

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 4 – 2012 ◦ ÅRGANG 41

INNHold:

LEDER: Samhandling i stort og smått. AV ANN-KRISTIN STOKKE	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Norges unge legers representant i Europa. ROBERT BURMAN INTERVJUET AV ESPERANZA DIAZ	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: En økonoms blick på fastlegeordningen. AV INGER CATHRINE KANN	6
Samhandlingsformen – status så langt. ENQUETE	9
Sovemedisin – Vekkekemedisin. AV BENNY ADELVED	12
Er'e så farlig a? Samstemming av legemiddellister – et delprosjekt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7». AV MORTEN FINCKENHAGEN	13
Nasjonalt legevaktnummer skal gi bedre tilgjengelighet – hvor ringer folk i dag? AV TONE MORKEN OG ELISABETH HOLM HANSEN	16
Nytt nødnett – noe for fastlegen? AV OVE KRISTIANSLUND	20
En skyllebøtte. Ut plasseringsoppgave i allmennmedisin. AV CHRISTINA FLATEBØ NORDANG	24
Brytningstid. Rapport frå «Allmennmedisinsk våruke». AV LISBETH HOMLONG	26
Er Utpostens lesere papirmennesker, eller hekta på nett? UNDERSØKELSE	31
Mer enn klippfisk. RAPPORT FRA PORTUGAL AV JESPER BLINKENBERG	32
Noklus diabetesskjema – et viktig verktøy for fastleger. AV KARIANNE FJELD LØVAAS	38
Abort og reservasjonsrett for leger – hva forteller abortratene? AV SIGNE FLOTTORP	40
LESERBREV: Om ADHD og uryddig retorikk. TILSVAR TIL HOVDA OG ALEXANDERSENS INNLEGG AV C. LUNDE	41
BOKANMELDelse: Forbilledlig godt skrevet om folkehelse. ANMELDT AV TOM SUNDAR	42
Faste spalter	43

Utposten

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**

Gaupfaret 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: Colourbox

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Aurskog

REPRO OG TRYKK:

07 Aurskog

07Du finner Utposten på
www.utposten.no

Samhandling i stort og smått

En stor del av vårens siste Utposten handler om ulike former for samhandling – fra hvordan nytt nasjonalt Nødnett kan bidra til tryggere og bedre samhandling mellom de ulike nødetatene ved store ulykker eller andre katastrofer, til hvor viktig og vanskelig det er å samhandle om riktige legemiddellister i hverdagen.

Et halvt år er gått siden samhandlingsreformen trådte i kraft. Stadig skrives nye samarbeidsavtaler mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og det er fortsatt mer enn tre år til alle kommuner er pålagt å ha et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Selv om erfaringsperioden er kort, må vel resultatene allerede kunne karakteriseres som svært gode i forhold til en av de første målsetningene i samhandlingsreformen: å redusere antall pasienter som ligger inne på sykehus etter at de er ferdigbehandlet. Ved for eksempel Sykehuset Østfold er antall utskrivningsklare pasientdøgn redusert med over 90 prosent i første kvartal fra i fjor til i år (personlig meddelelse Odd Petter Nilssen). Selv om dette er foreløpige tall, er det ingen tvil om at reduksjonen er formidabel. Som sykehjemslege på en korttidspost er jeg likevel litt avventende før jubelen bryter løs. Reformen krever ledige sykehjemsplasser når pasientene defineres (av helseforetaket) som ferdigbehandlet. Liggedøgn overføres fra sykehus til sykehjem. Da blir det færre senger å fordele på hjemmeboende pasienter som trenger et korttids- eller rehabiliteringsopphold for å opprettholde eller bedre sin funksjon – og kanskje unngå en innleggelse i sykehus. Hvordan dette vil påvirke folkehelsen og

helsetjenestens kvalitet er usikkert. Mange leger har erfaringer fra samhandlingsreformens første trinn. Vi har bedt noen av disse om å dele sine tanker med leserne i dette nummeret. Det er interessant lesning flere av oss nok kan lære av og kjenne seg igjen i.

En mer hverdagslig utfordring enn «den store pasientflyten» er det å vedlikeholde legemiddellister slik at enhver pasient til enhver tid har en entydig legemiddelliste uavhengig av om man spør pleie- og omsorgstjenesten, pårørende, pasienten selv eller fastlegen. Like viktig; når det gjøres endringer på sykehuset, må denne skrives eksplisitt med begrunnelse i epikrisen. En av pasientene vi fikk på et vurderingsopphold på sykehjemmet kom til oss etter et lårhalsbrudd. Hun brukte flere blodtryksmedisiner, Albyl-E og Ebixa. Hun og mannen, som var dement, hadde så vidt klart seg hjemme med mye tilsyn av hjemmesykepleien frem til hun brakk lårhalsen. Ettersom mannen også måtte inn på korttidsopphold da kona ble innlagt, var spørsmålet hvorvidt det kunne være mulig for de to å flytte hjem igjen på sikt, og hennes økende glemsomhet var en viktig faktor. Da jeg i et samarbeidsmøte for ekteparet nevnte at hun jo allerede sto på en demens-medisin, ble pårørende overrasket. Riktignok hadde hun blitt noe mer glemsk siste halvår, og påtagelig mer forvirret etter operasjon og blodtap, men dement hadde ingen sagt hun var. Etter å ha tatt kontakt med alle som kunne tenkes å ha satt pasienten på Ebixa – men ingen hadde gjort det – bestemte vi oss for å prøveseponere. Hun ble mulig mer klar,

men det kunne også være tilfeldig. Vi vurderte tilfellet som et hendelig uhell, og regnet med at hun etter seponeringen fikk riktige medisiner. Etter seks uker og etter et innspill fra pårørende, fant vi endelig ut hva som hadde skjedd: ambulanspersonalet hadde tatt med mannens multidoserull til innleggelsen, og denne var journalført som hennes faste medisiner. Denne medisineringen hadde deretter fulgt henne gjennom sykehusoppholdet og inn på sykehjemmet. Som Adelved skriver i sin artikkel, er feil i medisiner heller regelen enn unntaket, og årsaken til 1500 dødsfall pr år i Norge. Bedre legemiddelsikkerhet er derfor et av satsningsområdene i Pasient-sikkerhetskampanjen, som Finckenhagen omtaler i sin artikkel.

Vi får også være med en tur til Allmennmedisinsk Vårue i Larvik, der det ble avholdt årsmøte i NFA og landsmøte i AF, og til Porto i Portugal, der allmennmedisinen har tatt sjumilssteg i utvikling av kvalitet og etterutdanning siden revolusjonen i 1974. Mens landet fikk drahjelp fra Norge de første årene, er det nå mye vi kan lære av våre kollegaer i Portugal.

I forbindelse med Utpostens 40-årsjubileum i år og en stadig økende digitalisering av de fleste medier, vil vi vite hva våre lesere synes er viktig når det gjelder publiseringsform av Utposten. Vi håper derfor at du tar deg til å lese notisen om dette i bladet og spanderer to minutter på å svare på vår brukerundersøkelse på www.utposten.no.

God sommerlesning!

Ann-Kristin Stokke

Utpostens
dobbeltime

Norges unge lego represen

Robert Burman
INTERVJUET AV ESPERANZA DIAZ

Tretti år gammel og nettopp flyttet til Øystese i Kvam i forbindelse med konas turnustjeneste, mangler ikke Robert Burman ideer om hvordan utdanningen bør bli for fremtidige allmennpraktikere i landet.

Jeg treffer Robert på restaurant. På tross av at det er jeg som må passe på å lytte og skrive mens vi samtaler, er det han som ikke blir ferdig med sine blåskjell med lime. Robert blir beskrevet av kolleger som engasjert, målrettet og en som brenner for allmennmedisin. Når jeg forklarer at jeg intervjuer ham for Utposten kommer det en vennlig latter: «Du trenger vel ikke å stille så mange spørsmål!?»

Livlige ord renner ut av munnen på den unge legen.

Robert Burman ble født i England av engelsk far og norsk mor. Han flyttet fire år gammel til Son i Vestby kommune hvor han blant annet engasjerte seg i politikk allerede da han var 15 år, og ble valgt inn i kommunestyret som 18-åring. Her fikk han kanskje sin første realitetsorientering i livet: «Jeg trodde



ers tant i Europa



jeg skulle endre kommunen, men vi satt der og diskuterte flytting av grushauger og endring av navn på gatene...»

Utdanning viktig

Flyttingen til Bergen som 20-åring for å studere medisin reddet ham fra politikken. Fra studietiden husker han spesielt møtene med enkeltmennesker, både pasienter, som han stadig lærer av, og leger. Rause, positive leger satte spor i den unge studenten. Samtidig ble han veldig opptatt av hva som ikke var fullt så bra. Utdanning har siden vært en viktig engasjementsarena for Robert.

– Hvis jeg er misfornøyd med noe, enten endrer jeg det eller så orker jeg ikke å være der, sier han mens han gestikulerer med hendene. Og videre: «Mange synes at noe – utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering for eksempel – er en god ide, men det er et stykke fra idéstadiet til at noe skjer. Noen må sette i gang.» Og det ser ut til å stemme med hans holdninger, som blir bekreftet av alle de vervene og posisjonene han har hatt på disse få år: fra leder av studentutvalget ved det medisinske fakultet i Bergen til å representere Norge i *Vasco da Gama Movement*, som er det samme som *WONCA Europe Working Group for New and Future General Practitioners*, og bli valgt inn i styret der mens han samtidig er leder av prosjektgruppen for allmennleger i spesialisering, som jobber med å etablere underutvalg for allmennleger i spesialisering innenfor organisasjonsstrukturen til Allmennlegeforeningen (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

– Jeg synes det er et privilegium å kunne jobbe med det jeg synes er gøyest», sier han ydmykt.



«GP trainees» fra flere europeiske land treffes regelmessig i Vasco da Gama Movement. Her møttes de i Madrid i januar 2012.

Ser utenfor Norge

Robert Burman har veldig lyst til å jobbe som fastlege med egen hjemmel en dag, men er ikke sikker på om ordningen slik den er i dag passer for ham. Tidligere erfaringer som fastlegevikar har ikke vært totalt vellykket når det gjelder administrasjon og næringsdrift, men han trives veldig godt med pasientene. Andre ville kanskje her trekke seg litt tilbake. Robert velger heller å engasjere seg i dette og sier ja til å være med i Vasco da Gama i 2010. Der treffer han andre likesinnede i samme fase i karrieren, mens han lurte på hvor de unge norske legene som brenner for allmenn-

medisinen er blitt av. Han har selv et svar på dette:

– Forklaringen er trolig at vi ikke har tradisjon for eller er organisert på en måte som fremmer faglige samtaler og utvikling på legekontoret. Måten vi driver praksis på med mye ansvar, økonomistyring og lange dager gjør at legene ikke har krefter igjen, spesielt i begynnelsen. Mange andre land har egne foreninger for unge allmennpraktikere. Norge er verst i klassen.

Robert Burman jobber for tiden med en «Visjon for allmennleger i spesialisering i 2020», gjennom deltakelse i Allmennmedi-



På fjelltopp ved Øystese – hit flyttet Burman for kort tid siden.

sinsk utdanningsutvalg under NFA. Arbeidsgruppen skal presentere et forslag om ikke lenge, og det velger han å ikke gi detaljert informasjon om nå av hensyn til gruppen. Nøkkelordene i dette arbeidet er likevel mer struktur og løpende veiledning: «Vi vet ikke en gang hvem som er under spesialisering i allmennmedisin i Norge. Noe så enkelt som å registrere seg burde være et krav for å drive med allmennmedisin. Slik kunne man kontakte de som er i samme situasjon. Videre bør det eksistere muligheter for å ha fastlønn i begynnelsen. Ikke for alle, men for de av oss som tenker at det ville passe best i begynnelsen.»

Gjennom Vasco da Gama treffer han «GP trainees» fra andre europeiske land, og konstaterer det han selv tenker. Det er mulig og ønskelig å organisere videreutdanning i allmennmedisin på en bedre måte i Norge.

– Det burde være gode rutiner for hva som forventes av allmennleger under utdanning. Det er problematisk at en fersk fastlege i Norge skal ha selvstendig ansvar fra første dag – uten oppfølging og kvalitetssikring. Spesialiseringen i dag er en liste over kurs, registrering av hvor du har jobbet, og handler lite om reel kompetanseheving», mener Burman.

Når jeg utfordrer ham til å si hvem vi kunne ta etter, nevner han England og Danmark, som begge er kjent for sine velstrukturerte utdanninger med hovedvekt på veiledet allmennpraksis og konkrete delmål, men samtidig er han opptatt av å understreke Norges rolle i å løfte de landene som ligger bak. «Det er andre som ligger bak oss i utviklingen av spesialiteten. I Sveits foregår hele spesialiseringen i allmennmedisin på sykehuset. I noen land i Øst-Europa må allmennlegen selv betale for å få praksis på sykehuset. Det er store forskjeller. Vi har også ansvar for å motivere andre land og vise hva som fungerer bra i Norge.»

Fag og forskning

Robert Burman er stipendiat i 50 prosent stilling ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen. Han forsker på pasienter som oppsøker legevakten med brystsmertesmerter. Jeg har sett Robert ved forskningsmøtene i Bergen og vet at han, også her, er engasjert og opptatt av kvalitet. Men hvorfor begynte han å forske?

– For å kunne trives i allmennmedisin må jeg kunne holde en reell faglig standard og

følge med på evidensbasert medisin (EBM). Det var derfor naturlig å starte med forskning som en slags skoloring i allmennmedisin. Samtidig må jeg innrømme at det jeg elsker, er å undervise. Man trenger en doktorgrad for å bli førsteamanuensis på universitetet og undervise medisinstudenter. Jeg lærer utrolig mye av studentene, på samme måte som av pasientene mine. En annen ting er at man 'hierarkisk' stanser fort i allmennmedisin, og det blir en utfordring å utvikle seg videre. Det er en viss fare for faglig ensomhet i allmennmedisin, som ikke har noe med geografi å gjøre. Min erfaring som vikar peker mot at rutinene for å ha faglige diskusjoner, mer åpenhet om eget arbeid og gjensidig veiledning på legekantoret må komme bedre på plass. Fastlegekontorer med blanding av unge og mer erfarne leger ville kanskje kunne være med på å endre på gamle tradisjoner.»

Jeg noterer så fort jeg kan, likevel ser jeg at vi forbigår mange viktige temaer som jeg ville ta opp med intervjuobjektet: Må vi alltid følge retningslinjene? Hva slags temaer savnet du å bli veiledet på?

– Jeg er opptatt av EBM, men opplever også retningslinjene som et 'tvangstrøye', samtidig som jeg ser meg selv som akademisk

forankret. Jeg forsøker å utføre legekunst, men det er skummelt som ung lege å bryte retningslinjene selv om jeg tror at det er det beste for pasienten. Dette er typiske ting man bør kunne ta opp med en veileder, men jeg har også reflektert en del rundt dette ved det allmennmedisinske miljøet i Bergen. Der driver vi med forskning og undervisning, men også med en kritisk refleksjon over faget som er avgjørende for praksis.»

Lei av å telle fliser i basseng

Burman er også allsidig på fritiden. Han drev i en periode med svømming på høyt nivå, men ble anklaget av treneren for å bruke «all energien i pausene mens han snakket med andre». Nå driver han med triatlon (svømming, sykling og løping), men han sier heller ikke nei til tennis, volleyball, fotball eller klatring.

Som akademisk kollega har jeg gjennom årene antydnet noe tendens til konkurranseinstinkt. Jeg spør rett ut og han smiler: «Ja, hvis du ikke kan bli best så kan du la være, tenkte jeg i mange år. Nå har jeg litt mer innsikt. I situasjonen kan jeg være opptatt av å vinne og kan bli provosert hvis ikke alle gir alt mens vi spiller bedriftsfotball eller volley-

ball. Jeg har behov for sortering: Er det 'for gøy' eller skal vi vinne? Jeg kan være med på begge deler, men må vite. Jeg deler forresten konkurranseinstinkt med kona. Vi må gå gjennom 20 quiz-spørsmål i BT hver kveld, jeg tror det er derfor vi fortsatt abonnerer fra Kvam, hvor jeg bor nå», ler han hjertelig nå.

Både i fag og fritid har intervjuobjektet blitt beskyldt for å virke indignert av rent engasjement. Han mener faktisk at man skal kunne snakke om alt. Særlig liker han å bruke humor, men for de vanskelige situasjonene har han en egen påminnelse, et sitat han har lånt av forfatteren Laurence Sterne lagret på mobilen: «Når vi hisser oss opp i en diskusjon, er graden av opphisselse omvendt proporsjonal med innsikten i temaet.»

Visjon for egen fremtid

Vi er kommet til dessert nå og må runde av intervjuet. Hvordan er fremtiden til denne unge mannen?

– Om fem år tror jeg at jeg er fastlege i 50 prosent stilling og jobber 50 prosent med forskning og samfunnsmedisin. Når det gjelder allmennpraksis er jeg likevel redd for at dagens ordning med næringsdrift vil ekskludere

meg. Jeg er redd for for mye driftsansvar fra første dagen, for lite virkelig veiledning – i motsetning til veiledning på papiret- og for å måtte ta imot for mange pasienter daglig for å gå i økonomisk balanse i stedet for å kunne bruke god tid på de pasientene som trenger det. Jeg håper virkelig at fremtiden gir meg muligheter til å drive, i hvert fall i begynnelsen, på fastlønn. Om ti år kan jeg derimot tenke meg at jeg jobber som fastlege med tradisjonell drift over normaltariffen i cirka 50 prosent stilling. Samfunnsmedisin er jeg også veldig opptatt av. Jeg har også ønske om å ta en master i helseledelse og bli spesialist i samfunnsmedisin, kanskje om ti år jobber jeg delvis som kommuneoverlege for eksempel? Det er unaturlig for meg å jobbe bare 100 prosent. Det er så mye som er gøy!

Det er mye Robert er opptatt av som ikke har fått plass i intervjuet; at han også jobber i en 20 prosent stilling for å få bedre samhandling mellom Solli DPS og fastlegene er bare noe av det vi kan nevne. Det kan tenkes at livet gir intervjuobjektet flere realitetsorienteringer når han har så mange ønsker og drømmer, men dette er han ikke redd for. Alt i alt koker dette ned til det samme: Vi kommer til å høre mer om Robert Burman.

Allmenmedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmenmedisinen 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.

En økonoms blikk på fastlegeordningen

■ INGER CATHRINE KANN *forsker, forskningssenteret (HØKH)*

Leger motiveres sannsynligvis i stor grad av andre forhold enn de økonomiske, men avlønningsordningen bidrar isolert sett til at *det lønner seg*¹ å ha lange lister, korte konsultasjoner, å beholde pasientene som er registrert på lista, og å tiltrekke seg nye. Mine forskningsresultater viser at fastleger som praktiserer i kommuner hvor det i sum er flere tilgjengelige listeplasser enn pasienter, skriver ut mer medisiner enn i områder med lavere legetetthet. Fastleger som har åpne lister, skriver ut mer vanedannede medisiner *per pasient*, mer medisiner på blå resept *per pasient*, samt flere forskjellige medikamenter (polyfarmasi) *per pasient* enn leger som har fulle lister. Jeg diskuterer i denne artikkelen om dagens avlønning av leger bidrar til bedre helse i befolkningen og god utnyttelse av helseressursene.

1 I betydningen «man tjener mer penger».

Fordi det har vært uttrykt bekymring knyttet til overmedisinering av eldre så jeg i denne studien på alle reseptbelagte medikamenter hentet ut på apoteket av pasienter over 70 år i tidsperioden 2004–2007. Ved å koble disse dataene til fastlegeregisteret, kunne jeg studere fastlegens rolle i forskrivning til denne aldersgruppen. Undersøkelsen viste en betydelig økning i antall døgndoser, antall ulike legemidler benyttet samtidig (polyfarmasi), og mengde vanedannende medisiner hentet ut per pasient over tid. Veksten i polyfarmasi viste seg å være størst for den delen av pasientene hvor fastlegen alene forskriver medisiner.

Et viktig spørsmål er om, og eventuelt hvordan, fastlegeordningens organisering og avlønningssystem påvirker forskrivningspraksis. Jeg så kun på medikamenter som fastlegen skrev til sine listepasienter, og kontrollerte for ulik pasientsammensetning på legens liste, legens kjønn, alder og spesialitet. Fordi jeg observerte hver lege 16 ganger, kunne jeg benytte metoder som også tok hensyn til uobserverte forskjeller mellom legene som var stabile over tid².

Jeg fant at fastleger skriver ut mer medisiner per pasient jo lengre liste de har. Fastleger som praktiserer i kommuner hvor det i sum er flere tilgjengelige listeplasser enn pasienter, skriver ut mer medisiner enn i områder med lavere legetetthet. Fastleger som har åpne lister, skriver ut mer vanedannede medisiner

2 Man kan si at hver lege kontrolleres mot seg selv på tidligere tidspunkt. Vi kan altså se bort fra alle forhold – målte, umålte og umålbare – som skaper vedvarende forskjeller mellom legene (fast effekt modell).

per pasient, mer medisiner på blå resept per pasient (1), samt flere forskjellige medikamenter (polyfarmasi) per pasient enn leger som har fulle lister. Siden det skjer høyst signifikante endringer i legers adferd når legetettheten forandrer seg i deres kommune, dersom listen åpnes og når listestørrelsen endres, indikerer dette at det ikke bare er pasientens helse, men også avlønningsordningen som påvirker legens adferd. Effektene er sterkere for mannlige enn kvinnelige fastleger, men når det gjelder listelengde, er effektene også sterke for kvinnelige leger.

Hvordan økonomiske insentiver er ment å virke

Betaling per konsultasjon/prøve bidrar til at legen tjener mer jo flere konsultasjoner, prøver og tester som tilbys. De som har stor tilgang på pasienter vil også tjene mer jo mindre tid de benytter på hver oppgave, siden de da kan ta inn flere pasienter i løpet av arbeidsdagen. Dette gir effektivitet i betydningen flere behandlede pasienter per tidsenhet, mens kvaliteten i behandlingen eller relevansen av prøvene som tas, ikke utløser betaling.

Betaling per pasient på lista gjør at legen tjener mer jo flere pasienter de har på lista. Av økonomiske hensyn lønner det seg for legen å beholde pasientene de har på lista og eventuelt også tiltrekke seg nye pasienter. Dette gir en slags konkurranse om pasienter og gjør at legen må være lydør ovenfor pasientens ønsker; gjøre pasientene fornøyd. For å sette det på spissen bør legen gi pasientene det pasientene vil ha. Ett problem med å designe et slikt



FOTO: COLOURBOX/78 (PENGER). MONTASJE: 07 AURSKOG

betalingssystem er at viktige elementer som kvalitet i helsetjenesten ikke er forhold som det kan utformes kontrakt på, det kan ikke måles direkte og kan ikke være basis for betaling (2).

Det er godt dokumentert at legers adferd påvirkes av avlønningsordning

Den økonomiske litteraturen viser nokså entydig at avlønning og organisering av allmennleger påvirker legers adferd (3). Eksempelvis analyserer Helmchen og Lo Sasso (4) et system der leger med samme pasientpopulasjon går fra et fastlønnsystem til et avlønningssystem med innsattsstyrt lønn. De fant at antall konsultasjoner økte med opp til 61 prosent uten at pasientsammensetningen ble endret. Bli man friskere av å gå oftere til legen? Scott og Conelly (3) oppsummerer hva vi vet om effekt av avlønning av leger i en nylig publisert artikkel. De drøfter erfaringer fra Australia, og anbefaler sterkt at man evaluerer effektene av økonomiske insentiver både med hensyn til helsegevinst, kostnadseffektivitet og utilsiktede negative virkninger. De hevder i sin artikkel at det er godt dokumentert internasjonalt at finansielle virkemidler bidrar til høyt servicenivå og styrer hvilke

aktiviteter legen prioriterer, men vi vet sjeldent hvordan dette påvirker pasientenes helse (5). Mullen m.fl. (6) hevder i sin artikkel at det ikke er dokumentert at finansielle virkemidler bedrer helsa til befolkningen: Når man innfører betaling for en tjeneste, vris aktiviteten mot det som gir belønning, men dette skjer på bekostning av aktiviteter som ikke belønnes, og totaleffekten for befolkningen tas ikke i betraktning.

I Norge vet vi ikke hvordan fastlegeordningen har påvirket pasientenes helse, eller om effektiviteten i helsevesenet som helhet ble påvirket. Vi vet heller ikke om prosedyretakstene i normaltariffen, hvor mange nettopp skal bidra til å øke kvaliteten faktisk bedrer pasientpopulasjonens helse.

Bør vi forvente bedre helse i befolkningen ved dyre reformer?

Kostnadene for stat, kommune og pasienter økte betydelig ved innføringen av Fastlegeordningen i 2001. Riksrevisjonen beregnet at når man korrigererte for takstøkningen, så økte statens utgifter med 42 prosent, kommunens med 33 prosent og pasientenes med 12 prosent (7).

Fastlegeordningen fra 2001 var en relativt dyr reform. Dersom den har hatt utilsiktede

negative effekter som overforbruk av enkelte tester og prosedyrer, kommer disse kostnadene i tillegg. Flere undersøkelser har imidlertid vist at pasientene ble mer fornøyd etter fastlegeordningen (8). I mange tilfeller er pasienttilfredshet noe legen bør strekke seg mot, men ikke alltid. Kunne en annen omorganisering gjort pasientene like fornøyd og samtidig gitt bedre utnyttelse av helseressursene? Dette er spørsmål man alltid bør stille seg. Effektivitet og kvalitet i fastlegeordningen bør holdes opp mot kostnadene. Dette er hittil ikke gjort (8).

Hva motiverer leger – kan detaljstyring redusere motivasjon?

Psykologen Edward Deci skiller mellom indre og ytre motivasjon (9). Indre motivasjon definerer han som motivasjon som kommer fra gleden man får fra oppgaven i seg selv eller fra følelse av tilfredshet ved å fullføre oppgaven. For eksempel kan mange legeoppgaver knyttet til å hjelpe og bedre menneskers liv, eller endog redde liv, kunne være helt eller delvis motivert ut i fra en slik indre motivasjon. Ytre motivasjon derimot definerer Deci som motivasjon knyttet til ulike belønningssystemer. Man jobber for å oppnå en belønning, for eksempel gode karakterer, gode

skussmål eller å tjene mer penger. Økonomen Bruno Frey (10) brukte denne inndelingen av motivasjon inn i klassiske økonomiske modeller, og viste at den ene motivasjonen kan fortrenge den andre. For eksempel kan økonomiske insentiver delvis fortrenge den indre motivasjonen legen har. Dette er vist i empirisk i studier utenfor legeområdet. I en studie av økonomiske insentiver ble det innført en avgift når foreldre kom for sent for å hente barna i barnehagen. Hypotesen var at når foreldrene måtte betale hvis de kom for sent, ville de anstrenge seg mer for å komme tidnok. Dette førte imidlertid til at andelen foreldre som kom for sent økte (11). Når man fjerner avgiften fordi den ikke hadde den ønskede effekten, bidro dette imidlertid ikke til at den initiale situasjonen ble gjenopprettet. Dette kan tolkes dit hen at den indre motivasjonen for ikke å komme for sent var sterkere enn den ytre knyttet til avgiften som ble innført, men at denne indre motivasjonen eller evt de moralske normene ble endret av at man innførte avgiften. Frey og Götte (12) fant i et annet eksperiment at arbeidsmengden til frivillige sank etter at finansielle insentiver ble introdusert. I en kjent artikkel fra 1970 sammenlignet Titmuss frivillige blodgiversystemer med systemer der man fikk betaling for å gi blod, og fant at systemet der man fikk betalt for å gi blod ga lavere kvalitet og kvantitet av blodet som ble levert, enn systemet uten betaling. Empiriske og teoretiske studier tyder på at betalingsmåte påvirker arbeidsmoral eller indre motivasjon (13, 14). Dette kan tolkes som at moralbegreper endres når betaling innføres, eller at den indre motivasjonen fortrenge av belønningssystemer.

Betalingsordningenes effekt på arbeidsmoral på lang sikt er også diskutert i litteraturen. Resultatene er relativt dystre. Avlønningssystemer der oppgaver er nært knyttet til økonomisk gevinst fører ofte til et snevrere fokus, og man mister helheten av syne. Man blir flinke til å gjøre det som gir økonomisk gevinst, men får et mindre helhetlig bilde på oppgaven som skal løses. Janssen og Mendys-Kamphorst (2004) hevder at det å innføre markeds mekanismer på områder der sosiale normer er avgjørende for innsats, ikke bare vil stimulere til egoistisk oppførsel, men også ha langsiktige effekter på arbeidsmoral. Kost-

naden ved å innføre en pris, er at normer for sosial aksept forsvinner (i følge Jansen og Mendy Kamphorst), slik eksempelet fra barnehagene også viste

Da Ostroms mottok Nobels minnepris i økonomi i 2009, kom hun med følgende appell:

«Det å designe insentivsystemer som motiverer individer til egennyttig adferd har vært et hovedmål i samfunnsanalyser det siste halve århundre. Omfattende empirisk forskning gjør at jeg mener det er grunn til å anbefale at man istedenfor gjør det til en sentral målsetting å tilrettelegge for utvikling av institusjoner som får frem det beste i mennesket³».

Kanskje bør vi i større grad finne systemer der legers indre motivasjon for å gjøre en god jobb trekker i samme retning som de finansielle virkemidlene.

Fastlegereformen omtales som svært vellykket, og man viser da blant annet til den økte pasienttilfredsheten. Men hva er grunnen til at en slik store omlegging i helsevesenet ikke er blitt evaluert med hensyn på kostnader og helseeffekter for befolkningen? Er det fordi økonomiske insentivsystemer betraktes som så positivt per se at evalueringer ikke gjennomføres? Vi trenger mer kunnskap om hvordan fastlegenes betalingsordninger virker på legers motivasjon og pasienters helse. Å gå bort fra dagens ordning uten å vurdere hva man skal gå til, er neppe lurt. Men å vurdere alternative avlønnings- og arbeidsformer, og innføre disse noen steder i landet, og evaluere eventuelle endringer på helse og legers samarbeid og motivasjon bør kanskje vurderes?

Det kan kanskje utvikles samarbeidsmodeller hvor fastlegen får fastlønn og inngår i team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og der fastleger og spesialister samarbeider om å få best mulig behandlingsresultat. Eventuelt kan lønna avhenge av utvikling i helse mål i befolkningen som dødelighet, liggetid på sykehus, innleggelse, sykkelighetsindikatorer, feilmedisineringsindikatorer og så videre, i tillegg til «fornøydhetsindikatorer» for pasientene.

³ «Designing institutions to force (or nudge) entirely self-interested individuals to achieve better outcomes has been a major goal posited by policy analysts for governments to accomplish for most of the past half century. Extensive empirical research leads me to argue that instead, a core goal of public policy should be to facilitate the development of institutions that bring out the best in humans» (15).

REFERANSER

1. Kann, I.C., Biørn, E., Lurås, H., 2010. Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *J. Health Econ.* 29, 751–764.
2. McGuire, T.G., Chapter 9 Physician agency. In: Anthony, J.C.a.J. (Ed.), *Handbook of Health Economics* Elsevier, pp. 461–536. 2000
3. Scott, A., Connelly, L.B., 2011. Financial incentives and the health workforce. *Aust. Health Rev.* 35, 273–277.
4. Helmchen, L.A., Lo Sasso, A.T., 2010. How sensitive is physician performance to alternative compensation schedules? Evidence from a large network of primary care clinics. *Health Econ.* 19, 1300–1317.
5. Janssen, M.C.W., Mendys-Kamphorst, E., 2004. The price of a price: on the crowding out and in of social norms. *Journal of Economic Behavior & Organization* 55, 377–395.
6. Mullen, K.J., Frank, R.G., Rosenthal, M.B., 2010. Can you get what you pay for? Pay for performance and the quality of healthcare providers. *The RAND Journal of Economics* 41, 64–91.
7. Helse- og omsorgsdepartementet, 2005. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Administrativ rapport nr. 1 2005 (2004–2005).
8. Sandvik, H., Evaluering av fastlegereformen 2001–2005: sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter (Summary in English). Research Council of Norway 2006.2006.
9. Deci, E.L., 1971. Effect of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology* 18, 105–115.
10. Frey, B.S., Not just for the money: an economic theory of personal motivation. Edward Elgar, Cheltenham, U.K. 1997.
11. Gneezy, U., Rustichini, A., 2000. Fine Is a Price, A. *J. Legal Stud.* 29, 1.
12. Frey, B.S., Goette, L., 1999. Does pay motivate volunteers.
13. Holmås, T.H., Kjerstad, E., Lurås H., Straume, O.R., 2010. Does monetary punishment crowd out pro-social motivation? A natural experiment on hospital length of stay. *Journal of Economic Behavior & Organization* 75, 261–267.
14. Brekke, K.A., Nyborg, K., 2010. Selfish bakers, caring nurses? A model of work motivation. *Journal of Economic Behavior & Organization* 75, 377–394.
15. Ostrom, E., 2010. Beyond markets and states: polycentric governance of complex economic systems. *Am. Econ. Rev.* 100, 641.

inger.cathrine.kann@ahus.no

Samhandlingsreformen

– status så langt

Samhandlingsreformen skal fremme og kvalitetssikre helhetlige pasientforløp, folkehelse-tiltak og tilbud til pasientene nærmere der de bor. For å sikre reformens intensjoner, forplikter den nye helse- og omsorgstjenesteloven kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler. Hva er så fremdriften i arbeidet og hvilke endringer har reformen medført – så langt?

Stortingsmelding nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid legger opp til at oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, over tid skal overføres til kommunene. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den bruker sin spisskompetanse mer effektivt, mens kommunene i større grad skal håndtere pasientgrupper med sammensatte lidelser («gråsonepasienter») – herunder psykisk syke, rusavhengige, pasienter med sykkelig overvekt og diabetes-, hjertesvikt- og KOLS-pasienter. Kommunene kan velge om de vil kjøpe tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller bygge opp alternative tilbud lokalt. Innen 2016 skal kommunene ha på plass øyeblikkelig hjelp-tilbud og ulike intermediært tilbud.

Selv om samhandlingsreformen kun er et halvt år gammelt og det ennå er tidlig å si noe om dens langsiktige effekter, ønsker vi å vite hvilke tanker og erfaringer leger i forskjellige deler av landet gjør. Utposten har bedt kolleger om å besvare følgende spørsmål:

- ❶ Hva anser du – fra ditt lokale ståsted – som de mest positive effektene av samhandlingsreformen?
- ❷ Hvilke konsekvenser har reformen for dine pasienter?
- ❸ Hvilke tiltak eller prosesser har reformen ført til i ditt distrikt eller din arbeidsarena?
- ❹ Hvordan kan samhandlingsreformen fremme behovene til pasientgrupper som i dag tilligger «gråsonen» mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?



Torunn Christiansen,
FASTLEGE I ØKSNES (NORDLAND)

❶ Det positive er at vi er blitt tvunget til å sette oss sammen med helseforetaket og med nabokommuner for å jobbe frem samarbeidsavtalene. Mye kan sies om prosessene. Følelsen av å være «lillebror» som må godta det «storebror» bestemmer, er definitivt tilstede. Likevel er det nyttig med dialog; det er også nyttig å formalisere eksisterende rutiner samt legge til nye rutiner ut fra kravene som stilles. Vi har også gjennomgått kommunens egen virksomhet og gjort forbedringer i informasjon flyt. Dette gjelder korrekt informasjon i innleggesskriv og koordinering av informasjon om og ivaretagning av utskrivningsklare pasienter. Jeg håper reformens fokus på forebygging skal bidra til at færre får livssyttilssykdommer, at færre får rusproblemer, og at færre barn med psykisk syke foreldre blir syke selv.

❷ Noen få av mine pasienter er blitt sendt innom sykehjemets korttids plass etter utskrivning fra sykehuset og før hjemreise. Jeg er usikker på om dette ville vært annerledes uten samhandlingsreformen, da jeg bor i en kommune som i 2011 klarte å ta unna alle utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Jevnt over defineres pasientene som utskrivningsklare tidligere enn før, men sykehjemmene har så langt klart utfordringen godt. Kommunal ø-hjelpsseng er ennå ikke etablert, skjønt her har vi hatt en praksis med avtale om å bruke ledig kapasitet på sykehjemmene til korte opphold for avklarte pasienter som er for syke til å være hjemme. En positiv indirekte konsekvens for pasientene er at journalopplysningene er mer korrekte. Dette øker pasientsikkerheten.

❸ Det er etablert en koordinerende enhet der de ulike kommunale helsetjenester fordeles. Her meldes utskrivningsklare pasienter. Be-

hovene deres avklares slik at de får rett omsorgsnivå. Vi har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling og videokommunikasjon med de muligheter det medfører for bedre kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten og andre aktører i behandlingsskjeden.

Det er ellers igangsatt prosesser hva gjelder avtalene med helseforetaket både på lokalt og regionalt plan. Som tillitsvalgt sitter jeg i et lokalt samhandlingsreformteam og i en regional arbeidsgruppe som skal jobbe frem avtaleforslag. Så langt bærer dessverre prosessen preg av hastverk. Vi som kommuner er i realiteten ikke likeverdige parter i forhold til helseforetaket; vi har begrenset innflytelse på avtalenes innhold. Det jobbes annerledes med de resterende tjenesteavtalene, og vi håper at prosessen fremover blir mer fruktbar enn den var før inngåelse av de første avtalene.

❹ Ved at kommunene bygger opp kompetanse for å håndtere indremedisinske utfordringer, smertelindring, kreftomsorg og diabetes, blir vi i økende grad i stand til å ta oss av flere av pasientene våre selv. Slik kan eldre og skrøpelige pasienter slippe unødvendige sykehusinnleggelser. Vi kan gjøre mer av det palliative arbeidet lokalt. Kreftpasienter som ofte ser det som et ork å reise inn til sykehuset for å få cytostatika, kan få behandling lokalt. Vi kan bruke egne ressurser også i opplæring og kursing, etter hvert som flere lærings- og mestringsentre desentraliseres.



Anette Fosse, FASTLEGE OG SYKEHJEMSLEGE I MO I RANA (NORDLAND)

❶ Kommunene har begynt å snakke sammen! Helgeland består av 18 kommuner med folketall fra 497 (Træna) til 25652 (Rana), mye kyst og mye fjell, store avstander, fire region-sentra og lange tradisjoner for lokaliseringstrider. Gjennom arbeidet med samarbeidsavtalene fant alle de 18 kommunene sammen

for å stå sterke overfor Helgelandssykehuset. Dette øker førstelinjens innflytelse på arbeidet med samarbeidsavtalene, og kan bidra til at den videre utviklingen av helsetjenesten på Helgeland samordnes bedre.

Vi har jobbet med samhandling lenge før samhandlingsreformen. Det er møysommelig og langsiktig arbeid som handler om samarbeidet rundt enkeltpasienter, klinisk faglig

systemsamarbeid, administrativt/organisatorisk samarbeid, IT og ledelse. Målet er å gi pasientene et velfungerende og samordnet helsetilbud ved å avklare hvem som gjør hva og når, og å minimalisere alt plunder og heft i hverdagen. Forbedringspotensialet er fortsatt stort.

Samarbeid er person- og systemavhengig. Personlig samarbeidsevne kan hemmes eller fremmes av det systemet vi jobber i. Samhandlingsreformen har allerede bidratt til å sette fart på utvikling av lokale samarbeidssystemer mellom sykehus og kommuner og interkommunalt. Økt fokus på samhandling bidrar til at vi blir mer oppmerksom på det som ikke fungerer. Forventningene til at det skal kunne skje forbedringer øker. Det er et godt utgangspunkt.

② Den sentraldirigerte oppstarten av reformen satte fokus på utskrivningsklare pasienter med økonomi som hovedvirkemiddel. Økonomi er «potent medisin» som gir både ønsket effekt og potensielt alvorlige bivirkninger. Den mest åpenbare konsekvensen hos oss er at sykehuset er raskere til å melde pasienter utskrivningsklare, og kommunen er raskere til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det fungerer bra når sykehuset har gjort nødvendig utredning og har igangsatt behandling, og når kommunen kan gi forsvarlig oppfølging. Slik er det ikke alltid. Vi fastleger og sykehjemsleger har et inntrykk av at fokuset på å få pasienten ut av sykehuset noen ganger blir større enn fokuset på å finne ut hva som egentlig feiler pasienten. Det rammer spesielt pasienter med uklare tilstander og mange sykdommer, dvs. hovedsaklig eldre. Dette er ikke et nytt fenomen som oppsto med samhandlingsreformen, men den har nok forsterket det. En slik tendens kan motarbeides ved å bruke samarbeidsavtalene aktivt til å kreve at sykehuset oppfyller kriteriene for når en pasient kan regnes som utskrivningsklar. Legekompetanse på kommunesiden i arbeidet med utskrivningsklare pasienter er antagelig nødvendig for å oppnå dette.

③ På legekantoret merker vi lite til reformen, bortsett fra at vi har større oppmerksomhet på om samarbeidet med sykehuset fungerer eller ikke fungerer. Jeg jobber som sykehjemslege i en korttidsavdeling, og merker den økte aktiviteten rundt utskrivningsklare pasienter. Kommunen hadde allerede før oppstart av samhandlingsreformen styrket korttidsstilbudet både når det gjelder antall plasser og når det gjelder lege- og sykepleierbemanning. Vi håndterer i.v. behandling, lindrende behandling, demensutredning, funksjonskartlegging osv. Stort sett fungerer samarbeidet med sykehuset bra, men vi er blitt mer nøye med å påpeke når sykehuset

ikke oppfyller samarbeidsavtalen i forbindelse med overflytting av pasienter. Det er planlagt evalueringsmøte i løpet av våren.

På Helgeland er det interkommunale samhandlingsprosjekter i gang i alle de fire tyngdepunktene (Rana, Vefsn, Sandnessjøen, Brønnøysund, med omkringliggende kommuner). Det planlegges lokalmedisinske senter i hvert område, dels som en fysisk bygning med sengeplasser og fagmiljø, dels som faglige nettverk som bidrar til at tilbud kan gis i hjemkommunen til pasienten.

④ En «gråsoner» er et område der ansvar og arbeidsdeling ikke er avklart. Det kan være faglig overlapp eller faglige hull. Det kan være et område som begge nivåer ønsker å dekke (f.eks. svangerskapsomsorgen) eller et nivå som ingen dekker godt nok (f.eks. utredning av funksjonssvikt hos skrøpelige eldre). Rus/psykiatri er et område som rammes av både hull og overlapp. Gråsonene kan finnes mellom kommuner og lokalsykehus og mellom lokalsykehus og universitetssykehus. Problemet for pasientene oppstår når de blir dyttet fra det ene nivået til det andre på grunn av ansvarsfraskrivelse og manglende samordning.

Vi har lenge jobbet med å avklare gråsonene lokalt på Helgeland og i Helse Nord. Samhandlingsreformen bidrar til at arbeidet blir mer prioritert. Spesielt på kommunenivå skjer det en bred mobilisering. Det jobbes aktivt med å beskrive og planlegge en styrking og utvidelse av det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Utfordringen er å sikre at forsvarlige tjenester er på plass i kommunene før sykehuset endrer sine tilbud. Dette er ingen selvfølge, men den arenaen som er skapt mellom helseforetak og kommuner i forbindelse med samarbeidsavtaleforhandlingene kan bidra til at utviklingen av det totale helsetilbudet blir mer sammenhengende og forsvarlig, slik at gråsonene etter hvert blir minst mulig.



Ottar Grimstad, KOMMUNEOVERLEGE I HAREID (MØRE OG ROMSDAL)

① Samhandlingsreformen har ført til bedre kontakt og samarbeid mellom sjukehus og primærhelsetjeneste og mellom kommuneoverlegar og leiting for omsorgstenestene i nabokommunene våre. Utskrivningsklare pasienter får kome raskare tilbake til heim-

Stikkord om samhandlingsreformen

HELSEPOLITISKE MÅL:

- redusere sykkelighet og styrke forebyggende helsearbeid
- mer helhetlige og koordinerte helsetjenester
- dempet vekst i forbruket av sykehustjenester, kommunene skal «levere mer»
- rett behandling på rett sted til rett tid
- bærekraftig helsetjeneste tuftet på kvalitetsmål

STRATEGIER OG VIRKEMIDLER:

- økt satsing på folkehelse, habilitering og rehabilitering
- bruker- og medarbeiderinnflytelse, avtalte behandlingsforløp
- forpliktende samarbeid mellom tjenesteaktører
- utvikle IKT
- kvalitetskrav til fastlegene
- styrke kompetanse i kommunehelsetjenesten
- kommunalt medfinansieringsansvar; betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter
- kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud fra 2016



St.meld. nr. 47
(2008-2009)

Samhandlingsreformen

Rett behandling – på rett sted – til rett tid

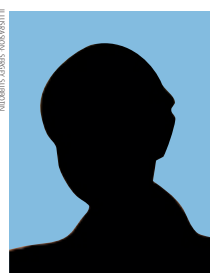


kommunen. Det har starta arbeid for å bedre kvalitet og tilbud i lokale omsorgstenester.

② Foreløpig er konsekvensane for pasientane små, bortsett for dei få som fekk kome raskare tilbake frå sjukehus da dei var ferdig der.

③ Mest konkret er planlegging av øyeblikkelig hjelp tilbud ved sjukeheimen – med standardheving av legebemanning og oppkvalifisering av pleiepersonell.

④ Foreløpig har ikkje samhandlingsreformen vesentleg effekt på gråsonerområda. Det vil nok fortsatt vere uklareheit om fagleg ansvar og økonomisk ansvar. Så lenge både kommuner og helseforetak er hardt økonomisk pressa, trur eg pasientane vil lide.



Tone Hagen, KOMMUNELEGE I STOR-ELVDAL (HEDMARK)

① Jeg er fastlønnet kommunelege i en utkantkommune med 2600 innbyggere. Jeg kan ikke si at jeg opplever noen positive effekter. Etter at samhandlingsreformen ble vedtatt, har kommunen utnevnt en koordinator som skal arbeide med saken. Det er en person uten helsefaglig bakgrunn. Vi bruker derfor en del tid på å gi vedkommende basiskunnskap.

② Intensjonen med reformen er at folk skal få flere helsetjenester lokalt, og at det skal legges større vekt på forebyggende arbeid. Vi ønsker å tilby mer akutthjelp på det lokale sykehjemmet. Det vil ikke være mulig hvis legevaktordningen sentraliseres og legevaktlegen sitter 10 mil unna. En forutsetning for at dette skal kunne gjennomføres, er at det er lokal lege tilgjengelig også på kveld og natt. Den andre forutsetningen er at det er sykepleierbemanning hele døgnet, også i ferier.

Samhandlingsmidlene som kommunen har fått i år, er allerede «oppbrukt» med nåværende antall sykehussinleggelse. Siden vi alltid har tatt imot utskrivingsklare pasienter, er det heller ikke mulig å spare noe på å være

mer aktiv her. Det er varslet at overføringene skal reduseres i årene fremover. Jeg kan ikke se hvordan man raskt skal kunne hindre at gamle folk blir syke. Enten må vi heve terskelen for sykehusinleggelse, eller så følger vi vår medisinske samvittighet og legger dem inn. I så tilfelle, sprekker kommunenes budsjett for sykehusinleggelse.

③ Kommunen har som nevnt en person uten medisinsk faglig bakgrunn som skal planlegge det hele. Legene, helsesøstrene, leder for sykehjemmet og sykepleierforbundet har kommet med innspill, men det er ikke kommet noe konkret ut av dette. Vi ønsker å øke innsatsen innen kostveiledning på skolene, og øke kapasiteten for barn og unge som trenger samtaler pga. psykiske problemer. Det finnes det ikke penger til å gjøre.

④ Jeg er redd for at i årene fremover vil de resurssterke forlange sykehusinleggelse når de mener de trenger det. For de mer beskjedne, vil terskelen for å få nødvendig helsehjelp bli høyere. Også hos gamle kronikere vil ofte sykehusets ressurser være nødvendig for diagnose og behandling. Jeg ser for meg at disse vil få dårligere helsetilbud. En annen sak er at «kontrollpasienter» på en del poliklinikker, burde få sin oppfølging hos fastlege i større grad enn nå. Dette gjelder pasienter som har vært utredet, men trenger kontroll av medisiner.



Ivar Thomsen, FASTLEGE I STAVANGER

① Det er vanskelig å forutsi de positive effekter av en reform som til helt nylig kun har fungert på skrivebordet. Det er et stort problem at reformen ikke er blitt pilotert, gitt de utfordringer dette medfører for kommunenes helse- og omsorgstjeneste. Spørsmålet er om kommunene er i stand til å bygge opp nødvendig kompetanse til å ivareta oppgavene de er tiltenkt. For å vinkle dette positivt,

kan man si at reformen setter et skarpere lys på helhetlig pasientforløp der pasientene ikke skal oppleve et vakuum idet spesialisthelsetjenesten er ferdig med sin utredning og behandling. Kommunene får et definert ansvar for å etablere helsetjenester som ivaretar pasienten i det videre forløp, og dette vil forhåpentligvis hindre reinnleggelse og svingdørspasienter – som oppleves traumatisk for den enkelte pasient og som er ressursløsende for helsetjenesten. Dette er spesielt viktig når det gjelder pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

② Jeg håper på flere frisklivssentraler – dit vi kan henvise pasienter med livsstilssykdommer og livstilsproblemer. Dette tiltaket er viktig dersom vi skal klare å gjøre noe med de store livsstilssykdommene: overvekt, diabetes, hjertesykdommer, muskel-skjelett-lidelser og lettere psykiske og somatoforme lidelser. Jeg håper også det vil bli opprettet kommunale tilbud til pasienter med uavklarte tilstander som krever noe mer pleie, tilsyn og behandling enn det man kan håndtere i hjemmet.

③ Reformen har foreløpig ikke medført spesielle tiltak eller prosesser i mitt distrikt eller på min arbeidsarena. Vi har relativt nylig fått etablert elektronisk kommunikasjon og samhandling med den kommunale omsorgstjenesten, noe som gjør det lettere og raskere å overføre nødvendig informasjon mellom fastleger og omsorgstjenesten, eksempelvis medikamentlister.

④ Nettopp her har samhandlingsreformen et stort potensial, men det blir nok også krevende øvelser for landets 430 uensartede kommuner. Jeg tenker spesielt på gruppen med livsstilssykdommer og sammensatte tilstander. Mye kan gjøres i form av f.eks. gruppebehandling, møter og kurs, men det vil kreve kompetanseoverføring fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Dette er en kompetanse som de færreste kommuner har – og det blir utfordrende å bygge den opp.

Nok et viktig spørsmål er hvor godt forberedt fastlegene er på det som forventes av oss i henhold til samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften. At det vil bli krevd mer av oss er åpenbart, men enn så lenge kan vi se langt etter økte ressurser. Vi innehar en nøkkelrolle for at reformen skal lykkes, men vi må ikke ende opp med svarteper.

Det som er spennende
 og viktig for deg – er spennende
 og viktig for **Utposten!**

Sovemedisin – Vekkekemedisin

■ BENNY ADELVED *fastlege og praksiskonsulent
ved ortopedisk avdeling, Sykehuset Østfold*

Med lukkede øyne lent mot en billettautomat forsøkte jeg å holde på morgentrettheten som jeg ennå kjente i kroppen etter å ha stått opp en time tidligere enn min daglige rutine tilsa. Håpet var å på ny kunne gli inn i søvnen under togreisen til Oslo. Planen var å komme meg inn på toget så fort som mulig før den sure novemberluften vekket meg mer enn høyst nødvendig. Hvem kunne regne med frosne jernbaneskinner, snømasser og alternativ busstransport og derav forsinket ankomst til konferansen? Nei, ingen bonussøvn på toget den gangen.

«Dette må da være noe for deg...?!» sa min sjef, halvt bedende da hun merket min avmålte interesse for konferansen. Tittelen, «Nettverksbasert Læringsseminar for Samstemming av Legemiddellister», ga ingen indikasjon på at dette egentlig var starten på en prosess som ville kreve både sin mann og tid. Konferansens mål og delegatenes oppdrag var følgende: å forhindre 1500 unødvendig dødsfall pr år som følge av feilaktig medisin-håndtering. 1500 dødsfall pr år! - hadde jeg ikke hørt denne statistikken før? Jo, fra en kollega i Gjøvik¹ hvor de hadde kartlagt forekomst av feil i epikriser tidligere samme år.

På toget tilbake fra konferansen var jeg definitivt våken. Jeg falt i tanker og forundret meg over statistikkens mysterier. Den er eksakt og gir et ganske nøyaktig bilde av en gitt situasjon, men gir samtidig leseren en følelse av distanse og fremmedgjøring av den enkelte skjebne. 1500 dødsfall i Norge betyr én pr uke i nedslagsfeltet for mitt lokalsykehus eller en pasient tredje hvert år i min egen fastlegepraksis. Unødvendig dødsfall er selvfølgelig uakseptabelt, men på det tidspunktet savnet jeg en ansvarsfølelse. På den andre siden kjentes ansvarsfølelsen desto sterkere da jeg tre uker senere satt med egenprodusert statistikk fra egen virksomhet som for øvrig bekræftet resultatene fra Gjøvik.

¹ Frydenberg og Brekke Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggelsesskriv og epikriser. Tidsskrift for DNLF 9/10 2011

«Dette må være noe for deg...!» sa jeg til min sjef mens jeg skjøv rapporten over hennes bord. Det faktum at annenhver pasient på Ortopedisk avdeling i SØ får minst en feil medisin eller ikke får den medisin som de skulle hatt, var så alvorlig lesning at hun på sittende møte vedtok at min arbeidsgruppe fikk vidstrakt mandat til å utarbeide forslag til nye rutiner. I løpet av noen uker hadde gruppen skissert et detaljert forslag som skulle styre medikamentoversikten fra det tidspunkt pasienten kommer til akuten, gjennom sykehusoppholdet og til utskrivning.

Sykehuset jobber for å bedre sine rutiner som er vel og bra, men hva så med fastlegenes rolle? Fastleger er tross alt den viktigste aktøren i samstemming av legemiddellister og alt er avhengig av at fastlegene fortløpende oppdaterer egne pasienters medisinliste i hht. innkommende epikriser. Jeg som fastlege bruker i snitt opp til 45 minutter daglig for å gå gjennom 15–20 epikriser og oppdatere den enkelte pasients legemiddelliste. Dette merarbeid kommer i tillegg til en allerede full arbeidsdag og må derav gjøres etter ordinær arbeidstid – selvsagt uten betaling.



FAKTA

Gjøvik sykehus, 2009.



- Minst en medikamentrelatert feil i 53% av henvisningene.
- Minst en medikamentrelatert feil i 49% av epikrisene.
- Bare 21% har legemiddelliste ved akutt innleggelse.

Sykehuset Østfold (SØ), ortopedisk avdeling 2011



- Minst en medikamentrelatert feil i 50–70% av innleggelsesnotat, kurve eller epikrise.
- Bare 4% har legemiddelliste ved akutt innleggelse.

Forslag til nye rutiner ved ortopedisk avdeling, SØ

1. Innføring av legemiddelanamneseskjema ved innleggelse.
2. Rutiner for avdelingssekretær som innen 24 timer etter innleggelse ringer fastlege.
3. Å ansette klinisk farmasøyt for gjennomgang av legemiddelliste for inneliggende pasienter.
4. Nye rutiner for utskrivningsnotat/epikrise.

 benny@adelved.no

Forfatter Benny Adelved, tankefull over hvor hyppig det forekommer feil i legemiddellistene ved ortopedisk avdeling ved Sykehuset Østfold, der han er praksiskonsulent.

Er'e så farlig a?

Samstemming av legemiddellister – et delprosjekt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender 24/7»

■ **MORTEN FINCKENHAGEN** fastlege ved Bekkestua Fastlegekontor, praksiskonsulent Bærum sykehus, universitetslektor ved avd. for allmennmedisin, UiO og seniorrådgiver i Pasientsikkerhetskampanjen

Svaret på spørsmålet i overskriften er: JA! Det er absolutt berettiget å stille nettopp dette spørsmålet. Av uforklarlige grunner har vi lenge godtatt et system uten definert ansvar for oppdatering av informasjon om pasientenes legemiddelbruk. Det foreligger solid dokumentasjon fra internasjonal forskning om at feilbruk av legemidler knyttet til manglende samstemming (medication reconciliation) gir omfattende pasientskade og død. Dessuten påføres samfunnet store ekstrautgifter knyttet til unødvendige innleggelses og forlengede sykehusopphold. Mangelfulle holdninger og rutiner hos helsepersonell er trolig grunnleggende for å forstå problemets omfang og for å kunne bidra til en endring. Like viktig er behovet for systempåvirkning gjennom helsepolitiske vedtak og offentlige investeringer. Med denne bakgrunn er samstemming av legemiddelinformasjon valgt som satsningsområde i mange andre nasjoners pasientsikkerhetskampanjer. IKT-verktøy vil i framtiden forenkle og kvalitetssikre de daglige rutiner med oppdatering og overføring av legemiddelinformasjon.

I det følgende vil jeg gjøre rede for hvordan delprosjektet *Samstemming av legemiddellister* i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender* organiserer sin innsats. Jeg vil særlig legge vekt på fastlegens rolle og de utfordringer som er knyttet til å motivere denne store legegruppen. Uten motivasjon og innsats fra fastlegene, vil ikke kampanjen kunne nå sine mål.

I trygge hender er en treårig kampanje som skal redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. I trygge hender gjennomføres i spesialist- og primærhelsetjenesten i perioden 2011–2013, på oppdrag fra Helse- og omsorgsministeren.

Kampanjen har tre hovedmål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Kampanjens mål skal nås ved å innføre konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder. Følgende innsatsområder er valgt ut etter en grundig evalueringsspross der man har vurdert forbedringspotensial, støtte i fagmiljøet og effekt av tiltak. Man har også bygget på erfaringer fra andre nasjoners kampanjer.

- Trygg kirurgi med særlig fokus på postoperative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Behandling av hjerneslag
- Forebygging av selvmord og overdose
- Infeksjon ved sentralt venekateter
- Trykksår
- Fall
- Urinveisinfeksjoner

Mer informasjon finnes på kampanjens nettsider: www.pasientsikkerhetskampanjen.no

Kampanjen gjennomfører målinger av pasientskade ved systematisk gjennomgang av et tilfeldig utvalg pasientjournaler ved landets sykehus. Man benytter den validerte metoden Global Trigger Tool (GTT). Kampanjen kartlegger også pasientsikkerhetskulturen både i sykehus og primærhelsetjenesten.

Hvert av kampanjens delprosjekt gjennomfører piloter som danner grunnlag for

nasjonale tiltakspakker med praktisk gjennomførbare tiltak. Prosessmål for tiltakene skal registreres lokalt i et dataprogram for statistisk prosesskontroll (SPC) som kampanjen tilbyr (Extranet). Erfaring fra andre lands kampanjer viser at dette gir et forsterket engasjement lokalt fordi deltakerne får et synlig bevis for at innsatsen gir resultater.

Med erfaring fra et lokalt prosjekt i praksiskonsulentordningen ved Bærum sykehus, er jeg nå engasjert i halv stilling med ansvar for delprosjektet *Samstemming av legemiddellister*.

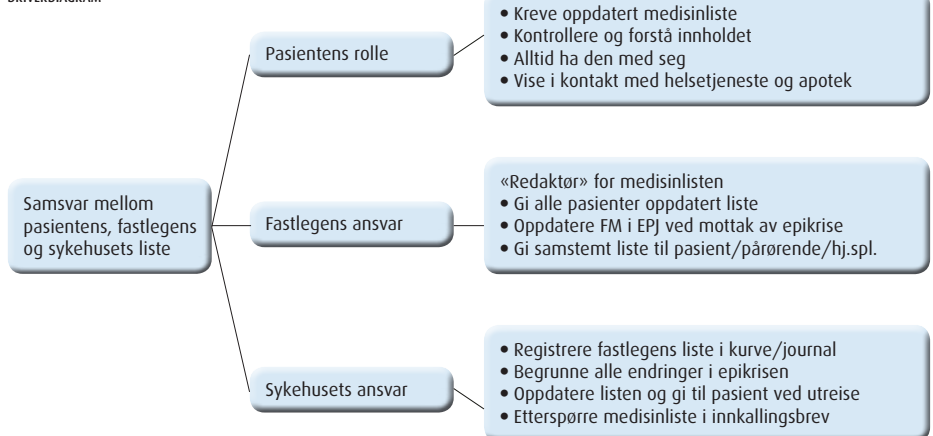
Det er gjennomført en pilot ved Bærum sykehus i samarbeid med lokale fastleger. Grupper fra 20 sykehus over hele landet jobber for tiden med å utarbeide en nasjonal tiltakspakke, som vil være klar i juni 2012.

Dette driverdiagrammet framstiller den tredelte strategien som organiserer arbeidet i kampanjens arbeid med samstemming:

Kommentar til driverdiagrammet

PASIENTENS ROLLE: Kampanjen har utarbeidet en plakat som bygger på PKO-prosjektet fra Bærum sykehus. Plakaten kan lastes ned fra kampanjens nettside i ulike formater og foreligger i tre målformer; bokmål, nynorsk og samisk. Kampanjen oppfordrer alle syke-

DRIVERDIAGRAM



Informasjonsplakat beregnet på publikum finnes på bokmål, nynorsk og samisk, og egner seg godt for å ha for eksempel på venterommet.

hus, apotek og fastlegekontorer til å henge opp plakaten godt synlig for publikum.

FASTLEGENS ANSVAR: Før det er utviklet en nasjonal, elektronisk kjernejournal, vil fastlegen være den naturlige «redaktør» for pasientens legemiddelinformasjon. Fastlegen er det kontinuerlige, faste holdepunkt for pasientene i et helsevesen som utvikler seg stadig mer fragmentert og superspesialisert. Derfor må fastlegen påta seg den foreløpig manuelle og tidkrevende oppgaven med oppdatering av pasientenes medisinsversikt i EPJ ved mottak av epikriser fra sykehus og spesialister. Vi anbefaler at alle fastleger etablerer rutiner for gjennomgang av medisinslisten sammen med pasienten hver gang det gjøres endringer. Slik kan legen forsikre seg om at pasienten har oppfattet endringene og forstått hensikten med dem. Selv har jeg god erfaring med å synliggjøre endringene med gul merkepen. Jeg har også erfart at flere av mine pasienter har hatt god nytte av sin medisinsliste ved akutt sykdom og innleggelse i sykehus i utlandet.

Videre må fastlegen sørge for at hjemme-sykepleien får tilgang på oppdatert informasjon. Den kommunale pleie- og omsorgstjenestens (PLO) behov for informasjon er særlig utfordrende fordi kommunikasjonen med fastlegene er tilfeldig organisert og bare noen få kommuner har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling (ELIN-K). Kampanjen satser derfor på en egen pilot for den sårbare informasjonskjeden sykehus – fastlege – PLO.

SYKEHUSETS ANSVAR: Påvirkning av sykehuslegene til å bedre sine rutiner og holdninger er sentralt i kampanjens arbeid. Det gjelder flere kritiske prosedyrer:

1. Kvalitetssikring av legemiddelanamnesen ved innleggelse.
2. Medisinskfaglig begrunnelse for alle endringer i legemiddellisten under oppholdet.
3. Entydig legemiddelliste i epikrise med tydelig markering av nye, endrede, tidsbegrensede (kur) og seponerte legemidler.
4. Utlevering av legemiddelliste eller «epikrise rett i hånden» ved utreise, helst med en personlig gjennomgang av medisinslisten med pasienten.

For å oppnå disse endringene anbefaler kampanjen systematisk opplæring av sykehus-

Har du liste over medisiner dine?

Ei medisinsliste førebyggjer feil og mistydingar. Ho gir tryggleik for deg og dei som behandlar deg.

- Be fastlegen din skrive ut ei liste over medisinar du brukar og hugs å oppdatere lista
- Oppbevar lista i lommeboka eller veska
- Vis fram lista kvar gong du oppsøker lege og når du hentar medisinar på apoteket



Apotekforeningen

Statens legemiddelverk
Norwegian Medicines Agency



DEN NORSKE
LEGEFORENING



Helsedirektoratet

I TRYGGE HENDER 24 7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

legene. Legemiddelsamstemming bør inngå som en del av basisopplæring av nye LIS-leger og turnusleger. Det er behov for å utvikle nye maler for legemiddelanamnese og epikrise i sykehusenes EPJ-systemer.

Et gratis tiltak som vil påvirke pasientene direkte og fastlegene indirekte, er kampanjens anbefaling om at alle innkallingsbrev fra sykehuset inneholder teksten: «Husk å ta med deg en oppdatert liste over medisiner dine. En slik liste kan du få hos fastlegen.»

Vi registrerer at mange sykehus allerede har innført dette tiltaket.

Hva skal til for å motivere fastlegene for sine viktige oppgaver? Både fastleger og sykehusleger vi snakker med, er enige om at pasientsikkerheten må bedres på dette feltet.

Begge grupper beklager seg over at endrede rutiner medfører merarbeid i en ellers presset hverdag.

Sykehusene er pålagt å iverksette kampanjens tiltakspakke innen utgangen av 2012. Fastlegene har til nå vært mer utfordrende å påvirke. Interessant er det derfor å merke seg at det omdiskuterte utkastet til ny Forskrift for fastlegeordningen inneholder en detaljert beskrivelse av fastlegens ansvar når det gjelder pasientenes legemiddelsikkerhet:

På denne bakgrunn foreslår departementet i § 27 at:

Fastlegen har et ansvar for at legemiddelbehandling av innbyggerne på listen samlet sett er trygg og effektiv og at legemiddellisten er oppdatert. Pasienter skal få med seg en opp-

datert legemiddelliste etter hver konsultasjon hvis legemiddelbruken endres. En oppdatert legemiddelliste skal også sendes omsorgstjenesten dersom disse har ansvar for pasientens legemiddelhåndtering.

For listeinnbyggere som bruker seks legemidler eller mer, skal fastlegen minst en gang per år gjennomføre en legemiddelgjennomgang, eventuelt i samarbeid med relevant helsepersonell. Tiltak for å redusere risiko for legemiddelrelaterte problemer skal fremgå av pasientjournalen.

Annet avsnitt i § 27 i utkast til ny forskrift omtaler legemiddelgjennomgang (LMG) som er et annet delprosjekt i pasientsikkerhetskampanjen. LMG utprøves i sykehjem under tittelen *Sikker legemiddelbruk i sykehjem*. Erfaringer fra pilot og læringsnettverk er oppmuntrende. Samstemming og LMG er prosesser som er gjensidig avhengig av hverandre og vil slik kampanjen ser det bli et naturlig, kontinuerlig pasientsikkerhetsarbeid i framtidens helsevesen.

Mange fastleger etterspør en «gulrot» for merarbeidet med fortløpende legemiddel-samstemming. Prinsippet om honorar for arbeid med legemiddelsamstemming er allerede etablert i Normaltariffen.

TAKST 1F: Telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med fysioterapeut, kommunal helse- og sosialtjeneste (pleie- og omsorgstjeneste, helsestasjon, skolehelsetjeneste og sosialkontor), bedriftshelsetjeneste eller farmasøyt på apotek i forbindel-

se med LAR eller multidosebehandling. Legen må på anmodning oppgi hvem/hvilken instans man har vært i kontakt med.

TAKST 2CD kan benyttes dersom arbeidet med samstemming og legemiddelgjennomgang legges til en vanlig konsultasjon som varer mer enn 20 minutter. Det vil oftest være en fordel å ha pasienten tilstede for gjennomgang av endringer og utlevering av ny oppdatert legemiddelliste.

TAKST 14 kan benyttes ved planlagte møter om enkeltpasienter med kommunal pleie- og omsorgstjeneste (PLO) der samstemming kan være et sentralt tema.

Som jeg har beskrevet, inviterer Pasientsikkerhetskampanjen pasienter og helsevesen til en dugnad med ambisjoner om å spare liv, helse og samfunnsutgifter. Denne fellesinnsatsen er påkrevet i møte med framtidens utfordringer. Vi står foran en eldrebølge med en betydelig andel demente og pleietrengende. Samhandlingsreformen legger føringer for at en større del av pasientbehandling og omsorg skal foregå i kommunehelsetjenesten. Derfor haster det med solid offentlig satsing på standardisering og utvikling av IKT-systemer som fremmer sikker og god samhandling.

Andre land har gode erfaringer med bruk av kliniske farmasøyer som kan bidra til tverrfaglig arbeid med samstemming og LMG både på sykehus og i primærhelsetjeneste. Det første kull med studenter i klinisk

farmasi i Norge avla sin mastergrad ved UiO nå i vinter.

Gledelig nok har mange nyttige tiltak allerede kommet godt i gang. Innføring av e-Resept pågår og med den mulighet for generisk forskrivning. I et samarbeid mellom myndighetene, Legeforeningen og EPJ-leverandørene utvikles nå et elektronisk samstemmingsverktøy og automatisk interaksjonskontroll i fastlegenes EPJ.

Det er håp om etablering av en nasjonal, elektronisk kjernejournal innen overskuelig framtid. Den vil kunne gi alle aktører tilgang på samstemte legemiddellister.

Men kampanjens prosjekt *Samstemming av legemiddellister* handler ikke først og fremst om teknologi. Det dreier seg primært om å gjennomføre det siste av kampanjens tre hovedmål: Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. Sagt på en annen måte må alle vi som arbeider med daglig pasientkontakt bevisst endre våre holdninger og rutiner.

Så hvorfor ikke komme i gang i dag? Heng opp kampanjeplakaten på venterommet. Ta deg tid til å oppdatere EPJ ved mottak av epikriser, og til å skrive ut og gjennomgå medisinslisten med pasienten. Din innsats kan forebygge pasientskade og redde liv. Lykke til!



Nasjonalt legevaktnummer og tilgjengelighet – hvor ringer

■ **TONE MORKEN** dr. philos, forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, Bergen

■ **ELISABETH HOLM HANSEN** sykepleier, ph.d., forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, Bergen

Bare en av fem kjenner nummeret til legevaktsentralen i kommunen der de bor, og det er klare variasjoner i befolkningen i hvor de tar kontakt ved akutt sykdom. Innføring av nasjonalt legevaktnummer 116 117 vil bety lettere tilgang, og det blir desto viktigere at Legevaktsentralen sorterer og henviser innringer til riktig instans.



Nasjonalt legevaktnummer

I løpet av 2012 vil 116 117 bli det nasjonale legevaktnummeret i Norge. Nummeret er regulert i EU til bruk for legevaktjeneste. Helsedirektoratet (Hdir) er ansvarlig for innføringen, og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har bidratt i arbeidet, blant annet med innsamling av nødvendig informasjon fra alle landets kommuner, legevakter og legevaktsentraler (LV-sentraler). Hdir vil sammen med kommunene også gjennomføre en informasjonskampanje i forbindelse med at 116 117 tas i bruk. Innføring av nasjonalt legevaktnummer tar utgangspunkt i forskrift om akuttmedisin utenfor sykehus (1) som omtaler krav til innholdet i LV-sentraltjenesten.

Det er beskrevet flere grunner til å ta i bruk et nasjonalt legevaktnummer. Legevaktnummeret blir lettere å huske både for innbyggere i kommunen og for personer på reise til andre kommuner, og det er gratis å ringe. En mer enhetlig og robust organisering vil sikre trygge tjenester og knytte kontakt mellom bruker og kommunale helsetjenester, lege i vaktberedskap, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante helseressurser. Det er forventet at 116 117 vil avlaste medisinsk nødnummer 113 når det gjelder behov utenom akutte nødsamtaler. Nasjonalt legevaktnummer gir også mulighet for mer nøyaktig aktivitetsregistrering ved LV-sentralene, noe som kan kunne brukes både i forsknings- og utviklingsarbeid.

Kommunene må endre telefonrutinene

Forutsetningen for at nasjonalt legevaktnummer skal fungere, er for det første at kommu-

nen har ett legevaktnummer som er døgn-dekkende. Når man befinner seg i kommunen og ringer 116 117, vil telefonen bli rutet til dette ene lokale legevaktnummeret. For det andre må kommunen sikre tilfredsstillende kvalitet og dokumentasjon ved LV-sentralen. I dag er en del LV-sentraltjenester på dagtid plassert ved ulike fastlegekontor i kommunen, med ulike telefonnumre, uklare kompetansekrav og med manglende systemer for å dokumentere henvendelser. For mange kommuner blir nok derfor den største utfordringen at eksisterende krav til at LV-sentralen innskjerper: LV-sentralen skal, i tillegg til å kunne videreformidle til lege i vakt, AMK og ulike helseinstanser, ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon samt utstyr for logging av viktig trafikk på dagtid så vel som resten av døgnet.

Kommuner som har flere legekontor som mottar telefonhenvendelser til legevakt, må likevel velge ett nummer som 116 117 skal rutes til. Viderekobling til alternative svarsteder må skje manuelt fra hovednummeret. Alle svarsteder er LV-sentraler ifølge forskriftskravet og må dermed kunne dekke de funksjoner som en LV-sentral skal ha.

EKSEMPEL:

Kommune A velger at 116 117 skal rutes til et nummer på et fastlegekontor i kommunen på dagtid. På kveld, natt og helg vil kommune A at brukerne skal viderekobles til en interkommunal LV-sentral i kommune B. I dette tilfellet må kommune A selv viderekoble manuelt til den interkommunale LV-sentralen i kommune B. Dette er kommunens ansvar. Dersom kommunen vil unngå manuell viderekobling, må all telefontrafikk skje til samme LV-sentral hele døgnet.

Ruting av 116 117 kan medføre at samtaler fra for eksempel mobiltelefon og IP-telefon, havner på feil LV-sentral. Det samme vil kunne skje med mobiltelefonsamtaler i geografiske grenser mellom LV-sentral-områder. Slike tilfeller må løses med at den aktuelle LV-sentralen setter samtalen over til korrekt LV-sentral.

Noen frykter at gratis nummer og lett tilgjengelighet til LV-sentralen kan føre til at 116 117 blir «misbrukt» for å nå fram til fastlegen eller andre deler av helsetjenesten for ikke-akutte behov. For å unngå en slik utvikling, må LV-sentralen ha gode rutiner, gode prioriterings- og beslutningsstøtteverktøy samt entydig informasjon om hvor man skal ta kontakt ved ulike behov.

Hvem kan kontaktes ved akutt sykdom?

I forarbeidet med nasjonalt legevaktnummer tok Hdir initiativ til en undersøkelse av folks kjennskap til medisinsk nødhjelpsnummer og legevaktnummer samt hvor de vil ringe ved ulike tilstander. Hensikten var å finne ut i hvilke tilfeller folk ringer henholdsvis medisinsk nødhjelp 113, legevaktsentral eller fastlege neste dag.

Undersøkelsen ble gjennomført av TelefonOmnibus, Norstat Norge AS som en spørreundersøkelse per telefon blant 1000 personer i desember 2011. Utvalg ble trukket proporsjonalt i forhold til den enkelte landsdels befolkningstall og kvotert på kjønn og fylke. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin fikk tilgang til data for å gjøre analyser. Tabell 1 viser spørsmålene som ble stilt i telefonintervjuet. Blant de 1000 respondene var 483 kvinner (48 prosent). Alderen

Skal gi bedre folk idag?



74 prosent av de spurte ville ringe 113 ved sterke brystmerter, men 21 prosent ville ringe Legevaktsentralen. FOTO: COLOURBOX

varierte fra 15 til 90 år (gjennomsnitt 48 år, standardavvik 18).

En av fem (21 prosent) svarte at de husker nummeret til legevaktsentralen der de bor. Dette betyr at de fleste er avhengige av å søke etter riktig telefonnummer. Sannsynligvis er det enda færre som kjenner nummeret til den nærmeste legevaktsentralen dersom de befinner seg i annen kommune enn der de bor, som ved ferie, reiser og transport.

Totalt 63 prosent svarte ja på spørsmål om telefonnummeret til legevakten blir besvart hele døgnet.

Kommunens faste nummer til legevakten skal besvares hele døgnet ifølge forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (1). «Riktig» svar på spørsmål om nummeret blir besvart hele døgnet skulle dermed være «ja» dersom forskriften blir fulgt. Dette er imidlertid ikke praksis i alle kommuner. Noen steder må befolkningen bruke ulike numre til ulike tider av døgnet, og det offisielle legevaktnummeret blir gjerne besvart ved hjelp av automatisk telefonsvarer.

Resultatet fra denne undersøkelsen støtter oppfatningen om at det både er usikkerhet blant befolkningen i hvordan legevaktnummeret besvares i løpet av døgnet og at det praktiseres ulike rutiner i organisering av legevaktsentraltjenesten.

Tre av fire (72 prosent) svarte at 113 er nummeret til medisinsk nødhjelp. De øvrige svarte et annet nummer eller at de ikke visste. Det var betydelig flere kvinner som kjente nummeret ($p < 0.001$). En mulig forklaring kan være at kvinner oftest har omsorgsansvar og fungerer som pårørende til personer som trenger helsehjelp. Kvinner bruker også helsetjenesten generelt mer enn menn.

Hvor vil folk ringe ved ulike tilstander?

Tabell 2 på neste side viser hvor mange som ville ringe henholdsvis legevakt, 113 eller fastlege ved ulike medisinske tilstander som ble presentert.

Seks av ti ville ringe fastlegen neste dag ved

TABELL 1. Spørsmål som ble stilt i telefonintervju i befolkningsundersøkelsen

- Husker du telefonnummeret til legevakten der du bor?
- Blir dette nummeret besvart hele døgnet?
- Hva er nummeret til medisinsk nødhjelp (dersom du trenger akutt helsehjelp)?
- Forkjølelse og feber i 2–3 dager. Hvor vil du ringe?
- Kutt i hånden som må sys. Hvor vil du ringe?
- En person har falt om og er vanskelig å få kontakt med. Hvor vil du ringe?
- Sterke smerter i brystet som varer i mer enn 5 minutter. Hvor vil du ringe?
- Vondt i ryggen i fire dager. Trenger sykmelding. Hvor vil du ringe?
- Kvalme og sterke magesmerter hos barn. Hvor vil du ringe?
- Kan man kontakte fastlegekontoret ved behov for legehjelp samme dag?



Personalet ved legevaksentralen har en utfordrende jobb i å vurdere og viderehenvise henvendelser fra publikum. FOTO: COLOURBOX

forkjølelse og feber to til tre dager. En av fire svarte imidlertid at de ville ringe «annet», altså verken legevakt, 113 eller fastlege neste dag. Det ble ikke registrert detaljer om hva kategorien «annet» inneholdt. Det er likevel grunn til å tro at en del mente det ikke var hensiktsmessig å ringe for medisinsk hjelp ved forkjølelse og feber da dette er tilstander som vanligvis går over av seg selv. Det var for øvrig flest i gruppen under 30 år som ville ringe legevakten i stedet for fastlegen. Dette kan forklares med at de yngste generelt bruker legevakten oftere dersom de trenger helsehjelp. Dette er også vist i flere norske studier av legevakt-søkning (2–3).

Ved kutt i hånden som kanskje må sys, svarte de aller fleste (84 prosent) at de ville

ringe legevakten, og flest kvinner ($p=0.025$). Det var også signifikante forskjeller mellom aldersgruppene ($p=0.006$): Det var færrest i gruppen over 50 år som valgte legevakt. Disse valgte heller fastlege neste dag. En mulig forklaring er at eldre personer og menn synes å være noe mer nølende til å bruke helsetjenesten og dermed utsetter å ta kontakt.

Dersom en person har falt om og er vanskelig å få kontakt med, ville nesten ni av ti (86 prosent) ringe 113, mens 12 prosent ville ringe legevakten. Det var betydelige aldersforskjeller ($p<0.001$). I gruppen over 50 år ville 17 prosent heller ringe legevakt. At flere blant de eldste heller ville ringe legevakten, støtter oppfatningen om at de eldre er mer nølende til å bruke nødnummeret enn de yngre.

Ved sterke bryst smerter i mer enn fem minutter, ville tre av fire (73 prosent) ringe 113, noe som også er det anbefalte fra norske helsemyndigheter. 21 prosent ville imidlertid heller ringe legevakten. En nylig publisert norsk studie (4) viste at av alle samtalene til 113 ved bryst smerter, var det kun omtrent halvparten som kom fra pasienten selv eller pårørende, de øvrige kom fra helsepersonell. Akutte, sterke bryst smerter er potensielt livstruende, og det er viktig at befolkningen informeres om viktigheten av å kontakte 113 direkte ved slike smerter. Etter den første kontakten med 113 vil imidlertid legevakten ofte være involvert likevel, enten fordi det utløses en lege-ambulansalarm, og lege rykker ut, eller fordi pasienten ikke var så alvorlig syk som man trodde i første omgang (4). En del ringer nok også LV-sentralen fremfor 113 fordi de ønsker å bagatellisere alvorlighetsgraden i symptomene.

Ved vondt i ryggen med behov for sykmelding, ville de aller fleste (87 prosent) ringe fastlegen neste dag. Dette er også i tråd med informasjon som gis fra legevakten om at det er fastlege og ikke legevakten som skal brukes når man trenger sykmelding (5). Det var imidlertid flere i gruppen under 30 år som heller valgte legevakt ($p<0.001$). Dette kan være et uttrykk for at de yngste enten ikke kjenner til at det er mulig å få time samme dag hos fastlegen, at de vanligvis ikke bruker fastlegen, eller er mer utålmodige dersom fastlegen er lite tilgjengelig.

Ved kvalme og sterke magesmerter hos barn, ville 70 prosent ringe legevakten, 16 prosent ville ringe fastlegen neste dag, mens ni prosent ville ringe 113. Ved sterke magesmerter hos barn er det vanligvis anbefalt å ringe legevakt. Det var likevel store variasjoner i hvor folk ville ringe når de fikk presentert en tilstand med barn og kvalme/magesmerter. Dette kan være uttrykk for ulike oppfatninger av hva slike symptomer dreier seg om. Erfaringer kan variere fra at dette er en ufarlig tilstand som går over av seg selv til at det er noe som trenger rask avklaring. Dermed kan man i en gitt situasjon konkludere

TABELL 2. Prosentfordeling av hvor respondentene ville ringe ved ulike medisinske tilstander (n=1000)

TILSTAND	LEGEVAKT	113	FASTLEGE NESTE DAG	VET IKKE	ANNET	TOTALT
	PROSENT	PROSENT	PROSENT	PROSENT	PROSENT	PROSENT
Forkjølelse og feber i 2–3 dager	11	1	61	3	24	100
Kutt i hånden som kanskje må sys	84	5	7	1	3	100
En person har falt om og er vanskelig å få kontakt med	12	86	0	1	1	100
Sterke smerter i brystet som varer i mer enn 5 minutter	21	73	2	2	2	100
Vondt i ryggen i fire dager – trenger sykmelding	7	0	87	2	3	100
Kvalme og sterke magesmerter hos barn	70	9	16	5	3	100

med at fastlege neste dag er en fornuftig vurdering, mens det under andre forhold vil være riktigst å ta kontakt med legevakt eller 113.

Åtte av ti (82 prosent) svarte ja på spørsmålet om man kan kontakte fastlegekontoret for legehjelp samme dag. Det var flere kvinner ($p=0.001$) og det var også signifikante aldersforskjeller ($p<0.001$). I aldersgruppen under 30 år var det bare 69 prosent som svarte at de kunne kontakte fastlegen for hjelp samme dag. At flere kvinner visste dette, kan forklares med at kvinner generelt bruker fastlegen mer (6). Dermed har de sannsynligvis også i større grad erfaring med muligheten for legehjelp samme dag.

Konklusjon

Et nasjonalt legevaktnummer vil sannsynligvis være en betydelig forenkling for brukerne, og vil også kunne føre til at LV-sentralen i større grad enn før fungerer som et knutepunkt for henvendelser til primærhelsetjenesten i vakt. Mens de fleste kjenner nummeret til medisinsk nødhjelp 113, er det svært få som kjenner lokalt legevaktnummer i dag. Innføring av nasjonalt legevaktnummer 116 117 vil kunne endre på dette.

Telefonundersøkelsen viser at mange synes å vite i hvilke tilfelle de skal ringe fastlege, legevakt eller 113, selv om det er klare variasjoner. Under visse forutsetninger vil også være «riktig» å ringe en annen instans enn den vanlig anbefalte, noe som også kan forklare noe av variasjonen i svarene. Etter innføring av nasjonalt legevaktnummer, vil LV-sentralen ha en enda viktigere funksjon i å sortere og henvise innringer til riktig instans. Dette vil nok bli en utfordring for en del LV-sentraler.

TAKK

Helsedirektoratet har finansiert og Norstat har gjennomført datainnsamlingen. Takk til Terje Olav Øen som har gitt innspill til manuset.

Befolkningsundersøkelsen er publisert som rapport fra Nklm www.legevaktmedisin.no (7)

REFERANSER

1. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. 18.03.2005. No 252. <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20050318-0252.html> (12.04.2012)
2. Welle-Nilsen LK, Morken T, Hunskaar S, Granaas AG. Minor ailments in out-of-hours primary care: An observational study. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 39–44.

3. Hansen, E.H., E. Zakariassen, and S. Hunskaar, Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study. *BMC health services research* 2009; 9: 123.
4. Burman RA, Zakariassen E, Hunskaar S. Acute chest pain - A prospective population based study of contacts to Norwegian emergency medical communication centres. *BMC Emerg Med* 2011; 11:9.
5. Legevaktbrosjyre, mal. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin <http://helse.uni.no/upload/LVbrosjyrerepresent20bokmal.pdf> (12.04.2012)
6. Nossen JP. Hva foregår på legekontorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport nr 4 2007. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2007
7. Morken T, Øen TO, Hunskaar S. Kjennskap til og bruk av legevakt og medisinsk nødhjelp – en befolkningsundersøkelse. Rapport 2/2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research 2012



NYTT NØDNETT

– noe for fastlegen?

■ OVE KRISTIANSLUND • fastlege i Fredrikstad, legevaktsjef/ kommuneoverlege ved Fredrikstad og Hvaler legevakt, medisinskfaglig ansvarlig lege ved Mossregionens legevakt og medlem av UFAB /utvalg for akuttmedisinsk beredskap i Østfold

I løpet av de neste årene skal et nytt nasjonalt nødnett erstatte dagens helse-radionett. Nødnettet skal gi bedre dekning, sikkerhet og brukervennlighet for politi-, brann- og helseetatene. Det nye utstyret vil være kryptert og helsepersonell kan dermed trygt oppgi taushetsbelagt informasjon over nettet.



Hva er nødnettet?

- Ny digital sambandsløsning for brann, politi og helsetjenesten som bygges ut innen 2016
- Nødnettprosjektet er et samarbeid mellom justis- og helsesektorene, der de tre nødetatene er representert ved Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Nødnettet skal dekke om lag 80 prosent av Norges areal
- Brukerne får bedre dekning enn i dagens helse-radionett

Hittil har kommunikasjon i helsevesenet foregått via vanlig telefon, mobiltelefon, eller radio, såkalt helse-radio. Helse-radioen bygger på analoge signaler. Den er lett å avlytte og dermed dårlig egnet i mange situasjoner. Den analoge teknologien har også mange andre begrensninger og dårlig dekning. Ulike etater har hatt ulike systemer med hindringer for samhandling.

Mobilnettet kan bli overbelastet og en telefonlinje opptatt. Under en katastrofe kan dette bli fatalt. Det er derfor behov for et eget nødnett, der man også kan kommunisere gruppevis og på tvers av etater (brann, politi og helse). Man trenger god kapasitet og landsomfattende dekning.

Stortingsvedtak

Utbygging av nødnett ble vedtatt av Stortinget i 2006. Samtidig ble kontrakten om leveranse signert. Planen er at hele landet skal ha dekning i løpet av 2015.

«Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18. mars 2005» pålegger at legevaktsleger skal være tilgjengelige i nødnettet (2).

Nødnett – både radio og telefon

Nødnettet er delt i en telefoni- og en radiodel. Man kan bruke radioen som en mobiltelefon i en «en til en samtale». Man kan ringe internt i nødnettet, og man ringe til og fra det ordinære telefonnettet. Apparatet kan brukes i radiosamband, der mange ulike aktører kan dele samme informasjon også på tvers av etatsgrenser.

Talegrupper

Nettet er digitalt og avlytningssikkert. Man forhåndsdefinerer talegrupper, der flere kan lytte og snakke samtidig. En talegruppe kan sammenlignes med en distribusjonsliste i et e-postprogram. Alle som er medlemmer i en talegruppe kan høre trafikken i sin gruppe. Man kan være med i mange talegrupper og grupper kan kobles sammen. Eksempler på talegrupper kan være et bestemt legevaktsdistrikt, et ambulansedistrikt, eller en redningsgruppe.

Bare en kan snakke om gangen i en talegruppe, så det må gis korte beskjeder. Man

trykker inn sendeknappen på radioen for å snakke og man slipper opp for å lytte.

I en gitt situasjon kan alle aktører fra brann, politi og helse være i samme talegruppe samtidig (redningsgruppe), noe som gir mulighet for god informasjonsflyt og oppdatering på en effektiv måte.

Radioene er utstyrt med GPS for å kunne lokalisere ressursene. Via alarmknapp på toppen av radioen, kan man tilkalle hjelp til sin GPS-posisjon, om man for eksempel skulle være alene i en truende situasjon. AMK kan avlytte det som sies i rommet etter at alarm er utløst.

Egenskaper ved det nye nødnettet

Nødnettet vil ha god dekning innendørs og utendørs (1). Nødnettet vil dekke om lag 80 % av landets areal og nær 100 % av befolkningen. Det vil bli spesielt god dekning i byer og tettsteder. For å kunne benytte nødnettet også i områder der det ikke er mulig å etablere fast dekning, vil det være mulig å bruke mobile basestasjoner.

Systemet holder automatisk rede på hvor alle brukerne er og hvilken radiosender som gir best dekning, og brukere slipper å velge radiokanal manuelt.

Andre egenskaper ved nødnettet (1):

- Nødnettet er laget for samtale i grupper, men kan også benyttes til én til én-samtaler og til å ringe til og fra andre nett.
- Utalarmering med toveisfunksjon gir mulighet for hurtigere utrykning og riktigere ressursbruk.
- Avlyttingssikkert samband for å sikre konfidensialitet og personvern.
- Egen sikkerhetsalarm for økt personellsikkerhet.
- God kapasitet.
- Dataoverføring gir mulighet for kart og posisjonsdata, trådløs rapportering og databasetilgang.
- Nødnettet vil kunne brukes i helikopter og fly opptil 8000 fot over havet.

Utbyggingen følger nød- og beredskapsetatenes operative områder

FASE 0: Østfold, Follo, Oslo, Romerike, Asker, Bærum, Søndre Buskerud

FASE 1: Hedmark, Gudbrandsdal, Vestoppland

FASE 2: Nordre Buskerud, Vestfold, Telemark, Agder

FASE 3: Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane

FASE 4: Møre og Romsdal, Trøndelag

FASE 5: Nordland, Troms, Finnmark

Fase 5 vil trolig være ferdig i løpet av 2015 (1).

Erfaringer fra Østfold

Innføringen av nødnett i fase 0 har vært preget av mange utsettelse av ulike grunner, oftest tekniske utfordringer. Planlegging og utbygging har foregått over flere år siden stortingsvedtaket desember 2006. Først ble telefonidelen installert på AMK og ved de fem legevaktssentralene, siste kom i drift oktober 2011. Våren 2012 ble radiodelen ferdig feiltestet, og legene har hatt opplæring på radio og radioene er distribuert.

Innføringen har også vært relativt ressurskrevende for legevaktene og kommunene, både økonomisk og administrativt. I tillegg har det gått mange timer i opplæring av ansatte og av superbrukere på AMK og legevaktssentralene. Man må ha fortløpende opplæring av nyansatte leger og turnuskandidater. I praksis kan man ikke ta legevakt før man behersker radioen.

Samarbeidet med Helsedirektoratet, avdeling Nødnett Helse, har vært svært bra med tett oppfølging og gode prosedyrer og planer for fremdrift. Det var klokt å starte opp i et begrenset geografisk område, for å skaffe erfaring, luke ut småfeil og gjøre forbedringer.

Men når nå systemet er oppe og går, er det åpenbart at nødnettet er et stort skritt fremover. Legevaktssentralene /AMK har fått en bedre og mer brukervennlig løsning enn med tidligere utstyr. Telefontrafikk ved kontrollrommene (AMK og legevaktssentraler) vises på PC-skjerm med ulike oversikter over kø, tapte anrop osv. Man kan forhåndsdefinere telefonnummer som skal ha prioritet ved innringing, for eksempel apotek, hjemmesykepleie og fastleger. Man kan også definere graden av prioritet for bestemte telefonnummer, slik at operatør kan ta de «viktigste» først. Det er nyttig med trafikkdata for å bemanne der toppene er størst. Man kan få ulike oversikter og se hvor lenge folk venter før de får svar, snitt-tid på samtaler osv.



Det ligger mange muligheter for videre utvikling i et digitalt system. Foreløpig er det ikke lagt til rette for bildeoverføring og det er ingen forbindelser til internett.

I løpet av mars/april 2012, har legene som omfattes av fase 0, fått radioutstyret.

Opplæring

Før utstyret kunne tas i bruk, måtte alle leger gjennomgå to-timers e-læringskurs og fire-timers klasseromsundervisning (3). Dette høres mye ut, men er nok nødvendig for å få nødvendig innblikk i bruken av radio og forstå logikken og mulighetene i systemet.

Avtaleverket rundt honorering av legene for såpass mange timer, var ikke på plass. Man fikk ingen godskrevne kurstimer. Det er ennå ikke kommet noen sentral avtale på plass mellom Legeforeningen og KS, eller Staten. Dette skapte ekstraarbeid for tillitsvalgte, som måtte forhandle lokalt på tampen av oppstart av undervisningen. Men, etter det man erfarer har nå lokale avtaler kommet på plass i kommune i Østfold, og legene har tatt sin undervisning. Legeforeningen har kommet med en anbefaling vedrørende honorering.

Erfaring og bruk

Neste utfordring er å få erfaring i å bruke selve radioen. Så lenge radioen ikke har fått alminnelig utbredelse i helsevesenet og siden den ikke går ned i noen lomme, står den i fare for å bli stående i laderen ubrukt, unntatt når man har legevakt og må være tilgjengelig på

radioen. Uten erfaring kan man kanskje ikke utnytte radioen i en gitt situasjon.

Radioen er robust og tåler regn. Den er, i forhold til dagens mobiltelefoner, stor og tung med display og funksjoner som vi kjenner fra gamle mobiltelefoner. Noen «smarttelefon» er det ikke, og den gjør ikke dagens mobiltelefon helt overflødig når man jobber (søke i egen telefonliste, surfe etter felleskatalog osv). Neste generasjon radioer vil trolig bli en mer moderne variant.

Pga omkostningene ved anskaffelse og drift av radioer, har noen kommuner valgt å ikke utstyre fastlegene med radio, kun radio til leger i vakt. Flere kommuner har kjøpt inn radioer til alle fastlegekontorene. I Rakkestad foregår det derimot et lovende prøveprosjekt der også hjemmesykepleien har radioer.

Radioen er ikke lovlig for bruk under bilkjøring. Fastmontert versjon koster over 20 000, men det kommer nok et rimeligere handsfree-sett etter hvert.

Prosedyrer og økt ressursbehov

En annen viktig debatt som legene har reist, er om innføring av radio med gruppeanrop, endrer legenes ansvar og faktiske beredskap. Skal alt som høres på radioen journalføres? Blir det nå forventet mer av legene enn før? Skal fastlegene være bufferen for samtidskonflikter i ambulansetjenesten? I så fall må det sikres at legene både får opplæring og utstyr for å løse endrede oppgaver. Hva med honorerer? Er tiden moden for å anskaffe legevaktsbil?

Det arbeides med lokale prosedyrer for bruk av radio og med evaluering. Behovet for radio kan synes lite i bynære strøk, der ambulansene løser de fleste røde oppdrag før fastlegene rekker å komme frem. I griskrendte strøk brukes nok helseradioen mye allerede i dag, og nødnettet blir en teknisk forbedring.

Siste ord er ikke sagt, men vi er i alle fall på lufta og vi kan ikke avlyttes.

REFERANSER

1. <http://www.dinkom.no> (Direktoratet for nødkommunikasjon)
2. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus av 18. mars. 2005: §8. AMK- og LV-sentralene: De regionale helseforetakene og kommunene skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengelig i et felles, lukket, enhetlig og landsdekkende kommunikasjonsnett for helsetjenesten, jf. §4. Det gjelder helsepersonell ved AMK-sentraler og LV-sentraler, helsepersonell i vaktberedskap i somatiske og psykiatriske sykehus med akuttfunksjon, og helsepersonell i ekstern vaktberedskap. De skal kunne kommunisere med hverandre og med andre nødetater i et kommunikasjonsnett.
3. E-læringskurs www.kurs.hdo.no

 ovekrist@hotmail.com

En skyllebøtte

Utplasseringsoppgave i allmennmedisin

■ CRISTINA FLATEBØ NORDANG *student ved Universitetet i Bergen*

Dette er historien om min første opplevelse av en virkelig misfornøyd pasient.

Opplevelsen utspiller seg over to konsultasjoner den samme uken, og for klarhetens skyld har jeg delt fortellingen i to.

Første konsultasjon

«Hoste» var stikkordet som stod oppført ved pasienten sitt navn i timeboka. Jeg skulle straks møte en kvinne på 58 år, og jeg forbedret meg ved å ta en rask sjekk av tidligere sykdommer og faste medikamenter. Det var stort sett småplager å finne på lista over tidligere sykdommer, men på medikamentlista stod det at hun brukte Lipitor og Seretide fast.

Jeg åpnet konsultasjonen med å la pasienten få fortelle fritt om plagene sine. Hun kunne da berette at hun hadde hatt «influenzasymptomer» i cirka fem til seks dager, med feber de siste dagene. Feberen målt rektalt samme dag var 38,2 grader. Formen ble beskrevet som sjaber og hun så heller ikke særlig pigg ut. Når jeg så spurte videre etter spesifikke symptomer, fant jeg ut at hun hadde hatt noe rhinitt, men at hun først og fremst var besværet av en kraftig hoste. Hosten gav ikke oppspytt, men gjorde at hun sov dårlig om nettene. Denne hosten kom også til uttrykk underveis i samtalen vår, og den ble ledsaget av tydelig hvesing. Det var lett for meg å vise både forståelse og empati, når jeg så tidlig kunne oppfatte at pasienten var plaget av en svært symptomgivende luftveisinfeksjon.

Ved videre samtale med pasienten kom det frem at hun forrige uke hadde vært hos fastlegen sin for noen andre problemstillinger. Mot slutten av konsultasjonen hadde hun nevnt hoste som et ytterligere problem, noe som resulterte i at hun hadde blitt lyttet på. Fordi stetoskopi av lungene var uten funn, ville fastlegen hennes «vente og se». Pasienten var i etterkant misfornøyd med at medikamentell behandling ikke var satt i gang, og hun mente at fastlegen i det minste kunne tatt en CRP-prøve. Dessuten mente pasienten at legen hadde ytret en mening a la «jeg er motstander av penicillin», og hun var svært opprørt over dette.

Under denne gjenfortellingen kjente jeg et

vagt ubehag sige innover meg. Her hadde jeg en tydelig misfornøyd pasient foran meg, og jeg innså at de antydende beskyldningene hennes like gjerne kunne vært rettet mot meg. Jeg følte en slags kollegial empati for fastlegen hennes, jeg hadde selv erfart at beslutninger og forklaringer ofte må tas under sterkt tidspress i allmennmedisinen. Og det er spesielt vanskelig å ha tunga beint i munnen når det gjelder nye problemstillinger i konsultasjonens siste del.

Til tross for min kollegiale empati viste jeg forståelse for hennes frustrasjoner, og jeg tror den tilnærmingen fungerte bra. Jeg oppfattet det som vi hadde en god tone, og hun skjønte at jeg tok henne på alvor. Hun fortalte meg nemlig at hun var redd for å få lungebetennelse på grunn av sine plager med det hun kalte en astmatisk bronkitt. På grunn av denne kroniske bronkitten hadde hun hatt en lungebetennelse tidligere i år. Jeg forklarte henne at det ikke alltid er så lett å fange opp lungebetennelser helt i begynnelsen av forløpet, og at det i forrige uke kanskje var for tidlig å finne en betennelse, uansett CRP-prøve eller ei. Deretter forsikret jeg henne om at jeg skulle utføre ulike undersøkelser, både lytting og blodprøver.

Fordi jeg mistenkte infeksjon og pasienten selv var engstelig for lungebetennelse, valgte jeg å undersøke henne grundig. Når jeg lyttet på lungene hennes kunne jeg tydelig høre spredte knatrelyder. Ved perkusjon var det sidelike funn. I svelg og ører var det normale forhold og hun hadde fine målinger av blodtrykk og puls. Ved endte undersøkelser hentet jeg inn veilederen min, slik at vi sammen kunne bestemme oss for en diagnose.

Da veilederen min var innhentet hadde svarene på pasientens blodprøver blitt klare. CRP var på 163 og de hvite blodcellene på 9,0, så hun hadde helt klart en luftveisinfeksjon. Veilederen min foreslo at vi skulle bruke diagnosen bronkopneumoni, da det ofte er vanskelig å skille mellom infeksjonstypene bronkitt og pneumoni hos pasienter med kroniske bronkittilstander. Vi tok sammen avgjørelsen om å behandle henne med Apocillin, og det ble ordnet med sykmelding til pasienten. Pasienten fikk informasjon om behandlingen og beskjed om å komme tilbake ved manglende bedring. Deretter ble konsultasjonen avsluttet på vanlig vis.

Andre konsultasjon

To dager etter den første konsultasjonen kjente jeg igjen pasientens navn på min liste. «Ikke frisk» stod det ved siden av navnet hennes. Jeg fikk plutselig en klump i magen. Hadde jeg kanskje gjort eller sagt noe galt? Var hun misfornøyd med meg også nå? Heldigvis klarte jeg å undertrykke den ekle følelsen ved å minnes den gode tonen vi hadde hatt. Det viste seg at hun hadde ringt inn og bestilt en «øyeblikkelig hjelp»-time hos studentdoktoren fordi hun ønsket å bli fulgt opp av meg og ikke av fastlegen sin. Jeg pustet lettet ut. Men mine forutanelser var riktige, hun var sterkt misfornøyd og det boblet nærmest over av frustrasjoner og sinne.

Heldigvis gjorde hun det tidlig klart at jeg ikke måtte ta sinnet hennes personlig. Jeg tror dette gjorde meg bedre i stand til å ta imot en real skjennepreken uten å verken bli såret eller gå til motangrep.

Pasienten begynte med å fortelle at hun ikke hadde opplevd bedring etter oppstart av Apocillin to dager tidligere. Hun hadde ingen feber lenger, men hun var fortsatt plaget av en kraftig hoste. Deretter beskrev hun en elendig allmenntilstand, med en så uttalt slapphet at hun ikke nesten ikke klarte å få i seg mat. I tillegg hadde hun fått diaré, antakelig som en bivirkning av antibiotikakuren. Den manglende bedringen og den løse magen satte hun i sammenheng med Apocillin-kuren. I det hele tatt var hun svært misfornøyd med vårt valg av behandling.

Misnøyen gjaldt ikke bare dette legebesøket, men også mange tidligere ganger hun hadde vært på legesenteret. Det norske helsetesenet fikk sterk kritikk. Hun syntes altfor mange pasienter måtte mase og klage for å få tilgang på rettighetene sine. Dessuten syntes hun ikke at leger flest tar pasientene sine på alvor, men kjører i vei med sin egen agenda. Jeg kjente meg paff over omfanget og intensiteten av misnøyen hennes. Litt overveldet klarte jeg ikke stort annet enn å lytte oppmerksomt og nikke til frustrasjonene hennes.

Pasienten kunne dessuten berette at hun i januar samme år hadde blitt behandlet med Doxilin for en lignende episode med luftveisinfeksjon, og at den kuren heller ikke hadde hatt god effekt. Etter gjentatt kontakt med legekontoret ble det byttet til Azitromax, som



«Fra nå av vil jeg så tidlig som mulig prøve å kartlegge årsaken til at en pasient ikke er helt fornøyd.» ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

i følge pasienten hadde hatt god virkning. Det var ikke til å legge skjul på at hun nå ønsket den samme medisinen som sist. «Det er kun Azitromax som fungerer på meg», sa hun.

Ved undersøkelse kunne jeg høre spredte knatrelyder over begge lungeflatene, men det var umulig å sammenligne styrken og utbredelsen med sist. Pasienten var fortsatt påvirket av en nedre luftveisinfeksjon, men ut i fra de kliniske funnene var det vanskelig å bedømme om antibiotikakuren hadde hatt god effekt. Ytterligere kliniske undersøkelser anså jeg som unødvendig, da det ikke var tilkommet noen nye symptomer.

I mellomtiden var blodprøvene blitt klare, og de viste tydelige fall i både CRP (163–41) og hvite blodceller (9,0–7,1). Ut ifra disse testene var det klart at Apocillin-kuren hadde hatt god effekt, men jeg var usikker på hvordan jeg skulle formidle dette til en meget misfornøyd pasient. Jeg følte nå at det hadde hopt seg opp såpass mye usikkerhet at jeg trengte støtte fra veilederen min. Sinnet til pasienten var for øvrig betraktelig dempet, det virket som om det å lytte aktivt uten for store inngrep hadde hatt en viss effekt.


Vurderingen til veilederen min var som forventet at dette fortsatt var bronkopneu-

moni, og at Apocillin mest sannsynlig hadde hatt god effekt, selv om det ikke kjentes sånn ut for pasienten. Han forklarte dette til henne på en skånsom og lett forståelig måte. Dessuten poengterte veilederen min at diaré om bivirkning er umulig å forutsi, og at det kan komme av alle typer antibiotika. Videre rådet han henne til å fortsette med Apocillin. Her brøt pasienten inn og sa klart ifra at hun ikke ønsket dette. Hun gjentok at hun ønsket å bytte til Azitromax, som hun hadde hatt god erfaring med fra tidligere. Her kom veilederen min med en god forklaring, han sa noe lignende som «Husk at det ikke er deg, men bakteriene vi behandler, og de vil forandre seg fra gang til gang». Til tross for legens råd, ville pasienten svært gjerne bytte til Azitromax og det var slik det hele endte.

Hva har jeg så lært av dette? Det første lærepenget må være at jeg må våge å kjenne på den såkalte «magefølelsen». Allerede ved første konsultasjon følte jeg et svakt ubehag, pasienten var jo allerede da misfornøyd med den forrige legens håndtering. Ved informasjon om behandlingen synes jeg å huske at hun ikke virket helt fornøyd. Fra nå av vil jeg så tidlig som mulig prøve å kartlegge årsaken til at en pasient ikke er helt fornøyd. Jeg tror

det er lurt å ta tak i tegn til misnøye med en gang, og ikke være redd for å spørre direkte.

Det andre lærepenget må være at man kommer langt ved å være forståelsesfull og empatisk, men at man samtidig står i fare for å bli overkjørt av urimelige anklager. Jeg synes jeg oppnådde god kontakt med pasienten, men hadde ikke tilstrekkelig kontroll over den andre konsultasjonen. I ettertid innser jeg at fokuset var på å ta imot skjenneprekenen, og at jeg dermed glemte å føre konsultasjonen. Selvfølgelig burde jeg på egenhånd forsøkt å forklare at Apocillin-kuren ut i fra blodprøvene hadde hatt ønsket effekt, og at vi måtte gi kuren lengre virkningstid før symptomene tilslutt svant hen. I fremtiden satser jeg på å bli en lege som er tydeligere og sikrere på sin sak enn det jeg var her. Jeg vil forhåpentligvis kunne beholde forståelse og empati, men unngå at pasientene selv får velge hvilket antibiotikum de vil angripe sine bakterier med.

 christina.nordang@student.uib.no

BRYTNINGSTID

Rapport frå «Allmenntmedisinsk våruke»

■ LISBETH HOMLONG redaktør og PhD stipendiat, Institutt for helse og samfunn, Uio

Allmenntmedisinsk våruke vart i år arrangert på Farris Bad i Larvik 7.-11. mai. Omgitt av bøkeskog, sjø, strand, herlege spa-fasilitetar og ei rekkje flotte kunstverk av kjente kunstnarar som Nico Widerberg, Per Kleiva, Morten Krogvold og Ludvig Eikaas, låg alt til rette for ei flott veke.

Varme og solrikt vårvêr var det dessverre lite av, men heldigvis var det mykje å ta seg til innandørs. I tillegg til fleire nyttige og interessante kurs, stod helsepolitisk debatt om fastlegeordninga si framtid med mellom anna Bent

Høie og Trine Skei Grande i panelet, årsmøte i Norsk forening for allmenntmedisin og landsrådsmøte i Allmenntlegeforeninga på programmet. Alle arrangement med god oppslutnad. Om ein vart trøyt og lei etter lange dagar på kurs og timesvis med årsmøtesaker, kunne ein nyte ei stille stund i spa-avdelinga eller ta seg ein tur i Larvik sin flotte bøkeskog.

Merkevarebygging

NFA-årsmøtet starta med debatt. Rekruttering til allmenntpraksis var tema. Det vart meldt om sviktande påmelding til fleire grunnkurs og mange kommunar opplever at få kvalifiserte søkjarar melder seg til ledige heimlar. Dette er bekymringsfullt. Leiar i Norsk medisinstudentforening (Nmf), Bjørg

Bakke, og leiar i Dansk selskap for allmenntmedisin (DSA), Lars Johansen, innleia. Bakke hadde i forkant gjort ein uformell undersøking hos sine medstudentar. Kva skal til for at studentane skal velje allmenntmedisin som karriereveg? var spørsmålet. Ho presenterte fleire tankevekkjande svar: «Når eg vert eldre og har mista livsgnisten, då kan eg bli allmenntlege». «I allmenntpraksis er det gode rammer – men keisamt innhald». «Allmenntlege? Sikkert der eg endar...». «På sjukehus kan ein bli veldig god på eit felt. I allmenntmedisin blir ein ikkje god på noko». «Det er berre blodtrykk og marevan».

Ho viste også til at mange ikkje veit heilt kva som skjer i allmenntpraksis. Kva driv vi egentleg med? Løysinga på dette er meir praksis, påpeika studentleiarane. Og meir allmenntmedisinsk retta undervisning.

Legeforeningens president og generalsekretær, Hege Gjessing og Geir Riise, var gjester på AF sitt landsstyremøte.





Våruka vart i år arrangert på Farris bad i Larvik.

Debatten som følgde var frisk og mange hadde gode innspel. Fleire var oppgitt over det karikerte og usanne biletet som studentane teiknar av norsk allmennpraksis og det vart påpeika eit klart behov for merkevarebygging rundt faget vårt. Arbeidsplassen vår er tvert imot ein spennande og allsidig møteplass mellom menneske. Mange meinte at noko må gjerast med studiet. Den negative stemninga som forslaget til ny fastlege-

forskrift har skapt, er òg noko vi må forsøke å endre på. Det er viktig at vi ikkje står fram som ein gjeng sutrepavar. Det å rå studentane frå å satse på allmennpraksis, verkar heller ikkje spesielt rekrutteringsfremjande.

Fastlønna utdanningsstillingar og meir organisert rettleiing eller tutorordningar vart trekt fram som viktige rekrutteringsverkemiddel. Dette er saker som foreininga allereie jobbar med per i dag.

Robert Burman påpeika at vi nesten er det einaste landet i Europa som ikkje har ein klar utdanningspakke for allmenmedisin, og heller inga oversikt over kven som til ei kvar tid er i spesialisering. Han ønskjer seg obligatorisk påmelding til spesialisering, utdanningskoordinatorar og systematisk, regelmessig rettleiing av utdanningskandidatar.

Anne Mathilde Hanstad og Svein Aarseth til venstre held styr på både AF-styret og forsamlingen.





Leiar i Allmennlegeforeningen Trond Egil Hansen taler til landsrådet.

Fastlegeforskrifta – quo vadis?

Dagen etter var det dukka for landsrådsmøte i Allmennlegeforeningen. Her var ei sak i sentrum; forslaget til revidert fastlegeforskrift, eller «elefanten i rommet» som den humoristisk nok vart kalla. Leiar Trond Egil Hansen innleia med tale til landsrådet. Den handla i hovudsak om fastlegeforskrifta, og han slo fast at dersom forskrifta vert vedtatt utan vesentlege endringar, vil fastlegeordninga verte øydelagt.

Departementet sitt arbeid med revidert fastlegeforskrift har skjedd med lukka dører og ryggen til. Og resultatet vart mykje verre enn frykta. Hovudgrepet er å flytte regulering frå avtaler til forskrift, i staden for å gå til avtaleverket, der det ligg eit ubrukt potensiale til å forbetre fastlegeordninga. Ein opptrappingsplan av fastlegeordninga og utnytting av avtaleverket er vegen å gå, i følgje leiar. Han påpeika at vi treng fleire fastlegar; rundt 500 nye fastleger per år i nokre år framover. Det må derfor bli lettare å etablere seg med nye 0-listar. Fleire fastleger gir fleire val for pasienten og kortare gjennomsnittlege lister vil verte resultatet. Andre kommunale oppgaver må lysast ut på vanleg måte, ved å gi gode arbeids- og lønsvilkår. Allmennlegeleiaren nytta høvet til å takke foreininga, fastlegeaksjonen og andre som har engasjert seg i saka, for innsatsen.

Hansen fortalte også litt om vegen vidare. Legeforeningen ønskjer å bidra til endringar og dei opplever no at det er reell dialog, og foreininga har regelmessige møter med departementet. Ein håper at den endelege forskrifta vil sjå vesentleg annleis ut enn høyringsforslaget.

Prøveeksamen bestått!

Marit Hermansen heldt si første årsmøtetale som foreiningsleiar. Ho skildra det som ein slags prøveeksamen. Eg må seie at ho klarte seg bra! Ho la vekt på at foreininga er ingenting utan medlemmane, og med 5600 av desse er NFA den største fagmedisinske foreininga i Norden. Ho nytta høvet til å takke alle aktive medlemmar for arbeidet dei legg ned i det fagmedisinske arbeidet. Mange har det siste året spurt Hermansen kva ho vil med leiarvervet. Har ho ein visjon? I talen formidla ho tre ting som var utgangspunktet for hennar eige engasjement for allmennmedisin: Fastlegeordninga. NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin). Spesialiteten. Dette framheva ho som klangboten for arbeidet vidare. Ho ønskjer fastlegen tilbake i sentrum av kommunehelsetenesta, ho vil ha rom for fagutvikling og ho vil ha obligatorisk krav om spesialitet for å kunne jobbe som fastlege.

Praktisk trening under akuttmedisinkurset.





Skulptur av Nico Widerberg.

Andre viktige saker som vart trekt fram av Hansen, var fjorårets inntekts- og kostnadsundersøking som dokumenterte utgiftsauken vi har hatt i allmennpraksis i seinare år. Etterslepet vart berre delvis kompensert under forhandlingane i fjor. Men, understreka Hansen, dette viser kor viktig det er med stor oppslutnad om undersøkingane. Legevakt er ei anna viktig sak. Den har stått

på «stedet hvil» i mange år, trass eit stort utviklingspotensiale. Det er behov for ei nasjonal legevaktsreform, og her er gode arbeidsforhold for legane sentralt for å gi eit godt tilbod til befolkninga.

Legeforeningen sin president, Hege Gjesing, var gjest på landsrådsmøtet. Ho understreka at sentralstyret og sekretariatet er svært opptatt og engasjert i forskriftsforslaget. Det

Ein mann har falle om og pustar dårleg. Her får ein trent på ventilering med maske og bag.





Forsamlinga på landsrådsmøte engasjerte seg i debatten rundt fastlegeforskrifta.

er tydeleg for ho at fastlegeordninga er viktig for medlemmane og at bekymringa er sterk og rettmessig. Prosessen har gjort det openbart at fastlegeordninga er ei god og sterk ordning, og mange fleire har blitt klar over dette i den prosessen vi har vore gjennom. Gjessing opplever også at ein no har ein god og konstruktiv dialog gåande med styresmaktene. Men, ho er enno ikkje 100 prosent trygg på resultatet. Ein kan derfor ikkje slippe av heilt enno, og saka vil vere eit hovudtema på årets landstyremøte.

Den påfølgjande debatten om forskriftsforslaget fekk fram fleire av dei gode poenga som også har kome fram i høyringsrunda og mange nytta høvet til å uttrykkje si oppfatning. Eit hovudintrykk var kor vonbrotne

fastlegane rundt omkring i landet har vore på grunn av den inngrodde mistilliten til oss som ligg i forslaget.

Fastlegeaksjonen med allmennlege Kjetil Karlsen i spissen tok velfortent imot årets allmennlegepris for det flotte arbeidet den har nedlagt i samband med motstanden mot fastlegeforskrifta. Karlsen formidla at aksjonen vil halde fram med arbeidet sitt for ei fagleg sterk og omsorgsfull allmennlegeteneste.

Ein ny vår?

Under våruka vart det arrangert fleire interessante kurs, alle med stor oppslutnad, inkludert grunnkurs C, så mange unge under utdanning var også til stades i Larvik. Eit tankekors

her er at få av desse tok ordet under dei aktuelle debattane. Både NFA-årsmøtet, landsrådet og på den avsluttande festmiddagen torsdag kveld, var dominert av den eldre garde og få legar i spesialisering tok ordet. Men nokre utmerka seg med engasjement og spennande, nye tankar og ein kan ane at vi kanskje står framfor eit generasjonsskifte når det gjeld premissleverandørar i allmennlegekorpset. I ei tid som dette med stor uvisse rundt rammevilkåra og framtida for norsk allmennmedisin, er dette avgjerande for å skape entusiasme og ei tru på at allmennpraksis kan vere ein fin stad å jobbe i også framover.

lisbeth.homlong@hotmail.com



Bøkeskogen i Larvik er Noregs første offentlege friområde.



Mer enn KLIPPFISK



■ JESPER BLINKENBERG *Redaktør og fastlege Askøy kommune og forsker Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*

Mens debatten om fastlegeforskriften raste som verst i vårt privilegerte land på toppen av Europa, dro utpostenredaksjonen til Portugal for å se på primærhelsetjenesten i lys av eurokrisen. Vi hadde også hørt at norske allmennmedisinere hadde vært på den iberiske halvøy i forrige århundre. Kanskje ville vi finne noen spor? Kanskje noe å lære? Vi fant fort ut at det er mer enn klippfisk som binder landene våre sammen.

Vi møtte allmennlegene Raquel Braga og Luis Filipe Cavadas på Unidade Local de Saúde (ULSM – <http://www.ulsm.min-saude.pt/>) (enhet for familiehelse) i Matosinhos, en bydel utenfor den nordlige byen Porto, og fikk en overraskende varm velkomst. Det var som om vi var gamle kjente for dem. Vi var nemlig ikke de første nordmennene som kom til Portugal med allmennmedisin i bagasjen. Etter revolusjonen og diktaturets fall i 1974 skulle helsetjenesten bygges opp. Da var Portugal et av Europas fattigste land og lå dårlig an når det gjaldt de fleste helseparametre (1). Mange ideer fra det norske allmennmedisinske miljøet ble plantet i Portugal, og var viktige bidrag i utviklingen av en helt ny primærhelsetjeneste.



Typisk gatesyn i Porto: Klestørken som det alltid er plass til, selv i tettbodde boligstrøk.

Både i pose og sekk

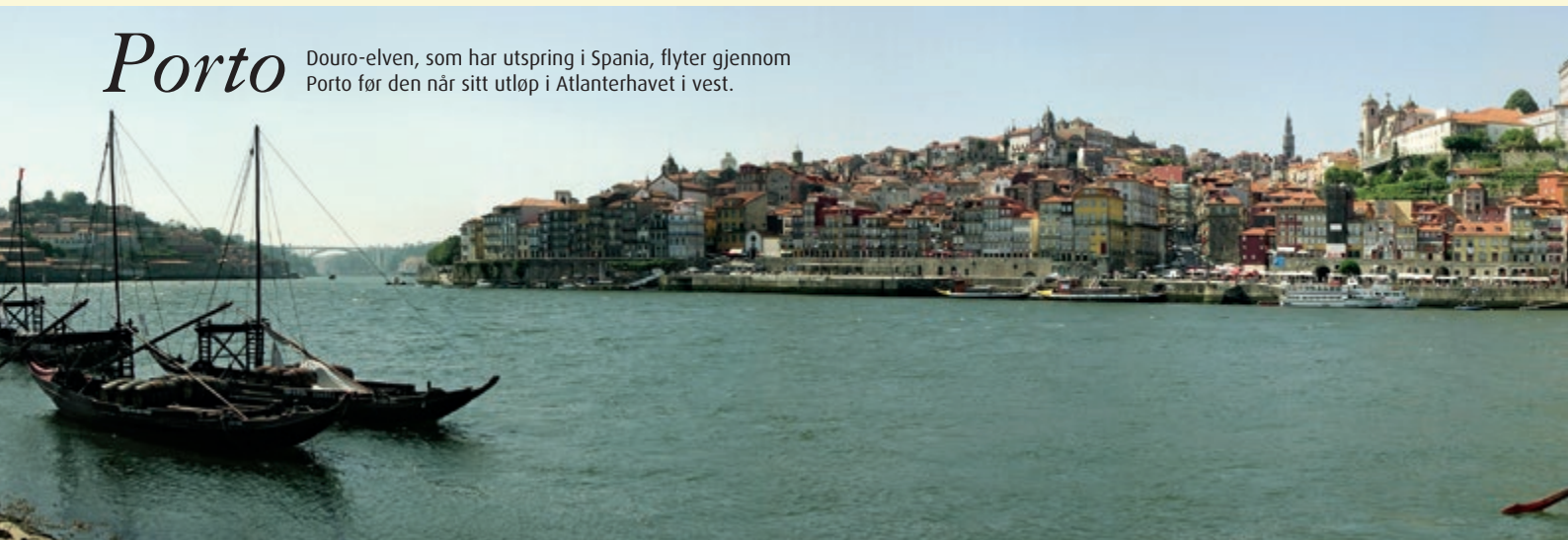
Etter revolusjonen var Portugal i en vanskelig situasjon. Økonomien var skrøpelig, inflasjonen var høy og ukontrollert, det var stor arbeidsledighet og landet var fylt opp med en million flyktninger fra de tidligere koloniene. Folkehelsen var også dårlig. Portugiserne hadde høy forekomst av de sykdommene som dominerte i den industrialiserte delen av verden: hjerte-kar-sykdommer, kreft, alkoholrelaterte sykdommer og trafikkulykker. Samtidig var det store utfordringer knyttet til helseproblemer som man ellers fant i utviklingsland, infeksjons- og parasittsykdommer. Landet hadde ikke noen robust helsetjeneste som kunne møte disse utfordringene. Spedbarnsdødeligheten var på seks prosent

og mødredødeligheten var 43 per 100 000 fødsler. Forventet levealder var 64 år.

I Oslo var situasjonen i Portugal kjent, og Norad (Direktoratet for utviklingssamarbeid) bestemte seg for første gang for å gi bistand til et europeisk land. I Portugal ble det hvisket om at hjelpen muligens var motivert av dårlig samvittighet etter at Norge tidligere hadde støttet frigjøringsbevegelsene i Angola mot kolonimakten Portugal. Men hjelpen fra Norge var det behov for, uansett motiv. Beløpet tilsvarende sju millioner euro i dagens valuta, og et like stort lån, ønsket portugiserne å bruke til å bygge nytt universitetssykehus i Umbria med 1000 senger.

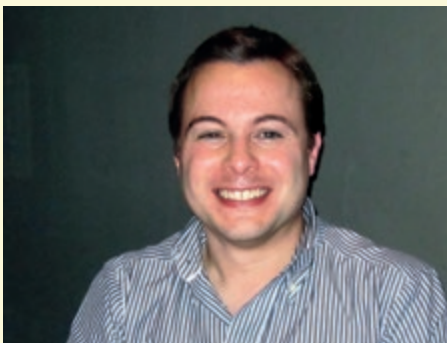
Før strategien i helsehjelpen ble fastlagt, insisterte Norad på at utfordringene i helse-

Porto Douro-elven, som har utspring i Spania, flyter gjennom Porto før den når sitt utløp i Atlanterhavet i vest.





Inngangen til familieklubben, der dr. Raquel Braga (nederst til høyre) er daglig leder og dr. Luis Filip Cavadas (nederst til venstre) er nylig tilsatt lege.



Dr. Cavadas



Mer klestørk



Dr. Braga

«It is an interesting postscript to the history of colonialism that a former colonial power became the recipient of development aid.»
ANKER & BORCHGREVINK, 1985

tjenesten måtte analyseres nærmere. Dette ble gjort i samarbeid med portugisiske fagmiljøer. Også infrastrukturen i landet ble vurdert. I den delen av Portugal prosjektet skulle gjennomføres, bodde 60 prosent av familiene i hus uten elektrisk strøm og 81 prosent hadde ikke innlagt vann. Her trengtes mer enn et sykehus. I samarbeid med portugiserne ble satsingsområdene for *The Norwegian Health Project* staket ut. Det skulle være et helse- og utviklingsprosjekt med fokus på tverrfaglig tilnærming, økning i helsetjenestens kapasitet, styrking av menneskelige ressurser og hjelp til selvhjelp. Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og Norad var viktige støttespillere og rådgivere i hele prosjektperioden.



Triken er et velkjent element i gatebildet i hovedstaden Lisboa.



De viktigste elementene i *The Norwegian Health Project*:

- Bygge ut fem primærhelsesentre med 15 utekontor.
- Bygge et sykehus primærhelsetjenesten kunne henviser til.
- Bygge og sette i drift en sykepleieskole. (Det var enda større sykepleiemangel enn legemangel.)
- Etablere allmenntjenestemedisin som fag ved det medisinske fakultetet i Universitetet i Porto.
- Satsing på utdanning i allmenntjenestemedisin i lege- og sykepleieutdanningen, og etterutdanning.
- Kurs om den norske helsetjenestemodellen for helsepersonell og politikere.
- Etablering av fond for forskning, seminarer og undervisning.

Norske spor

Våre venner i Porto hadde i dag en klar bevissthet om båndene til norsk allmenntjenestemedisin. Og mange av prinsippene vi er stolte av i



BACALHOADA

Klippfisk

Bacalao (spansk), bacalhau (portugisisk) betyr torsk. Store mengder klippfisk eksporteres fra Norge til Portugal hvert år. Portugiserne har utallige måter å tilberede klippfisken på, og det sies at en kvinne må kunne 365 klippfiskretter før hun er gifteklar.

KILDE WIKIPEDIA

PASTEL DE BACALHAU



Pittoresk bebyggelse.

Norge hadde de tatt videre og utviklet. Portugal har en godt utbygget primærhelsetjeneste som er grunnfjellet i helsetjenesten. Helseentre med allmennleger og sykepleiere finnes der folk bor. Hver allmennlege har omtrent 1700 pasienter på sin liste. Det kliniske arbeidet består i hovedsak i konsultasjoner på klinikkene, men legene tilbyr også sykebesøk til dem som trenger det. Etterutdanningen i allmenntjenestemedisin er desentralisert med stor vekt på praktisk allmenntjenestemedisin. Det er rekrutteringsproblemer i primærhelsetjenesten i noen deler av landet, og utfordringer knyttet til utenlandske vikarer med liten kjennskap til det portugisiske helsetjenestet. Men portugiserne har forstått betydningen av en god primærhelsetjeneste, og satsing på utdanning gjør utsiktene til bedring gode. Alt i alt forhold vi godt kan kjenne igjen.

Omvendt bacalhau

Vi sender klippfisk til Portugal. Kanskje kunne vi laste skipene med noe annet på vei hjem? På flere områder er portugiserne kommet lengre enn oss. Kanskje er det nå vi som trenger inspirasjon og drahjelp i videreutviklingen av helsetjenesten?

Læretid

Kjernen i spesialistutdanningen i allmenntjenestemedisin i Portugal er veiledet tjeneste. En erfaren allmennlege er senior og følger opp utdanningskandidaten gjennom fire år. Dette betyr at de samarbeider tett om klinisk arbeid. Kontorene ligger vegg i vegg, og de jobber på samme pasientliste. I første del av utdanningsperioden har de mange felleskonsultasjoner der junioren observerer hvordan senioren jobber. Etter hvert er det utdanningskandidaten som gjennomfører konsultasjonene med senior som observatør, før junior etter hvert utfører mer og mer klinisk arbeid selvstendig. Spesia-





Sentrumbilde fra Porto.

listutdanningen avsluttes med en tre dagers eksamen med fokus på både praktiske og teoretiske ferdigheter. Dette må sies å være spennende saker, sammenlignet med vårt system for spesialistutdanning som i all hovedsak er bygget på oppmøte på kurs og andre aktiviteter.

Lønn som fortjent

I Portugal er det to systemer for avlønning av allmennleger. De fleste har en fast lønn fra staten. Noen får en gradert høyere lønn etter å ha dokumentert kvalitet i praksisen. Legene inngår da en kontrakt med staten om kvalitetsmål. Noen eksempler på dette er; blodtrykkskontroll av pasienter med hypertensjon

to ganger hvert år, cervix-cytologi hvert tredje år av kvinner i målgruppen, oppfølging av mammografiscreening og HbA1c-mål for pasienter med diabetes. Data fra journalene trekkes automatisk ut og målene må nås for 95 prosent av pasientene for å kunne ivareta forpliktelsene i kontrakten med staten. Dette styrer selvfølgelig aktiviteten.

Allmennlegene fortalte at dette sikrer god oppfølging, men noen ganger fører det til en i overkant aktiv oppsøkende virksomhet for å nå målene. Tankene går til Helsedepartementets forslag til fastlegeforskrift her hjemme (2): Oppsøkende virksomhet overfor pasienter som ikke ønsker helsetjenester er ikke uproblematisk. Selv om bruk av kvalitetsindi-

katorer er omdiskutert og kontroversielt, er det tydelige fokuset på kvalitet i tjenesten i Portugal imponerende og inspirerende.

Tverrfaglighet

Primærhelsesentrene i Portugal tilbyr en rekke tjenester, i tillegg til allmennelegetjenester. Sykepleiere har selvstendige konsultasjoner med fokus på individrettede forebyggende tiltak, sårkontroller, og prevensjonsveiledning, i tillegg til helsekontroller og svangerskapskontroller. Dessuten er både psykolog og sosionomer tilknyttet primærhelsesentrene. Kan hende mange norske allmennleger kunne tenke seg et slikt tverrfaglig nettverk rett over gangen.

Den 2277 meter lange hengebroen over elven Tejo som ble bygget i 1966. Ponte 25 de Abril, er iøynefallende i Lisboa. Den fikk navnet sitt i 1974 etter at nellikrevolusjonen fant sted.

Lisboa



IKT på portugisisk

Norsk helsetjeneste har som kjent noen IT-utfordringer (3). Informasjonsflyten er ikke optimal. Taushetsplikten er et tveegget sverd. Den beskytter på den ene siden pasientenes integritet, men kan også være til hinder for at nødvendig informasjon er tilgjengelig. I Portugal blir ikke taushetsplikten innad i helsevesenet praktisert på samme måte som i Norge. På helsesenteret vi besøkte var journal-systemet integrert med sykehusets – selv om de to enhetene ikke var samlokalisert. På den måten kunne allmennlegene alltid få oppdatert informasjon om pasientene som hadde vært til spesialistundersøkelse eller -behandling, og sykehuslegene kunne se nærmere på hva som var grunnlaget for henvisninger. Ikke helt etter den norske boken altså, men her hjemme møter jeg oftere pasienter som er forundret over at jeg på legevakt ikke kan se svaret på røntgenundersøkelsen de var på for to uker siden, eller hvilke medisiner de fikk på sykehuset, enn dem som er opptatt av taushetsplikten, – at jeg ikke skal vite. Hvis vi tar på alvor at pasienten eier opplysningene i journalen bør vel han eller hun bestemme om legen skal ha tilgang, og ikke de tekniske eller juridiske barrierene?



Portugals nest største by, Porto, er kjent for sjøfart og tilvirkningsindustri, herunder produksjon av portvin.


rett, mens vi på vår side reiser hjem igjen til vår oljerikdom og ventelistediskusjoner.

REFERANSER

1. The people who came in from the cold. The Portuguese-Norwegian health project revisited 1976–1986. Pedro Serrano
2. Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Helse- og omsorgsdepartementet 22.12.2011.
3. Alle skal ikke vite alt – kjernejournal med begrenset nytteverdi. Gisle Roksund. Utposten nr. 3 2012.

Krise

Portugals politiske og økonomiske historie rommer store bølger, fra kolonimakt til fattig mottaker av bistand. Nå tynger eurokrisen. Allmennlegene vi møtte måtte belage seg på en lønnsreduksjon på opp imot 30 prosent. Likevel er de forsiktige optimister og håper på å se enden på krisen om to til tre år. Vi håper de får

 jesper.blinkenberg@uni.no

NOKLUS diabetesskjema

– et viktig verktøy for fastleger

■ KARIANNE FJELD LØVAAS *seksjonsleder ved Diabetesregisteret*

Diabetesregisteret for voksne ble vedtatt opprettet som et samtykkebasert nasjonalt kvalitetsregister allerede i 2006, men innsamlingen av opplysninger har gått en del saktere enn forventet. Nå kommer oppfordringen til fastlegene: Ta i bruk NOKLUS diabetesskjema!

– Vi er fornøyd med innsamlingen fra sykehuspoliklinikker. 25 av om lag 40 sykehus med diabetespoliklinikker sender inn data til registeret. Vi regner med at vi i løpet av et par år vil ha en landsdekkende innsamling fra sykehus. Det går imidlertid saktere med innsamling av data fra primærhelsetjenesten. I dag leverer 200 av over 4000 fastleger data til registeret, sier John Cooper som er endokrinolog ved Stavanger Universitetssykehus og medisinsk leder for Norsk diabetesregister for voksne.

Så lenge registrering i kvalitetsregistre er frivillig, vil det være opp til den enkelte avdeling, lege eller sykepleier hvor aktiv man skal være i rekruttering av pasienter, ifølge Cooper. Dette betyr at diabetesregisteret må være aktive overfor helsepersonell: – Å nå ut til helsepersonell ved diabetesavdelinger i sykehus har vært lettere enn å nå ut til fastlegene. Vi har forståelse for at det er vanskeligere for fastleger å prioritere dette i en travelt hverdag, der diabetes bare er en av mange aktuelle problemstillinger.

Data om behandlingskvalitet

Hensikten med et landsomfattende diabetesregister for voksne er først og fremst å forbedre kvaliteten i behandlingen av personer med diabetes. Registeret vil også danne et viktig grunnlag for forskning om diabetes og diabetesrelaterte sykdommer.

– Per i dag vet vi lite om kvaliteten på diabetesbehandling i Norge. Med god oppslutning om et diabetesregister, vil vi kunne gi svar på hvor mange pasienter som har diabe-

tes i Norge, hvor god behandlingen er, hvor mange som får senkomplikasjoner og ikke minst om behandlingsresultatene blir bedre. I tillegg gir et register mulighet til å følge pasientene over tid. Dette kan gi svar på om moderne behandling virkelig gir de gode resultatene som forventes fra nyere kliniske studier. Det gir også mulighet til å oppdage sjeldne og uventede bivirkninger av nyere behandlinger. Eksempelvis har data fra diabetesregistre i andre land vært brukt til å se på mulige sammenhenger mellom behandling med langsomtvirkende insulinanaloger og kreftforekomst. Et godt diabetesregister vil også kunne brukes til å vurdere om samhandlingen mellom 1.- og 2.-linjetjeneste kan forbedres, sier John Cooper.

For å sikre god datakvalitet samt redusere ekstraarbeid for legene, har diabetesregisteret utviklet elektroniske programvarer: NOKLUS diabetesskjema for allmennleger og NOKLUS diabetesjournal for diabetespoliklinikker. Disse programvarene fungerer både som kliniske verktøy for legene og som innsamlingsverktøy for registeret.

John Cooper



Faksimile av NOKLUS diabetesskjema (oppstartsskjema) slik det fremvises i et EPJ-system

NOKLUS / Diabetesregisteret - Oppfølgingskjema

OLA NORMANN
03.06.1945 (66 år)

Dagens skjema

1 Basis [Skriv ut samtykke/skjema](#)

Gitt samtykke til registeret	ja
Type diabetes	type 2
Diagnosen stilt (år/stall)	2006
Diabetes-kure	nei
Høyde (cm uten sko)	180
10 års risiko for hjerte- karsykdom	

2 Årskontroll

Blodtrykk (mmHg)	135/85
Vekt (kg uten sko)	110
KMI beregnet fra høyde og vekt	34,0
Midjemål (cm)	98
Fullt på føyrygg eller bak med. malloel	ja, begge fl.
Vibr. sans normal/monofilament 4/4	ja, begge fl.
Egenkontroll av blodsukker	<1 gang/uke
Hjelpeprengende pga hypoglykemi	aldri
Reykrostatus	>dagligrykk
Regim. fysisk aktiv (dager pr. uke)	1-2
Siste øylege-ut. eller øyefoto	vel ikke
Evt. siste kontroll hos indremedisiner	aldri us.

3 Arv

Biolog. foreldre/søsken/barn midlæb.	nei
Tidlig koronar-tyk. foreldre/søsken	ja
Etrisk opprinnelse	europisk

4 Behandling Helt fra faste medisiner

Bare kost/mosjon	nei
Metformin	ja
Sulfonylurea	ja
Glibazon	nei
Insulin	nei
Andre antidiabetika	nei
Insulin	nei
Albyl-E/ andre påtøker	ja
Marevan	nei
Lipidsenkende	ja
ACE hemmer/ All blokker	ja
Tot. antall BT medikamenter	2

5 Komplikasjoner

Koronar hjertesykdom	ja
- første tilfelle (år/stall)	2010
Abtriefimer	nei
Hjerneslag (arritell TIA)	nei
- første tilfelle (år/stall)	
Diabetes retinopati	nei
- første laserbehandl. (år/stall)	
Nedsatt syn <0,3 (5/18) mlkorr.	nei
Albuminuri eller nefropati	nei
Arteriell karkirurgi distalt for sorta	nei
Amputasjon (ikke traumatisk)	nei
Hatt diabetesår nedenfor ankel	aldri

6 Behandlingsmål

7 Siste resultater

	17.11.2011	04.11.2011	30.09.2011	02.09.2011
HbA1c <=	7,0			7,8
KoMHL-ratio <=	3,5			3,5 (5,3/1,5)
LDL <=	1,8			2,1
Triglyserider <=	2,2			2,2
Blodtrykk <=	135/85	138/88	136/88	
Vekt <=	98	100,0	100,0	
KMI	30,9	30,9	30,9	
S-Kreatinin				95

Tilbake til startskjema

100% utfyllt

100% utfyllt

Ferdig for i år

Lagre

Avbryt

Diabetesregisteret for voksne

- Haukeland Universitetssykehus er databehandlingsansvarlig og eier av registeret
- Den daglige driften er lagt til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus)

Diagnosen still (årstall)	2006	Glitazon	nei	Hjerneslag (unntatt TIA)	nei
Diabetes-kurs	nei	Inkretiner	nei	- første tilfelle (årstall)	
Høyde (cm uten sko)	180	Andre antidiabetika	nei	Diabetes retinopati	nei
10 års risiko for hjerte- karsykdom		Insulin	nei	- første tilfelle behandlet (årstall)	
Årskontroll		Allyl-E/ andre platehemmer	ja	Nedsatt syn <0,3 (6/18) mikorr.	nei
Blodtrykk (mmHg)	138/88	Metformin	nei	Albuminuri eller nefropati	nei
Vekt (kg uten sko)	110	Lipidsonkende	ja	Arteriell karkirurgi distalt for aorta	nei
Er beregnet fra høyde og vekt	34,0	ACE hemmer / All blokker	ja	Amputasjon (ikke traumatisk)	nei
Skjema (cm)	96	Tot. antall DT medikamenter	1	Hatt diabetesår nedenfor ankel	aldri
Ute på fotrygg eller bak med. malleol	ja, begge ft.				

– Bruk av innsamlingsverktøy kan i seg selv bedre kvaliteten på diabetesomsorgen siden helsepersonell får en påminnelse om hva som bør undersøkes hos personer med diabetes. På denne måten kan variasjon i utførelse av viktige prosedyrer som henvisning til øylege og måling av mikroalbuminuri reduseres, forklarer Cooper. Han viser til nærmere informasjon om verktøyet på www.noklus.no.

Vil ha med fastlegene

For å øke rekrutteringen fra allmennpraksis, har Norsk diabetesregister gjort en rekke tiltak: NOKLUS diabetesskjema er forbedret siden første utgave. Faste medisiner kan hentes inn automatisk, blodtrykk kan hentes fra blodtrykksmodul, oppsummeringsnotat som limes inn i hovedjournalssystemet er blitt bedre og trigging av skjema kan skrues av og på. Diabetesregisteret har også opprettet en brukergruppe fra allmennpraksis som har levert gode forslag til forbedringer.

– Vi innser at bedre funksjonalitet i diabetesskjemaet vil gi gevinster for brukerne. Vi

har fått på plass diabetesskjemaet for Infodoc Plenario. Videre jobber vi for å få en takstøkning. Dagens takst 109 (kr 60 for årskontroll av diabetes, jf. NOKLUS skjema) i normaltariffen for årskontroll og utfylling av diabetesskjema er for lav, sier John Cooper. Han påpeker at det allerede er flere allmennleger som bruker NOKLUS diabetesskjema, men at mange ikke sender inn data til NOKLUS.

– Vi oppfordrer alle leger som bruker NOKLUS diabetesskjema til å sende inn data. Målet er å få inn data fra halvparten av allmennlegene i løpet av de neste årene. Vi jobber også med å forenkle innrapporteringen ved å bruke helsenettet istedenfor minnepinner i posten.

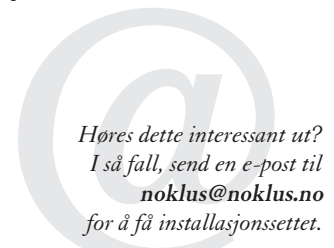
– *Hvordan går det i land som det er naturlig å sammenlikne seg med?*

– Det svenske diabetesregisteret får data fra cirka 75 prosent av pasienter som går til kontroll i primærhelsetjenesten. I Skottland er det 100 prosent oppslutning blant «general practitioners». Forklaringen på at det går bedre i disse landene, er blant annet at de har hatt diabetesregistre siden 1990-tallet. Det er

imidlertid ikke krav til skriftlig samtykke, verken i Skottland eller i Sverige. Diabetes-sykepleiere i primærhelsetjenesten har hjulpet til med datainnsamling i Sverige. I Skottland danner rapportering til diabetesregisteret også grunnlag for innrapportering til «Quality of Care Framework» som igjen gir betydelig tilskudd til allmennlegers lønn.

– *Hva er gevinsten for fastlegene?*

– En strukturert diabetesjournal og en årlig tilbakemeldingsrapport der fastlegene kan sammenlikne pasienter i sin praksis med alle andre leger som innrapporterer data – såkalt «bench-marking» (TABELL 1). På sikt vil det også være mulighet å ta ut lokale rapporter, sier John Cooper.



TABELL 1. Utdrag fra tilbakemeldingsrapport: Prosentandel av type 2-diabetespasienter med prosedyrer dokumentert i NOKLUS diabetesskjema.

TYPE 2-DIABETES	DINE LISTEPASIENTER		ALLE PRAKSISER	
	-	% (N=45)	GJ.SNITT (%)	10-90 PROSENTILER
Måling av HbA1c	45	100	95	84-100
Måling av blodtrykk	43	96	91	74-100
Røykevaner angitt	45	100	85	28-100
Vekt angitt	45	100	81	23-100
Høyde angitt	45	100	85	33-100
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	42	93	75	11-100
		% (n=37)		
Måling av total-kolesterol	36	97	84	56-100
Måling av HDL-kolesterol	36	97	80	48-100
Måling av LDL-kolesterol	36	97	63	0,0-98
Måling av mikroalbumin	28	76	37	0,0-93

Abort og reservasjonsrett for leger – hva forteller abortratene?

■ SIGNE FLOTTORP seniorforsker for Kunnskapssenteret for helsetjenesten og professor II, Institutt for samfunnsmedisinske fag, allmennmedisin, UiB

Abortspørsmålet er vanskelig og skaper følelser, ikke bare hos oss. Til tross for en del støy kan debatten om etiske utfordringer ved abort og reservasjonsrett for fastleger gi viktig innsikt og bidra til refleksjon.

Kanskje kan det også være nyttig å løfte blikket og se abortspørsmålet i et globalt perspektiv. «Abortion: what is the problem?» er tittelen på en leseverdig kommentar i The Lancet (1).

Kommentaren gjelder en studie av abortrater og trender globalt i perioden 1995–2008 (2). Et av fem svangerskap i verden endte i abort i 2008. Andelen av abortene som regnes som ikke trygge, økte fra 44 prosent av abortene i 1995, til 49 prosent i 2008. Det er ikke slik at mer restriktive abortlover fører til færre aborter. Tvert imot er det færre aborter der abortlovene er mer liberale. Andelen av ikke trygge aborter er derimot større der det er restriktive abortlover (2).

Utrygge aborter er en av de fem viktigste årsaker til mødredødelighet i verden. I den ferske Stortingsmeldingen «Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken» heter det (3):

«Regjeringen mener at reproduktiv helse også omfatter retten til trygg abort og tilgang til behandling om det oppstår komplikasjoner, uavhengig av om aborten er lovlig.»

Kommentaren i The Lancet avslutter slik:

«It is time to move beyond the outdated rhetoric of the 1994 International Conference on Population and Development, in which governments conceded that abortion should be safe where it is legal. Sedgh and colleagues' study shows that it is precisely where abortion is illegal that it must become safer. The public health community will not be able to address maternal mortality adequately and attainment of Millennium Development Goals is questionable until we directly confront the issue of unsafe abortion. With regard to abortion mortality, we may need to resurrect the wisdom of the 1960s: «if we are not part of the solution, we are part of the problem» (1).

I global helse er spørsmålet om abort et spørsmål om liv og død, ikke bare for det ufødte barnet, men også for den gravide. Spesielt Vatikanets steile holdning har bidratt til mangelfull tilgang til prevensjon og trygge aborter i mange land i verden.

Utrygge aborter og tilhørende mødredødelighet er heldigvis ikke et aktuelt problem i Norge. Jeg har ikke registrert at noen har argumentert for å endre norsk abortlov. Vi vil ikke tilbake til tilstandene før abortloven ble vedtatt.

Jeg har «vokst opp» med abortdebatten. Min mor, Julie Skjæraasen, arbeidet i en årrekke ved Kvinneklinikken på Rikshospitalet. Abort var i utgangspunktet ikke forenlig med hennes kristne livssyn. Men erfaringene i møte med abortsøkende kvinner og abortnemndene på 1960- og 1970-tallet førte imidlertid til at hun, som mange andre, kom til at loven om selvbestemt abort var en bedre løsning enn tidligere praksis.

Motstanderne fryktet at abortratene ville

øke etter innføringen av loven om selvbestemt abort. Dette har ikke skjedd. Abortratene i Norge har vært relativt stabile etter innføringen av abortloven i 1979. En analyse fra SSB i 2003 viste at i gjennomsnitt tok rundt 13 kvinner av en gruppe på 1000 kvinner i alderen 15–49 år abort. Hvert femte påbegynte svangerskap endte i abort (4).

Det globale og historiske perspektivet viser at dilemmaet om provosert abort er en konflikt mellom normetikk og konsekvensetikk. Skal vi ta utgangspunkt i hva vi mener er rett og galt, eller skal vi vurdere konsekvensene? Provosert abort er å ta et spirende liv og derfor et onde. Slik jeg ser det er det imidlertid et større onde å hindre at de kvinner som ønsker det, og uansett velger det, får utført provosert abort på en lovlig og trygg måte. Alternativet har i Norge, for mange, vært illegale aborter til en høy pris for de som kunne betale, eller utrygge aborter for de som ikke hadde råd til annet. Slik er det fortsatt for mange kvinner i verden.

Debatten om reservasjonsrett er tett knyttet til abortspørsmålet. Jeg tror ingen er tjent med at spørsmålet om reservasjonsrett settes på spissen. Vi har sett uttalelser fra begge sider i debatten som har vært unødige provoserende.

Etter å ha fulgt debatten har jeg kommet til at det er vanskelig å støtte et krav om at myndighetene skal gi en eksplisitt reservasjonsrett for fastleger mht. å henvise pasienter til behandling de har lovmessig krav på, som f. eks. abort.

Det bør imidlertid fortsatt være mulig å utvise fornuftig skjønn slik at de fastlegene som av samvittighetsgrunner ikke vil henvise til abort kan praktisere som før, så lenge dette ikke skaper problemer for noen. Et demokratisk samfunn bør kunne vise raushet og ha en viss takhøyde. Jeg slutter meg til Guri Rørtveit som uttalte på eyr: «Deres praksis kan tåles, men de bør etter mitt skjønn ikke ha noen rett.»

REFERANSER

1. Winikoff B, Sheldon WR. Abortion: what is the problem? Lancet 2012;379:594-6.
2. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379:625–32.
3. Meld.St.11 (2011–12). Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken.
4. Vigran Å, Lappegård T. 25 år med selvbestemt abort i Norge. Samfunnsspeilet nr. 3 2003. <http://www.ssb.no/ssp/utg/200303/07/>

Signe.Flottorp@kunnskapssenteret.no



Om ADHD og uryddig retorikk

Et tilsvarende til Hovda og Alexandersens innlegg i Utposten

Jeg blir anklaget for uryddig retorikk i mine tidligere innlegg i debatten om ADHD og ønsker derfor å klargjøre noen punkter:

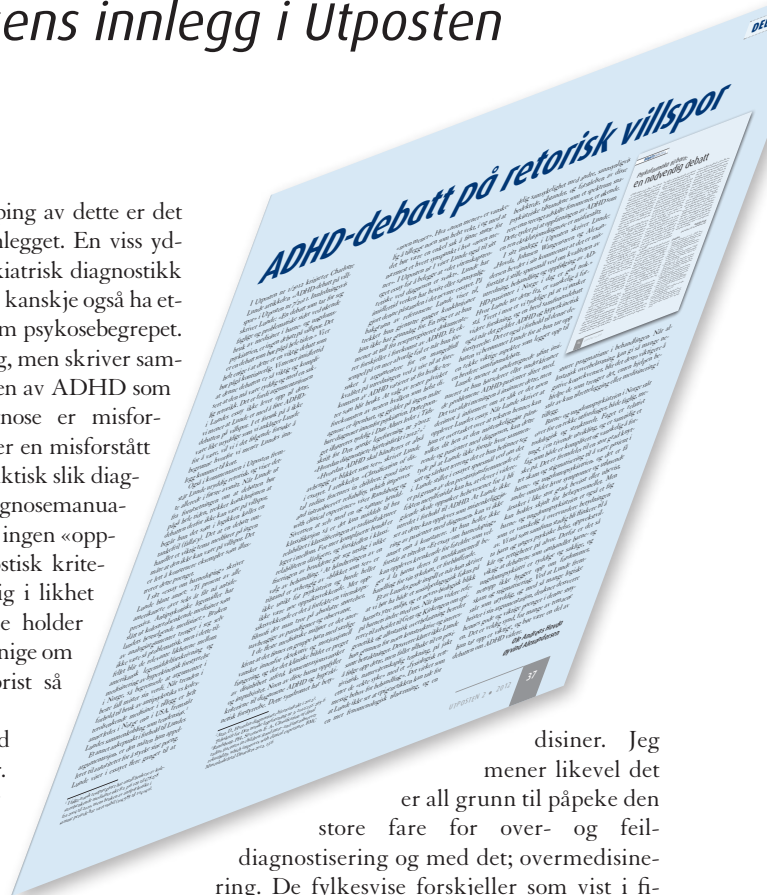
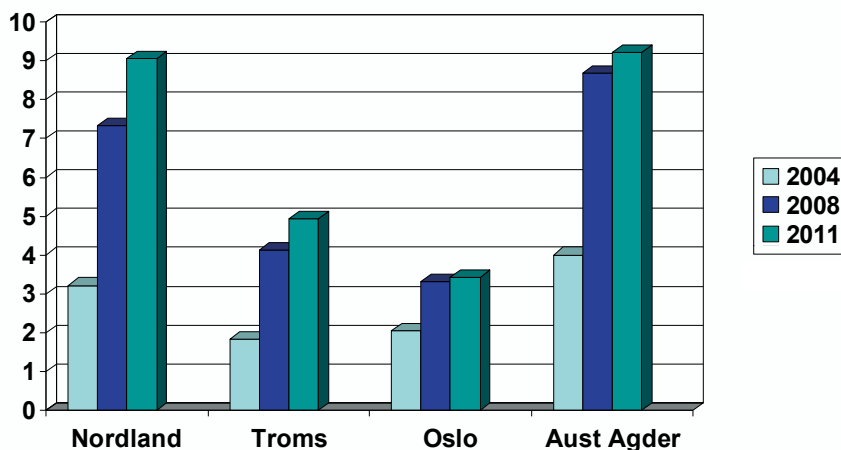
1. Jeg trekker parallellen til det amerikanske forbruket av psykofarmaka hvor antipsykotika har slått ut kolesterolsenkende på «bestselger»-listene. Jeg mener opplysningen er relevant ettersom det neppe er noen tvil om at utviklingen innen norsk psykiatri er påvirket av utviklingen i amerikansk psykiatri både når det gjelder medikamentell behandling og diagnostikk, inkludert ADHD (jmf. DSM IV). Jeg mener sammenligningen med USA derfor er interessant, selv om Hovda viser til at det norske totalforbruket av antipsykotika har vært stabilt mellom 2004 og 2010 (1). Det er riktig. Trekker man derimot ut antipsykotikaforbruket for de yngste aldersgruppene, har det likevel vært en økning i perioden 2004 til 2011 (2). Denne er riktignok minimal i forhold til både forbruket og økningen av ADHD-legemidler, men likefult; en økning. Forbruket av Risperdal er doblet i aldersgruppen null til ni år fra 2004 til 2011 (3) og totalforbruket av antipsykotiske legemidler hos barn og unge er fra 2004 til 2011 økt med over 40 prosent (2).
2. Hovda mener også jeg ikke har grunnlag for å hevde at tall fra reseptregisteret viser varierende forekomst av ADHD. Figuren taler for seg (FIGUR 1).
3. Jeg står fast på min påstand om at det vitenskapsteoretiske grunnlaget for ADHD-diag-

nosen er svakt. En utdyping av dette er det ikke plass for i dette innlegget. En viss ydmykhet i forhold til psykiatrisk diagnostikk basert på skjønn burde vi kanskje også ha etter den siste tids debatt om psykosebegrepet. Hovda er uenig med meg, men skriver samtidig selv at «oppfatningen av ADHD som en ren eksklusjonsdiagnose er misforstått». Det er mulig det er en misforstått oppfatning, men det er faktisk slik diagnosen beskrives i våre diagnosemanualer. Det er med andre ord ingen «oppfatning», men et diagnostisk kriterium – som jeg for øvrig i likhet med Hovda mener ikke holder mål. Dermed er vi altså enige om én vitenskapsteoretisk brist så vidt jeg kan se.

4. Hovda mener at jeg med mitt essay i *Samtiden* (nr. 3, 2011) mistenkeliggjør foreldre og pasienter med diagnosen. Jeg ser at begrepet «barne-doping» kan virke støtende på noen. Jeg beklager det. Men det må være mulig å reise en debatt om dette temaet der også foreldrerollen, samspillproblematikk og akademisk doping problematiseres uten at pasienters sårbarhet blir brukt mot deg.
5. Jeg vil til slutt understreke at for mange barn er ADHD-diagnosen relevant. Mange strever og mange har også nytte av me-

FIGUR 1. Antall brukere av ADHD-legemidler pr 1000 innbygger for fire norske fylker – Aust Agder og Nordland er blant fylkene med høyest forekomst på landsbasis.

KILDE: WWW.RESEPTREGISTERET.NO



disiner. Jeg mener likevel det er all grunn til påpeke den store fare for over- og feildagnostisering og med det; overmedisinering. De fylkesvise forskjeller som vist i figur.1 kan tyde på det. Mitt hovedpoeng har hele veien vært at diagnosen blir til ikke bare i en medisinsk – men også i en sosial og kulturell kontekst. Dette påpeker også Folkehelseinstituttet, som på sine hjemmesider skriver følgende i forbindelse med en studie som nylig kartla ulike forekomst internasjonalt: «For å øke forståelsen for de internasjonale variasjonene (), er det behov for forskning som tar hensyn til kulturelle forhold. Erkjennelse av de sosiale sammenhengene der ADHD opptrer, er et viktig skritt på veien for å sikre tilgang til kunnskapsbaserte intervensjoner mot denne hyppige, kroniske og funksjons-hemmende tilstanden.» (4)

Charlotte Lunde

REFERANSER

1. Hovda et al, ADHD-debatt på retorisk villspor, Utposten nr 2, 2012
2. www.reseptregisteret.no – et søk på 12 ulike antipsykotiske legemidler til gruppen 0–9 og 9–19 viste 2019 brukere for disse legemidlene i 2004 (befolkningsgrunnlag 1,1 mill) og 3012 i 2011 (befolkningsgrunnlag 1,2 mill)
3. www.reseptregisteret.no – enkeltsøk på brukere av risperdal i gruppen 0–9 år
4. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5669&MainLeft_5669=5544:91492::0:5667:2::0:0

Forbilledlig godt skrevet om folkehelse

Nina Sletteland, Ruth Marie Donovan
Helsefremmende lokalsamfunn
 Gyldendal, 2012
 234 sider

Folkehelseloven som trådte i kraft i 2010 og samhandlingsreformen som ble lansert i januar i år, tar til orde for at forebyggende og helsefremmende arbeid i større grad skal foregå lokalt, det vil si på kommunenivå. Med andre ord: Lokalsamfunnet skal være fremtidens kjernearena for dette arbeidet. Leger, helsepersonell, folkehelsekoordinatorer og andre pådrivere må følgelig dreie oppmerksomheten bort fra en tradisjonelt individrettet og livsstilsbasert forståelsesmodell – og i stedet rette blikket mot kollektive, tverrprofesjonelle og kunnskapsbaserte strategier. Dette er på ingen måte noe nytt tankegodt. Det nye er at vi har fått et lovverk som tar opp i seg disse ideene. Da trengs det faglige referanserammer og ikke minst praktiske virkemidler for å oppfylle lovens intensjoner.

Dette politiske bakteppet aktualiserer boken *Helsefremmende lokalsamfunn*, ført i penen av to sykepleiere med spesialutdanning innen fagfeltene helsefremmende arbeid, helsepsykologi og kunnskapsbasert praksis. Boken kan leses både som en lærebok for helsefagsstudenter og en veileder for fagpersoner som er involvert i folkehelsearbeid på lokalplanet.

Kort fortalt drøfter boken helse- og folkehelsebegrepet og den gjennomgående strategier

og modeller for forebyggende helsearbeid. Forfatternes utgangspunkt er at lokalsamfunnet er vår tids viktigste helse-determinant, forutsatt utvikling og tilstedeværelse av faktorer eller «egenskaper» som kollektiv resiliens (motstandskraft) og «empowerment». Disse og andre teoretiske konstruksjoner blir definert og drøftet på en klargjørende måte med bruk av praktiske eksempler for å illustrere poengene. Forfatterne fremfører løsningsorienterte tilnæringer til folkehelsearbeidet og folkehelseutfordringene. Deres filosofi er at gode resultater kan oppnås ved å skape en positiv endringskultur gjennom inkluderende, tverrfaglige prosesser der mål og planer blir tydelig definert og evalueringer blir systematisk gjennomført. Avslutningsvis presenterer de en rekke verktøy som kan brukes lokalt i det kommunale arbeidet, for å endre helseatferd samt planlegge og gjennomføre helsefremmende tiltak, så som stadiemodellen for endring, «precede – proceed»-modellen og sosial markedsføring.

Til å være så komprimert og samtidig proppfull av teori og kunnskap, er denne boken forbilledlig lettlest. Begrepsavklaringene er meget gode. Vanskelige ord og uttrykk drøftes kontekstuellet. Kapitlene om sosiale ulikheter i helse, folkehelsearbeidets historikk og Ottawa-charterets betydning for dette fagfeltet, gir leserne innsikt og perspektiver. Referanselisten er imponerende og gir bokens innhold stor faglig legitimitet.

Noen innvendinger har jeg imidlertid:

Den viktigste er at innholdet er såpass kompakt at enkelte emner synes noe overflattisk behandlet, herunder internasjonale og nasjonale føringer for folkehelsearbeidet. Omtalen av sentrale styringsdokumenter for folkehelsearbeidet er i overkant kortfattet og tam, tatt i betraktning kontroversene som har utspilt seg i den offentlige debatt rundt for eksempel samhandlingsreformen. Jeg synes fraværet av enhver antydning av kritikk mot myndighetenes folkehelsepolitikk er påfallende, men antakelig er dette ideologisk motivert. For øvrig savner jeg en kritisk analyse av ressursbruken på ulike innsatsområder innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er all grunn til å tro at forebygging er god samfunnsøkonomi, men i en bok der forfatterne heiser flagg for kunnskapsbasert praksis, skulle jeg gjerne sett noen regnestykker som dokumenterer eller i det minste sannsynliggjør lønnsomheten.

Når dette er sagt, står det bare igjen å ta av seg hatten for denne publikasjonen. Jeg kan ikke huske å ha lest noe så gjennomarbeidet og samtidig lettfattelig skrevet om et fagfelt i sterk utvikling, men som dessverre ofte blir presentert på en kjedelig og stemoderlig måte. Her øser forfatterne av sine kunnskaper, og de gjør det med begeistring. Boken anbefales til alle som har interesse av folkehelsearbeid både lokalt og nasjonalt.

Tom Sundar



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



Som allmennlege bestemmes ofte ikke arbeidstiden av klokken, men av høyden på papirbunken. Uansett stenger barnehagen klokken 16.30. Det kan være krevende å balansere forpliktelser overfor egne pasienter og egen familie. I den travle hverdagen kan det være vanskelig å løfte blikket. Når vi møtes av vanskelige utfordringer, tenker at jeg det er viktig å ta tid til å glede seg over de gode øyeblikkene.

Det lange livet

Livet er så langt, av og til varer det i flere måneder avbrutt av høyt gress, dype elver og kyss som varer like lenge som et eple faller i det lille sekundet mellom sommer og høst.

TERJE JOHANSEN, UTTEXTI 1997

Jeg vil gjerne utfordre Daniel Due-Tønnesen, god studiekamerat og samboer gjennom mange år i Bergen. Han jobber for tiden ved legevakten i Oslo.

Med vennlig hilsen
Einar Engtrø



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

Midt-Norge Tlf. 72 82 91 00 Vest Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonsentre (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.

Fast bruk av ibuprofen kan ned

Spørsmål til RELIS

RELIS har fått spørsmål om kombinasjon av ibuprofen og lavdose acetylsalicylsyre (ASA) må unngås helt. Bakgrunnen er informasjon på hjemmesiden til Janusinfo om at det svenske *Expert-rådet för analgetika och antireumatologiska läkemedel* fraråder kombinasjonen.

Bakgrunn

Acetylsalicylsyre (ASA) og uselektive NSAIDs bindes til enzymet syklooksigenase-1 (COX-1) ved å acetylere serin 529 i dette enzymet (2). Derved hemmes syntesen av tromboksen A₂ (TXA₂), noe som fører til redusert plateaggregering. Denne hemmingen er irreversibel for ASA, men ikke for ibuprofen og andre NSAIDs. Den hemmende effekten som ASA har på plateaggregasjonen vil vare like lenge som blodplatenes levetid, dvs. ca. sju til ti dager. Det har vært antatt at ibuprofen har sterkere affinitet til bindingssetet på COX-1 enn ASA, eller at ibuprofen ved gjentatt dosering (eller administrering før inntaket av ASA) bindes først og har en romlig struktur som hindrer ASA tilgang til det aktive setet (3). Resultatet kan da bli redusert platehemmende effekt fordi man får en reversibel hemming av COX-1 istedenfor den permanente inaktiveringen som ASA gir.

Myndigheter og medisinske databaser

I 2008 gikk Statens legemiddelverk ut med krav om oppdatering av preparatomtaler for ibuprofen og lavdoserte ASA-preparater (4). Da hadde europeiske legemiddelmyndigheters arbeidsgruppe for legemiddelovervåking, Pharmacovigilance Working Party (PhVWP), vurdert tilgjengelige data vedrørende risikoen for interaksjon mellom ibuprofen og ASA. Blant annet skulle følgende tekst inkluderes i aktuelle preparatomtaler:

«Forsøksdata tyder på at ibuprofen kan hemme effekten av lavdose acetylsalicylsyre på plateaggregering når disse legemidlene benyttes samtidig. Dataenes begrensning, samt usikkerheten rundt ekstrapolering av ex vivo data til klinisk bruk, gjør at det likevel ikke kan trekkes en sikker konklusjon vedrørende jevnlig ibuprofenbehandling. Ingen klinisk relevans er regnet som sannsynlig i tilfeller med sporadisk bruk av ibuprofen.»

Også ifølge hjemmesiden til den amerikanske legemiddelmyndigheten FDA, angis det at den kliniske betydningen av interaksjonen mellom ibuprofen og ASA er usikker (5). Det angis at ved sporadisk bruk av ibuprofen er det sannsynligvis liten risiko for svekket platehemmende effekt av ASA på grunn av den langtidsvirkende effekten av ASA på blodplatene.

Lexicomp vurderer at en fullstendig kartlegging av den påståtte interaksjonen mellom ibuprofen og ASA mangler, og det anbefales å utvise forsiktighet (3). Det angis at det synes fornuftig å unngå fast bruk av ibuprofen over tid hos pasienter som bruker ASA som tromboseprofylaktikum.

UpToDate anser at basert på den begrensede dokumentasjonen som er tilgjengelig, er det mulig at ibuprofen, og sannsynligvis også andre ikke-selektive NSAIDs, kan gi en klinisk relevant interaksjon med lavdose-ASA (6).

Studier

Janusinfo (1) fraråder kombinasjon av ibuprofen og lavdose-ASA basert på følgende tre studier (7, 8, 9):

Catella-Lawson og medarbeidere publiserte en todelt *ex vivo* studie i 2001 som var basert på serumkonsentrasjonsmålinger av tromboxan B₂ (TXA₂ omdannes raskt til TXB₂ som lar seg måle i serum) (7). Studien er også angitt som dokumentasjonsgrunnlag for flere av kildene nevnt over (2, 3, 5, 6). Det ble funnet at *enkelt doser* på 400 mg ibuprofen som ble inntatt to timer før inntaket av 81 mg ASA i seks dager, reduserte trombocytthemmingen den sjettede dagen til ca. 30 prosent etter seks timer, til ca. 20% etter 12 timer, og den var nesten borte etter 24 timer. Det ble også undersøkt *fast dosering* av 400 mg ibuprofen tre ganger daglig sammen med 81 mg ASA. Den første daglige dosen av ibuprofen ble da gitt to timer etter ASA. Etter seks da-

sette effekten av lavdose ASA

ger ble det funnet at trombocytthemmingen var redusert til ca. 60 prosent etter 12 timer og til ca. 10 prosent etter 24 timer. Tilsvarende reduksjon av platehemming ble ikke funnet ved kombinasjon av ASA med henholdsvis paracetamol, diklofenak eller rofekoksib.

Farkouh og medarbeidere publiserte i 2007 en post hoc-analyse av TARGET-studien på pasienter med artrose og høy risiko for hjerteinfarkt som ble behandlet med lavdose-ASA (8). Det angis at resultatene peker i retning av en økt risiko for kardiovaskulære hendelsen etter ett års behandling med ibuprofen i kombinasjon med lavdose-ASA. Tilsvarende risikøkning ble ikke funnet for kombinasjonsbehandling med naproksen og lavdose-ASA. Forfatterne angir imidlertid at studien har mangler og bør ses på som hypotesegenerende.

Oldenhof og medarbeidere publiserte en studie i 2010 med lavdose-ASA i kombinasjon med enten naproksen (220 mg x 3) eller paracetamol (1 g x 4) (9). Det ble funnet at den platehemmende effekten av daglig inntak av 81 mg ASA ikke ble redusert ved kombinasjon med disse legemidlene. Kombinasjon av lavdose-ASA og ibuprofen ble ikke undersøkt.

Ved søk i litteraturen har vi ikke funnet nyere studier som tilfører ny informasjon.

Doseringstidspunkt

Det er i liten grad kartlagt hvordan forskjellig tidspunkt for inntak av ibuprofen og ASA i forhold til hverandre påvirker effekten av ASA på plateaggregering.

FDA anbefaler at ved bruk av enkeltdoser med 400 mg ibuprofen sammen med ASA-tabletter med umiddelbar frisetting (ikke enterodrasjerte), bør ibuprofen inntas minst 30 minutter **etter** eller mer enn åtte timer **før** ASA (5). Det henvises til data fra upubliserte studier. For enteroformuleringer av ASA angis det at dokumentasjonsgrunnlaget ikke er

tilstrekkelig til å gi råd om tidspunkt for inntak av legemidlene i forhold til hverandre.

Lexicomp anbefaler at ibuprofen gis 30-120 minutter **etter** eller minst åtte timer **før** ASA (3). Det angis ingen forskjell mellom ulike tablettformuleringer av ASA.

Awa og medarbeidere har nylig publisert en studie hvor de har brukt en teoretisk modell for å beregne tidsforløpet for plateaggregering etter samtidig bruk av ibuprofen (enkeltdoser og gjentatte doser) og lavdose-ASA (10). Det angis at resultatene kan tyde på at effekten av ASA kan bli kraftig redusert ved samtidig bruk av ibuprofen, og at graden av reduksjon kan avhenge av når legemidlene inntas i forhold til hverandre.

Konklusjon

Basert på tilgjengelig dokumentasjon vurderer vi det som lite sannsynlig at **sporadisk bruk** av enkeltdoser med ibuprofen har klinisk betydning for den platehemmende effekten til lavdose-ASA.

Fast administrering av ibuprofen flere ganger daglig kan nedsette den platehemmende effekten av lavdose ASA, og det kan derfor være fornuftig å unngå samtidig bruk over tid.

REFERANSER

1. Janusinfo. Expertrådet för analgetika och antireumatologiska läkemedel. Avråder från kombination låg-dos ASA och ibuprofen. <http://www.janusinfo.se/v/Behandlingsriktlinjer/Expertradslatanden/Analgetika-och-reumatologiska-sjukdomar/> (Oppdatert 14. mars 2012)
2. RELIS database 2004; spm.nr. 2996, RELIS Vest. (www.relis.no/database)
3. Lexi-Interact in Lexicomp. NSAIDs (Nonselective)/Salicylates. <http://www.helsebiblioteket.no/> (25. april 2012).

4. Statens legemiddelverk. Oppdatering av preparatomtaler - ibuprofen og lavdoser acetylsalisylsyrepreparater. http://legemiddelverket.no/templates/InterPage____80128.aspx (Sist gjennomgått 2. oktober 2008)
5. FDA. Information for healthcare professionals: Concomitant use of ibuprofen and aspirin. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/Postmarket-DrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm125222.htm> (Oppdatert 29. september 2010)
6. Hennekens CH. Benefits and risks of aspirin in secondary and primary prevention of cardiovascular disease. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 22. februar 2012).
7. Catella-Lawson F, Muredach PR et al. Cyclooxygenase inhibitors and the antiplatelet effects of aspirin. *N Engl J Med* 2001; 345(25): 1809-17.
8. Farkouh ME, Greenberg JD et al. Cardiovascular outcomes in high risk patients with osteoarthritis treated with ibuprofen, naproxen or lumiracoxib. *Ann Rheum Dis* 2007; 66(6): 764-70.
9. Oldenhof J, Hochberg M et al. Effect of maximum OTC doses of naproxen sodium or acetaminophen on low-dose aspirin inhibition of serum thromboxane B2. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(6): 1497-504.
10. Awa K, Satoh H et al. Prediction of time-dependent interaction of aspirin with ibuprofen using a pharmacokinetic/pharmacodynamic model. *J Clin Pharm Ther* 2011. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01313.x.

Randi Myhr

Seniorrådgiver, cand. pharm.

Vigdís Solhaug

Seniorrådgiver, cand. pharm.

RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Ullevål

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 legekantoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekantoret til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Tilgjengelighet er en viktig kvalitet

Ringerike medisinske senter er et stort legesenter med åtte fastleger, turnuslege, jordmor og 11 helsesekretærer. Gjennomsnittlig er det sju leger og sju medarbeidere til stede hver dag, men flest til stede på mandager. Stort sett så får vi gode tilbakemeldinger, men det var betenkelig at våre pasienter var så misfornøyd med tilgjengeligheten på telefonen den gangen det var eneste måte å kontakte oss foruten brev og direkte oppmøte. I en brukerundersøkelse på legesenteret i 2007 med 557 deltagere fikk vi gjennomsnittlig verdi 2,8 på en skala fra én til fem, hvor én var dårligst og fem var best på muligheten til å komme gjennom til legesenteret på telefon. Å være tilstrekkelig tilgjengelig for publikum for å yte faglig god helsehjelp til rett tid er blant hovedoppgavene for fastlegene.

Det er i hovedsak helsesekretærene i resepsjonen som betjener telefonen vår. Annet arbeid i resepsjonen som ekspedering av resepter, enkle kontakter og betaling av tjenester konkurrerer om kapasiteten til å besvare telefonen. Timebestilling og reseptfornyning skjedde som oftest i telefonen.



Helsesekretærene er viktige faktorer i arbeidet for god tilgjengelighet.

Elektronisk bestilling

Etter brukerundersøkelsen bestemte vi at vi ville bruke elektronisk timebestilling og elektronisk bestilling av reseptfornyelser mer effektivt. Vi omorganiserte timebøkene og gjorde flere timer tilgjengelig for timebestilling samme dag.

Resepter direkte til apotek

Hos oss var det stor etterspørsel etter å hente resepten samme dag som den var bestilt. Å hente resepter i luka var billigste måte for publikum og de foretrakk dette i stedet for å få resepten fakset til apoteket eller sendt hjem i posten. For oss var dette arbeidskrevende. I et praksisbesøk ved Stovner legesenter i Oslo i

2010 erfarte vi at publikum henter reseptene på apoteket i stedet for i resepsjonsluka. I 2011 fikk vi til en ordning hvor alle de fem apotekene i kommunen henter resepter hos oss hver morgen klokka ni. Pasienten kan få resepten ekspedert på avtalt apotek samme dag, men derfor tidligst dagen etter at reseptfornyningen er bestilt og fastlegen er tilgjengelig for forskrivning. Når e-resept kommer til oss i Buskerud i 2013 vil våre pasienter allerede være vant med å gå direkte til apoteket etter å ha fornyet resepten hos fastlegen.

Ny betalingsordning

Nå i 2012 har vi tatt i bruk en betalingsautomat hvor pasientene betaler med kontanter

eller kort direkte i automaten ved utgangen. Et firma sender regninger til pasientene som ikke betaler på stedet. Betalingsordningen er regnskapsteknisk oversiktlig.

Hva har skjedd?

Pasientene våre var raske med å ta i bruk elektronisk bestilling. Nå tror vi at ca. halvparten av konsultasjonene bestilles med SMS. I 2012 har vi mottatt gjennomsnittlig 400 SMS pr uke og har hatt gjennomsnittlig 750 konsultasjoner pr uke. Resten av konsultasjonene utgjør blant annet kontroller bestilt ved forrige konsultasjon og akutt-timer. Tilrettelegging for time samme dag har vært vellykket. Helsesekretærene ekspederer timetilde-

lingen raskere og resepter kan klargjøres når det er stillere på telefonen. Vi prioriterer fortsatt de med akutte behov eller koordinerte helsetjenester og anbefaler at slike konsultasjoner blir varslet og bestilt pr. telefon.

Vi gjorde en medarbeiderundersøkelse vår 2011, der vi gjentok spørsmål fra «Faste grep om helse i hektiske kontor» (Kristin Reichbom-Kjennerud, Delta 2010). Undersøkelsen omfatter stress i ulike arbeidssituasjoner, og viser at våre helsesekretærer opplever mindre stress knyttet til arbeid i resepsjon og telefonkontakt med pasienter enn gjennomsnittet i Norge. Aller tydeligst viser forskjellen seg på spørsmålet: «det er fulle lister, men pasienter ønsker seg inn på dagen» – som kanskje den mest stressfylte hendelse på et legekontor.

Nå leverer vi til sammen gjennomsnittlig 19 resepter til apotekene hver dag. Dette er omtrent to tredeler av reseptekspederingen uten konsultasjon. Vi antar derfor at det er tilsvarende antall færre henvendelser i resepsjonsluka. Da er det også færre biler på parkeringsplassen vår og lettere tilgang til parkering for de som skal til legekonsultasjon.

I 2011 betalte pasienten for resepten ved ekspedering på apoteket og apoteket refunderte dette beløpet til legene uten ekstra gebyr. Pasi-

entene betalte det samme for resepten på apoteket som de ellers hadde gjort i resepsjonsluka. Med ny betalingsordning sendes regningen til pasientene for resepter levert på apoteket. Vi bruker samleregning slik at pasientene skal slippe å få mange små regninger med faktura-gebyr. Fra før hadde vi organisert betaling for konsultasjonen direkte hos legene, slik at betaling for tjenester var begrenset i resepsjonen, men også denne tiden er frigjort nå. Betalingsordningen har tatt hånd om flere enn 3500 regninger/måned, i snitt 25 regninger for hver lege hver dag. Hvis vi antar at vi før brukte bare 1 minutt på å ta i mot penger/ kort for betaling, kan hver lege spare 25 minutter hver dag. Det betyr at hver lege kan tilby en til to konsultasjoner mer pr dag.

Allerede høsten 2010 gjorde vi en ny brukerundersøkelse men med færre deltakere, da fikk vi gjennomsnittlig verdi 3,7 på telefontilgjengelighet. I tilsvarende undersøkelse i 2011 var gjennomsnittlig verdi 3,4. For å kunne sammenlikne mellom gjentatte brukerundersøkelser har vi her valgt å fokusere gjennomsnittsverdien. Både en norsk og en dansk statistisk analyse av spørreskjemaet EUROPEP har vist at dette spørsmålet har størst variasjon i svarene og at det kreves et stort antall

besvarelser for å kunne si noe sikkert om tilfredsheten.

Å påstå sikkert at våre pasienter er mer fornøyd med tilgjengeligheten i telefonen skal vi være forsiktige med, men vi vet i hvert fall at vi har jobbet seriøst med problemstillingen og at vi har vist vilje til å gjøre endringer som kan forbedre tilbudet vårt.

Jeg sender stafetten videre til fastlege Sirin Johansen ved Nordbyen legesenter i Tromsø.

KILDER

Lyngstad, I. (2008). «Hvordan fungerer legekontoret for dine pasienter? – Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis.» *Utposten* 37(6): 27-31.

Bjertnaes OA, Lyngstad I, et al. (2010). «The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity». *Family Practice*: doi: 10.1093/fampra/cmql098.

Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analyses of the danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26:174-180. doi: 10.1080/02813430802294803.

Reichborn-Kjennerud, Kristin: Faste grep om helse i hektiske kontor. En undersøkelse av helsesekretærens arbeidsforhold ved fastlegekontor. http://www.afi-wri.no/stream_file.asp?iEntityId=5030

Inger Lyngstad
inger.lyngstad@gmail.com

Ringerikes medisinske senter.

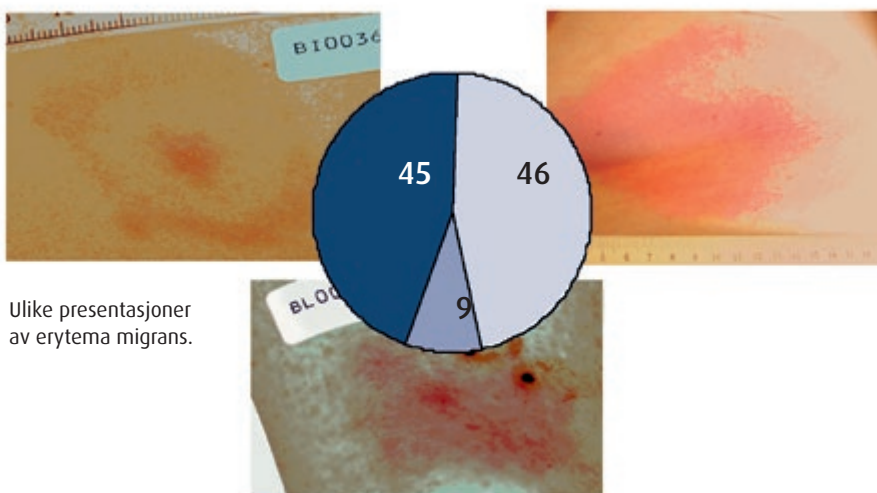


Antibiotikabehandling ved erythema migrans

Sommeren er høysesong for flåttbitt. De fleste flåttbitt er harmløse, men i sjeldne tilfeller kan bakterien *Borrelia burgdorferi* overføres til mennesket via flåttbitt. *Borrelia* er årsaken til borreliose, også kjent som Lyme disease eller Lyme borreliose. Hudsymptomer på bittstedet, erythema migrans (EM), er ofte første tegn på sykdom. Sykdommen kan i *verste fall* utvikle seg til en alvorlig systemisk sykdom med bl.a. nevrologiske utfall og kroniske plager dersom den forblir ubehandlet eller utilstrekkelig behandlet.

Nå har Kunnskapscenteret for helsetjenesten oppsummert og vurdert dokumentasjonen for effekt av behandling av EM med fenoksymetylpenicillin, amoksisillin, doksycylin, erythromycin og azithromycin – og sammenliknet behandlingene med hverandre (1). Effekt er vurdert i forhold til varighet av hudutslett, fravær av andre symptomer etter behandling og forekomst av senmanifestasjoner (alvorlige og mindre alvorlige). Konklusjonene er:

- Dokumentasjonen gir ikke grunnlag for å avgjøre om det er forskjeller i effekt for de aktuelle antibiotikabehandlingene. Dette betyr ikke at det ikke kan være forskjeller, men kvaliteten på dokumentasjonen er lav og effektestimaten dermed for usikre til at vi kan trekke sikre konklusjoner om dette.
- Det er ikke funnet dokumentasjon for om det er forskjell i effekt for legemidlene og



Ulike presentasjoner av erythema migrans.

utfallene nevnt over når det gjelder dosering og varighet av behandlingen.

Den fullstendige rapporten finnes på www.kunnskapscenteret.no/Publikasjoner.

LITTERATUR

Sæterdal I, Ringerike T, Harboe I, Eliassen KE, Klemp M. Antibiotikabehandling av erythema migrans. Hurtigoversikt. Oslo: Kunnskapscenteret for helsetjenesten, 2012.

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, Oslo

Valg av antibiotika ved EM

VOKSNE: Fenoksymetylpenicillin 1,3 g x 3 i 10–14 døgn

BARN: Fenoksymetylpenicillin 20 mg/kg x 3 i 10–14 døgn

Ved penicillinallergi

VOKSNE: Doksycylin 200 mg x 1 i 10–14 døgn

BARN: Azitromycin mikstur: 20 mg/kg x 1 første dag, 10 mg/kg x 1 dag 2–5

KILDE: NASJONAL ANTIBIOTIKAVEILEDER