsynsmyndighet i større og mindre kommuner er bevisste på hvor vi befinner oss i landskapet; at vi diskuterer med kolleger. Til syvende og sist er det ikke vi som avgjør hvilken risiko som kan aksepteres. Det er en politisk beslutning som innbefatter flere vurderinger som økonomi, trivsel, estetikk, frihet og fleksibilitet. Politikerne skal godkjenne tilsynsplanen.

Ressursvurderinger og forholdsmessighetsvurderinger

Direktoratet for sikkerhet og beredskap er klar på at det ikke har tatt pedagogiske hensyn i vurderingen av hvilke krav en skal stille til lekeplassutstyr. Skal vi ta andre hensyn enn sikkerhetshensyn ved våre tilsyn?

– Ja, i likhet med politikerne skal vi ta økonomiske hensyn i henhold til *forskrift om miljørettet helsevern* §6 (tilsyn og virkemidler), skal vi sørge for at det er forholdsmessighet mellom de plikter vi pålegger en tiltakshaver og hva som vil oppnås med et pålegg for at vedtaket skal være gyldig. Med andre ord: I vårt arbeid med tilsyn må vi også skjele til kostnaden ved tiltak vi pålegger tilsynsobjektet og nytteeffekten av dem. Kostnad er jo ikke nødvendigvis synonymt med kroner og øre. Kanskje har vi i likhet med politikerne lov til å ta andre hensyn enn de økonomiske og sikkerhetsmessige?

For å vurdere de økonomiske kostnadene ved ulike tiltak, har en flere mulige virkemidler. Kjartan Sælensminde ved Divisjon for helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet har sagt: «En variant av kostnad-effektanalyse er «cost-utility-analysis». Her måles helseeffekten med såkalte kvalitetsjusterte leveår (quality adjusted life years, QALYs). Fordelen med en slik analyse er at en får kombinert effekten på levetid og livskvalitet i ett mål» (4).

Et livsløp utgjør 80 QALYs. Sykdom, skader og død som påvirker livsforløpet går til fratrekk i QALYs. Verdien av en QALY er omdiskutert, men det er vanlig å regne med et sted mellom 350 000 og 1,2 millioner kroner. Beste anslag er 500 000–700 000 kroner. Denne typen regnestykke ble bl.a. brukt i Lønning II-rapporten om prioriteringer i norsk helsevesen.

En annen variant av «cost-utility-analysis» er DALY (disability adjusted living years, eller livskvalitetsjusterte leveår) som anvendes av bl.a. professor Per-Olof Østergren i Lund.

TABELL 3. Tilsynsplan for miljørettet helsevern. KILDE: WWW.HMTS.NO/HELSE- OG MILJOTILSYN SALTEN IKS

TILSYNSKLASSE	KRITERIE FOR HELSERISIKO	TILSYNSFREKVENNS	FAGOMRÅDE OG VIRKSOMHETER. ELLER DELER AV VIRKSOMHETER
1	Høy	Hvert år	• Kjøletårn, luftscrubber, boblebad, befuktning, anlegg, innendørs fontener (legionella)
2	Betydelig	Hvert 2. år	• Sykehjem sykehus, institusjoner, ReHab og lignende (legionella)
3	Moderat	Hvert 3. år	• Skoler, barnehager, campingplasser (miljørettet helsevern og legionella) • Badeanlegg, badstuer (bassengforskrift) • Piercing, tattoo, hulltaking (hygiene) • Solarier (hygiene og stråling)
4	Lav	Kampanjer etter behov eller ved klager	• Hoteller, bilvaskehall, m.m. (legionella) • Hudpleie, frisør, etc (hygienekrav-forskrift) • Hoteller, restaurant, forsamlingslokaler, idrettshaller (miljørettet helsevern generelt) • Badestrender (vannprøve)



Det er et paradoks at vi bøtelegger bilførere for å kjøre uten bilbelte, selv i 30 km/t sone, mens vi tillater at folk står én meter fra frontruta på en buss med inntil 39 passasjerer bak seg i 80 km/t, påpeker artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: TYLER OLSON

Hvor adekvat er dette for oss?

Jeg skal gi et eksempel på et problem jeg nylig ble presentert for: I forbindelse med ombygging av en ungdomsskole i Trondheim, ble det vedtatt å gi ungdommene skoletilbud i en brakkeskole et annet sted i byen. Ungdommene ble tilbudt skolebusstransport for de fire til fem kilometerne mellom den gamle og den nye skolen. Etter kort tid kom det en bekymringsmelding til skolekontoret. Noen foreldre stilte spørsmål ved sikkerheten til elevene under transporten. Kommunen hadde vedtatt at en ikke skulle tilby sitteplass til samtlige elever i bussene, men at en skulle ha en kapasitet som tilsa at maksimalt ti elever hadde ståplass i hver buss. Vegdirektoratet tillater inntil 40 stående passasjerer i rutebuss av denne kategorien innenfor bygrensene. Foreldrene henviste til *forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.* som pålegger skolen å sikre barna et trygt miljø både inne og ute. Dermed havnet saken på miljøenhetens bord.

Vi undersøkte hvordan dette var løst utover i landet, og fant at det var ulike modeller. Lovverket ga ingen holdepunkter for å pålegge fylkene å tilby sitteplass til alle elevene, men slo fast at det var opp til det enkelte fylket. Busser i klasse to og tre har påbud om sikkerhetsbelter. Imidlertid var det ikke noe krav om at fylkene skulle benytte busser i klasse to eller tre. Klasse fire, som benyttes mest i byer og tettsteder, har ingen krav om belter. Elevene hadde med andre ord verken krav på sitteplass eller sikkerhetsbelte, om de var så heldige å få sitte.

Klageren henviste til rapporten *SINTEF A6236 – Åpen. Sikkerhet knyttet til skolebarntransport i buss*, laget på oppdrag fra Samferdselsdepartementet i 2008. Av rapporten fremgår blant annet at

- 14 prosent av elevene som har rett til skole-skyss, blir skadet på bussen årlig
- Skaderisikoen for stående passasjer er seks til sju ganger høyere enn for sittende

Til tross for disse tallene konkluderer rapporten med at nytten ved å gi alle elever tilbud om sitteplass ikke står i forhold til kostnadene forbundet med det. Det vil koste 76 000 kroner å forebygge en skade som er verdsatt til kr 41 000. Hva valgte vi å gjøre?

Bussene skulle bevege seg stort sett i en trasé med 50 km/t fartsbegrensning, men med en kortere strekning på 60 km/t. Det fulgte med voksne og lærere på hver transport. Av- og påstigning ble underlagt streng kontroll. De samme ungdommene tar formodentlig ordinær rutebuss når de skal til sentrum på fritida, og der foregår transporten i opptil 80 km/t på store deler av strekningen. Disse bussene tillater opptil 40 stående passasjerer. Departementet vedtok etter grundige vurderinger at denne risikoen skal vi som samfunn akseptere.

Vår konklusjon ble at vi ikke kunne påvise at sikkerheten til elevene ved skolebusstransporten var så dårlig at det kom i konflikt med forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. I ettertid har jeg ingen god følelse. Jeg synes det er et kjempeparadoks at vi bøtelegger bilførere med kr 1500 for å kjøre uten bilbelte, selv i 30 km/t-sone, mens vi tillater at folk står en meter fra frontruta på en buss med inntil 39 passasjerer bak seg i 80 km/t! Ikke minst i perspektivet av 0-visjonen til Samferdselsdepartementet. Det er derfor med glede jeg registrerer at det nylig ble vedtatt en innstilling til lovendring som gir muligheter for å påby fylkeskommunene å sikre barna i skolebussene. Selve pålegget om

sitteplass og setebelte vil komme i en egen forskrift med det første.

Denne historien illustrerer nok et problemområde: Hvor stort sprik kan vi tillate oss å ha mellom våre risikovurderinger og departementenes risikovurderinger?

Tilsynsplan for miljørettet helsevern

En tiltaksplan kan se ut som den man har laget i Salten, der man tilsynelatende har gjort det enkelt. Planen er klassisk inndelt i tilsynsklasser, risikovurdering, tilsynsfrekvens og tilsynsobjekt. Alle tilsynsobjekter er plassert inn i tabell 3. Og kanskje er det nok? Jeg vet ikke hvilke vurderinger som ligger bak alle valg som er gjort. Kanskje har man vært gjennom vurderinger av den typen jeg har redegjort for over.

Den andre ytterligheten er tilsynsplanen man laget i Bergen i 2001 (5), som har tjent som mal for arbeidet vi har gjort i Trondheim (6). Fløysand og Tveit har gitt en faglig dokumentert begrunnelse for sine valg. Vi har stort sett kunnet slutte oss til disse valgene, med noen små justeringer som er foretatt ut fra lokale forekomster og egne erfaringer.

REFERANSER

1. Braut GS, Njå O. Utposten nr. 1, 2002: Risikovurderinger i samfunnsmedisinsk arbeid.
2. Skårderud F. Uro, Oslo: Aschehoug 1998
3. Fugelli P. 0-visjonen. Oslo: Universitetsforlaget 2003. Essays om helse og frihet
4. Sælensminde K, foredrag under Nasjonal konferanse om folkehelse i kommuneplan, Molde 2008
5. Tilsynsplan for miljørettet helsevern, Bergen.
6. Tilsynsplan for miljørettet helsevern, Trondheim.

 guttorm.eilertsen@trondheim.kommune.no

Samhandling mellom DPS

Hva kan pasientene lære oss?

■ ASTRID EMHJELLEN *spesialist i allmennmedisin og fastlege i Skien, praksiskonsulent psykiatrisk klinikk, Sykehuset i Telemark*

■ BJØRNAR NYEN *kommuneoverlege i Porsgrunn, spesialist i allmennmedisin og tidligere konsulent i Kunnskapsenteret*

I forbindelse med et prosjekt med fokus på forbedret samhandling mellom fastleger og DPS, ønsket vi å finne ut hva pasientene selv mente om temaet, og om de så klare forbedringsområder og suksessfaktorer. Pasientene var opptatt av god personlig kommunikasjon med behandlerne, bedre og mer kommunikasjon mellom behandlere og behandlingsnivåer, og oppsøkende behandling.

Samhandling er her tenkt som alt av samarbeid og kommunikasjon mellom pasientenes hjelpere på alle nivåer. God samhandling er oppnådd når dette fungerer slik at kommunikasjon og tiltak sikrer en helhetlig pasientbehandling på tvers av nivåene og enheter.

Som fastlege og praksiskonsulent opplever jeg ofte at kommunikasjonen mellom fastleger og DPS er mangelfull og hindrer helhetlig tilnærming til pasientens problemer.

Vi opplever ofte at den bilaterale kommunikasjonen er tilfeldig og mer avhengig av person enn av rutiner og systemer. Vi ønsket å undersøke om pasientene opplevde det på samme måte.

HYPOTESE: Pasientene opplever at mangelfull kommunikasjonen mellom DPS og fastleger hindrer helhetlige behandlingsløp og dette skaper utrygghet og frustrasjoner for dem.

Hva mener pasientene?

Ideen var at fastleger og DPS ansatte kan ha sterke meninger om hva som er viktige forbedringsområder med hensyn på samhandling, men er det sikkert at dette er de samme områdene som pasientene ser som betydningsfulle? Er det andre ting de er opptatt av som det er viktig å få frem?

Prosjektleder ønsket å lære mer om hvor-

dan pasienten opplever samhandlingen mellom fastleger og distriktpsykiatriske sentra (DPS) og hvordan denne samhandlingen kan bli bedre. Vi ønsket at det som kommer frem kan hjelpe fastleger, praksiskonsulenter og ansatte på DPS i deres arbeid med dette. Artikkelen er skrevet hovedsakelig for denne målgruppen.

Slik gjorde vi det

Ledere ved to DPS deltok i rekruttering av 14 informanter fra enheter for gruppeterapi. Disse ble fordelt på to intervju med seks informanter fra ambulant team ved ett DPS.

De siste ble intervjuet for å få frem flere erfaringer med gjentatte overganger mellom fastlege og DPS, og erfaringer med bruk av kommunale tjenester da dette manglet i de første gruppene.

Ved de to enhetene for gruppeterapi ble alle pasienter spurt og henholdsvis 11 av 14 og tre av 16 valgte å delta. Ved ambulant team ble pasienter forespurt ut fra interesse og evne til deltagelse og seks møtte opp.

Hovedintervjuer var lokal leder av pårørendeorganisasjonen Landsforeningen for pårørende til pasienter med psykiske lidelser (LPP). Medintervjuer var undertegnede førsteforfatter som i det daglige er fastlege og praksiskonsulent ved psykiatrisk klinikk/DPS.

Intervjuene ble gjennomgått for å få et helhetsinntrykk og for å hente ut viktige hovedpoeng.

Hovedpoengene i det som kom frem ble identifisert og gruppert og direkte sitater fra pasientene ble valgt ut til å understreke og personliggjøre poengene.

1 Samhandling starter med god personlig kommunikasjon

Å finne ut hva som feiler meg og tiden det tok å få hjelp til dette.

Nesten alle pasientene hadde erfaringer med at psykiske plager oppdages sent og at tilstrekkelig behandling og hjelp kommer i gang for sent.

De mener at psykiske plager langsomt erkjennes av pasientene selv, og at det også er vanskelig og en klar ambivalens til å ta kontakt med hjelpeapparat. De mener også at fastlegene er sene med oppdage alvorret av

plagene de har og at de også er sene med tiltak og behandling, spesielt i forhold til viderehenvisning. De er klare på at både pasientforsinkelsen og legeforsinkelsen kan forkortes ved at fastlegene er modigere til å stille åpne spørsmål og skape refleksjon sammen med pasientene om symptomer og behandling.

«Noen ganger kommer man til legen uten at det er noe spesielt, og da kunne jo legen spørre litt direkte om pasienten egentlig er deprimert. Fysiske plager kan egentlig være pga psykiske plager.»

Henvvisning til rett instans og riktig tid

Mange av pasientene gir uttrykk for en usikkerhet om fastlegene kan nok om psykiatri og om de er oppdatert på behandlingsalternativer. De er også usikre på om det er fastlegene de skal gå til med problemene sine. Flere har erfaringer med at det tok for lang tid å bli henvist til andrelinjetjenesten og de opplever disse forsinkelsene som vanskelige. En del måtte ha hjelp via familie eller andre hjelpere i kommunen for å få fastlegen til å henvise.

«Det som går igjen her er at det tar veldig lang tid hos fastlegen, men når man først kommer inn her så går det mye greiere. Men den tida i forkant hvor man er veldig deprimert og suicidal, så burde en lege se og forstå de signalene.»

Engasjement, involvering og ansvar. Nok tid i konsultasjonene

I intervjuene var pasientene opptatt av tilgjengelighet, ventetid, kontinuitet og mest av alt nok tid, engasjement og involvering hos behandlerne sine. Dette var like viktig for dem som samhandlingen i seg selv.

Pasientene vektla sterkt behovet for nok tid. De ønsket øyekontakt, uforstyrrede samtaler og gode rammer for konsultasjonene for at de skal bli trygge nok til å åpne seg og fortelle om plagene sine. De vektlegger betydningen av en engasjert fastlege som viser at han bryr seg. Mange har gode erfaringer med dobbelttimer, men de mener dette er for lite kjent blant pasientene.

DPS og fastlegene

Det er ikke så lett når man skal til legen og kommer inn etter en times ventetid, da vet man at legen er forsinket og drøyer til neste gang med å ta opp ting. Jeg lar være å ta opp ting fordi jeg vet at han har dårlig tid.

Tilgjengelighet til helperne en forutsetning for samhandling

Flere av pasientene syntes det var vanskelig å komme gjennom til fastlegen sin på telefonen. Det var viktig for dem at de kunne være sikre på at fastlegen ville ringe tilbake når de først hadde kommet igjennom med en beskjed. Noen hadde kontakt med terapeuten sin via mobil og SMS og hadde stor glede av dette. De så nytten av å kunne bruke moderne hjelpemidler som sms, mobil og e-post i kontakt med sine behandlere. Noen beskriver det som nødvendig å oppsøke legevakt fordi det kan være vanskelig å komme i kontakt med fastlegen eller fordi problemene oppstod på en tid av døgnet hvor fastlege og andre hjelpere ikke er tilgjengelig.

«... bare det at lege NN vet at jeg har ringt og prøvd å få tak i henne. Jeg regner ikke med at jeg skal komme rett inn på legens kontor, men som regel så får jeg beskjeden videre. Når NN ringer opp igjen så er det greit, men det er de gangene jeg ikke kommer gjennom, den er litt håpløs.»

«De fleste har telefontid midt på dagen eller på slutten av dagen, så det hadde vært supert om man kunne sende en sms til legekontoret! Eller lese inn på svarer.»

Viktigheten av å ha en god fastlege

Pasientene legger vekt på å ha en fastlege som kjenner dem over tid og som viser interesse for hvordan det går med dem. De vektlegger også betydningen av å ha kontakt med fastlegen samtidig som de går i behandling ved DPS.

De beskriver også frustrasjonene og vanskelighetene de får når de opplever dårlig kommunikasjon med fastlegen. De beskriver

usikkerheten rundt valget om de skal bytte til annen fastlege hvor kontakten kanskje ikke blir bedre.

«Jeg fikk søkt og fikk han som fastlege, og han var veldig, veldig flink til å følge opp. Etter det hadde jeg time hos terapeut på DPS en gang i uka og så hadde jeg time hos fastlege annenhver uke. Så jeg følte jeg fikk veldig, veldig god oppfølging.»

Kontinuitet, lang nok behandlingstid og brukermedvirkning

Pasientene med langvarige lidelser fremhever viktigheten av lang nok behandling og kontakt mot andrelinjen. De fremhever hvor viktig dette er for at de skal få tid nok til å bli bedre og bedre mestre egne problemer. Det var viktig for dem å ha samme behandleren, og at behandlere og fastleger har tålmodighet med dem og hjelper dem også i dårlige faser og kriser.

«Jeg hadde ikke kommet så langt som jeg har kommet i dag hvis jeg ikke hadde møtt den tålmodigheten og forståelsen som jeg føler at jeg har blitt møtt med både her og hos fastlegen min.»

«Det er også kjempeviktig at behandlere har tålmodighet nok til å takle forverringer og dårlige perioder hos oss som er syke.»

2 Samhandling krever bedre og økt kommunikasjon på organisasjonsnivå:

Mer og løpende kommunikasjon med alle moderne hjelpemidler?

Pasientene sa klart ifra om behovet for økt kommunikasjon mellom nivåene, og når denne kommunikasjonen opplevdes nyttig for dem.

De ønsker større grad av direkte telefonkontakt mellom egne behandlere og ønsker at det blir sendt flere notater fra DPS til fastlegene. De opplever trygghet ved at fastlegen får slik informasjon og ved at fastlegen viser at han følger med når de kan snakke om innholdet i denne informasjonen.



Problemer med taushetsplikten eller med informasjonsutveksling om egen helse ble ikke tatt opp av noen av pasientene i intervjuene. Tvert imot så de det som veldig viktig at fastlegen var oppdatert på hva som skjedde med dem og behandlingen deres ved DPS. Her inkluderte de også muligheten av å bruke e-post kommunikasjon. De fremhever viktigheten av rask kommunikasjon rundt medisinsendringer ved utskrivelse og hvordan svikt på dette punktet ofte fører til feil som de må ordne opp i selv.

«Jeg mener også at det er viktig at de har en viss kontakt, den kan jo også gjøre sånn at du slipper å oppdatere legen din så veldig når du kommer der.

De på DPS må ta litt ansvar for dette, det er jo de som ser endringene som skjer nå.

Det er de som har ansvaret for meg nå. De må også kunne ta initiativ til å ringe til legen for å fortelle hvis noe skjer. Det er jo greit hvis legen er litt interessert også, eventuelt tar kontakt selv for å spørre hvordan det går hvis det er lenge siden han har hatt noe kontakt.»

Møter og overføringsmøter med alle behandlere

Pasientene fremhevet nytten av fellesmøter. Flere nevner at de synes en slik kontakt burde

holdes to ganger i løpet av behandlingen ved DPS, ved midtvaluering og ved avslutning.

Spesielt er avslutningsmøter viktig fordi det sikrer god overføring til fastlegen/kommunen og demper utryggheten de ofte føler rundt videre oppfølging og tiltak.

«Derfor tenker jeg at det med fellessamtaler kunne være et greit alternativ, for da kunne man få fastsatt hvordan det var for den enkelte. For eksempel når en er ferdig med behandling her, så har man et fellesmøte. Da hadde legen din blitt informert om hvordan situasjonen din var nå og hvordan du ville ha det videre. Da kunne du sagt at du ikke trengte noe mer kontakt, men føle at legen din er oppdatert. Og hvis du følte at du trengte mer oppfølging så hadde du hatt mulighet til å si det.»

Ansvarsgrupper viktig for kompetanseoverføring og kjennskap

Noen av pasientene hadde langvarig lidelse og flere hjelpere. De uttrykte stor nytte av ansvarsgruppene på grunn av kommunikasjonen og tiltakene som ble bestemt der. Men flere syntes også at det å møte i ansvarsgruppene kunne være vanskelig i dårlige faser.

De fremhevet betydning av at behandlerne her fikk snakket sammen.

«Jeg synes det er veldig viktig at fastlegen og psykiateren samarbeider, sånn at alle leddene er oppdatert. Før så hadde jeg mye ansvarsgruppemøter og da synes jeg det var greit når alle parter var med. Da slipper man å forklare alt sammen fra begynnelsen hver gang en skal snakke med de forskjellige.»

Kriseplan viktigere enn IP

En del av pasientene hadde individuell plan. Dette oppfattet de imidlertid som et litt perifert dokument. De hadde derimot stor nytte av kriseplanen sin og syntes dette var til hjelp i dårlige faser både for dem selv og deres hjelpere.

«Koordinatoren min har jobbet litt med den individuelle planen.

Da har jeg følt at jeg har fått sagt det som er viktig. Men det som har vært viktigst har vært kriseplanen. Det er den viktigste av alle redskapene synes jeg: Når ting blir såpass dårlig at vi har en plan på hva vi gjør hvis det er sånn eller sånn? Forskjellige stadier i hvor dårlig jeg er, medisinerer ut fra det. Det synes jeg har vært veldig flott, helt fantastisk.»

3 Samhandling som utvidet involvering: Oppsøkende behandling

Hvilke signaler gir pasientene når de ikke møter opp til eller uteblir fra timer?

Flere av pasientene beskriver vanskelighetene med å holde avtaler og møte til behandling i dårlige faser. De beskriver at de ikke møter når de har mest plager og trenger det mest. De uttrykker nytten av å få en telefon for en oppmuntring eller en ny avtale. Noen ser også at de i slike faser vil ha nytten av et hjemmebesøk eller kontakt fra hjemmetjenestene i kommunen.

«Jeg føler at jeg kunne sagt ifra til legen min: Hvis jeg ikke møter opp til timen, så vil jeg gjerne at legen ringer for å høre hva som skjer, etterlyse meg.»

Koordinator og hjemmesykepleien som en viktig støtte i hverdagen

Noen av pasientene hadde kontakt med hjemmetjenesten og hadde glede av dette fordi dette er en døgnbasert tjeneste og oppsøkende tjenestene med bedre tilgjengelighet.

God samhandling gir bedre pasientbehandling.



Mange hadde stor glede av sin koordinator og kontakten med denne.

«Det som jeg synes har vært viktig i det siste er at jeg har fått mye bedre kontakt med hjemmesykepleien, det hadde jeg ikke før.

De er der bestandig og de er veldig fantastiske mennesker. De bryr seg oppriktig og kan følge til legevakta hvis det skulle skjære seg, de kommer innom deg på natta hvis du ligger der og ikke får sove. Oppfølginga som jeg får fra hjemmesykepleien er veldig viktig!

Før så var jeg veldig sånn at jeg skulle ikke ha noe med noen å gjøre, men nå slipper jeg nye personer inn i livet mitt og da er det lettere å få den hjelpa jeg trenger også.»

Behov for oppsøkende behandling

Flere beskriver at de trenger mer hjelp enn det som er vanlig å gi.

Spesielt beskriver de funksjonsfallet etter endt behandling i andrelinjen når de kommer hjem. De beskriver behovet for dag og aktiviseringsstilbud for å unngå ensomhet og isolasjon. Noen sier også at de trenger litt hjelp for å bruke slike tiltak

«Når noen som har vært innlagt blir skrevet ut så har de ofte ikke noe å gå til.

Da går det ikke lange tida så blir de dårlige og blir innlagt på ny.

De sitter bare hjemme. Der er det mye som burde vært annerledes.

Et apparat som fanger opp de som ikke har noe jobb å gå til, og ikke tør å oppsøke venner.

Første gang jeg ble dårlig så følte jeg at jeg ble helt annerledes i forhold til mitt gamle nettverk. Jeg var redd jeg skulle møte noen og måtte fortelle dem om sykdommen, jeg synes det var en skam. Jeg ble kjempeensom på veldig kort tid.

Det skulle vært flere tilbud til de som er ferdig med behandling, men som søker litt trygge omgivelser. Det finnes ikke så mange åpne dører når du har vært inne til behandling og står der alene igjen.»

En pasient oppsummerer behovet for samhandling slik:

«Jeg synes det er veldig viktig å opprettholde kontakten med de utenfor, for man skal jo hjem en gang. Det har vært



veldig fint med hjemmesykepleien og ambulant team, de har tatt kontakt med meg selv om jeg har vært innlagt. De har kommet på besøk og snakket med meg. Sammen har vi forberedt hva som skal skje når jeg kommer hjem. Om jeg kan oppsummere hva som er viktigst for bedre samhandling? Det er jo litt vanskelig da, men jeg tror det er viktigst med mer kommunikasjon. At de ringer hverandre mer og at de informerer hverandre mer om hva som skjer hos dem!»

Diskusjon

Pasientene fremhever at en god kontakt med og oppfølging av fastlegen er essensiell. Imidlertid beskriver de denne relasjonen som sårbar blant annet på grunn av rammene for kontakten. NSAM ga for ca ti år siden ut noen handlingsregler for allmennpraksis og en av dem var: «Gi mest til de som trenger det mest».

Pasientene beskriver i intervjuene at de på mange måter trenger denne ekstra oppfølgingen pga sine psykiske plager. Dette er jo kjent for allmennleger, men kanskje oppdager vi ikke behovet hos dem som faktisk trenger det? Kanskje setter vi ikke opp nok dobbeltimer?

Å bruke mer tid på pasienter med psykiske lidelser og sammensatte plager krever en god administrering av egen liste og det vil lett kreve at andre pasienter må nedprioriteres med sjeldnere kontroller? Kanskje vil det kreve noen færre pasienter per behandlingsdag og eventuelt også færre på egen liste? Samhandlingsreformen og endringer hos NAV ser ut til å kreve flere møter med fravær fra praksis. Det er rimelig å tenke at dette vil ha konsekvenser for slike ting som listestørrelse og sentrale økonomiske avtaler for fastlegene.

Pasient og legeforsinkelsen som pasientene beskriver i intervjuene kan forkortes ved at fastleger kan nok om psykiske lidelser til å

kunne stille de riktige spørsmålene for en tentativ diagnose. Dette kan vi lære under grunn-, etter- og sideutdanning, men jeg mener at den viktigste læringen og kompetanseoverføringen mellom behandlingsnivåene faktisk skjer ved felles behandlingsmøter rundt pasientene. Dessuten ønsker pasientene slike møter mellom egne behandlere. Dette er samhandling i praksis og økt samhandling i seg selv gir både forståelse mellom nivåene og bedre behandling av pasienten.

Kanskje er dette også et argument for at seks måneder med sideutdanning i psykiatri burde være obligatorisk for spesialiteten i allmennmedisin?

Flere fellesmøter og felleskonsultasjoner for denne pasientgruppen bør i praksis være mulig for behandlere på alle nivåer. Dette krever imidlertid tidlig planlegging med hensyn på tidspunkt og sted og nytenkning omkring hva som er egne arbeidsoppgaver og prioriteringer både for fastlege og DPS/BUP ansatte. Undertegnede tenker at det heller ikke må være en selvfølge at det er allmennlegen som skal flytte på seg. Økt kommunikasjon via telefon og via sikret og anonymisert e-post bør også kunne brukes i større grad. Ved mange helseforetak jobber allerede praksiskonsulenter med å lage lister over telefoner og hotline-nummer og noen steder også e-postlister for å lette slik kommunikasjon. Dette arbeidet understøttes av pasientenes ønske om bedret kommunikasjon mellom behandlingsnivåene. Større bruk av slike hjelpemidler rundt pasientbehandling vil tvinge seg frem over tid og at dette vil kreve sentrale retningslinjer for å sikre personvernet.

Pasientene sier klart ifra om at de har svingende funksjonsevne og at de innimellom har vansker med å ivareta seg selv og perioder med dårlig sykdomsinnsikt og ambivalens til hjelpeapparatet. De sier det er i slike perioder de trenger mer av hjelperne sine.

Det de sier bør kanskje endre fastlegers og DPS sitt syn på etablert praksis rundt «ikke-møtt» og «drop-out» avtaler. Her har det vært mye grensesetting og avslutning av behandling i slike saker. Krever ikke nettopp

slike signaler økt kommunikasjon og mer samhandling mellom DPS og fastlegene og førstelinjen ellers? Kanskje det også krever en tilnærming mot pasientens nettverk og pårørende for å sikre oppmøte og compliance uten at taushetsplikten brytes? Samtidig reiser dette et dilemma i forhold til hvordan man samtidig støtter opp om egen mestring og egenomsorg hos pasientene.

Flere pasienter uttrykte usikkerhet omkring organiseringen av helsesystemet og en pasient etterlyste dette som en del av undervisningen i skolen. Er dette i dag en del av samfunnsfag og helsefag i ungdomskole og videregående skole, eller et det en glemt del av undervisningen? Vi vet at ungdom helst søker gratis helsehjelp som skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Antagelig bør slik informasjon være viktig her og mulighetene ved samhandlingen mellom disse kommunale tjenestene, fastleger og DPS utnyttes bedre for tidlig intervensjon og forebyggende tiltak for unge med psykiske lidelser.

Det kom fram forventninger hos pasientene om best mulig behandling på alle nivå og høy tilgjengelighet til andrelinjen. Det er rimelig å anta at de ikke er opptatt av og har full forståelse for begrensende faktorer som fastlegenes portåpner-funksjon og lavest effektive og riktige omsorgsnivå. De kjenner heller ikke til spesialisthelsetjenestens prioriteringsveiledere og manglende mulighet til å ivareta alle med psykiske plager. Her er det åpenbart et stort informasjonsbehov overfor befolkningen som har en økt bevissthet og krav om best mulig behandling for seg og sine. Hvem skal si noe om begrensningene i dette og om hva som er godt nok? Undertegnede stiller spørsmål ved om dette ensidig er fastlegenes ansvar da det er krevende i en travelt hverdag å skulle informere om begrensninger i forhold til utredninger og behandlinger og helseøkonomi samtidig som man skal gi tillit, behandling og forståelse. Her har ledelsen ved helsemyndigheter og lokale DPS/BUP også en jobb å gjøre ovenfor publikum og gjerne i kombinasjon med annen helse og behandlingsinformasjon.

Det er mye å lære av pasientinformasjon i disse intervjuene.

Vi tenker spesielt at deres ønske om åpen refleksjon må gjøre oss fastleger modigere i å stille de vanskelige spørsmålene for at både pasienten og legen kan få økt forståelse av og innsikt i pasientens plager. Vi må også kunne informere pasientene om begrensninger i forhold til hva vi alene kan greie. Det er her samhandlingen kommer til sin rett fordi både vi fastleger og DPS kan være maktesløse! Sammen står vi sterkere i å gi støtte og lete etter løsninger på problemene. Det er erfaringsvis mye lettere å komme frem til riktige tiltak

i kompliserte pasientproblemer ved et planlagt og rolig møte sammen med andre hjelpere enn alene på et kontor med begrenset tid og med delvis innsikt i helheten. Dagens inndeling av helsenivåene legger dessverre ikke til rette for slik smidighet, men kanskje kan ildsjeler, samhandlingsreformen, praksiskonsulentordningen, økonomiske rammer og takstendringer over tid endre kulturene i både første og andrelinjen til beste for pasientene.

Konklusjon

Samhandling krever god personlig kommunikasjon:

- Tid nok og gode rammer for konsultasjonene.
- Behandlere som kjenner deg og problemene dine over tid.
- Felles refleksjon hos fastlegene omkring plager som kan være psykisk betinget for å sikre tidlig erkjennelse og diagnostisering
- Felles refleksjon omkring plagene og behandlingsoalternativene som finnes
- Lang nok behandlingstid ved DPS/BUP
- God tilgjengelighet og en fleksibel kontakt og kommunikasjon mellom pasient og hjelpere og gjerne med moderne hjelpemidler
- Pasient- og pårørende-medvirkning i behandlingen

Samhandling krever bedre og økt kommunikasjon på organisasjonsnivå:

- Henvisning/viderehenvisning uten unødvendige forsinkelser
- God skriftlig dokumentasjon som sikrer gode overføringer og oppfølging videre
- Større grad av skriftlig kommunikasjon mellom behandlere
- Større grad av telefonkommunikasjon mellom behandlere
- Møter med alle ved avslutning ved DPS/BUP og ellers ved behov
- Alle må delta på ansvarsgruppemøter for kompetanseoverføring
- Innsyn i egne dokumenter

Samhandling som utvidet involvering: Oppsøkende behandling

- Drop-out og ikke møtt er et signal fra pasienten om behovet for annen type oppfølging
- Kriserplaner med tydelige kommunikasjonslinjer og kontaktpersoner
- Behovet for en jobb eller dag-aktiviseringsstilbud og eventuelt hjelp til å møte her
- Hjemmetjenester og ansvarsgruppemøter er nødvendig for noen

astrid.emhjellen@gmail.com

bjnyen@gmail.com

ADHD-de

I Utposten nr 1/2012 kritiserer Charlotte Lunde artikkelen «ADHD-debatt på villspor» i Utposten nr 7/2011. Innledningsvis skriver Lunde: «En debatt som tar for seg faglige og problematiske sider ved økende bruk av medisiner i barne- og ungdomspsykiatrien, er ingen debatt på villspor. Det er en debatt som bør pågå hele tiden.» Vi er helt enige i at dette er en viktig debatt som bør pågå kontinuerlig. Vi mener imidlertid at denne debatten er så viktig og komplisert at den må være ryddig og med en saklig retorikk. Det er fordi argumentasjonen i Lundes essay ikke lever opp til dette, vi mener at Lunde er med å føre ADHD-debatten på villspor. I et forsøk på å ikke være like uryddige som vi anklager Lunde for å være, vil vi i det følgende forsøke å begrunne hvorfor vi mener Lundes innlegg kommer til kort.

Også i kommentaren i Utposten fremstår Lunde uryddig retorisk, og viser dette allerede i første avsnitt. Når Lunde ut fra forutsetningen om at debatten bør pågå hele tiden, trekker konklusjonen at debatten derfor ikke kan være på villspor, begår hun det som i logikken kalles en tankefeil (fallacy). Det at en debatt omhandler et viktig tema medfører på ingen måte at den ikke kan være på villspor. Det er lett å konstruere eksempler som illustrerer dette poenget.

I sitt «essay om barnedoping» skriver Lunde blant annet: «Ti prosent av alle amerikanere over seks år får nå antidepressiva. Antipsykotiske legemidler har slått ut kolesterolsenkende medisiner som landets bestselgende medisiner.» Bruken av analogiargumenter trenger i seg selv ikke være så problematisk, men i dette tilfellet blir de relevante likhetene mellom amerikansk legemiddelforskrivning og medisinerings av hyperkinetisk forstyrrelse i Norge, så begrenset at argumentet i beste fall mister sin verdi. Når trenden i forhold til bruk av antipsykotika vs kolesterolsenkende medisiner i tillegg er helt annerledes i Norge enn i USA, fremstår Lundes sammenkobling som tendensiøs.¹

Et annet ankepunkt i forhold til Lundes argumentasjon, er den måten hun appellerer til autoriteter for å styrke sine poeng. Lunde viser i essayet flere ganger til at

¹ I følge norsk reseptregister har antall brukere av kolesterolsenkende medisiner økt fra 306 129 til 478 278 fra 2004 til 2010, mens bruken av antipsykotika i samme periode har vært stabil (104 585 til 104 040).

Debatt på retorisk vilsspo

«noen mener». Hva «noen mener» er vanskelig å tillegge noen som helst vekt, i og med at det bør være en enkel sak å finne støtte for nærmest et hvert synspunkt i hva «noen mener». I Utposten nr 1 viser Lunde også til sitt eget essay for å belegge at «det vitenskapsteoretiske ved diagnosen er svakt». Lunde har imidlertid verken har bevist eller sannsynliggjort denne påstanden i det nevnte essayet. På bakgrunn av referansene Lunde viser til, trekker hun gjentatte ganger konklusjoner hun ikke har grunnlag for. En ting er at hun mener at tall fra reseptregisteret dokumenterer forskjeller i forekomst av ADHD. Et eksempel på en mer alvorlig feil er når hun forsøker å argumentere for en mangelfull kvalitet på utredningen ved å vise til at forekomsten av ADHD varierer ut fra hvilke tester som blir brukt. At valg av tester påvirker forekomsten av nesten hvilken som helst diagnose er åpenbart, og gjelder på ingen måte bare diagnoser innenfor psykiatrien. Dette poenget illustreres tydelig i Dan Altars leder i Tidsskrift for Den norske legeforening nr 3/2012: «Hvordan diagnostisere hjerteinfarkt i 2012?»²

«Hvordan ADHD skal håndteres er altså avhengig av blikket som ser», skriver Lunde i essayet. I artikkelen «Classification of distal radius fractures in children: good inter- and intraobserver reliability, which improves with clinical experience» viser Randsborg og Sivertsen at selv med en og samme bruddklassifikasjon så er det kun middels til bra reliabilitet i klassifiseringen av radiusfrakturer leger i mellom. For mer kompliserte brudd er reliabiliteten dårligere, og forskjellen i klassifiseringen av bruddene gir seg utslag i ulike valg av behandling.³ At håndteringen av en tilstand er avhengig av «blikket som ser» er ikke unikt for psykiatrien og burde heller ikke være noe oppsiktsvekkende. Mer oppsiktsvekkende er det å forfekte en vitenskapsfilosofi der man tror på absolutte størrelser, uavhengige av paradigmer og observatør.

I de fleste medisinske miljøer er det anerkjent at det finnes en gruppe barn med særlige vansker innenfor eksekutiv og motivasjonell fungering, og der det kliniske bildet er preget av disinhibert atferd, konsentrasjonsvansker og impulsivitet. Noen av disse barna oppfyller kriteriene til diagnosen ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Dette syndromet har bety-

delig samsykelighet med andre, sannsynligvis beslektede, tilstander, og forståelsen av disse psykiatriske tilstandene som et spektrum snarere enn strengt adskilte fenomener, er økende. Dette tyder på at oppfatningen av ADHD som en ren eksklusjonsdiagnose er misforstått.

I sitt innlegg i Utposten skriver Lunde: «Hovda, Johnsen Wangenstein og Alexandersen hevder i sin kommentar at det er misforstått å stille spørsmål ved om kvaliteten av utredning, behandling og oppfølging av ADHD-pasienter i Norge i dag er god nok.» Hvor Lunde tar dette fra, er vanskelig å forstå. Tvert i mot er vi tydelige på at vi ønsker videre forskning, og en bred samfunnsdebatt også når det gjelder ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Det er også i forhold til denne debatten vi berømmer Lunde for at hun tar opp en rekke viktige aspekter som legger opp til en bredere samfunnsdebatt.

Lunde mener at undertegnede ufnit insinuerer at hun harseler eller underkjenner de problemene ADHD-pasienter sliter med. Det var aldri meningen å insinuere dette, men derimot å informere om at slik er det noen opplever Lundes essay. Når Lunde skriver at hun er overrasket over at teksten hennes kan tolkes dit hen at den mistenkeliggjør pårørende og pasienter med diagnosen, kan dette tyde på at Lunde ikke forstår hvor sammensatt og sårbart terrenget det er hun befinner seg i. Lunde stiller i essayet spørsmål ved om det er på grunn av den prestasjonsfremmende effekten metylenidat kan ha, at elever i videregående skole oppsøker helsevesenet for å bli utredet i forhold til ADHD. At Lunde ikke ser at dette kan oppleves som mistenkeliggjøring av pasienter med diagnosen, kan vi ikke annet enn å konstatere. At hun heller ikke forstår at tittelen «Et essay om barnedoping» kan oppleves krenkende for foreldre som velger å la barna deres få medikamentell behandling for sin sykdom, er forbløffende.

Et av Lundes gode innspill er når hun skriver at vi bør ha både et sosialpedagogisk fokus på barnets ytre miljø, og et nevro-biologisk blikk på barnets indre med oss. Når hun videre refererer til arbeidet til Getz og Kirkengen om epigenetikk og allostatisk overbelastning bereder hun grunnen for noen konstruktive og interessante betraktninger. Dessverre klarer ikke Lunde å følge opp dette, men faller tilbake til en positivistisk, naturvitenskapelig tenkning, på jakt etter de «ekte syke» med et «fysiologisk rett-messig behov for behandling». Det virker som at Lunde ikke ser at epigenetikken kan tale for en mer fenomenologisk tilnærming, og en

DEBATTINLEGG

Psykofarmaka til barn: en nødvendig debatt

«ADHD-diagnosen er et vilkår» skrev Hovda i et innlegg i Utposten nr 1/2012. Hovda skrev at det var en enkel sak å finne støtte for nærmest et hvert synspunkt i hva «noen mener». I Utposten nr 1 viser Lunde også til sitt eget essay for å belegge at «det vitenskapsteoretiske ved diagnosen er svakt». Lunde har imidlertid verken har bevist eller sannsynliggjort denne påstanden i det nevnte essayet. På bakgrunn av referansene Lunde viser til, trekker hun gjentatte ganger konklusjoner hun ikke har grunnlag for. En ting er at hun mener at tall fra reseptregisteret dokumenterer forskjeller i forekomst av ADHD. Et eksempel på en mer alvorlig feil er når hun forsøker å argumentere for en mangelfull kvalitet på utredningen ved å vise til at forekomsten av ADHD varierer ut fra hvilke tester som blir brukt. At valg av tester påvirker forekomsten av nesten hvilken som helst diagnose er åpenbart, og gjelder på ingen måte bare diagnoser innenfor psykiatrien. Dette poenget illustreres tydelig i Dan Altars leder i Tidsskrift for Den norske legeforening nr 3/2012: «Hvordan diagnostisere hjerteinfarkt i 2012?»²

«Hvordan ADHD skal håndteres er altså avhengig av blikket som ser», skriver Lunde i essayet. I artikkelen «Classification of distal radius fractures in children: good inter- and intraobserver reliability, which improves with clinical experience» viser Randsborg og Sivertsen at selv med en og samme bruddklassifikasjon så er det kun middels til bra reliabilitet i klassifiseringen av radiusfrakturer leger i mellom. For mer kompliserte brudd er reliabiliteten dårligere, og forskjellen i klassifiseringen av bruddene gir seg utslag i ulike valg av behandling.³ At håndteringen av en tilstand er avhengig av «blikket som ser» er ikke unikt for psykiatrien og burde heller ikke være noe oppsiktsvekkende. Mer oppsiktsvekkende er det å forfekte en vitenskapsfilosofi der man tror på absolutte størrelser, uavhengige av paradigmer og observatør.

I de fleste medisinske miljøer er det anerkjent at det finnes en gruppe barn med særlige vansker innenfor eksekutiv og motivasjonell fungering, og der det kliniske bildet er preget av disinhibert atferd, konsentrasjonsvansker og impulsivitet. Noen av disse barna oppfyller kriteriene til diagnosen ADHD og hyperkinetisk forstyrrelse. Dette syndromet har bety-

delig samsykelighet i behandlingen. Når allostatisk overbelastning kan gi så mange negative konsekvenser, blir det desto viktigere å hjelpe de som trenger det, enten hjelpen består av kun tilrettelegging eller medisinering i tillegg.

Barne- og ungdomspsykiatrien i Norge står overfor en rekke utfordringer, både faglig, metodologisk og strukturelt. Faget er relativt ungt, i en rivende utvikling, og er samtidig et fag som både er komplisert og vanskelig å forske på. Det er fremdeles til en stor grad knyttet skam og stigmatisering til å være pasient i barne- og ungdomspsykiatrien, og det er få andre områder hvor symptomer og utløsende årsaker i like stor grad, bevisst eller ubevisst, kan holdes skjult for helsepersonellet. Men barne- og ungdomspsykiatrien er også et fag som er vanskelig å overvurdere betydningen av. Vi må som samfunn stadig bli flinkere til å ta barn og unges psykiske helse, oppvekstsvilkår og rettigheter på alvor. Derfor er det så viktig at debattene som omhandler barne- og ungdomspsykiatri er ryddige og saklige, og nettopp ikke bygger opp om fordommer, skam og stigmatisering. Ved at Lunde fremstår som uryddig, og med så mange logiske brister i sin argumentasjon, beredder hun dessverre hennes gode og viktige poenger i denne støyen. Det er veldig synd, for mange av temaene hun tar opp er viktige, og bør være en del av debatten om ADHD videre.

Olav Andreas Hovda
Øyvind Alexandersen

² Atar, D., Hvordan diagnostisere hjerteinfarkt i 2012?

Tidsskrift for Den norske legeforening nr 3, 2012;132: 265-6

³ Randsborg, PH., Sivertsen, E. A., Classification of distal radius fractures in children: good inter- and intraobserver reliability, which improves with clinical experience. BMC Musculoskeletal Disorders 2012, 13:6



Nord-Norge Sør-Øst
Tlf. 77 64 58 90 Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge Vest
Tlf. 72 82 91 00 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 farmasøyer 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.

Sofradex[®], øredråper og (deksametason, framycetin, gramicidin)

Spørsmål til RELIS

Sofradex[®] er kontraindisert ved perforert otitt på grunn av ototoksitet. Likevel finnes det som øredråper og flere ganger har spør-
rer erfart at andre leger har forskrevet det ved perforert otitt til barn. Han har også skrevet til Statens legemiddelverk med anmodning om avregistrering, men har ikke fått svar. Han spør RELIS hvor farlig det egentlig er. Og, dersom det er farlig, om vi kan presse på for å få det avregistrert da det finnes gode alternativer.

Vurdering

Sofradex[®] inneholder deksametason, framycetin og gramicidin og i tillegg hjelpestoffene fenetanol, polysorbat 80, etanol, metanol, sitronsyre, natriumsitrat og litiumklorid (1). Indikasjonen i Norge er inflammasjon og eksem i øregangen samt postoperativt der antibiotisk effekt er ønskelig i tillegg til den anti-inflammatoriske effekten. Det er kontraindisert ved perforert trommehinne. De norske retningslinjene for behandling av ekstern otitt nevner ikke noe om risiko (2).

Framycetin er et aminoglykosid og er hovedkomponenten i neomycin, et annet aminoglykosid. Alle aminoglykosider er ototoksiske, men gir ulike typer ototoksitet og bivirkningen anses sjelden. Neomycin gir kokleart toksitet. I tillegg er neomycin svært sensitiserende og kan gi kontaktdermatitt (3, 4). Hypersensitivitet er også assosiert med hjelpestoffet polysorbat 80 (5).

Risikoen for hørselsskade ved bruk av aminoglykosidholdige øredråper er anslått til 1 per 10 000, men faktisk insidens av hørselsskade etter topikal bruk er ikke kjent. Det er mange grunner til det, så som manglende pre- og postaudiogrammer eller balansekontroll, manglende testing av høye frekvenser eller at hørselstapet vurderes å skyldes en underliggende sykdomsprosess (6).

Der trommehinnen er perforert, der det er en åpen kavitet eller innsatt rør gjennom trommehinnen, kan topikale antibiotika forårsake ototoksitet i løpet av få dager, selv om de fleste tilfellene kommer etter lang tids bruk (6). Absorpsjonen av dråpene påvirkes av om det er eller ikke er fortykket mukosa i mellomøret og fortykket membran i det runde vindu (der lekkasje kan skje til indre øre). Tilstedeværelsen av granuleringsvev, webs eller polypoid vev kan også forhindre passasje via det runde vindu. Noen asiatiske og arabiske folkegrupper har en genetisk faktor

(mutasjon i genomet 1555A>G) som gjør at de er mer følsomme for ototoksiske effekter av øredråper (7).

Over de siste 10–15 år har flere land vurdert advarsler mot bruk av aminoglykosidholdige øredråper; de nyeste retningslinjene vi har funnet er fra Australasia (6). Både de britiske, kanadiske og amerikanske retningslinjene advarer mot å bruke aminoglykosider hos pasienter med perforert trommehinne. Likevel skjer det i disse landene, såvel som i Norge. Enkelte mener imidlertid risikoen er liten også ved perforert trommehinne dersom behandlingsanbefalingene overholdes. Andre mener at så lenge vi har alternativer som er minst like effektive, bør bruk av aminoglykosidholdige øredråper unngås.

De australske antibiotikaretningslinjene (6) er som følger:

- Ikke-ototoksiske øredråper skal være førstevalg ved perforert trommehinne.
- Hvis potensielt ototoksiske øredråper brukes for sekresjon fra mellomøret, må de seponeres straks sekresjonen opphører.
- Pasients eller pårørendes informerte samtykke bør dokumenteres hvis potensielt ototoksiske øredråper benyttes.
- Hvis hørselstap, vertigo eller tinnitus utvikles under behandling med potensielt ototoksiske øredråper, må pasienten få beskjed om å kontakte lege omgående.
- Hvis trommehinnen er intakt og mellomøret og mastoid er lukket, er det ingen kjent risiko for hørselsskade ved bruk av potensielt ototoksiske preparater.

Også i Storbritannia er perforert trommehinne en kontraindikasjon for øredråper med ototoksisk potensiale (8, 9). I de britiske legemiddelhåndbøkene for hhv. barn og voksne kommenteres det på at spesialister likevel gir øredråper til pasienter med perforert trommehinne dersom systemiske antibiotika ikke

ototoksisitet

har gitt ønsket resultat. Spesialistene anser at puss i mellomøret assosiert med mellomørebetennelse gir større risiko for ototoksisitet enn øredråpene i seg selv (10). Alternativer ved kronisk otitt dersom pasienten har perforert trommehinne, anser britiske spesialister å være ciprofloksacin øredråper eller øyedråper gitt som øredråper.

Konklusjon

Sofradex® øredråper inneholder et aminoglykosid og kan gi ototoksisitet dersom det brukes hos pasienter som har perforert trommehinne. I tillegg er det risiko for sensitisering. Det er imidlertid ikke konsensus i fagmiljøet når det gjelder risiko selv ved perforert trommehinne, og enkelte spesialister velger å ignorere kontraindikasjonen. Da det finnes alternativer uten risiko for ototoksisitet, er det imidlertid ønskelig å unngå slik bruk, jf. australske retningslinjer. Men advarselen er ikke sterk nok til at myndighetene kan forventes å vurdere og ta preparatet av markedet. Det blir opp til forskriver å vurdere risiko, og nasjonale retningslinjer bør muligens sterkere advare mot slik bruk siden det finnes alternativer.

Kirsten Myhr

Spesialrådgiver, cand.pharm, MPH
RELIS Sør-Øst legemiddelinformasjonsenter,
Oslo universitetssykehus

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Sofradex. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist endret: 19.07.2007).
2. Helsedirektoratet. Antibiotikasenteret for primærmedisin. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. www.helsebiblioteket.no/microsite/antibiotikaretningslinjer (sist oppdatert: 12. januar 2009).
3. Sweetman SC, editor. Martindale: The complete drug reference. Framycetin. www.medicinescomplete.com (Sist endret 20.08.2011).
4. Klasco RK, editor. Framycetin (Drug Evaluation). Micromedex. <http://www.thomsonhc.com/> (22.09.2011).
5. Sweetman SC, editor. Martindale: The complete drug reference. Polysorbates. www.medicinescomplete.com (Sist oppdatert 20.08.2011).
6. Coates H. Ear drops and ototoxicity. *Aust Prescr* 2008; 31: 40–1. <http://www.australianprescriber.com/upload/pdf/articles/948.pdf>.
7. Ototoxicity. <http://emedicine.medscape.com/article/857679-overview> (Sett: 29.09.2011)
8. BNF for Children 2011–2012. Otitis media. <http://www.helsebiblioteket.no/> (30.09.2011).
9. Joint Formulary Committee. British National Formulary. 62 ed. Otitis media. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2011. www.medicinescomplete.com.
10. Walby P, Stewart R, Kerr AG (editorial). Aminoglycoside ear drop ototoxicity: a topical dilemma? *Clin Otolaryngol* 1998; 23: 289–90.

Å dele øyeblikket – og sorgen,

Jeg har en ung kvinnelig pasient som har gjort et dypt inntrykk på meg.

Hun kom til meg som sin fastlege for litt over et år siden. Hennes mor hadde brått mistet livet, helt uventet, i en hjertestans, bare 60 år gammel.

Hun var i oppløsning, i sjokk, i sorg og i sinne. Alt var meningsløst, hverdagen hang ikke lenger sammen.

Vi samtalte rundt det som hadde skjedd og hvordan sorgen etter å miste noen kan oppleves lammende. Jeg forsøkte å være en støtte, å forstå og forklare som best jeg kunne, i hennes vanskelige situasjon.

Hun trengte tid, det var åpenbart, og hun fikk sykmelding med diagnosen P02, psykisk ubalanse – sorgreaksjon.

Ukene gikk, hverdagen gikk ikke særlig bedre. Vi hadde våre faste avtaler når sykemeldingen skulle fornyes. Jeg forsøkte å lytte, hun fortalte, og jeg forklarte hvordan en sorgprosess ville forløpe, og hva hun kunne forvente seg. Dette ville nok gå over.

Da det var gått noen måneder føltes det riktig for meg som fastlege å ta opp muligheten for en gradert sykmelding. Ingen kan vel trenge full sykemelding, full passivitet, ingen arbeidsproduksjon i flere måneder, bare fordi ens mor er gått bort?

Det er nok av arbeidstakere og unnasluntrere som bruker enhver anledning til å «tyne» en sykmelding. Som god fastlege er jeg oppmerksom på dette, dette er mitt fag.

Som den autoritet jeg er, som fagperson, forstod hun naturlig nok dette. Hun hadde ingen ønske om ikke å være en god pasient. Hun innså at hun måtte våkne opp, ta tak i seg selv, se fremover, og forstå virkeligheten slik den faktisk var.

Hun ble gradert sykmeldt i sin jobb. Ukene gikk og vi hadde fortsatt våre faste avtaler der sykemeldingen skulle forlenges og arbeidsaktiviteten skulle trappes opp. Jeg var meget fornøyd med utviklingen. Her hadde jeg gjort en god jobb, hun var i arbeid, var produktiv og smilte når hun snakket med meg.

Sykmeldingsforløpet gikk helt etter planen og hun ble friskmeldt etter ca seks måneder.

Nok et godt stykke effektivt allmennt medisinsk håndverk produsert av dr. Jareld...

Etter fire måneder kom hun tilbake på mitt kontor sammen med en kollega.

Hun hadde det ikke greit. Hun gråt, trakk seg unna på jobb og isolerte seg på fritiden.

Hennes kollega mente at her måtte det foreligge psykisk sykdom, hun måtte til psykolog, slik kunne det ikke fortsette. Det var jo snart 1 år siden moren var gått bort.

Hennes kollega gikk ut, vi ble sittende i stillhet sammen.

Hva nå?

Min automatiserte psykiske allmennt medisinske programvare kom raskt opp med løsningen. Her var det bare å dra frem MADRS, kjøre et standardisert psykiatrisk intervju, foreslå anti-depressiva og sende inn en henvisning til DPS. Med litt effektivitet, skulle en klare dette med kun bruk av en 2cd og ikke lage særlig forsinkelse på venterommet heller.

Men så så hun på meg med sorgtunge våte øyne, som blikkstilte skogstjern med et uendelig dyp.

Gjennom sinnet, som lå i brakk, fullt av åpne sår, og inn i sjelens dyp, trakk hun meg. Stillheten vedvarte.

Tårene hennes kom. Jeg var maktesløs, satt ut, mitt eget sinn var satt i sjakk matt.

Og der satt vi, blikk mot blikk.

Hun tillot seg å vanne sjelen sin foran et annet menneske. Sårene i sinnet fikk lov til å rense seg på et naturlig vis, slik at tilhelingen nå kunne ta til.

Det var som om tiden stoppet opp.

Vi var sammen i nå'ets evighet, vi var i tidløsheten sammen.

Ingen av oss hadde gjort noe, vi bare var, var sammen, delte øyeblikket, delte sorgen som to medmennesker.

Hun tillot seg selv å gå inn i sorgen, og jeg tillot meg å bli med.

En sorg som ikke lenger handlet om den

moren hun hadde mistet. Men sorgen over det barnet i seg hun en gang hadde forlatt, som ikke hadde blitt sett. Det barnet som visste at hun kunne stole på seg selv, at hun i seg selv var nok. Det barnet som ikke brydde seg om hva arbeidsgiver, venner og ikke minst fastlegen mente om hennes sorg. Det barnet som visste at det var sterkt nok til å miste sin mor, stå i sorgen, gråte sine tårer, for deretter å vokse til et mer modent barn inne i henne, styrket av den glede og visdom som hennes mor hadde skjenket henne, slik at det nå kunne kunne bære dette videre, med en ekte følelse av dyp trygghet og godhet.

Hun fikk meg til å erkjenne at ordene, min innlærte kunnskap og forestillingene jeg hadde, var nærmest ubrukelige når det egentlig gjaldt.

Hun trengte ikke forståelse eller forklaring. Hun trengte et medmenneske. Et medmenneske uten tid. Et medmenneske der sinnet ikke hadde sin parallell-oppmærksomhet i takster, utålmodige pasienter på venterommet og stressede kolleger.

Hun trengte et annet sinn som stoppet opp.

Jeg trengte at mitt sinn stoppet opp.

Jeg erkjente at sorg er ikke ensbetydende med depresjon. Sorg kan være kilde til vekst, indre vekst. Når det stormer som verst, er muligheten der, en må bare tillate seg å slippe taket. Da vil stormen kunne kaste deg inn i stormens øye.

Der er stillheten, der er evigheten, der er kjærligheten.

Men sinnet vårt jobber som best det kan for å unngå fallet inn mot kjernen, med sine innarbeidede forsvarsmekanismer.

Sinnet nærer seg på stormen, den vil helst holde oss i periferien der vi er kjent, og forleder oss til å tro at det ikke finnes et rolig dyp, under overflatens skummende bølge topper.

Eksistensens veier er uransakelige og med stadighet dukker det opp noe som slår inn i en med en tyngde som bekrefter det en ikke vet, men som en vet likevel.

som to medmennesker

Som dette diktet fra Kolbein Falkeid:

Skimtet

Når sorgen, tynnkledt og vergeløs,
legger ut på ødslige snømoer i oss
og alle horisontene er gjenføkne,
da
som en selvmotsigelse eller selvfølge
åpner livet seg mot evigheten
Uten å se ser det,
uten å høre hører det,
uten å forstå forstår det. Dimensjonene
raser innover og fortettes i en fullkommen
enhet
hvor det minste og det største holder vek-
ten i balanse.
Kompasset uten nål og himmelretninger
viser rettvise kurs,
timeglasset uten sand siler tidløshet
og vi som på periferien
støtt har hatt noe foran og bak oss,
skimter øyet i sirkelens sentrum
som er samtidig med enhver tid: Evig
nå!

Så lukker livet seg igjen
som en sjøanemone om en liten fisk den har
tatt
eller som blomsten når sola går ned.
Vi fortsetter å labbe rundt
i luftegården av rom og tid, ennå
livstidsfanger.
Men for første gang tar vi på muren
med ømhet, overbærende smil og en kolossal
frihet i hendene.

Kolbein Falkeid

Hvor mange 2cd'er det ble på vårt møte vet
jeg ikke. Hvis det var tidløst, blir det enten
ingen eller alle.

Men da møtet var over, lukket livet seg
igjen, for at jeg skulle kunne ta i mot neste
«pasient».

Men likevel lå det et ømt håp der, om at li-
vet skulle åpne seg igjen, sammen med
det neste medmennesket.

Thomas Jareld
fastlege, Hamar legesenter



ILLUSTRASJON: ODD GORODENKOV



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. 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 om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com.

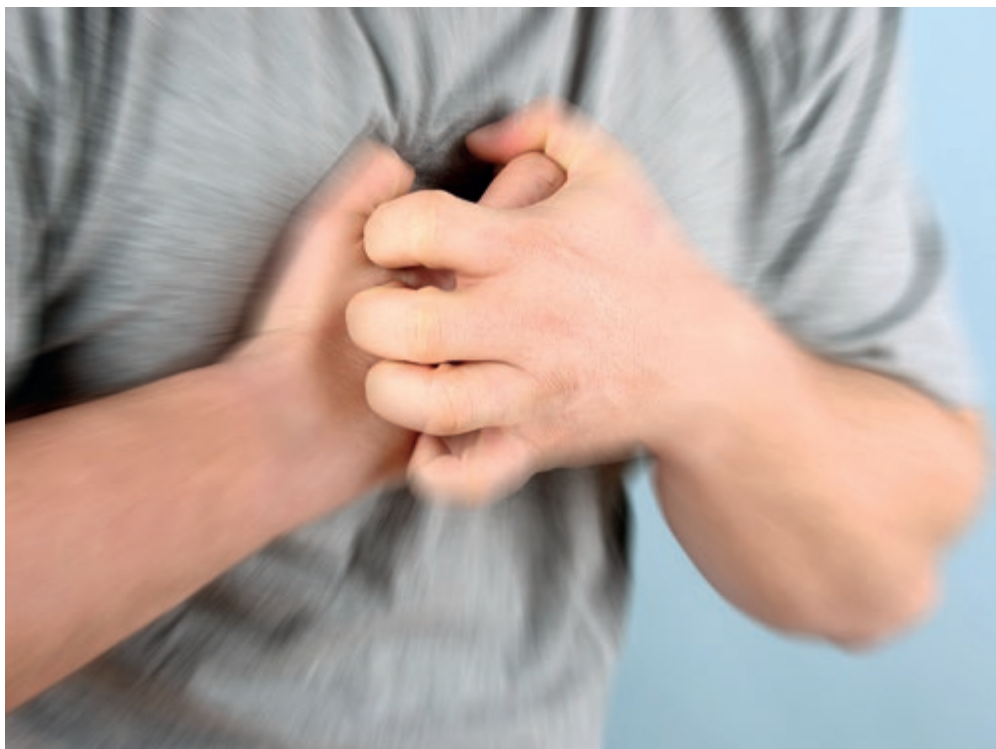
Kast dere frampå, folkens!

Å slå seg til ro med magefølelsen

Jeg er femteårs medisinstudent, for tiden utplassert i allmennpraksis ved et legekontor i Nord-Norge. I løpet av praksisperioden min har jeg møtt enkelte pasienter som har fått meg til å tenke over, og skjønne mer av, en del essensielle legerelaterte og mellommenneskelige problemstillinger. Her forteller jeg om en slik pasient.

Dette var en ung mann som oppsøkte lege grunnet plutselige smerter midt i brystet, og han kom til meg. Smertene kom i etterkant av en ukes sykehistorie med forkjølelse, slapphet og feber. Smerten var stikkende, trykkende, lokalisert rundt sternum og strålte bakover mot ryggen. Plagene ble verre ved dype innpust, ved å løfte armene og ved å bære ting. Selv beskrev han det som «vondt i lungene» og han følte seg tungpustet. Ved undersøkelse var han preget av hoste, snørr og luftveissymptomer. Jeg fant ingen demping eller fremmedlyder på lungene. Auskultasjon av hjerte og EKG gav ingen funn. Han utelukket også selv hjertet. En lav CRP gav ikke mistanke om pneumoni i klassisk forstand. Jeg tenkt det muligens kunne være en atypisk lungebetennelse, eventuelt intercostalmyalgi. Sistnevnte sjekket jeg dessverre ikke grundig nok for mens han fortsatt var avkledd. Jeg ringte veilederen min, hun foreslo D-dimer, og jeg skjønte plutselig hun tenkte på lungeemboli. Likevel syntes jeg ikke det passet helt, og D-dimer ville vel uansett være positiv siden han allerede var infeksjonssyk. Jeg valgte å ikke ta flere blodprøver. I mangel på diagnose endte konsultasjonen med henvisning til røntgen thorax. Han fortalte dessuten at han hadde fått påvist flekker på lungene for ett og et halvt år siden og hadde ikke vært fulgt opp siden. Jeg tenkte at man i samme slengen kunne se etter lungebetennelse. Ellers fikk han råd om Paracet og Ibux. Vi ble enige om at jeg skulle ringe han to dager senere for å høre hvordan det gikk. Han skulle selv kontakte legevakt om han ble dårligere i mellomtiden.

Samme kveld begynte jeg å tenke på om han likevel kunne ha en lungeemboli. Det plaget meg at jeg ikke hadde tatt D-dimer for å utelukke dette. Så sovnet jeg, men våknet



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

midt på natten og var overbevist om at jeg hadde sendt hjem en virkelig syk pasient. Jeg måtte slå opp i *Turnuslegeboka* og lese om lungeemboli – de fleste symptomene passet selvfølgelig. Det tok et par timer før jeg fikk sove igjen. Jeg ringte ham neste morgen for å høre om han var i live. Det var han! Han fortalte samtidig at han hadde oppsøkt legevakta samme kveld, smertene ble verre etter han var hos meg. Der fikk han Tramadol, med god effekt. Han følte seg mye bedre, jeg pustet lettet ut. Senere pratet jeg med legevaktslegen. Hun sa han hadde hatt en merkelig, uttalt smertepåvirket fremtoning, med direkte og indirekte ømhet over flere costochondrale og costocolumnale festepunkter. Hun gav ham Stesolid og Tramadol, samt en ukes kur med Ibux for en eventuell inflammasjonstilstand. Senere var han tilbake på kontroll hos henne. Fremdeles med noe palpasjons- og bevegelsesrelatert ømhet, men mye

bedre og uten tungpust. Han fikk med seg informasjon om costochondritt.

Dette er den første pasienten jeg har tatt med meg hjem fra jobb og som har gjort meg søvnløs. I etterkant av konsultasjonen begynte jeg å føle at jeg hadde stolt for mye på min egen magefølelse. Jeg var så sikker på at dette ikke var noe farlig at jeg avfeide å utelukke en av de verste tilstandene. Spesielt ille ble det siden min erfarne veileder hadde foreslått denne D-dimeren. Heldigvis viste det seg å være en banal tilstand. For fremtiden tenker jeg det lønner seg å være konsekvent i rekkefølge, tenke på og utelukke det verste, så det farlige og til sist det minst ille. Om ikke annet for å føle at jeg er sikker på eget arbeid og vise for meg selv at jeg ikke overser noe som kan ende fatalt. Jeg tror dette er en god strategi når man ikke innehar den erfaring og kunnskap som må til for å stå for egne behandlingsvalg.

Synnøve Mortensen

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

Min far var en del av det aktive visemiljøet i Kristiansund på 70-tallet, og jeg har vokst opp med fingerspill, stålstrenger og tvilsomme typer som Lillebjørn Nilsen og Joni Mitchell i plate-spilleren. En av min fars med-sammensvorne har flere lp- og bokutgivelser på samvittigheten, og fikk Prøysenprisen i 1976.

Stig Nilsson skriver nydelige viser helt selv, men mitt bidrag i denne omgang er en oversettelse av Don McLeans «Vincent». Det er hentet fra hans album «American Pie». Stig Nilssons oversettelse er å finne i «Blåkløkkeklang» (1978).

Pappa har nok drømt om å følge kunsten og musikken i større grad i livet sitt, og applauderte ivrig når jeg viste kunstneriske evner under oppveksten. Skuffende nok valgte jeg den trygge sti og ble en trasig akademiker, men han lever nok fremdeles med håp om at en av mine yngre søstre skal kaste seg ut i kunstnerilværelsen med liv og lyst.

VINCENT

Stjerneklare natt.
Blått og grått fra en palett,
ser en sommer du har sett,
med strøk som kjenner mørket i min sjel.
Skygger kommer nær.
Rører varsomt blad og trær.
Fanger bris og frossent vær
på farget snø som land av lin har fått.

Nå har jeg forstått
hva du kjempet for å si.
Og hvor hard din riktighet fikk bli.
Ingen ville settes fri.
De lyttet ikke riktig,
ingen så.
De prøver kanskje nå.

Stjerneklare natt.
Blomsterflammers klare lys.
Fiolette skyers dis,
som gir refleks og østens blå mystikk.
Fargers liv og død.
Duggvåt eng med kornets glød.
Grove fjes i oppstilt nød,
blir evig der en kjærlig hånd har grått.

De elsket deg ikke.
Men fortsatt elsket du.
Og da håpet ditt ble tatt,
i den stjerneklare natt,
tok du ditt liv og dro din egen vei.
Jeg kunne sagt deg, Vincent:
Vi passet ikke sammen
med en vakker mann som deg.

Stjerneklare natt.
Portretter hang i tomme rom.
Hoder ingen visste om.
Med øyne fra et liv som husket alt.
Som om fremmede var der.
Slitte menn i slitte klær,
fikk sølvtorner med blodrødt skjær,
på urørt jomfrusnø, knust og forslått.

Nå har jeg forstått
hva du kjempet for å si.
Og hvor hard din riktighet fikk bli.
Ingen ville settes fri.
De lyttet ikke.
Ingen fikk det til.
Mon tro de aldri vil?

Stig Nilsson har gitt skriftlig tillatelse til at oversettelsen hans blir gjengitt i Utposten.



Jeg gir stafettpinnen videre til en smilende vakker og relativt fersk kollega – Kathy Møen, fastlege i Bergen sentrum.

Hilsen Heidi Grønseth

Flere legekontor er i gang med rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det er uvant og tidkrevende og vi trenger gode og kreative innspill. La oss derfor hjelpe hverandre gjennom en kvalitetsstafett! Vi utfordrer legekontor til å fortelle om noe de har gjort for å bedre eller opprettholde god kvalitet. Det kan være små endringer som har gitt stor gevinst, nye rutiner som oppleves positivt, brukerundersøkelser som er gjennomført eller erfaringer som gjør at legekontoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekontor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Kulturelle mønstre

Klosterhagen legesenter har siden etableringen for ti år siden, brukt mye energi på nedtegnelse av rutiner og prosedyrer. En gang i året stenger vi senteret fra fredag morgen til lørdag etter lunsj. Tiden brukes til kontorseminar hvor både medarbeidere og leger er med. Det gir god ro for samkjøring og diskusjon.

I år var fokuset rettet mot oss og hverandre.

Terje Pettersen som har 20 prosent stilling som pedagog i Dnlf, ledet oss i løpet av åtte timer gjennom følgende temaer:

- Opplevelse/særtrekk ved egen arbeidskultur.
- Rette psykososiale betingelser for 'det gode' arbeidsmiljø og for læring i daglig arbeid.
- Feedback med fokus på personlig trivsel/trygghet og på felles daglig arbeidsmiljø.
- Strategiske analyser og planlegging mht bevaring og utvikling av kvalitet i arbeid og tjenester.

Dagen løftet oss via humor og kreative metoder inn i nye tankebaner rundt kontorfellesskapet vårt. Vi plukket fire postkort hver som skulle symbolisere

- hva vi likte ved jobben vår,
- hva vi følte var vår styrke,
- hvordan vi oppfattet arbeidsmiljøet vi har på senteret og
- ett som ga oss assosiasjoner til det vi likte minst ved arbeidet.

For hvert punkt gikk runden rundt bordet slik at alle fikk to minutter til presentasjon av sitt kort. I neste omgang fikk vi skrive i stikkord på ryggen til våre arbeidskollegaer

- hva vi satt pris på ved dem og
- i neste runde forslag til endring.

I smågrupper dels inndelt etter profesjon og dels på tvers av disse, snakket vi oss frem

til prioritering av temaer for videre arbeid. Vi har mye å snakke videre om utover våren!

For oss var det nyttig å bruke ekstern veileder.

Terje Pettersen er en rutinert veileder som ikke tar mye plass, som styrer tid og tema med respekt for deltakernes behov og som sørger for at ingen presses på sine nærhetssoner.

Vi hadde en flott og lærerik opplevelse som varmt anbefales!

Vi gir stafettpippen videre til Porsgrunn legesenter.

VÅR NETTSIDE: Klosterhagen.no

KURSLEDER: Terje Pettersen, Cand paed UiO.

PEDAGOGISK KONSULENT: Den norske legeforening.

SENIORRÅDGIVER: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

