

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 5 – 2012 ◦ ÅRGANG 41

INNHold:

LEDER: Fastlegen framleis best i klassen. AV LISBETH HOMLONG	1
UTPOSTENS DOBBELTIME: Utpostens pionerer og provokatører. HARALD SIEM OG PER WIUM INTERVJUET AV TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ	2
ALLMENNEMDISINSKE UTFORDRINGER: Tverrfaglig utredning av medisinske uforklarte plager og symptomer – konsekvenser for behandling. AV LILLETBETH LARUN OG AASE AAMLAND	8
Kreftpasientene dine bruker det – hva vet vi om mistelbehandling? AV ANETTE K. BENDER	13
«The needle and the damage done...» – somatisk sykkelighet blant opioidavhengige. AV IVAR SKEIE	15
Helsekravene til førerkort. AV JØRGEN G. BRAMNESS OG RAGNHILD ANGELL HOLST	18
Nye veiledere.	24
Allmennlegrs bruk av tolk. AV TRYGVE KONGSHAVN, SVEIN AARSETH OG KJELL MAARTMANN-MOE	25
Kan vi ha tiltro til UpToDate? AV ALEXANDER WAHL	30
Offentlige legeoppgaver i samhandlings- reformens tid – allmennmedisinsk gull eller gråstein? AV ROBERT TUNESVEIT OG KARSTEN KEHLET	31
Ål kommune viser vei. AV ROBERT TUNESVEIT	32
Ungdomshelse – hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra? AV HANS-JOHAN BREIDABLIK	35
Testing av laboratorietstyr i primærhelsetjenesten: Et SKUP for brukerne. AV CAMILLA EIDE JACOBSEN	38
Sovemedisin, Vekkemedisin, Drømmemedisin. AV BENNY ADELVED	40
Faste spalter	42
LESERBREV: Mørkemenn og fargeblindhet. TILSVAR TIL SIGNE FLOTTORP AV EIVIND MELAND	43
BOKANMELDelse: Dialektisk ledelse – en fin appetittvekker. ANMELDT AV EIVIND MELAND	48

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

Sjøbergveien 32, 2066 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: 454 84 047

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

FORSIDE/2. OMSLAGSSIDEBILDE: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Aurskog

REPRO OG TRYKK:
07 Aurskog**07**Du finner Utposten på
www.utposten.no

Fastlegen framleis best i klassen

Etter ein regnfull og altfor kald sommar som heldigvis vart avslutta med to veker under ei varmande sol ved Middelhavet, finn eg meg no tilbake i mitt sjølvpåførte, men frivilljuge, eksil frå fastlegeyrket. Den noko meir flegmatiske kvardagen som PhD-student er ganske så ulik den intensive og travle fastlegekvardagen. Eg kjenner meg privilegert som kvar dag, i ro og mak, kan sette meg framfor PCen og fordjupe meg i eit forskingsprosjekt – og det på staten si rekning! Men innimellom tek eg meg i å lengte tilbake til pasientane, variasjonen og mangfaldet, kjensla av å oppnå umiddelbare resultat av det arbeidet eg gjer. Så planen er førebels å vende tilbake til klinisk allmennmedisin når ei doktorgrad er i boks.

I så måte vart eg møtt av svært motiverande nytt første dagen på jobb etter ferien. For femte år på rad toppar nemleg fastlegane lista over dei offentlege tenestene som det norske folk er mest nøgde med. Årleg gjennomfører Norsk kundebarometer ved Handelshøgskulen BI denne undersøkinga. Med 81 av 100 moglege poeng ser det altså ut til at den fastlegeordninga vi har per i dag fungerer godt sett med det norske folk sine auge. Folk flest er nøgde med fastlegen sin! Snittscoren for dei offentlege tenestene samla sett er 67, så sett i høve til det, ligg vi godt an.

Eit atterhald når det gjeld denne type brukarundersøkingar, er om popularitet i alle tilfelle er av det gode. Er det gitt at høgst

mogleg score betyr at fastlegen yter ei optimal teneste? Vi må av og til passe på at vi ikkje endar opp som slavar av det som pasienten til ei kvar tid måtte ønskje seg. Men uansett, så er det gledeleg og inspirerende med slike nyhende etter den prosessen vi har vore gjennom tidlegare i år i samband med det omstridde forslaget til ny fastlegeforskrift. Det må bety at mykje av det vi gjer i primærhelsetenesta per i dag er bra og rett. «Never change a winning team» lyder eit kjent slagord. No når vi har fått det endelege resultatet på bordet, så kan det sjå ut som om helsestyresmaktene har tatt omsyn til dette i den endelige utarbeidinga av den nye fastlegeforskrifta.

For at pasientane skal få eit bra tilbod er også vår eigen trivsel i yrket viktig og det har vore aukande misnøye dei siste åra både i høve til rammevilkår og lønsutvikling. Forbettringspotensiale er der i mange ledd. IKT er eit sentralt felt der endringar vil kunne lette kvardagen og heve kvaliteten på det arbeidet vi gjer. Framleis sender NAV pasientlister på diskett. Framleis har vi ikkje eit fungerande, felles adresseregister. Vi manglar dataverkty for elektronisk overføring av EPJ, elektroniske data må dermed printast på papir. Helsekort for gravide er framleis berre på papir. NAV sender papirpost, sjølv om ei elektronisk løysing lenge har leie fiks ferdig på NAV-leinga sitt bord. All sjukemeldingsfunksjonalitet innan IKT ute i primærhelsetenesta får null finansiering. Ingen helseforetak har førebels tatt i bruk eResept. Dette er berre noko av det som ein må

ta tak i. Alt dette har det blitt snakka om opp og i mente i årevis, men lite vert gjort, kommenterer Regin Hjertholm, som i ei årrekke har stått i bresjen for satsing på IKT i primærhelsetenesta. Ein veit allereie mykje om kva som trengst, likevel har styresmaktene sett i gong nye utgreiingar. No må vi vente på den nye eHelse-meldinga. Er dette eigentleg nausynt?

Utposten feirar i år 40-års jubileum. I samband med dette har vi dette året forsøkt å reflektere over kva vår eiga rolle er i norsk allmennmedisin. Det historiske er ein ting, godt dokumentert ved det fyldige intervjuet med Utpostens pionerar, Per Wium og Harald Siem, som vi presenterer i dette nummeret av bladet, ein annan ting er framtida. Kor går vi vidare? Kva skal Utposten vere for norsk allmennmedisin i framtida? Her treng vi lesarane si hjelp!

På våre nettsider er det lagt ut ein link til ei brukarundersøking om Utposten som vi håper alle kan ta seg tid til å svare på. Jubileet vårt vert elles markert med eit jubileumssymposium under PMU i Oslo 22.oktober. Tema er følgjande: Korleis skrive og formidle vårt fag? Steinar Hunsbør og Magne Nylenna skal innleie til diskusjon rundt emnet. Vi oppmodar alle som har høve til å delta!

Lisbeth Homlong

Utpostens
dobbeltime

Utpostens pionerer

Harald Siem og Per Wium
INTERVJUET AV T. SUNDAR OG M. SØNDENÅ

Det er tidlig på året 1972: Kveld etter kveld samles tre unge menn i distriktslegeboligen på Aukra på Møre-kysten. Med kjøkkenbenken som arbeidsplass, taster de manuskripter på skrivemaskin og klipper og klitrer tekst og tegninger til et layoutoppsett som skal sendes trykkeriet. Harald Siem, Per Wium og Tore Rud lager et nytt kontaktblad for leger i primærhelsetjenesten. Imidlertid skal *Utposten* som prosjekt vise seg å bli mer skjellsettende enn som så.

Et blick gjennom et av de første numrene gir et frempek på hva man kan vente seg av *Utposten*. Med skjemt og alvor skriver distriktslege Per Wium i Midsund et innlegg med tittelen *Praktiske erfaringer i samarbeid med Helse-direktoratet*:

I ett år har jeg vært distriktslege på en øy på Møre-kysten. I ett år har jeg samarbeidet med Helse-direktoratet. Dette året har Helse-direktoratet ikke samarbeidet med meg.

Byråkrati og bastioner

Wium stiller Oslobyråkratiet til veggs med konkrete eksempler der han beskriver kritikkverdige bolig-, arbeids- og kontorforhold i distriktet han selv betjener. Han setter pekefingeren på det mange opplever som en arrogant unnfallenhet, i det minste en sendrektighet, i hovedstadsmiljøets respons overfor distriktene. Og det kommer han til å gjøre mange ganger i de neste fem årene.

I en redaksjonell anmerkning i samme blad, kan vi lese:

Alle er vel klar over at distriktslegene slåss mot byråkratiet. Ingen enkelt i Helse-direktoratet kan vel egentlig trekkes til ansvar for dette, men vi ville sette pris på et svar fra en representant for Direktoratet om hvorfor det er blitt

slik. Man spør seg selv i samme vending om det egentlig ikke alltid har vært på denne måten. Det ville være interessant å få eldre kollegers syn på dette: Blir det stadig flere instanser sakene skal gjennom, og er det stadig flere forskrifter man må føye seg etter for å gjennomføre tiltak som i grunnen alle ville være enig om?

Med sin offensive og humoristiske formidlingsform åpner de unge og uredde redaktørene et nytt kapittel i norsk primærmedisin. *Utposten* tar rollen som pådriver for å styrke primær- og distriktshelsetjenesten.

Ville bli hørt

Førti år senere sitter to av de tre pionerene, Siem og Wium, sammen med to fra dagens redaksjon. Samtalen omhandler *Utposten*, fortid og nåtid, skiftende trender og bladets legitimitet. Møtestedet er ironisk nok toppetasjen i Helse-direktoratet, Harald Siems nåværende arbeidssted – og bastionen som de to så ofte ergret seg over eller gikk til angrep på i *Utpostens* spalter i 1970-årene. Riktig nok hadde Direktoratet den gang et annerledes mandat – som både distriktslegenes arbeidsgiver og Helse-Norges fagetat, men symboeffekten som helsebyråkratiets høyborg holdes fortsatt i hevd.



– *Utposten* hadde ingen partipolitisk agenda, bedyrer Harald Siem mens Wium smilende blar gjennom en bunke blader fra de første årene. – Vårt motiv var først og fremst å skape et kontaktblad for distriktsleger, utenom Legeforeningens og Direktoratets kanaler. Dernest ville vi skape forståelse for våre arbeidsbetingelser og hva vi oppfattet som viktige helseproblemer. På den tiden var det stor irritasjon blant oss «ordentlige doktorer» overfor sykehuslegene som hadde makt og privilegier. De skulle ta – i hvert fall på dagtid – alle de interessante medisinske problemstillingene, mens vi i primærhelsetjenesten satt igjen med nattvakter, snørør og tårer. Som distriktsleger og allmennleger ønsket vi å ha ansvar for en mer helhetlig medisin. For å bli hørt, var vi bevisst smårampete de første fem årene. Vi måtte provosere så vel som å opplyse, konstaterer Siem.

Den energiske 71-åringen har en omfattende CV. I dag er han ansatt ved Direktoratets aveling for global helse. Han har de siste årene konsentrert seg om spørsmål knyttet til migrasjon og tilgang til helsetjenester. Etter årene som distriktslege på Aukra, arbeidet Siem ved Institutt for allmennmedisin i Oslo, ved Oslo helseråd, i NHO og i ti år drev han

er og provokatører



Per Wium (t.v.) og Harald Siem har mange levende minner fra Utpostens fem første leveår. Her viser de frem julenummeret fra 1976.

med internasjonalt helsearbeid i WHO-systemet i Genève.

Per Wium ble bydelslege i Oslo etter tiden som distriktslege på Mørkysten. Senere hadde han stillinger ved Sykehusrådmannens kontor, i Norsk Pasientforening, NHO, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet. Han var helsesjef og kommuneoverlege i Lørenskog i seks år, før han i 2009 vendte tilbake til pasientarbeid som delpensjonert sykehjemslege.

Felles ståsted – felles sak

Harald Siem avbryter samtalen med en «nødvendig digresjon», et sitat fra den tyske filosofen Immanuel Kant:

Opplysning er menneskets utgang fra sin selv-forskyldte umyndighet.

– Og, fortsetter Siem å sitere:

– Umyndighet er den manglende evne til å bruke sin forstand uten andres ledelse. Selvforskyldt er denne umyndighet når dens årsaker

ikke ligger i mangel på forstand, men i mangel på beslutning og mot til å bruke forstanden uten andres ledelse. Sapere aude! Ha mot til å bruke din egen forstand!¹

– Poenget er at det ikke er hvilken som helst forstand mennesket skal ta i bruk, men sin egen – og *det uten andres ledelse!* Tidligere så man på opplysning som en form for *belering*: å belære folk om deres eget beste og gi dem

¹ Sitert etter Helge Jordheim, Morgenbladet 11.7.2008

nødvendig innsikt i ulike saker. Bare slik var det mulig å myndiggjøre dem som borgere. Men Kant ser annerledes på det.

Både Harald og Per studerte medisin i Sveits; Harald i Basel og Per i Fribourg, senere Oslo. Harald var ferdig i 1967, Per i 1969. Harald ble i Sveits og skrev en doktorgradsoppgave om nervus fibularis-parese, mens Per tok avsluttende eksamen i Oslo. De to møttes som turnusleger ved Namsos sykehus og fant tonen. Harald dro videre til Aukra, og Per kunne tenke seg å komme etter som turnuslege. Imidlertid sto ikke Aukra på listen over turnusplasser. Da Harald ble distriktslege, tok han affære og ringte direkte til helsedirektør Karl Evang, og sørget dermed for å få Per som turnuslege til Aukra.

Samtidig var det opprettet en ny distriktslegestilling i Midsund, men det var krangel i kommunen om hvor legeboligen skulle lokaliseres. I 1971 falt valget på Midsund tettsted. Per Wium fikk stillingen. Da Tore Rud (1942–95) ble distriktslege på Sandøy, fant de tre legene tonen – og dannet et muntert trekløver.

Frustrerte distriktsleger

En viktig motivasjon for å etablere Utposten, var å gi distriktsmedisinen en tydelig røst. De tre gründerne hadde et uttalt mål om «å sette opprustningen av helsetjenesten i distriktene inn som en viktig del av en helt nødvendig opprusting av primærhelsetjenesten i hele landet».

UTPOSTEN: Hva var det i tiden som gjorde dette målet så viktig?

– Dette var like etter 1968-bølgen, det vi kan kalle en antiautoritetstid som førte til et stemningsskifte. Mange utlandsstudenter vendte hjem og tok med seg impulser utenfra,

som oss. Vi manglet – heldigvis, får jeg vel si – respekten for *det etablerte* som syntes å prege mange kolleger som hadde studert her hjemme. Noen oppfattet oss som politiske aktivister på venstresiden, men saken er at vi hadde hvert vårt politiske ståsted. Imidlertid var vi på linje i fag- og helsepolitikken – og det hadde alt å si, konstaterer Harald Siem.

Per Wium peker på deres felles bakgrunn fra ANSA (Association of Norwegian Students Abroad), som var en kraftfull studentorganisasjon. Erfaringene fra ANSA tok de med seg «i bagasjen» hjem. De ville *gjøre noe*, være «ordentlige doktere» og bidra til å gi norsk primærmedisin et løft: – Vi ville være med på å bygge opp helsetjenesten til et kvalitativt nivå som samsvarte med våre ambisjoner. Vi var irritert over alt som ble bestemt over hodet på leger ute i distriktene.

Per utdyper: – I mange distrikter hadde legen ansvar for to til tre kommuner med flere tusen mennesker, døgnet rundt. Man måtte søke fylkeslegen om tillatelse til å være borte i mer enn 24 timer. Legenes arbeidsbetingelser var uholdbare. Etter hvert ble dette et sentralt tema, både i Direktoratet og Legeforeningen.

Noen år senere, i 1977, gjennomførte Per Wium en stor undersøkelse for Legeforeningen om lønn og arbeidsbetingelser blant distriktslegene. Svarprosenten var 88. Distriktslegene oppga en gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid på 45 timer. I tillegg hadde de over 40 timer ubetalt beredskapstid. Da undersøkelsen ble gjentatt i 1982, hadde vaktbelastningen gått noe ned. Legeforeningen syntes tallet var «for pene» og ville ikke publisere dem. De var redd for ikke å få gjennomslag i forhandlingene om normaltariffen, forteller Per.

– 1960-tallet var frustrasjonenes tiår. Etter hvert kom det flere leger til distriktene. På 70-tallet ble det en vekst. Faget ble vårt eget da vi fikk allmennpraktikere til å undervise i universitetsfag som øyesykdommer og ørenese-hals på deres premisser, i deres kontekst. Men fortsatt var primærhelsetjenesten forsømt. Det var dette vi satt på dagsorden i Utpostens spalter. Vi startet Utposten for å få et felles kommunikasjonsmedium for distriktslegene i Norge. Vi ville fortelle hvor fint og viktig det var å arbeide i distriktene. Og vi var nøye med at intet skulle gå ut over pasientene selv om vi tidvis var frustrerte, sier 69-åringen.

Motkultur

Ideen om å lage Utposten ble unnfanget på «Kurs for offentlige leger», også kjent som Bygdøyrkurs. Det var et tre måneder langt kurs i offentlig helsearbeid, i regi av Helsedirektoratet. På den tiden var kur-

set et viktig samlingssted for offentlige leger. Harald minnes at det var 16 kursdeltakere i 1971, året han var med. Aktuelle lover ble presentert og drøftet, for eksempel regelverket rundt «steriliseringskontoret»: Alle som skulle steriliseres, måtte søke kontoret om tilatelse. I og med at samtlige søknader ble innvilget, var det flere av legene på kurset som stilte seg kritisk og undrende til formålet med et slikt regelverk. Etter det ble kontoret avviklet.

Foruten å lese lovverk, var det mange deltagere på Bygdøyrkurs som berettiget om legevirket ute på bygda. Etter å ha hørt på stemmene fra bygda, skjønte Harald at det offentlige ansvaret for helsetjenesten utenfor sykehus måtte styrkes. Hvis ikke, ville det «aldri bli noe greie på det». Det var da han begynte å så tanken om å etablere et organ utenom Legeforeningens tidsskrift som kunne skape mer kontakt mellom distriktslegene.

– Vi hadde invitert Legeforeningens generalsekretær Odd Bjercke til det kurset. Han redigerte foreningssidene i *Tidsskriftet*, og ville gjerne at vi skulle skrive mer. Men han var kjent for å skrive fotnoter til artiklene, der han kommenterte innholdet: «Dette har vi skrevet om før», var en gjenganger i det han skrev. Underforstått: Hadde Siem lest hva vi skrev for fem til ti år siden, hadde han ikke sendt inn innlegget. Det var jo ikke akkurat motiverende, minnes Harald Siem.

Da han kom hjem til Aukra etter Bygdøyrkurs, drøftet han planene om et nytt tidsskrift – som skulle målbare distriktenes interesser – sammen med Per Wium og Tore Rud. Da de tre bestemte seg for å gå i gang med Utposten, var tanken å reise en *motkultur* til den enerådende sykehusmedisinen. De følte seg isolert i sine distrikter, nærmest som et «oppsop» i legemiljøet. Deres eneste reelle møteplass var Bygdøyrkurs. Og det ville de gjøre noe med.

Fra idé til trykksverte

Siem, Wium og Rud hadde et enkelt og tydelig budskap: Det er *spennende* å jobbe i distrikt. Nå trengte de bare en kanal; det skulle være et alternativ til «makta» som i praksis betød direktorat og legeforening. De hadde fått mange signaler fra kolleger i distriktene om behovet for et kontaktforum, et blad. De gikk i gang, og satte seg til rette ved kjøkkenbenken hjemme hos dr. Siem på Aukra – med assistanse fra en journalist i Romsdal folkeblad.

Hver av de tre spytet 1500 kroner i redaksjonskassa, nok penger til å dekke to til tre utgivelser. De tastet, klippet og limte – alt foregikk manuelt den gangen. Senere kjøpte de inn en IBM-skrivemaskin med kulehode og rettetast. Pers kone Stine og Haralds kon-



torsekretær Reidun Solem hjalp til med inn-tastingen – spalte for spalte. Haralds kone Danis sto for adresseringen. Den første utga-ven kom ut våren 1972 – men det skjedde ikke smertefritt. Krisen var et faktum da den opprinnelige manusleveransen forsvant spor-løst i posten, på vei til trykkeriet. Redaktørene hadde imidlertid en «back up»: Det meste av innholdet lå på blåpapkopier, men alt arbeidet måtte gjøres om igjen.

Omsider kunne de snuse inn trykksverten fra et rykende ferskt førstenummer. Det ble sendt ut gratis til alle distriktsleger. Senere ble abonnementsprisen satt til 50 kroner per år. Studenter betalte halvparten. Redaktørene satte som prinsipp å begrense reklamefinan-sieringen til et minimum, to sider. For øvrig skulle bladet ha 16 sider og et format som kunne «leses på do». Kirurgen Ansgar Aasen,



UTPOSTEN: Hvorfor fikk bladet navnet Ut-posten?

– Tja, hvorfor ikke? Vi smakte på flere titler, men med rammene rundt det vi gjorde, ga det seg selv. Utposten samsvarte godt med distriktsprofilen.

UTPOSTEN: Hvordan foregikk de første redak-sjonsmøtene?

– Vi hadde ikke tid til møter før hvert eneste nummer. Når vi hadde ekstra dårlig tid, møttes vi på sjøen i hver vår båt og snakket sammen over ripa. Men når vi først kom sammen hjemme hos hverandre, var det alltid god stemning. Og mye god mat! ler Per Wium.

Gode støttespillere

Tanken med Utposten var å bøte på behovet for fellesskap samtidig som faget skulle skrives. Terskelen for å skrive skulle være lav. Så mange som mulig skulle bidra med innlegg og artikler. Blant dem var det ressursper-soner som Peter F. Hjort, Hans Ånstad, Per Fugelli og Fredrik Mellbye – men bladet var også en viktig kanal for røstene fra de «egent-lige utpostene».

Innad i redaksjonen var det godt samhold. De tre utfylte hverandre på flere områder. Alle artikler ble lest gjennom før publisering. En del ble rettet og sendt tilbake til forfatterne. I prinsippet ble ingen artikler refusert.

Legenes ektefeller var viktige støttespillere, både i deres praksiser og i arbeidet med Utposten. De ble nære venner, likeledes ble barna godt kjent. – Når vi ser tilbake, kan vi begge si at det på mange måter var eventyrlig å være distriktslege i det som var en veksttid for norsk primærmedisin, sier Per og Harald. De trekker

frem kollegaen og medredaktøren Tore Rud, som døde altfor tidlig: – Han var usedvanlig kreativ og kunnskapsrik, en drivkraft og inspi-rasjonskilde. Og Kari, kona hans, gjorde mye for Utposten. Vi har mye å takke henne for.

Utpostens legitimitet

– Det var aldri meningen at Utposten skulle være et edelt eller «selvoppofrende» prosjekt. Vår agenda var å få kolleger til å utfordre seg selv på en større arena – en faglig og helsepoli-tisk arena. Ingen skulle styre skribentene, og det var lov å harselere med det etablerte helse-vesen, påpeker Harald Siem når samtalen penser inn på Utpostens agenda og legitimitet.

I Utposten var det gjerne Per Wium som stod for spissformuleringene, og de ble ledsaget av tegninger av Kåre Bjørn Huse fra Mid-sund. Med humor og vidd skrev Per sine «distriktsnisne-betraktninger» som slo godt an. Korte og lange innlegg kom trykk. Utpos-tens spalter hadde rom for fag, helsepolitikk, komikk, ironi og alvor.

– Vi var nok litt ustyrlige slik at folk ikke helt visste hvor neste skritt skulle gå, humrer Per.

UTPOSTEN: Inntok dere en rolle som oppviglere?

– Nei, det ønsket vi ikke, men kanskje ble vi oppfattet som oppviglere. Vi var jo frittta-lende på vegne av distriktslegene som ikke hadde den samme statusen som sykehuslege-ne. Lønningen var lav. I Nord-Norge fikk man riktig nok et såkalt brenselstilskudd for tort og svie, et slags stimuleringstiltak. Men i våre strøk på Nord-Vestlandet var det ikke fullt så kaldt, så de pengene så ikke vi noe til, sier Harald med utilsørt ironi.



som på den tiden var turnuslege hos Harald Siem, bidro til å spre Utposten. Han satt i gang en vervekampanje blant medisinstuden-ter og skaffet flere titalls abonnenter. Nykom-lingen ble godt mottatt, og i løpet av det første året rekrutterte Utposten ca. 400 abonnenter.

UTPOSTEN: Hvor langsiktig tenkte dere i start-fasen?

– Vi håpet selvsagt at vårt nye tidsskrift ville få en viss levetid, men hadde noen sagt at det ville overleve 40 år, ville det vært vanske-lig å forestille seg. Vi hadde ingen storstilte planer. Vi mente det var et behov for et nytt fagblad med distriktsleger og allmennprakti-kere som målgruppe.

UTPOSTEN: Hvilke bastioner ville dere angripe?

– Den gangen var Legeforeningen på sykehuslegenes side, mens distriktslegene nærmest var kakepynt. Helsedirektoratet tok etter hvert mer ansvar som arbeidsgiver for oss. Allmennpraksis gikk greit, men når det gjaldt helserådsarbeidet, følte vi at vi ble kastet ut i noe vi ikke kunne noe om. Vi fikk ikke hjelpen vi trengte fra byråkratiet i Oslo, og i praksis hadde vi ingen arbeidsgiver på det fellet.

– Legeforeningens manglende engasjement for distriktslegene ble gjenspeilet i en økonomiutredning som kom i 1973. Den var en katastrofe. En løsning på distriktslegeproblemet kunne være at staten opprettet 20–30 stillinger årlig i noen år, men det var rammer på hvor mange stillinger staten kunne opprette – så det ble umulig. Normaltariffen kunne også brukes som styringsredskap, men det hadde Legeforeningen heller ikke sans for. Legeforeningen ville ha samme takst for samme prosedyre, enten en drev korridorpraksis på sykehus eller dekket opp for fullverdig praksis og vakt i kommunene.

Etter de første numrene, kom det mange positive tilbakemeldinger. Helsedirektør Karl Evang uttalte at Utposten var noe av det beste som hadde skjedd i norsk primærmedisin. Noe senere utga Helsedirektoratet et tids-



– Vi fant en form og en stil som traff leserne. Og det skulle være en lav terskel for å slippe til i Utpostens spalter, sier Per Wium.

skrift med navnet «Synapse». Intensjonen var at det skulle fungere som et bindeledd mellom myndighetsbyråkratiet og legene, et slags offentlig alternativ til Utposten. Det ble

bare med ett nummer. Bladet fikk aldri appell. «Synkope», spøkte Harald på det følgende årlige møtet for distriktslegene. Da var Thorbjørn Mork blitt helsedirektør.

Blest om bladet

Hvilke sterke minner har Siem og Wium fra årene i Utposten, undres vi? Per husker godt året 1973, da han var «utsendt korrespondent» til Legeforeningens landsstyremøte i Kristiansand. Med seg hadde han et ekstraopplag av Utposten, der forsiden avbildet en munnskneblet mann med undertittelen «Forberedelse til debatten på Legeforeningens landsmøte». Han la ut blader på alle setene. På møtet skulle økonomiutredningen diskuteres. Utposten inneholdt sterke utfall mot den og det ble mye rabalder.

Harald minnes en gang da de slet med å rekke tidsfristen for levering til trykkeriet. Han bestilte like godt sjøfly og fikk levert stoffet til Orkla trykk akkurat i tide. Blant fagpolitiske saker, nevner han utviklingen i OLL (Offentlige Legers Landsforening) i 1970-årene. Fra «å ligge nede» i begynnelsen av tiåret, reiste foreningen seg til å bli en samfunnsmedisinsk aktør. Stemningen kulminerte på fellesmøtet for OLL og Aplf (Alment praktiserende lægers forening) i Trondheim i 1979, da de to foreningene ble enig om å arbeide for å opprette to primærmedisinske «tvillingspesialiteter», en i allmennmedisin og en i samfunnsmedisin. På den tiden var Harald Siem ute av Utpostens redaksjon, han var blitt leder i OLL.

I perioder var det mye blest rundt Utposten, for eksempel da redaksjonen slapp til en turnuslege som beskrev «kreativ pulstaking på kvinner». Dette førte til massiv kritikk fra kvinnelige kolleger og redaktørene fikk passet sitt påskrevet.

– Vi fant en form på Utposten som gjorde at den ble lest, og det kom mange artige tilbakemeldinger. Leger som ikke hadde kommet til orde i andre fora brukte Utposten. Vi hadde debatter om ulike saker, for eksempel om LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå), allmennmedisinens KOPF-prinsipp (kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende) og ukritiske screeningundersøkelser, som Harald i 1979 gikk sterkt ut mot da han skrev rapporten «Masseundersøkelser og helsekontroller», utgitt av forskningsrådets gruppe for helsetjenesteforskning, sier Per.

Barn av tiden

I 1977, etter fem år i redaktørstolene og med godt over 1000 abonnenter på listen, fant de

tre redaktørene at tiden var moden for å overlate tastaturer og pengekasse til en ny redaksjon. Trondheimslegene Aage Bjertnæs og Martin Holte sa seg villig til å overta. De eneste betingelsene Rud, Siem og Wium satt, var livsvarig abonnement for grunnleggerne, og overføring til nye redaktører hvert femte år.

– Å lage tidsskrift er krevende og fornyelse trengs. Martin og Aage var ideologisk på linje med oss, de tilførte Utposten en ny faglig dimensjon. Selv om de arbeidet i en storby, var vi trygge på at fokuset fortsatt ville være rettet mot primærhelsetjeneste og distriktene, sier Harald og Per, og de legger til: – Å stole på egne krefter var vår grunntanke. Hver ny redaksjon senere har preget bladet på sin måte, og det har medvirket til at Utposten ikke bare har overlevd, men blomstret. Det har vært særdeles hyggelig å se.

– En redaktør er en talsmann for sin tid. Vi brukte Utposten til å jobbe for distriktslegenes arbeidsbetingelser, bedre legedekning og mindre vaktbelastning. Videre- og etterutdanningen var også viktig. Ser vil tilbake, er det ingen tvil om at statusen til allmennpraktikere og kommuneleger er blitt høyere, sier Harald.

Per supplerer: – Det er synd at distriktslegen er borte, men vi er glade for fastlegeordningen og dens «portvokterrolle» – som vi skrev om allerede i 1970-årene. Kommunene har tatt større ansvar, men Kommunenes Sentralforbund har dessverre aldri kommet på banen. I stedet har de i kulissene ofte motarbeidet stimuleringstiltak for lege-rekruttering. Dette er en gammel strid vi ikke skal gå inn på her. Alt i alt har det vært en positiv utvikling for primærhelsetjenesten og en bevissthetssending i befolkningen. Dagens fastleger nyter stor tillit, det har de fortjent.



UTPOSTEN: Hva har Utposten betydd for norsk primærmedisin?

– Utposten er en skrivestue for primærleger og bladet gjenspeiler sin tid. I vår periode ble Utposten raskt kjent og mye lest. Kolleger har fortalt at det var en trygghet å ha Utposten. De kjente igjen sin egen arbeidshverdag i artiklene – og slik er det fortsatt. Peter F. Hjort sa det slik: Befolkningen må ha trygghet for at vi kan våre ting og trygghet for at vi er der når folk trenger oss. At Utposten har bidratt til legenes faglige trygghet, er det ingen tvil om, sier Harald.

– I visse perioder har Utposten ført en konfrontasjonslinje, og noen kamper har vært nødvendige. Det har gjort bladet rikere. At Utposten hadde en overlevelsesstrategi i seg, var vi ikke i tvil om. Men at det skulle vare i mer enn 40 år var nok litt i overkant av hva vi kunne forstille oss, sier Per.

Den dag i dag er de to og deres familier gode venner. Fortsatt feirer Per og Harald felles bryllupsdag før jul. – Det er godt å ha en venn der alle kantene er avslipt, sier Harald med et gløtt bort på Per, som nikker lunt.

Harald var strategen.

Per var spissformuleringsmester og humoristen.

Tore var en inspirator.

– Vi skapte ikke tiden, sier Harald, vi var barn av tiden.

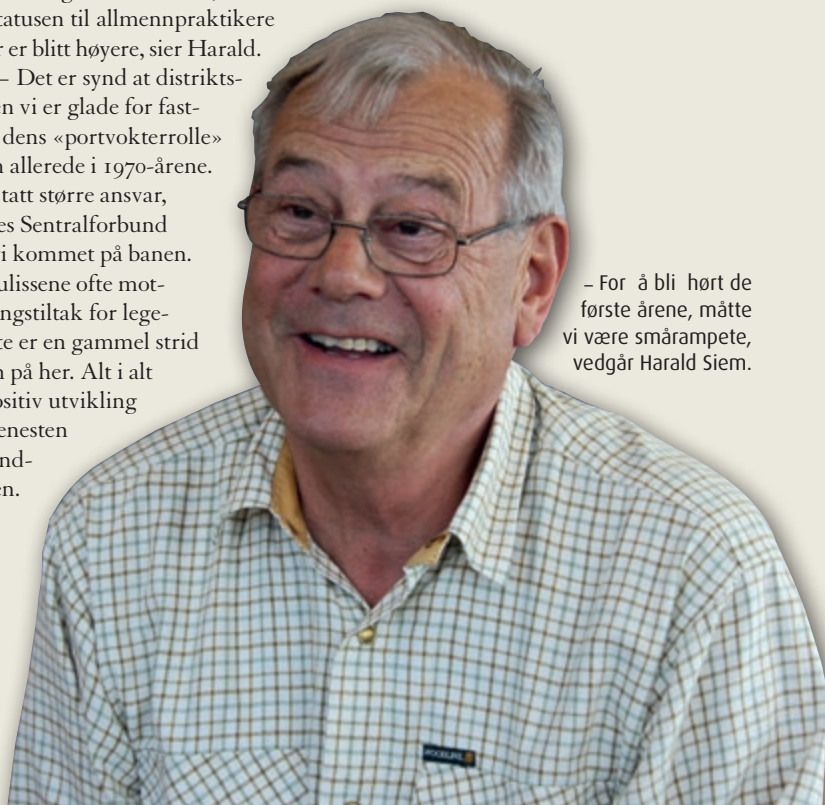
KILDER

Wium P. Distriktslege 1977. Tidsskr Nor Lægeforen 1978; 98: 1461–74.

Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. Michael 2009, nr. 1.

Fra utpost til utland. Michael 2011, nr. 2.

Utposten: ulike numre fra tidligere årganger.



– For å bli hørt de første årene, måtte vi være smårampete, vedgår Harald Siem.



Allmennmedisinske utfordringer

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

Tverrfaglig utredning av med plager og symptomer – konsek

■ **LILLEBETH LARUN** *fysioterapeut og forsker, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten*

■ **AASE AAMLAND** *fastlege på Osterøy og forsker/fagutvikler NKLM, Helse Bergen og Dnlf*

Iselin (37) jobber som førskolelærer i Bergensområdet. Hun har to barn i tenårene og en mann som jobber i Nordsjøen. Under svangerskapene hadde hun bekkenløsning, og hun har fortsatt en del vondt i nedre del av rygg. Nevrologiske tester er negative og rønt-

gen viser lette degenerative forandringer. Smertene i korsryggen blir stadig sterkere og smertene har spredd seg til nakken og armene. Iselin føler det er tungt å jobbe, og kjenner at hun ikke strekker til lenger. Spesielt opplev

med CP tungt. Hun beskriver seg som en optimist, men i det siste har hun vært sur og grinete og følt seg sliten hele tiden.

Hva trenger Iselin av ytterligere utredning og behandling? Hvilke fagpersoner bør delta? Hvilket nivå skal det gjøres på?





Medisinske uforklarte frekvenser for behandling

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I internasjonal litteratur brukes begrepene Medically Unexplained Physical Symptoms, Medically Unexplained Symptoms eller Medically Unexplained Disorders (1) for helseplager der årsaken regnes som ukjent eller sammensatt og det ikke er noen biomedisinske tester som kan bekrefte diagnosen. Vi forstår og bruker begrepet Medisinske uforklarte plager og symptomer (MUPS) for tilstander med til dels invalidiserende symptomer som har persistert over lang tid (2). Dette i motsetning til begrepet *Subjektive helseplager* (3) som også rommer helt bagatellmessige forbigående hverdagsplager. Avhengig av definisjon og måleinstrument vil forekomst av MUPS variere (4). En systematisk oversiktsartikkel rapporterte at 20 prosent (5–39 prosent) av kontaktårsakene hos allmennleger omhandlet fysiske plager uten påvisbar organisk sykdom, men her var alvorlighetsgrad ikke differensiert (5). Forekomsten av vedvarende MUPS i nederlandsk allmennpraksis er estimert til 2,5 prosent (6). Iselin vil tilhøre gruppen med store og vedvarende plager, altså være en pasient med MUPS slik vi forstår og bruker dette begrepet.

Noen MUPS-tilstander som fibromyalgi og irritabel tarmsyndrom, har presise diagnostiske kriterier og omfattende forskningsbasert kunnskap om årsaksforhold, sykdomsmekanismer, behandlingsstrategier og prognose (2). Flere av disse tilstandene kan forekomme samtidig, dvs. at en person kan ha både fibromyalgi og irritabel tarmsyndrom, uten at dette er samme tilstand. Disse pasientene har behov for grundig utredning og oppfølging. Iselins generaliserte muskelsmerter er langvarig og gir henne nedsatt funksjon, og hun trenger en grundig utredning i tillegg til gode forklaringsmodeller. Det er kanskje riktigere

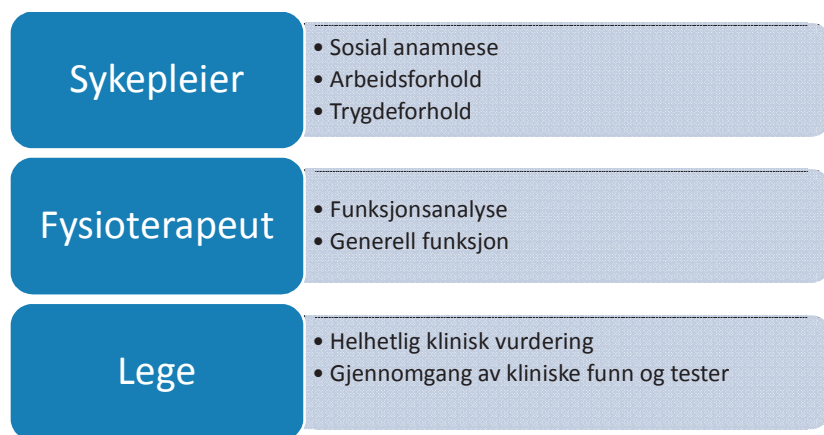
å snakke om at årsakene er sammensatte enn at de er ukjente. Videre finnes det forklaringsmodeller som kan begrunne hvordan langvarige belastninger kan gi vedvarende symptomer og plager, for eksempel kognitiv aktiviseringsteori om stress, CATS (7, 8). Modellen tar utgangspunkt i at mennesker er i biologisk og psykologisk balanse. Den viser hvordan menneskers opplevelse av belastninger tolkes via kognitive filtre basert på tidligere erfaringer. Belastning fører til aktivering, og langvarig belastning kan gi vedvarende aktivering. Denne vedvarende aktiveringen kan medføre sensitivering, der reaksjonsterskelen senkes og aktiveringen vedlikeholdes også når det ikke lenger er nødvendig. Kroppen kan dermed etablere en unødvendig tilstand av beredskap. Metaforisk kan dette beskrives ved at innbruddsalarmen utløses av forbipasserende personer på gaten som ikke har til hensikt å bryte seg inn (9). Lignende prosesser kan skje når akutt og hensiktsmessig smerte omformes til kronisk smerte som ikke lenger har noen nyttefunksjon. Iselin har hatt smerter over lang tid, først en diagnostisert bekkenløsning ved de to svangerskapene, så/deretter har hun hatt smerter i nedre korsrygg som har spredd seg slik at hun nå har generaliserte smerter.

Tverrfaglig utredning

Tverrfaglig utredning defineres her som at alle yrkesgruppene har en felles plattform der de først gjør sine fagspesifikke utredninger. I etterkant av de fagspesifikke utredningene samarbeider de ulike fagutøverne om å lage en felles utredning. Denne tverrfaglige utredningen utføres forskjellig avhengig av hvilket nivå i helsetjenesten pasienten befinner seg på.

De fleste pasienter med MUPS utredes av fastlegen, eventuelt med supplerende undersøkelser i andrelinjetjenesten. Iselin har jevnlig kontakt med fastlegen sin og er blitt henvist til fysioterapeut. Hun har hatt vanlig fysioterapi med vekt på trening, avspenning og smertelindring 24 ganger. Iselin har fortsatt smerter selv etter behandling hos fysioterapeut og tett oppfølging av fastlegen. Hun har vært sykmeldt i 12 uker og Iselin, fysioterapeuten og legen har i samarbeid valgt å søke henne inn for utredning i andrelinjetjenesten. Jeg vil nå presentere utredningsopplegget i andrelinjetjenesten der tverrfagligheten er satt i system på en helt annen måte enn i førstelinjetjenesten. Kanskje slikt tverrfaglig arbeid faktisk er en stor mangelvare i førstelinjetjenesten?

Tverrfaglig utredning i andrelinjetjenesten gjøres noe ulikt. I det følgende er publisert forskning fra nakke- og ryggpoliklinikken ved Haukeland universitetssykehus brukt som gjennomgående eksempel (10). Iselin fyller der ut **anamneseskjema** som kartlegger arbeid og utdanning, plager og funksjon, ulike hendelser/belastninger, livsstil, medikamenter, behandling og målsetting før hun kommer til første konsultasjon. Dette skjema følger henne til utredning hos alle fagpersonene. Med utgangspunkt i anamneseskjema kartlegger **sykepleier** sosialanamnese, arbeidsforhold og eventuelt trykdeforhold. Videre undersøker så en **fysioterapeut** Iselin med standardiserte tester, samt utfører en funksjonsanalyse. Deretter undersøkes Iselin hos **lege** som gjør en helhetlig klinisk vurdering, og går gjennom radiologiske forandringer. Det fokuseres spesielt på om det foreligger et samsvar mellom de kliniske funn og tester som er gjort og den funksjonssvikt som



FIGUR 1. Tverrfaglig utredning. KILDE/GRAF: ANDERSEN & HANNSTAD 2005, SKOUEN ET AL 2002

hun angir. Ved behov kan pasienten også undersøkes av **psykolog**. Dette utredningsløpet er trinnvis og hver profesjon tar utgangspunkt og bygger videre på det andre har funnet (11, 12).

Fysioterapeutens tester brukes her som et eksempel for å gi et innblikk i hvor grundig og systematisk utredningen foregår. I den generelle utredningen gjør fysioterapeuten en smerteanamnese og kartlegger hvordan dette påvirker aktivitet og funksjon hos Iselin. I tillegg gjøres omfattende undersøkelser hvor holdning, pust, muskelfunksjon og leddbevegelse undersøkes. De 18 ACR- (American College of Rheumatology) ømme trykkpunkter for fibromyalgi sjekkes. Videre undersøkes også fleksibilitet, avspenningsevne, styrke og kondisjon. Deler av kartleggingen er kvantifiserbar og etterprøvbare, slik at pasientens bedring eller forverring kan følges.

Fysioterapeuten fant at Iselin har nedsatt rotasjon og ventral fleksjon i korsryggen, men bevegelsen gir ikke smerter. Derimot får hun smerter hvis hun ligger på maven eller ryggen over tid. Hun har problemer med å spenne av og «legge fra seg kroppen». Muskeltonus varierer, noe er spent med høy tonus og noe er «oppgitt» med lav tonus. Pusten er overfladisk og høykostal, og hun har inndragninger rett under brystbenet. Hun forteller at

hun har en indre uro og rastløshet, samtidig som hun føler seg sliten og uten energi. Fysioterapeuten formidler resultatene fra undersøkelsen videre til legen.

Behandling

Iselin har blitt utredet tverrfaglig. Hun har generaliserte kroniske smerter og opplever dårligere mestringsevne enn tidligere. Hun har vært sykmeldt sammenhengende i 12 uker. Behandlingsopplegget for pasienter med MUPS tilrettelegges som regel av fastlegen. En oversiktsartikkel basert på syv vitenskapelige ledere og 23 oversiktsartikler viser at de viktigste elementene i behandling av pasienter med MUPS er godt terapeutisk klima, generelle tiltak som for eksempel motiverende intervju og faste timeavtaler, samt gode forklaringer på symptomer og plager (13). En fokusgruppe-studie påpeker viktigheten av å beholde et godt lege- og pasientforhold selv om fastlegene finner det vanskelig å forklare symptomene (14). Dette rapporteres også i en metaetnografi (15).

En systematisk oversiktsartikkel om kroniske korsryggssmerter basert på 30 randomiserte kontrollerte forsøk med totalt 3438 deltagere fra første- og andrelinjetjenesten fant at atferdsbehandling var mer effektiv enn å stå

på venteliste (16). De tre typer terapi var: Responsiv som prøvde å stoppe smerten ved avspenningsteknikker eller biofeedback, operant som aksepterte at utvendige faktorer assosiert med smerte kunne forsterke denne, og kognitiv som la vekt på tanker, følelser eller oppfatninger (16). En annen Cochrane oversikt med 61 RCTer og 6390 deltagere med kroniske ryggssmerter viste at treningsbehandling reduserer smerte (13,3 poeng på en skala fra 0–100) og bedrer funksjon (6,9 poeng på en skala fra 0–100) (17). Studier om effekt av behandlingstiltak viser ikke hvordan utredningen foregår eller hvilke konsekvenser utredningen får for valg av behandlingsopplegg.

Ved nakke- og ryggpoliklinikken ved Haukeland Universitetssykehus brukes de tverrfaglige konklusjonene fra utredningen om symptomutbredelse, mestring og funksjonsnivå til å bestemme behandlingsopplegg. I Iselins tilfelle blir hennes fagteam enig om at hun vil få best utbytte av det mest omfattende behandlingstilbudet som er utarbeidet for pasienter med generaliserte muskelsmerter. Dette tilbudet er et intensivt gruppebasert tverrfaglig behandlingsopplegg som inneholder undervisning, samtaler og trening. I undervisningen vektlegges hvordan smerter kan utvikle seg i muskulatur over tid uten at det foreligger tegn til sykdom eller skader i det nevromuskulære systemet. Gruppesamtalene tar særlig opp temaer om hvordan man på en bedre måte kan mestre problemer og bekymringer i hverdagen med særlig vekt på hvordan muskelsmerter kan håndteres annerledes. Det legges vekt på trening av kroppsbevissthet, avspenning og tøyningsovelser i tillegg til kondisjon for å få mer overskudd. En del pasientene blir også tilbudt individuell oppfølging i flere måneder etter behandling for å unngå tilbakefall. Iselin får her et kombinert opplegg som ivaretar alle hennes symptomer.

Behandlingstilbudet for pasienter som har vært sykmeldt i kortere tid, eller som har hatt hyppige tilbakefall de siste årene på grunn av vansker med å forholde seg til uforklarte smerter, er noe mindre omfattende. Slike pa-

FIGUR 3. Differensiering til behandlingsgrupper.

KILDE/GRAF: ANDERSEN & HANNSTAD 2005, SKOUEN ET AL 2003

FIGUR 2. Generell utredning hos fysioterapeut. KILDE/GRAF: ANDERSEN & HANNSTAD 2005.

Smerteanamnese Status Aktivitet begrenset av smerte	Holdning, pustemønster Muskelfunksjon Palpasjon Artikulære tester ACR-tenderpoints	Fleksibilitet og avspenningsevne Sokketest PILE-løftetest Åstrand's kondisjonstest GPE-52
---	--	---

Domene	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Smerteutbredelse	Lokal smerte	Lokal smerte	Generalisert smerte eller nakkesmerter
Mestring	God mestring	God mestring	Mestringsproblemer
Funksjon	Kort sykmelding	Kort til middels sykmelding	Lengre eller hyppigere sykmeldinger

sienter blir tilbudt individuelle samtaler hvor målsettingen er å oppnå tillit, trygghet og felles forståelse i forhold til symptomene, og videre finne frem til måter å heve funksjonsnivået på, til tross for fortsatte smerter.

Diskusjon

Det finnes oppsummert eksperterfaring om hva Iselin trenger av utredning og behandling, hvilke fagpersoner som bør delta og hvilket nivå det bør gjøres på (13). Det finnes også oppsummert forskning om effekt av ulike typer tiltak for ulike tilstander, for eksempel kroniske korsryggsmerter (16, 17). På bakgrunn av oppsummert forskning gis anbefaling angående trinnvis opptrapping av behandling etter grundig utredning av både symptomer og alvorlighetsgrad (18). Hvis for eksempel pasienten har oversiktlige helseplager uten tilleggssymptomer, for eksempel irriterbar tarmsyndrom, blir behandlingen å forklare symptommekanismer og gi pasienten symptombehandling, f.eks. for smerte. Hvis pasienten derimot har flere plager og symptomer, for eksempel irriterbar tarmsyndrom, søvnforstyrrelse og depressive symptomer, må det i tillegg vurderes om pasienten trenger antidepressiva, ytterligere rådgivning og/eller forklaring av sykdomsutfordring/sykdomsforståelse, samt faste konsultasjoner. Hvis pasienten derimot har et sammensatt og alvorlig symptom-bilde, bør traumatiske stressfaktorer og vedlikeholdende faktorer vurderes, og pasienten forberedes på at det kan være hensiktsmessig med henvisning til psykolog eller psykiater (18). I Nederland har de utarbeidet retningslinjer for MUPS (19).

Retningslinjene presenterer et behandlingsforløp som baserer seg på følgende hovedprinsipper:

- Passe på faren for bivirkninger av den medisinske behandling og faren for kronifisering.
- Trinnvis opptrapping av behandling
- Fastlegen skal koordinere tiltak. I meget alvorlige tilfeller kan psykiater eller annen sykehusspesialist koordinere

Men det er lite effektforskning om hva utredning betyr for valg av behandling og nytte for pasienten. Et systematisk søk gjort av forskningsbibliotekar i fem ulike databaser om effekt av tverrfaglig utredning ble utført. Vi brukte tilpassede emneord unike for hver database i tillegg til frittekstord og metodefilter som valgte ut systematiske oversikter. I tillegg ble eksperter kontaktet. På denne måten ble rundt 140 unike referanser identifisert, hvorav bare tre av disse omhandlet MUPS og tverrfaglig utredning (6, 13, 18). Forskningen gir ikke svar på hvilken del av effekten som kan tilskrives den tverrfaglige utredningen.

Et viktig spørsmål er om alle pasienter med MUPS skal ha samme behandling, eller om det er primært symptomutbredelse, mestring og funksjonsnivå som skal bestemme hva slags behandlingsopplegg de skal inn i. Siden det er lite forskning på den spesifikke effekten av den differensieringen som den tverrfaglige utredningen innebærer for behandling, kan vi for eksempel spørre: Er det andre faktorer som heller fortjener differensiering, for eksempel pasientens diagnose? Skal Iselin ha samme behandlingsopplegg som Ole, som har kronisk utmattelsessyndrom?

Iselin har aldri hørt at noen kaller helseplagene hennes for medisinsk uforklarte. Det er vanskelig å argumentere for at dette er et godt begrep som gir grunnlag for tverrfaglig utredning og hva slags behandling Iselin skal få. Er betegnelsen MUPS i seg selv et hinder for å få til god utredning og behandling? MUPS kan oppfattes som en uegnet benevnelse både blant pasienter og helsepersonell. MUPS definerer plager og symptomer ved hjelp av hva de ikke er i stedet for hva de er, samtidig som det avspeiler en dualistisk tenkning som kategoriserer symptomer som organisk eller ikke organisk. Vi mennesker er ikke kropp eller sjel, men vi er kropp og sjel integrert. Likevel kan det på et overordnet nivå være hensiktsmessig å operere med denne benevnelsen, i alle fall inntil videre. Diskusjonen omkring begrepsbruk for slike pasienter er i høy grad pågående (20, 21), men inntil videre tar vi et pragmatisk valg om stadig å bruke MUPS, vel vitende om begrepsbegrensninger.

Takk til Kirsti Malterud

Artikkelen er basert på Larun's prøveforelesning i forbindelse med avleggelse av PhD graden ved Universitetet i Bergen 29. september 2012 (22)

REFERANSER

- Mayou R. Medically unexplained physical symptoms. *BMJ* 1991; 303 (6802): 534–5.
- Malterud K. Kroniske muskelsmerter kan forklares på mange måter. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2010; 130 (23): 2356–9.
- Ilhøeback C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30 (1): 20–9.
- Swanson LM, Hamilton JC, Feldman MD. Physician-based estimates of medically unexplained symptoms: a comparison of four case definitions. *Fam Pract* 2010; 27 (5): 487–93.
- Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract* 2003; 53 (488): 231–9.
- Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentations of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Pract* 2006; 23 (4): 414–20.

- Ursin H, Eriksen HR. The cognitive activation theory of stress. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29 (5): 567–92.
- Ursin H, Eriksen HR. Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neurosci Biobehav Rev* 2010; 34 (6): 877–81.
- Malterud K, Hollnagel H. Sygdomsmekanismer og mestring – Kronisk utmattelsessyndrom i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegerne* 2012; 90: 101–12.
- Haukeland universitetssykehus. Nakke- og ryggpoliklinikk. Helse Bergen. [Oppdatert 28.6.2012] Tilgjengelig fra: <http://haukeland.no/omoss/avdelinger/fysmed/Sider/nakke-og-ryggpoliklinikk.aspx>
- Andreson B, Hannestad K. Fra prosjekt til daglig drift. Nakke- og ryggpoliklinikken. *Fysioterapeuten* 2005; 12: 15–8.
- Skouen JS, Laerum E, Jensen TO. Tverrfaglige ryggpoliklinikker – et nytt behandlingstilbud. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123(20): 2895–6.
- Heijmans M, Olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PL, van WC. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract* 2011; 28(4): 444–55.
- Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van WC. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009; 10: 68.
- Larun L, Malterud K. Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: a synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns* 2007; 69 (1–3): 20–8.
- Henschke N, Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (7): CD002014.
- Hayden JA, van Tulder MW, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (3): CD000335.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 2007; 369 (9565): 946–55.
- Verpleegkundigen & Verzoorgenden Nederland (V&VN), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NWP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) en Somatoforme Stoornissen. [Oppdatert 2010] Tilgjengelig fra: http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/behandeling-en-re-integratie/af/-/media/files/inkijkvoorbeeld0945prosent20multidisciplinaireprosent20richtlijnprosent20solkprosent20enprosent20somatoformeprosent20stoornissen_web_ashx
- Jackson JL, George S, Hinchey S. Medically unexplained physical symptoms. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (4): 540–2.
- Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, et al. Is there a better term than «medically unexplained symptoms»? *J Psychosom Res* 2010; 68 (1): 5–8.
- Larun L. Kronisk utmattelsessyndrom. Kunnskap, aktivitet og utfordringer. BORA – UiB. [Oppdatert 2012] Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/1956/5105>

Kreftpasientene dine bruker det – hva vet vi om mistelbehandling?

■ ANETTE K. BENDER *spesialist i allmennmedisin, Oslo og International certification in Anthroposophic medicine*

Med tysk bakgrunn og interesse for komplementærmedisinske metoder, spesielt antroposofisk medisin, har jeg før medisin-studiet i Norge vært praktikant ved det antroposofiske sykehus Filderklinikk ved Stuttgart (1). Erfaringene derfra har etter fullført utdanning styrket mitt ønske om å søke og videreformidle aktuell kunnskap og tilby mine kreftpasienter behandling med mistelpreparater.



I begynnelsen av min allmennmedisinske karriere i 1995 møtte jeg en mann som hadde fått diagnosen mesoteliom, og som nektet å bruke annen behandling enn injeksjoner med mistelpreparat. Jeg hjalp ham å administrere dette, mens han ble fulgt opp ved sykehuset. Til tross for den alvorlige prognosen ble hans tilstand stadig bedre, og tumorforandringene gikk tilbake mens han fortsatte mistelbehandling. Sykehusets konklusjon etter tre års oppfølging var at diagnosen måtte være feil. Han avsluttet mistelbehandlingen, og døde noen år senere – av mesoteliom.

I min praksis har jeg siden opplevd flere liknende historier som ville egnet seg for vurdering i NAFKAM (Nasjonalt forsknings-senter innen alternativ og komplementær medisin) register for eksepsjonelle sykdomsforløp (RESF) (2), og jeg oppfordrer pasientene til å sende inn sine sykehistorier. Derimot har jeg ikke opplevd at pasienter har avbrutt behandlingen pga uønskede virkninger.

Dette gir håp om at integrative og komplementære metoder, som her antroposofisk mistelbehandling, kan være et viktig bidrag innen dagens og fremtidens medisin.

Definisjoner – Hva er integrativ/ komplementær medisin/ CAM?

Det er fortsatt ingen enighet om begrepsdefinisjon, og dette er et av arbeidsområdene til det EU-finansierte tre-årige prosjekt CAM-brella (3) som nærmer seg avslutningen nå i høst.

Min tilnærming refererer til definisjonen som CamDoc Alliance presenterer (4), og som noenlunde er i overensstemmelse med Nasjonalt informasjonssenter for alternativ behandling (NIFA) definisjoner (5):

CAM står for «Complementary and Alternative Medicine», der «alternativ» betyr behandlingsmetoder utført av ikke-leger/ medisinsk skolert personell *istedenfor* konvensjonelle medisinske behandlinger, mens «komplementær» forstås som et supplement til konvensjonell behandling, utført av både leger og ikke-leger. Integrativ medisin forener konvensjonell og komplementær behandling i et felles behandlingskonsept.

Som en følge av min interesse og praksis var det nærliggende å delta ved den første tyske kongress om integrativ onkologi ved brystkreft som ble holdt i Berlin 4.–5. februar 2012. (Alle foredrag, dessverre bare på tysk, er tilgjengelig over internett (6))

Ressurssterke brystkreftpasienter

Utgangspunkt for kongressen var økende interesse for integrativ tilnærming innen onkologi i Tyskland – ved flere sertifiserte kreftsentre er integrativ tilnærming en etablert del av terapitilbudet, spesielt for pasienter med brystkreft. Dette forklares med at brystkreftpasienter i stor grad er ressurssterke, velutdannede og velinformerte kvinner som ønsker og velger andre behandlingsmetoder, ofte ved siden av et konvensjonelt tilbud.

I USA er integrativ onkologi en selvfølge ved alle de renommerte tumorsentrene.

Integrativ onkologi består av to søyler

Dr. Thomas Breitkreuz, onkolog og sjefslege ved Paracelsus Krankenhaus, og en av initiativtagerne for kongressen, ser det slik: «Integrativ onkologi består av to søyler. Den ene søylen er klassisk kirurgisk, radiologisk og farmakologisk tumorreduserende terapi. Den andre søylen har som mål å møte sykdommen ved å styrke pasientenes helsemessige ressurser... Integrativ onkologi betyr ikke at konvensjonelle og komplementærmedisinske metoder blir brukt om eller ved siden av hverandre, men at behandlerne i dialog forsøker en felles tilnærming ut fra erkjennelsen og forståelsen av interaksjoner. På sikt vil en felles tilnærming og samarbeid bidra med forskningsdata som kan bekrefte eller avkrefte den antatt positive effekten av integrativ behandling. Foreløpig er det gjort for lite forskning som viser signifikant bedre outcome. Men det foreligger studier som tyder på at for eksempel akupunktur, yoga, forskjellige naturmedisinske terapier og spesielt mistelterapi kan redusere kjemo- og stråleterapiens bivirkninger, og særlig tumorbetenget fatigue som oppleves som spesielt belastende. Reduksjonen av bivirkninger antas å være betydelige.

Prof. dr. med. Marion Kiechle, direktør ved kvinneklinikken, Technische Universität

München og leder av bioetikkommisjonen i Bayern, understreket viktigheten av mosjon og riktig ernæring. Aktiv idrett i ung alder er en viktig forebyggende faktor mot brystkreft, og deltagelse i mosjonsprogram øker overlevelsestid, mens vektøkning fem kilo over normal BMI reduserer overlevelsestid (7, 8).

Dr. Kiechle mener at komplementærmedisin burde være en selvfølge ved brystsentrene, siden kvinnene ønsker dette. Hun antar at ca. 90 prosent av tyske brystkreftpasienter bruker komplementærmedisin, men at bare 40 prosent av disse tør å snakke med legen sin om det. Imidlertid viser det seg at de fleste pasientene har et ønske om åpenhet, og at compliance øker når pasientene kan snakke med legen sin om mulige komplementærmedisinske terapier.

Dr. med. Anette Voigt, sjefslege ved det antroposofiske Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, opplever at kvinnene som velger dette sykehuset i stor grad ser sykdommen som en sjanse og stiller spørsmålet «Hva kan jeg bidra med selv?» Pasientene er opptatt av å aktivere egne krefter til helbredelse, og ønsker veiledning. Hennes erfaring er at pasientene ved GK Herdecke ofte **ikke** følger legens råd om konvensjonell behandlinger, og at hun derfor ser overraskende mange positive sykdomsforløp hos kvinner som nettopp velger komplementærmedisinske eller alternative tilnærminger.

Mistelbehandling

Dilemmaet mistelforskning – RCT kan ikke brukes

I følge dr. med. Gunver Kienle, forsker ved IFAEMM (9) foreligger per dags dato i alt 155 studier om onkologisk mistelterapi. 130 av studiene er presentert på informasjonssiden www.mistel-therapie.de (10), sist aktualisert mai 2010. De fleste studiene svarer av forskjellige grunner ikke til dagens evidenskrav om dobbelblind-studiedesign eller RCT med stor antall inkluderte deltagere – ikke minst vil en dobbelblind studie være lett å «av-blindle» siden mistelpreparatene som regel settes subkutant og gir lokale reaksjoner.

Dette har ført til Cochrane-omtalen (11) som konkluderer at det ikke var nok evidens for tydelige konklusjoner hva angår mistelbehandling, men at det i fravær av uavhengige studier med god kvalitet skulle bero på klinisk skjønn om mistelbehandling hadde en god effekt ved en gitt problemstilling. Likevel er mange av studiene som er presentert i [mistel-therapie.de](http://www.mistel-therapie.de) av høy kvalitet, gjennomført i henhold til GCP (good clinical practice), og gir viktige kliniske informasjon. Søk på «mistletoe» på PubMed kom opp med 1137 studier (12).

En nylig pågående studie om mistelbehandling ved pankreaskreft måtte avbrytes, fordi gjennomsnittsoverlevelsestid 18 måne-

der i mistelgruppen var langt over kontrollgruppens tid på fem måneder (Dr. Kienle, personlig meddelelse).

Mistelpreparater på markedet

Mistelpreparatene er fremstilt av mistel fra forskjellige vertstrær (eple, eik, furu, gran), og type preparat velges i henhold til tumor-type, og om pasienten er mann eller kvinne. I utgangspunkt velges den laveste dosering, for Iscador seriepakning 0, for Helixor serie I. Hver eske inneholder hhv. syv eller åtte ampuller i økende styrke. Avhengig av reaksjonen gjentas samme serie, eller økes til neste styrke. Ved samtidig stråle- eller kjemoterapi reduseres styrken, eller økes mer forsiktig.

Det finnes flere preparater (Iscucin, Abnobaviscum, Iscador, Helixor) fremstilt og registrert i Tyskland og Sveits, hvorav Iscador og Helixor markedsføres i Norge gjennom Norges Naturmedisinsentral (13). NNS opplyser at de i 2011 solgte 18 592 døgndoser av Iscador og Helixor til sammen. Det antas at mange pasienter i tillegg kjøper mistelpreparatene direkte fra Tyskland.

Som en midlertidig «mutual recognition» særordning frem til år 2017 kan preparatene skrives på vanlig hvit resept, på linje med andre antroposofiske og homøopatiske preparater (14).

Der er ikke vist at noen av preparatene er å foretrekke fremfor de andre.

Hvordan brukes mistel i praksis?

Siden mistelbehandling stimulerer hensiktsmessige immunreaksjoner, og både kirurgi og adjuvant stråle- eller kjemoterapi svekker immunsystemet, anbefaler tyske onkologer som bruker mistelpreparater å starte med mistelbehandling så snart som mulig etter diagnosestillingen.

Både Iscador og Helixor settes som subkutane injeksjoner i intakt hud i nærheten av tumor, men ikke i strålefelt. (Det finnes studier med gode kliniske resultater om injeksjon både i tumor, intravenøs, intravesical eller intrapleural, men dette egner seg ikke for norsk allmennpraksis og omtales ikke videre her (15)). En lokal reaksjon ved innstikkstedet kan forventes, som hevelse, rubor og varmeøkning. Reaksjonen burde være helt avbleket før neste injeksjon settes etter en til tre dager. Ved kraftigere reaksjoner (hevelse over fem centimeter diameter, ikke tilbakegang innen to dager) skal det ikke økes i styrke, men heller reduseres. Noen får også en lett temperaturstigning utover dagen etter injeksjon. Injeksjonsfrekvensen tilpasses etter sykdomstilstanden, som regel hyppige injeksjoner initialt opptil daglig x 1, med avtagende injeksjonsfrekvens og pauser mellom eskene etter hvert.

De fleste pasienter setter injeksjonene selv

etter opplæring. Kontraindikasjoner mot injeksjon er feber > 38 grader, hodepine, svimmelhet, generalisert kløe eller andre tegn på allergisk reaksjon.

Behandlingsvarigheten er for så vidt ubegrenset, men vurderes fortløpende. Ved tilbakefall eller utilstrekkelig effekt skiftes til preparat fra annet vertstre eller til et annet mistelpreparat.

Bivirkninger ved bruk av mistelpreparater

Bortsett fra noen veldig få allergiske reaksjoner er det så godt som ingen rapporterte bivirkninger ved bruk av mistelpreparater – den lokale reaksjonen ved innstikkstedet er tegn på ønsket immunrespons, og ikke en «allergisk reaksjon» som feilaktig beskrevet. Mistelpreparatene interagerer ikke med CYP 450. Merkelig nok er det nettopp fravær av bivirkninger som er årsak til at mistelpreparater er klassifisert som reseptfrie i Tyskland, som derfor refunderes bare for palliativ behandling og ved påviste metastaser, eller av private sykeforsikringer.

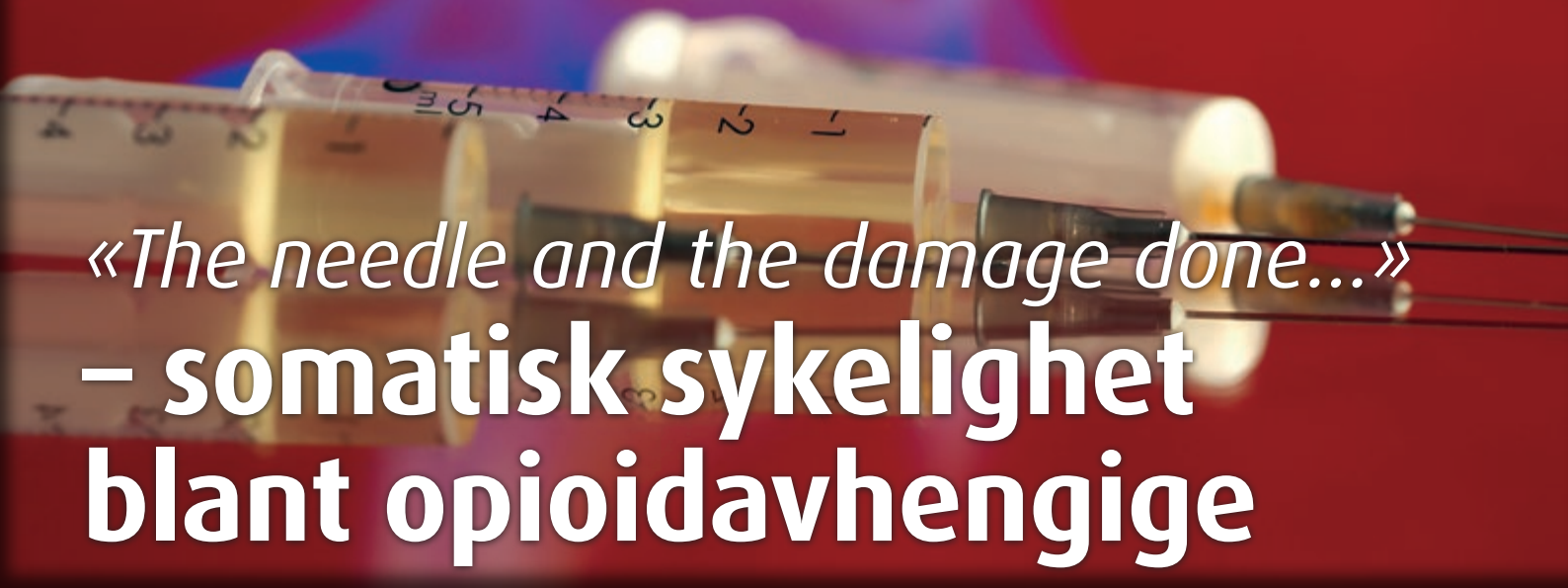
Både Helixor (16) og Iscador (17) sender ut informasjonsmaterieell til leger og pasienter på tysk og engelsk.

INTERESSEKONFLIKT: Anette K Bender er leder av Norske legers forening for antroposofisk medisin NLFAM (18) og styremedlem i IVAA (Internationale Vereinigung anthroposophischer Ärztgesellschaften) (19)

REFERANSER

1. <http://www.filderkliniek.de/>
2. http://uit.no/ansatte/organisasjon/artikkel?p_menu=28927&p_document_id=84807&p_dimension_id=88112
3. <http://www.cambrella.eu/home.php>
4. http://www.camdoc.eu/Complementary_Medicine/Definitions.html
5. http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/hva_er_alternativ_behandling/definisjoner
6. <http://www.brustkrebs-integrativ.de/doku.html>
7. <http://breast-cancer-research.com/content/10/5/R92>
8. <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/mamma-karzinom/article/522284/krebs-ehrer-argument-sport.html?sh=2&h=1357854731>
9. <http://www.ifaemm.de/>
10. <http://www.mistel-therapie.de/mistletoe.html>
11. <http://summaries.cochrane.org/CD003297/mistletoe-treatment-in-cancer-patients>
12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=mistletoe>
13. <http://www.nn-s.no/Nyheter/Default.aspx>
14. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_82492.aspx
15. <http://wissenschaft.mistel-therapie.de/index.php?page=84&lang=1#Obj1182>
16. <http://www.helixor.com/site.php?mainkat=02&subkat=01&id=26>
17. <http://www.iscador.com/index.aspx>
18. <http://www.nlfam.no/hjem/>
19. <http://www.ivaa.info/>

abender@broadpark.no



«The needle and the damage done...» – somatisk sykkelighet blant opioidavhengige

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

■ IVAR SKEIE *spesialist i allmennmedisin, tidligere fastlege på Gjøvik, nå ansatt ved DPS Gjøvik, Ruspoliklinikk og LAR-team*

«Moderne» stoffmisbruk har i løpet av de siste 50 årene utviklet seg til å bli et stort samfunnsmessig og helsemessig problem over hele verden. Blant de illegale narkotiske stoffene regnes heroin å føre til størst skadevirkninger og høyest dødelighet. Behandlingsprogrammer for rusmiddelavhengige må ha fokus både på sosial rehabilitering og skadereduksjon, og ikke minst på forebygging og behandling av alvorlige helseproblemer. Allmennleger møter disse pasientene både i fastlegepraksis og på legevakt.

Heroin er det mest brukte illegale opioidet¹. På verdensbasis brukte mellom 0,3 prosent og 0,5 prosent av befolkningen mellom 15 og 64 år illegale opioider i 2008, mellom 13 og 22 millioner mennesker (1). I Norge ble antallet «problembrukere av heroin» (som etter ICD-10 tilfredsstiller diagnosekriteriene for avhengighet eller skadelig bruk av heroin) i 2008 beregnet til om lag 9500 og om lag 8000 av disse injiserer (2). Av problembrukerne var en fjerdedel av pasientene i legemiddelassistent rehabilitering av opioidavhengige (LAR) medregnet. I 2009 ble antallet injiserende stoffmisbrukere beregnet til å være mellom 8700 og 12 300, inkludert dem som primært

injiserer amfetamin. Substitusjonsbehandling med langtidsvirkende opioider, særlig med metadon og buprenorfin (i Norge kalt LAR), er den mest utbredte behandlingsformen for opioidavhengighet i verden i dag. Slik er det også i Norge, ved siste årsskifte var det 6640 pasienter i LAR og antallet stiger stadig.

Dødelighet

«Tunge» rusmisbrukere har stor oversykkelighet og overdødelighet i forhold til totalbefolkningen. I rusbehandling er det derfor ikke minst viktig å ha fokus på de «harde endepunktene», nemlig dødelighet og risiko for alvorlig helseskade. Dødeligheten er størst blant dem som bruker opioider og særlig blant injiserende heroinbrukere (3). Økt dødelighet er også forbundet med blandingsmisbruk (særlig høyt forbruk av alkohol og benzodiazepiner kombinert med opioider), økende alder og lengre misbrukskarriere, å ikke være i behandling, dårlig somatisk og mental helse og alvorlige sosiale problemer. I en fersk metaanalyse av 58 studier fra hele verden over dødelighet blant opioidavhengige, ble den samlede dødeligheten beregnet til 2,1 prosent pr. år (4). Den standardiserte mortalitetsratioen (SMR), dvs. det aldersjusterte forholdet mellom dødeligheten i en spesifikk gruppe og i hele befolkningen, var 14,7 – det betyr at den totale dødeligheten blant opioidavhengige var om lag 15 ganger høyere enn for tilsvarende aldersgrupper i hele befolkningen. Dødeligheten blant alle opioidavhengige som var innlagt for overdose eller frivillig avgiftning i Oslo i 1980–81 er studert gjennom de påfølgende 20 år (5). Medianalderen ved studieinkludering var 24 år, og 38 prosent døde i løpet av de påfølgende 20 år. SMR totalt for alle dødsfall var 24, dødeligheten i denne gruppa var altså 24 ganger høyere enn for de tilsvarende aldersgrupper i totalbefolkningen. 53 prosent av dødsfallene ble bedømt som forårsaket av «stoffavhengighet». SMR for ulike sykdomsgrupper var fem for hjerte-kar sykdom, fire

for kreft, 13 for ulykker, 11 for selvmord og 29 for andre voldelige dødsfall. For «andre sykdommer», som omfattet stoffavhengighet og overdose, var SMR 66. Denne norske studien viste altså en overdødelighet som først og fremst, men ikke bare, skyldtes årsaker som vanligvis oppfattes som rusrelaterte.

Sykkelighet

Mens det foreligger bra oversikt over dødeligheten blant stoffmisbrukere og opioidavhengige spesielt, har den somatiske sykkeligheten i liten grad vært systematisk studert. Imidlertid indikerer den høye dødeligheten at også sykkeligheten er stor. Det er dessuten en allmenn klinisk erfaring at denne pasientgruppa ofte rammes av alvorlig somatisk sykdom. Dette har sammenheng med flere forhold. Risikofaktor knyttet til avhengighet og bruk av narkotiske stoffer, som injisering av rusmidler og bruk av felles injiseringsutstyr, spiller en viktig rolle. Toksiske egenskaper ved rusmidlene, for opioidene særlig knyttet til overdose, er en annen betydelig faktor. Vanskelige sosiale livsbetingelser som kan medføre dårlige og ustabile boforhold samt mangelfull hygiene og ernæring, nedsetter motstandskraften mot infeksjoner og annen sykdom. Rus øker risikoen for ulykker, skader og vold. Psykiatrisk komorbiditet kan også medvirke til økt somatisk sykkelighet og manglende bruk av lege- og tannlegjetjenester er et stort problem. Samlet fører dette til en betydelig somatisk sykdomsbelastning.

Rus som kompliserende faktor

Rus og «det å være rusmisbruker» kan komplisere forholdet mellom helsepersonell og pasient. Pasienter med rusbakgrunn blir noen ganger møtt med «moraliserende holdninger» fra helsepersonell og en historie med «vanskelig» pasientatferd kan føre til at helsepersonell «vegrer seg». Dette kan medføre at pasienter som er ruset eller har en kjent

¹ Opioider er stoffer som binder seg til opioidreseptorene i sentralnervesystemet og enkelte andre organer. Disse deles i **opiater** (naturlig forekommende alkaloider i **opium** – den tørkede saften fra opiumsvalmuen – for eksempel morfin, eller derivater av disse alkaloidene – som heroin), **syntetiske opioider** (som ikke er utviklet fra opium – som metadon) og **endogene opioider** (som naturlig produseres i hjernen og som virker på opopodreseptorene – som endorfiner).

Somatisk sykdom hos avhengige opioidbrukere

Akutt sykdom

Overdoser

Komplikasjoner til non-fatale overdoser

- aspirasjonspneumoni
- nerve- og kar-skader
- rhabdomyolyse (nyreskade)
- nedkjøling

Injiseringsrelatert sykdom

- bakterielle stikkstedsinfeksjoner
- bakterielle systemiske infeksjoner
- akutte hepatitter
- dype venetromboser i armer og ben og lungeemboli

Annen sykdom

- alvorlige abstinensreaksjoner
- «helsekollaps» (underernæring, utmattelse – obs underliggende sykdom)

Skader

- ulykker, vold, overgrep

Kronisk sykdom

Kroniske virusinfeksjoner

- Kronisk hepatitt B/C
- HIV

Følgetilstander etter akutt rusrelatert sykdom

- Hypoksiske hjerneskader etter non-fatale overdoser
- Varige nerve/kar-skader
- Men etter alvorlige bakterielle infeksjoner

Senvirkninger etter skader

Generelt økt sykkelighet

- Luftveier
- Hjerne/kar
- Kreft

rushistorie lettere kan bli avvist eller mindre grundig vurdert enn andre pasienter. Leger og andre behandlere kan slik bli offer for sin egen «forforståelse» av pasienten og for raskt og lettvinnt konkludere med at symptomer skyldes rus og ikke sykdom. Dessuten kan rus skjule eller maskere sykdom, det kan være vanskelig å skille sykdomstegn fra virkninger av rusmidler, og symptomer kan arte seg annerledes hos disse pasientene enn hos pasienter uten rusbakgrunn. Det kan f. eks. være vanskelig å avgjøre om nedsatt bevissthetstilstand skyldes rusmiddelvirkning, nedkjøling, sykdom eller skade. Opplysninger om akutt rus eller kronisk rusproblematikk bør føre til skjerpet, og ikke senket, årvåkenhet hos leger og annet helsepersonell.

Rusrelatert somatisk sykkelighet

I en norsk studie fra 2011 ble inneliggende og poliklinisk sykehusbehandling for akutte og subakutte somatiske sykdomstilstander registrert de siste fem årene før første inklusjon i LAR. for 200 opioidavhengige pasienter som senere ble inkludert i LAR (6). 53 prosent av

episodene ble vurdert som rusrelaterte, 20 prosent som ikke-rusrelaterte og skader utgjorde 27 prosent. Blant de rusrelaterte episodene utgjorde overdoser 33 prosent og injiseringsrelaterte bakterielle infeksjoner 37 prosent, mens resten hadde annen sammenheng med rusmiddelbruk, som alvorlige abstinensreaksjoner og fysisk utmattelse og helsekollaps pga rusmiddelbruk. Denne studien omfatter altså ikke all sykkelighet eller behandling, men den belyser hva som dominerer den akutte alvorlige sykkeligheten blant opioidavhengige.

Overdoser

Overdoser er den viktigste dødsårsaken blant opioidavhengige, og ikke-dødelige overdoser er også et stort problem. De fleste fatale opioidoverdoser skyldes heroin, men også metadonrelaterte overdoser forekommer relativt hyppig, i hovedsak blant personer som ikke er i metadonbehandling. Heroin kan injiseres, røykes eller sniffes og inntaksmåten har mye å si for overdoserisikoen. Injisering innebærer betydelig høyere overdoserisiko enn røyking. Inntaksmønsteret for heroin holder seg ganske konstant over tid innenfor samme område, men varierer mye mellom land og regioner. Norge er et «injiseringsland», i 2008 ble det beregnet at 67 prosent av heroinbrukerne bare injiserte, 15 prosent bare røykte og 18 prosent kombinerte røyking og injisering (2). Dette skiller seg dramatisk fra situasjonen f.eks. i Nederland der det antas at de langt fleste problembbrukerne røyker heroin. Dette er en vesentlig faktor når man skal vurdere årsaker til de høye dødstallene for opioidoverdoser i Norge.

Opioidenes respirasjonshemmende effekt fører til hypoksi i hjernen og andre organer og kan medføre død eller varig helseskade. Ved non-fatale overdoser med bevisstløshet kan det oppstå varige hjerneskader. Aspirasjon under overdose kan medføre kvelning og kan forårsake aspirasjonspneumonier som ofte kan få et alvorlig og komplisert forløp. Langvarig koma kan også føre til klemskader på kar og nerver i armer og bein som kan føre til perifere pareser med varighet fra noen dager opp til permanente skader. Koma kan også føre til iskemisk muskelskade pga nedsatt sirkulasjon, dette kan gi rhabdomyolyse med ledsagende akutt og/eller varig nyreskade. Rhabdomyolyse kan ha en snikende start, ved mistanke bør kreatinin og kreatin kinase (CK) sjekkes, og særlig hvis pasienten har mørk urin som ved makrohæmaturi, men tester negativt på blod på urin-stix (fargen skyldes haptoglobin fra muskel og ikke hemoglobin i urinen).

De fleste opioidoverdoser forekommer blant erfarne heroinbrukere. I Australia har man beregnet forholdet mellom fatale og non-fatale heroinoverdoser til om lag 1:30, man

kan derfor delvis se på risikoen for å dø av overdose som en kumulativ risiko, jo flere risikosituasjoner, desto større fare for å dø. Personer som regelmessig bruker opioider utvikler toleranse for stoffet, men denne toleransen forsvinner relativt raskt når bruken opphører, og etter kort tid (en til få uker) er toleransen opphevet. Situasjoner der bruk av opioider gjenopptas etter lengre tids avholdenhet, for eksempel etter løslatelse fra fengsel eller ved permisjon eller avslutning av institusjonsopphold uten substitusjonsbehandling, er derfor forbundet med høy risiko for overdose.

Injiseringsrelaterte infeksjoner

Blodbårne virusinfeksjoner, særlig hepatitt B og C og HIV, overføres ved deling av sprøyter og annet injiseringsutstyr. I Norge er HIV sjelden blant injiserende rusmiddelbrukere, årlig nysmitte ligger omkring 10 tilfeller pr. år. Hepatitt C er meget vanlig, nesten alle LAR-pasienter i Norge har antistoffer mot hepatitt C virus mens 50–60 prosent har en aktiv hepatitt med påvisbart virus i blodet. Hepatitt B gir sjeldnere kronisk hepatitt. Kronisk hepatitt B og C kan behandles med antivirale medikamenter, og det er et mål å behandle flere med rusbakgrunn, særlig dem som er stabilisert i LAR.

Mindre kjent, men en langt hyppigere årsak til akutt sykehusbehandling, er akutte bakterielle infeksjoner som svært ofte skyldes komplikasjoner til injisering. Årsaken kan være «bomskudd» som gir åreskader og hematomer som infiseres, bruk av forurenset utstyr, manglende desinfisering av huden og slikking på nåler eller før stikket. Sprøytebrukere foretrekker vanligvis venøs tilgang, men ofte må de ty til intramuskulær eller subkutan injisering («skin popping») fordi de ikke har tilgjengelige vener, og dette øker infeksjonsrisikoen. Heroinen kan i noen tilfeller også være forurenset av bakterier. Dette gjelder særlig ulike typer *clostridium* bakterier, og flere epidemier med tetanus, botulisme og bløtdelsinfeksjoner forårsaket av andre *clostridium*-arter, er kjent i Europa de senere år. Forurenset heroin har også forårsaket utbrudd av miltbrann, også i Norge.

I den norske studien fra 2011 (6) ble 72 prosent av de injiseringsrelaterte bakterielle infeksjonene i perioden før LAR vurdert som lokale stikkstedsinfeksjoner, for eksempel subkutane abscesser. 28 prosent var systemiske infeksjoner. De siste er ofte alvorlige og omfatter sepsis, endocarditt, osteomyelitt, intraspinale og epidurale abscesser, infeksjoner i mellomvirvelskiver (diskitt), meningitt, septisk tromboflebitt og fasciitt med mer. Disse kan skyldes hematogen spredning av bakterier, eller at abscesser går i dypt og utvikler seg til systemiske

infeksjoner. Bakterier som er introdusert ved injisering, kan også ligge slumrende i lang tid, før de forårsaker kliniske infeksjoner, dette kan bl.a. gjelde gule stafylokokker. Slike infeksjoner er under norske forhold sjelden dødelige og de gjenspeiler seg derfor i liten grad i dødeligheten, men de forårsaker gjerne langvarig, komplisert og kostbar sykehusbehandling og kan medføre varig mén for pasientene.

Alvorlige infeksjoner kan også ha andre innfallsporter enn injisering. Lungebetennelser, ikke minst aspirasjonspneumonier etter non-fatale overdoser, forekommer ikke sjelden. Dårlig tannstatus og munnhygiene kan medføre invasive infeksjoner av potensielt patogene bakterier fra munnhulen.

LAR reduserer dødelighet og rusrelatert sykелighet

Redusert dødelighet under substitusjonsbehandling er dokumentert i longitudinelle kohortstudier fra en rekke land. I Norge er dette studert for LAR i perioden fram 1998 til 2003 (7). Man fant da at dødeligheten på venteliste for LAR var 2,4 prosent pr. år mot 1,4 prosent i tiden i behandling. Etter behandling steg dødeligheten til 3,4 prosent pr. år.

I den nevnte studien fra 2011 (6) ble somatiske sykdomsepisoder behandlet i sykehus også registrert de første fem år i LAR-behandling. Forekomsten (insidensraten) av alle akutte

episoder ble redusert med 37 prosent. For rusrelaterte episoder totalt var reduksjonen 76 prosent, for overdoser 64 prosent, for injiseringsrelaterte episoder 83 prosent og for andre rusrelaterte episoder 81 prosent. Alle disse funnene var statistisk signifikante ($p < 0,001$). Reduksjonen var størst for de injiseringsrelaterte bakterielle infeksjonene. Liggedager i sykehus på grunn av rusrelaterte årsaker ble redusert med 84 prosent og polikliniske kontakter med 79 prosent, også dette signifikante funn ($p < 0,001$).

Hvordan bruk av illegale rusmidler under LAR-behandlingen virket inn på reduksjonen i rusrelaterte episoder ble også undersøkt. Reduksjonen var størst blant dem som var rusfrie i LAR, men også den firedelen som ruset seg mest, opplevde en signifikant reduksjon i rusrelatert sykелighet på 72 prosent mot 85 prosent blant den firedelen som ruset seg minst. Ellers var lengre erfaring fra arbeidslivet, lengre opioidavhengighet før inntak i LAR og det ikke å ha opplevd avbrudd i LAR-behandlingen assosiert med større reduksjon i rusrelatert sykелighet.

Samlet viser denne undersøkelsen en dramatisk reduksjon i alvorlig akutt somatisk sykелighet under LAR-behandling. Den viser også at pasienter som har problemer i LAR, særlig i form av vedvarende bruk av illegale rusmidler, til tross for dette har stor helsemessig gevinst av behandlingen. Når man vurderer effekt av behandling av opioidavhengighet, er det viktig

ikke bare å fokusere på sosial rehabilitering som suksesskriterium, men også å legge vekt på hvordan behandlingen virker inn på død og alvorlig sykелighet. Sett i lys av dette må LAR vurderes som en meget nyttig behandling, også for dem som ikke oppnår stabil rusfrihet.

REFERANSER

1. United Nations Office on Drugs and Crime, U. World Drug Report 2010. (Vienna, 2010).
2. Amundsen, E. Problem drug use, in The Drug Situation in Norway 2009 – Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA. (Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, SIRUS Oslo, 2009).
3. Darke, S., Degenhardt, L. & Mattick, R. Mortality Amongst Illicit Drug Users: Epidemiology, Causes and Intervention (Cambridge University Press, 2007).
4. Degenhardt, L. et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 106, 32-51 (2011).
5. Bjørnaas, M. A. et al. A 20-year prospective study of mortality and causes of death among hospitalized opioid addicts in Oslo. *BMC Psychiatry* 8, 8 (2008).
6. Skeie, I. et al. Changes in somatic disease incidents during opioid maintenance treatment: results from a Norwegian cohort study. *BMJ Open* 1, e000130 (2011).
7. Clausen, T., Anchersen, K. & Waal, H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 94, 151-157 (2008).

ivar.skeie@gmail.com

Helsekravene til fører

■ JØRGEN G. BRAMNESS professor, Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo

■ RAGNHILD ANGELL HOLST jurist, Fylkesmannen i Oslo og Akershus



I februar 2012 kom en forskrift til vegtrafikkloven som for første gang setter grenser for hvilket nivå av narkotiske stoffer og legemidler det er tillatt å ha i blodet under bilkjøring (1). Loven utfylles av de helsekravene som stilles til bilførere, gjennom «Helsekrav for førerkort» i førerkortforskriften (2). For halvannet år siden kom Helsedirektoratet i rundskriv (3) med reviderte retningslinjer. Disse retningslinjene innebærer en minst like stor endring for norske sjåfører som endringene i vegtrafikkloven. Vi ser at informasjonsbehovet på dette området fortsatt er stort. Mange har kjørt omkring (og kjører fremdeles omkring) uten å vite om de oppfyller helsekravene eller ikke. Dette er bakgrunnen for denne artikkelen.

Forskriften om helsekrav for førerkort-innehavere er omfattende. Ikke minst allmennleger blir pålagt et stort ansvar. I det følgende ønsker vi å belyse temaene om bruk av psykoaktive legemidler, førerkort til pasienter med rusproblemer og LAR-klienter.

Psykoaktive legemidler

Veilederen (4) er konkret med hensyn til sammenhengen mellom bruk av legemidler og når helsekravene regnes som oppfylt. For angstmidler, sovemidler, antipsykotiske legemidler, allergimidler og antiepileptika oppgis det klare grenser for hva som er uforsvarlig (TABELL 1). For smertestillende midler (det vil her si opiat/opioider) er tilvenningen (tole-

Førerkortforskriftens generelle helsekrav

Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler, og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne.

BOKS 1

ranseutviklingen) såpass stor at slike grenser ikke settes. Visse nivåer av bruk er gjenstand for søknad om dispensasjon til Fylkesmannen. Det vil si at i de tilfellene hvor helsekravene ikke er oppfylt, kan man få dispensasjon fra kravene.

Det er en utfordring ved helsekravene at man for legemidler forholder seg til den

TABELL 1. Forskriftens krav ved bruk av psykoaktive legemidler

MEDIKAMENTGRUPPER	MEDIKAMENT	OPPFYLLER VANLIGVIS HELSEKRAVENE	DISPENSASJON BØR VANLIGVIS GIS FOR LAVERE KLASSE DISPENSASJON KAN GIS FOR HØYERE KLASSE	DISPENSASJON KAN GIS FOR LAVERE KLASSE DISPENSASJON FOR HØYERE KLASSE SKAL VANLIGVIS IKKE GIS	DISPENSASJON SKAL VANLIGVIS IKKE GIS FOR NOEN KLASSE
Benzodiazepiner	Diazepam	≤ 10 mg	10–15 mg	15–25 mg	> 25 mg
	Oksazepam	≤ 30 mg	30–50 mg	50–65 mg	> 65 mg
	Alprazolam	≤ 0,5 mg	0,5–1 mg	1–1,5 mg	> 1,5 mg
	Klonazepam	≤ 1 mg	1–1,5 mg	1,5–2 mg	> 2 mg
Anxiolytika	Hydroksyzin	≤ 10 mg	10–15 mg	15–30 mg	> 30 mg
Hypnotika og sedativa	Nitrazepam	≤ 7,5 mg	7,5–10 mg	10–15 mg	> 15 mg
	Flunitrazepam	≤ 1 mg	1–1,5 mg	1,5–2 mg	> 2 mg
	Zopiklon	≤ 7,5 mg	7,5–10 mg	10–15 mg	> 15 mg
	Zolpidem	≤ 10 mg	10–15 mg	15–20 mg	> 20 mg
Antidepressiva	Alle registrerte trisykliske antidepressiva	≤ 50 mg	50–100 mg	100–200 mg	> 200 mg
Antipsykotika	Levomepromazin	≤ 100 mg	100–200 mg	200–400 mg	> 400 mg
	Klorprotixen	≤ 50 mg	50–100 mg	100–200 mg	> 200 mg
	Olanzapin	≤ 20 mg	20–30 mg	30–50 mg	> 50 mg
	Quetiapin	≤ 200 mg	200–400 mg	400–800 mg	> 800 mg
	Risperidon	≤ 2 mg	2–4 mg	4–6 mg	> 6 mg
Antiepileptika	Alimemazin	≤ 10 mg	10–15 mg	15–20 mg	> 20 mg
	Prometazin	≤ 25 mg	25–50 mg	50–75 mg	> 75 mg
Antiepileptika	Karbamazepin	≤ 200 mg	200–600 mg	600–1000 mg	> 1000 mg
	Fenobarbital	≤ 50 mg	50–100 mg	100–150 mg	> 150 mg
	Fenytoin	≤ 100 mg	100–200 mg	200–300 mg	> 300 mg
	Okskarbazepin	≤ 250 mg	250–750 mg	750–1500 mg	> 1500 mg
	Valproinsyre	≤ 500 mg	500–1000 mg	1000–2000 mg	> 2000 mg
	Gabapentin	≤ 500 mg	500–1200 mg	1200–1800 mg	> 1800 mg
	Pregabalin	≤ 100 mg	100–200 mg	200–300 mg	> 300 mg

mengden man tar og ikke til en konsentrasjon av legemiddelet i blodet. Dette er annerledes enn for promillelovgivningen. Dette stiller krav til legens råd til pasienten. Rett etter inntak vil påvirkningsgraden være stor i noen timer, men mindre deretter. Veldig få tar sove- eller angsttabletter helt jevnt. Utfordringene ved rådgivning er også store når pasientene tar medisinen bare av og til. Det kan jo bety at pasienten i perioder er mer påvirket enn den

Forskriftens krav ved rusmiddelproblemer

Helsekravene er ikke oppfylt

- ved alkoholmisbruk, misbruk av medikamenter, og bruk/misbruk av illegale rusmidler som svekker evnen til bilkjøring
- ved et daglig eller regelmessig alkoholforbruk godt over det alminnelige, selv om man ikke har en misbruksdiagnose, men som likevel svekker oppmerksomheten
- hos misbrukere selv ikke i perioder med avhold dersom tilstanden er ustabil

Hvis illegale rusmidler inntas før eller under kjøring, er dette en sak for politiet (brudd på vegtrafikkloven). Sporadisk misbruk i små mengder vil ikke i seg selv innebære at helsekravene ikke er oppfylt.

Dersom misbruket ligger ca. 3-5 år tilbake i tid, uten tegn på tilbakefall, kan det forsvares å anse helsekravene som oppfylt, spesielt for lavere klasser.

Meldeplikt

Spørsmålet man må stille seg er om helsekravene er oppfylt. Plikten å melde til Fylkesmannen inntre når behandler får kjennskap til misbruk. Legen har plikt til å advare førerkortinnehaver dersom legen mener at det er uforvarlig at personen fortsetter å kjøre. Dette gjelder også ved somatisk eller psykiatrisk behandling for andre lidelser når helsekravene ikke er oppfylt. Er man i behandling for rusproblem oppfyller man vanligvis ikke førerkortforskriftens helsekrav. Det skal alltid gjøres en individuell vurdering. Er man i tvil bør man søke råd hos Fylkesmannen.

doseringen skulle tilsi, mens de i andre perioder er mindre påvirket.

Det er vanlig at personer bruker flere typer medisiner samtidig. Dersom man tar flere legemidler samtidig er regelen at man vanligvis skal halvere den mengden som er angitt som tillatt (5).

Legen som forskriver medisiner skal alltid gjøre en konkret vurdering av om legemiddelbruken vil påvirke pasientens evne til å kjøre bil. Man må huske at personer som bruker samme medikamentdose kan være påvirket i svært ulik grad. Dette kan i noen tilfeller være relatert til at samme doser av et medikament gir ulike serumverdier. Noen (få) ganger vil derfor måling av serumnivå gi verdifull tilleggsinformasjon for å vurdere egnethet for bilkjøring. I tillegg har det vært etterlyst gode kliniske tester for å bedømme folks påvirkningsgrad. Vi kan ikke se at det finnes slike pålitelige tester. Her er nok klinisk skjønn og samtale med pasienten viktigst. Men husk at pasienter i noen grad undervurderer hvor påvirket de er. Dersom medikamentbruken har misbrukspreg vil helsekravene ofte ikke være oppfylt.

Ut fra det vi kjenner til er ingen lege eller myndighet, heller ikke internasjonalt, blitt gitt skyld eller blitt dømt for å ha forskrevet for mye legemidler til en person som senere kjører uforvarlig. Heller ikke det nye regelverket vil føre til dette. Ansvaret ligger fremdeles hos pasienten. Førerkortforskriften slår i vedlegg 1, § 1 fast at ansvaret for å være skikket til å kjøre bil ligger hos førerkortinnehaveren. Hvis han eller hun er i tvil plikter vedkommende å ta kontakt med lege for undersøkelse. Imidlertid kan det virke som de nye reglene flytter noe mer ansvar over på forskriver og kontrollerende myndighet.

Rusproblemer

Mange mener at det nye regelverket er nokså dramatisk for en del pasienter med rusmiddelproblemer. Meldeplikten er omfattende (se boks 2). Dette bør behandler ha klart for seg og kommunisere til pasienten, slik at ikke meldeplikten hindrer noen i å søke hjelp.

Personer som misbruker alkohol, legemidler eller narkotika oppfyller ikke helsekravene til førerkort. Dette fremgår av førerkortforskriften vedlegg I, § 2, pkt. 5 (se referanse 4). Forskriften legger vekt på at en kronisk rusmisbruker vil ha nedsatt oppmerksomhet mellom rusperiodene. Bare hvis misbruket er sporadisk eller ligger langt tilbake i tid vil helsekravene være oppfylt. Det legges også vekt på at stort inntak av rusmidler vil gjøre at man ikke oppfyller helsekravene selv om man ikke har en formell misbruksdiagnose. Denne regelen pålegger behandler en omfattende meldeplikt til Fylkesmannen.

LAR- pasienter

Opioidavhengige som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er underlagt spesielt strenge krav. Helsekravene er i utgangspunktet ikke oppfylt for noen LAR-pasienter, men det gis adgang til å gi dispensasjon også for denne gruppen. Man kunne jo synes det er liberalt at LAR-klienter kan inneha førerkort seks måneder etter at de har trappet opp til stabil dose. Men i tråd med de mange strenge reglene som gjelder for andre deler av LAR-behandlingen er også helsekravene for dispensasjon for førerkort strenge. Doseendringer fører til to ukers karantene, mens ved reduksjon skal det gjøres en konkret vurdering der hurtigheten ved nedtrapingen vektlegges. All bruk av illegale stoffer vil føre til at meldeplikten inntre og fører-

Legemiddelassisteret rehabilitering (LAR)

BOKS 3

Substitusjonsbehandling med metadon eller buprenorfin medfører en viss trafiksikkerhetsrisiko. Etter tilvenning er sikkerhetsrisikoen begrenset. Personer i LAR kan derfor gis dispensasjon for førerkort i gruppe 1 (personbil) forutsatt at:

1. behandlingen skjer under betryggende oppfølging og kontroll ved rehabiliteringsinstans, og med navngitt forskrivende lege
2. dosen er innstilt og har vært stabil over en periode på minst 6 måneder
3. det ikke er bruk av andre beroligende eller bedøvende midler
4. bruk av illegale stoffer er opphørt i minst ett år.

Ved en hver samtidig behandling med ADHD-medikasjon, benzodiazepiner eller benzodiazepin-lignende hypnotika gis ikke dispensasjon.

Meldeplikt

Den utstrakte meldeplikten gjelder også LAR-pasienter fordi helsekravene ikke er oppfylt.

kortet inndras. Dessuten vil all bruk av angstmedisiner eller sovemedisiner gjøre at det ikke kan gis dispensasjon fra helsekravene.

Søknad om dispensasjon

Som nevnt er det fullt mulig å kjøre bil selv om førerkortforskriftens helsekrav ikke er oppfylt. Ut fra Helsedirektoratets retningslinjer vil man kunne søke Fylkesmannen om

dispensasjon fra helsekravene og man vil da kunne få et tidsbegrenset førerkort. Kort fortalt er det stabiliteten i den enkeltes helsetilstand som er avgjørende for om dispensasjon kan gis, og for hvor lenge.

Hver enkelt førerkortsak baserer seg på en individuell vurdering. Det er av svært stor betydning at behandlende lege gjør en god og grundig vurdering. Han eller hun må ikke melde inn alle saker for sikkerhets skyld. Enkelte ganger kan personer være i gråsonen hva gjelder evne til å kjøre bil. I slike tilfeller kan det være mest hensiktsmessig med et muntlig kjøreforbud inntil situasjonen er avklart. Problematiser situasjonen i samtale med pasienten!

Per i dag er det svært mange som får dispensasjon fra helsekravene. Denne ekstrarunden hos Fylkesmannen kan nok oppleves som en «papirmølle», ikke minst på grunn av lang saksbehandlingstid. Man får førerkort på vilkår (for eksempel at man skal ta jevnlig prøver for å bekrefte avholdenhet) med tidsbegrensning. Fra 2013 innføres en ordning der det uansett vil bli slik at alle bilførere etter hvert får førerkort med begrenset gyldighet. Da vil alle innehavere av førerkort oftere måtte fornye førerkortet sitt. Dette vil trolig fange opp flere som ikke er skikket til å kjøre bil.

Konsekvenser

Helsekravene til førerkort er omfattende. Det kan oppleves som vanskelig at man som be-

handler også skal være kontrollør. Videre er et stort ansvar lagt på fylkesmannsembete, som skal saksbehandle mange førerkortsaker. Dette embete har sakkunnskap, men mangler den kliniske kunnskapen om den enkelte pasient. Vurderingene baserer seg i stor grad på behandlende leges uttalelser og vurderinger.

Det er ingen menneskerett å inneha førerkort, men å fratas førerkortet kan likevel oppfattes som en betydelig inngripen. En del pasienter vil velge å ikke fortelle åpent om sine rusproblemer fordi de er redde for konsekvensene. En del leger lar være å sende søknad om dispensasjon i saker hvor det burde gjøres, fordi de også opplever reglene som for strenge. Helsedirektoratet har nedsatt en arbeidsgruppe om rus og psykiatri for en gjennomgang av reglene for å inneha førerkort. Uten at vi på forhånd vet hvilke endringer som vil bli gjennomført og hvor omfattende disse vil være er det grunn til å tro at de nye retningslinjene vil oppleves som bedre for de pasientene det gjelder og som greiere å håndtere for forskrivende og behandlende lege.

REFERANSER

1. FOR-2012-01-20-85 Forskrift om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m.
2. FOR 2004-01-19 nr 298: Forskrift om førerkort m.m.
3. IS-1437 (Regler og veiledning for utfylling av helseattest for førerkort) og IS-1348 (Retningslinjer for fylkesmennene ved behandling av førerkortsaker)
4. Se IS-1348 kap 16.
5. Se s. 67 i IS-1348.

j.g.bramness@medisin.uio.no • Ragnhild.Angell-Holst@fmoa.no

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

■ KJELL GUNNAR SKODVIN *kst. kommuneoverlege, Rognan*

70 år gamle Petronella Hansen bor aleine i eget hus, men har nå vært sengeleggende med hoste i flere dager før hun får en øyeblikkelig hjelp time på ditt fastlegekontor. Med knattelyder over lungene, temperatur på 38,8 °C, og CRP på 275 mg/l mistenker du straks lungebetennelse. Du er i tvil om det er forsvarlig å sende henne hjem med en resept på penicillintabletter.

Du ringer derfor til det lokale sykehjemmet hvor det er ledig på den nyopprettede plassen for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. I den elektroniske henvisningen som sykepleieren straks kan hente fram, skisserer du en behandlingsplan med penicillin gitt som intravenøs infusjon. Noen dager seinere får du epikrise fra sykehjemmets faste tilsynslege, som forteller at Petronella ble raskt feberfri og utskrevet til hjemmet da CRP-verdien etter tre døgn var under 100.

I disse dager sitter hele Kommune-Norge og forhandler med helseforetakene om å inngå avtaler om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHJD) (1, 2). Et kortvarig opphold på en kommunal helseinstitusjon skal for utvalgte grupper erstatte innleggelse på sykehus. Dette er jo de gamle sykestuesengene med ny maling, vil noen hevde, så la oss starte med et lite tilbakeblikk.

Sykestuene – en distriktsmedisinsk helseinstitusjon

I løpet av forrige århundre ble det bygd ut sykestuer hvor distriktslegen kunne legge inn pasienter til observasjon og behandling for å spare pasientene for lange og slitsomme reiser til sykehus. Fra Guovdageaidnu – Kautokeino i Finnmark – har vi ett eksempel på hvordan sykestuene kunne brukes. Omkring 1960 ble kommunen rammet av det som sannsynligvis var Norges mest omfattende tuberkuloseepidemi etter 2. verdenskrig, med omkring 45 tuberkulosesyke (3): I alt 634 pasientdøgn ble dette året benyttet for å ta serier med spyttprøver og larynxprøver av pasienter med mistenkt tuberkulose, og fem nye tuberkulose-tilfeller ble avdekket. I løpet av kort tid klarte man å begrense epidemien.

I 1972 disponerte distriktslegene drøyt 1000 sykestuesenger (4). Sykehusloven fra 1969 omtalte sykestuene som en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig (5).

I 1994 forsvant sykestuene ut av lovgivningen og i 2001 var antallet sykestuesenger sunket til 90.

Fra sykestuer til ØHJD

Sykestuekonseptet var dermed i ferd med å lide en stille død. Men Samhandlingsreformen innførte kravet om at alle kommuner fra og med 2016 skal kunne tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold – som vi i denne artikkelen forkorter til ØHJD. Hver kommune – aleine eller i samarbeid med andre – vil disponere noen få senger hvor utvalgte pasientgrupper kan få kortvarig observasjon og behandling som alternativ til sykehusinnleggelse. Rammene er gitt gjennom bevilgninger og veiledningsmateriell fra Helsedirektoratet (1).

Erfaringer fra prosjekt Prehospital observasjon og behandling i Salten

Det er altså ikke nødvendigvis slik at alle syke som behøver å ligge i en seng, må innlegges på sykehus. I kommunene Steigen, Saltdal og Meløy har ØHJD-konseptet fått en «flying start» gjennom prosjektet Prehospital observasjon og behandling (6). Steigen kommune hadde beholdt en av de ytterst få sykestueplassene i Nordland. I et samarbeid med Nordlandssykehuset HF har også sykehjemmene i Saltdal og Meløy blitt utviklet til å kunne ta imot øyeblikkelig hjelp pasienter til kortvarig observasjon og behandling i inntil tre døgn. Prosjektstart var i 2009, og fra 2010 har det blitt inkludert pasienter.

Resultatene fra en enkel kartlegging av innleggelsene kan brukes til å tegne en skisse av hva et slikt ØHJD-tilbud kan brukes til. I kartleggingsperioden er det registrert 394 innleggelser, 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. Gjennomsnittsalderen på de innlagte var 69 år. Alle pasientene ble henvist til innleggelse av fastlegen eller legevakslegen. Vi stilte krav om at henvisningen skulle være av samme form og kvalitet som en henvisning til sykehusinnleggelse. I tillegg må henvisende lege skissere en observasjons- og behandlingsplan for tiden fram til den faste ØHJD-legen overtar, vanligvis innen det første døgn.

De aller fleste pasientene har gjennomført én eller flere supplerende undersøkelser i forbindelse med innleggelsen: Blodprøver er tatt hos 65 prosent, EKG er tatt av 21 prosent, pulsoksymetri på 51 prosent, urinundersøkelse på 38 prosent. Psykiatrisk kartlegging (for eksempel mini mental status) er gjennomført på bare tre prosent av pasientene. De sju største diagnosegruppene var sykdommer i lunger og luftveier (18 prosent), muskel-/skjelettsystemet (10 prosent), nyrer/urinveier (10 prosent), hjerte-/karsystemet (åtte prosent), endokrinologiske/metabolske sykdommer (åtte prosent) og psykiske lidelser (åtte prosent). 17 prosent av pasientene ble behandlet for infeksjoner. Behandling under oppholdet ble gitt i form av peroral legemiddelbehandling til 61 prosent, intravenøs væsketilførsel til 35 prosent, intravenøs legemiddelbehandling til 24 prosent, oksygentilførsel til 15 prosent. Forstøverbehandling, smertebehandling med subkutan smertepumpe, blærekateterisering og sår-

Kautokeino sykestue 1959.
FOTO: KOLBJØRN ØYGARD



hold – noen erfaringer fra Salten

behandling er også gitt ved ØHJD-enhetene.

Pasientens diagnose er én ting, funksjonsnivå kan ha vel så mye å si for om en pasient kan behandles i sine hjemmeomgivelser eller ikke. Vi har derfor vurdert pasientens funksjonsnivå med den mye brukte ECOG-skåre. Skåre på *null* innebærer ingen hemming av aktivitet, mens *fire* innebærer at pasienten er sengeliggende og avhengig av hjelp hele døgnet. ECOG-skåre ligger jevnt over lavere ved utskrivelse, noe som gjenspeiler et høyere funksjonsnivå i løpet av oppholdet.

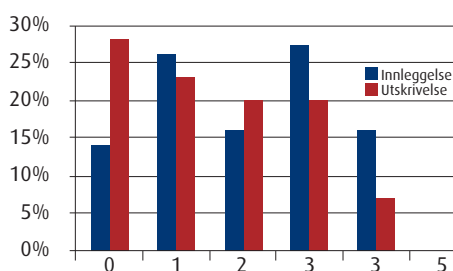


DIAGRAM 1. ECOG-skåre ved innleggelse og utskrivelse fra ØHJD-opphold

Hvor hadde pasientene blitt behandlet hvis de ikke hadde blitt behandlet ved ØHJD-enhetene? Med forbehold om at vårt skjønn ikke er forskningsbasert, mener vi at 63 prosent av pasientene hadde trengt behandling ved sykehus hvis de ikke hadde hatt mulighet for observasjon og behandling ved ØHJD-enhet. Med en gjennomsnittlig liggetid på tre døgn innebærer de 394 innleggelsene 745 sparte sykehusdøgn.

14 prosent av de innlagte pasientene ble overført direkte til sykehus som en fortsettelse av ØHJD-oppholdet. 53 prosent ble utskrevet til hjemmet, mens ca. 25 prosent ble overført til sykehjemsopphold.

Pasientseleksjon

Kriteriene for innleggelse i vårt ØHJD-tilbud samsvarer i grove trekk med det som angis av Helsedirektoratet i heftet *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – Veiledningsmaterieill* (1):

1. Forverring av kjente tilstander med avklart diagnose og funksjonsnivå. Eksempler er infeksjon hos en pasient med kjent KOLS eller pasienter med forverret funksjon pga. dehydrering eller ernæringssvikt
2. Behov for observasjon og behandling hvor innleggelse i institusjon er nødvendig. Dette kan være fall uten brudd, eliminasjonsproblemer som vannlatningsbesvær, diarree eller obstipasjon.

En grunnforutsetning er at det må være en pasient med en avklart diagnose og funksjonsnivå som kommunen er i stand til å behandle, og hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten.

3. Observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander som mage- og brystmerter, eller andre tilstander hvor det etter konferering med lege eller relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig med sykehusinnleggelse. I slike tilfeller må man ha i bakhodet at tilstanden som skal observeres kan gi en akutt forverring som krever en rask innleggelse og behandling. Dette forutsetter nærhet til sykehus eller legevakt og/eller tett samhandling med spesialisthelsetjenesten.

4. PLANLAGT INNLEGGELSE: ØHJD-plassene kan også brukes til medikamentjustering hos pasienter med kjent, kronisk smerte-problematikk. Mange kommuner vil også benytte ØHJD-plasser til lindrende og terminal omsorg.

Like viktig som å avklare hvem som kan tas imot i et ØHJD-tilbud, er å avklare hvem som ikke bør få et slikt tilbud:

1. Pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus. Dette vil også gjelde akutt funksjonssvikt hos eldre med kroniske sykdommer, hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold og hvor det er fare for rask forverring.
2. Traumer med uavklart alvorlighetsgrad og pasienter med definerte pasientforløp, som for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt
3. ØHJD-tilbud er ikke aktuelt hvis det kan representere en mulighet for at behandlingen kan bli forringet eller at pasienten blir påført vesentlig mer eller lengre lidelse.

Bemanning og kompetanse

Øyeblikkelig hjelp døgnetenhet må tilby

- Sykepleier 24 t/døgn
- Legetilsyn alle hverdager, legevakt
- Kompetanse og metodikk kjent i primærhelsetjenesten og på sykehjem

Noen praktiske råd

I våre kommuner pekte det lokale sykehjemmet seg ut som det naturlige sted å lokalisere ØHJD-tilbudet. Sykehjemmet er en lokal helseinstitusjon som i utgangspunktet allerede innehar mye av den primærmedisinske

kompetanse og metodikk som benyttes i et ØHJD-tilbud.

Enheter med større befolkningsgrunnlag og tilgang på kompetent personale og undersøkelsesmetodikk, vil kunne være i stand til å ta imot flere pasienter med et bredere behandlingsbehov enn ved de sykehjemsbaserte enhetene som vi beskriver i denne artikkelen.

Vi tror likevel at disse rådene kan være nyttige når man skal starte opp:

- Ta sykepleiere og annet personale ved sykehjemmet med i forberedelsene! Gi realistisk informasjon om hvilke pasienter som skal tas imot, observeres og behandles.
- Styrk akuttmedisinsk kompetanse og utstyr! Sykehjemmet skal settes i stand til å ivareta pasienter i lavere aldersgrupper og med en annen risiko for akutte sykdomsforløp enn hos tradisjonelle sykehjemspasienter. Men ikke skap inntrykk av at sykehjemmet nå skal omgjøres til en kommunal intensivavdeling.
- Lag lokale metodebøker og prosedyreskrivelser – eller lån fra noen som allerede har laget!
- Sørg for å involvere legene i utviklingen av ØHJD-tilbudet! Det er viktig at legene har tillit til at det lokale ØHJD-tilbudet er et alternativ de kan benytte ved innleggelse for utvalgte pasientgrupper
- Sørg for best mulig rutiner for henvisning (samme krav som henvisning til sykehusinnleggelse), elektroniske kommunikasjonsløsninger og epikrise
- Sørg for god dialog med øvrig pleie- og omsorgstjeneste i kommunen! Med et tidsperspektiv på tre døgn for innleggelse må man allerede fra starten ha fokus på hva man skal gjøre etter utskrivelse
- Utfordre helseforetaket til å være med på å utvikle veiledningsmetoder! ØHJD-tilbudene bør kunne gi gode muligheter for utvikling av videobasert veiledning av personell i kommunene

Er øyeblikkelig hjelp døgnoophold nyttig eller farlig?

Vil sykehusene få færre «unødvendige» innleggelser? Eller vil pasienter som innlegges på ØHJD-enheter få forsinket sin diagnostikk og behandling?

Dette er to sentrale spørsmål som er trukket fram i debatten om ØHJD-tilbudene. På den ene siden ses det som en del av løsningen som skal bidra til å hindre at sykehusene blir overfylt når eldrebølgen skyller over landet.

På den andre siden er det reist tvil om innføring av ØHJD-tilbud bare blir en billig måte å gi den eldre del av befolkningen medisinsk behandling av tvilsom kvalitet (7).

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvensene av at kommunene nå skal overta behandlingsansvaret for utvalgte grupper pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp-innleggelse, er uoversiktlige. For det første er det grunn til å stille spørsmål ved myndighetenes formulering om at tilbudet skal fullfinansieres (2). Spesielt for de minste kommunene er en finansiering som hovedsakelig knyttes til innbyggertall lite egnet til å sikre oppbygging av solide og robuste øyeblikkelig hjelp-tilbud. De minste kommunene må enten inngå samarbeid med andre kommuner, eller bruke sine øyeblikkelig hjelp-senger fleksibelt i kombinasjon med andre kommunale oppgaver.

For det andre vil innleggelse på kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud bidra til å redusere kommunens utgifter til det som heter «kommunal medfinansiering». Motsatt vil det medføre økte kommunale utgifter hvis innleggende lege ikke finner at det lokale øyeblikkelig hjelp-tilbudet er tilstrekkelig kompetent, trygt og sikkert for den aktuelle pasienten. I en stram kommuneøkonomi kan en ikke se bort fra at økonomiske insentiver (signaler fra rådmenn) kan komme til påvirke legenes innleggingspraksis. Muligheten for en slik skadelig bivirkning av den økonomiske oppgjørssystemet må følges nøye opp i evaluering av samhandlingsreformen.



Ikke lokalisér ØHJD-tilbudet til ei seng nederst i korridoren! ØHJD-tilbudet må ha en gjennomtenkt plassering i sykehjemmet, nært vaktrom og med eget utstyr for diagnostikk, behandling og pleie. Her er det vaktmester Per Arne Knædal som klargjør ØHJD-rommet på Saltdal sykehjem.

Kartlegging av innleggelser er gjennomført med støtte fra Helsedirektoratet. Artikkelforfatteren har fått stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg og veiledning fra Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin.

REFERANSER

1. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – Veiledningsmateriell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dogn-opphold-veiledningsmateriell/Sider/default.aspx
2. Stortingsmelding 16 (2011–2012): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2016). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
3. Skodvin KG Tuberkuloseepidemien i Guovdageaidnu – Kautokeino 1960. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:2488-93 doi: 10.4045/tidsskr.10.0143. <http://tidsskriftet.no/article/2055285>
4. Sykestuefunksjonen – the missing link? Helsedirektoratet 2001, rapport. <http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sykestuefunksjonen.pdf>

no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sykestuefunksjonen.pdf

5. Langfeldt E, Aaras I: Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 695–9. <http://tidsskriftet.no/article/40741>
6. Skodvin KG, Aaraas IJ, Forshei AK, Hagen KB, Jonsbu M: Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 792–4. <http://tidsskriftet.no/article/2234190>
7. Lik rett til diagnostikk og behandling? Terese Folgerø, kronikk, Dagens Medisin 01/10, 20.01.2010. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/lik-rett-til-diagnostikk-og-behandling/>

kjell.gunnar.skodvin@salths.nhn.no

Nye veiledere!

Veiledningsgruppene i spesialistutdanningen i allmennmedisin er kjent for de fleste av Utpostens lesere. Veiledningsgruppene går i to år, vanligvis med seks til ti deltakere og møte en dag i måneden. Mange som har vært gjennom programmet vil se tilbake på det med stor glede.

Å være veileder for en slik gruppe er en spennende oppgave. Veilederen er ikke «lærer» i tradisjonell forstand, men den som skal



se til at gruppa fungerer, at viktige spørsmål blir stilt, at alle får ta del i å løse oppgaven, og at deltakernes ressurser i størst mulig grad kommer alle til del. Over tid vil man også merke at man som veileder i stor grad nyter godt av tradisjonell faglig oppdatering gjennom samarbeidet med yngre kolleger, og dessuten kan det være en kilde til inspirasjon og entusiasme i faget.

Hvordan blir man veileder? Man må være spesialist i allmennmedisin, og gjennomføre Legeforeningens veilederkurs. Dette er tre kurs, hver på fire dager, i løpet av to år. Deltakerne begynner å veilede en gruppe etter første kurs. Kursene inneholder i hovedsak gruppebasert voksenpedagogikk med mye egenaktivitet, samt innslag av kultur og friluftsliv. Vi røper ikke mer her –

Bildet til venstre er en typisk scene fra en gruppeoppgave på et veilederkurs, i idylliske omgivelser på Kongsvold Fjellstue på Dovre.

Vi starter ny veilederutdanning for allmennmedisinere i januar 2013, og er interes-

sert i å komme i kontakt med kolleger som kan tenke seg å bli veiledere. Spesielt i de større byene med omkringliggende områder er det behov. Det er en fordel at man har erfaring fra undervisning og veiledning i andre sammenhenger, men det viktigste er at man har interesse for slik virksomhet.

Finn fram til veilederkoordinatoren for ditt område på Legeforeningens nettsider og ta kontakt dersom dette kan være noe for deg: <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Allmennmedisin/Smagruppe/skjemaer/veiledningsgrupper-i-spesialistutdanningen/>

Oppgi referanser, enten egen veileder eller andre du har jobbet og gjort ting sammen med.

Hilsen veilederkoordinatorene

Bente Aschim

Kristin Prestegaard

Sverre Lundevall

Peter Prydz

Allmennlegers bruk av tolk

■ TRYGVE KONGSHAVN • spesialist i allmennmedisin, Fjell legesenter, Drammen

SVEIN AARSETH • spesialist i allmennmedisin Frysja legekantor, Oslo

KJELL MAARTMANN-MOE • dr. med., tidligere fastlege i Oslo. Seniorrådgiver i Avd. for allmennhelsetjenester, Helsedirektoratet

Retten til nødvendig bruk av tolk er en lovfestet pasientrettighet og er nedfelt i både internasjonale avtaler som FNs rasediskrimineringskonvensjon fra 1965 som ble ratifisert av Norge i 1970 og i Forvaltningsloven, Pasient- og brukerrettighetsloven, Lov om spesialisthelsetjenester og Lov om helsepersonell.

Tidligere undersøkelser har vist underforbruk av tolketjenester og at familiemedlemmer, deriblant barn, i for stor grad brukes som tolk.

I denne artikkelen presenterer vi resultatene fra en undersøkelse gjort i 2010 om bruk av tolk blant norske allmennleger.



Formålet med kommunikasjon er å oppnå felles forståelse. Når språk er et hinder for kommunikasjon, er bruk av tolk et nødvendig virkemiddel som kan bedre kvalitet og pasientsikkerhet og være et bidrag til mer likeverdige helsetjenester. Det er ganske vanlig å bruke familiemedlemmer under 16 år som tolk (1).

Selv om Norge er forpliktet gjennom ulike internasjonale konvensjoner, er plikten til å bruke tolk svakt forankret og ikke særskilt behandlet i norsk lov (2). Kommunene dekker kostnader til tolking i kommunehelsetjenesten.

Vi har begrenset kunnskap om konsekvenser av feil som gjøres på grunn av språkbarrierer, men mørketallene er trolig store og konsekvensene kan være alvorlige for både enkeltmennesker og samfunn. I Danmark ble for eksempel en rekke kvinner utsatt for sterilisering mot sin vilje og fordi ektefellene ble brukt som tolk, og ga uttrykk for at kvinnene ønsket å bli sterilisert (4).

Bruk av tolk krever planlegging, gode rutiner for bestilling og bruk, samt rolleavklaring for både tolk og tolkebrukerne – og tar tid (5).

I forbindelse med en kartlegging av allmennlegers kontakt med papirløse migranter

spurte vi generelt om tolkebruk. Vi ønsket å kartlegge omfanget av tolking, hvem som tolker og hvilke forhold hos fastlege og ved kontorkommunen som hadde betydning for bruk av tolking i en konsultasjon. Vi har kun sett på tolkebruk i forhold til fremmedspråklige. Bruk av døvetolk og tolking på samisk var ikke temaet.

Vår undersøkelse

Vi gjennomførte en internetbasert undersøkelse (Questback) i juni 2010. Questback utføres anonymt. Vi sendte ut to purringer. Spørsmålene var utformet som multiple choice. Allmennlegeforeningen og Legeforeningen, der 99 prosent av allmennlegene er medlemmer, støttet undersøkelsen. De som drev allmennpraksis og hadde registrert epostadresse i Legeforeningen ble invitert til å delta. Spørsmålene ble sendt til 3994 respondenter.

Vi spurte om hvem man oftest brukte som tolk (familiemedlem over eller under 16 år, venner eller offentlig tolketjeneste), og hvor ofte offentlig godkjent tolk ble benyttet (Svaralternativer: daglig, ukentlig, månedlig, sjeldnere, aldri).

Vi har brukt definisjonen «ikke-vestlig

innvandrere» om personer fra Asia med Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom-Amerika og Øst-Europa. Dette er et kjent begrep og brukes fortsatt, selv om SSB har gått bort fra todelingen *vestlige* og *ikke-vestlige* innvandrere.

PASW Statistics 18.0 (SPSS Statistics) ble brukt som analyseverktøy.

Resultater

Resultatene i denne artikkelen baserer seg på svarene fra 1027 leger som oppga å ha drevet allmennpraksis siste seks måneder. Svarpro-

TABELL 1. Hvem brukes som tolk? (Flere mulige svaralternativer)

SVARALTERNATIV	ANTALL JA (%)
Profesjonell tolk/telefonolk	918 (81)
Profesjonell tolk	613 (54)
Telefonolk	596 (52)
Familiemedlem eldre enn 16 år	633 (56)
Venn/kollega	458 (40)
Familiemedlem yngre enn 16 år	251 (22)
Snakker selv et felles språk	331 (29)
Antall svar totalt	1135 (100)

senten var 28. Av de 1027 legene som drev allmennpraksis oppga 918 (81 prosent) at de brukte tolk. Familiemedlemmer over 16 år, profesjonell tolk og telefontolk ble oftest benyttet som tolk. Tabell 1 viser bruk av pasientens venner/kolleger og familiemedlemmer yngre enn 16 år som tolk, samt prosentandel av bruk av et felles fremmed språk mellom lege og pasient. På spørsmålet: «Hvor ofte bruker du offentlig godkjent tolk/telefontolk», svarer kun to prosent at de brukte profesjonell tolk daglig. Offentlig godkjent tolk/telefontolk ble brukt ukentlig/daglig av 17 prosent av legene. 77 prosent brukte tolk månedlig eller sjeldnere og 6 prosent brukte aldri profesjonell tolk.

Leger med god egenvurdert kompetanse på å møte fremmedkulturelle pasienter brukte oftere tolk (TABELL 2). De legene som oftest så ikke-vestlige innvandrere brukte oftest tilstedeværende tolk (ikke telefontolk), men også barn, familie og venner (TABELL 3). Tabell 4 viser at jo lavere andel innbyggere fra ikke-vestlige land, desto hyppigere blir profesjonell tolk brukt.

FIGUR 1 viser sammenhengen mellom kommunestørrelse og bruk av tilstedeværende profesjonell tolk og bruk av familie både over og under 16 år som tolk. I Helse Nord var det lavere frekvens av bruk av unge familiemedlemmer og høyere bruk av telefontolk. For øvrig var forholdene relativt like i de øvrige helseregionene (FIGUR 2). Praksisstørrelse

HVEM BRUKES TIL TOLKING?	EGENVURDERT KOMPETANSE PÅ FREMMEDKULTURELLE	
	INGEN/LITEN	NOE/GOD/SVÆRT GOD
	ANTALL (PROSENT)	ANTALL (PROSENT)
Alle	171 (17)	849 (83)
Profesjonell tolk	77 (8)	529 (52)
Telefontolk	97 (10)	493 (48)
Familiemedlem yngre enn 16 år	36 (4)	214 (21)
Familiemedlem eldre enn 16 år	94 (9)	534 (52)
Venner/kolleger/pårørende	67 (7)	386 (38)
Snakker felles språk	33 (3)	296 (29)

TABELL 2. Hvem brukes som tolk sett i relasjon til egenvurdert kompetanse på å møte fremmedkulturelle.

samvarierte med hyppigere bruk av offentlig godkjent tolk (FIGUR 3). Når det gjelder tolkebruk i forhold til legens kjønn, spesialitet i allmennmedisin og legens alder fant vi ingen forskjeller.

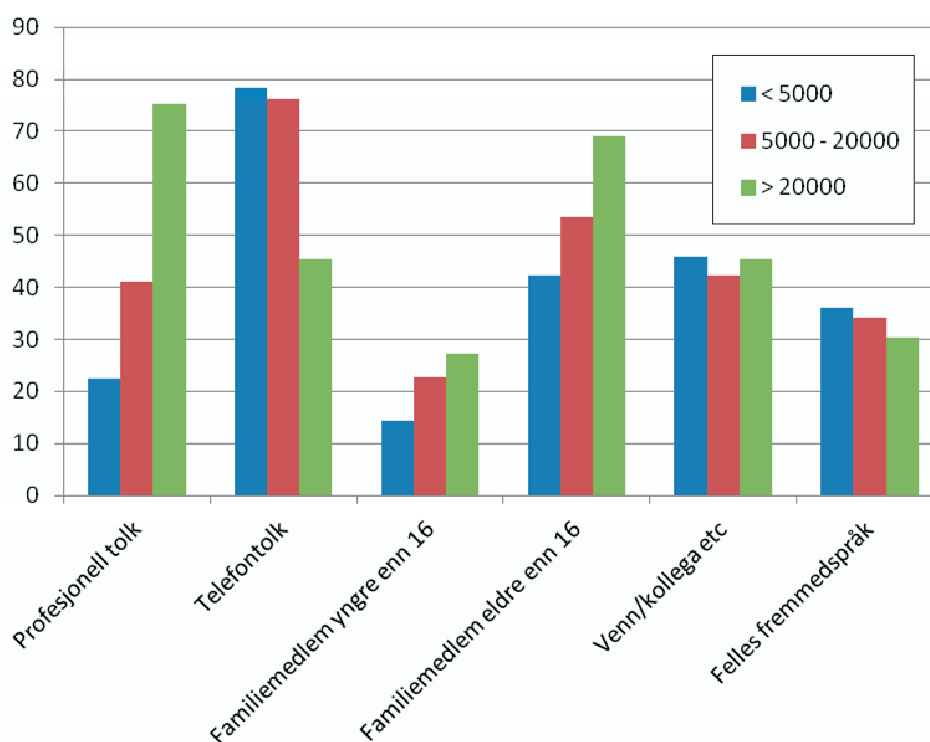
Hva kan vi lære?

Vår undersøkelse viser at mange allmennleger bruker tolk i konsultasjoner med pasienter fra andre land. Kommunestørrelse samvarierer med allmennlegenes bruk av profesjonell tolk, men ikke med deres bruk av telefontolk. En mulig forklaring er bedre tilgang på tilstedeværende tolk i større kommuner. Vi ser også at familiemedlemmer brukes oftere som tolk i de større kommunene.

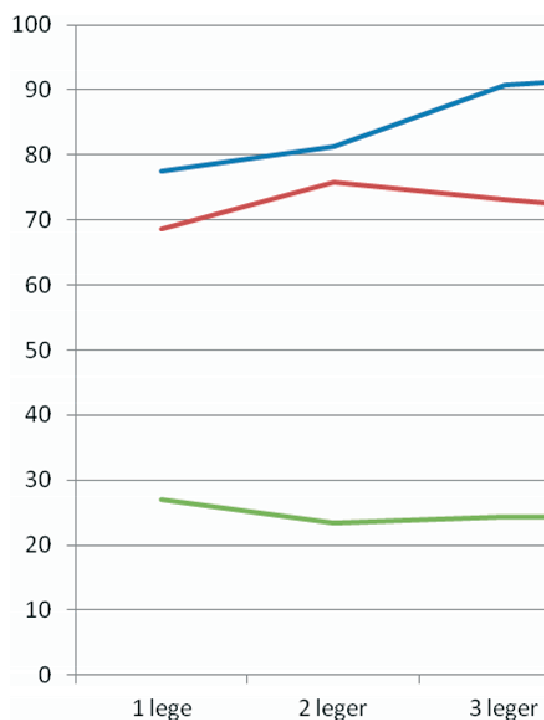
Legenes egenvurderte kompetanse, kontaktfrekvens med migranter og antall leger i praksisen innvirker på tolkebruk. Høy kompetanse og kontaktfrekvens medfører mer bruk av offentlig godkjent tolk, men også oftere bruk av barn yngre enn 16 år, familie og venner som tolk. Det ser ut til at man «tar det man har» (2). Antall leger i praksis er relatert til hyppigere bruk av godkjent tolk. Årsaken kan være at i en flerlegepraksis med flere medarbeidere er det felles rutiner på en rekke områder. Det kan også gjelde bruk og bestilling av offentlig godkjent tolk.

Vi ser at jo lavere prosentandel innbyggere fra ikke-vestlige land desto hyppigere blir offentlig godkjent tolk brukt. Vi har ingen god forklaring på hvorfor det er slik, men årsakene til dette er trolig sammensatte.

FIGUR 1. Sammenheng mellom kommunestørrelse og måter å løse tolkeoppdraget på.



FIGUR 2. Sammenheng mellom helseregion og måter å løse tolkeoppdraget på.



Undersøkelser har vist et underforbruk av profesjonelle tolker i spesialisthelsetjenesten (5, 6, 10). En av årsakene kan være finansieringsordningen hvor helseforetaket selv må betale for tolketjenester. Legeforeningen peker også på denne forklaringsmodellen i sin statusrapport fra 2008 om likeverdige helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere (11). En annen årsak kan være bruk av personell på sykehuset som mestrer aktuelle språk.

Kommunene dekker kostnader til tolking i den offentlige kommunehelsetjenesten. Rammen for tolketjenestetilbudet fastsettes av det enkelte kommunestyret. Det er stor variasjon i tolketilbudene kommunene i mellom og dermed på legenes mulighet til å bruke tolk.

I Sverige legger man inn et menneskes tolkebehov i beregningen av «vårdstygndspeng», som en sosiodemografisk variabel på linje med alder, inntekt, sivilstand og fødested

(3). En slik vektning av tolkebehov har vi ikke i Norge.

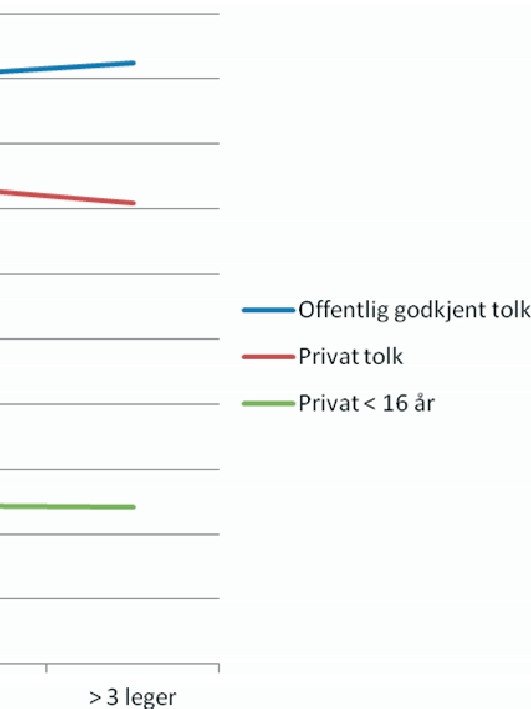
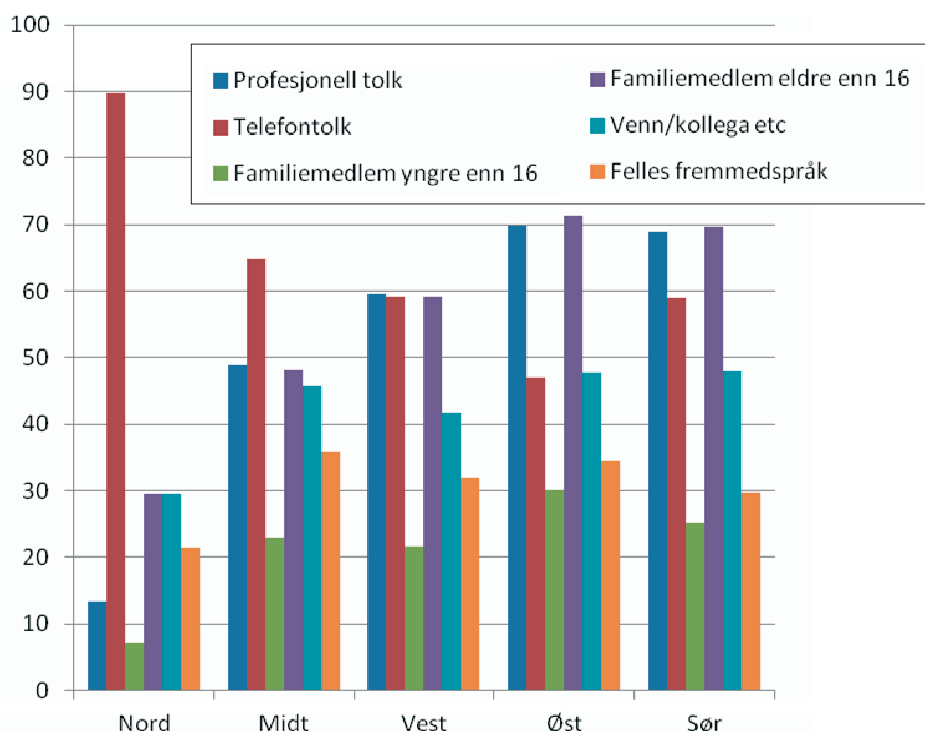
Det er ikke uvanlig å bruke familie eller venner som tolk (2, 6). Vår undersøkelse viser at familiemedlemmer yngre enn 16 år ble benyttet som tolk i hver fjerde til femte konsultasjon.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi)-rapporten om fastleger og tolketjenester fra 2007 (7) konkluderer med at det er vanlig å bruke familie/venner i en tolkesituasjon. Mindreårige familiemedlemmer ble ofte brukt som tolk av fem prosent av legene og 24 prosent noen ganger. Dette til tross for at fastlegene svarte at de foretrakk å bruke profesjonell tolk. I dybdeintervju kom det frem at legene vurderte behov fra tolk ut fra sykdomsbilde. Legene svarte også at de var usikre på hvem som hadde det formelle ansvaret

for å bestille tolk. Fastlegene ga uttrykk for mindre behov for tolk når det gjaldt små, ikke-akvurlige, plager. En kvantitativ undersøkelse av pasienter med innvandrerbakgrunn på allmennlegevaktene og skadelegevaktene i Oslo og Lillestrøm samt innleggelser i akuttmottaket på AHUS i 2009 (8) viste at familiemedlemmer over 16 år ble brukt som tolk i 19 prosent (legevaktene) og 52 prosent (AHUS). Undersøkelsen viste også at legevaktene sjelden eller aldri benyttet profesjonell tolk og bare i svært få tilfeller telefontolk i møter med innvandrerpasienter. Begge disse undersøkelsene passer med våre tall om bruk av familiemedlemmer over og under 16 år som tolk.

Målsettingen for pasientarbeid med tolkebehov, må være at familiemedlemmer skal være pårørende og ikke tolker. Familiemed-

FIGUR 3. Sammenheng mellom legekontoets størrelse og måter å løse tolkeoppdraget på.



lemmer kan være svært viktige når det gjelder komparentopplysninger hvis pasienten godkjenner at vi skal ta hensyn til opplysningene. Men pårørende skal ikke ha rollen og det ansvaret som pålegger en tolk. En feil oppfatning/tolking av et familiemedlem kan få alvorlige konsekvenser, og det ansvaret skal ikke familiemedlemmer ha.

Helsedirektoratet utga i 2011 ut en veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene (9) og skriver: «Barn eller andre familiemedlemmer skal ikke brukes som tolk. Det setter barn i en vanskelig rolle og kan være skadelig for barnet. Å tolke er et stort ansvar, som krever modenhet, bred kunnskap og spesifikke ferdigheter. Situasjoner hvor det er behov for tolk kan også omhandle alvorlige forhold som barn ikke skal måtte ta stilling til – eller høre om. Å bruke barn som tolk kan være brudd på FN's barnekonvensjon artikkel 36.»... «Når barn eller annet familiemedlem benyttes i stedet for kvalifisert tolk, kan det føre til at viktig informasjon holdes tilbake og at nødvendig helsehjelp ikke blir gitt.»

Tolketakst i normaltariffen (takst 7) ble brukt 159580 ganger i perioden 01.07.09 til 30.06.2010. Det svarer til 1,6 prosent av alle konsultasjoner i perioden (0,7-48,5) (Helfo – legers takstbruk. Kilde: Pål Alm-Kruse, Dnlf). Det var 4 313 fastleger i Norge i perioden. Antall fastleger som brukte takst 7 var

KONTAKT MED IKKE-VESTLIGE INNVANDRERE	BRUKER PRIVAT TOLK N= 285	BRUKER OFFENTLIG TOLK N=740	ANTALL I ALT N=1025
	N (PROSENT)	N (PROSENT)	N (PROSENT)
Flere ganger daglig	106 (88)	117 (97)	121 (100)
Daglig	153 (79)	184 (95)	194 (100)
Ukentlig	265 (71)	342 (91)	375 (100)
Månedlig	142 (70)	178 (87)	204 (100)
Sjeldnere	69 (59)	85 (73)	117 (100)
Aldri	5 (36)	11 (79)	14 (100)

TABELL 3. Sammenheng mellom hvor hyppig man har kontakt med ikke-vestlige innvandrere og bruk av offentlig tolk/privat tolk (venner, familie, kolleger).

3541. 72 prosent av legene brukte takst 7. Vi fant at 81 prosent av legene brukte tolk. Noe av forskjellen kan forklares av at takst 7 ikke kan kombineres med tidstakst (takst 2cd), men også av seleksjonsbias. Flere blant de 1027 allmennlegene som har besvart undersøkelsen, kan ha svart fordi de bruker tolk hyppigere enn blant de som ikke bruker tolk.

Konklusjon

Denne kartleggingen viser at bruk av tolk i konsultasjoner er ganske utbredt blant allmennlegene som har svart på undersøkelsen. Man tar fortsatt «hva man har» når det er behov for tolking, og mindreårige brukes som tolk i betydelig omfang. Legekantor med tre eller flere leger bruker hyppigere profesjonelle tolketjenester enn kontor med inntil to

leger. Vi har ikke spurt om årsaken til dette, men antar at kontor med mer enn to leger gjennomgående har bedre personellressurser og bedre rutiner.

REFERANSER

1. Magelsen, R. (2002) Kultursensitivitet Om å finne likhetene i forskjellene. Akribes forlag Oslo
2. Emine Kale: «Vi tar det vi har» NAKMI skriftserie om minoriteter og helse 2/2006
3. Carlander, Lindholm: Tolkberoende patient mer ressurskrävande. Läkartidningen 1996; 93 (34): 2854–
4. Baaring, L. (1996) Tolking – hvor og hvordan (2.utg) Fredriksberg: Samfundslitteratur
5. Jareg og Pettersen: Tolk og tolkebrukere; Fagbokforlaget 2006
6. Djuve, A.B., & Pettersen, H. C.(1998) Syk og misforstått? En kartlegging av erfaringene til 71 minoritetsspråklige pasienter ved Ullevål sykehus. FAFO-notat 1198: 1
7. Imdi rapport 6/2007: Fastleger og tolketjenester; <http://www.imdi.no/no/Kunnskapsbasen/Innholdstyper/Rapporter/20051/IMDi-rapport-6-2007-Fastleger-og-tolketjenester/>
8. Ruud SE, Hjortdahl P: Prosjekt Likeverdige helsetjenester UiO 2009
9. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Helsedirektoratet 2011
10. Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn. Rådet for psykisk helse 2007
11. Legeforenings statusrapport 2008: Likeverdig helsetjeneste?

TABELL 4. Sammenheng mellom andel innbyggere i kommunen fra andre land og tolkebruk for 804 som hadde angitt andelen, av totalt 1027 leger. Mange av legene oppga flere typer tolkebruk.

	ANDEL INNBYGGERE FRA ANDRE LAND I LEGENS KOMMUNE				ALLE
	< 5 %	6 -10 %	11-15 %	> 15 %	
Antall svar	398	264	56	84	804
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Profesjonell tilstedeværende tolk	185 (46)	166 (63)	41 (73)	75 (89)	467 (58)
Telefontolk	249 (63)	162 (61)	22 (39)	33 (39)	466 (58)
Familiemedlem < 16 år	76 (19)	68 (26)	11 (20)	29 (35)	184 (23)
Familiemedlem > 16 år	202 (51)	171 (65)	42 (75)	66 (79)	481 (60)
Venn/kollega/pårørende	152 (38)	127 (48)	26 (46)	51 (61)	356 (44)
Snakker felles språk	127 (32)	87 (32)	21 (38)	27 (32)	262 (33)

trkong@vestreviken.no
kmaartma@online.no
svein.aarseth@vikenfiber.no

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

Kan vi ha tiltro til UpToDate?



■ ALEXANDER WAHL *spesialist i allmennmedisin og redaktør for primærhelsetjeneste, Helsebiblioteket.no*

Helsebiblioteket.no tilbyr oppslagsverket UpToDate gratis via sin nettside. For å vurdere om vi kan ha tiltro til innholdet i UpToDate kan det være nyttig å få innsikt i arbeidsmetoden som ligger til grunn for de ulike anbefalingene og temaoversiktene.

I følge UpToDates egen presentasjon av sine arbeidsmetoder bestreber redaksjonen å samle inn evidens i samsvar med kunnskapsbasert metodikk. På toppen av evidenshierarkiet finnes meta-analyser av randomiserte studier med høy metodisk kvalitet, etterfulgt av randomiserte studier med metodologiske begrensninger, observasjonsstudier og usystematiske kliniske observasjoner. UpToDate samler inn data fra alle nivåer og forskjellige typer studier, men slutningene er mer gjennomarbeidet når bevisene er oppsummert i systematiske gjennomganger av litteratur som presenterer alle relevante data der det er mulig. Denne inndelingen egner seg best når det gjelder effektstudier. Nyere medisinsk historie er full av eksempler hvor systematiske meta-analyser har korrigert gjeldende klinisk praksis.

Fagfelleevaluering og litteratursøk

Forfatterne av innholdet i UpToDate er eksperter innenfor sitt felt. For å ta høyde for uenighet mellom eksperter har imidlertid UpToDate lagt opp til en fagfelleevaluering av alt innhold. I tillegg foregår mye av arbeidet i redaksjonen i grupper som foretar en gjennomgang av litteraturen og som deretter velger ut hvilke studier som skal inkluderes i evidensgrunnlaget. Slik minskes risikoen for at utvalget farges av en enkeltpersons oppfatninger.

For å komme frem til behandlingsanbefalingene starter UpToDate med å formulere et strukturert klinisk spørsmål etter PICO-modellen. PICO deler opp problemstillingen i pasientpopulasjon (patient), tiltak eller behandling (intervention), eventuelle alternative tiltak (comparison) og utfall (outcome). Slike strukturerte spørsmål danner et godt utgangspunkt for presise søk etter relevant litteratur.

UpToDate søker i de mest sentrale medisinske databasene i tillegg til noen andre kilder. I tillegg gjennomgås nesten 500 anerkjente

tidsskrifter løpende. Dessverre er det ikke mulig å finne ut hvordan søkene er foretatt eller hvilke studier som *ikke* tas med i det videre arbeidet frem til en anbefaling, men listen over kilder er akseptabel.

Hvor oppdatert?

Oppdatering av et oppslagsverk er en møysommelig og tidkrevende prosess. I 2011 ble det publisert en artikkel(1) (Speed of updating online evidence based point of care summaries: prospective cohort analysis) i British Medical Journal (BMJ) som tok for seg hvor lang tid det tar før kunnskapsoppsummeringer fra for eksempel Evidence-Based Medicine, ACP Journal Club og Cochrane tas inn i oppslagsverkene Clinical Evidence, EBM-Guidelines, eMedicine, Dynamed og UpToDate. UpToDate kom på tredje plass når det gjelder oppdateringshurtighet. Både Dynamed og EBM guidelines kom bedre ut enn UpToDate. Verken Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) eller Best Practice ble vurdert. Forsinkelsen i kunnskapsoverføring impliserer at man også bør søke i databaser selv, dersom man er interessert i forsking om et spesielt tema.

Det er svært vanskelig å sammenlikne kvalitet og brukervennlighet generelt mellom oppslagsverk. I Norge er NEL det mest brukte oppslagsverket blant allmennpraktikere, og interessen for internasjonale oppslagsverk har vært noe nølende. Det er derfor interessant at NEL bruker UpToDate som referanseoppslagsverk til sine egne artikler. UpToDate er et mye større oppslagsverk enn NEL. Redaksjonen samarbeider med over 5000 spesialister og er i dag verdens største medisinske nettsamfunn med 600 000 brukere i 149 land.

UpToDate er eid og driftet av Wolters Kluwer Health og er basert på abonnementsinntekter. UpToDate tar ikke imot økonomisk støtte fra legemiddelindustrien.

Oppslagsverk – ikke et diktat

Anbefalinger i UpToDate er basert på en syntese av evidens fra kliniske studier, patofysiologisk rasjonale samt klinisk erfaring. UpToDate gir av og til ulike anbefalinger der ulike behandlingsalternativer kan være aktuelle avhengig av ulike pasienters verdier og preferanser. UpToDate understreker at anbefalingene ikke vil gjelde for alle, og legger til grunn til at klinikere kan vurdere anbefalingene i lys av de individuelle omstendighetene rundt pasienten. Når det har vært uenighet i redaksjonsgruppen, vil uenigheten komme frem i teksten.

UpToDate bruker GRADE-systemet for gradering av bevis. For nærmere beskrivelse av dette systemet henvises det til UpToDates Grading Guide, se <http://www.uptodate.com/home/about/policies/grade.html>

Oppslagsverket oppdateres kontinuerlig avhengig av små og store gjennombrudd i det medisinske univers. Vi kan lett få oversikt over viktige nyheter som kan endre vår praksis ved å gå inn på «What's new» fra UpToDates startside og velge «Practice Changing UpDates» eller «What's new in family medicine».

Et grunnleggende prinsipp i kunnskapsbasert medisin, er at forskningsbasert kunnskap alene aldri er nok til å fatte en klinisk beslutning. Beslutningstakere må alltid vurdere fordeler og ulemper, risiko og kostnader forbundet med ulike behandlingsalternativer samt ta i betraktning pasientens preferanser og verdier. Klinisk kompetanse og skjønn er derfor nødvendig i prosessen fra vitenskapelige slutninger til kliniske anbefalinger. UpToDate er et sterkt verktøy som kan veilede oss, men det er naturligvis ikke et diktat. Allmennlegen tar sine beslutninger i en norsk klinisk kontekst og derfor vil beslutningene av og til være forskjellige fra andre kollegers beslutninger i andre land.

REFERANSE

1. <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d5856.full>

Alexander.Wahl@helsebiblioteket.no

Offentlige legeoppgaver i samhandlingsreformens tid

– allmennmedisinsk gull eller gråstein?

■ ROBERT TUNESVEIT spes. allmennmedisin og fastlege i Ål, Hallingdal; regional koordinator ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin

■ KARSTEN KEHLET spes. allmennmedisin og fastlege ved Senjalegen; regional koordinator ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Tiden er moden for at leger – gjennom de lokale samarbeidsutvalgene – tar i bruk sin lokalkunnskap og fagkunnskap og blir medaktører i beslutninger om hvilke allmennmedisinske oppgaver som fastlegene skal gå inn i.

Norsk forening for allmennmedisins policydokument om forebyggende helsearbeid innrømmer offentlige allmennmedisinske oppgaver en sentral plass og definerer en viktig del av allmennlegens samfunnsoppdrag:

- Tiltak på samfunnsnivå og befolkningsrettede strategier bør vektlegges sterkere enn

sykdomsspesifikke og individuelt primærforebyggende strategier

- Allmennlegene bør engasjere seg i forebyggende helsearbeid og fagutviklingen på området, og formidle sin viten til relevante samarbeidspartnere

Sykehjemsmedisin er mer enn bare pleie og omsorg. Det er tverrfaglig og pasientsentrert arbeid.

FOTO: R. TUNESVEIT





Mange småkommuner har sterke tradisjoner for tverrfaglig samarbeid og bruk av lokale faglige ressurser. FOTO: R. TUNESTVEIT

Likevel scorer offentlige oppgaver lavt når allmennleger spørres om hvilke legeoppgaver de finner utviklende og interessante. Samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift dreier fastlegens faglige tyngdepunkt fra praksisdrift og pasientrettet arbeid, over på å bli en tydeligere aktør i kommunens samlede helsetjeneste. Økt regulering av helsetjenesten vil neppe bidra til å vekke fastlegenes faglige interesse. Tiden er moden for å diskutere fastlegenes rolle og funksjon: Hvordan vil andre allmennmedisinske oppgaver prege innholdet i vårt arbeid fremover?

Samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift

Samhandlingsreformen er tuftet på en omfordeling av faglige oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange allmennleger hilser reformen velkommen, men ser med bekymring på at det så langt mangler ressurser og tiltak for kompetanseutvikling og kvalitetsheving i tråd med oppgavene. Når reformen pålegger kommunene et større ansvar for forebyggende arbeid på individ- og gruppenivå samt et utvidet ansvar for pasientbe-

handling før og etter sykehusopphold, vil fastlegene – som kommunens medisinsk-faglige nøkkelpersoner – bli sterkt berørt.

Endringene vil kreve en opprusting av kommunale helseinstitusjoner og en faglig styrking av sykehjemsmedisinen. Dersom forebygging skal tas på alvor blant grupper med størst forebyggingspotensial, må innsatsen rettet mot barn, unge og familier gis et løft. Dessuten vil våre fastlegepraksiser bli utfordret til økt deltakelse i tverrfaglig samarbeid. Skal fastlegeordningen bli enda bedre, må vi i tillegg til å utvikle bedre praksis sørge for at fastlegene deltar i utviklingsarbeidet med faglig eierskap, engasjement og ideer.

Utkastet til ny fastlegeforskrift var departementets ubehjelpelige forsøk på å få kontroll over de medisinsk-faglige ressursene som samhandlingsreformen hviler på, nemlig fastlegene. Faglig opprusting, kompetanseutvikling og ressursøkning var i ferd med å bli erstattet med forskrift, kontroll og regelrytteri. Takket være et samlet fastlegekorps samt et godt og omfattende fagpolitisk arbeid, setter den endelige forskriften fastlegeordningen tilbake i et konstruktivt spor.

Forskriften beholder 7,5 tilpliktbar timer til tradisjonelle allmennmedisinske oppgaver, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. Imidlertid åpner den også for at fastlegen og kommunen

Ål kommune viser vei

AV ROBERT TUNESTVEIT, fastlege i Ål

Hvordan kan offentlige legeoppgaver organiseres i en utkantkommune med begrensede faglige ressurser å spille på?

Ål kommune er en fjellkommune med 4800 innbyggere i øvre Hallingdal. Kommunen er vertskommune for flere regionale helsetilbud: Hallingdal sjukestugu, luftambulansen for indre Sør-Norge og bilambulansen for øvre Hallingdal. De kommunale helsetjenestene er godt utbygd og utvikles offensivt. Legetjenesten utøves av seks fastleger og en turnuslege. Det er ett legekantor. «Tilpliktbar» tid til allmennmedisinske oppgaver er utnyttet.

I 2010 inviterte kommunen legene til dialog om tiltak for bedre rekruttering og økt stabilitet, etter en lengre periode med gjennomtrekk av fastleger. Allmennmedisinske oppgaver ble trukket fram som ett av to vik-

tige satsningsområder. Utgangspunktet var noen kjernespørsmål:

- Reflekterer dagens allmennmedisinske legeoppgaver de behovene som finnes i kommunens befolkning?
- Utvikles allmennmedisinske legeoppgaver på en slik måte at endringer i befolkningens behov for legetjenester innarbeides?
- Nyttiggjør kommunen seg fastlegenes kompetanse, deres pasientkontakt og lokalkunnskap i utviklingen av allmennmedisinske legeoppgaver?
- Er den faglige ressursutnyttelsen innen tjenestene hensiktsmessig?

Bakgrunnen var at de allmennmedisinske le-

geoppgavene, med unntak av sykehjemsmedisinen, i mange år hadde vært relativt uendret i omfang og innhold. Fastlegene var i liten grad involvert i å definere behov og arbeidsbetingelser; likevel viste flere leger interesse for allmennmedisinske oppgaver når de selv fikk delta i utformingen. Legenes innspill førte til bedre samarbeid mellom fastlegene og kommunen – og til en revisjon av planverket for legetjenesten, med følgende nyskapende elementer:

- å restrukturere tjenester og oppgaver
 - å evaluere hvert år
 - å ta i bruk LSU som faglig diskusjonsforum
 - å utnytte legenes kompetanse- og interesseområder
 - å skape relevante og utfordrende arbeidsbetingelser og oppgaver i større stillinger enn «tilpliktet tid» – når legen selv ønsker det
 - å frikjøpe motiverte fastleger til kommunalt og interkommunalt utviklingsarbeid
- Så langt har planverket ført til at LSU (legenes samarbeidsutvalg) har fått større faglig oppmerksomhet. Erfaringene kan kort oppsummeres slik:

kan inngå avtale om andre oppgaver slik som veiledning av turnusleger, undervisning av medisinstudenter, utredningsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller tilsynslegeoppgaver i lokalmedisinske sentre.

Rekrutteringskrise i allmennmedisin

Skal samhandlingsreformen være faglig bærekraftig, må rekrutteringen til allmennmedisinen sikres. Antall fastleger har gjennom siste tiåret vært tilnærmet uforandret mens sykehussektoren har hatt sterk vekst. Gjennomsnittsalderen for fastleger er 55 år og økende. Kun 10 prosent av nyutdannede leger velger allmennmedisin som yrkesvei. Skal vi lykkes med å rekruttere nye leger til faget må vi involvere unge leger og ha oppmerksomhet på hvilke oppgaver og arbeidsbetingelser unge leger finner attraktive.

En del av faget?

Utredning og behandling av pasienter med ulike plager og lyter har vært og skal fortsatt være allmennmedisins plattform. En blanding av privat næringsdrift og fastlønnede stillinger har vist seg å være en god modell som ivaretar de fleste behov hos ulike typer kommuner og leger. Forebyggende medisin inngår i dette individrettede arbeidet.

Grupperettede helsetjenester er blitt nedprioritert i norsk allmennmedisin. Dette reflekteres også i spesialistreglene i allmennmedisin, der allmennmedisinske oppgaver er meritterende, men ikke inngår som kravtjeneste på linje med kurativt legearbeid og legevakt.

Oppgaver som helsestasjons- eller sykehjemlege kompletterer etter vårt syn den gode allmennlege ved at både rolleforståelse, evne til tverrfaglig samarbeid og klinisk kompetanse utvikles. Denne helheten danner – sammen med vår kurative kompetanse og vår kontaktflate – grunnlaget for å kunne fungere som faglig nøkkelperson i den kommunale helsetjenesten. Og trolig gjør den oss til bedre klinikere i egen praksis. Er tiden moden for å gå opp noen av grenseområdene for det allmennmedisinske fag på nytt?

Brobygger mot samfunnsmedisin?

Samfunnsmedisinen er blitt svekket og grensesnittet mellom allmenn- og samfunnsmedisin har mange steder forvitret med fastlegeordningen. Ordningens hovedfokus på praksisdrift og pasientrettet arbeid og på endret allmenn- og samfunnsmedisinsk selvforståelse, er bare noen av årsakene til denne utviklingen. Er det ønskelig å engasjere allmennleger i samfunns- og befolkningsrettede str-

tegier, må først og fremst de daglige kontaktflatene styrkes og utvikles. Kontaktflatene defineres i de fleste kommuner gjennom allmennlegenes arbeid med asylsøkere, skolehelsetjeneste, helsestasjon, rehabilitering og sykehjemsmedisin.

Allmennlegene må derfor gis en stemme i utformingen og utviklingen av disse tjenestene. Legene må få et eierforhold til arbeidet som skal utføres og de må gis arbeidsbetingelser som er forenlig og konkurransedyktig med drift av egen praksis. Broen mellom samfunns- og allmennmedisinen finnes allerede, men den trenger opprustning og forsterkning.

Lim for kommunalt samarbeidsklima?

Samarbeid handler om kommunikasjon. Det handler også om respekt for hverandres oppgaver og arbeidsbetingelser. Et godt samarbeidsklima krever pleie og vedlikehold over tid. På samme måte som vi krever respekt for vår rolle som privatpraktiserende allmennleger, forventer kommunen at allmennlegene opptre ansvarlige overfor kommunale helsetjenester. Det innebærer at allmennlegene har et medansvar for å utvikle lokale helsetjenester og tilføre tjenestene faglig kvalitet.

«Selvfølgelig», vil noen si. «Idealistisk drømmeland», vil andre hevde. Faktum er at samarbeidsklimaet mellom legene og kom-

- Godt samarbeid mellom kommunen og allmennlegene
- En fastlege er ansatt i 50 prosent stilling som sykehjemlege
- En fastlege har påtatt seg ansvar for asylsøkere under forutsetning av økt offentlig stillingsbrøk
- En fastlege har gått inn i en utvidet stilling som fagkoordinator ved legekantoret
- Man vurderer å samordne helsestasjon og skolehelsetjeneste samt styrke samarbeidet med barneverntjenesten
- Fastleger frikjøpes til kommunalt og interkommunalt utviklingsarbeid i henhold til samhandlingsreformen



FOTO ÅL SENTRUM: OLE JOHS. BRYE

munen ofte bestemmes av våre holdninger til dette arbeidet. Også våre praksis- og rekrutteringsbetingelser samt stabilitet i allmennlegekorpset påvirkes til en viss grad av dette samarbeidsklimaet.

Er formatet tilpasset oppgavene?

Beordring til arbeidsoppgaver er en tvilsom strategi, såfremt man ønsker et utviklende arbeidsmiljø. Når tilpliktning i tillegg skjer i små stillingsprosenter og i arbeidsformer som ofte er preget av liten innflytelse over egen arbeidssituasjon, er det grunn til å anta at motivasjonen for slikt arbeid ofte blir svekket. Helsestasjonsarbeid med rutineundersøkelser av barn gjøres som et passivt bestillingsverk; likeledes sykehjemslegen som aldri kommer ut av «visitørrolle». Dette er eksempler på hvordan rutine og tradisjon kan stå i veien for faglig utvikling.

Offentlige legeoppgaver kjennetegnes av at legen er en sentral medspiller på et tverrfaglig lag. Legen har også et ansvar for faglig systemarbeid og bør i mange tilfeller ha en stemme inn i ledelses- og utviklingsfora. Lokale eller større nettverk – for eksempel blant sykehjems- eller skoleleger – er viktige for unngå faglig isolasjon og «utarming».

Samarbeid krever kontinuitet, som oftest tålmodighet og alltid (møte)tid – en vanskelig øvelse for travle fastleger! Det er utfordrende, for ikke si umulig å rekke over alle ønskelige oppgaver innenfor 20 prosent-stillinger. Organisering, prioritering og fordeling av oppgaver må derfor gjennomgås og følgende spørsmål stilles:

- Er alle tjenester like nødvendige?
- Er noen oppgaver foreldet og nye oppgaver oversett?
- Kan noen av tjenestene trenge utviklingsprosjekter?
- Kan tjenester slås sammen eller inngå samarbeid?
- Kan interkommunalt samarbeid gi et løft?
- Kan legen i større grad brukes til veiledning av annet helsepersonell?

Kommunehelsetjenesten er pålagt de samme oppgaver uavhengig av kommunestørrelse. Her har utkantkommunene særlige utfordringer. Småkommuner har mindre tilgang til spesialkompetanse, men har til gjengjeld ofte en sterkere tradisjon for å samarbeide tverrfaglig og utnytte lokale fagressurser.

Egne erfaringer viser at der hvor allmennlegen deltar i å definere rammer og mål for arbeidet, kan det vokse fram nye muligheter og

synergieffekter. Å delta i arbeidet med å prioritere, fordele og organisere offentlige oppgaver, gir motivasjon for å involvere seg. Tverrfaglig samarbeid, system- og utviklingsarbeid blir meningsfylt når en opplever å arbeide med oppgaver som er relevante; ikke bare for pasienter, men også for egen faglig utvikling.

Oppsummering

En videreføring av dagens «oppdragstjenester», der kommunen alene definerer innhold, ressurser og tidsbruk for tjenestene, og der legene leverer en faglig tjeneste innenfor «tilpliktet tid», er foreldet. Vi mener dagens ordning står i veien for å utløse viktige allmennmedisinske ressurser som samhandlingsreformen sårt behøver. Vi frykter også at «sovende» offentlige legetjenester på sikt er hemmende for stabilitet og rekruttering til faget.

Leger må bli medaktører i beslutninger om hvilke allmennmedisinske oppgaver som skal prioriteres og hvordan de skal utføres. Økt fokus på kvalitet i offentlige legetjenester betyr ikke nødvendigvis større tidsbruk, men et bevisst forhold til organisering og prioritering – også når det gjelder fastlegepraksis.

Mer samhandling: Dersom fastlegeordningen skal bli bedre, må fastlegene delta i utviklingsarbeidet med faglig eierskap, engasjement og ideer.

akehlet@gmail.com • robert@tunestveit.no





Ungdomshelse

– hvor og hvordan kan helsearbeidere bidra?

■ HANS-JOHAN BREIDABLIK *fagdirektør i Helse Førde HF og medisinsk-faglig rådgiver for interkommunal legevakt*

«Ungdommen er den tiden du velger masken du skal bære resten av livet», skrev Aksel Sandemose. Slik illustrerer han hvor viktig denne fasen av livet er, en periode som også har stor betydning for helsemessige forhold senere.

Adolescensen blir hos noen definert som tenårene (13–19 år). Andre bruker perioden 10–20 år og deler denne inn i en tidlig, midtre og sen adolescens. Dette er som vi vet en overgangperiode med store endringer – både fysisk, mentalt og sosialt –, og der hovedinnflytelsen endres fra vertikal (foreldregenerasjon) til horisontal (venner og samfunn). Gruppen preges til dels av særegne kulturer, og noen har derfor sammenlignet ungdommer med minoritetsgrupper. Ungdommer har generelt et bredt og holistisk syn på helse, men selv om det er lav forekomst av tradisjonelle biomedisinske sykdommer, rapporterer denne gruppen mye subjektive helseplager og bekymringer.

Trusler mot ungdomshelsen

Helsemessige forhold vil som i alle aldersgrupper være et kontinuum fra en relativt

stor gruppe som opplever utmerket helse via en gruppe preget av en eller flere risikofaktorer, til en mindre gruppe med etablert uhelse (FIGUR 1).

Når det gjelder trusler mot ungdomshelsen, kan man grovt sett operere med tre nivåer:

- Individnivået, som inkluderer arvelige og medfødte tilstander
- Gruppenivået, der viktige arenaer vil være familie, venner, skole og fritid
- Samfunnsnivået, med lokalsamfunn, stor-samfunn og media

Sett i lys av dette vil viktige prioriteringer knyttet til helsefremmende tiltak måtte velge mellom massestrategier og høyrisikostrategier. Sistnevnte er nok fortsatt tungt vektlagt når det gjelder ressurstilgang. Per i dag er tidlig frafall fra utdanningssamfunnet (videregående skole) en viktig risikofaktor for ulike problemer senere i livet.



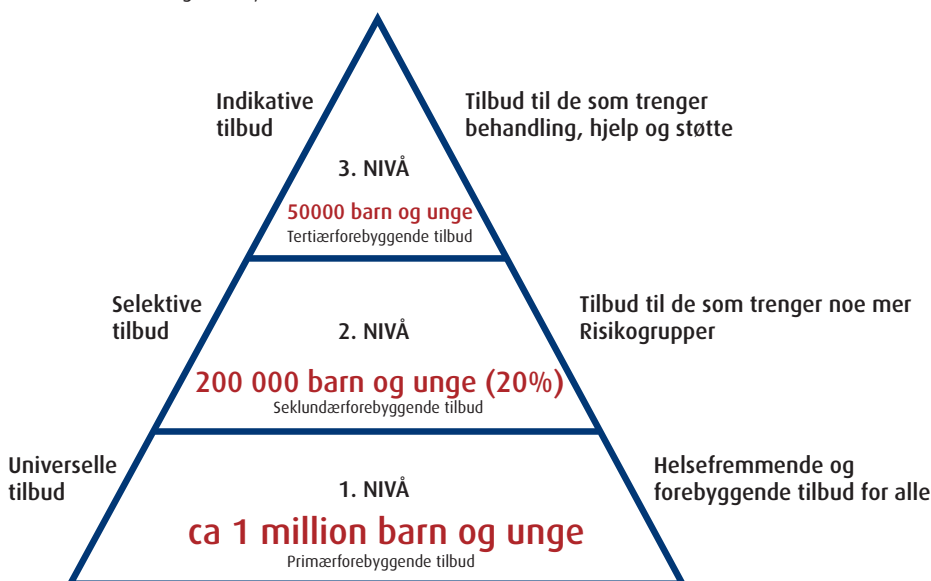
Mål for helse/uhelse

Et tradisjonelt mål for uhelse er dødelighet (mortalitet). Adolescensen er til tross for mange oppslag om trafikkulykker blant ungdom, overdosedødsfall o.a. i liten grad preget av dødsfall. Det har også over tid vært en klar nedgang i antall dødsfall hos gutter slik at disse nærmer seg det mer stabile nivået hos jenter (FIGUR 2, s. 36). Antall registrerte suicid var ti i 2010.

Sykelighet (morbiditet) er en annen sentral måleparameter på helsetilstanden. Fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT 1999–2000) rapporterer ungdom selv funksjonshemminger av ulike grader. Årsakene er psykiske i sju prosent av tilfellene og fysiske i åtte prosent. Ni prosent av ungdommene rapporterer langvarig sykdom (som har vart minst tre måneder).

Gruppen som rapporterer kronisk uhelse forstått både som langvarig sykdom og funksjonshemming omfatter altså mindre enn ti prosent, og interessant nok er andelen av psykiske og fysiske lidelser omtrent like store. Der som en ser på andelen som rapporterer ulike symptomer/plager ser vi derimot langt høyere tall: Nesten hver femte ungdom opplyser at de har vært redde/engstelige i løpet av de siste to ukene, og nærmere halvparten rapporterer at de har følt seg nedfor/ triste. Det kan være et poeng å ikke sykeliggjøre slike symptomer hos ungdom, en tid som typisk er preget av skiftende sinnstemninger, men det er også viktig å fange opp de som reelt lider av psykisk sykdom.

FIGUR 1. Helsetrusler og volum/tiltak. KILDE: BJØRN-ARE MELVIK. GRAF: ØY AURSKOG



Negative livserfaringer er klart forbundet med risiko for uhelse, både kumulativt over tid og alvorlighetsgraden knyttet til hver enkelt av slike erfaringer (FIGUR 3). Den selvopplevde helsen har også betydelig prediktiv verdi for senere objektive helseutfall. Ved innledningen til puberteten rangerer de unge helsen som dårligere enn i barndommen, og et fenomen som gjenfinnes nærmest universelt er at jenter i denne perioden rapporterer klart dårligere opplevd helse enn gutter. Ved inngangen til voksenlivet endrer dette seg og kjønnsforskjellene blir mindre. I norske materialer oppgir omlag en tredjedel av ungdom svært god helse, halvparten god og rundt 10–15 prosent mindre god.

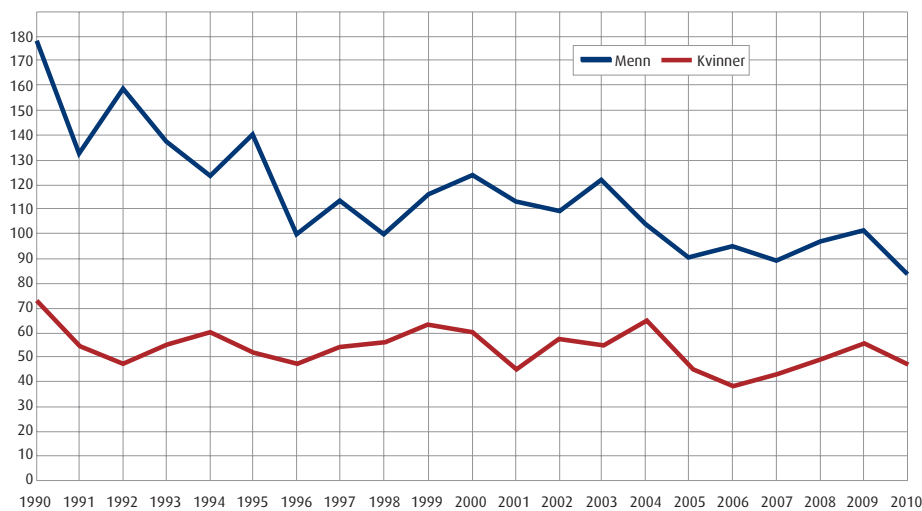
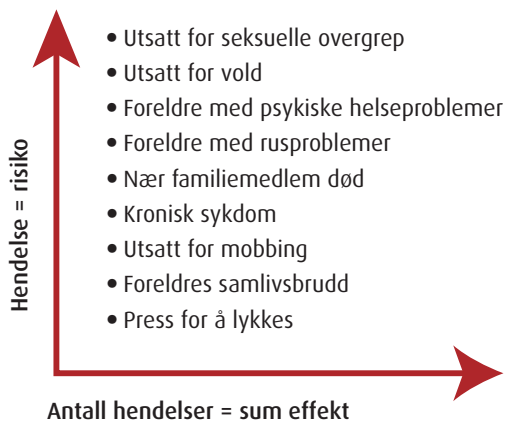
I en spørreundersøkelse i Ålesund der ungdomsskoleelever selv skulle angi helsetrusler mot ungdom (Bredablik 2001), kom narkotika på førsteplass, deretter røyking, alkohol og kosthold. Tre fjerdedeler mente at foreldrene deres hadde størst innvirkning på livsstilen deres, bare hver fjerde mente det var venner. Under halvparten sa seg enig i påstanden: «Alle har et ansvar for å ta vare på egen helse».

Generelt velbefinnende hos unge

I doktorgradsarbeidet mitt var ett av funnene at en samlevariabel for allment velbefinnende hadde sterkest prediktiv verdi i forhold til selvopplevd helse hos unge. Innenfor psykologien har en utviklet konseptet «positiv psykologi». Denne fokuserer på menneskelige styrker, ressurser og talenter, og hva som kan skape velvære, god helse og personlig vekst (Wikipedia 2012). I populærvitenskap opereres det ofte med betegnelsen «lykkeforskning». Men i tillegg til lykke og hedoni («enjoyment»), er også det gode livet («engagement») og det meningsfulle livet («affiliation»). En kan her se likheter med elementer i Antonovskys salutogenesebegrep med «sense of coherence». For ungdom er slike ele-

FIGUR 3. Negative livserfaringer.

FRA GARLØV & HAAVET. PSYKISKE VANSKER HOS BARN OG UNGE. HINTERVITV AKADEMISK 2010.



FIGUR 2. Dødsfall hos unge 10–19 år. Utvikling over tid.

KILDE: STATISTISK SENTRALBYRÅ. GRAF: 07 AURSKOG

menter viktigere enn tradisjonelle biomedisinske forhold når de skal rangere sin egen helse.

Helsearbeidere, virkeområder og institusjoner

Helsearbeidere vil møte ungdom innenfor ulike virkeområder. I kommunehelsetjenesten vil dette særlig være som:

- Folkehelsekoordinatorer
 - Helsesøstre/ jordmødre/ lege/psykolog/ fysioterapeuter i skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom
 - Fastlegen med sitt listeansvar også for ungdom og på legevakter
- Tilsvarende vil spesialisthelsetjenesten møte ungdom gjennom
- Leger/psykologer/psykiatere/sykepleiere m. fl. i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker
 - Diverse helsepersonell i ungdomspsykiatriske institusjoner og institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling etc.
 - Gjennom somatiske barneavdelinger og poliklinikker

Endelig finnes det også nasjonale tilbud som for eksempel SUSS (Senter for ungdomshelse, samliv og seksualitet) der også legestudenten deltar.

En sentral institusjon vil være *skolehelsetjenesten* som er en lovpålagt tjeneste i Norge. Denne skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud for både skolens elever og lærere, og skal komme tidlig inn for å hjelpe elever med problemer de synes det er vanskelig å ta opp med foreldre eller lærere. Et krav er at tjenesten skal utøves fra skolen eller helsestasjonen, og ikke fra ordinære legekontorer. Det skal videre finnes rutiner for samarbeid med andre kommunale tjenester, og Helsestasjon for ungdom skal fungere som et supplement til skolehelsetjenesten. Grunnbemanning består av lege og helsesøster, evt. også fysioterapeut. Helsesøstre er per i dag til stede på skolen gjennomsnittlig 11,5 timer per uke.

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) hadde blant annet en målsetting om 800 flere årsverk til psykisk helsearbeid i helsesta-

sjons- og skolehelsetjenesten, men dette målet ble ikke oppnådd. I 2005 var det samlet sett 214 legeårsverk, 42 psykologårsverk og 52 årsverk av psykiatriske sykepleiere (SINTEF). Sett i forhold til aldersgruppen 0–20 års størrelse, innebærer dette begrensede ressurser i forhold til de omfattende forebyggingsoppgavene tjenesten er pålagt.

Helsestasjonene for ungdom presenterer seg slik på nettet: Gratistilbud til ungdom mellom 13 og 20 år. Der kan du få veiledning om prevensjon og i andre spørsmål om seksuell helse. Du kan også få hjelp i forbindelse med psykisk helse og veiledning i andre helse spørsmål.

Fastlegene møtte i 2010 ungdommer på listen med en konsultasjonsrate på 1,4 i året. Det hevdes at ungdom lett opplever barrierer ved bruk av fastlegets tjenesten. Likevel har fastlegen også for ungdom en viktig rolle, blant annet ved å representere kontinuitet i faglige og koordinerende sammenhenger. Samhandling med og portåpnerfunksjonen (henviser/melder) til spesialisthelsetjenesten, skolehelsetjenesten, ansvarsgrupper og barnevernet inngår i rollen. Særlig er det understreket at fastlegen har en viktig rolle når det gjelder å fange opp psykiske symptomer tidlig (angst og depressive symptomer), som ofte også kan presentere seg som ulike somatiske symptomer. Målet er også her å være lavterskeltilbud og kunne kommunisere med de unge.

Det barne- og ungdomspsykiatriske tilbudet omfatter heldøgnsinstitusjoner med øyeblikkelig hjelp-tjenester, men hoveddelen av aktiviteten er basert på poliklinisk utredning og behandling. Det er satt et nasjonalt dekningsmål på fem prosent i aldersgruppen 0–18 år, og er et høyt prioritert område innenfor helseforetakene. Barn og unge vil ofte ha en rekke av konsultasjoner over tid, og med et bredt spekter av faggrupper tilknyttet utredningen og behandlingen. Tilbudet vil være selektert, og typiske problemstillinger er ADHD, adferdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, Asperger, Tourette, psykoser, angst, depresjon og tvangstilstander. Utover dette finnes et spekter av ulike spesialistinstitusjoner, ofte basert på behandling av rusproblemer.

Disse baseres som regel på døgnopphold over tid og miljøterapi er sentralt.

Barneavdelinger/barnehabilitering hører inn under den somatiske spesialisthelsetjenesten, og omfatter både poliklinikk og heldøgntilbud der foreldre oftest følger yngre barn. Hovedoppgavene er utredning av somatiske symptomer og sykdommer. Tjenesten er biomedisinsk orientert og leger og sykepleiere er sentrale faggrupper. Barnehabilitering er typisk et tverrfaglig poliklinisk tilbud, ofte også ambulerende. Medfødte utviklingsforstyrrelser er et hovedområde, og feltet har en egen prioriteringsveileder.

Hvordan kan helsepersonell bidra?

Helsedirektoratet definerte i 2003 følgende formål og virkeområder for skolehelsetjenesten i Norge (Helsedirektoratet 2003):

- Fremme psykisk og fysisk helse
- Fremme gode sosiale og miljømessige forhold
- Forebygge sykdommer og skade
- Universelle tiltak som veiledning om kosthold, tilrettelegging for fysisk aktivitet, tobakk, rus, seksualitet, mobbing og ulykkesforebygging
- Oppdage sykdom eller skade så tidlig som mulig
- Målrettet arbeid mot sårbare grupper
- Ansvar for å koordinere tjenester ved fysiske eller psykiske funksjonshemminger
- Utjevne sosiale helseforskjeller (St. meld 20/2006–07)
- Vaksinasjon og smittevern
- Veiledning i og om håndtering av legemidler i skoler

Kartlegging og helseovervåking blir trolig viktigere elementer i tiden framover, sammen med mer bevisst bruk av kunnskapsbasert virksomhet. Det er ønskelig med en ytterligere utvikling fra problemfokusering hos enkeltelever til innsats mer i retning av ressursorientert og grupperettet virksomhet (Haugland 2009).

Kunnskapsbaserte metoder og redskaper

Det understrekes i Håndboken for skolehelsetjenesten at det samlet sett i dag finnes god dokumentasjon for å si at der er mulig å påvirke elevenes helse og livsstil i skolen. Områder som spesielt nevnes er helseatferd, miljøtiltak, sykdomsoppfølging og ulike samfunnsmessige faktorer. Et eget nettsted for kunnskapsbaserte metoder finnes også: www.forebygging.no.

Kunnskapssenteret gjorde en evaluering av skolehelsetjenesten i 2010 som var mer tilbakeholden i forhold til effekter. En søkte her

etter kunnskap for effekt av tiltak innen psykisk helse, seksuell helse, rus og avhengighet, sykdomsrettede tiltak og tjenestetilbud. Oppsummert var konklusjonene følgende:

- Påvisning av og tidlig henvisning reduserer muligens depresjon
- Kognitiv adferdsterapi mot angst har muligens effekt
- Undervisning pluss utdeling av prevensjon reduserer muligens uønskede svangerskap
- Røyketiltak i skolen synes å ha effekt
- Skolebaserte program for barn med astma kan føre til økt kunnskap og mestring
- Skolehelsetjeneste fører til en økt tilgang til primærhelsetjenester for unge

Videre kan man i Cochrane-biblioteket bare finne et fåtall kunnskapsoppsummeringer på ungdomshelse og i Clinical Evidence er det også svært få treff på ungdomshelse.

Søk på PubMed gir samlet omkring 12 000 treff på ungdomshelse, og det meste handler om biomedisinsk sykdom. Konklusjonene må derfor være at området har et klart behov for mer forskning og kunnskapsutvikling fremover.

Grøholt og Haavet beskriver noen sentrale ikke-medikamentelle kunnskapsbaserte terapiformer som brukes hos unge. En av dem er kognitiv atferdsterapi med målsetning om å endre dysfunksjonell tenkning (automatiske tanker) gjennom å identifisere og endre feiltolkninger som så gir påvirkning av følelser og handlinger. Eksponeringsterapi er en annen type behandling som brukes mest ved angst, fobier og tvangslidelser. En går i denne gjennom såkalte angsthierarkier som er en oversikt over hva pasienten er redd for og en plan for å kunne beherske disse (Haavet 2005).

Mer generell støttebehandling gjennom regelmessig oppfølging, og der det å vise interesse, lytte og gi kunnskap er viktige elementer. En målsetning er å bidra til økt myndiggjøring («empowerment») hos ungdommen. Adferdsbasert foreldretrening brukes hos unge med adferdsvansker. Multisystemisk terapi (MST) er en kunnskapsbasert, omfattende og spesialisert støtte til foreldre som trenger bedre mestring av tenåringer. Samarbeid med fastlege er her aktuelt (Weisz, Hawley et al. 2004).

Utfordringer framover

I nasjonale mål og prioriteringer framover for kommunenes helsetjenester (IS-1/2010) kan vi lese at det forebyggende arbeidet i kommunene skal styrkes. Kommunene skal videre prioritere:

- å skaffe oversikt over helsetilstand og viktige påvirkningsfaktorer. Denne oversikten bør ligge til grunn for politisk behandling
- å styrke helsestasjon og skolehelsetjeneste

– å involvere fylkeskommunen som en sentral medspiller i folkehelsearbeidet

Ole R. Haavet sier i sin aktuelle bok *Ungdomsmedisin*: «Ikke i noen annen periode av livet er potensialet større for å sikre god helse og mange gode leveår». Fra Kunnskapssenteret kan vi lese: «I Norge har man forsømt seg når det gjelder forskning på skolehelsetjenesten og fagmiljøene bør selv gjennomføre studier på dette området» (Kunnskapssenteret 2010). Mye av aktivitetene er basert på tro, fornufts- og erfaringsbasert kunnskap, og samtidig er det ofte liten oversikt lokalt over ungdom på gruppenivået. Det er også samhandlingsutfordringer både internt i kommunene og mellom nivåene i helsetjenesten. En realistisk mellomløsning som kan gjennomføres lokalt er kartlegginger med validerede spørreskjema med faste intervaller for å monitorere lokale utviklingstrender, og også kunne sammenligne med andre steder.

Konklusjoner

- Ungdommers helse er gjenstand for tiltak fra en rekke ulike helsearbeidere og etablerte institusjoner.
- Fastlege og skolehelsetjenesten er sentrale i dette, men også spesialisthelsetjenestetilbud som BUP, barneavdelinger etc.
- Positive mål som mestring, kontroll, tilpassningsevne og allment velbefinnende er sentrale byggesteiner framover.
- Området har begrenset teoretisk kunnskap, og mye baseres ennå på skjønn og erfaringskunnskap.
- Styringssignal går på å styrke dette området.
- Kartlegging og monitorering av helse, miljø og livsstil lokalt skal gjennomføres, og danne grunnlag for planlegging og prioritering av tiltak på alle samfunnsområder (folkehelse).

LITTERATUR

- Breidablik, H. V. L. (2001). Ung i Ålesund. Volda, Høgskulen i Volda/Møreforskning.
- Haavet, R., Ed. (2005). *Ungdomsmedisin*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Haugland, S. G., A. (2009). *Skolehelsetjenesten i et samfunnsperspektiv*. Håndbok for skolehelsetjenesten. M. N. H. S. Oslo, Kommuneforlaget.
- Helsedirektoratet (2003). *Forskrift for skolehelsetjenesten*.
- HUNT (1999-2000). *Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag Ung-HUNT 2*.
- Kunnskapssenteret (2010). *Effekt av skolehelsetjenesten-rapport nr. 15-2010*. Oslo.
- Weisz, J. R., K. M. Hawley, et al. (2004). "Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders." *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 13(4): 729-815, v-vi.
- Wikipedia (2012). *Positive psychology*.

 hans.johan.breidablik@helse-forde.no

Testing av laboratorieutstyr i primærhelsetjenesten: Et SKUP for brukerne

■ CAMILLA EIDE JACOBSEN *Avdelingsingeniør ved SKUP, NOKLUS*

– Hvilket laboratorieutstyr skal jeg kjøpe?

Laboratorieresultater spiller stadig større rolle i diagnostikk og monitorering av pasienter. Flere analyser kan utføres pasientnært med ulike instrumenter og metoder som – ifølge forhandlingerne – er svært enkle å bruke. Det er viktig for brukerne å kjenne til analysekvaliteten, faktorer som påvirker prøven før den analyseres og faktorer som kan påvirke tolkning av prøveresultatet. Bruk av hensiktsmessig laboratorieutstyr er med på å sikre god analysekvalitet.

Før 1997 fantes det ingen uavhengig instans som vurderte kvalitet på laboratorieutstyr som ble brukt på legekontor og utenfor sykehus forøvrig. Det var vanskelig for kjøperne å få tak i god og objektiv informasjon om utstyr de ønsket å anskaffe seg. På bakgrunn av dette ble SKandinavisk Utprøving av laboratorieutstyr for Primærhelsetjenesten, SKUP, etablert i 1997. Dette er et faglig samarbeid mellom Danmark, Sverige og Norge.

Utprøving etter standardisert protokoll

I Norge er SKUP lagt til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus), og det er også Norge som ivaretar sekretariatsfunksjonen for SKUP.



SKUP. Bak fra venstre: Sverre Sandberg, Esther Jensen, Camilla Eide Jacobsen, Stine B. Weber, Gregers Hansen Nord, Gunnar Nordin. Foran fra venstre: Lena Morgan, Arne Mårtensson og Grete Monsen. Marianne Risa var ikke med på bildet.

SKUPs mål er å forbedre kvaliteten på pasientnære analyser i Skandinavia. SKUP tilbyr leverandørene utprøvinger etter standardiserte protokoller. Laboratorieutstyr testes av erfarne bioingeniører under optimale forhold og på steder der utstyret skal brukes – enten ved legekontorer eller blant pasienter; hos sluttbrukerne. SKUP publiserer sine utprøvningsrapporter på www.skup.nu.

SKUP «godkjenner» ikke laboratorieutstyr, men gjennomfører nøytrale og objektive utprøvinger der oppdragsgiverne er leverandørene av utstyret. Brukerne får tilgang til leverandøruavhengig informasjon om laboratorieutstyrets analytiske kvalitet og brukervennlighet. SKUP har til nå utført mer enn 90

utprøvinger av laboratorieutstyr beregnet for primærhelsetjenesten (TABELL 1). Dette utgjør mer enn halvparten av det laboratorieutstyret som brukes i laboratorier utenfor sykehus i Skandinavia. Per juni 2012 er 75 prosent av alle glukosemålere på det norske markedet undersøkt av SKUP, mens tilsvarende tall for Streptokokk A, PT-INR og HbA1c er henholdsvis 73 prosent, 100 prosent og 100 prosent. For CRP og HCG er andelen noe lavere, henholdsvis 50 prosent og 33 prosent.

I de senere årene er det blitt mer vanlig at leverandørene bestiller preevaluering av nytt laboratorieutstyr av SKUP, før leverandørene tar en avgjørelse om de vil lansere produktet i Skandinavia. For preevalueringer kan en



$$SD = \sqrt{\frac{\sum d^2}{2n}}$$
$$t_{0.05, v} \cdot \frac{SD}{\sqrt{n}}$$



SKUP-utprøving resulterte i at leverandøren ikke ønsker å lansere produktet. Utprøvningsrapporten vil da forbli konfidensiell. Bakgrunnen for dette kan være at laboratoriestyret ikke oppfyller analytiske kvalitetskrav eller at brukervennligheten ikke er tilfredsstillende. SKUP bidrar således til at uegnet laboratoriestyr ikke blir markedsført i Skandinavia. 17 av utprøvingene vist i TABELL 1, er av utstyr som ikke ble lansert på det skandinaviske markedet, og rapportene fra disse utprøvingene er derfor ikke offentliggjort.

Det enkle er ikke alltid det beste

Styrken ved SKUP er at utprøvingene som gjennomføres er standardiserte slik at de kan sammenliknes. I tillegg inkluderer SKUP sluttbrukerne i sine evalueringer av laboratoriestyr. Utprøvingene er finansiert av instrumentleverandørene, men instrumentleverandørene deltar ikke i utprøvningsarbeidet og kan heller ikke hindre at resultatene blir publisert dersom produktet markedsføres i Skandinavia.

Enkelte vil hevde at det ikke er nødvendig å evaluere «små og enkle» instrumenter og hurtigtester. Vår erfaring er imidlertid at det ofte avdekkes både analyse- og brukerfeil nettopp for de enkleste metodene. Vi mener derfor at det er like viktig å undersøke denne

type laboratoriestyr. Ideelt sett burde SKUP selv kunne velge hvilke produkter som skal undersøkes. Det er et tankekors at mens det er en rigorøs statlig kontroll av hvilke legemidler som skal brukes, er det ingen «kontrollorganer» for laboratoriestyr.

Økende etterspørsel etter utprøvinger

For å kunne stole på laboratoriets analyseresultater er det også viktig at brukerne har tilgang til gode kontrollprøver som kan brukes for å sikre at laboratoriestyret måler korrekt. I tillegg til interne kontrollprøver bør det kunne utføres ekstern analytisk kvalitetskontroll på utstyret. Resultater fra SKUPs utprøvinger bør tolkes i kombinasjon med resultater fra ekstern analytisk kvalitetskontrollprogram. SKUPs utprøvningsresultater gir et bilde på analysekvalitet der og da, mens resultater fra ekstern analytisk kvalitetskontroll gir et bilde på laboratoriestyrets analysekvalitet over tid. Ordninger for ekstern kvalitetsvurdering av laboratorieanalyser på legekantor finnes landsdekkende både i Norge (NOKLUS) og i Sverige (EQUALIS), mens det i Danmark dels er organisert på regionnivå og dels gjennom en landsomfattende organisasjon, DEKS.

SKUP har i 15 år utført utprøvinger av laboratoriestyr utenfor sykehus. SKUP har

vært bidragsyter til å sikre at uegnet laboratoriestyr ikke er blitt markedsført i Skandinavia, samt gitt brukerne tilgang til uavhengig og objektiv informasjon om aktuelle analyseprodukter. I tillegg har SKUP tilført instrumentleverandørene verdifull informasjon som kan brukes til å forbedre produktene. Instrumentleverandørene finner det stadig formålstjenlig å bruke SKUP fordi allmennpraktikere og andre brukere i primærhelsetjenesten spør om utprøvinger av laboratoriestyret har vært foretatt av SKUP. Resultater fra SKUPs utprøvinger benyttes også av instrumentleverandørene i deres markedsføring av analyseprodukter både i Skandinavia og i andre land.

Det burde vært krav om at laboratoriestyr var evaluert av SKUP, eller av annen uavhengig instans, for å få refusjonstakst på laboratorieanalyser. SKUPs arbeid burde vært fullt finansiert av offentlige helsemyndigheter. Ettersom det ikke er slik i dag, er det instrumentleverandørene som bestemmer hvilket laboratoriestyr som skal evalueres (1).

REFERANSE

1. Sandberg S, Nordin G, Mårtensson A et al. Laboratorietrustning för primärvården bör utvärderas av oberoende organ. Skandinaviska SKUP ett bra alternativ. Läkartidningen 2008; 46, vol. 105: 3334–9.



camilla.jacobsen@noklus.no

TABELL 1. Utprøvinger i regi av SKUP utført i tidsrommet 1999 til 2012.

KOMPONENT	TOTALT ANTALL UTPRØVINGER	ANTALL PREEVALUERINGER ELLER SPESIALUTPRØVINGER	ANTALL KONFIDENSIELLE UTPRØVINGER
Allergen	1	-	1
CRP	6	2	1
Glukose	34	7	4
HbA1c	11	5	6
Hemoglobin (Hb)	2	-	-
Hematologi celleteller	3	1	-
Leukocytter	1	-	-
Mononukleose	1	-	1
PT (INR)	14	7	3
Senkning (SR)	1	-	-
Strep A	10	10	1
urin-albumin	1	-	-
urin-hCG	3	3	-
Urin teststrip	3	3	-

Sovemedisin, Vekkemedisin, Drømmemedisin

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

Med lukkede øyne og lent mot en billettautomat forsøkte jeg å holde på morgentrettheten jeg ennå kjente i kroppen etter å ha stått opp en time tidligere enn min daglige rutine tilsa. Håpet var på ny å 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 jernbanskinner, 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 medisinhåndtering. 1500 dødsfall pr år! – hadde jeg ikke hørt denne statistikken før? Jo, fra en kollega i Gjøvik hvor de hadde kartlagt forekomst av feil i epikriser tidligere samme år (1).

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 hvert tredje år i min egen fastlegepraksis. Unødvendige 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 bekreftet resultatene fra Gjøvik.

«Dette må være noe for deg...!» sa jeg til min sjef mens jeg skjov rapporten over hen-

nes bord. Det faktum at annenhver pasient på Ortopedisk avdeling ved 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 akutten, gjennom sykehusoppholdet og til utskrivning.

Sykehuset jobber for å bedre sine rutiner som er vel og bra, men hva så med fastlegenes rolle? Fastlegen er tross alt den viktigste aktøren i samstemming av legemiddellister og alt er avhengig av at fastlegene fortløpende oppdaterer egne pasienters medisinliste i samsvar med 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 merarbeidet kommer i tillegg til en allerede full arbeidsdag og må dertil konkurrere med annet forefallende arbeid som gjøres etter ordinær arbeidstid. Man trenger ikke å være statistikkanalytiker for å skjønne at dette systemet ikke lar seg kvalitetssikre med mindre alle de 4000 fastlegene i landet arbeider inntil 45 minutters dugnad hver dag.

Usikkerheten knyttet til dagens praksis frarøver meg nattesøvnen. Men istedenfor sovmedisin til meg velger jeg meg tanken på drømmemedisinen. Med enkle IKT-løsninger kan legemiddellisten hos fastlegen kontrolleres automatisk mot innkommende elektroniske epikriser og varsle fastlegen som deretter korrigerer endringene. På den måten har man fullstendig samstemt legemiddelliste med noen få tastetrykk.



FAKTA

Gjøvik sykehus, 2009.



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

Sykehuset Østfold (SØ), ortopedisk avdeling 2011



- Minst en medikamentrelatert feil i 50–70 prosent av innleggeselsnotat, kurve eller epikrise.
- Bare 4 prosent 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.

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



De fleste har gjerne forestillingen om at et frø er et lite fnugg uten videre interesse. Legges frøet under lupe eller mikroskop, kan imidlertid de mest forunderlig og fantastiske former tre fram. Dette har kunster og forfatter Barbro Raen Thomassen oppdaget og sett skjønnheten i. Hun har hugget forstørrelser av ulike frø i stein med dimensjoner på opptil 600 kg. Hun har samarbeidet med den legeutdannede dikteren Paal-Helge Haugen, som har satt ord til frøprosjektet. Han reflekterer vakkert om frøets håpsdimensjon og muligheter: «Frøet er rein latens, ein lada stillstand. Uforanderleg i seg sjølv ber det bod om forandring». Frøets potensial og muligheter, enn så lite et frø måtte være, inspirerer! Noe lite kan bli noe stort. I en legehverdag kan det handle om ideer for å skape et bedre legesenter, eller det kan dreie seg om å se og anerkjenne pasientens resurser og muligheter. Frø er det mange av. Hvordan få dem til å spire og gro?

I Barbro Raen Thomassens illustrerte bok «Som liljene på marken» siteres Paal-Helge Haugens poetiske ord om frø:

eit under på veg
gjennom frøkapselens rustning
enda ein gong

lette venger
mjukt svev
stilla kvile

nedfallet
oppstoda

ein årtusenlang pust

kvile
kalle
kome

Stafettpinne gis vidare til Jan Arne Holtz, legeskiftleder på Oslo kommunale legevakt.

Hilsen Daniel Due-Tønnesen

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



Barbro Raen Thomassen: Frø-objekter hogd i kalkstein. Dannevig foto. © Barbro Raen Thomassen / BONO. Gjengitt med tillatelse fra kunstneren.

Mørkemenn og kvinneundertrykkere

Debatten om reservasjonsrett eller -mulighet for fastleger forsøkes igjen å bli dreiet inn i et spor som bare har perifer relevans for saken. Det er Signe Flottorp som refererer til forskningslitteraturen som viser hvordan land med manglende rettigheter for kvinner til selvbestemt abort påfører kvinner stor helse-skade. Signe Flottorp forteller også om hvordan hennes mor utviklet sitt syn på abort-saken til å støtte Lov om selvbestemt abort¹.

Hun advarer mot Vatikanets og pave-maktens reaksjonære og kvinneundertryk-kende rolle. Disse samfunnskrefter er takk-nemlige motstandere, men er det saklig i den debatt som nå er reist? Det var Piet Hein som en gang treffende beskrev hennes de-batt-teknikk i et dikt:

Dem der dutter
En yndet form for polemikk
Består i det probate trick
At dutte folk en mening på
Hvis vanvidd alle kan forstå.

Jeg vil derfor igjen minne om at vi er mange tilhengere av loven om selvbestemt abort, som reagerer negativt mot den rødgrønne regjeringens steile holdning. Vi er ikke mørkemenn, og vi ønsker oss et samfunn bygd på likeberettigelse og respekt for demokratiske avgjørelser. Vi ønsker ikke å bli brukt som stråmenn for en sak som vi overhodet ikke identifiserer oss med. Saken dreier seg nemlig om hvordan regjeringen tydelig har fastslått at en fleksibel praktisering av loven, slik det har vært praktisert på allmennlegekontorer og i kommunehelsetjenesten siden 1978, ikke lenger er lovlig. Helse- og omsorgs-departementet skriver tydelig:

Listeansvaret omfatter også «henvisning til andre helsetjenester etter behov», jf. merkna-dene til forskriftsbestemmelsen. Med andre ord, er det pasientens behov for henvisning som er styrende for fastlegen. Bestemmelsen gir ikke en rett for fastlegen til å nekte eller unnlate å henvise pasienten videre av andre grunner enn at pasienten ikke har behov for en videre henvisning.

Det er dette denne saken dreier seg om: Hvordan skal vi i et demokratisk samfunn med respekt for flertallsavgjørelser, samtidig innfri individenes rett til samvittighetsfri-

het? Det er vanskelig å finne saklig grunn for regjeringens steile holdning overfor fastlegene, ikke minst fordi departementet tyde-lig åpner for at kommunene kan gjøre avta-ler med «leger som er ansatt i kommunen og som ikke har et listeansvar som fastlege, slik at vedkommende lege på gitte vilkår kan gis mulighet til å reservere seg.» Hvorfor Signe Flottorp og andre kolleger finner det så maktpåliggende å støtte rundskrivet, skal jeg ikke spekulere i. Jeg kan komme i skade for å utrope dem til stråmenn og -kvinner for saker de ikke identifiserer seg med. For meg står det klart at HOD hadde en anledning til å gi den samme mulighet til reservasjon til fastleger som til andre leger i kommunen, dersom de hadde hatt ønske om å balansere retten til selvbestemt abort mot hensynet til retten til samvittighetsfrihet.

Jeg opplever steilheten fra HOD som ut-slag av en mentalitet, som jeg vil beskrive som sekulær arroganse. Det er den samme overbærende og patroniserende holdning Signe Flottorp forsvaret når hun skriver: Jeg slutter meg til Guri Rørtveit som uttalte på Eyr: «Deres praksis kan tåles, men de bør et-ter mitt skjønn ikke ha noen rett.»

Det sekulære samfunn er ifølge Jürgen Habermas, preget av denne holdningen: «De troende og deres samvittighet kan vi bære over med så lenge de holder den for seg selv og ikke fremmer den i det offentlige rom.» Det er en holdning som ifølge Habermas og flere andre moderne filosofer, ikke er bærekraftig i det senmoderne samfunn. Grunnen er at det moderne teknologiske prosjekt frembringer så mange etiske dilemma at både troende og ikke-troende stilles overfor krav om etisk ansvarlighet og dialogisk sår-barhet. Vi kan ikke lenger møte livssynsmo-tiverte holdninger med overbærenhet. Vi er nødt til å engasjere oss i dialoger der vi øn-sker å lære noe av hverandre, der vi er nys-gjerrige, inviterende og sårbare som dialog-partnere. Det er nok å nevne tidlig ultralyd, selektiv abort og genetisk risikodiagnostikk for å forstå at overbærenhet og bedrevitenhet ikke lenger er menneskelig og demokratisk holdbart. Jeg håper at både Signe Flottorp og Guri Rørtveit er enig med meg i det?



eivind.meland@isf.uib.no

Eivind Meland

¹ Flottorp S. Abort og reservasjonsrett for leger – hva forteller abortratene? Utposten 2012; 41: 40.



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

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

www.relis.no

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

Gestagen eller kombinasjons-p-piller ved Leidenmutasjon



Spørsmål til RELIS

Blodprøver tatt ved helsestasjon for ungdom av en jente i slutten av tenårene, på grunn av flere i familien med blodpropp, viser at hun er heterozygot for Leidenmutasjon. I forbindelse med informasjon om Leiden/prevensjonsveiledning: Hva bør anbefales når det gjelder hormonell prevensjon?

Rene gestagenpreparater, inkludert desogestrel og levonorgestrel, anses som trygge ved behov for hormonell antikonsepsjon hos kvinner med økt tromboserisiko som ved heterozygot Leidenmutasjon, protrombin genmutasjon, antitrombin III-, protein C- og protein S-mangel (1–6).

Kombinasjons-p-piller er som hovedregel kontraindisert etter tromboembolisk sykdom. Alle kombinasjonspiller gir økt risiko for blodpropp. Tall fra en dansk epidemiologisk studie tilsvarende overført til norske forhold at 100–200 kvinner som bruker p-piller vil få en dyp venetrombose og/eller lungeemboli hvert år, med en forventet mortalitet på en til to prosent (7–9). De fleste av disse vil ha bakgrunnsforliggende risikofaktorer, kjente eller ukjente, men ofte finner man ikke noe unormalt. Det er grunn til å anta at mange faktorer virker sammen og at en tromboembolisk hendelse kan bli utløst av en ervervet faktor. Det er ingen indikasjon for generell testing, da familiehistorikk er viktigere og testing kan gi falsk trygghet. Ved familiær disposisjon kan testing vurderes (6).

Flere uavhengige epidemiologiske studier viser at blant kombinasjons-p-pillene er det etinyløstradiol og levonorgestrel som gir minst økning i risiko for blodpropp. Statens legemiddelverk angir derfor at p-piller som inneholder levonorgestrel og østrogen bør være førstevalg blant kombinasjons-p-pillene til ellers friske jenter uten kjent økt risiko for tromboemboliske hendelser (10, 11). Bakgrunnen for dette er at de aller fleste studier hvor relativ risiko (RR) er oppgitt mellom ulike gestagener er basert på sammenligninger mellom ulike kombinasjons-p-piller med etinyløstradiol og en gestagenkomponent. I slike studier har man funnet forskjeller i RR mellom kombinasjons-p-piller med ulike gestagenkomponenter, hovedsaklig at kombinasjons-p-piller med levonorgestrel som gesta-

genkomponent gir lavere RR enn kombinasjons-p-piller som inneholder andre gestagener. Studiene gir imidlertid ikke grunnlag for å anbefale at ellers friske jenter som allerede står på andre kombinasjonspiller skal bytte til p-piller med levonorgestrel som gestagenkomponent (6, 8, 12).

I en dansk kohortstudie med over åtte millioner kvinneår fant man også en økt RR for venøs tromboembolisme for alle kombinasjons-p-piller i forhold til ingen p-pillebruk, men man fant ikke en økt RR for noretisteron alene (44 168 kvinneår), desogestrel alene (29 187 kvinneår) eller levonorgestrel intrauterint alene (155 149 kvinneår). Dette er imidlertid ikke selekterte pasienter med trombofili/Leidenmutasjon, men alle kvinner er inkludert (8).

RELIS, Norsk elektronisk legehåndbok og norske myndigheter har tidligere vært tilbakeholdne med å anbefale desogestrel basert på et føre-vår-prinsipp ettersom dette gestagenet inngår i kombinasjons-p-piller som er ansett å være mindre trygge enn kombinasjonspreparater med innhold av levonorgestrel eller noretisteron med tanke på tromboserisiko. Det er imidlertid gestagenets evne til å motvirke østrogens tromboemboliske egenskaper som i stor grad er bestemmende for kombinasjonspille-nes forskjellige tromboserisiko. Det er derfor ingen grunn til, per i dag, å anta at ulike preparater med innhold av bare gestagen har forskjellig risiko. Vi anser derfor at desogestrel har samme risikoprofil som andre prevensjonsmidler med innhold av bare gestagen. På bakgrunn av dette anses rene gestagenpreparater som trygge hos pasienter med økt tromboserisiko, inkludert Leidenmutasjon (8, 12–13).

- Ved ønske om hormonell antikonsepsjon hos jenter med kjent økt trombosetendens, inkludert Leidenmutasjon, anbefales antikonsepsjon med rene gestagenpreparater.
- For friske jenter uten kjent økt risiko er anbefalt hormonell antikonsepsjon kombi-



nasjons-p-piller med østrogen og levonorgestrel eller rene gestagenpreparater.

- Rene gestagenpreparater kan gi mer blødningsforstyrrelser enn kombinasjons-p-piller.

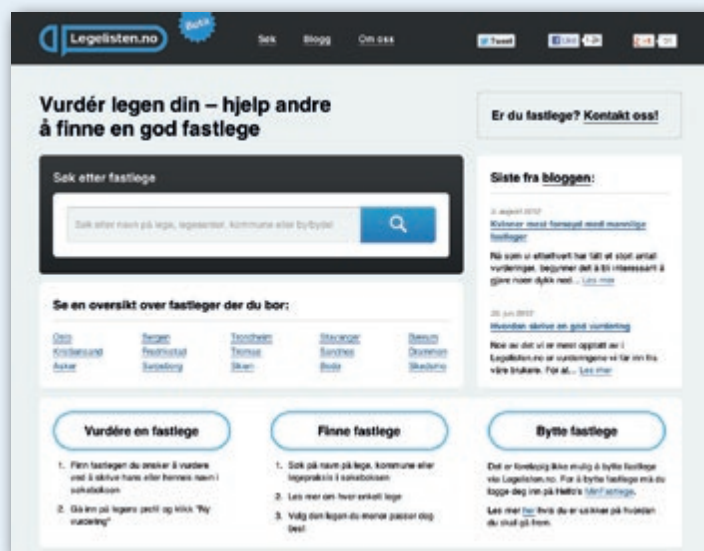
Pål-Didrik Hoff Roland, cand. pharm.
Erlend Aa, cand. pharm. – RELIS Midt-Norge

REFERANSER

1. Norsk elektronisk legehåndbok. Trombofili. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 12. januar 2012).
2. RELIS database 2009; spm.nr. 3216, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no/database)
3. RELIS database 2010; spm.nr. 6108, RELIS Vest. (www.relis.no/database)
4. RELIS database 2010; spm.nr. 4576, RELIS Sør. (www.relis.no/database)
5. RELIS database 2011; spm.nr. 6686, RELIS Vest. (www.relis.no/database)
6. Siddiqi T, Bauer KA et al. Contraception for women with inherited thrombophilias. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 16. august).
7. Lidegaard Ø, Løkkegaard E et al. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339: b2890.
8. Lidegaard Ø, Nielsen LH et al. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ* 2011; 343: d6423.
9. Sandø AD, Aanes SG et al. Rutiner ved første-gangsforskrivning av p-piller. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130(23): 2344-8.
10. Statens Legemiddelverk. P-piller som inneholder levonorgestrel og østrogen bør være førstevalg. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_83244.aspx (Sist gjennomgått: 26. oktober 2011).
11. Statens Legemiddelverk. Hormonell prevensjonsguide. http://www.legemiddelverket.no/templates/InterPage_82408.aspx (Sist gjennomgått: 12. april 2011).
12. van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM et al. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ* 2009; 339: b2921. doi: 10.1136/bmj.b2921.
13. RELIS database 2009; spm.nr. 3579, RELIS Øst. (www.relis.no/database)

Legelisten.no

– gapestokk eller konstruktiv kritikk?



Legelisten.no er lansert og gir befolkningen mulighet for anonymt å komme med ros og ris til fastlegene i Norge. Man kan undres over om dette er en fornuftig måte å komme med tilbakemeldinger på – hva er hensikten med denne formen for tilbakemeldinger og hva oppnår man?

Mesteparten av tilbakemeldingene er av positiv karakter – og det er menneskelig at man føler seg smigret av dette og ønsker å sole seg i disse tilbakemeldinger.

Hvis man tar disse positive tilbakemeldingene til seg som en sannhet – da må man vel også ta de negative tilbakemeldingene som en sannhet? Eller føler man kanskje at negative karakteristikk trenger mer «kjøtt på bena» for å forstås og tolkes? Er det ikke like selvsagt hvordan de skal forstås og tolkes?

En dag ble det tilfeldigvis slik at jeg klikket inn på meg sjøl på begge siden – der lå det to kommentarer som begge kort og godt fastslo at jeg er sur og lite imøtekomende, det stod til og med «jeg har aldri sett denne legen smile».

Dette kolliderer med mitt eget bilde av meg sjøl – det er ikke slik at jeg tror jeg er smilende og blid til enhver tid, men i det store og hele tror jeg at jeg er mere blid enn sur. Det stemmer heller ikke med muntlige tilbakemeldinger fra pasienter – men de gis jo ofte som øyenblikkskommentarer.

På Legelisten.no blir det stående, hvor lenge? Kommentarene jeg leste om meg selv

hvilken situasjon den relaterer seg til – den gir grunnlag for grubling og ubehag – eller man kan feilaktig bare avfeie den.

Kritikk uten avsender føles som mobbing, man føler seg forsvarsløs, og man kan heller ikke over for seg sjøl forklare hvordan ting henger sammen fordi man ikke kjenner avsender, situasjon eller motiver.

Man kan bli usikker, redd for å gjøre feil, redd for ikke å bli likt.

Noen vil si – «det er ikke noe så bry seg om». Neivel – men hvorfor skal vi da ha slike former for tilbakemeldinger?

Jeg har sett at Legelisten.no har begynt å regne statistikk på små tall – hva betyr det at to personer (vet ikke engang om de står på min liste) av 1000 på lista, gir negativ tilbakemelding – når de 998 andre ikke har sagt noe?

Så – ja – jeg føler meg mobbet, ja – jeg føler jeg ikke kan forsvare meg og ja – jeg er lei meg.

Så nei – jeg har ikke lært noe av disse tilbakemeldingene og nei – jeg tror ikke jeg blir noen bedre fastlege av dette – imidlertid kan det hende jeg blir reddere for å bli mislikt og det er ingen god forutsetning for å gjøre en god jobb.

Hilsen en fastlege som ikke begynte i faget i går, men har jobbet over 20 år – og som i årenes løp har fått både ros og ris, men da fra navngitte personer – og som har lært både av rosen og risen.

Wenche B. Karlsen



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com.

Kast dere frampå, folkens!

Når angsten tar overhånd

For omtrent tre år siden fikk jeg en ny pasient, en dame i 40-årene som var LAR-pasient. Hun hadde startet med metadon i forbindelse med en innleggelse på medisinsk avdeling med sepsis allerede i 2003, og hadde etter det klart å få et tilnærmet rusfritt og ganske stabilt liv og bodde med samboer i egen leilighet. Gradvis hadde hun også fått bedre kontakt med barna sine igjen. Før hun kom inn i LAR hadde hun gjentatte innleggelser i psykiatrisk sykehus, og hadde i forbindelse med både avrusning og aktiv rus hatt episoder med hallusinasjoner. Under et av oppholdene fikk hun diagnosen generalisert angstlidelse. Hun hadde derfor brukt oksazepam 15 mg x 3 daglig siden hun startet i LAR i tillegg til varierende antipsykotika, og da hun begynte hos meg sto hun på quetiapin 200 mg og escitalopram 20 mg for angst. I tillegg til uttalte angstplager har hun en aktiv hepatitt C og hypotyreose.

I fjor sommer, da jeg kom tilbake etter et års permisjon fra fastlegepraksisen, kom hun til time fordi hun var kvalm. Dette hadde startet i løpet av våren, i forbindelse med at hun hadde redusert dosene med metadon gradvis med målsetning om å trappe seg ut av LAR. Hun hadde også andre abstinenssymptomer hver morgen med løs mage og svette, men disse ga seg etter inntak av dagens dose metadon. I løpet av noen uker trappet vi opp metadon til tidligere dose og abstinenssymptomene forsvant, bortsett fra kvalmen som vedvarte i noen grad. Hun hadde samtidig økende søvnproblemer og økende angstplager, og det var en tydelig sammenheng mellom kvalme og angst, slik hun fortalte det, for oksazepam hjalp på kvalmen. En 14 dagers kur med protonpumpehemmer hjalp derimot ikke på kvalmen. Gjentatte kliniske undersøkelser var normale, men UL lever viste begynnende tegn til chirroser og blodprøvene lett forhøyede ASAT og ALAT-verdier forenelig med hepatitt C. Jeg bekymret meg, som resten av ansvarsgruppen, for at hun ikke klarte å kutte ut sine to til tre øl hver helg, både med tanke på kombinasjonen med oksazepam og metadon og med hensyn til forverring av en aktiv hepatitt C. Pasienten bekymret seg mest for angst og dårlig søvn, og at hun og sambo-

eren i perioder var voldelige mot hverandre ofte i forbindelse med alkoholinntak fredag eller lørdag.

Parallelt med dette hadde vi en felles plan om at hun kunne søkes til antiviral behandling for HCV, men det forutsatte urinprøver som over lengre tid var negative for alkohol. Dette og stadige alkoholutfall på urinprøvene gjorde alkoholinntak til et stadig tilbakevendende tema i konsultasjonene våre, noe pasienten opplevde var til lite hjelp, noe hun også sa. Etter en statusoppsummering i desember 2011 med grad av leverskade, leverprøver, alkoholinntak og nok en ny informasjonsrunde fra meg, ble vi derfor enige om å la alkohol som tema ligge til hun selv brakte det på baren igjen - hun opplevde at stadige påminninger om at hun absolutt burde være totalavholdende på grunn av leveren ikke var til hjelp, kun gav dårlig samvittighet.

Når angsten og kvalmen ikke forsvant etter opptrapping av metadon, kom det i januar frem at hun i forbindelse med en vurdering i spesialisthelsetjenesten hadde misforstått en beskjed og derfor sluttet med escitalopram på våren, samtidig som hun forsøkte å trappe ned metadon. Etter opptrapping av escitalopram til tidligere dose på 20 mg sov hun for første gang på et år en tilnærmet normal natt, og jeg fikk inntrykk av at det gikk gradvis bedre.

Dessverre var effekten borte fire uker senere. Midt i februar kom hun til en vanlig kontrolltime for angsten, og det viste seg at hun da nesten ikke fikk i seg hverken mat eller drikke, sov tre til fire timer om natten, og hadde besvimt samme dag på vei til timen. Hun bekreftet at hun fortsatt drakk alkohol i helgene, men benektet at det var noe mer enn det. Hun hadde blodtrykk 120/100, puls på 120 og ellers normal organstatus, normalt EKG, men nystagmus. Jeg vurderte det som synkope pga dehydrering og manglende mat og drikke, og la henne inn på medisinsk avdeling på lokalsykehuset. Hun ble utskrevet etter tre dager, den foreløpige epikrisen konkluderte med øsofagitt og hypertensiv gastropati, og hun fikk omeprazol 20 mg x 2 for kvalme. Quetiapin var også økt uten at det var angitt noen årsak. Hun hadde også fra

sykehuset fått sterk anbefaling om totalavhold for alkohol.

Da hun kom til oppfølging 11 dager etter utskrivningen, hadde fullstendig epikrise ikke kommet. Hun kunne fortelle at hun hadde hallusinert og vært veldig urolig under innleggelsen, og at det var grunnen til økningen av antipsykotika. Hun var ikke blitt nevneverdig bedre, selv om hun hadde tatt syredempende som hun hadde fått beskjed om. Nok en gang like langt, og mine differensialdiagnoser og gode råd – begynte å tynnes. Det var en travel dag, og hun fikk med seg et blodprøveark, en kontrolltime og råd om å se an noen dager til effekt av omeprazol. Deprimert følte hun seg også. Hun orket ikke lenger å gå den lille turen til legekantoret når hun skulle avlegge urinprøve og hun klarte heller ikke å holde orden i huset, som hun alltid hadde vært så stolt av – orket var borte. Hun syntes også hukommelsen var blitt dårligere.

Hun hadde virkelig vært tufs den dagen, og det samme kommenterte helsesekretæren vår, da jeg kom ut til lunsj hun hadde sett sliten ut, dratt, det var vanskelig å sette fingeren på hva det var.

Tanken datt ned i hodet på meg neste kveld; det var nystagmus som hadde gjort det så vanskelig å møte blikket ordentlig, og det var en ny, bredbent gange som gjorde at hun gikk så klossete. Jeg hadde oversett en mulig Wernickes encephalopati. Hun ble oppringt for en ny vurdering dagen etter, og kom sammen med mannen.

NOTAT: Mannen forteller at hun over uker er blitt tiltagende ustø. Har lagt merke til flakkende øyne de siste månedene. Omtrent siste måneden daglig inntak av seks til åtte øl, og også noe mer oksazepam enn vanlig. Breknninger hvert kvarter siste dager, han har måttet hjelpe henne på toalettet. Periodevis ikke orientert dag/natt. Dårlig korttidshukommelse. Siste uken bare en til to bananer daglig.

US: Orientert for tid og sted nå. BT 148/99, p 105 rgm. Går med bredbent gange, klarer ikke knebøy, klarer ikke reise seg fra stol. Kortvarig tåge, ikke hæl-gang. Nystagmus. Romberg og finger-nesetipptest ua. Kaldsvetter. Glukose 8,8, neg CRP.

V: Dårlig allmenntilstand. Ingen akutt forverring i forbindelse opptrapping Cipralex/Serquel mtp serotonergt syndrom. Wernickes/annen encephalopati? Reinnlegges for videre utredning/behandling.

Hun ble innlagt på nevrologisk avdeling, og ingen annen årsak enn Wernicke ble påvist. Hun fikk behandling med tiamin, B-komplex, hvile, væske og mat og kom seg i løpet av ni dagers opphold.

I ettertid er historien logisk: hun misforsto en beskjed og sluttet med antidepressiva, samtidig trappet hun ned metadon og utviklet både økende angst og kvalme. All behandlingen kom for sent i gang igjen, ting tok for lang tid, og hun begynte å selvmedisinere med økende alkoholmengder, det eneste som hjalp mot både nerver og søvnløshet. Hun var ikke informert om endringene i LAR-ret-

ningslinjene og underrapporterte alkoholinntaket fordi hun var redd for å miste metadonbehandling.

Et halvt år etter innleggelsen er heldigvis er pasienten fortsatt selvhjulpen, har igjen tilnærmet normal kraft i høyre side og kan nå gå mange kilometer. Måltidene er blitt regelmessige og huset ser igjen velstelt ut. Pasienten har etter innleggelsen hatt en kortvarig periode med alkoholinntak daglig, noe hun imidlertid klarte å avslutte selv med tett oppfølging fra ruskonsulent sin en periode. Hun føler takknemlighet for at hun var blitt så bra igjen, også overfor meg, fordi jeg ringte henne opp og ba henne komme en ekstra gang. Selv fikk jeg en påminning om hvor vanskelig det er å se det en ikke ser etter, og ble skremt av at jeg kunne overse hvor syk hun var. Historien kan være et eksempel på hvordan pasienters lege-

søking kan styres av frykt for represalier, også ved alvorlig sykdom. I ettertid har jeg også tenkt på hvordan man ivaretar balansen mellom det som er pasientens agenda og ønsker og eget fokus som lege i konsultasjonene. Selv om hun ble alvorlig syk av alkohol, har jeg landet på at min avtale med pasienten om å la alkohol som tema ligge i konsultasjonene, var en riktig avgjørelse fordi det i alle fall gjorde at vi kunne ta opp andre tema. Dersom jeg hadde fortsatt med alkoholspørsmål hver gang hadde hun sannsynligvis bare uteblitt. Derimot mener jeg at jeg burde oppdaget at hun var alvorlig syk tidligere, slik at hun kunne blitt lagt inn senest to dager tidligere. Hvorvidt det har hatt noen konsekvens for utfallet, vet jeg jo ikke.

Pasienten har samtykket til at historien publiseres.

Ann-Kristin Stokke



Dialektisk ledelse

– en fin appetittvekker

Lise Hannevig og Marjorie Parker
Dialog. En praktisk veileder. 1. utgave
Flux Forlag, 2012
98 sider

Hannevig og Parkers innføringsbok i dialogisk ledelse er en kortfattet tankevekker om hvordan ledelse er noe annet enn styring, og produktivitet noe mer enn antall produkter i en virksomhet. Boka bygger på filosofiske tradisjoner formulert av David Bohm og forskning innen bedriftsledelse og «lærende organisasjoner» fra Peter Senge og William Isaac ved Massachusettes Institute of Technology. Tenkningen og praksisen er samsvarende med de styrende prinsippene bak Milano-skolen innen familierapi og den systemiske og narrative tradisjonen i medisin og helsefag.

Løsninger og forsoning skapes av likeverdige deltagere i dialog. Dialog er noe annet

enn debatt og åpne meningsbrytninger. Det er en metode som ikke skyr uenighet, men en metode som inviterer til en spørrende og nysgjerrig interesse overfor uenighet. En slik spørrende interesse kan nemlig oppdage hvilke antagelser som ligger bak uenighet og skape enighet med utgangspunkt i nye antagelser om virkeligheten. Dette er en spontan og skapende prosess hvor flertallsavgjørelser og autoritær maktutøvelse ikke fører fram. Heller enn å tvinge fram gode svar på spørsmål, inviteres deltagere til å formulere gode spørsmål som viser genuin interesse, drøfte slike spørsmål i åpenhet med plass for alle deltagere, utsette vurderinger og heller utforske mulige antagelser bak egne og andres (sterke) meninger.

Boken gir verdifulle råd om metoder for møteledelse, drøfter typer av spørsmål og problemstillinger som har evne til å frigi energi,

gir råd dersom prosessene stopper opp eller kjører seg fast i blindgater, og gir noen konkrete råd om bruk av teknikker som for eksempel bruk av «talestav» og «verdenskafé». Boken gir noen referanser på forskningslitteratur som dokumenterer metoden, men dette er kanskje den svakeste del av teksten. Boken kan bidra til ny kunnskap og praksis for ledere ved fastlegepraksiser, i det offentlige helsearbeidet, ved universitetsavdelinger og andre utdanningsinstitusjoner. Metodene vil også være anvendelige i klinisk praksis i møter med pasienter, familier og par som kommer til konsultasjon. Les den, prøv ut metodene, og se om ikke dette fører til en viss endring egen hverdag? Herved er boken anbefalt.

Eivind Meland